

III. KADIN HEKİMLİK VE KADIN SAĞLIĞI KONGRESİ

KADINI GÖRMEYEN AİLE VE
SAĞLIK POLİTİKALARI



18-20 MAYIS 2012

İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ CEM'İ DEMİROĞLU ODİTORYUMU



KONGRE KİTABI

III. KADIN HEKİMLİK VE KADIN SAĞLIĞI KONGRESİ KADINI GÖRMİYEN AİLE VE SAĞLIK POLİTİKALARI

18-20 MAYIS 2012

İ.Ü. CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ CEM'İ DEMİROĞLU ODİTORYUMU

KONGRE KİTABI



III. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi
Kadını Görmeyen Aile ve Sağlık Politikaları

ISBN 978-605-9665-20-9

*Mayıs 2017, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*

Türk Tabipleri Birliği

Merkez Konseyi

GMK Bulvarı Őehit DaniŐ Tunalıgil Sok.

No:2/17-23, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79

Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr

<http://www.ttb.org.tr>

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----------|
| İÇİNDEKİLER | 3 |
| ÖNSÖZ | 8 |
| SUNUŞ | 9 |
| PROGRAM | 10 |
| AÇILIŞ KONUŞMASI | 12 |
| <i>Şahika Yüksel</i> | |
| AÇILIŞ KONFERANSI | 15 |
| İDEOLOJİ OLARAK DİL VE DİN | 16 |
| <i>Prof. Dr. Fatmagül Berktaş</i> | |
| TÜRKİYE'DE HASTA VE KADIN HEKİMLERE DÖNÜK TOPLUMSAL CİNSİYET POLİTİKALARININ ÖZGÜN NİTELİKLERİ | 22 |
| <i>Prof. Dr. Feride Aksu Tanık</i> | |
| AİLE İÇİNDE KADIN KİMLİĞİ | 29 |
| AİLEDE TIBBİ BİLGİNİN TAŞIYICISI OLARAK KADINLAR | 30 |
| <i>Elif Ekin Akşit</i> | |
| ÇALIŞAN KADINLAR VE "SÜPER-ANNELİK" KAVRAMI | 36 |
| <i>Doç. Dr. Aslıhan Polat</i> | |
| AİLENİN ESNEK İŞÇİSİ: KADIN | 43 |
| <i>Yard. Doç. Dr. Yasemin Özgün</i> | |
| AİLE İÇİNDE ŞİDDETİN ANLAMI | 52 |
| AİLE İÇİNDE ŞİDDETİN YAPILANIŞI; KADIN EMEĞİ, KADIN İŞLERİ VE KADIN RUH SAĞLIĞI | 53 |
| <i>Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi</i> | |
| MEDYA KADINA YÖNELİK ŞİDDETİ MEŞRULAŞTIRIYOR MU? | 55 |
| <i>Prof. Dr. Nilüfer Timisi</i> | |
| MİLİTARİZM, ETNİK ŞİDDET VE AİLE | 66 |
| <i>Nebahat Akkoç</i> | |

| | |
|--|------------|
| CİNSİYETÇİ İŞBÖLÜMÜ VE KADIN EMEĞİ..... | 73 |
| POLİTİK BİR KAVRAM OLARAK "EV EMEĞİ" | 74 |
| <i>Gülnur Acar-Savran</i> | |
| ESNEK ÇALIŞMA, MİKRO KREDİLER VE CİNSİYETÇİ İŞBÖLÜMÜ | 78 |
| <i>Prof. Dr. Ayşe Gül Yılgör</i> | |
| YOKSULLUĞUN KADIN HALİ / KADIN YOKSULLUĞUNUN HALLİ | 86 |
| <i>Bediz Yılmaz</i> | |
| SAĞLIKTA KADIN EMEĞİ AÇISINDAN REFAKATÇİLİK VE REFAKATÇİLERİN SAĞLIĞI | 97 |
| <i>Dr. Müge Yetener, Yard. Doç. Dr. Yasemin Özgün</i> | |
| SOSYAL POLİTİKA | 106 |
| YAŞLI BAKIM EMEĞİNE FEMİNİST SOSYAL POLİTİKADAN DOĞRU BAKMAK | 107 |
| <i>Prof. Dr. Yıldız Ecevit</i> | |
| NEOLİBERAL POLİTİKALARIN SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞANLAR ÜZERİNE ETKİLERİ: SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN FEMİNİZASYONU..... | 108 |
| <i>Doç. Dr. Nilay Etiler</i> | |
| SOSYOEKONOMİK POLİTİKALARIN DÖNÜŞÜM SÜRECİNDE KADIN EMEĞİ | 122 |
| <i>Doç. Dr. Melda Yaman Öztürk</i> | |
| ZORUNLU GÖÇ YAŞAYAN KADINLARIN ÇALIŞMA YAŞAMINDAKİ GÜÇLÜKLERİ | 128 |
| <i>Handan Çağlayan</i> | |
| KADIN VE SAĞLIK POLİTİKALARI..... | 130 |
| "AİLE HEKİMLİĞİ" SİSTEMİNİN KADIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ | 131 |
| <i>Dr. Selma Okkooğlu Mutlu</i> | |
| ADALET SİSTEMİNDE "KADIN" | 134 |
| <i>Dr. Lale Tırtıl</i> | |
| KADIN VE SAĞLIK POLİTİKALARI: SORUNLAR VE ÖNERİLER..... | 144 |
| CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI | 145 |
| KADIN CİNSEL SAĞLIĞI | 146 |
| <i>Dr. Münevver Hacıoğlu</i> | |
| GEBELİK, DOĞUM VE KÜRTAJ HAKKI | 152 |
| <i>Dr. Gülnihal Bülbül</i> | |

| | |
|--|------------|
| KADIN RUH SAĞLIĞI..... | 160 |
| KADIN YOKSULLUĞU VE DEPRESYON | 161 |
| <i>Dr. Leyla Gülseren</i> | |
| KADINA YÖNELİK ŞİDDETEN KADIN CİNAYETLERİNE UZANAN YOL: EV TİPİ CEZAEVİNDEN MEKTUPLAR..... | 166 |
| <i>Dr. Özge Yenier Duman</i> | |
| BABA-KIZ CİNSEL İSTİSMARINDA ANNENİN YERİ..... | 172 |
| <i>Dr. Şahika Yüksel</i> | |
| KADIN VE "MAĞDUR" KONUMU..... | 174 |
| <i>Dr. Suzan Saner</i> | |
| SÖZLÜ BİLDİRİLER..... | 180 |
| ANTİK YUNAN'DA ŞİFA: KADIN BEDENİ VE HASTALIKLARI ÜZERİNE EPİSTEMOLOJİK BİR ÇALIŞMA | 181 |
| <i>Gökçesu Akşit</i> | |
| TOPLUMSAL VE ETİK BİR SORUN OLARAK KIZLIK ZARI (HYMEN) | 184 |
| <i>Özlem Türkdöğan, Ayşe Öztürk</i> | |
| KADINLAR CİNSELLİK VE CİNSEL SAĞLIKLARI KONUSUNDA YETERLİ BİLGİYE SAHİPLER Mİ?..... | 191 |
| <i>Edagül Türker, Nurale Aksu</i> | |
| VAJİNAL ESTETİK OPERASYONLARININ KADINLAR İÇİN ANLAMI NEDİR? | 194 |
| <i>Merve Sargın – Hülya Çiftç</i> | |
| ÇADIRKENTTE KADIN OLMAK* | 200 |
| <i>Dr. Zerrin OĞLAĞU.....</i> | 200 |
| İŞ VE AİLE YAŞAMINI UYUMLAŞTIRMA POLİTİKALARI..... | 202 |
| <i>Dr. Berrin Oktay Yılmaz</i> | |
| SERVİKS KANSERİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ, ETİYOLOJİSİ VE KORUNMA..... | 211 |
| <i>Op. Dr. Gamze Baykan</i> | |
| KADINA ŞİDDETİN ULUSLARARASI BOYUTU – SAVAŞTA TECAVÜZ..... | 214 |
| <i>Dr. Hilal Ünalmış Duda</i> | |
| POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ..... | 221 |
| CİNSEL ŞİDDET VE HEMŞİRENİN ROLLERİ..... | 222 |
| <i>Arş.Gör.Dr.Özlem CAN GÜRKAN</i> | |

| | |
|--|-----|
| KADIN SAĞLIĞININ KORUNMASINDA VE GELİŞTİRİLMESİNDE DAVRANIŞ DEĞİŞİMİ (MODİFİKASYONU)..... | 223 |
| <i>Merve Kadioğlu Nevin Şahin</i> | |
| YOKSULLUĞUN KADINLAŞMASI ve KADIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ..... | 225 |
| <i>Yasemin Aydın Nevin Şahin</i> | |
| ŞİDDETİN KADIN ÜREME SAĞLIĞINA ETKİSİ..... | 227 |
| <i>Duygu GÜLEÇ, Ruşen ÖZTÜRK, Ümran SEVİL</i> | |
| LEZBİYEN KADINLARDA ÜREME SAĞLIĞI..... | 229 |
| <i>Dilek BİLGİÇ ÇELİK, Nevin HOTUN ŞAHİN</i> | |
| CİNSEL YÖNELİMLER: SAĞLIK PERSONELİNİN YAKLAŞIMI | 231 |
| <i>Dilek BİLGİÇ ÇELİK, Nevin HOTUN ŞAHİN</i> | |
| KANSERDEN KORUNMA VE 2030 HEDEFLERİ | 233 |
| <i>Canan Kobak¹ Nevin Şahin</i> | |
| GEBELİKTE ŞİDDET: NEDENLERİ, SONUÇLAR ve ÖNLENMESİ..... | 235 |
| <i>'Aslı Kurtcu, ²Nevin H.Şahin</i> | |
| KADINLARDA SİGARA KULLANIMI ve HEMŞİRELİK BAKIMI..... | 237 |
| <i>Yeliz Kaya Nevin Şahin</i> | |
| BİR İNSAN HAKKI İHLALİ: KADIN SÜNNETİ..... | 239 |
| <i>Halime Esra Kal Nevin Şahin</i> | |
| İNTRAUTERİN AYRIMCILIK: CİNSİYET SEÇİMİ..... | 241 |
| <i>Nevin Şahin Eda Cangöl</i> | |
| KADINA YÖNELİK ŞİDDETİ ÖNLEMELİK İÇİN YAPILAN YASAL DÜZENLEMELERİN YETERLİLİĞİ VE KADIN HAKLARINA UYGUNLUĞUNA YÖNELİK BİR VAKA SUNUMU | 243 |
| <i>Hande Dağ, Nigar Çelik, Ruşen Öztürk, Aynur Saruhan</i> | |
| TOPLUMSAL BİR TABU; LEZBİYEN- BİSEKSÜEL KADINLARDA SAĞLIK PERSONELİNİN YAKLAŞIMI..... | 245 |
| <i>Arş. Gör. Ruşen ÖZTÜRK Arş.Gör. Duygu GÜLEÇ Prof.Dr. Ümran SEVİL</i> | |
| HAYATIMIZDAKİ TEHLİKE: KANSER! NE KADAR FARKINDAYIZ? | 247 |
| <i>Arzu Malak Nevin Şahin</i> | |
| KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNDE LİSANSÜSTÜ EĞİTİM: 'DÜNYADAN ÖRNEKLER' | 249 |
| <i>Nevin ŞAHİN, Handan ÖZCAN</i> | |
| KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ: ROLLER..... | 251 |
| <i>Nevin H.Şahin Çiğdem BİLGE</i> | |

| | |
|--|------------|
| ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELEYİCİ YAŞANTILARININ KADIN CİNSELLİĞİ ÜZERİNE ETKİLERİ | 253 |
| <i>'Neriman Çağlayan , 'Nevin H.Şahin</i> | |
| TOPLUMSAL CİNSİYET, SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE HEMŞİRELİK | 255 |
| <i>Gülay Akman, Gamze Teskereci, Özen Kulakaç</i> | |
| İKİ OLGU SUNUMU ÜZERİNDEN CİNSEL SALDIRI SONRASI OLUŞAN GEBELİKLERE YAKLAŞIM | 258 |
| <i>Uzunyayla Z, Dokudan EY, Fincancı Korur Ş</i> | |
| KADIN SAĞLIĞI UYGULAMALARINDA MAHREMİYET | 259 |
| <i>Hafize Öztürk Can, Birsen Karaca Saydam</i> | |
| ERKEN LOHUSALIK SÜRECİNDE KADINLARIN ALGILADIKLARI EŞ DESTEĞİ ÖLÇEĞİ GELİŞTİRME ÇALIŞMASI | 261 |
| <i>Nevin Hotun ŞAHİN, Melike DİŞSİZ, Hüsniye DİNÇ</i> | |
| BİR AİLE SAĞLIĞI BÖLGESİNDEKİ KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON GELİŞME RİSKİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER..... | 263 |
| <i>Mine YURDAKUL, Aslı EKER, Selin PAKKUMSAL</i> | |
| KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ'NDE UZMANLIK ÖĞRENCİSİ VE ÖĞRETİM ÜYESİ HEKİMLERİN CİNSİYETE VE UZMANLIK DALLARINA GÖRE DAĞILIMI | 265 |
| <i>Merve Ece DEMİRCİ, Gülay Seher KILIÇ</i> | |
| ÇALIŞMA GRUPLARI SONUÇ BİLDİRGELERİ..... | 267 |
| EBELİK MESLEĞİ VE KADINI ÖZGÜRLEŞTİRİCİ ROLÜ..... | 268 |
| <i>Ummahan YÜCEL</i> | |
| CİNSEL ŞİDDETE MARUZ KALAN KİŞİLERİN ÇOK DİSİPLİNLİ DEĞERLENDİRME İLKELERİ..... | 271 |
| <i>Lale Tirtıl, Şahika Yüksel</i> | |
| KURS: SAĞLIK BİLİMİNDE KADIN VE YÖNTEM | 273 |
| BİLİMİN FEMİNİST ELEŞTİRİSİ: KADIN ÇALIŞMALARINDA YÖNTEM..... | 274 |
| <i>Doç. Dr. Serpil Çakır</i> | |

ÖNSÖZ

Kadınlar olarak yaşadıklarımız... Sosyal sorunların yaşamımıza etkileri, mesleğimizi kadın olarak sürdürmek... Kadın olarak bu dünyada bu toplumda var olmanın koşullarını, anlamlarını, kadın emeğinin görünmezliğini, yaşadığımız şiddeti, yoksulluğu, yaşadığımız ayrımcılığı, temellerini sorgulamak, eleştirmek... Ve bunlardan yola çıkarak daha eşitlikçi, özgürlükçü, kadınla erkeğin toplumsal farklılıklarının tahakküme yol açmadığı bir dünyaya doğru yürümek....

Bütün bu nedenlerle, üçüncü kongremiz için konuyu “Kadını Görmeyen Aile ve Sağlık Politikaları” olarak seçtik. Gerek hazırlanan bildiriler, gerek konular üzerine yapılan tartışmalar sağlık alanında çalışan biz kadınlara var olan ya da yeni geliştirilen politikaları kavramak, cinsiyetçi olmayan, kadınların eşitlik ve özgürlüklerini sağlayan, kazanımlarını koruyan politikalar üretmek açısından çok önemli bir zemin oluşturdu. Bu nedenle bu alanda üretilmiş olan bu bilginin kalıcı olabilmesi ve katılımcılarının dışında kalanlarla buluşmasını sağlamanın önemli olduğunu düşündük, gecikmeli de olsa TTB yayınları arasında yer almasını sağladık.

Kongrede emeği geçen arkadaşlara ve kitabı hazırlayan TTB çalışanlarına teşekkür ederiz.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi

SUNUŞ

Günümüzde yürütülen aile ve sağlık politikaları, aileyi güçlendirmek adına birey olarak kadınları gözden çıkarabilmektedir. Kadınların bedenleri, emekleri ve kimlikleri üzerindeki eril tahakkümü göz önüne sererken, soyut değil, somut eşitlik talepleri geliştirilmelidir. Tıp ve sosyal bilimlerin eleştirisi imkanlarını kadınların dilinden dinleyerek paylaşmak, birleştirmek bir kadın dayanışması örneği olarak önemlidir.

Aile, işleyişi ancak başka toplumsal alanlarla, özellikle de mesleki çalışma alanıyla eklemlenme biçimlerine bakılarak kavranabilecek bir alan, bir toplumsal mekandır. İşlevi yeniden üretim ve sosyalizasyon olan bir kurumdur. Bu işlev, eril ve dişil doğalara dayandığı ileri sürülen bir rol paylaşımı dolayısıyla gerçekleşir.

Toplumsal cinsiyet rollerinin öğretildiği ve yeniden üretildiği birim olarak aile, kapitalizmin ataerki ile oluşturduğu işbirliğinin de en küçük birimidir. Evliliğe dayalı, çiftin ve çocukların oluşturduğu aile tek “gerçek” aileymiş gibi görünür; diğer aile biçimlenmeleri de işlev bozukluğu ya da sapmaya işaret etmiş olur.

Kadın sağlığı alanında mücadele eden kadınlar olarak görmekteyiz ki kadınların gerçek toplumsal konumlarını geleneksel çerçeveler içinde yapılan aile tahlillerinden hareketle açıklamak günümüzde olanaksız hale gelmiştir. Kadınların faaliyetlerinin ailevi ve mesleki boyutlarını hem günlük hayatlarında, hem yaşam güzergahları içinde eş zamanlı olarak göz önüne alan araştırma çerçeveleri kurmak gereklidir. Toplumsal değişimin dinamiğini kavramak için, erkeklerle kadınlar arasında karşılaştırmalar yapılırken pratiklerle temsiller bir arada incelenmelidir.

Kadın bedeni üzerindeki eril tahakkümün en ileri düzeyi olan kadın cinayetlerinin ülkemizin gündemine yerleşmesi, ailenin bir dayanışma ağı olduğunun sorgulanmasını da beraberinde getirmiştir. Aile hukukunun feminist eleştirisi de cinsiyetler arasındaki güç ilişkilerinde içkin olan çelişkileri yavaş yavaş ortaya çıkarmaktadır: Evlilik içi tecavüzün pozitif hukukta (Türk Ceza Kanunu) tanınması bunun bir örneğidir. Diğer yandan aile, tıpkı onu oluşturan bireyler gibi, istihdamın esnekleşmesinin etkilerine maruz kalmaktadır. Kadınlar ücretli ve ücretsiz emek kıskacında esnek ve güvencesiz çalışmaya mahkum edilmektedir. Aile ve iş yaşamını uyumlulaştırmayı hedefleyen sosyal politikalar bu kıskacı kırarak sahici politikalar olmaktan uzaktır.

Bugün yürütülen aile ve sağlık politikalarının kadınların bedenlerini, emeklerini ve kimliklerini nasıl görünmez kıldığını açığa çıkarma sorumluluğuyla, 18-20 Mayıs 2012 tarihlerinde düzenleyeceğimiz III. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi'nde sosyal bilimlerle tıp biliminin eleştirisi imkanlarının paylaşılması, birleştirilmesi amaçlanmaktadır. Ortak kongre örneğiyle bir kadın dayanışması örmenin, bütün kadınların sağlığına faydalı olacağına inanıyoruz.

PROGRAM

18 Mayıs 2012 Cuma

09.30-10.00 Kayıt

10.00-12.00 Açılış Konferansı

Oturum Başkanı: Şahika Yüksel

Fatmagül Berktaş, Ataerkil ideolojinin üretim kaynakları olarak dil ve din
Feride Aksu Tanık, Türkiye’de hasta ve kadın hekimlere dönük toplumsal cinsiyet poli-
tikalarının özgün nitelikleri

Öğle arası Hayat TV belgeseli: "Sağlığımız televizyona emanet"

13.00-15.00 Panel: Aile İçinde Kadın Kimliği

Oturum Başkanı: Selma Karabey

Elif Ekin Akşit, Ailede kültürel kodların ve tıbbi bilginin taşıyıcısı olarak kadın

Aslıhan Polat, Süper-annelik tuzağı: 'Çalışan' kadının çıkmazı

Yasemin Özgün, Kadın: Ailede görünmeyen esnek işçi

Merve Alıcı, Yeni üreme teknolojilerinin aile içinde kadın kimliğine etkisi

15.30-17.00 Panel: Aile İçinde Şiddetin Anlamı

Oturum Başkanı: Aynur Soydan

Ayşe Devrim Başterzi, Kadın emeği, kadın işleri ve kadın ruh sağlığı

Nilüfer Timisi, Şiddetin meşrulaştırılması ve medya

NebahatAkkoç (KAMER), Militarizm, etnik şiddet ve aile

19 Mayıs 2012 Cumartesi

09.00-10.30 Panel: Cinsiyetçi İşbölümü ve Kadın Emeği

Oturum Başkanı: Sevgi Uçan Çubukçu

Gülnur Acar Savran, Politik bir kavram olarak "ev emeği"

Ayşegül Yılğör, Esnek çalışma, mikrokrediler ve cinsiyetçi işbölümü

Bediz Yılmaz, Kadın yoksulluğu ve güvencesiz çalışma

Müge Yetener, Sağlıkta kadın emeği açısından refakatçilik ve refakatçilerin sağlığı

11.00-12.30 Panel: Sosyal Politika

Oturum Başkanı: Aslı Davas

Yıldız Ecevit, Yaşlı bakım emeği

Nilay Etiler, Neoliberal sağlık politikalarının sağlık sektöründe çalışanlar üzerine etkileri:

Sağlık sektörünün feminizasyonu

Melda Yaman Öztürk, Sosyal politikaların dönüşüm sürecinde kadının görünmeyen emeği

Handan Çağlayan, Zorunlu göç yaşayan kadınların çalışma yaşamındaki güçlükleri

Öğle arası Uçan Süpürge "Çocuk Gelinler" belgeseli

13.30-15.00 Panel: Kadın ve sağlık politikaları: Sorunlar ve öneriler

Oturum Başkanı: Uğur Işık, Hicran İzci
Elif Kırteke, Erken yaşta evlilikler
Selma Okkaoğlu (SES), Aile hekimiği sisteminin kadın sağlığına etkileri
Lale Tırtıl, Adli tıp uygulamalarında kadına bakış
Yeşim İşleğen, Cinsel şiddetin belgelenmesinde yeni teknolojiler

15.30-17.00 Sözlü Bildiriler

Oturum Başkanı: Ebru Taştan
Gökçe Akşit, Antik Yunan'da anlatılmayan kadın hikayeleri: Ebeler, doğa Hipokratik hasta emeği
Özlem Türkdöğen, Aşşe Öztürk, Toplumsal ve etik bir sorun olarak kızklık zarı
Edagül Türker, Kadınlar cinsellik ve cinsel sağlıkları konusunda yeterli bilgiye sahipler mi?
Merve Sargın, Vajinal estetik operasyonların kadınlar için anlamı
Zerrin Oglagu, Çadırkent'te kadın olmak
Berrin Oktay, Aile-iş yaşamının uyumlulaştırılması politikaları
Gamze Baykal, Rahim ağzı kanserlerinde HPV aşılması
Hilal Ünalmiş Duda, Uluslararası anlaşmalarda "savaşta tecavüz"

20 Mayıs 2012 Pazar

09.00-10.00 Poster tartışma
Oturum Başkanı: Ebru Taştan

10.00-11.00 Panel: Cinsel Sağlık ve Üreme sağlığı

Oturum Başkanı: Anahit Coşkun
Münevver Hacıoğlu, Kadın cinsel sağlığı
Gülnehal Bülbül, Gebelik, doğum ve kürtaj hakkı

11.00-11.30 Kahve arası

11.30-13.00 Panel: Kadın Ruh Sağlığı

Oturum Başkanı: Hafize Öztürk
Leyla Gülseren, Kadın yoksulluğu ve depresyon
Özge Yenier Duman, Psikolojik şiddetten kadın cinayetlerine giden yol
Şahika Yüksel, Baba kız ensestinde annenin konumu
Suzan Saner, Kadın ve mağdur konumu

13.00-13.30 Kahve arası

Kapanış oturumu

Oturum Başkanı: Ayşegül Bilen
13.00-14.30 Çalışma gruplarının sonuç bildirimleri ve tartışma
14.30-15.30 Sonuç bildirgesinin sunumu

AÇILIŞ KONUŞMASI

Şahika Yüksel

Bugün KADINI GÖRMEYEN AİLE VE SAĞLIK POLİTİKALARI konulu III. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi başlıyor. Bu toplantılar TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolundan çok sayıda arkadaşımızın emeğinin, çalışmasının bir ürünüdür. İlk ikisini Ankara’da yaptığımız bu toplantılar bir Kadın Sorunları Araştırma Merkezi ile yapılmaktadır.

Bu kez birlikte çalıştığımız ortağımız: İstanbul Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi. Birlikte düzenlediğimiz bu toplantıya KSAUM öğretim üyelerinden Doç Dr. Serpil Çakır’ın **Sağlık Biliminde Kadın ve Yöntem: Kadınları Çalışırken İzlenmesi Gereken Yöntemsel İlkeler** konusunda yaptığı bir kursla başladık.

Programı bizi kuvvetlendirecek, bizi geliştirmeye yönelik bir kursla açtık. Bu konu, aile ve sağlık politikaları ile cinsiyetçiliğin giderek daha fazla dayatıldığı, kadının yerinin ve konumunun daha da daraltıldığı bu ortamda çok anlamlı geldi.

Tıp Kongrelerinde ilaç endüstrisi desteği olur. Bu toplantıda bu tür bir destek talebimiz olmadı. Kendi yağımızla kavrulmak istedik. TTB’nin ama özellikle İstanbul Tabip Odası’nın maddi ve manevi desteği kongrenin gerçekleşmesine fırsat verdi. III. Kongreyi hazırlarken bir yenilik yaptık. Farklı vesilelerle birlikte iş ürettiğimiz, düşündüğümüz ve eylediğimiz kadın konusunda çalışan farklı kuruluşlara programı birlikte düşünelim diye bir çağrı yolladık. Programda tam listesi görüldüğü gibi çağrımıza çok sayıda kadın kuruluşu olumlu yanıt verdi. Bu kuruluşlar geniş bir yelpazede değişmektedir. TPD, CETAD, TJOD gibi meslek dernekleri, Üniversitelerden Kadın Araştırma Merkezleri, Mor Çatı, KA-MER gibi kadının gücünü artırmak amacıyla çalışan kuruluşlar çağrımıza yanıt verdi. Programda görüleceği gibi konuşmacılar da aynı ekipten kadınlar. Kongreyi destekleyen tüm kadın kuruluşlarına teşekkür ederiz.

Geçen yıl toplantının teması **“Kadını Görmeyen Bilim ve Sağlık Politikaları”** idi. Bu kez konu **“Kadını Görmeyen Aile ve Sağlık Politikaları”**. Mevcut koşullar bize ana temayı seçmekte yardımcı oluyor. Artık kadın sıfatını resmen taşıyan bir bakanlık bile yok. Günümüzde yürütülen aile ve sağlık politikalarının, aileyi güçlendirmek adına birey olarak kadınları gözden çıkarabildiğini görüyoruz. Kadınların bedenleri, emekleri ve kimlikleri üzerindeki eril tahakkümü göz önüne sererken, soyut değil somut eşitlik talepleri geliştirilmelidir.

Cinayet, dövülme, cinsel saldırı, iş “kaza cinayetleri”, güvencesiz kötü koşullarda çalışma gibi cinsiyetçiliğin günlük yaşamda her gün örneklerini basından izledi-

ğımız “sıradan olaylar” acil odasında, ameliyathanede, rutin poliklinik çalışmalarında, yapılabilirse toplum taramalarında sağlık çalışanlarının karşısına çıkıyor veya gördüğü klinik olayların cinsiyetçilikle, ayrımcılıkla bağlarını kurabilen duyarlı sağlık çalışanları tarafından görülüyor. Bazen de çaresizce yaşıyor. Bu kongrede **Kadını Görmeyen Aile ve Sağlık Politikalarını** birlikte tartışmak istiyoruz.

Bu amaçla ilk iki konferans “Ataerki ideolojinin üretim kaynakları olarak dil ve din” ve “Türkiye’de hasta ve kadın hekimlere dönük toplumsal cinsiyet politikalarının özgün nitelikleri” seçildi. Böylece, toplantı boyunca sürecek tartışmalara anlamlı bir çerçevenin çizileceğini düşünüyoruz. Daha sonra ailenin iç yüzü farklı yönleri ile tartışılacak.

Aile İçinde Kadın Kimliği oturumunda, kadına mevcut değerleri sürdürmesi için verilen rol olan anne olma ve “iyi anne” olma zorunluluğunu taşımasını ve yeni üreme teknolojilerinin kadın bedenine ve ruhuna yaptıklarının gerçek anlamını konuşmayı hedefledik. Üzgünüz, Merve Alıcı katılamıyor.

Artık günlük haberlerde hava durumu gibi rutin yer alan “**aile içi şiddetin**” meşrulaştırılması, yoksulluk ve etnik şiddetle ilişkilendirilmesini alanında uzman arkadaşlarımız aktaracak.

Cinsiyetçi işbölümü ve kadın emeği, sosyal politikalar, kadın ve sağlık politikaları oturumlarında sorunların kökeni, sürmesi ve belgelenmesi konularında öğreneceğimiz çok şey olacak.

Toplumsal cinsiyet rollerinin öğretildiği ve yeniden üretildiği birim olarak aile, kapitalizmin ataerki ile oluşturduğu işbirliğinin de en küçük birimidir. Evliliğe dayalı, çiftin ve çocukların oluşturduğu aile tek “gerçek” aileymiş gibi görülünce, diğer aile biçimlenmeleri de işlev bozukluğu ya da sapmaya işaret etmiş olur.

Cinsel sağlık, üreme sağlığı ve ruh sağlığı oturumlarında kadın cinselliğini, geleceksel erkek egemen bakış açısından değil, kadın bakış açısından kadın haz ve ihtiyaçlarına göre doğru olarak tartışıyoruz. Bir kadın için ailesinin devamı adına şiddete ses çıkarmaması veya anneliğin tüm kadınlar için en üst doyum kaynağı olduğu mitlerine farklı açılardan bakılacak. Geçen kongrede gelen önerilerden yararlandık, önerileri programa katmaya dikkat ettik. Ne yazık ki Lambdaistanbul’dan Özlem Koçak’ın lezbiyenlik konulu sunumu son anda iptal edildi.

Kadın için çalışan kadın kuruluşlarının tüm uyarılarına karşın ısrarla yürütülen aile ve sağlık politikalarının kadınların bedenlerini, emeklerini ve kimliklerini nasıl görünmez kıldığını açığa çıkarma sorumluluğuyla programını oluşturduğumuz toplantıya nihayet başlıyoruz. Bir araya geldiğimiz için çok heyecanlıyız. III. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresinde sosyal bilimlerle tıp biliminin eleştiri imkanlarının paylaşılması, birleştirilmesi amaçlandı. Kah tartışarak kah uçarak, sevgili Suzan Saner’in dediği gibi, zaman zaman birbirimizin ayağına bastığımız bir dans eder gibi çalıştığımız bu toplantının zihnimizdeki soruların bir bölümüne yanıt vermesine ve sorunlarımızı çözme hedefine gitmesine imkan

vereceğini umuyoruz. Ortak kongre örneğiyle bir kadın dayanışması örmenin, bütün kadınların sağlığına faydalı olacağına inanıyoruz.

Bu toplantı Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolunun, Kol yürütme ve özellikle İstanbul Tabip Odasından her türlü detayla uğraşan çok sayıda arkadaşımızın emeğinin, çalışmasının bir ürünüdür. Bizden sorumlu, her an telefon ve mektuplarımıza yanıt veren ve hala kayıtlarla ve diğer işlerle uğraşmakta olan sekreterimiz Sevil Şen ve İTO 2010-2012 Yönetim Kuruluna düzenleme kurulu adına çok teşekkür ederim. Sözü İTO başkanına bırakıyorum.

AÇILIŞ KONFERANSI

İDEOLOJİ OLARAK DİL VE DİN

Prof. Dr. Fatmagül Berktaş

İstanbul Üniv. Siyasal Bilgiler Fakültesi

Kadınlar, bilinen tarih boyunca dünyayı erkeklerle eşit bir biçimde paylaşmadılar. Bu eşitsizliğin biçimleri, derecesi vb. dönemden döneme ve toplumdansa farklılık gösterse de, ikincilik konumu dünyada genel olarak geçerli. Oysa kadınlar –ve elbette erkekler de!- insani öz bakımından ikincil olmadıklarını biliyorlar, dolayısıyla onlara bu konumu kabul ettirmek için baskıya başvurmak gerekli oluyor. Baskı, salt fiziksel zorbalıktan ibaret değildir. Kadınların ikincilik konumunu içselleştirmelerini ve dolayısıyla boyun eğmelerini sağlamak için fiziksel şiddetin yanı sıra, ideolojik meşrulaştırma/ haklılaştırma araçları gereklidir. Bu bağlamda dilin ve dinin tarih boyunca oynadığı belirleyici rolün analizi önem taşır.

Egemen ideolojinin çok önemli parçası olan dinsel kitaplar ve tavsiyeler, halk hikayeleri, atasözleri ve deyimler, kıssalar, fıkralar vb. hep kadınların ikincilliğini vurgulayarak kadın-erkek eşitsizliğinin doğal, normal, ve sonuçta zorunlu, hatta “tanrının takdiri” olduğunu herkesin kabul etmesini sağlamaya yönelirler. Egemen ideoloji, ki hepimiz belli ölçülerde ondan etkileniriz, kadın düşmanı kişilerle, imgelerle örülmüş durumdadır. Kadınlar da, doğdukları andan itibaren maruz kaldıkları bu ideolojik bombardıman sonucunda kendi ikincil konumlarını doğal kabul etmeye başlayıp içselleştirirler. Kadına yönelik fiziksel şiddet olgusunu işte bu ideolojik “harekât” tamamlar ve egemen eril düzene uyum sağlayabilmek açısından kadınların kendi kendilerine sansür uyguladığı, kendilerini hep gözetim altında tuttukları itaatkâr bir davranış kalıbını benimsemelerine yol açar. Bu “itaat”ın her zaman ve her yerde sağlanamadığı, kadınların her an “yoldan çıkabildikleri” ve çıktıkları da ayrı bir gerçek olduğu için, söz konusu kadın düşmanı kişilerin ve imgelerin sürekli yeniden üretilmesi gerekir.

Yeni bir dilbilgisi arayışı

Dil genelde sorgulanmaksızın masum bir iletişim aracı, dış dünyaya açılan şeffaf bir pencere olarak kabul edilir. Oysa hiç de “masum” değildir, gerçekliği olduğu gibi yansıtmadığı gibi, gerçekliğin yeniden inşa edilmesine ve meşrulaştırılmasına katkıda bulunur. Basitçe “camdan bakmayız”, “cama bakarız” ve baktığımız pencerenin yapısı ya da çerçevesinin niteliği neyi, nasıl “gördüğümüzü” belirler. O çerçeve, yansız ve masum olmak şöyle dursun, egemen ideolojinin taraflı anlam yükleriyle donanmış, onları taşıyan ve sürdürülmelerinde belirleyici rol oynayan bir araçtır. Belki de kadınların, kendi sözlerini söylediklerini düşündükleri zaman bile içlerinde bir kuşku kalması, “ben” demekte zorlanmaları da bu

yüzdendir. Çünkü o “ben”i kendi istedikleri gibi belirleme ve ifade etme olanaklarından yoksundurlar; dolayısıyla kadınların gerçekten özgürleşmeleri kendi “adlarını” kendilerinin koymasından, kendilerini ifade edebilecekleri yeni anlam biçimleri bulmalarından geçer. Buysa egemen kültürel ve ideolojik dilin, ifade biçimlerinin sorgulanıp yeni bir “dilbilgisi” arayışına girilmesini gerektirir. Feminist ozan Chris Cherry bu arayışı ne güzel ifade ediyor:

*“Güçlü şiirler yazmak istiyorum,
boyun eğdirilemeyecek sözcüklerle...
Yaşamak için yeni bir dil arıyorum,
çelişkileri kucaklayacak yeni bir dilbilgisi...”*

Ad koymak bir iktidar edimidir

İçinde yaşadığımız kültürde kadın ad koyan, tanımlayan değildir; ad koyma ve tanımlama, etkin erkek öznenin yetkesi olarak görülür, kadına ise başkası (erkek) tarafından tanımlanan bir simge olma rolü düşer. Egemen kültürün merkezinde yer alan bu etkin özne-edilgin nesne/simge ayrımı, erkek iktidarının önemli bir ideolojik payandasıdır. Erkeği öznellik ve insanlık konumuyla özdeşleştiren bu anlayış çeşitli toplumların atasözlerine net biçimde yansır, ama ben sadece bir Rus atasözünü örnek vereyim: “Karşıdan iki kişi geliyor sandım, meğerse sadece bir adamla karısıymış”!

Aynı anlayış, sanatçıyı ve yazarı da etkin erkek özne, kadını ise onun edilgin yaratısı olarak görür. Sanatçı, yazar vb. denince akla hemen erkeğin gelmesi ve kadınların ayrıca “kadın yazar/sanatçı” diye belirtilmesinin nedeni budur. Aslında binlerce yıllık kadim bir geleneğin ürünü ve devamı olan bu yaklaşım, özne/nesne ikileminin başka bir ifadesi olan doğa/kültür ayrımına dayandırılır ve kadın, soyu üreten doğurgan bedeni dolayısıyla doğaya ve maddeye daha yakın, erkek ise uygarlığı/kültürü yaratan ve akli/zihni temsil eden özne olarak kabul edilir. Kadın ve erkek arasındaki işbölümü bir kez böyle belirlenince, erkeğin ölümsüz uygarlık sembelleri yaratmasına karşılık, kadınlara da –eh, ne yapınlar!- ölümlü bedenler yaratmak düşer. Böylece, insanlık açısından en değerli şey olması gereken kadına özgü soyu üretme yetisinin değeri düşürülmüş ve kadının ikincilleştirilmesi meşrulaştırılmış olur.

Birçok toplumun mitoslarında, erkeğin nasıl başlangıçtaki “kaos” tan, kargaşadan bir “düzen” yarattığı ve kültür aracılığıyla doğayı egemenliği altına aldığı anlatılır. Doğanın egemenlik altına alınması içinde, doğanın kaotik bir unsuru olan, her an düzeni bozma ve fitne yaratma potansiyeli bulunan kadının denetim altına alınması da vardır. Gene birçok mitosta, başlangıçtaki “düzensizlik” durumunda kadınların egemen olduğu ve erkeklerin “mecburen” onların güçlerini çalmak durumunda kaldıkları anlatılır. Bunun gerekçesi, “kadınların her şeye sahip olmaları”dır. “Her şey” ile kastedilirse esas olarak kadının doğurma yetisine ve hem vajinaya hem de bir tür penis olan klitorise sahip olmasıdır (bazı kültürlerde uygulanan “kadın sünneti”, yani klitoris kesilmesi hiç de tesadüf

değildir!) Kadının doğurma yetisinin yarattığı kıskançlık (Freud'un öne sürdüğü "penis kıskançlığı" ndan çok daha derin olan "rahim kıskançlığı") ve hasedin üstesinden gelmek, kadını toplum ve kültür içinde ikincilleştirmek ve onun doğurgan bedenini nesneleştirmekle mümkün olur, ve daha önce değindiğim gibi, dil ve din burada önemli bir meşrulaştırıcı rol oynar.

Ataerkillik, din ve toplumsal cinsiyet

Ataerkil toplum düzeni, eski Mezopotamya'da, neolitik dönemden uygarlığa geçiş sürecine paralel olarak kent devletlerinin doğuşuyla birlikte şekillenmeye başladı. "Uygarlığa" geçişin en önemli özellikleri toplumsal artı üretimin, kafa/kol emeği ayırımının, mülkiyetin ortaya çıkması ve bunlara bağlı olarak toplumsal statü farklarının derinleşmesiydi. Bu sürece eşlik eden ideolojik gelişmeler ise iktidarın, otoritenin ve hiyerarşinin erkeğin tekelinde meşrulaştırılması ve bu arada mülkiyetin miras yoluyla babadan oğula geçmesini güvence altına alan, dolayısıyla da kadın cinselliğinin ve doğurganlığının denetimini erkeklere veren ataerkil ailenin kurumlaşması ve yasalara geçirilmesiydi.

Tek tanrılı dinler işte böyle bir coğrafyada ve kültürel-toplumsal iklimde doğdu; dolayısıyla hepsinin birçok ortak özellik göstermesi çok doğal. Nitekim ünlü tarihçi William McNeill, "Hıristiyanlık, temelde, dünyanın ve insanın doğası hakkındaki Ortadoğu görüşünün yeniden olumlanmasından başka bir şey değildir" der. Bireysel ya da kolektif insan yaşamının en derin yönleriyle ilgili bir olgu olan dini incelemeye giriştiğimizde, hemen her konu gibi onun da toplumsal cinsiyet bölünmesinin iki kutbu, yani kadınlar ve erkekler açısından farklı anlamlar taşıdığı gerçeğiyle yüz yüze geliriz. Bu inceleme bizi kaçınılmaz olarak **toplumsal cinsiyet, toplumsal iktidar ve bedenin denetimi** arasındaki ilişkileri araştırmaya yönelir. Dolayısıyla tarihsel olarak genelde insan bedenine, özel olarak da kadın bedenine yüklenen anlamlar üzerinde durmak önem kazanır. Tek tanrılı dinin *genesis* (doğuş) koşullarına ve "yaratılış" öykülerine bakıldığında, can alıcı noktanın, kadının doğurganlığı dolayısıyla var olan can verme gücünün "ideolojik" olarak elinden alınıp tek tanrıya ve onun aracılığıyla da "yeryüzü erkeği" ne aktarılması olduğu görülür. Bu dönüşümün kadınlar açısından en olumsuz sonucu, kadının fiziksel olarak elinden alınamayan doğurganlığının küçümsenmesi ve soyu üretme yetisinin karşısına erkeğe özgü olduğu öne sürülen kültür yaratma yetisinin çıkarılması; bu amaçla kadın bedeninin "kirli" sayılarak lekelenmesi, dolayısıyla da denetlenmesinin meşrulaştırılmasıdır.

Bu açıdan elbette, *Eski Ahit* temel oluşturur. Musa'nın On Emri arasında, "tecavüz etmeyeceksin" diye bir emrin bulunmaması tesadüf değildir! Eski İbranilerde, tecavüze uğrayan evli kadın, "ırz düşmanı"yla aynı derecede suçlu görülür ve erkekle birlikte taşlanarak öldürülürdü ("recm" salt İslam'da görülen bir şey değildir!). Eğer tecavüze uğrayan "bakire" ise ve olay kent duvarları **dışında** gerçekleşmişse, erkek kızın babasına bir "bakirenin fiyatı" nı verip onunla evlenmek zorundaydı; olay kent duvarları içinde olmuşsa kız da erkek kadar suçlu görülürdü ("bağırsaydı duyulurdu, demek ki kendisi istemiş!!). *Eski Ahit* ile *Kuran* arasında da önemli benzerlikler söz konusudur: Kadının cinsel haz alma

hakkı, erkek tarafından geçindirilme hakkı, evlilik, boşanma ve miras konularında. Ama en önemli ortaklık, kadının, cinselliği dolayısıyla “dinen noksan” sayılmasıdır. *Kutsal Kitap*’ın Levililer 15 bölümü, rahiplerin kurban ve adak işlemlerini yapabilmeleri için “temiz” olmalarını şart koşar. Oysa kadınlar “adet gördükleri” (ya da “kirlendikleri”) için bu görevi yapamazlar ve ne kadar çaba harcarsa harcasınlar dinen eksik kalırlar. Ortodoks Yahudilerin “beni kadın yaratmayan Tanrı’ya şükürler olsun” diye dua etmeleri boşuna değildir. Erkek olmak, toplumsal konumu ne olursa olsun, otomatik olarak kişiyi statü sahibi yapar. *Kuran*’daki “erkek kadından bir derece üstündür” ifadesi de gene bu anlayışın yansımasıdır.

Lanetli Havva imgesi

Yahudiliğin ataerkil anlayışları, İbranilerin içinde doğup yaşadığı Mezopotamya’da geliştirilen düşüncelerle bağlantılı olduğu gibi, Hıristiyanlık da içinden doğduğu bu anlayış ve pratiklerin bazılarını devralıp bazılarını reddetti. Başlangıçta kadınları, köleleri ve yoksulları peşinden sürükleyen Hıristiyanlık, özellikle kilisenin kurumlaşmasına paralel olarak, “ilk günah”ın sorumlusu “baştan çıkarıcı Havva” imgesini, cinsiyetçiliğin sürdürülmesinde en büyük silah haline getirdi. “İlk günah”ın ve cinselliğin utanç verici bir şey olduğu fikrinin olanca yükü giderek kadın bedenine aktarıldı ve kadının statüsünün düşük olmasının meşrulaştırıcı gerekçesi sayıldı.

Hıristiyan teolojisi, Kitabı Mukaddes’in *Tekvin* bölümünden (Yahudi geleneği) ve *İncil*’deki bazı pasajlardan kadının aşağı olduğu sonucunu çıkarır. Özellikle Adem ile Havva anlatısı, kadını yılanın/şeytanın iğvasına kapılan baştan çıkarıcı ve dünyadaki her türlü acının ve ıstırapın kaynağı olarak resmeder. *Kuran*’da böyle bir anlatı olmasa ve kadın ile erkeğin “bir damla sudan yaratıldığı” belirtilse bile, Müslümanların çoğu Havva’nın Adem’in “eğri kaburgası”ndan yaratılmış olduğunu düşünmeye devam eder. Çünkü ataerkil ideoloji din ve kültür ayırımı tanımaz. İlk baştaki cinsiyet eşitliğine yönelik dinsel duyarlılık, ne yazık ki fazla uzun sürmez ve din kurumsallaştıkça ataerkil kültürel kalıplarla giderek daha fazla iç içe geçer ve üstelik onları bir kutsallık halesiyle donatarak değişmez kılmaya hizmet eder.

Kendisi bir kadından doğan, en sadık müritleri kadınlar olan, hatta “dirildikten” sonra ilk kez çarınıhta bile kendisini terk etmeyen kadınlara görünen ve Mecdelli Meryem’i diğer havarilerine bu haberi ulaştırmak için “elçi” tayin ettiği rivayet edilen İsa’dan sonra Hıristiyanlığı kurumsallaştıran Pavlus, onun bu eşitlikçi tavrını reddeder. Pavlus, kadınların Kilise’de sükut etmeleri ve başlarını örtmeleri gerektiğini, çünkü **erkeğin kadının başı** olduğunu buyurur. Kadını salt bedene indirgeyen Pavlus’a göre kadınlar her şeyde kocalarına itaatle yükümlüdürler: “Ey kadınlar, kendi kocalarınıza Rabbe tabi olur gibi tabi olun. Çünkü bedeninizin kurtarıcısı Mesih kilisenin başı olduğu gibi, erkek de kadının başıdır. Kilise Mesih’e tabi olduğu gibi, kadınlar da öylece her şeyde kocalarına tabi olsunlar.” (*Ephesoslulara Mektup*, 5:22, 23,24).

İslam'da da bu anlayışa çok benzer bir hadisin bulunmasına her halde şaşırılmak gerekir: “Kıyamet gününde kadın evvela namazından sonra da kocasına itaatinden sorulacaktır.” Kadınların adet görmeleri ve doğurmaları nedeniyle bazı zamanlarda denetlenemez biçimde “kirli” sayılmaları yüzünden dinsel görevlerini tam olarak yerine getiremeyecekleri ve dolayısıyla dinen “noksan” oldukları fikri, ailenin reisi olan erkeğe kadın üzerinde dinsel bir hak da sağlar: “Karısının itikat, ibadet ve ahlâkını yoklayarak bu hususta bir eksiği varsa, onu da öğretmek”! Görüldüğü gibi, *Kuran*'da yer alan “erkeğin kadına göre bir derece üstünlüğü” ona gerçek yaşamda “bir derece”den fazla bir hak ve üstünlük kazandırmaktadır, çünkü kadının dini de, namusu da erkekten sorulmaktadır. Dinsel alanı da kapsayan bu hiyerarşik ilişkinin, mümin kadın tarafından da içselleştirilip “Allah'ın emri” sayılmasında şaşırarak bir şey yoktur.

Eski Sanskrit metinlerinden anlaşıldığı üzere Ortodoks Hinduizm'in de tutumu farklı değildir; Budizm'de ise, İsa'yı hatırlatırcasına Buda'nın yaşadığı zamanda kadınların konumu yükselse bile, ölümünden sonra gene kadın düşmanlığı ege-men olur. Bedenini denetleyebilen erkeğin karşısında kadının “denetimsiz” karşı kutbu oluşturması, cinsiyete dayalı hiyerarşinin temelini oluşturur. Buradan, bir müminin kamusal, dinsel ve gündelik görevlerini gereğince yerine getirebilmesi için gerekli olan sürekli beden denetimini ancak erkeğin yerine getirebileceği sonucu çıkar ve bu, erkeğin namus ve ahlak bekçiliğini haklılaştırmasını sağlar. Ahlak ve namus ise, bütün ataerkil toplumlarda, kadının ve onun bedeninin erkek tarafından denetlenmesi anlamına gelir. Böylece, doğa/kültür farklılaşmasının cinsiyet hiyerarşisine yansıtılıp “denetimsiz doğa” ile özdeşleştirilen kadının erkekten aşağı sayılması, erkeğin ise akıl ve uygarlıkla, dolayısıyla denetim ve düzenle ilişkilendirilip ahlaken de üstün görülmesi gene karşımıza çıkmış olur.

Atasözleri gerçekten “ata”nın sözüdür!

Dilin ideolojiyi yeniden üretmesi açısından son derece işlevsel olan atasözleri, dinsel öykülere ve metinlere atıfta bulunup kadın düşmanlığını sıradanlaştırarak yaygınlaştırırlar. Bunlar, insanlara belirli durumlarda nasıl davranmaları ve düşünmeleri gerektiğini öğreten ideolojik yol haritalarıdır. Bazı şeylerin ezeli ve ebedi olduğunu, değişmeyeceğini ve değişmemesi gerektiğini vazedirler. İşlevleri, ataerkil geleneğin ve her türlü eşitsizliğin sürdürülmesi ve pekiştirilmesidir. “Biri yatağı yapar, öbürü de orada yatar” diyen Alman atasözünün işaret ettiği gibi, “aşağıda olanların” hadlerini bilmelerini ve eşitsizlikçi toplumsal düzenin bozulmamasını hedeflerler.

Bu bağlamda bütün kültürlerde kadına ve onun toplum içindeki rolüne ilişkin atasözlerinin şaşırtıcı biçimde birbirine benzemesi tesadüf değildir. Çünkü ataerkil sistem ve zihniyet, barındırdığı farklılıklara rağmen neredeyse evrensel bir olgudur. İşte bu yüzden bir Hint atasözü (Rajastan), “Kadın ayakkabıya benzer, eskiyince yerine hemen yenisi alınabilir” derken bir İspanyol atasözü de “kadınlar otobüs gibidir, birini kaçırırsan diğeri gelir” der. Gene Rajastan'dan bir atasözü “Kız doğunca ona bakmana gerek yoktur, ama oğlan doğarsa ona tıpkı gül

ağacına baktığın gibi iyi bak” buyurur ve Çinliler de onu yankılar: “Baba, baba gibi davranmayabilir ama kızı kızı gibi davranmak zorundadır”!

Atasözlerinin dinsel öyküleri nasıl yaygınlaştırdıkları başlı başına ilginçtir. “Kaburgadan hayırlı bir şey çıkacağı beklenemez” diyen Rus atasözünü Romen atasözü tamamlar: “En iyi kadında bile şeytanın kaburgası vardır”. Erkeğin kadının “baş” ı olduğu fikri de hemen bütün kültürlerde vurgulanır ve fiziksel olarak baştan yoksun bırakmak mümkün olmadığı için başın içindeki akıldan yoksun oldukları inancı yerleştirilmeye çalışılır. Hepimiz “saçı uzun akıllı kısa” sözünü biliriz, ama aynı deyişin İsveç kültüründe de var olduğunu bilmeyiz: “Kadınların saçları uzun, akılları kısa olur”. Bir Moğol atasözü aynı şeyi daha “veciz” biçimde ifade eder: “Kafada saç var, içinde beyin yok”. Bir Hollanda atasözü ise, bu “gerçeğin” üstelik makbul bir şey olduğunu ileri sürüp meşrulaştırma hizmetinde daha da ileri gider: “İyi kadın, kafası olmayan kadındır”! Ama bence ataerkil ideolojinin meramını en iyi bir Lübnan atasözü anlatıyor: **“Bir adamın cüssesi küçük olsa bile, kadınların yanında ona büyük denir”!**

Dolayısıyla, kadınların kendilerine dayatılan ideolojik kalıplarla mücadele etmeleri, dili ve dinsel dogmaları sorgulamaları ve yeni bir dil ve dilbilgisi –buna yaşam bilgisi de diyebiliriz! - arayışına girişmeleri erkek egemenliğine karşı mücadele açısından belki de en önemli başlangıç noktası.

Teşekkür ederim.

TÜRKİYE'DE HASTA VE KADIN HEKİMLERE DÖNÜK TOPLUMSAL CİNSİYET POLİTİKALARININ ÖZGÜN NİTELİKLERİ

Prof. Dr. Feride Aksu Tanık

TTB Merkez Konseyi Genel Sekreteri

Merhabalar hepimizi sevgi saygı ve dostlukla selamlıyorum. Şahika hoca bana konuyu iletğinde ağır roman diye düşündüm. Hem hasta kadınların hem de kadın hekimlerin maruz kaldıkları toplumsal cinsiyet politikalarının özgün nitelikleri. Programa baktığımda aslında kadın sağlık emekçileri ve kadın hekimlerle ilgili çok ayrıntılı sunumların da olduğunu gördüğüm için; neoliberal, neo-muhafazakar politikaların kadının eşitsiz konumuna olan etkilerini tartışmaya karar verdim. **Türkiye'de Kadın Olmak** diye bir başlık koydum. Umarım gereksinimi karşılayan bir konuşma olacaktır.

Nelerden söz edeceğim kısaca, öncelikle Türkiye'deki kadınların eşitsiz konumunun verilerle bir yansımaları paylaşmaya çalışacağım. Neoliberal sağlık ve istihdam politikalarının ülkemizde kadınları nasıl etkilediğinden söz etmeye çalışacağım. Neo-muhafazakar politikaların da yine kadını nasıl etkilediğini ifade etmeye çalışacağım. Çünkü neoliberalizm ve neo-muhafazakarlığın ataerkil bir zeminde kutsal ittifakından söz edilebilir. Çeşitli uluslararası indeksler geliştirilmiş. Çok ayrıntılarına girmeyeceğim ama Türkiye'deki kadınlar dünyadaki kadınlar içinde nasıl bir konuma sahip, buna birlikte göz atacağız.

Bu indekslerden biri Toplumsal Cinsiyet Eşitliği indeksi; üç temel alanın verisiyle bu indeks geliştirilmiş. Üreme sağlığı, anne ölümleri ve ergen doğurganlığı üzerinden Toplumsal Cinsiyet Eşitliğini değerlendirmişler. Erk ya da Gücün Kullanımını; Parlamentodaki temsiliyet ve ortaokul ve üstü eğitim ile ölçmüşler. Bir de çalışma yaşamına katılım. Bu üç alanın verileriyle bir bileşik indeks geliştirerek ülkeleri sıralamışlar. Bu indekste 172 ülke arasında Türkiye 92. sırada, birinci ülke Norveç. Bir başka indeks de Dünya Ekonomik Forumu'nun 2010 yılında yayınladığı Küresel Toplumsal Cinsiyet Farkı Raporunda ifade edilmiş. 135 ülke arasında 122. sıradayız, bizden sonra Mısır, Suriye, İran, Fildişi Sahili, Nepal gibi ülkeler var.

İndeksin alt bileşenlerine ilişkin bazı verileri paylaşacağım ama ağırlıklı olarak Türkiye'de sağlığa ilişkin göstergeler paylaşmak ve tartışmak istiyorum. İşgücüne katılım, ücret eşitliği, yasa yapıcı ve yönetici olma ve profesyonel ve teknik işler açısından Türkiye'deki kadınların eşitliği işaret eden 1 skoruna ulaşamadığını

görüyoruz. Sibel Özbudun'un ifadesiyle kadınların tüm dünyada çok uluslu sermayeye ucuz, uysal ve örgütsüz bir işgücü oluşturduğunu söylemek olanaklı ya da kadın emeğine bu şekilde yaklaşıldığı bir gerçek.

Dünyada ekonomik büyüklükte 16. sırada Türkiye, AKP iktidarı büyüyen bir Türkiye olduğunu ifade ediyor. Ama kuşkusuz kapitalist üretim ilişkileri içinde bu büyüme, emek kesiminin eşitlikçi bir biçimde artık değerden yararlandığı bir tablo değil. Bunun içinde kadınların konumunun daha da olumsuz koşullarda olduğunu söyleyebiliriz. Dünyada kadınların ekonomiye katılımında 134. sırada Türkiye, bir başka deyişle sondan dördüncü olduğunu söyleyebiliriz. Kadınların eğitime katılımları açısından 106. sırada, politik yaşama katılımları açısından ise 89. sırada yer almakta. Kapitalist üretim ilişkilerine çok vurgu yapacağım sunu sırasında ama kadınların eşitsizliğinin kapitalist üretim ilişkilerinin bir ürünü değil girdisi olduğunu belirtmek koşuluyla. Sevgili Meltem Çiçeklioğlu'nun bir sunumundan, onun kavramsallaştırdığı bir çerçeve üzerinden birkaç şeyi paylaşmak istiyorum. Toplumsal cinsiyete dayalı iş bölümü aslında üretim ve yeniden üretim (productivity ve reproduction) üzerinden de tartışılabilir. Aslında burada üretim piyasa için, parasal karşılığı olan ve bir değişim değeri olan üretim yapmayı, yani üretimdeki erkeklerin işlevini nitelemektedir. Ama yeniden üretim Fatmagül Berktaş'ın da ifade ettiği gibi biyolojik yeniden üretim yani doğurganlık, yanı sıra kadınların günlük yeniden üretim etkinliklerini kapsamaktadır. Bu kapsamda hane halkını ertesi günkü üretime hazırlamak, üstelik bunu yoksulluk ve sömürü koşullarında gerçekleştirmek, bu amaçla hane halkının maruz kaldığı yoksulluk ve yoksunluğu mas etmek ve o yaşamı kolaylaştırmak. Üretici güçlerin üretime hazırlandığını süreçte kadınlar çok yaşamsal bir işleve sahiptir, bu kapsamda çocukları toplumsal rollerine hazırlama ya da ideolojik yeniden üretim de kadınların sorumluluğudur.

Sağlıkta neoliberal politikalar, özelde sağlık reformu kuşkusuz insanların yaşamlarını ve sağlık haklarını çok olumsuz bir biçimde etkilemektedir. Bu süreçte devletin sosyal sorumluluklarından çekildiğini ve sağlık hizmetlerinin ticarileştiğini biliyoruz. Bu politikalar, kadın erkek herkesin hizmete erişimini olumsuz etkiliyor ama ben bu sunumda kadının nasıl etkilendiğine daha fazla yer vermek istiyorum.

Sağlık alanında devletin sorumluluklarından çekilmesi üretimdeki kadını nasıl etkiler? Aslında toplumsal işbölümüne de bakmakta yarar var bunu anlamak için. İki tane düzenleyici ilkedен söz etmek olanaklı. Erkeklerin işlerinin farklılığına vurgu yapan ayrılma ilkesi ve erkek işlerinin kadın işlerinden daha değerli olduğuna vurgu yapan hiyerarşi ilkesinden söz edebiliriz. Ya da bunların biçimlendirdiği bir çerçevede kadınların değişim değeri olan bir emek sürecinde nasıl yer aldıklarını vurgulayabiliriz. Cam duvarlar ya da cam tavanlar kavramsallaştırılmasını hepimiz bilirsiniz. Emek piyasasında kadınların aleyhine yatay ve dikey bir ayrışmadan söz edilebilir. Dikey ayrışma kadın ve erkeklerin birlikte çalıştıkları işyerlerinde kadınların üretim açısından önemli ve karar verici pozisyonlara gelememelerini işaret eder. Yatay ayrışma ise bu kadın işidir, bu erkek işidir diyerek kadınların eğitim, beceri, deneyim gibi niteliklerinden bağımsız bir bi-

çimde erkeklerin lehine işleyen yükseltme ölçütlerini anlatır. Kadın emeği bir bakıma ucuz ve yedek işgücü olarak tanımlanmaktadır. Kadın emeğine bakarken, hem istihdamda, yani değişim değeri olan üretim ilişkilerindeki kadının durumunu, hem de muhafazakar politikalar üzerinden ev kadınlaştırma meselesini, görünmeyen kapının ardındaki kadın emeğini görünür kılmak ve irdelemek gerekli.

Türkiye'de kadın emek gücüne baktığımızda istihdam edilenler içinde tüm sektörlerde % 28, sağlık sektöründe de % 55 oranında yer aldığımızı görüyoruz. Sağlık işlerinde istihdam edilen kadın sayısının giderek arttığını ama 2008 krizi ile birlikte bir kadın işsizliğinin de ülkemiz gündemine geldiğini görüyoruz. Bütünlüklü olarak kadın emeğinin değersizleştirilmesine ilişkin bir gerçeklikle de karşı karşıya olduğumuzu söyleyebiliriz. Kadınlar farklı işleyen toplumsal mekanizmalarla evdeki rol ve sorumluluklarının adeta bir uzantısı olan işler için teşvik edilmekte, hatta zorlanarak daha değersiz olan "kadın" işlerine mahkum edilmektedirler.

Üretim ilişkileri açısından ve kadın sağlığını etkilemesi yönünden bakıldığında, kadınlarda kayıt dışı çalışma % 43.8 ve sosyal güvencesiz çalışma % 58'dir. Zaman içinde azaldığını görmekle birlikte yine de örneğin kırdaki kayıt dışı çalışmanın kadınlarda çok yüksek olduğunu, azalmakla birlikte % 90'lar civarında olduğunu ve kentte de yine kayıt dışı çalışmanın kadınlar açısından az bir ivmeyle de olsa artış gösterdiğini gözlemlemek olanaklı. Hem sosyal güvenlik hem de sağlık güvencesi çok önemli. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'nın 2008 verilerine göre sosyal güvencesi olmayan kadınlar % 70'e yakın, sağlık güvencesi olmayanlar da neredeyse kadınların beşte birine yakın düzeyde, bu da hizmete erişim ve sağlık düzeyini yakından etkilemektedir. Kente gelen vasıfsız, eğitimsiz kadınlar kayıt dışı işlerde, ev eksenli çalışmaktadır. 60 saatten çok çalışanların % 30 civarında olduğunu söyleyebiliriz. Kuşkusuz görünmeyen bir kadın emeğinden de söz etmek olanaklı. Kadınlar ve erkeklerin ev işi ve aile üyelerine günlük ortalama bakım için ayırdıkları sürelerin birbirinden çok farklı ve çok uzak değerlerde olduğu izlenmektedir.

Aslında annelerin yeni emekçi nesilleri doğurup yetiştirerek kapitalizmin kendini yeniden üretmesini sağladıklarını ve aslında kapitalizmin de emeğin yeniden üretimini ekonomik alanın dışına çıkararak dışsallaştırdığını ifade eder Cahide Sarı. Ayrıca hane halkı ücretli emeğinin daha düşük ücretlerle yaşayabilmesini de sağlayan kadınlardır. Böylece görünmeyen kadın emeği, üretimi de bir biçimde sübvansede etmektedir. Gerçekten bu çok önemli bir boyutu kadın emeğinin.

Neoliberal sağlık politikalarının tedavi hizmetleriyle hasta bakım hizmetlerini parçaladığını ve bakım hizmetlerini hastanenin sağlık kurumlarının dışına çıkararak maliyetleri azalttığını ve bu bakım emeğini de kadınlardan beklediğini biliyoruz. Dolayısıyla neoliberal politikaların bir başka yansıması da hasta bakımı, yaşlı bakımı, çocuk bakımının ağırlıklı olarak kadınlar tarafından üstlenilmesidir. Bu nedenle de kadınların değişim değeri olan üretim ilişkilerinden dışlan-

maları söz konusudur.

Doğumda kız/ erkek oranı açısından Hindistan'da ya da Çin'de yaşandığı gibi çok ciddi bir eşitsizlik yaşanmıyor Türkiye'de. Sağlıklı yaşam beklentisi, beklenen yaşam süresi ülkemizde kadınlarda erkeklerden daha fazla.

Devletin üreme sağlığı hizmetlerinden çekilmiş olması kadınları üreme sağlığı ile ilgili sorunlarla baş başa bırakmaktadır. Sağlığın ticarileşmesi, gereksinimden yola çıkan bütünlüklü bir bakış açısı yerine talebi odağa koyan, sağlık kavramının bütünlüklü yapısı yerine, hastalık odaklı yaklaşımı önceleyen ve korunma kavramının yerine tedavi odaklı hizmet yaklaşımını gündeme getirmekte. Oysa hepimiz biliyoruz ki kadınların gereksinimleri her zaman talebe dönüşmeyebilir, kadınların pek çok sağlık sorunu hastalık kabul edilmeyebilir. Menstrüasyonla ilgili sıkıntılar anlayışsızlıkla karşılanabilmektedir ve sağlık hizmetlerine başvurmada koruyucu hizmet talebi farklı gerekçelerle çok yüksek değildir. Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi de kadın sağlığını olumsuz etkiler. Çünkü birinci basamağın bütünlüklü ve ekiple hizmet sunulan yapısı değişmiştir, parçalı bir yapıya dönüşmüştür. Bu da gerçekten hizmete erişimi olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanlarına performansa dayalı ücret ödenmesi, çalışan sayısının azalması hizmetleri olumsuz etkilemiştir. Sevgili Aslı Davas Sağlık Ocaklarını kadın ocakları diye ifade etmişti geçen sene Denizli'deki toplantıda. Gerçekten ebe merkezli, kadın dostu kurumlardı Sağlık Ocakları; daha çok kadın hekimler üzerinden alınan üreme sağlığı hizmetleri, doğurgan çağ kadınların, gebelerin izlenmesi, Tetanos bağışıklaması. En temel olumlu özelliklerinden biri de, talebe dönüşmeyen gereksinimlerin ev ziyaretleri ile tespit edilmesi ve hizmete erişimlerinin sağlanmasıydı.

Neoliberal politikaların talebi karşılayamadığına ilişkin İzmir'den sevgili Neşe Nohutçu'nun verileri bunlar: 2005'ten 2010'a aile planlaması yöntem kullanımının zaman içinde azaldığını ifade ediyor. Giderek o birinci basamaktaki kadın dostu kurum olan Sağlık Ocağının ortadan kaldırılması, aile planlaması ile ilgili hizmetlerin sunumunun ikinci basamağa kaymasına neden olmuştur. Daha talep odaklı ve kullanıcı ödentileri ile karşılanan bir hizmete dönüşmüştür, örneğin gebeliğin sonlandırılmasından, aile planlaması hizmetlerinden ücret alınmaya başlanması gündeme gelmiştir.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 verilerinde karşılanmamış bir aile planlaması ihtiyacının olduğunu görüyoruz. Bölgelere göre farklı oranlarda olmakla birlikte hiçbir bölgede sıfır olmadığını, en iyi koşulların olduğu Batı Marmara'da % 3'ler civarında olduğunu, ama Güneydoğu Anadolu'da % 15, Doğu Anadolu'da % 13 civarında karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı olduğunu görüyoruz. Yine Türkiye'deki anne ölümleri ile ilgili son çalışmada anne ölümlerinin de % 5'inin bu nedenle olduğunu biliyoruz. Kuşkusuz anne ölüm nedenlerini ayrıntılı bakıldığında korunabilir nedenlerle olan anne ölümlerinin % 90 civarında olduğunu biliyoruz. Aile planlaması yasalarıyla devrim niteliğinde adımlar atılarak anne ölümlerinin azaltıldığını biliyoruz. Gebeliklerin sonlandırılmasının ücretli hale getirilmesi, istenmeyen gebeliklerle ilgili yine tıbbi olmayan, anne yaşamı-

nı riske atan müdahalelere geri dönülme olasılığının olduğunu da aklımızda tutmakta yarar var.

Türkiye Nüfus Sağlık araştırmasının 2003 verilerinden yapılmış bir ayrıntılı analiz verilerini paylaşmak istiyorum. Yöntem kullanma ile kadınların anadilini karşılaştıran bir veri bu, anadilinin hizmete erişimde ne kadar önemli olduğunu gösteriyor. Anadili Kürtçe olan kadınların yöntem kullanmamasının ana dili Türkçe olanlara göre üç kat fazla olduğunu görüyoruz. Hepimiz biliyoruz, üreme sağlığına ilişkin konular yaşamın mahrem algılanan bir alanı. Anadili Kürtçe olan bir kadın sağlık hizmeti alırken doğal olarak tercümana ihtiyaç duyacaktır. Genellikle evdeki çocuklar bu açıdan yardımcı olmaktadır. Tercüman aracılığıyla öksürüyorum, balgam çıkartıyorum, ayağımı burktum diyebilen bir kadının, adetim gecikti, vajinal akıntım var, çocuk sahibi olmak istiyorum ama olamıyorum demesi neredeyse olanaksızdır. Dolayısıyla hizmet sunanın bu dil engelini aşacak bir yaklaşımının olması çok önemlidir.

Yöntem bırakma hızlarına baktığımızda anadili Kürtçe olan kadınların anadili Türkçe olan kadınlara kıyasla dört kat fazla orantıda hap kullanmayı, 5.3 kat fazla rahim içi araç kullanmayı, 2,3 kat fazla kondom kullanmayı bıraktıklarını biliyoruz. İlk evlenme ve ilk doğum yaşı kuşkusuz kadının toplumsal statüsü ile de çok bağlantılıdır. Türkiye'de Doğu Anadolu'da ilk evlenmenin daha erken yaşlarda olduğunu biliyoruz. İlk doğurganlık yaşının ya da doğurganlığın tepe yaptığı yaş grubunun ileriye kayması kuşkusuz kadının okullaşması ve sosyal statüsünün iyileşmesi ile de bağlantılı. Ergen gebeliklerine bakarsak hiç de az olmadığını görüyoruz. Tek başına Doğu Anadolu'nun ya da Güneydoğu Anadolu'nun sorunu da değil, Ege bölgesinde % 9 yani neredeyse her on kadından biri gibi düşünebiliriz. Gerçekten bu konu çok önemli bir konu ve birazdan AKP Hükümeti'nin yeni pronatalist politikalarından bahsederken de bundan bahsedeceğiz.

Toplam doğurganlık çok olumlu bir biçimde ülkemizde nüfusun kendisini yenileyebilme potansiyeli olan iki çocuğa indirilmiş durumda. Ülkemizin nüfusu azalacak denilen ifadelerin doğru olmadığını bir kez daha vurgulamakta yarar var. Yaşa özel doğurganlık hızının tepe değerinin 20-24'ten 25-29'a kaymış olması yine kadının sosyal statüsünün iyileşmesinin işaretleri. Ama toplam doğurganlıkla doğurgan çağın sonunda sahip olan çocuk sayısı arasında istenen çocuk sayısı arasında da farklılık var. Bu fark Türkiye'de 0.5, okuryazar olmayan kadınlar için 1.50, doğuda 1,3, kırdaki 0,9 düzeyinde. Yani aslında istediği çocuk sayısından daha fazla çocuk sahibi olmakta kadınlar ama bunun üzerine de bir 3 çocuk dayatması var hükümet tarafından. Muhafazakarlaşmanın dildeki yansımaları; genç ve dinamik bir nüfusa ihtiyacımız olduğu, doğum kontrolü, Aile Planlaması diyerek milleti kısırlaştırdıkları, en az üç çocuğun yapılması gerektiği gibi ifadeler. Bunlar doğruyu ifade etmiyorlar. Türkiye'de toplam doğurganlık nüfusun yenilenebileceği bir düzeye inmiş durumda. Kaldı ki bölgesel farklılıklar var, Türkiye'de 2.1, Doğu Anadolu'da, GAP bölgesinde ve eğitimsiz annelerde üçün üzerinde.

Kadınların sosyal yaşama katılımının bir bileşeni olan, okul öncesi eğitim, kreş gibi olanakların da ortadan kaldırılacağını, çünkü işletmelere bir yük olduğunu bundan önceki Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, inşallah bu işi de halledeceğiz diyen bir yaklaşımla ele almıştı. Dolayısıyla ev- kadınlaştırmayı yani kadına sadece nüfusun yeniden üretimine ilişkin bir rol biçmeyi burada da görüyoruz. Doğum öncesi bakım almayla ilgili olarak anadiline göre yapılan analizde, sadece Anadolu'da konuşulan Kürtçe dili için değil Süryanice, Arapça, Kafkas dilleri açısından da bakıldığında; 2.5 kat bir olumsuzluğa işaret ettiğini, ya da anadili Türkçe olanların avantajlı olduğunu söyleyebiliriz. Doğurganlığın bu kadar körüklendiği bir ülkede doğum sırasında yardım alamayanların verisine göz atmak yararlı olacaktır. Kırsalda % 19.9 yani her beş kadından biri herhangi bir sağlık eğitimi almamış kadınlar aracılığıyla doğum yapıyorlar. Yine Doğu Anadolu'da bunun % 25.6 olduğunu görüyoruz, yani doğurganlığı körükleme yerine, eşitsizlikleri ortadan kaldırmak için çok yol almak durumundayız.

Kadınların hastalık yükü nedir diye bakalım, veriler Türkiye Hastalık Yükü Maliyet Etkililik Çalışmasına ait. Erkeklere kıyasla kadınlarda depresif hastalıkların ön plana çıktığını görüyoruz. Bu çalışma tüm hastalıkları maliyetlerine göre sıralamış. Sağlık Uygulama Tebliği üzerinden hangi müdahalelerin sosyal güvenlik şemsiyesi içinde karşılanacağı bu maliyet hesaplarına dayandırılmakta. Sistem bize hangisini tedavi etmek daha maliyet etkin sorusunu sordurtuyor. Hangisini tedavi etmeye değer, hangisini paketinin kapsamında tutmaya değer sorusu sordurtuyor.

Bunu ifade ederken bile tüylerim ürperiyor ama örneğin 340 Dolara mal olduğu için serviks kanserini teminat paketinin içinde tutacak, 4054 Dolara mal olduğu için de over kanserini dışında bırakacak bir zihniyeti işaret ediyor. Ya da Dünya Bankası diyor ki, 100 Dolara kadar olan müdahaleler maliyet etkindir, 999 Dolara kadar olanlar da orta derecede maliyet etkindir. Eğer Sosyal Güvenlik Kurumu 100 Dolara eşik değeri olarak kabul ederse, biliyoruz ki serviks kanseri de teminat paketinin dışında kalacaktır. Bu neoliberal politikaların ulaştığı akıl almaz düzeyin en kabul edilemez verilerinden biri.

Kreşin olmadığı, sosyal hizmetlerin olmadığı, istihdam politikalarının kadının aleyhine işlediği, üç çocuklu kadının güya baş tacı edilip kutsal olduğu yerde şiddete maruz kalıp öldürüldüğü ve esnek çalışma koşullarıyla da kadına yönelik şiddetin bir başka boyutunun yaşamımızın iliklerine kadar işlediği bir çerçevede yaşıyoruz.

Burada da kadınlara biçilen ikili bir rol var, eğer söz konusu olan alt sosyal sınıflardan bir kadınsa ucuz, örgütsüz azla yetinen emekçiler olmaları, yaşlı çocuk ve hasta bakımını üstlenmeleri ve emekçilerin yoksullaşmasının hane halkına olan şokunu da geçiştirmeleri, soğurmaları bekleniyor. Orta sınıftan kadınların ise bunların yanı sıra sürekli tüketmeleri bekleniyor.

Sözlerimi şöyle tamamlamak istiyorum, kadın mücadelesi emek mücadelesinin kuşkusuz ayrılmaz bir parçası. Tahakküm biçimlerinin ortadan kaldırılmasının zorunlu ve ilk koşulu da kapitalist üretim biçimlerinin ortadan kaldırılması ama

bu yeterli değil, çünkü ilk konuşmada da izlediğimiz gibi, ataerkil bakış açısı ortadan kalkmadığı sürece kapitalist üretim ilişkilerine karşı verilen mücadele kadının özgürleşmesini sağlamayacaktır. Ataerkil zihniyetle de mücadele etmek gerekir ama antikapitalist mücadeleyi bir kenara bırakmaksızın hepinize çok teşekkür ederim.

AİLE İÇİNDE KADIN KİMLİĞİ

AİLEDE TIBBİ BİLGİNİN TAŞIYICISI OLARAK KADINLAR

Elif Ekin Akşit

Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi

Annelik nedir? Bu sorunun zaman içinde çok radikal olarak değişen pek çok cevabı oldu. Herhalde annelik konusunu düşünürken en önemli anahtar bu değişimi gözardı etmemek olacaktır çünkü sözünü ettiğim değişik tanımların neredeyse tamamı anneliğin zaten ezelden beridir kendi tasarladıkları anlamlara sahip olduğunu iddia ediyordu. Anneliğin ne olduğunu ezelden itibaren cevaplamak hiçbir tarihi metodolojiyle uyuşmayacağına göre, bu soruyu günümüzde annelik olarak düşündüğümüz kavram ne zaman bu şeklini almaya başladı diye sormak daha gerçekçi gözüküyor. Benim farklı birincil ve ikincil kaynakları kapsayan araştırmam (Akşit, 2005), evrensel bir iddiası bulunan günümüz modern annelik kavramının izlerini on sekizinci yüzyılın sonuna ve esas da on dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısı ile yirminci yüzyılın ilk yarısına dayandığını gösteriyor. Bu sonuca varmak için kullandığım yöntemler, dergi taraması ve analizi, sözlü görüşmeler, katılımlı gözlemdir.

Ama anneliğin dönüşümünü anlamak için belki biraz daha geriye gitmek gerekiyor. Çünkü günümüzde hala başvurulanan annelik tanımları anneliği evin içine kapar ve doktorlara bağımlı hale getirirken geçmiş bağımsızlık ihtimallerinin üzerini tekrar tekrar örtmeyi de ihmal etmiyor. Ebeliğin tarihi ise bu örtme çabasını karşı yönde dengeleyen önemli çalışma alanlarından biri: Hem anne hem bebek için hayat memat meselesi olan doğum konusunda yüzyıllar boyunca yetkili olan kadınlar olan ebeler 20. yüzyıla gelindiğinde bu alanı esas karar veren konumundaki erkek doktorlara teslim etmek zorunda kalmışlardı (Bogdan, 1990: 83, 93-96). 17. yüzyıldan itibaren başlayan bu süreç, Avrupa'da yükselen kadın düşmanlığının "bilimsel" ispatıyla perçinlenmiş, ebelerin eğitim yollarının tıkanması ile kolaylaşmıştı (Bakos, 1999: 225). 19. yüzyılın sonunda başlayan nüfus kontrolü çalışmaları da yine erkek doktorun egemen olduğu tıp kurumuna ve devlete katkıda bulunurken ne doğum yapan kadın ve ne de ebe güçleniyordu (Akşit, 2009). Bu süreçte kadınların bilgisinin kolektif tarafları törpüldü ve dönüştü. Ebelerin artık kadınlara atfedilen doğal bilgi durumuna daha yakın konumlandırılmaları onları ayırmış rasyonel-sezgisel bilgi gruplarından mecburen ikincisine yakınlaştırmış ve modernliğin kuruluşu süreçlerinden ve dolayısıyla hastane, üniversite gibi mekanlardan adım adım dışlamıştı (Bakos, 1999: 239, 244-245).

Osmanlı İmparatorluğu'nda da sadece çocuk doğurtan kadınları değil ailedeki büyük kadınları da ifade etmekte kullanılan “ebe” kelimesi 1843'te modern tıp yapılaşmasının içine girdi (Delice, 2006: 47). “Kabile mektebi” olarak anılmaya başlanan ebelik okulu Kadınlar Dünyası dergisinde de genç kızlara, yeni kuşaklara, “yeni kadınlığa” duyuruldu: “Eğer kızlarımızdan kabile yetiştirmeyi (ayıp) kabul ederek bu mühim sanatı bunakların eline bırakırsak emin olalım ki unsumuzu tamir kabul etmez derecede ziyana sevk etmiş ve kasem ederim ki felaket deryasında sukut etmiş oluruz” (Özkipper Oktar, 1998: 37). “Yeni kadınlık” bu tip bunaklar- gençler ayırımlarının kesinleşmesiyle şekilleniyordu (Akşit, 2009). Geçmişle bağlarını kopararak yaptıklarının değerini arttırma güdüsü modern anneliği de tanımlayacaktı. 1928'den itibaren, yeni kurulan cumhuriyet, yeni bir “hayat”ı yeşertmek için, yeni anneler hedefleyen Kız Enstitülerini açtı. Bu okullar tüm ev işlerini mükemmelen yerine getiren kadınlar yetiştirmeyi amaçlıyordu. Bu kadınlar çok güzel Avrupa yemekleri pişirmeyi bilmeli, yeni moda kıyafetleri hatasız dikmeli ve en önemlisi çocuklarını yeni hayata uygun olarak yetiştirmeliydi (Akşit, 2005).

Kızların eğitimi bir yandan kadınların bilgisini koruyan ve geliştiren bir alan gibi görünürken öte yandan bu kadınlık bilgisini en radikal şekilde dönüştürüp modern kurumlara uyduran ve muhtaç hale getiren bir tecrübe idi. Bu okullar, gelecek anneleri eğitmeyi amaçlıyor, ve yeni bilimsel bilgi setlerinin gerisinde, özellikle tıp bilgisini anneliğin yeni dayanağı ve bağımlı olduğu kaynak haline getiriyorlardı. Örneğin temizlik evin, yemek yapımının ve çocuk bakımının en önemli anahtar kelimesiydi. Eğitilmiş anneler yeni bir orta sınıfa aittiler ve giderek bu sınıfa temsil eder hale geldiler. Yani bu okullardan mezun olmayanlar da bu modeli kendi ailelerine uygular hale geldi. Annelerin tıp bilgilerinin ailedeki temsilcilişi olmasının bu kadınların güçlenmesi açısından olumlu tarafları da vardı elbette ama bu yeni bilgilenmenin varolan her türlü kadınlık bilgisinin karşısında kurulması bu anneleri zorlu bir seçim yapmaya mecbur kılıyordu ve bu da çok problemli idi.

Burada şunu not etmekte fayda var: bu seçimi de, taraflarını da, yani kabaca kadınlık ve bilimsel bilgi setlerini de kadınların ailede kültürel kodların taşıyıcısı olması meselesinin bir nevi karşısına yerleştiriyorum. Bir nevi, çünkü kültürel kodlar pek çok anlama geliyorlar. Tıbbi bilgi bile bu kodların bir parçası bir yerde. Ama kültürel kodlar jenerik bir “gelenek” başlığı ile aynı şey gibi düşünülürdüğünde, ve tıbbi bilgi ile bu jenerik gelenekçilik karşı karşıya yerleştirildiğinde, annelerin bu yapay karşıtlığa illa yerleştirmek isteniyorlarsa tıbbi bilginin taşıyıcısı olarak görülmelerinin daha mümkün olduğunu düşünüyorum.

Kadınların tıbbi bilgilerin de içinde olduğu kimi “modern” bilgi setlerini doktordan, okuldan, ve dergilerden nasıl öğrendiğini cumhuriyetin kuruluş yıllarında kadınların eğitimi konusunu çalışırken inceleme olanağı buldum (Akşit, 2005). Toplumun yaygın olarak eğitilmesi vasıtasıyla devrim kurumsallaşırken, kadınlar, okulda öğrendiklerini hem kendi ev hayatlarına ve hem de komşularının hayatlarına sokmakta yaratıcı yöntemler kullanmakta çok mahirdiler. Örneğin çocuk yetiştirmekte kullanılabilecek basit tıbbi bilgilerden oluşan bir bilgi setinin kolay-

lıkla dahil edilebileceği bu farklı bilgi setleri, sadece okuldan öğrenildiği haliyle kalmıyor, gazete ve dergilerden öğrenilen yeni bilgilerle zenginleştiriliyor, doktorlarla temas mümkün olduğu zaman arttırılıyordu. Ne var ki, tıbbın bu kadınları bilginin alıcısı konumunda çocuklaştırıp pasifleştirmesi, aslında daha da derinleşebilecek olan bu bilgi silsilesine ket vuruyordu.

Bu çocuklaştırmaya mukabil, kadınların tıp bilgisine ne yaptıkları, hayatlarına ne kadar eklemledikleri meselesi de önemli bir sorudur. Bu yüzden, ikinci olarak, kadınlar ve tıp kurumundan daha güncel bir çerçevede söz etmek faydalı olabilir. Funda Şenol Cantek ile beraber "Kadınların Kuşaklar ve Sınıflar Arası Bilgi Aktarımları," (2011) konusunu çalışırken kadınlarla yüzden fazla sözlü görüşme yaparak, neleri birbirinden ve neleri kurumlardan öğrendiklerini araştırdık. Burada ortaya çıkan en çarpıcı sonuç, kadınların kurumlardan öğrendiklerini kendi aralarında dolaşıma sokarak, bu bilgileri birbirlerinden öğrenir hale gelme hızları ve etkililikleriydi. Kendilerini kadınların cehaleti üzerine bina eden kurumsal söylemlerin de artık değişmesi gerektiğinin önemli bir sinyali oldu bu tespit.

Bu araştırmada, kadınların birbirinden öğrenmesinin bir yolunun uzun yüzyıllardan beri dini kadın okuma grupları olduğu ama bunların dışarıdan bakıldığında çok belirleyici olan dini çerçevesinin içinde başka bilgi aktarımlarına da izin verdiği ortaya çıktı. Örneğin Melike'nin anlatımına göre, kadınlar bu gruplarda ek bilgiler aktarıyorlar ve bu daha çok diğer sohbetlerden edinilmiş, ya oralarda okunmuş ya da oralarda başka kadınlardan duyulmuş bilgilerin aktarımını içeriyor. Her ne kadar yapılandırılmış bir biçimde de olsa okuma gruplarının okuduğu malzeme değişken. Bir yandan evin sunumu, bu gruplarda yenilmek üzere üretilen yiyecekler, günler gibi bu bilgi aktarımlarının da önemli alanlarından birini oluşturuyor. Daha yirmi sene önce neredeyse sadece Kız Enstitüsü kitaplarından ve halk eğitim kurslarından devşirilmiş bilgilere şimdi yöresel çeşitlilik ve televizyon aracılığıyla uluslar arası çeşitlilik katılmış durumda. Kadınlar kendilerini hala bir nevi şifacı olarak görüyorlar ve hazırladıkları yemeklerin buna aracı olmasını istiyorlar. Çocuklar, temizlik, bazen yaşlılar onların her tür şifa hizmetini bekleyenler... Üretilen yemeklerin çeşitliliği ve lezzeti ön planda olsa da, kısıra koyulan nar ekşisinin şifası, fıstıklı gibi görünen kekin aslında ıspanaklı olması ve ıspanağın faydaları konuşma konuları arasında yer alıyor. Kanser gibi hastalıkların yaygınlaşmasıyla ev ahalisi için hazırlanan salataların çok çeşitli sebzeleri içermesi kadınların özellikle önemseddiği bir konu.

Temizlik de bu bakımın bir parçası ve kadınlar bu işi çok ciddiye alıyorlar. Örneğin temizlik malzemelerinin aslında sağlığa zararlı olması meselesi sağlık konusunda hiç durmadan tekrarlanan modernliğin nimetleri ve zararları kaynaklı ikilemlerin dışavurulduğu alanlardan biri. Çamaşır suyuyla imtihanlarında kadınlar kendi sağlıkları pahasına hane halkının sağlığını koruyan temizlik gazileri olarak kurguluyabiliyorlar kendilerini. Tıbbi bilgilerin değişkenliği ve medyanın bu değişkenliği her yeni haberinde manipüle etmesi de kadınlara bildikleri yoldan kolay kolay şaşmamaları için bir neden sunuyor. Ama bedenlere dair tıbbi bilgiler bu anlamda bir yandan sorgulanıyor ama bir yandan da kanser, Alzheimer, MS gibi görece yeni yaygınlık kazanan veya yaygınlığı

görünür hale gelen hastalıklarla mücadelede başka bilgilerle birleştirilerek değer kazanıyor.

Anneler veya kaynanalar gelinlerine ya da komşular birbirlerine temizliği öğütlerken tıbbi bir temizlik ideolojisinden güç alıyorlar tüm değişkenliğine rağmen, bu da ataerkil pazarlığın (Kandiyoti, 1997) alanlarından birinin bir kurum olarak tıp haline geldiğinin açık bir örneği. Öte yandan özellikle annelerin kızlarına burada anlatılanlardan daha formel bir şekilde tıbbi görünen cinsel bilgi aktarımının da, tıp kurumunun görmek istediği “bilinçli ve modern anne” olmaktan ziyade, kızıyla kuramadığı kişisel ilişkiyi tıbbi bilgilerle ikame etmesi gibi durumlara işaret etmesi görüşmelerin ilginç sonuçlarından biri oldu. Örneğin Denizhan’ın annesi “ev” bilgilerini öğretmeyip beden bilgilerini çok tıbbi bir dille aktarmış. Önceleri komik gelse de, sonraları işe yarayan bir bilgi seti olduğunu düşünmüş Haydar Dümen ve *Cinsel Bilgiler Ansiklopedisi* kaynaklı medikalize bilgilerin. Ama kişisel bilgi aktarımı yerine tıbbileştirilmiş bilgi aktarmak, anne ve kız arası sohbeti mahremiyetinden kurtarıırken kişiye özel olmaktan da çıkarıyordu. Bu, kişilerden çıkması istenen ama çıkamadığı için sessiz kalınan ya da yeri biçimlendirilmiş bilgilerle doldurulan süreci Zöhre çok güzel anlattı: Altı yaşına kadar Orta Anadolu taşrasında iyi halli bir evin kalabalık avlusunda büyüyen Zöhre, bu mekanda cinselliğin ve bedene ait tecrübelerin kimseye ait olmayan ve herkese ait bir şey olduğunu söylüyordu. Bir kadınlar çokluğu içerisinde konuşulan meseleler böylece bir kadının bir kadına ya da kıza aktaracağı kendine özel olan şeyler değil, hepsinin yaşadığı veya yaşayacağı şeyler olduğu için hem yüksek sesle uluorta paylaşılabilir, hakkında gülüşülebilir, hem de bunu dile getirenin bedeniyle özdeşleşmiyordu. Daha sonra bu avludan ayrıldığında dört kız kardeş ve anneleri bu tip deneyimlerin aktarımı konusunda çok sıkıntı yaşamışlardı. Aynı sessizliği onlar da tecrübe etmiş, yerini de tıbbi bilgiyle doldurmamışlardı. Ama yine bir büyükanne dini bilgi çerçevesiyle imdada yetişmiş, örneğin bir kadının rüyasında orgazm olabileceğini Zöhre bu olduğunda abdest konusunda ne yapılıp ne yapılmaması gerektiğine ilişkin bir sohbette öğrenmişti.

Ama nasıl dini çerçeveler bilgi çeşitliliğine evrilebiliyorlarsa, başka bilgilerin de kurumsal söylemlerin “kılıfına girerek” kendi sessizleştirilmişliğini bozması gibi durumlar yok değil. Yani dini bilgi söylemi ya da tıbbi bilgi yabancılaştırması içinde cinsellik ve bedensel bilgiler aktarılırken, tecrübe aktarımı için gereken ve farklı sınıflar ve kuşakları birbirine bağlayan “biz dili” farklı bir yerden yakalanmış da oluyor. Bu da, bir yandan kurumun otoritesine direnmeden hastaneyi kendi bedenlerine ilişkin bilgi aktarımının mekanı haline getiren kadınlarda olduğu gibi, ataerkil pazarlığın kadınlar tarafından kişilerle değil kurumlara ilişkilendirildiğini ama bu kişisellikten çıkışın kadınların kendileri için tahakküm mekanizmaları yaratabildiği gibi, alan da açabildiğini gösteriyor. Cinsel bilgileri daha önceki kuşaktan, daha çok anneanne ve babaannelerinden, dini bilgilerin aktarımı aracılığıyla almayı başarabilen kadınlar aynı pazarlığı bu sefer din ile yapıp, dini söylemleri kendi bedenlerine ilişkin bilgi aktarımları için kullanmayı başararak bu pazarlığı dönüştürmeyi de beceriyorlar. Zaten din ve tıp

müesseseleri de iddia ettikleri gibi kadınlardan kopuk var olamazlardı, bu müesseselerin ataerkil söylemlerce sömürge haline getirilmiş olsalar da...

Son olarak bu müesseselerin parçası olarak iş gören ama bir yandan da onların bu sömürge haline direnen bir grup kadından, eğitimci, psikolog, doktor, hatta ve hatta profesyonel kadın çalışmacısı annelerden oluşan *feminist anneler* (feministanneler.blogspot.com) grubuyla girdiğim ilişkiyle de, akrabalık ilişkilerinden bağımsız, kadınların kendilerinden daha tecrübeli olan kadınlardan öğrendiği, her kadının farklı tecrübesi olduğunun teslim edildiği ilişkiler evrenlerinin ne kadar gündelik olduğu hissimin perçinlendiğini ifade etmek isterim. Bu grubun blogunu yapar ve yürütürken, sadece benim için değil, bizim için değil, pek çok başka kadın için de internetin ne kadar coşkulu bir bilgi kaynağı haline geldiğini ve birbirleriyle kurdukları ilişkiler sayesinde kadınların, burada da bilgilerin kendilerini yutmasına izin vermeyip o bilgileri kullanır hale gelmekteki maharetlerini sergilediklerini gördüm. Özellikle anne olan kadınların genelde bilgi ve özelde tıbbi bilgilerle ilişkilerinin, bu konuda araştırma yapmadan, önyargılarla tahmin edilenden çok farklı olduğunun altı ne kadar çizilse azdır. Tıbbın da kendilerini tıbbi bilginin taşıyıcısı olarak gören annelerin kurdukları bu ortaklığı tanıyan bir şekilde dönüşümü en az bu kadar araştırılmaya ve desteklenmeye muhtaçtır. Eğitimci, psikolog, doktor annelerden oluşan feminist anneler grubu da, kadınların kendilerinden daha tecrübeli olan kadınlardan öğrendiği, her kadının farklı tecrübesi olduğunun teslim edildiği bir grup olarak internetten öğrenen kadınlar denizine, kadınların burada da bilgilerin kendilerini yutmasına izin vermeyip o bilgileri kullanır hale gelmekteki maharetlerine böyle bir olumlayıcı zeyldir.

Sonuç itibarıyla, tıp bilgisinin kadınlara kurumsal olarak okullar yoluyla aktarılması, kadınlık bilgisinin dönüşümü ve kadınların tıp bilgisini gündelik hayatlarına tıp kurumunda gördüklerini çocuklaştırmadan bağımsız eklemlemeleri ve bu bağlamda anneliğin anlamını kimi zaman kadınlara yabancı bir hale evirmelelerinden bahsetmeye çalıştım. Bu bir tür bölünmeye işaret etmekle beraber bir yandan da kılık değiştirmiş bilgilerin, yani örneğin tıp bilgisi kılıfına giren cinsel yabancılaşma ve iletişimsizliğin iletişimi dönüşüm yaratabilecek ve tıp, kadınlar ve toplum başlıkları altında değerlendirilmesi gereken önemli bir konu olarak kendini gösterdiğinin altını çizerek bu konuda gelecek çalışmalara ışık yakmak istedim...

Kaynaklar:

Akşit, Elif Ekin, (2009) "Haydi Kızlar Okula: Kızların Eğitimi, Kadınların Bilgisi ve Kamusal Alan Tartışmaları" *Toplum ve Bilim* 114, 7-26.

Bakos, Adrianna E. (1999) "A knowledge speculative and practical' the dilemma of midwives' education in early modern Europe." *Women's Education in Early Modern Europe: A History, 1500-1800*. Barbara Whitehead (der.) Routledge, Londra.

Bogdan, Janet Carlisle. (1990) "Losing birth: the erosion of women's control over and knowledge about birth, 1650-1900," *Changing Education: Women As Radicals and*

Conservators, Joyce Antler and Sari Knopp Biklen (der.), State University of New York Press, Albany, s. 83-101.

Cantek, Funda Şenol ve Akşit, Elif Ekin, “[Kadınların Kuşaklar ve Sınıflar Arası Bilgi Aktarımları](#)”, *Birkaç Arpa Boyu... 21. Yüzyıla Girerken Türkiye’de Feminist Çalışmalar / Prof. Dr. Nermin Abadan Unat’a Armağan* (Der. Serpil Sancar), Koç Üniversitesi Yayınları, 2011, 535-569.

Delice, Selime Tarihçi. (2006) *Hemşirelik Mesleği ve Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Mesleğe Etkilerinin Betimlenmesi*, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesine sunulmuş Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Özkipper Oktar, Tiğınçe. (1998) *Osmanlı Toplumunda Kadının Çalışma Yaşamı: Osmanlı Kadınları Çalıştırma Cemiyeti*. Bilim Teknik Yayınevi, İstanbul.

Kandiyoti, Deniz (1997), *Cariyeler, Bacılar, Yurttaşlar*, İstanbul: Metis Yayınları.

ÇALIŞAN KADINLAR VE "SÜPER-ANNELİK" KAVRAMI

Doç. Dr. Ashhan Polat

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Klinik Epidemiyolog
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı*

Her ne kadar ataerkil toplum düzeni nedeniyle var olan cinsiyet ayrımcılığı kadınları çalışma yaşamının dışına itmeye çalışsa da, giderek artan sayıda kadın çalışma gücünün içinde yer almıştır. Son 30 yılda çocuklu kadınların ücretli iş hayatının içinde fazlasıyla yer alması ve kadınların rolleri ile ilgili beklentilerin değişmesi, kadınların annelikle ilgili çatışmalarının temelini oluşturmaktadır. Aslında toplumda egemen olan sosyal beklentilere göre kadınların tam zamanlı çalışması istenmemesine rağmen, en az %50 oranında çocuklu kadının tam zamanlı işte çalışmakta olduğu gösterilmiştir (Maher 2004). Yani birçok anne devamlı surette evde bulunuyorken, diğer bir grup anne de çalışmaya devam etmektedir. Peki kadınlar için evde oturmak ve çalışmak gerçekte ne anlama gelmektedir? (Dillaway vd. 2008)

Sosyal, ekonomik ve psikolojik açılardan çalışma hayatına katılmanın kişi üzerindeki olumlu etkileri yadsınamaz. Ancak aile hayatı ve çalışma hayatı arasında sıkışmanın yarattığı rol çatışması nedeniyle bu olumlu katkılar beklenenden az olmaktadır. İş hayatına katılan kadın, toplumsal düzeyde kadın ve erkeğe yüklenen roller nedeniyle iş ve aile hayatı arasında makul bir denge kurma konusunda erkeklere kıyasla daha fazla problem yaşamaktadır. Bu durum, baskı altında kalan kadınların artan oranlarda eş ve anne olmayı reddetmesine neden olmaktadır. Pek çok kadın ya sosyal hayatlarından kısıtlama yapmak ya da iş hayatından vazgeçmek durumunda kalmaktadır. Bu nedenle, günümüz toplumunda süregelen kadın ve erkeğe ait geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinin ivedilikle yeniden gözden geçirilmesi gerekliliği doğmuştur (Erdoğan 2010).

Düşük gelir, düşük statü, işte istenmeyen görevler, kontrol ve otonomi yokluğu, hayal kırıklığı veya düşük moral, fazla zaman ve enerji talepleri, fiziksel tehlike ve zorlanmalar çalışma hayatında kadınlarda strese neden olmaktadır. Ancak evli ve anne olan kadınların birincil kabul edilen bu rolleriyle, ek olarak üstlendikleri iş rollerinin doğurduğu talepleri aynı anda karşılamaya ve rolleri arasında bir denge kurmaya çalışmaları, fazladan bir zorlanma ve yük getirmektedir. Cinsiyetçi iş bölümünün değişmemesi, ev işleri ve çocuk bakımının daha çok kadına kalması, kadının bu farklı iki alan ve farklı rolleri üstlenmesi sonucunu doğurmaktadır. Bu durumda olan kadın ev işlerine yeterince zaman ayıramadığı, iyi

bir eş ve anne olamadığı için, çoğu zaman kendisi de dahil olmak üzere, bir çok kişi tarafından suçlanmakta; iş yerinde ise yeterince çalışkan ve özverili olmadığı şeklinde nitelenerek kariyer ilerlemesinde gözden düşmektedir. Her iki alanda yaşadığı gerilim nedeniyle kadının hem işten hem evlilikten aldığı doyum azalmakta, ayrıca birçok fiziksel ve ruhsal bunalımla karşılaşmaktadır. Araştırmalar, iş ve aile çatışması arttıkça kadının her alanda tatmininin azaldığını göstermektedir (Cansız 2004).

Çocuk bakımının özünde yatan esas ikilem çalışan anne - çalışmayan anneden daha çok, kadın ve erkek arasındadır. O'Brien'a (1981) göre kadınları kültürel alandan, kamusal yaşamdan ve iş hayatından dışlayan şey kadının kendi doğası değildir. Bunun sorumlusu tarihsel olarak, erkeği çocukların -sözde- şahsi bakımından ayrı tutan "erkek iş dünyası"dır. Günümüzde de bu hiyerarşik ve "erkek eliyle yaratılmış" ayırım büyük oranda etkisini sürdürmektedir. Ancak sorun *erkeğin* işinden ziyade *kadının* çocuk bakımıyla ilgili olarak kendini göstermektedir. Tanımı gereği çalışmak bakım vermektен, üretmek üremekten daha kıymetli kabul edilmekte ve tarihsel "erkek egemen" sosyal ve politik teoriler de bu değeri yansıtmaktadır (Boyd 2002).

Bu ideolojik yaklaşım öncelikle çocuğun birincil bakımvereninin biyolojik anne olması gerekliliğini savunur (Hays 1996; Lorber 1995; Macdonald 1998; O'Reilly 1996; Dillaway vd. 2008). "İyi" bir anne, çalışsa da çalışmasa da, ev içi veya ev dışında *her zaman hazır*dır. Artık anne sadece evde değildir, buna rağmen halen "tam zamanlı" annedir. Zira *iyi anne*, asla işiyle çocuğu arasında bir zaman ayırımına gitmez (Johnston & Swanson 2004; Ranson 2004).

Annelik ideolojisi çocukların ve annelerin ilgilerinin tamamen aynı olmasını bekler (Berry 1993). "İyi" anne kavramı, kadınların kendi kişiliklerini tamamen aileye adanmasına, başka ilgi alanlarının olmamasına ve onların da diğer aile bireylerinin isteklerine bağlı olmasına yol açar (Berry 1993). "İyi" anne bizim aile hakkındaki beklentilerimizin, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarımızın tamamen karşılanmasını sembolize ediyordur (Arendell 2000; Lorber 1995; Smith 1993). "İyi" anne, evi ve ailesiyle özdeşleşmiştir.

Anneliğin ideolojik yapısının bir diğer ikilemi de evde oturan anneyle işe giden anne (çalışan anne) arasındadır. Çalışan anne 1970'lerin sonu ve 1980'lerin başında popülerlik kazanmıştır. Çalışan anne terimi, tipik olarak haftada 40 saat ve fazlasını evin dışında geçiren ve kariyer odaklı çalışan kadını tanımlamaktadır (Douglas 2000). Bu annelerin de pek çok ihtilafları vardır. Birçok kadın annelik yaparken para kazanmak ya da tek sosyal rol olarak anneliğe devam konusunda karar vermek durumunda kalır. Genellikle bu karar evde olan ve çocuğuna öncelik veren tam zamanlı annelik veya çalışan ve paraya öncelik veren annelik şeklinde resmedilir. Bu tabloda kadının fiziksel mekanı ya ev ya da iş olarak tarif edilmektedir (Dillaway vd. 2008).

Çalışan anne genel olarak olumsuz bir kavram olarak tanımlanmıştır; kendi kişisel başarısıyla daha çok ilgilenen (daha fazla para, kariyer), maddiyatla ilgili şeyleri (yeni araba, büyük ev, pahalı giysiler gibi) çocuğunun iyiliği ve başarısı-

nın önüne koyan anne olmak gibi (Johnston & Swanson 2004). Kültürel olarak çalışan kadınların işleri yüzünden tam zamanlı anneliklerinin engellendiği düşünülür (Ranson 2004). Yani, ücretli iş aktivitesi bu kadınları “iyi anne” olmaktan alıkoyar, çünkü evde oturan anneler kadar tam olarak yoğun annelik yapamazlar ve/veya hatta (kendi “doğal” sorumluluklarını “taşeronlara vererek”) başkalarının “annelik mesleğini” icra etmesine olanak sağlarlar (Crum 2005; Macdonald 1998; Uttal 2002; Wrigley 1995). Popüler ebeveynlik kılavuzları bu annelerin “olağanüstü bir ebeveynlik” yaparak “çalışma” durumunu telafi etmeleri gerektiğini ima eder (Sears 1999; Sears vd, 2003).

Bütün bu olumsuz çalışan anne kavramları bir tarafa, çalışan anne “**süper-*anne***” olarak tanımlanmaktadır. Bu efsanevi kadın, evin dışında olan çalışan anne rolünden, güçlü bakıcı kadın, dikkatli bir anne ya da ev düzenleyici rollerine geçebilmektedir. Üstelik tüm bunları evini ve çocuklarını feda etmeden yapabilmektedir (DeMeis & Perkins 1996; Hays 1996). Süper-*anne* kavramının özü “kadın çalışsa da, asıl işi evinde anneliktir” şeklinde tanımlanabilir. Annelikle kıyaslandığında iş yan bir aktivite olarak nitelendirilir ve çalışan kadın, evde oturan annenin sözümona yaptığı, yoğun annelik uygulamalarıyla ilgili hala sorumlu tutulur. İş hayatındaki anneler evde oturan annelerle eşit konuma gelebilmek için çocuk bakımı konusunda, daha çok çaba harcamak zorundadır (Dilaway vd. 2008).

Türkiye’de Çalışan Anne Olmak

Her ne kadar Türkiye doğuyla batı arasında bir yerde dursa da, son zamanlarda (özellikle Avrupa Birliği uyum sürecinde) yapılan düzenlemelerle önemli adımlar atılmıştır. Türkiye’de kadınların doğum sebebiyle kullanmaya hak kazandıkları izin süreleri 2011 yılında yeni bir düzenlemeyle iyileştirildi. Bu düzenlemeler bebek, kadın ve toplum sağlığı adına önemli gelişmelerdir. Yeni uygulamalara göre; doğum öncesi 8 hafta, doğum sonrası 8 hafta olmak üzere 16 hafta ücretli izin verilmekte, sağlık durumunun el verdiği ölçüde son 3 haftaya kadar çalışan kadın kalan 5 haftayı doğum sonrasına ücretli olarak ekleyebilmektedir. Doğum erken gerçekleşirse doğum öncesi kullanılmayan süre doğum sonrasına eklenmektedir. Doğumda veya doğum sonrası annenin ölümü halinde, babanın isteği üzerine babaya anne için öngörülen süre kadar izin verilmektedir. Doğum yapan çalışana verilen ücretsiz izin süresi de; ücretli izin süresinin bitiminden itibaren on iki aydan yirmi dört aya çıkartılmıştır. Süt izninde de düzenlemeler yapılmıştır. Doğum sonrası ücretli izinin bitiminden itibaren ilk altı ay içinde, günde 1,5 saat olan izin 3 saate çıkarılmış, ikinci altı ayda ise günde 1,5 saat süt izni verilmiştir. Bu saatlerin günün hangi saatinde olacağına anne kendisi karar verecektir.

Emzirme, bebeğin anne sütü ile beslenmesi ve anne ile bebeğin birlikteliği, kadın ve çocuk sağlığını yakından ilgilendiren konulardır. Annenin emzirme hakkı ile çocuğun annesinin sütü ile beslenme hakkı, yaşamını sağlıklı sürdürebilmek için çalışma yaşamında bulunan insanların haklarıyla çelişmemelidir. Ülkemizde her dört kadından birinin (% 26.6) çalışma yaşamında olması ve bu oranın giderek

artacağı göz önünde bulundurulduğunda bu konular, aynı zamanda temel toplum sağlığı sorunlarından biri olarak karşımızda durmaktadır (Gökdemirel vd. 2008). Emzirme ve emzir(e)meme hakkında kadınlara nesnel ve yansız bilgi akışı sağlanmalı, kadınların bu konuyla ilgili yaşadığı zorluklar anlaşılmaya çalışılmalıdır.

Kadının çalışma hayatına katılmasıyla elde ettiği kazanımlar oldukça fazladır. Ancak bunun beraberinde getirdiği bazı olumsuzluklar da bulunmaktadır. Bu olumsuzlukların içinde en önemlisi çalışan kadınların annelik görevini yerine getirirken karşılaştığı sorunlardır (A.A.K. 2002). Diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de evlilik ve çocuk doğumlarıyla kadınların çalışmaları arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır. Yapılan araştırmalar; kadının çocuk sahibi olmasının, çalışma yaşamına katılmasına ve evle ilgili faaliyetleri yürütme biçimi üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ailede 0-6 yaş dönemde çocukların olması, kadınların ev ile ilgili faaliyetlere daha fazla zaman ayırmalarına ve faaliyetlerin artmasına neden olmaktadır (Brines 1994; N.E.E. 2003). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (2004) göre; çocuk sahibi olmak kadının çalışma durumu üzerinde önemli bir etkidir. Sonuçlar araştırmanın tarihinden önceki 12 ay içinde çalışan kadınların %63’ünün 6 yaşından küçük çocuğunun olmadığını, çocuğu olmayan kadınlar arasında çalışma oranının, çocuğu olanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (N.E.E. 2004). 0-6 yaş dönemi, çocukların kişilik yapılarının büyük oranda belirlendiği, bilişsel, sosyal, duygusal ve fiziksel gelişimlerinin en hızlı yaşandığı dönem olması nedeniyle önemlidir. Bu dönemdeki çocukların en önemli özelliği yetişkin yardımı olmadan, yaşamlarını sürdürmemeleri ve özel bakıma ve ilgiye ihtiyaç duymalarıdır (Temur 2004). Ancak çalışan annelerin çocuğu ile geçirdiği sürenin sınırlı olması ve eve döndüğünde evle ilgili işleri de yapmak zorunda kalması nedeniyle çalışmayan annelere göre zamanlarını ve enerjilerini daha iyi organize etmeleri gerekmektedir (Razon 1983). Çünkü toplum düzeyinde çalışan kadının bu ikilemini gidermeye yönelik okul öncesi eğitim kurumları ve kreş gibi kuruluşlar yeterli olmadığından kadınlar ev yaşamına ilişkin sorumlulukları ve çalışma yaşamları arasındaki dengeyi kendileri kurmak zorunda kalmışlardır (Aytaç 2004, Gültekin ve Bener 2008’den).

Canbaz ve arkadaşlarının (2005) sağlık sektöründe yaptıkları çalışma sonucunda ise gebelik dönemi ve doğum sonrası çalışma koşullarının annelik haklarının kullanımını kısıtladığı bulunmuştur. Ortaylı ve arkadaşlarının (1999) yaptığı bir çalışmada kadın doktorlar ve hemşireler arasında doğum öncesi ve sonrası izin kullanma oranının az olduğu, doğum gününe kadar çalışan ve gece nöbetlerine kalanların fazla olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni sorulduğunda ise; katılımcıların “yöneticim izin vermedi” veya “işim çalışmamı gerektiriyordu” gibi cevaplar verdikleri belirtilmiştir. Kadın sağlık çalışanları, hastalara bakım verip eve gittikten sonra ev ve çocukları ile ilgili bakımları üstlenmekte ve böylece kendilerine özel zamanları kalmamaktadır. Bu durum da kadında stres ve kaygı duygularının yaşanmasına neden olmaktadır (Canbaz vd. 2005).

Şayet annenin işe dönmesini ekonomik getiriler anlamında talep ediyorsak, bebeğini emzirdiğinde sağlık harcamalarının azaldığını, çocuk hastalıklarının tedavisindeki iş gücünün azaldığını, iş günü kaybı, izin alma ve para kaybının azaldığını görmezden geliyoruz demektir. Çocuğun anneye bağımlılığı ve gereksinimi, bebeğin ilk aylarında annesiyle birlikte olmasının kişilik gelişiminde ne kadar önemli olduğu gerçeği ortadadır, ideal çözüm ilk 2-3 yılda çocuğun annesi tarafından büyütülmesidir. Bebeğin anneye olan gereksinimi, anne-bebek ilişkisinin kişilik oluşumunda ki yeri, emzirmenin önemi ve çeşitli politikalarla desteklenmesi sürekli vurgulanmaktadır. Lakin buna yönelik uygulamaların kısıtlılığı, cinsiyetçi bakış açısı ve yaklaşım kadının rol çatışmasını, suçluluk düşüncelerini ve psikososyal zorlanmalarını arttırmaktadır (Gökdemirel vd. 2008).

Kadından/anneden beklenen nerdeyse bir insan için zamansal olarak çıkan birçok şeyi birleştirmek, yani “süper” olmaktır. Söz edilen bu kadar güçlüğe rağmen kadınlar bu farklı rolleri bir arada sürdürmeyi bir şekilde başarmışlardır. Biliyoruz ki biyolojik özellikleri öne sürülerek ücretli çalışmanın dışında tutulmaya çalışılmasına rağmen yaklaşık 30-40 yıldır kadınlar çalışma hayatında olmaya devam etmektedir. Annelikle ilgili bu kadar çok kavram karmaşası olmasının altında aslında genel olarak iş tanımlarının erkek odaklı olarak yapılmış olması yatıyor diyebiliriz. Asıl zorluk bu çalışma şartlarının kadın için uygun olmamasından kaynaklanmaktadır. Fakat gelişen dünyayla beraber çalışan anneler için farklı çözümler, farklı tanımlamalar düşünülebilir.

“Çalışan anneler” terimi bile örtük bir şekilde cinsiyetçi ve ayrımcı bir kabulden yola çıkmaktadır. Burada da çalışma anlamında bir kadın-erkek eşitsizliği ve anne olan kadınlar için ücretli işin, gereklilikten ziyade bir tercih olduğu vurgulanmaktadır (Johnson 2001).

Sonuç olarak.....

Aslında “her anne çalışan annedir”, yalnızca evde ve bedavaya çalışmaktadır; üstelik emeklilik de yasaklanmıştır (Dillaway vd. 2008). Crum (2005) bunu şöyle ifade eder:

“Hiçbir ücretli iş annelik kadar zor olamaz. Hiçbir iş annelikte ihtiyaç duyulan yaratıcılık, sabır, bilgi, önemli noktalarda karar verme, dayanıklılık, metanet, sezgisel olma gibi özellikleri bir arada gerektirmez.” (Dillaway vd. 2008'den)

Kaynaklar

Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, (2002), “2001 Yılı Aile Raporu”, s.273- 274-215, Ankara.

Aytaç, S. , (1999), “Çalışma Yaşamında Kariyer Yönetimi, Planlaması, Geliştirilmesi Ve Sorunları”, Yöneticinin Kitaplığı Dizisi, İtambul: Epsilon Yayınları.

Arendell, T. (2000), “Conceiving And Investigating Motherhood: The Decade’s Scholarship.”, Journal of Marriage and Family, 62(4), 1192-1207.

- Berry, M. F. (1993), "The Politics Of Parenthood: Child Care, Women's Rights And The Myth Of The Good Mother.", New York: Penguin Books.
- Boyd, Elizabeth Reid (2002), "Being There": Mothers Who Stay At Home, Gender And Time", Women's Studies International Forum, Vol. 25, No. 4, pp. 463 – 470.
- Brines, J.(1994), "Economic Dependency, Gender and the Division Labor at Home.", Journal of Sociology, 100(3), 652-688.
- Canbaz, S., Sünter, T., Süren, C., Pekşen, Y. (2005), "Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri, Gebelik ve Doğum sonu Dönemdeki Çalışma Koşulları", Kocatepe Tıp Dergisi, 6: 39-44, Afyon Kocatepe Üniversitesi
- Cansız, Rabia Onur (2004), "Çocuk Yetiştirme Modellerinde Cinsiyetçi Yaklaşımlar", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Crum, K. G. (2005), "A Mother's Place. Today's Woman", p. 40.
- DeMeis, D., Perkins, H. (1996), "'Supermoms' of the Nineties: Homemaker And Employed Mothers Performance And Perceptions Of The Motherhood Role.", Journal of Family Issues, 17, 777-792.
- Dillaway, H., Pare E. (2008), "Locating Mothers : How Cultural Debates About Stay-At-Home versus Working Mothers Define Women and Home", Journal of Family Issues, Volume 29, Number 4, April 2008, 437-464.
- Douglas, S. (2000), "The Mommy Wars: How The Media Turned Motherhood Into A Magazine, pp. 62-68.
- Erdoğan, S. (2010), "İş ve aile Hayatı Çatışması", <http://www.calisma.gov.tr/csqbPortal>.
- Garey, A. (1999), "Weaving Work & Motherhood.", Philadelphia: Temple University Press.
- Gökdemirel, S. , Bozkurt, G., Gökçay, G., Bulut, A. (2008), "Çalışan Annelerin Emzirme Sürecinde Yaşadıkları: Niteliksel Bir Çalışma", Çocuk Dergisi 8(4): 221- 234
- Gültekin, A. , Bener, Ö (2008), "0-6 Yaş Döneminde Çocuğu Olan Çalışan Ve Çalışmayan Kadınların Evle İlgili Faaliyetleri Yürütme Biçimlerinin İncelenmesi", <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr>.
- Hays, S. (1996), "The Cultural Contradictions Of Motherhood.", New Haven, CT:Yale University Press.
- Johnson, F. (2001), "Ideological Undercurrents in the Semantic Notion of 'Working Mothers'.", Women and Language 24 (2): 21-28.
- Johnston, D. , Swanson, D. (2004), "Moms Hating Moms: The Internalization Of Mother War Rhetoric.", Sex Roles, 51, 497-510.
- Lorber, J. (1995), "Rocking The Cradle: Gendered Parenting.", In J. Lorber (Ed.), Paradoxes Of Gender (pp. 144-171). New Haven, CT: Yale University Press.
- Macdonald, C. L. (1998), "Manufacturing Motherhood: The Shadow Work Of Nannies And Aupairs.", Qualitative Sociology, 21(1), 25-48.
- Maher, J.M. (2004), "Skills, Not Attributes: Rethinking Mothering As Work", Journal of the Association for Research on Mothering, 6 (2), 7-16.

N.E.E. (2003), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması", Ankara.

N.E.E. (2004), "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması", Ankara.

O'Brien, Mary (1981). "The Politics Of Reproduction." London: Routledge & Kegan Paul.

O'Reilly, A. (1996), "Ain't That Love? Antiracism And Racial Constructions Of Motherhood.", In M. T. Reddy (Ed.), *Everyday Acts Against Racism*. Seattle, WA: Seal Press.

Ortaylı, N. (1999), "Kadın Sağlık Çalışanları." *STED*, 8(3):83-4.

Ranson, G. (2004), "Paid Work, Family Work And The Discourse Of The Full-Time Mother." In A. O'Reilly (Ed.), "Mother matters: Motherhood as Discourse And Practice" (pp. 87-97). Toronto, Canada: Association for Research on Mothering.

Razon, N. (1983), "Çalışan Anne ve Çocuk", İstanbul Üniversitesi Eğitim Bilimleri Bölümü, Edebiyat Fakültesi Yayınları, İstanbul.

Sears, W. (1999), "Nighttime Parenting: How To Get Your Baby And Child To Sleep.", New York: Plume Books.

Sears, W. , Sears, M., Sears, R. , Sears, J. (2003), "The Baby Book: Everything You Need To Know About Your Baby From Birth To Age tTwo", (2nd ed.). New York: Little, Brown.

Smith, D. (1993), "The Standard North American Family: SNAF As An Ideological Code.", *Journal of Family Issues*, 14(1), 50-65.

Temur, B. (2004), "Anne-Baba Olmak / 0-6 Yaş Döneminin Gelişim Özellikleri", <http://www.elmacocukevi.com/okuloncesi.html> [29/11/2004].

Uttal, L. (2002), "Making Care Work: Employed Mothers In The New Childcare Market." New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Wrigley, J. (1995), "Other People's Children: An Intimate Account Of The Dilemmas Facing Middle- Class Parents And The Women They Hire To Raise Their Children.", New York: Basic Books.

AİLENİN ESNEK İŞÇİSİ: KADIN

Yard. Doç. Dr. Yasemin Özgün

Anadolu Üniv. İletişim Fakültesi

Kadınların çalışmaları ve kendilerine ait bir gelirlerinin olması onları hem evde hem sokakta güçlü kılar ve erkek egemen sistemi zayıflatmak yönünde güçlü bir adımdır. Ne var ki, Türkiye’de çalışan kadınların formal istihdamının oldukça zayıf olduğunu ve sosyal güvenlik sisteminin dışında kalanların başında kadınların geldiğini biliyoruz. Türkiye’de esnek ve güvencesiz çalışma neoliberal politikaların uygulanmaya başladığı 1980’lerden itibaren hem kadın hem de erkekler için neredeyse bütün sektörlerde temel iş düzenlemesi olarak yaygınlaşmıştır. Ancak yapılan çalışmalara göre esneklik kadın ve erkek emekçileri aynı biçimde etkilememektedir. Erkek işgücü daha çok içsel esneklik (birden fazla iş yapma, rotasyon, görevlerin bütünleştirilmesi, takım çalışması) adı verilen biçimde istihdam edilirken eğreti işler, kısmi zamanlı çalışma, esnek mesai saatlerini içeren dışsal esneklik biçiminde ise kadınlar daha çok istihdam edilmektedir.

Esas olarak kadınlar, ev- aile yaşamı ile iş yaşamını uyumlulaştırma adına bu işlere yönlendiriliyorlar. İçinde yaşadığımız patriyarkal kapitalist sistemde kadınların aldıkları ücretler ‘ek gelir’ olarak görüldüğü için kadın ve erkek ücretleri arasındaki fark genellikle ‘normal’ ve ‘meşru’ olarak görülür. Kadınlar koca işsiz kaldığında ya da kriz dönemlerinde ancak ayakta kalma stratejisi olarak iş arayan konumuna geçirilirler. Kadınlar istihdama katıldıklarında da ev içi yüklerinden kurtulamıyorlar, ücretli iş kadınlar için ikinci mesai anlamına geliyor ve kadınlar ücretli ücretsiz emek kıskacına hapsoluyorlar.

Sermaye patriyarkal sistemle işbirliği içinde kadınları ucuz, güvenilir, sabırlı ve itaatkâr emek olarak istihdam ederken tarımda ise kadınlar ücretsiz aile işçisi olarak yer alıyorlar. Kadın istihdamının olmadığı alanlarda ise ucuz emek gücü olarak yabancı göçmen kadın emeğinden yararlanılıyor. Yoksulluk ve işsizlik dönemlerinde ise kadınlar her işe razı konumda oluyorlar. Sunuşta, bu söylenenlerden yola çıkarak 2000’li yıllarda kadın emeğinin genel durumuna ait bazı bilgileri sizinle paylaşmak ve bu bilgiler ışığında kimi çıkarımlarda bulunmak istiyorum. Bunun için öncelikle 2000 lere gelinmeden yaşanan yapısal değişim ve dönüşümlerden bahsedeceğim daha sonra bu değişimlerin çeşitli yasal düzenlemelerle kadınları nasıl etkilediği üzerinde duracağım.

Türkiye’de 2000’lerde Kadın Emeği

1970’lerde özellikle merkez kapitalist ülkelerin pazar paylarını kaybetmeleri ve buna bağlı olarak da kar oranlarındaki görece düşüşten kaynaklanan yeni bir

kriz öncülüğünü Chicago Okulundan Hayek ve M. Friedman'ın yaptığı, neoliberal akım tarafından Fordist üretim sistemi ve Keynesyen ekonomi politikalarının krizi olarak değerlendirilmiştir. Neoliberalizme göre krizden çıkış diğer bir değişle sermaye birikim sürecinin yeniden canlanma koşullarının yaratılabilmesi için üretim süreçleri ve devletin ekonomideki işlevinin yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Bu yeniden yapılandırmada temel hedef, sermaye üzerinde yük olarak görülen unsurların ortadan kaldırılarak maliyetlerin minimum düzeye indirilmesidir. Sermayenin üzerinde yük olarak görülen unsurlar ise üretim sürecindeki emek maliyeti ve sosyal devletin gereği olan sosyal politikalarlardır. Bunun anlamı, başta sosyal güvenlik olmak üzere emekçilere verilen sosyal hakların, sermaye üzerine yük olduğu gerekçesi ile ortadan kaldırılması ve piyasa mekanizmasına dayalı liberal düşüncenin yeniden egemen hale gelmesidir (Müftüoğlu, 2008: 148).

Neoliberalizmin krizden çıkış önerilerini daha açık olarak şu şekilde özetlemek mümkündür: Devlet ekonomiye müdahaleden vazgeçmeli, liberalizmin “laissez faire” ilkesi yani, serbest piyasa anlayışı tekrar geçerli olmalıdır; para arzındaki artış, ekonominin suni biçimde şişirilmesine engel olacak biçimde sınırlandırılmalıdır; dünya ölçeğinde meta, para ve sermaye akımlarına karşı her türlü engel ortadan kaldırılmalıdır; sermaye üzerindeki vergi yükü hafifletilmeli, devlet harcamaları yeniden bölüşümcü ve sosyal ücreti arttırıcı olmaktan çıkartılıp sermayeyi teşvik edici bir yapıya sokulmalıdır. Öte yandan, üretim sürecine ilişkin olarak azalan verimlilik, yetersiz artık değer ve azalan kar hadlerine karşı getirilen öneriler ise şunlardır: Uluslararası pazar genişletilmeli; artık değeri yükseltmek üzere ucuz emek bölgeleri bulunmalı; emek sürecinde verimliliği arttırmak üzere yeni üretim alanları bulunmalı, yeni örgütlenme biçimleri ve teknoloji geliştirilmelidir (Arın,1985: 136).

Neoliberal politikalar, 1970'li yıllarla birlikte merkez ve çevre kapitalist ülkelerde benimsenmeye başlanmış ve uygulamaya konulmuştur. Bu bağlamda sermaye, ucuz emek bölgeleri ve yeni pazarlara yönelmiş; fabrika tipi üretim, işçi sınıfı örgütlülüğünün zayıf olduğu (ya da hiç olmadığı) küçük ve orta ölçekli işletmelere kaymış; üretimde teknolojinin yoğunluğu artmış; üretim sürecinde istihdam ve çalışma biçimleri esnekleştirilmiş; işçilerin birbirleriyle rekabetini arttırarak verimliliği yükseltmeye dayanan performans dayalı ücret sistemi uygulanmaya başlanmıştır.

Üretim sistemlerindeki bu değişim, emeğin yapısında da değişime neden olmuş ve emekçiler arasındaki tabakalaşma artmıştır. Emeğin yapısındaki bu değişim ile emekçiler arasındaki niteliksel ve mekânsal farklılıklar, sendikal örgütlenmeleri de olumsuz yönde etkilemiştir. Öte yandan, devletin ve işverenlerin sendikalara karşı tutumları sertleşmiş ve karar süreçlerine sendikaların katılımı büyük ölçüde engellenmiştir. Ayrıca emeğin bileşimi içinde üretim araçlarının yani makine ve teçhizatın payı artmıştır.

Tablo 1. Türkiye’de kadın ve erkeklerde işgücüne katılım oranları

| Dönemi | Türkiye-İşgücüne katılım oranı-Erkek(%)* | Türkiye-İşgücüne katılım oranı(%) | Türkiye-İşgücüne katılım oranı-Kadın(%)* |
|--------------|--|-----------------------------------|--|
| Haziran 2012 | 71.7 | 50.8 | 30.6 |
| Mayıs 2012 | 71.4 | 50.5 | 30.2 |
| Nisan 2012 | 70.6 | 49.6 | 29.2 |
| Mart 2012 | 69.8 | 48.6 | 27.9 |
| Şubat 2012 | 69.1 | 47.9 | 27.4 |
| Ocak 2012 | 69.7 | 48.2 | 27.2 |
| Aralık 2011 | 70.4 | 48.5 | 27.4 |
| Kasım 2011 | 71.3 | 49.4 | 28.3 |
| Ekim 2011 | 71.7 | 50.0 | 29.0 |
| Eylül 2011 | 72.2 | 50.4 | 29.5 |
| Ağustos 2011 | 72.8 | 51.0 | 30.0 |
| Temmuz 2011 | 72.9 | 51.2 | 30.3 |
| Haziran 2011 | 72.7 | 51.2 | 30.5 |

*15-24 yaş grubundaki nüfus

Kaynak: <http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?id=3569&metod=IlgiliGosterge>

Bütün bu yaşanan dönüşümler içinde kadın yine an alttaki olmayı sürdürmüştür. Kadınlar ücretsiz çocuk, yaşlı, engelli vb. bakım emeğinin taşıyıcıları olarak esnek üretim için de ideal işgücü olarak konumlandırılmıştır. Neoliberalizmle beraber kadınların çalıştığı belli başlı enformel sektörler şöyle sıralanabilir:

- Sanayiye yönelik ev eksenli üretim
 - Ücretli ev içi hizmet
 - Kırsal kesimde ücretsiz aile işçiliği (halen istihdamın %30 u)
 - Kadınların el işçiliği ile yaptığı üretim

Tablo 1’deki verilerden anlaşıldığı üzere Türkiye’de çalışma çağına gelen her dört kadından ancak biri işgücüne katılmaktadır. Ayrıca bu kadınların yarısının da tarım sektöründe çalıştığını görürüz. Yine, kırsal alanda çalışan her 100 kadının 86’sı tarım sektöründe çalışmaktadır. Bir başka deyişle kadın işgücünün

tarımdan kopuşu, erkek işgücünün kopuşunu çok geriden izlemektedir. İstihdam edilmiş kadın işgücünün hizmet ve sanayi sektörlerindeki oranları ise sırasıyla % 31 ve % 15,9'dur. İstihdam edilmiş erkek işgücünde ise dağılım tarım ve sanayide % 25,1, hizmette % 49,4'tür (Tablo 2). Sanayide genellikle eğitimsiz, niteliksiz ve iktisadi zorluklar nedeniyle düşük ücretli ve sosyal güvenceden yoksun bırakılan çalışan kadın söz konusudur. Sanayide kadın işgücü istihdamı daha çok tekstil, hazır giyim ve gıda gibi işlerde kadın çalışanlarla, genellikle kadının sosyal güvenceden yoksun olarak çalıştığı işletmelerde yer alır (Buğra, 2010: 4). Her üç sektörün üretim ve arz faaliyetlerinin yoğun olduğu dönemlerde istihdam edilen kadın işgücü, yoğunluk bittiğinde iş akdine son verilir. Tablo.2'de de görüldüğü gibi, ülkemiz genelinde faal nüfus içerisinde yer alan kadın işgücünün sadece %15,9 gibi oldukça düşük bir oranı sanayi sektöründe istihdam edilmektedir. Kentlerde ise, kadın işgücü istihdamının tarım sektöründeki oranları beklendiği gibi düşmektedir ve bu oran ağırlıklı olarak hizmet ve kısmen sanayi sektöründe artış olarak görülür. Hizmet sektörü, kentli kadınların en yoğun olarak çalıştıkları alandır ve yıllar itibarıyla hizmet sektöründe çalışan kadın istihdamı oranı artmıştır. 1993 yılında hizmet sektöründe istihdam edilmiş kadın işgücü oranı % 55 iken, 2010 yıllarında bu oran % 62,3'e çıkmıştır. Bunun başlıca nedeni, hizmet sektörü kapsamındaki iş alanlarının "kadınlara uygun alanlar" olarak tanımlanması olarak görülür (TÜSİAD, 2009: 36).

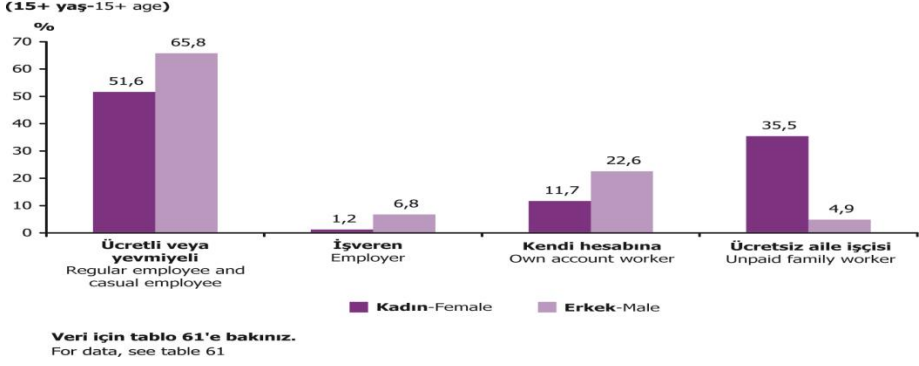
Tablo.2. Türkiye'de İstihdam Edilen Kadın ve Erkek İşgücünün Sektörlere Göre Dağılımı

| Sektörler | Kadın | | | Erkek | | |
|-----------|---------|------|------|---------|------|------|
| | Türkiye | Kent | Kır | Türkiye | Kent | Kır |
| Tarım | 53,1 | 8,5 | 86,1 | 25,3 | 4 | 56,7 |
| Sanayi | 15,9 | 29,2 | 7,8 | 25,3 | 33,5 | 13,1 |
| Hizmet | 31 | 62,3 | 7,8 | 49,4 | 62,5 | 30,2 |

Kaynak: T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü, 2010: 9-10

Ayrıca kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe işgücüne katılım oranı da artmaktadır. TÜİK Hane halkı İşgücü Araştırmasının bulgularına göre: Eylül 2009 itibarıyla okur-yazar olmayan kadınların % 17'si işgücüne katılırken, bu oran yüksek öğretim mezunlarında % 71,7'dir. İşsizlik oranı ise okur-yazar olmayan kadınlarda % 2,1 iken yükseköğretim mezunlarında %19,9'dur. 2011 yılında iş gücüne dahil olmayan kadınların % 61,2'si ev kadını, %10,5'i öğrencilerden oluşmaktadır. Aynı dönemde iş gücüne dahil olmayan erkeklerin % 38,2'si emekli, % 29,2'si öğrencidir (Tablo 3).

4.3 İstihdam edilenlerin işteki durumu, 2011 Employment status, 2011

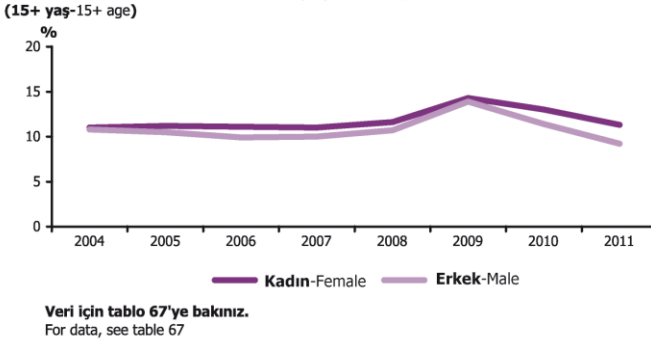


Şekil 1. İstihdam edilenlerin işteki durumu

Kaynak: tuik.org.tr

2011 yılında çalışan kadınların yaklaşık üçte biri ücretsiz aile işçisidir. Ücretli veya yevmiyeli olarak çalışan kadınların oranı % 51,6 iken kendi hesabına çalışan kadınların oranı % 11,7'dir. Aynı dönemde ücretli veya yevmiyeli olarak çalışan erkeklerin oranı % 65,8, kendi hesabına çalışan erkeklerin oranı % 22,6'dır.

4.5 İşsizlik oranı, 2004-2011 Unemployment rate, 2004-2011



Şekil 2. İşsizlik oranı

Kaynak: tuik.org.tr

Ev İşi Kimin İşi?

Günümüzde yeniden üretim sürecine katılım (yemek, ütü, temizlik, bulaşık yıkama gibi ev işleri ve çocuk/yaşlı bakımı vs.) birçok kadın tarafından adeta bir "meslek" olarak algılanmakta ve bu durum toplumsal normlar tarafından da beslenmektedir. TÜİK Hane halkı İşgücü Araştırması "İşgücüne dâhil olmayanla-

rın nedene göre dağılımı” verileri incelendiğinde (Eylül 2009), kadınların yüzde 62,3’ü “ev işleriyle meşgul” yanıtını vermiştir. Kadın ve erkek arasında ev içindeki keskin işbölümü bu istatistiklere de yansımakta; erkeklerin çalışmama nedenleri arasında “ev işleriyle meşgul” yanıtı bir kategori olarak bile değerlendirilmeye alınmamaktadır. Ev içindeki bu keskin iş bölümü, kadınların kullanım emeklerini değişim emeğine dönüştürdükleri durumlarda ise iş piyasasına yansımaktadır. Türkiye’de kadınlar her istedikleri sektörde çalışamazlar. Kadınlar, kimya sanayi, kâğıt ve selüloz sanayi, enerji üretimi, nakli ve dağıtım gibi alanlarda görülmektedir. Erkekler ise gıda, hazır giyim, temizlik işleri gibi servis sektörlerine sınırlı katılmaktadır.

Sosyal Güvenlik mi Dediniz?

Kadınlar genellikle sosyal güvenlik kapsamı dışında çalışıyor. Örneğin, 2008’de istihdam edilen kadınların yüzde 60’ı ve erkeklerin yüzde 39’u sosyal güvenlik kapsamı dışında kalmıştır. Finansal destek politikaları, bankadan kredi alma, vergi indiriminden yararlanma gibi yasal müdahalelerle ilgili yaşanan sorunlar yine kadınların istihdamını engeller niteliktedir. Dahası çoğu zaman son işe alınan ama ilk işten çıkarılan kadınlardır. Evlenmek, gebe kalmak, doğum iznine ayrılmak, emzikli olmak, çocukların sağlık, okul gibi sorunları ile ilgilenme işten atılmak için bahane olabilmektedir. Hatta bu nedenler kadınların işe alınmasının önünde engel olarak gösterilebilmektedir.

Kadınların işsizlik oranı erkeklerden daha fazladır. 2004 yılında kadınlarda işsizlik oranı %11 iken 2011 yılında % 11,3 olmuştur. 2004 yılında erkeklerde % 10,8 olan işsizlik oranı 2011 yılında % 9’a düşmüştür (Tablo 5).

Yeni Dönem Sanayi Stratejileri ve Kadınlar

IMF- DB önerileri doğrultusunda geçilen YDSS ile birlikte Türkiye’de sanayi sektörü 2 gruba ayrılıyor:

1. İhracat oranının hızla arttığı yıldızı parlayan sektörler: Otomotiv, telekomünikasyon, metal ürünleri, petrol ve petrol ürünleri
2. Pazar payı yüksek ama ihracat oranı düşük sektörler: Tekstil, hazır giyim, ayakkabı, deri, sebze- meyve (Kocacıoğlu, 2010).

Birinci gruptakilerin artışı için teknoloji ve makine gibi teçhizata yatırım yapılırken ikinci gruptakiler emeğe daha az ücret ödenen bölgelere yöneltiliyor. Teknoloji yoğun üretimin öneminin artması işgücünün teknik becerilere sahip olmasını gerektiriyor. İŞKUR, işverenleri bildirdikleri eğitim ihtiyaçları çerçevesinde eğitimler düzenliyor. Ancak bu eğitimler kadınları ev işlerinin uzantısı yöndeki işlere yönlendiriyor. Kadınların bu eğitim için gerekli maddi kaynağı bulma güçlükleri de ayrıca dikkate değerdir. Bütün bunların sonucunda ise kadınlar daha fazla enformel işlere itiliyorlar (Kocacıoğlu, 2010).

Yeni Muhafazakârlık ve Kadınlar

Kadınlar, yeni muhafazakârlığın şemsiyesi altında güçlenen neo-liberalizmde, ev içindeki sorumlukları aksatmadan aileye katkıda bulunan, (çoğu zaman yine ev içinde ya da sınırlı saatlerde ev dışında) ücretli çalışan kadına dönüştürüldü. Kadınlar kendilerinden sorumlu bireyler olarak değil, ailenin parçası anne kimlikleriyle ücretli çalışmaya çağrılıyor. AKP'nin kadın istihdamını artırma hedefini vurgulayan Tayyip Erdoğan tarafından “üç çocuk doğurun”, “kadın erkek eşitliğine değil fırsat eşitliğine inanıyorum”. Bir başka deyişle kadınlardan beklenen üç çocuk doğurup onları büyütüp ev işlerini yaparken evde parça başı işlerle “aile gelirine” katkıda bulunmak ya da belirli zamanlarda çağrıya bağlı olarak gittikleri işyerlerinde çalışmak ve bu durumda da evdeki işlerini aksatmamaktır.

Torba Yasa

Torba Yasa'da tüm çalışanlar için esneklik, güvencesizlik kural haline getirilirken ilk hedef yine kadınlar: Yasada kadınların yoğun olarak yer aldığı kimi esnek çalışma biçimleri yer alıyor ve kayıt altına alınıyor. “Çağrı üzerine çalışma, evden çalışma ve uzaktan çalışma” başlığıyla bu çalışma biçimlerinin iş yasasına eklenmesiyle kadınların ev içindeki karşılıksız emekleri asla azalmadığı gibi cinsiyete görünmüş bir iş piyasasında eşitsiz koşullarda yer almalarının kalıcılaştırılması anlamına geliyor (Mutfak Cadıları, cilt 1).

Ulusal İstihdam Stratejisi

Ulusal istihdam stratejisi (UİS) belgesinde kadınlar, gençler ve engelliler ile birlikte dezavantajlı grup statüsünde ele alınıyor. İşsizlikten ve güvencesiz çalışmadan en fazla mağdur olanlar kadınlar, gençler ve engelliler olduğu tespiti yapılıyor. Ayrıca kayıtlandırılması şartıyla esnek çalışma biçimlerinin özendirilmesi- güvenceli esneklik formülü gündeme getiriliyor. Buna göre kadınların çalışmasının teşvik edilmesinin nedeni sermayenin üzerindeki yüklerin alınmak istenmesidir. Bu yönde stratejinin önüne koyduğu diğer düzenlemeler kıdem tazminatının fona devredilmesi, bölgesel asgari ücret uygulanması, özel istihdam bürolarının açılması. Bütün bunlar ile sermayenin karı artarken “maliyetler” düşüyor. Ancak yine de istihdam artmıyor. Çünkü sermaye işin doğası gereği, daha az işçiyle daha fazla işin yapılmasını sağlayacak yöntemler, teknikler uyguluyor. Kadınların payına da çoğunlukla bu işlerden en düşük gelirli, en niteliksiz ve en güvencesiz olanlar düşüyor.

Sermaye kadınları uysal, esnek çalışmaya razı, becerikli iş çıkaran işçiler olarak görüyor ve kendi çıkarları için kadın istihdamını artırıyor. Özel istihdam büroları yasallaştığında sermaye için bulunmaz bir fırsat yaratacak. Örneğin, bir tekstil firması, “kadın, çocuksuz, deneyimli ve göçmen” niteliklerde arzu ettiği on işçiyi bir bürodan diyelim üç aylığına kiralayacak. Böylece hem işçilere yönelik sosyal hak ödemeleri gibi sorumluluklarından hem de olur ya örgütlenme problemlerinden kurtulmuş olacak. Yılda 400 bin kişi kursa gidecek; 2013 yılından itibaren, her yıl 400 bin kişiye işgücü yetiştirme kursu sağlanacak; İstihdam garantili kursların toplam içindeki payı 2013 yılında yüzde 50'ye çıkartılacak; İşgücü ye-

tiştirme kursunu başarı ile bitirenlerin işe yerleştirilme oranı 2015 yılına kadar yüzde 40'a çıkarılacak; Hayat boyu öğrenmeye katılım oranı, 2023 yılında yüzde 8'e çıkarılacak. Ancak bu programlar hem eğitimin niteliği hem de katılımın paralı olması açısından oldukça cinsiyetçi uygulamalardır.

Bazı sektörlerde şimdiden belirli sertifikaları edinmeyen işçilerin çalışması olanaksız hale getirilmiştir. Bu metin ise, bir süre sonra vasfın standart ve satın alınabilir bir hale geleceği izlenimini veriyor. Dolayısıyla şimdilik İŞKUR tarafından düzenlenen bu programların tamamı ileride piyasalaşacak ve fiyatlandırılacaktır. O zaman ailede işsiz kalan kadın ve erkek bireylerin kısıtlı olan bütçesinden kime bu eğitim için para ayrılacağı açıktır. Tabii ki erkeğe! Dolayısıyla Torba yasa gibi ulusal istihdam stratejisi de kadınlara daha iyi koşullarda çalışmayı vaat etmiyor. Olsa olsa daha fazla güvencesizlik, daha fazla iş kazası, mobbing ve taciz getiren çalışma koşullarını vaat ediyor.

Sonuç Yerine: Erkeklerden Alacaklıyız

Ekonominin at gözlüğünden bakan resmi rakamlara göre bile biz kadınlar dünya gelirinin ancak % 1'ine sahibiz. Farklı ülkelerde, farklı ulusların mensupları olarak, farklı koşullarda yaşasak da; farklı dinlerimiz, dillerimiz olsa da, yoksulların en yoksulu olmaya devam ediyoruz.

Bugüne kadar binlerce çocuk doğurduk, besledik, büyüttük, kimse “yeter” demedi. “Üç çocuk daha” dediler. Binlerce litre çorba pişirdik, kimse aşçı demedi: “Çalışmaya devam!” dediler.

Binlerce bütçe denkleştirdik, kimse ekonomist demedi. “Suyu leğende biriktirin, ekmeği evde yapın” dediler. On binlerce dert dinledik, kimse psikolog demedi. “Daha da anlayış isteriz!” dediler. On binlerce kez tacize, tecavüze, şiddete uğradık, canımızı kaybettik. Sudan bahaneler ileri sürdüler!

Evet alacaklıyız! Erkeklerin bize borcu var! Karşılığı ödenmemiş emeklerimiz için alacaklıyız. İster ev dışında çalışalım, ister tam zamanlı ev kadını olalım, bütün ev işlerini ve bakım yükünü üstümüze yıkan erkeklerden alacaklıyız.

Ev işlerinde yardım istemiyoruz, işleri paylaşacağımız zamana kadar, ev içi cinsiyetçi, iş bölümü yok olana ve erkeklerden bugüne kadarki emeklerimizin karşılığı olan alacaklarımızı tahsil edene kadar ev işi yapmayalım diyoruz. Ev ve bakım işlerine harcadığımız saatlerimizi, günlerimizi, yıllarımızı geri istiyoruz!!!

KAYNAKÇA

Arın, T (1985). “Kapitalist Düzenleme, Birikim Rejimi ve Kriz (I): Gelişmiş Kapitalizm”, **Onbirinci Tez Kitap Dizisi:1**, Kasım, 104-138.

Buğra, A (2010). “Toplumsal Cinsiyet, İşgücü Piyasaları ve Refah Rejimleri: Türkiye’de Kadın Emeği”, TÜBİTAK Proje No: 108K524. Eylül 2010, İstanbul.

Kocabıçak, E (2010), "Patriyarkanın toprağında kapitalizm kök salarken: Türkiye'de son dönem sermaye birikimi stratejisi ve kadınlar" İçinde SARICA, S. (ed.) Tülay Arın'a Armağan İktisat Yazıları. İstanbul: Belge Yayınları.

Mutfak Cadıları cilt 1.

Müftüoğlu, Ö (2008) "Yeni Liberal Dönüşüm Süreci ve Sosyal Politika", Çalışma İlişkileri Kongresi Bildiriler Kitabı, Türk İş ve Kocaeli Üniversitesi Yayını, Mayıs 2008, (145-158).

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü (2010): "İstatistiklerle Kadının Durumu" Ankara.

Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği (TÜSİAD) (2009): Kadın – Erkek Eşitliğine Doğru Yürüyüş: Eğitim, Çalışma Yaşamı ve Siyaset, Yayın No: TÜSİAD – T/2009-12/290, İstanbul.

TÜİK (2011) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=25.

TÜİK (2009) <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=4070>.

AİLE İÇİNDE ŞİDDETİN ANLAMI

AİLE İÇİNDE ŞİDDETİN YAPILANIŞI; KADIN EMEĞİ, KADIN İŞLERİ VE KADIN RUH SAĞLIĞI

Doç. Dr. Ayşe Devrim Başterzi

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Kadınların ruh sağlığının genel olarak daha kötü olması yalnızca erkeklerle kadınlar arasındaki biyolojik farklılıklar, bunun yanında bireysel ya da yaşam tarzı ile ilişkili faktörler ile açıklanamaz. Geniş bir yelpazeden bakarsak ekonomik, yasal ve çevresel faktörlerin, erkeklerle kadınlar arasındaki güç ilişkisinin kadın yaşamını belirgin biçimde etkilediği, bunun sonucu olarak ruhsal hastalıkların sıklığını arttırdığı görülmektedir. Günümüzde en zengin metropolden en yoksul köye kadar dünyanın her yerinde kadınları etkileyen sosyal faktörler, kadınların ruh sağlığı üzerine yıkıcı rollerini sürdürmektedirler. Kadın ruh sağlığını etkileyen en temel iki sosyal faktör şiddete maruz kalma ve yoksulluktur. Günümüzde en ilkel toplumlardan en gelişmiş toplumlara kadar bütün kadınlar geleneksel kavramların da etkisiyle fiziksel, cinsel, ekonomik, psikolojik şiddete maruz kalmaktadır. Halen tüm toplumlarda kadınlar daha az eğitim almakta, çocuk yaştan itibaren ev işlerinin sorumluluğu üzerlerine verilerek bazen okuma yazma öğrenmeleri bile engellenmekte, yoksulluğa mahkum kılınmakta ve aile içinde görünmeyen ev içi emekleri karşılıksız ve sosyal güvencesiz kalmaktadır. Dünya üzerinde yaşayan kadınların çok küçük bir kısmı resmi kurumlarda ve sosyal güvenceli olarak çalışmaktadırlar. Yoksulluk, eşitsizlik ve sosyal adaletsizlik dünyada kadınları erkeklerden daha çok etkilemektedir.

Ruhsal hastalıkların yaygınlığı, seyri ve yol açtığı sorunlar tüm bu nedenlerden dolayı cinsiyetler arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Panik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve fobiler başta olmak üzere anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi toplumda sık görülen bazı ruhsal hastalıklar kadınlarda erkeklerden daha sık görülmektedir. Aile içi şiddet tanımı eşi tarafından kadına yönelik fiziksel şiddetle zihinlerimizde canlansa da bir yandan baba, ağabey, koca, hatta enişte ve amca gibi ailenin tüm üyeleri kadınları çeşitli şekillerde şiddete maruz bırakarak kontrol altında tutmaktadırlar. Aile kurumsal olarak kadınlara yönelik ekonomik şiddet ve iş bölümündeki adaletsizlik başta olmak üzere her türlü şiddetin yapılanmasını sağlayan araçlardan birisi olarak da varlığını sürdürmektedir. Kadınların sosyal sorumlulukları, işleri ve aslında yükleri arttıkça ruhsal sağlıklarının bozulduğu göz önüne alındığında aile kurumunun mevcut yapılanışının kadınların üzerindeki yükleri artırarak ruhsal hastalıkların kadınlarda daha sık görülmesine ve daha kronik seyretmesine yol açtığını düşünebiliriz. Kadınların ruh sağlığını derinden etkileyen sosyal faktörlerin belirlen-

mesi ve uygun girişimler ve politikalarla değiştirilmesinin bazı ruhsal hastalıkların görülme sıklığının azalttığı gösterilmiştir. Bu oturumda ailenin kurumsal yapılanması başta olmak üzere bu faktörler ve ruh sağlığına etkileri üzerinde durulacaktır.

KAYNAKÇA

Floderus B, Hagman M, Aronsson G, Marklund S, Wikman. *Self-reported health in mothers: the impact of age, and socioeconomic conditions*. A. Women Health. 2008;47(2):63-86

Horwitz SM, Briggs-Gowan MJ, Storfer-Isser A, Carter AS. Prevalence, correlates, and persistence of maternal depression. . J Womens Health (Larchmt). 2007; 16(5):678-91.

Ahmad-Nia S. *Women's work and health in Iran: a comparison of working and non-working mothers*. Soc Sci Med. 2002;54(5):753-65.

MEDYA KADINA YÖNELİK ŞİDDETİ MEŞRULAŞTIRIYOR MU?

Prof. Dr. Nilüfer Timisi

İstanbul Üniv. İletişim Fakültesi, Kadın Çalışmaları

Medyaya Feminist Yaklaşım

Feminist perspektif medyanın imge, temsil ve söylemiyle toplumsal cinsiyete dayalı kapitalist/erkek egemen eşitsiz düzeni yeniden ürettiğini kabul etmektedir. Hem eleştirel medya çalışmaları ve hem de feminist medya çalışmaları medyaya ilişkin liberal çoğulcu bakışın “dördüncü güç olarak medya” ilkesini sorgulamaktadır. Bilindiği gibi liberal düşüncenin özgürlük kavrayışı üzerinden biçimlenen dördüncü güç olarak medya anlayışı demokratik sistemler içerisinde medyanın gözetim, bilgilendirme ve haber verme işlevini ön plana çıkarmakta, çevrede olan biteni haber/içerik olarak yine çevreyi bilgilendirmek üzere sunan aracı bir medya tasavvuru yapmaktadır. Bu yönüyle elbette medya kuvvetler ayrılığının garantisini sağlamakta, yasama yürütme ve yargının işleyiş ve pratikleri üzerinde bir baskı unsuru oluşturabilmektedir. Medyanın gücü yalnızca haberdar etmede değil aynı zamanda kamuoyu oluşturma, baskı unsuru olma, harekete geçirmede yatmaktadır. Medya haber, bilgi ve enformasyon aracılığıyla halkı bilgilendirmekte, haberdar etmektedir. Yalnızca haberler aracılığıyla değil, kurmaca türleriyle de eğlence, vakit geçirme ihtiyacını karşılayan temel kurumdur.

Liberal özgürlük anlayışının öne çıkardığı medyaya ilişkin bu değerlendirme üzerinde uzlaşmamak imkansızdır. Yine liberal çoğulcu medya anlayışı medyanın görevini tam olarak yerine getirmesi için gerekli olan etik kuralları da ortaya koymuştur. Nesnellik, tarafsızlık, dengelilik ve hakkaniyet gibi etik kodlar bağlamında işleyen bir habercilik anlayışı, haber yazma kuralları (5N1K) na uygun olarak gerçekleştiğinde, medyanın özgür, tarafsız bir kamusal ortam olarak olan/biteni aktaran ve kamuoyunun özgürce oluşmasına katkıda bulunan bir dördüncü güç olma işlevini yerine getirdiği kabul edilmektedir. Ancak medyaya ilişkin eleştirel yaklaşım bu kabulün ötesine gitmek durumundadır. Medyaya ilişkin sorulması gereken soru neyin haber olduğundan ziyade nasıl haber olduğudur. Burada ne ve niçin sorularından ziyade nasıl sorusunu sormak medya/haber'e ilişkin değerlendirme yapmanın yollarını açmaktadır. Dolayısıyla feministler demokratik çoğulcu basın/medya anlayışının rasyonalitesini oluşturan olgusalılık, nesnellik, tarafsızlık gibi etik kavramların sorgulamasını, toplumsal cinsiyetçi ideolojinin haberin/anlamın oluşturulmasında nasıl doğal mış gibi işlediğini açığa çıkarmak üzere yapmaktadırlar. Elbette haber, bilgi, enformasyon

vermek, eğlendirmek medyanın işlevidir ancak medya içerikleri ve söylemi aracılığıyla toplumsal anlamı yeniden inşa eden bir işleve sahiptir. Medyanın işlevi dünyayı bilmemize olanak sağlamaktır elbette ancak daha önemli işlevi dünyayı nasıl anlamlandıracağımız konusunda reçeteler oluşturmak, anlam çerçeveleri sunmaktır.

Eleştirel medya yaklaşımına göre anaakım medya belirli bir tarihsel dönemin ekonomi/politiği ile uyumlu olan ve normal kabul edilen değerler sisteminin meşruiyetini sağlayan ve bunu yeniden inşa eden ideolojik bir alandır. O halde medyayı dördüncü güç olarak tanımlarken onu, bağlamından uzaklaştırmak yerine daha geniş bir toplumsal, ekonomik/politik bağlamın bir parçası içerisinde değerlendirip, iktidar/egemenlik koşulları içerisinde yapısal olarak nasıl belirlendiğini görmek gerekmektedir (İnal, 1996). Medyanın işlevi basitçe içerik üretip göndermek değildir. Feminist medya çalışmalarının amacı da basitçe bu içeriklerin ürettiği anlamları bulmaktan ibaret olmayıp, “dile içkin olan anlam üretiminin temel toplumsal süreçlerle nasıl bağlantılı olduğunu göstermektir” (Sholle, 1994: 215). Bu anlamıyla medya/haber/anlam asla doğal değildir. Yani verili bir gerçeklik içerisinde orada-öylece yer almaz, haber toplumsal bir formasyon olan dilin dolayısıyla gerçekleşen söylemsel bir inşadır. Medya/haber/anlam asla nesnel değildir. Medya içeriği, ampirisist bir perspektifle tanımlanamaz. Haber gerçeğin tercih edilen bir görünümüdür. Bu iki unsura ek olarak Medya/haber/anlam hegemonik mücadele alanıdır, bu alan içerisinde mücadele eden farklı çıkarılara sahip taraflar söz konusudur. Mücadeledeki uzlaş ve çatışmalar bağlamsaldır. Bütün zamanlar için ve bütün muhatap topluluklar için geçerli ve evrensel anlamlar söz konusu değildir.

Egemen medya toplumda egemen anlamları üretirken toplumun ortalama değerleri üzerinden hareket etmektedir. Dolayısıyla belirli bir tarihsel dönemde mevcut olan toplumsal anlamlar medyada da içerilirken bazıları daha değerli görülüp ön plana çıkarılmaktadır (Williams, 1973 akt. Hall, 1993: 190). Williams’a göre, “farklı sınıflardan insanların kendi hayat koşullarını yaşadıkları mevcut anlam ve değerler arasında belli bir takımı önemsenmek için seçilir. Bazıları ise ıskartaya çıkarılır. Daha önemlisi bu merkezi çekirdeğin seçici ve seçen önem sıralamasının dışında kalan bir çok anlam ve değer sürekli olarak yeniden yorumlanır, sulandırılır ya da etkili başat kültür içindeki öbür öğeleri destekleyen ya da en azından onlarla çelişmeyen biçimlere dönüştürülür” (William, 1973 akt. Hall, 1993: 190). Williams, belirli bir tarihsel dönemde hakim sistemin anlam çoğulluğu içerisinde kendisine muhalif ya da alternatif olanları kapsayıp denetlenebilir hale getirdiğini söylemektedir. Benzer biçimde Gramsci’nin hegemonya kavramından hareket ettiğimizde ideolojik süreçler aracılığıyla egemen sınıfların lehine olan “gerçeklik tanımları” bizatihi tabi sınıfların yaşanan gerçekliğini oluşturur hale gelmektedir (William, 1973 akt. Hall, 1993: 190). Sağduyu olarak yaşanan bu hegemonik olanının kazanılmasında medyanın işlevi inkar edilemez. Diğer taraftan kendisi de gerçeklik tanımları üzerinde hegemonik bir mücadele alanı olan medyanın birbiriyle çelişkili de olsa bir çoğulluk içerisinde yer alan kadınlık ve erkeklikle ilgili değer ve anlamlar arasında

çerçeveleme yaptığını söylemek mümkündür. Bu yapısal yanlılık içerisinde medyanın egemen dili, kapitalist, orta-üst sınıf, beyaz, genç, erkek, engelli olmayan ve statükodan yanadır. Medya içerikleri anlamın egemen tarzına hizmet edecek, güvenli sınırlar içinde gezinen metinlerdir. Bu sınırlar en çok izlenme/okunma ve karlılık/verimlilik gibi piyasa kriterleriyle birlikte işlemektedir. Bunları belirleyen koşullar ne ise medya içeriğinin kurgusu da o yöne doğru temayül etmeye eğilimlidir.

Medya sektörünün cinsiyete dayalı yapılanması ile içerik ve temsiliyet arasında yakın bir ilişki söz konusudur. Bu çalışmada endüstrisinin cinsiyetçi yapılanmasına bağlamı içerisinde kısaca değinilecektir ancak asıl olarak içerikte anlamlandırma, temsiliyet sorunu şiddet bağlamında ele alınacaktır. Sufraje hareketinden günümüze kadar medyanın kadın temsiliyeti sorunsallaştırılmaktadır. İkinci dalga feminist hareketin ruhunu içeren akademik çalışmaların öncülerinden biri olarak anabileceğimiz Betty Friedan'ın *Kadınlığın Gizemi (1963)* çalışması ikinci dünya savaşında önce ve sonrasında yayınlanan kadın dergilerindeki kadın imgeleri üzerinedir. Friedan, kadınların yaşamlarındaki değişimlere karşılık medyanın bu değişmeye yanıt vermediğini bulgulamıştı. Savaş döneminde ve sonrasında kamusal alanda kadınların artan oranda sorumluluk almalarına karşılık, medyanın annelik ve eşlik mitini sürdürdüğünü ortaya koymuştu (Friedan, 1963). Gaye Tuchman ise "*Heart and Home (1978)*"da iletişim araştırmalarına yön verici olan "sembolik imha" kavramıyla kadınların medyada ya temsiliyet altında kaldığını ya da yanlış temsil edildiğini ifade etmiştir. Farklı feminist yaklaşımlara sahip medya çalışmalarına göre kadınlık ve erkeklik egemen değerler sistemine göre tanımlanmaktadır (Steeves, 1993; Rakow, 1995). Buna göre geçmişte ve günümüzde değişen biçimlerde, medya kadınlık ve erkekliğe ilişkin çoklu (çoğulcu değil) bir temsiliyeti içerse de bunların ortak değerler, ahlaki normlar, kültür, sağduyu, kamu ahlaki ve hatta kamu düzeni gibi adlandırmalarla statükoyla ilişkisi çerçevesinde kapandığı söylenebilir. Buna göre medya kimi zaman açıkça ancak çoğu zaman satıraralarına gizlenmiş biçimde kadınların tabi/bağımlı statüsünü devam ettirmeye hizmet etmektedir. *Medyanın sürdürülebilir cinsiyet politikası* olarak adlandırabileceğimiz bu durum içerisinde kadınlık ve erkeklik'in meşru toplumsal sınırları çizilirken, bunların dışında yer alana yaşam imkanları dışlanıp, marjinalleştirilmektedir. Aile, evlilik, ilişkiler, karakter özellikleri ve kişisel ilgiler, özel ve kamusal alana ilişkin anlam dünyası kadınlar ve erkekler için mevcut egemen değer kodları üzerinden inşa edilmektedir. Erkek yapan-eden, iradi, rasyonel, karar veren ve uygulayan, kadınlar irrasyonel, mağdur ve tabi olandır. Kadınlar korunması, himaye edilmesi gereken öteki taraftır. Biyolojik doğallık, kadın ve erkeğin doğası gibi sunulmaktadır. Erillik ve dişillik, erkeklik ve kadınlığa dönüşürken kadın ikincilleştirilmektedir. Meşruiyet kaynağı da kadın bedeninin kırılganlığı ve yeniden üretim aracı olmasıdır. Medyanın söylemi bu anlamın yeniden üretilmesi üzerinden işlemektedir.

Diğer taraftan medya ve popüler kültür ürünleri kadını erkeğe göre tanımlarken kadını da kendi içinde ikili karşıtlığa tabi tutarak ahlaki standartları çizmekte, erdemli/günahkar olarak kadınları sınıflamaktadır. Tüketim, hem modern top-

lumda iyi eş ve anne olmanın bir koşuludur hem de kamusal alanda başarılı olmanın. Güzellik, başarı, kariyer piyasaya dayalı tüketime endekslenmiştir. Medya ev kadını, anne, çalışan kadın, özgür/süper kadın, tüketici kadın, yurttaş kadın vb. gibi yarattığı mitlerle kadınlığa yetersiz, suçlu, asla tamamlanamayacak bir biçimde seslenmektedir. Kadının özneliği mitler üzerinden inşa edilmekte, bunlar da kadınlar üzerinde hem bir iktidar hiyerarşisi kurmakta hem de kadınlar için tabiyeti sürekli kılmaktadır.

Medya metinlerinde kamusal alanda özgür bir birey olarak yer almanın koşulu özel alanın ihmal edilmesidir. Bu tarz kadın temsiliyeti bencillik, kötülük, iffetsizlik, asilik, sadakatsizlik, kurallara uymama vb. olarak çağrışımlara konu edilmektedir ve bunların kadınlar için mutlaka ödenmesi gereken bedelleri vardır: Mutsuzluk, başarısızlık, yalnızlık ve iffetsiz olma vb. ile birlikte elbette şiddet hak etme.

Bir (Haber) Değer(i) Olarak Şiddet

Kadına yönelik şiddet son yıllarda en önemli toplumsal sorunlardan biridir. 2012'nin ilk 10 ayında toplam 137 kadın öldürülmüş, 106 kadın tecavüze, 195 kadın şiddete, 117 kadın tacize maruz kalmıştır. Bianet'in yerel ve ulusal gazetelerden, haber sitelerinden ve ajanslardan derlediği haberlere göre erkekler 2012 Ekim ayında 10 kadın ve bir bebeği öldürmüş, 16 kadına ve kız çocuğuna tecavüz etmiş, sekiz kadını yaralamıştır. Tecavüze uğrayan bir kadın intihar etmiş, üç kadın tecavüz edildikten sonra öldürülmüştür. Kadınlar en çok kocalarından şiddet görmüştür. Öldürülen iki kadın ve ağır yaralanan üç kadın daha önce şikayette bulunmuş, kocaları hakkında evden uzaklaştırma cezası çıkartmıştı. Karısına işkence yapan bir erkek de savcı tarafından serbest bırakılmış ve kayıplara kanışmıştır (Bianet.org). Yalnızca Ekim ayında, yani 30 günlük bir sürede şiddetin aldığı bu görünümün ürkütücü olduğu açıktır. Bu ve benzeri rakamlardan yola çıkarak şiddetin önemli bir olgu olarak belirdiğini söyleyebiliriz. Bu olgu derinlemesine ve çeşitli açılardan incelenmeye ve üzerinde kamusal politikalar üretilmeye muhtaçtır

Kadına yönelik şiddetin olgusal niteliğini ve mağduriyetleri tespit edip, şiddetin arttığına ilişkin bir algının mevcudiyetini de önemseyerek, başka türlü sorular sormak da anlamlıdır. Şiddet gerçekten artmış mıdır? Eğer artmışsa bunun anlamı önceki yıllarda ya da geçmişte toplumumuzda kadına yönelik şiddetin daha az mı olduğudur? Bu soruları sormak ve bunlara yanıt bulmak önemlidir çünkü, şiddetin ne olduğu ve şiddetin nasıl ortadan kaldırılacağına ilişkin kamusal politika ancak bu soruların yanıtlanmasıyla mümkün olacaktır.

Günümüzde şiddetin artışı söyleminin bir boyutu şiddetin görünür hale gelmesiyle ilgilidir. Bilindiği üzere şiddetin kayıt altına alınmasının tarihi Türkiye için yeni sayılabilir. Şiddetin özel alanın mahrem bir konusu olmaktan çıkıp, saklanacak, gizlenecek bir olgu olmadığına ilişkin anlayış uzun yıllardır sürdürülen kadın kurtuluş mücadelesinin bir ürünüdür. Kadınların sivil toplum alanında yürüttüğü çalışmaların kadınların güçlendirilmesine yaptığı katkının yanında, uluslararası toplumun harekete geçirilerek ulusal mekanizmaları önlem almaya

zorlaması şiddetin özel alandan çıkmasına ve bu sayede üzerinde bir kamusal politika oluşturulmasına katkıda bulunmuştur. Özellikle BM düzeyinde Kadına Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılmasına ilişkin Sözleşmenin ulusal mekanizmaları, şiddetin kayıt altına alınmasına ilişkin düzenlemeler yapılmasını zorlaması önemli bir unsurdur. Kadının uğradığı şiddet günümüzde görelî olarak kaydı tutulur hale gelmiş ve istatistiklere yansımaya başlamıştır. Şiddet artık görünür hale gelmiştir ancak uğradığı şiddeti gizleyen kadınların var olduğu da bilinmektedir.

Diğer taratan şiddetin ekonomi-politik yeniden yapılanmalarla ilişkili olarak ele alınması önemlidir. 1980 sonrası neo-liberal, küresel politikaların sonucunda ortaya çıkan ekonomik yapılanma sonucunda işsizlik, fakirlikteki artış ile birlikte feodal bağların çözülmeye başlaması “erkeklığın krizi” kavramıyla birlikte değerlendirilmelidir. Kadınların kamusal alanda kendine güvenen bireyler olarak giderek yer almaları, güçlenmeleri ile erkek egemen iktidarın baskıcı pratiklerinin artışı arasında bir ilişki söz konusudur. Bu durum yani kaybedilen kaleleri yeniden ele geçirme mücadelesi şiddeti doğurmaktadır. Bunun yanında küresel olarak ve kendi coğrafyamızda gündelik hayatta yaşanan şiddet ve çatışma atmosferinin şiddeti körüklediği de söylenebilir. Yalnızca kadınlara yönelik değil, erkek, kadın ve özellikle çocuklara yönelik şiddetin artışı söz konusudur.

Ancak şiddeti günümüz koşullarında ortaya çıkan zorlamaların psikolojik bir dışavurumu ya da bireysel saldırganlık olarak ele alıp, kişisel bir patoloji, sapma, saldırganlık olarak değerlendirdiğimizde çözüm tıbbi ve hukuki süreçleri etkili bir biçimde devreye sokup çözüm üretmekten ibaret olacaktır. Tıbbi ve hukuki süreçlerin şiddetin önlenmesine ilişkin harekete geçirilmesi elbette önemlidir. Örneğin şiddete yönelik cezaların caydırıcı olması ve mağduru koruyucu önlemler alınması için yönetsel ve hukuki sistem güçlendirilmelidir. Bu hukuk devleti içerisinde hükümetlerin ve kamu kurumlarının (özellikle son dönem TC. Hükümet uygulamaları da bu iradeyi göstermektedir) yapması gereken önemli bir yükümlülüktür. Kadına yönelik şiddetin hafifletici nedenlerle indirim tabii tutulması ya da orantısız ceza verilmesi caydırıcı olmaktan öte özendirici olabilmektedir.

Buna karşılık şiddeti bir toplumsal cinsiyet ideolojisi sorunu, olarak ele aldığımızda çözüm daha derinlerde yer almak durumundadır. Böyle kabul edildiğinde şiddetin günümüzün sorunu olmaktan ziyade süregiden bir eşitsiz iktidar ilişkisinin yansımaları olarak görmek ve cinsiyete dayalı zihniyet yapısı olarak kavramsallaştırılan derin yapıların dönüşüme uğratılması için politika üretilmesine olanak tanımak anlamlı olacaktır. Bu durumda şiddetin geçmişte de olduğunu, günümüzde de bu cinsiyetçi zihniyet yapısının toplumsal yeniden üretiminin açığa çıkardığı bir sonuç olduğunu kabul etmiş olacağız. Medyayı ancak bu bağlamda, toplumsal cinsiyete dayalı zihniyetin yeniden üretiminin araçlarından biri olarak ele alabiliriz.

Şiddet Haberlerindeki Artış

Şiddetin artışına ilişkin söylemin önemli dayanağı kadına yönelik şiddet haberlerinin sayısındaki artıştır. Medya şiddeti haberleştirerek onu gün yüzüne çıkar-

makta, görünür kılmakta ve kamusalılaştırmaktadır. Bu anlamıyla medya dördüncü güç olarak haberdar etmekte, bilgilendirmektedir. Bu yolla şiddetin ve hametine ilişkin kamuoyu yaratma işlevini yerine getirmekte ve kamusal politikaların üretilmesine ilişkin gündemi belirleyebilmektedir. Liberal çoğulcu basın etiği anlayışının iddia ettiğinin tersine medya analizi için olgusal olanla kurgusal olanın sınırlarının oldukça muğlak olduğunu söylemek gerekir. Haberin bu olgusal durumunu ideolojik bir söyleme dönüştüren anlatı yapısı çoğu zaman görmezden gelinmektedir. Medyanın şiddeti konu etmesinin değil ancak şiddeti haberleştirmesinin yarattığı sonuçlar üzerinde düşünülmesi gerekmektedir. Bu durumda şiddetin haberleştirilmesi değil, nasıl haberleştirildiği sorusu önemli hale gelmektedir.

Medyanın işleme pratiği içerisinde, şiddetin haberin değerini artırdığı inkar edilemez bir gerçekliktir. Cinsellik sömürüsü, şiddet ve felaketler, anaakım medya içeriğinin üzerinde yükseldiği alanlardır. Kapitalist/rekabetçi medya piyasasında en çok izlenmenin araçlarını oluşturur bu üç konu. Şiddet kendi başına dramatik ve trajik bir durumdur. Yalnızca içinde olanlar açısından değil buna tanıklık edenler, okurlar açısından da dramatik ve trajiktir. Şiddet haberciliği ise içerisinde yer alan veya etkilenen insanın mağduriyetini, acısını, tepki ve deneyimini haberin anaakım rasyonelitesiyle uyumlu biçimde en çok okunma stratejisine yarayacak biçimde öyküleştirmedir. Haberin gücü ve etkisi, şiddet, cinayet vb. yer alan insanın bütünlüğünün, mahremiyetinin, acısının, mağduriyetinin haber olarak ilginç kılınmasıdır. Felaketin mağduru olan insan ikinci kere mağdur edilip haberin mağduru kılınmaktadır.

Anaakım medyanın dili egemen değerleri meşru kılmaya yöneliktir. Bu yönüyle muhafazakardır. Yani insanın statükonun sınırlarından özgürleşmesine izin vermez. Bu dilin insanları tek yönlü olarak, doğrudan sürükleyip kışkırttığını söyleyemeyiz. Ancak medyanın dili, “normal”, “ kabul edilebilir”, “ ahlaki” vb. olanı tanımlayıp bunları meşru kılmaya yöneliktir. Neyin doğru, neyin yanlış, normal ve sapkın olanın ne olduğu medya aracılığıyla kamusalılaştırılmaktadır. Dolayısıyla medyanın dili meşru olanın sınırlarını belirler, “normal” olarak tanımladığının meşruiyetini kurar. İnsanlar üzerindeki etkisi de buna uygun biçimde, meşruiyet sınırlarının çizilmesiyle ilgilidir. Medya şiddet uygulayın demez, ancak hangi durumlarda şiddetin meşru olarak kabul edileceğinin sınırlarını belirler. Buradaki ilke eşitsiz iktidar ilişkilerini sürdürülebilir kılmaktır. Gücsüzün güçlüye tabi kılınması, gücsüzün güçlenmesine izin verilmemesi. Örneğin kocasına itaat etmeyen kadın dayak yer ya da öldürülür; evlilik ve aile kutsaldır, normal olan heteroseksüelliktir bunun dışındaki tercihler sapkındır. Kadın çeşitli nedenlerle itaatsizlik ettiği için şiddeti hak etmiştir anlayışının haber dili içinde yer bulduğunu görmekteyiz (örn. Eve geç geldiği, ev işleri ve çocuk bakımını yapmadığı, cep telefonuna mesaj geldiği, başka erkeklerle görüştüğü, ayrılmak istediği vb. gibi sıfatlar haber manşetinin ve hikayesinin kurucu öğeleridir). “Güvenilir kaynak” olarak resmi kayıt ve ifadelerden aldığı verilerle (polis/adliye kaynakları ya da üçüncü şahıslar) manşeti ve hikayeleştirme biçimi ile haber örneğinin kocasından ayrılmak isteyen bir kadının şiddete maruz kalmasını normalleştirmektedir. Okurlara

biçilen rol ise, orada dışarıda uzakta olan, başkalarının başına gelenleri medyanın sunduğu dil sınırları içinde ve izin verdiği kadar empati kurarak izleyip, duygulanıp, tekrar hayata devam etmektir. Bu tür haberler şiddetin nedenleri, sorumluları, yapan/eden aktörleri ortaya koymaya yönelik akli davet etmekten çok, empati sınırlarını iyice genişletip empatiyi ortadan kaldıran, öfke, keder ve hüznü ön plana çıkaran ve insanın aslında ne kadar aciz ve yapamayacak olusunu ön plana çıkaran bir duygu dilini davet etmektedir. Okurun algılaması bütünü dikkate alan rasyonel bir algılamadan, öykünün parçalarını öne çıkaran duygusal bir algılama üzerine kurulmaktadır. Böyle bir okuru yeniden kurmak üzere başvurulan stratejiler ise bir döngü içerisinde en fazla, en acı, en kötü, en duygusal olandır. Bu söylem ile seslenen haberin, okuru olan kadın da bu itaatsizlik durumunda başına geleceklere ilişkin bir tür tehdit söylemine maruz kalmaktadır. Haber bu söylemi içinde “erkek olmak” ise reddedilmemek, reddedildiğinde ise şiddet uygulama hakkına sahip olmakla eşdeğer kılınmaktadır.

Haber olarak karşımıza çıktığında lanetlediğimiz sarsıcı şiddet, televizyonun farklı formatlarında gizil ya da açık biçimlerde çoğu zaman eğlencelik olarak karşımıza çıkmaktadır. Şiddetin yer almadığını düşündüğümüz reklamlar bile bu konuda masum değildir “Televizyon reklamlarında sıkça karşımıza çıkan şiddet, kişisel ilişkilerin yeniden anlamlandırılması için bir araç olarak kullanılır. Bu anlayış kadına yönelik şiddet uygulamaları cezasız kalan kahramanların “hayli gevşek öyküleri” eşliğinde sıradanlaştırılarak sunulmaktadır... Şiddet olağan durumlara göre bir bunalım yaratır. Bu bakımdan şiddet kitle iletişim araçları içinde farklı, heyecan verici hatta büyüleyici bir olgudur” (Michaud, 1991’den akt. Büker ve Kıran; 1999: 49). Şiddet televizyon dizilerinde, güldürü programlarında, filmlerde çatışma ya da çözüm olarak senaryoların temel anlatısını kurmaktadır (Çelenk, Timisi, 1999; Inal ve Alankuş, 1999; Abisel, 1999).

Medyanın Sürdürülebilir Cinsiyet Politikası

Medyanın kadınlara yönelik anlam üretiminin cinsiyetçi, ayrımcı ve ötekileştirici olduğu söylenebilir. Cinsiyetçilik, “kadını toplumda ikincil ve aşağı gösteren bütün tutum, davranış, etkinlikler ve bunları yeniden üretmek için bütün kurumsal ve ideolojik olanakların kullanılmasıdır” (Timisi, 1997: 24). Bir ayrımcılık biçimi olarak cinsiyetçilik kadının insan haklarını ihlal etmektedir. Cinsiyetçilik şiddetin en görünmez doğalmış gibi olan biçimidir. Dilsel bir alt metin olan cinsiyetçilik üzerinde işleyen anaakım medya rasyonalitesi görülebilir şiddeti de satış, izlenme oranı gibi kendi ekonomi/politiğinin sürdürülebilirliği için devreye sokmaktadır. Yoğun fiziksel şiddet içeren görüntüler, izlenme oranını artırmak ya da dikkat çekmek amacıyla kullanılmaktadır. Ancak şiddetin fiziksel olarak görünmeyen farklı biçimleri şiddet değilmiş gibi sunulup doğallaştırılmaktadır. Psikolojik, ekonomik, toplumsal vb. gibi kadına yönelik şiddetin medyadaki farklı görünümünü sınıflandırdığımızda aşağıdaki kategorilere ulaşabilmekteyiz. Çoğu zaman birbiri içine giren bu kategoriler, elbette bunlarla sınırlı değildir.

Görünmez kılma: Kadına yönelik şiddetin en önemli boyutu söylemsel ve imgelesel olarak görünmez kılmadır. Görünmez kılma, görünmez önemsiz,

dikkate değer olmayan ve anlamsız olduğunu ima etmektedir. Medyada kadınlar ya temsil edilmemekte ya da nüfusun içindeki gerçek oranlarından çok daha az sıklıkla televizyonda temsil edilmektedirler. Belirli bir tarzda kadınlık, roller ve yaşam biçimleri temsil edilmekte, (örneğin hiçbir zaman lezbiyen veya gay aşk hikâyelerine yer vermezler, fiziksel engelleri görünen insanlar televizyonda yer bulamazlar vb.) diğerleri ya sapkın ilan edilmekte ya da görünmez kılınmaktadır (Boreus, 2012).

Fikrin dışlanması: Belirli bir grubun mensuplarının, kendi grubu için önem arz eden konular üzerine oluşan söylemde bile fikirlerini belirtememeleri ve fikri söylemden dışlanmalarıdır (Boreus, 2012). Konuşan özne olarak kadınların eksikliği ise çoğunlukla kadınları etkileyen konularda eleştirel analizlerden yoksun kalındığı anlamına gelmektedir. Bir kadın haberlerde konuştuğunda ya cahil kamuoyunun isimsiz bir örneğidir, ya ev kadını bir tüketici veya komşudur: ya habere konu olan bir erkeğin annesi, kız kardeşi, karısı ya da bir suçun, doğal afetin, siyasal politikanın kurbanıdır. Böylece yalnızca nadiren konuşmakla kalmazlar, konuştuklarında da kamusal olayların etkin katılımcıları olarak değil, pasif tepki verenleri ve tanıkları olarak konuşma eğilimi gösterirler.

Olumsuz öteki temsili: Bir grubun, onun dışındakileri aşağılık olarak ifade etmesinin yöntemlerini nitelendirmektedir (van Dijk, 1993). Bu çeşitli yollarla yapılabilir, mesela; aşağılayıcı etiketleme ve olumsuz değerler biçim tanımlamalar veya aşağılayıcı benzetmeler kullanılarak kurulabilir. Örneğin Kadın kurtuluş hareketi ve feministlere ilişkin temsiller. Yapılan haberlerde medyada feministlerin görünürlük oranı oldukça azdır. Bu kavramı tahrip ederek medya feminist hareketi erkek düşmanlığına dönüştürmektedir. Feministler ise çeşitli sıfatlar altında neredeyse “toplum dışlaştırılmaktadır”. Kadınların hak mücadelesinin de doğal olmadığı, gayri-meşru olduğuna ilişkin söylem medya tarafından beslenmektedir. Feministler erkek düşmanı, özgür (çoğu zaman cinsel özgürlük peşinde koşan) ve hatta kimi zaman “tehlikeli” olarak tanımlanmaktadır. Çünkü feminizmin önerileri, düşünceleri zaten sıradışıdır ve uygulanmaları mümkün değildir. Haberler çizdikleri gerçek kadınların feminizmi desteklemediğine dair kanıtlar bulmaya çalışmaktadırlar. Böylece gerçek kadın eleştirel saflığını medya eliyle de korumuş olmaktadır (Rakow, 1997).

İmalar: Söylenmeyen üzerinden işleyen imaların çeşitli türleri vardır: gereklilikler, varsayımlar ve daha zayıf biçimleri olan iddialar ve çağrışımlar van Dijk’e göre metnin ideolojik belirleyicisidir (van Dijk, 1993). Kadınlara dair bilgiler çoğunlukla açıkça ifade edilmemekte, tersine ima edilmektedir. Kelimeler, cümleler ve diğer metinsel ifadeler, arka plan bilgisine dayanılarak çıkarımda bulunulabilecek içerikleri ya da iddiaları, ima yoluyla ortaya koyabilir. Örneğin şiddete uğrayan kadınlara ilişkin haber metinlerinde “cep telefonuna gelen mesajlar”, “gece geç saatte gelen kadın”, “işsiz koca” gibi kullanımlar kadınların şiddet uğramasının meşruiyetini kurmaktadır. Bu özelliği ile söylem ve iletişim önemli ideolojik boyutlara sahiptir (van Dijk, 1993).

Statü Hiyerarşisi Yaratma: Çeşitli medya araştırmacılarına göre, daha az sosyal değer atfedilen gruplar medyada ve genel söylemde daha az oranda temsil edildikleri gibi, daha az önemli konularda ve alanlarda gösterilirler. Kadınların bulunduğu alan ya statüsü düşük olarak tanımlanmakta ya da erkekler bu alanı terk ettiği için kadınlar bu alanlarda yer almaktadır. Kamusal alana karşı kadınların özel alanda (ev, aile, çocuklar aşk ve özel ilişkiler alanı) daha fazla tanımlanmalarına karşılık özel alanın statüsü düşüktür. Örneğin Ciddi/magazin haber ayrımı cinsiyetçi zihniyetin kurumsal yansımasıdır. Hafif türler olan magazin, toplum, moda, aile, ilişkiler, bakım, sağlık, beslenme vb. gibi içerikli yazılı/görsel medya türlerinde profesyonel kadın gazeteci/haberci daha fazla yer alırken, bu türün okurları kadınlar olarak tanımlanmaktadır. Erkek gazeteci/haberci ciddi türlerin (haber, ekonomi, politika, uluslararası ilişkiler, spor vb) öznesidir, bu tür haberlerin de erkek okuru ilgilendirdiği düşünülmektedir (Holland,1997). Gazeteci/Spiker ayrımı da benzer biçimde yorumlanabilir. Haber vb programlarında kadınların haber yapan gazeteci/yorumcu vb. yerine spiker/sunucu olarak yer alması, güzel kadınların ancak sınırlı bir etkinliği, görselliği sayesinde yerine getirebileceğine ilişkin bir algıyı çoğaltmakta hem de görelilik olarak yapılan işlerde bir hiyerarşi yaratmaktadır.

Otorite (Bilen/uzman özne) Konumundan Dışlama: Siyaset, ekonomi, uluslararası ilişkiler hukuk ve diğer kamusal konularda kadınlara bir kaynak, uzman olarak başvurmamak onları bilen özne konumundan da dışlamaktır. Kadınlar konuştuğunda ise kadın siyasetçi, kadın yazar olarak, kadının istisnai olarak, tesadüfen oradaki varlığı etiketlenilmektedir. Kamusal bir tartışmanın bir parçası ya da tarafı değildirler. Daha çok tartışmanın sorununa ilişkin bir yorumu destekleyecek kanıt olarak çağrılmaktadırlar.

Mağdur Konum: Kadınlar medyada kaynak olarak kullanıldıklarında da özellikle mağdur konumunda gösterilmektedirler. Olaylarda anlam yaratıcısı olmaktan çok anlam taşıyıcısı olarak yer almaktadırlar. Yaşanılan zamanın göstergesi olarak kadınlar, kamusal olayların ve eylemlerin bireysel sonuçlarını göstermek için kullanılmaktadırlar. Kurumsal olarak herhangi bir yere bağlı olmayan, özel alan içerisinde kalmış bireyler olan kadınlar kaynak olarak kullanıldıklarında haberin temelini oluşturan sonuçları, duyguları ya da davranışları açıklamaya yardımcı olmaktadır (Rakow, 1997). Bu kadınlar genelde bilgi kaynağı değil birer numunedirler. İşte çocuğunu istismar eden bir kadının neye benzediği ve şimdi nasıl da üzgün ve pişman olduğu, yardım alması ve böylece toplumsal düzenin onarılması; işte toplumun en savunmasız bireylerinin (eşler, anneler, kız çocukları, kız kardeşler) hükümetlerin siyasal ve özensiz uygulamaları yüzünden nasıl duygusal travmaya girdikleri; işte bir depremde evini terk eden sıradan bir kadın.. Bu duruma örnek olarak şiddet haberlerini verebiliriz Kadına neden şiddet uygulandığı üzerinden hiçbir tartışma yürütülmez ve yine nedensellikten ziyade sonuç üzerinden tartışılan bir sorun gösterilir. Dayak yiyen kadınların kendi özellikleri ne yaşadıkları ne istedikleri yerine sadece görüntüleri gösterilmektedir. Kadın olarak kadınların kendi aleyhlerine konuşmayacakları hep varsayıp muhalif kadınların sözleri kapatılmaktadır. Bu tür haberlerde gösterge

olarak konuşan kadınlar ise haberlerin kendisiyle asla çatışmayacak şekilde konuşan psikologlar ve uzmanlardır (Rakow, 1997).

Sansasyonelleştirme/Magazinleştirme/Komikleştirme: Olumsuz öteki temsili kadınların sansasyonların temel öznelere olarak çerçevelenmesiyle de karşımıza çıkmaktadır. Siyasal sansasyonların nedenleri genellikle kadınlar üzerinden açıklanmaktadır. Kadın herhangi bir kamusal erkek figürün aklını çelen, kötüye kullanan, istismar eden konumuyla fetanlaştırılmaktadır. Olumsuz öteki temsiline magazin yüzü ise kadınların aşk, cinsellik ve özel hayatların ifşa edildiği magazin nesnesi olarak sunulmalarıdır. Burada da iffetli olmayan kadın imgesi normal olanın sınırlarını çizmeye kullanılmaktadır. Defne Joy Foster'ın ölümü üzerine kurulan egemen söylem, kadının yerinin evi olduğu, ev dışına çıktığında ise başına geleni çağırıldığı üzerine kuruludur.

- Kadınlarla ilgili her etkinlik magazinleştirilip küçültülebilmektedir. Genel seçimleri kazanıp parlamentoya giren kadın milletvekillerinin giysilerine indirgenmiş bir tanımlamada olduğu gibi.
- Kadınlık hallerinin komedi unsuru olarak ele alınması ise yaygındır. Dizilerde ev kadını annenin masumiyeti ile cehalet arasındaki ilişkinin komikleştirilmesi, kadına yönelik şiddetin komikleştirilerek normalleştirilmesi vb.

Nesneleştirme: Kadın bedeninin görsel bir öge olarak kullanılması ve metaya dönüştürülmesi yaygın medyanın en sık stratejisidir. Arka sayfa güzeli, ilgili ya da ilgisiz tüketim ürünlerinin kadın bedeni üzerinden pazarlanması ya da en ciddi olarak algılanabilecek basın kuruluşlarının internet versiyonlarının sitelerinde kadın bedeninin kullanılması nesneleştirilmiş temsildir.

Sonuç: Toplumsal Cinsiyetin Anaakımlaştırılması

Medya cinsiyetçi toplumsal zihniyetin inşa ve yeniden üretiminde uzun dönemli bir işleve sahiptir. İçerdiği temsiller aracılığıyla değer yargıları, inançlar, tutum ve algılar üzerindeki, “kabul edilebilir ve normal, sağduyu olanın” sınırlarını çizmektir. Bu biçimiyle egemen medya kadınların ikincil ve tabii konumlarına ilişkin zinniyeti meşru kılıp yeniden üreterek, kadınların insan haklarını ihlal etmektedir. Kadınların şiddetin hedefi olmamalarının koşulu kadını eşit ve özgür bir özne kılacak söylemsel inşa ve temsiller sistemi olmalıdır. Medya toplumsal cinsiyete duyarlı bir söylem ve temsil politikasını anaakımlaştırarak, toplumsal zihniyeti dönüştürmeye yardımcı olabilir. Bu ise medya etiğinin profesyonel kodlarını kadından (ve mağdur ve mağdundan) yana taraflı kılacak bir medya politikasıyla mümkündür.

KAYNAKLAR

Alankuş, Sevda, Ayşe İnal, “Güldürü Programlarında Kadının Temsili ve Kadına Yönelik Şiddet” **Televizyon Kadın ve Şiddet**, Der. N. B. Çelik, Kiv. Yayınları, 2000.

ankaralıfeministler, bianet.org, 25. Kasım 2005

Boreus, Kristina, “Söylemsel Ayrımcılık ve Dışavurumları, www.nefretsöylemi.org (erişim: 01.05.2012)

Büker, Seçil, Ayşe E. Kıran, **Reklamlarda Kadına Yönelik Şiddet**. Alan Yayıncılık, İstanbul. 1999.

Çelenk, Sevilay, Nilüfer Timisi, Yerli Dramalarda Kadın Temsili ve Şiddet” **Televizyon Kadın ve Şiddet**, Der. N. B. Çelik, Kiv. Yayınları, 2000:

van Dijk, Teun, **Elite Discourse and Racism**. Newbury Park, CA: Sage,1993

Hobson, Dorothy, “Ev Kadınları ve Medya”, **Kadın ve Popüler Kültür**. Der. S. İrvan, M. Binark, Ark, Ankara, 1995.

Holland, Patricia ‘Soft News’ and the Sexualisation of the Popular Press”, **The Politics of the Smile**. Eds by Cynthia Carter, Gill Branston and Stuart Allan, Routledge, London, 1998.

Huysen, Anderas, “Modernizmin Ötekisi Olarak Kadın”, **Kadın ve Popüler Kültür**. Der. S. İrvan, M. Binark, Ark, Ankara, 1995.

İnal, Ayşe, **Haber Okumak**. Temuçin Yayınevi, Ankara, 1996.

Rakow, Lana, “Popüler Kültüre Feminist Yaklaşımlar: Ataerki’nin Hakkını Teslim Etmek”, **Kadın ve Popüler Kültür**. Der. Sileyman İrvan ve Mutlu Binark, , Ark Yayınevi, Ankara, 1995: 15-37.

Riches David, **Antropolojik Açıdan Şiddet**. Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 1989.

Steeves, Leslie, “Feminist Teoriler ve Medya Çalışmaları”, , **Medya İktidar ve İdeoloji**. Der. Mehmet Küçük, Ark Yayınevi, Ankara, 1993: 107-148.

Timisi, Nilüfer, **Medyada Cinsiyetçilik**. TC. Başbakanlık, KSGM, Ankara, 1996.

Van Zoonen, Liesbet, “Medyaya Feminist Yaklaşımlar”, **Medya Kültür ve Siyaset**. Der. Süleyman İrvan, Alp Yayınevi, Ankara, 2002: 467-515

MİLİTARİZM, ETNİK ŞİDDET VE AİLE

Nebahat Akkoç

KAMER Vakfı

Bu toplantı için emeği geçen herkese teşekkür ederek başlamak istiyorum. Burada olduğum için hakikaten çok memnunum. Bir önceki oturumda “annelik” konuşuldu, dinleme şansım olduğu için mutlu oldum.

Ben konuşmamın içinde yeri geldikçe KAMER'de edindiğimiz deneyimlerden bahsedeceğim elbette. Ama öncelikle KAMER'in sağladığı bir ayrıcalıktan bahsetmek istiyorum. Bugün konuştuğumuz pek çok şeyin, kadına yönelik şiddetin, toplumsal cinsiyet rollerinin teorisi belki de uzun süreler önce, birbirinden çok uzak yerlerde yazıldı çizildi. Ama KAMER’de olmak birbirinden farklı etnik kimliğe, inanca sahip ve daha pek çok farklı kimliğe sahip kadınlar olarak sorununun içinde olmamızı, düşe kalka görmemizi, anlamamızı, farkına varmamızı sağladı. Zor bir süreç yaşamış olsak da yaşadığımız farkındalıklarla hayatımız anlam kazandı.

KAMER'in kuruluşunun bir hikâyesi var. Şiddetin çok yoğun yaşandığı bir dönemde ve ortamda şiddetten canı yanan kadınların kurmuş olduğu bir kadın kuruluşudur KAMER. Ben, bana, aileme, evime düşen şiddet nedeniyle başladım bu çalışmaya. Hem kocamı faili meçhul bir cinayette kaybetmem, hem defalarca yaşadığım işkence seansları hem de hiç bitmeyen şiddet tanıklıklarım hayatımı yaşanmaz hale getirmişti.

Nedir bu şiddet? Dedim. Her yerde şiddet var ve artık görmüyoruz bile. Ne zaman alıştık, kanıksadık?

Şiddet ile ilgili sorgulama sürecimin başlangıcında feminizme dair pek çok önyargım vardı. Ancak gözaltında karşılaştığım davranışlar, işkencenin verdiği acının ötesinde bir acı veriyordu. Benim için şiddet ve kadınlık kavramının yakınlaşması işte bu deneyimler üzerine söz konusu oldu. Daha KAMER yokken bir çalışmamız olmuştuk; kadınlara sormuştuk şiddet yaşıyor musunuz? Kadınların %95'i şiddeti kadın olmanın bir parçası olarak kabul ettiklerini söylemişlerdi. Hatta görüştüğümüz pek çok kadın böyle bir soruyla karşılaştıklarına şaşırılmışlardı. Geri kalan %5'lik bir bölümden şöyle cevaplar gelmişti.

“Şu anda o kadar büyük bir mücadele var ki, kadın haklarıyla ilgili hiç bir şey elde edemeyiz. Önce kültürel haklarımız için savaşmalıyız. Şiddet yaşıyoruz ama bunu şimdi konuşmayalım. Zaten konuşsak ta boşa, ne yapabiliriz ki?”

Bu çalışmadan sonra iki önemli tespitimiz oldu.

-Kadınlar şiddeti kadın olmanın doğal bir parçası gibi algılamış ve kabul etmişlerdi.

O zaman öncelikle hiç kimsenin bir diğerine şiddet uygulama hakkı olmadığını anlatmalıydık. Özellikle de kadın olmanın şiddete boyun eğmeyi gerektirmediğini anlatmalıydık.

-Yaşadığı şiddeti fark eden kadınların desteğe ihtiyacı olacaktı.

O zaman şiddetini fark edip gelen kadınların ihtiyaç duyacağı destekleri sağlayacak merkezlerimiz olmalıydı.

Bütün bunları yapabilmek için daha önce benzer konularda çalışmış, deneyimleri olan kadın kuruluşlarını ve kadınları bulmalıydık. Mor Çatı, Şahika Yüksel, Ufuk Sezgin, Jülide Aral, Fatmagül Berktaş, Ayşe Gül Altınay KAMER'in kuruluşundan önce ya da sonra bizi cesaretlendirip desteklediler.

Böylece 1997 Aralık ayında ilk kadınlara destek olan ilk merkezimizi açmış olduk. Son derece ciddi bir hazırlık sürecinden sonra başladığımız günlere kıyasla pek çok fark etmiş olarak devam ediyorduk çalışmalarımıza.

1997 yılından 2003 yılına kadar yaklaşık 2000'e yakın yaşadığı şiddeti fark edip kurtulmak isteyen kadına destek olduk. Her yıl cinsiyetçi sistemle ilgili farkındalığımız geliyor buna paralel olarak dilimiz de değişiyordu. Örneğin başladığımız yıl "şiddet yaşayan kadınlar" diyorduk, oysa zaman geçtikçe "yaşadığı şiddeti fark eden kadınlar" demeye başladık. Çünkü sistem bu oldukça şu veya bu şekilde şiddetten payını almamış bir kadın olamayacağını anladık. Önemli olan fark edip etmemiş olmaktı.

Bütün bu gelişmelere rağmen 2002 yılı sonlarına kadar namus cinayetleri konusunda herhangi bir çalışmamız yoktu. Bakmamamız ilgilenmememiz gereken bir durum gibi mi görünmüştü? Tam bilmiyorum. Biz sadece şiddet çalışıyorduk, cinayetler konusunu çalışmak aklımıza gelmemişti.

2002 yılında bir kadın sürekli telefon etmeye başladı. Adını soyadını veriyor, "tehlikedeyim, korkuyorum, beni öldürecekler, son konuşmam olabilir" diyor, ama telefon numarasını ya da ev adresini vermek istemiyordu. Sadece ara sıra bizimle konuşmak istediği için arıyormuş. Bu böyle 15-20 gün kadar devam etti. Bir gün yerel bir gazeteden o kadının öldürüldüğünü okuduk. Birden fark ettik ki namus cinayetleri çok uzaklarda bir yerde değil. Aslında namus cinayetlerine kurban gidecek kadınlar bizi arayan kadınlar içinden çıkıyor. Biz tam bunları tartışırken Şemse Allak olayı oldu. Mutlaka hepiniz duymuşsunuzdur. Mardin'in Yalım beldesinde taşlayarak öldürmeye çalıştılar Şemse'yi. Ama o ağır yaralı bir şekilde hastaneye getirildi ve yollarımız çakıştı Şemse ile.

Ne kadar alıştırmıştık, o tarafa bakmamak, görmemek üzere programlanmıştık. Şiddet çalışıyor olmamıza rağmen namus adına işlenen cinayetlerin de şiddetin son noktası olarak gündemde olduğunu görememiştik.

Ve 2003 yılında namus adına işlenen cinayetler konusunda çalışmaya karar

verdik. İlk planımız şöyleydi; 2003 yılı içinde hakkında aile meclisi tarafından ölüm kararı verilen üç kadın ile iletişim kurmaya çalışacaktık. Hem o kadınların hayatta kalmasını sağlamaya çalışacak hem de bu ilişkiler üzerinden öğrenmeye çalışacaktık.

Aile meclisi nasıl toplanıyor? Kimler katılıyor? Kadınlar hangi sebeplerle yargılanıyor? Gibi sorularımızın cevaplarını bulmaya çalışacaktık.

2003 yılı boyunca olası bir cinayete kurban gidecek 23 kadınla çalıştık. KAMER o zaman Diyarbakır dışında örgütlenme çalışmalarına yeni yeni başlamıştı. Sadece 7-8 il ile ilişkimiz vardı. Bu nedenle ilk yıl birlikte çalıştığımız 23 kadın çoğunlukla Diyarbakır ve çevresindeki illerdendi.

Yıl boyunca her seferinde şaşırarak fark ettik ki esasınca şiddet ve cinayetler ile ilgili pek çok şey çok benzerdi. Şaşkınlığımız kendi körlüğümüze, alıştırmışlık durumumuzaydı.

Her toplumun, ailenin kadınlar için koymuş olduğu normlar vardı. Aradaki fark kadının yaşadığı çevrenin sosyal, kültürel, ekonomik durumuna göre değişse de her kadın için uyması gereken kurallar belliydi. Her biri kadınları nesneleştiren, köleliğe mahkûm eden bu kuralları zorlayanlar, aşanlar cezalandırılıyordu. Mesela; ailesinin seçtiği bir eş adayını kabul etmeyen bir kadın, ailenin gidilmesini istemediği yere giden bir kadın, erkek arkadaşıyla buluştuğu için, ailenin kılık kıyafet sınırlarına uymayan bir kadın ölüm cezasına çarptırılabilirdi.

Esas mesele kadınların “itaat” etmesini sağlamaktı. Cezalandırılan şey esasında kadının “itaatsizliği” idi.

Geçenlerde çok ilginç bir olay yaşadım. Geçmişte aile meclisi tarafından ölüme mahkûm edilmiş ama kaçmayı becermiş şimdilerde 80 yaşında olan bir kadın, erkek kardeşinin öldüğünü duyunca artık geri döneyim, kardeşimin mezarına gideyim, ailemden yaşayanları görürüm diye düşünerek köyüne dönmüş. Ama 80 yaşındaki bir kadının üstelik bir ölüm sebebiyle dönmesine bile itiraz edilmiş. Çünkü bu kadının hikâyesi ailedeki diğer kadınların ibret alması için bir örnek teşkil ediyorken 80 yaşında da olsa bu dönmüş, planları bozmuş, otoriteyi sarsmıştı. Kadın 80 yaşında olsa da “itaat” etmeliydi.

İtaat etmeyenin cezalandırıldığı bir başka kurum da ‘ordu’dur bildiğiniz gibi. Her türlü iş emir komuta ilişkisi içinde görülür.

Ordudan aileye güçlünün zayıfı itaat etmeye zorladığı bir sistem içinde yaşamaktayız. Örnekleri çoğaltabiliriz; erkeğin kadını, büyüğün küçüğü, amirin memuru, öğretmenin öğrenciyi, zengininin yoksulu dize getirmeye çalıştığını biliyoruz. Ayrıca zaten iş kollarımızın her birinin birer “ordu” olduğunu tekrarlar dururuz. Eğitim ordusuyuz, sağlık ordusuyuz, işçi ordusuyuz vs.. Küçük örgütlenme alanlarında da sık sık aile olduğumuzu vurgularız. “Karşı çıkma, sakın ol biz bir aileyiz, burada olanı dışarıda konuşma biz bir aileyiz, saygı göster biz bir aileyiz” vs..

Ayşe Gül Altınay son makalesinde militarizmin tarifi için aşağıdaki alıntılar yapmış:

-İlk olarak 1860'larda Fransız anarşist düşünür Pierre Joseph Proudhon tarafından kullanılmaya başlanan 'militarizm' kavramı, en geniş anlamıyla, bir toplumun, bireyin veya kurumun kendisini 'sivil' değerlerle değil 'askerî' değerlerle tanımlaması, sosyal, kültürel, siyasi ve ekonomik pratiklerini bu değerler etrafında örmesine işaret ediyor.

-Avrupa tarihçisi Michael Howard'a göre militarizm "askerî alt kültüre ait değerlerin toplumun egemen değerleri olarak algılanmasıdır."

Bu değerleri itaat kültürü; emir-komuta ilişkisine dayalı hiyerarşik örgütlenme; kaba kuvvete dayalı bir güç anlayışının belirleyici olması; şiddetin meşru bir araç olarak kabul edilmesi, hatta yüceltilmesi; ölümün ve kahramanlığın yüceltilmesi; "şehitlik" ve "gazilik" gibi unvanlar üzerinden kutsallaştırma ve ayırıştırma, tek tipleştirme; şiddet ve itaatle ilişki üzerinden tanımlanan heteroseksüel erkekliğin diğer erkeklikler ve kadınlıklar karşısında "üstün" görülmesi ve ayrıcalıklı olması; müzik kültürünün "marş"larla, spor kültürünün "uygun adım yürüyüş"le, tören kültürünün stadyumlarda tek tip, itaatkar gençlik performanslarıyla şekillenmesi olarak sıralayabiliriz.

Militarize olmuş bir toplumda girişimci, yaratıcı ruh yok olmuştur. Herkes adına düşünen ve karar veren bir kişi ya da grup vardır. Diğerleri alınan bu kararları uygulamak durumundadır. Bu nedenle de fazlaca düşünmelerine gerek yoktur. Çokseslilik itaatsizlikle eşdeğerdir. Farklı ses çıkaranların sesi kesilir.

İnsanların benzer şekilde düşünmeleri, giyinmeleri, eğlenmeleri sağlanmaya çalışılır. Neyle ilgilenip neye yaklaşmamaları gerektiği belirlenir. En iyi ihtimalle "demokratik merkeziyetçi" bir yaklaşımla kaldırılan ellerin sayısına göre karar verilir. Azınlıkta kalanın hiçbir hakkı yoktur.

Dilimiz, davranışlarımız askeri değerlere göre şekillenmiştir. Eğitim ordusu, sağlık ordusu diyerek konuşmayı, formalar, üniformalar giymeyi, uygun adım yürümeyi, hizada durmayı, küçücük yaştaki çocuklara asker elbiseleri giydirmeyi oldukça benimsemiş bir toplum yapımız var. Militarist yapı içinde kadınların rolü önüne kültür taşıyıcılarıdır böyle bir görev verildi bize. Kadınlar etnik kimlik mücadelesinin ve asker doğururlar. Bunun çok çarpıcı bir çok örneği var.

1990'lı yılların ortalarına doğruydum sanırım "Millî Güvenlik Kurulu"nun bir süre sonra Kürtlerin nüfusunun artacağından endişe duyduğu, bu gidişle Kürtlerin seçim yoluyla iktidar olabilecekleri gibi bir endişeye kapılarak nüfus planlamasını teşvik ettiği konuşulmuştu. Aile planlamasının ötesinde kadınların kısırlaştırılmaya çalışıldığına dair fısıltılar dolaşmaya başlamış, hatta bir iki gazetede yer almıştı. Aynı dönemlerde, Kürt siyasi hareketi liderlerinin de kadınların daha çok çocuk doğurmaları gerektiğini Kürt nüfusun artması yönünde taleplerde buldukları duyuluyordu.

Bir başka örnek, İstanbul'daki bir Kürt Konferansı sırasında yaşanan bir örnekti.

Ben yine katılımcıydım ve kadınların nasıl kültür taşıyıcıları olduğunu anlatırken bir Kürt siyasetçi dedi ki: “iyi ki benim annem okuma yazma öğrenmedi, iyi ki benim annem Türkçe öğrenmedi, yoksa ben kültürümü kimden öğrenirdim”. Benim anlatmaya çalıştığım durumun somut örneği bu işte diye düşünmüştüm. Belli ki babasından da öğrenme imkânı olduğunu ya da annesinin birden fazla dil öğrenecek kadar akli olduğunu aklına bile getirmemişti.

Son iki üç yılın moda lafı “analar ağlamasın” sloganı oldu. “**Analar ağlamasın**”. Tam bir duygu sömürüsü. Bu söz çok yaygınlaşınca KAMER’ in bir bildirisi olmuştu. Demek istedik ki; hangi analar ağlamasın? Namus adına cina-yetlere kurban gidenler mi? Her gün şiddet sarmalının içinde ömür tüketen analar mı? Analar zaten her gün dövülüyor, öldürülüyor. Eğer kasıt bütün bunların üstüne birde evlat acısı yaşayarak ağlamaları ise, o zaman lafı doğru kurmak lazımdı. “Zaten bin bir acıyla baş etmeye çalışan analar bir de evlat acısı yaşayarak ağlamasın” deyin. Ötekisi çok sahte duruyor. Ya da “ağlatmayın o zaman” demek lazım.

KAMER’in son üç yıldır kapalı yaşamak durumunda olan kadınlar için yürüttüğü bir çalışma planlandı. Her ilin kenarında son yıllarda genellikle göç ile oluşmuş mahalleler var. Bu mahallelerde göç ile gelip kent yaşamına dâhil olamamış, genellikle “dil”den kaynaklı iletişimsizlik yaşayan, yoksul aileler yaşamaktalar. Böyle yerlerde yaşayan kadınların KAMER’in merkezlerine ancak yaşamı tehdit eden bir tehlike olduğu zaman başvurabildikleri tespit edilmişti. O zaman bu kadınlarla buluşmak için bizim planlama yapmamız gerektiğini düşündük. “Hane ziyaretleri” adıyla kadınların evlerinde ziyaret edildiği bir çalışma başlattık. Son üç yıldır devam eden ve yaklaşık 300.000 kadının ziyaret edildiği çalışma sırasında bir de ziyaret formu dediğimiz profil ve ihtiyaçları belirlemek için kullandığımız bir form geliştirdik. Her yıl elde ettiğimiz bilgileri değerlendirerek hem durum hem de ihtiyaç tespiti yapıyoruz. Elde ettiğimiz bilgiler şöyle:

Evlenme yaşı 12’ye kadar düşüyor. Kadınların %48’i 17 veya daha küçük bir yaşta evlendiriliyor. Evlendiriliyorlar diyorum, çünkü bu kadınlardan %30’u daha önce tanıştığı biriyle evleniyor. Diğer %70’i ise, ailenin karar verdiği biri ile evlenmek zorunda kalıyorlar.

Türkiye genelinde akraba evliliği oranı %21 iken bizim çalışmamızda %34 olarak çıkıyor.

Kadınların %36’sı okuma-yazma bilmiyorlar. %14’ü okuma yazmayı ya aile içinden birinden veya bir kursa giderek öğrenmiş. Yani kadınların %50’si herhangi bir okulun kapısından içeri girmemiş oluyor.

Türkiye genelinde yoksulluk oranı %18.08 iken (TÜİK verileri baz alınarak) bu çalışmayı yaptığımız mahallelerde %78.82 çıkıyor.

Açlık sınırının altında yaşayan insan oranı yine TÜİK verilerine göre Türkiye geneli için %0.48 iken, o mahallelerde %39’a yükseliyor.

Genellikle yoksulluk ya da açlık sınırında yaşayan %48'i 17 yaşın altında, %70'i tanımadığı biriyle evlendirilmiş kadınların; %49'u fiziksel, %93'ü psikolojik, %91'i ekonomik, %78'i sözel ve % 28.5'i cinsel şiddet yaşıyor.

Kaldı ki kadınların cinsel şiddet konusunda farkındalığının olmadığını biliyoruz. Evlilik içi tecavüz son yıllarda konuşulmaya başlandı, ensest henüz konuşulmuyor bile. Son zamanlarda cinsel şiddet konusunda önemli bir çalışma yapmaya başladık. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı ile bir ortaklığımız var. Cinsel şiddetin raporlanabilir ve cezalandırılabilir olmasını sağlamaya çalışıyoruz. Buradan bu işbirliği için Şebnem Korur Fincancı ve Ufuk Sezgin başta olmak üzere tüm yetkililere teşekkür ediyorum. Tarihe not düşülecek önemde bir iş yapıyoruz birlikte.

İşte durum budur. Bu militarize olmuş toplum içinde toplumsal cinsiyet rolleri ve bu roller sonucunda yaşanan şiddet ve ayrımcılık konusunda farkındalık yaratmaya, şiddetini fark eden kadınlar olarak birbirimize destek vererek şiddet sarmalını kırmaya çalışıyoruz. İtaat etmemeye, emir komuta zincirlerini kırmaya, birey olarak yaşamaya çalışıyoruz.

Biz, kadınların pek çoğu, kendileri için konmuş normları görmeye, aşmaya, değiştirmeye başladık. Dolayısıyla bu sistemin mağdurları olmaktan çıkmaya, özgürlük mücadelesi veren kadınlar olmaya başladık. Ev içinden başlayarak emir-komuta zinciri kırılmadıkça bu militarist sistemi değiştirmek mümkün olmayacak, biliyoruz.

Sistemin bütün kutsallarını tek tek tartışmaya başladık. "Namus" kavramının kadınların bedenleri ve yaşam alanları ile ilgili olmasını, adanmış anneliği, içinde yaşanan bin bir çeşit şiddet söz konusu iken, kadınların ikincil durumunu muhafaza etmek için kutsanan aileyi, pek çok kadının cezalandırılmasına neden olan "dedikodu" ilişkisine dayalı komşulukları tartışmaya başladık.

Bağımsız örgütlenmeye çalışan bir kadın kuruluşunun bireyleri olarak esasında bağımsız bir duruşun toplumun bütün bireyleri için önemli olduğunu gördük. Ancak o zaman bir parti liderinin, bir siyaset adamının, para ve silaha dayalı gücü olanların dediklerine bakarak değil, kendi düşüncemizi, isteğimizi oluşturarak var olabiliyoruz.

KAMER kuruluşunun 10. yıl dönümünü kutlarken on yıllık deneyim ile oluşturduğu bir cümle için yer aldığı bir poster hazırlamıştı: **"Biz kadınlar kendi şiddetlerimiz ile baş etmek için geliştirdiğimiz yöntemlerle yeni bir dünya hayal etmeyi mümkün kılıyoruz"**

Çünkü kendi şiddetimizle baş ederken aile içindeki ayrımı, hiyerarşiyi, şiddeti fark ediyoruz. Aile içindeki bu itaat kültürünün dış dünya ile olan bağlantısını kırmaya başlıyoruz. Cinsiyetçi sistemin omurgası olan ayrımcı, şiddete ve yapısal hiyerarşiye dayalı iletişim biçimini de fark ediyoruz. Bunların birbirleri ile ilişkisini kurarak yeni bir dünya için sistemin bütününe değiştirmek gerektiğini görüyoruz. Ayrımsız, şiddetsiz, yapısal bir hiyerarşiye dayanmayan, açıklık,

paylaşım ve dayanışmaya dayalı yeni iletişim biçimleri, yeni değerler geliştirmeye çalışıyoruz. Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.

CİNSİYETÇİ İŞBÖLÜMÜ VE KADIN EMEĞİ

POLİTİK BİR KAVRAM OLARAK "EV EMEĞİ"

Gölnur Acar-Savran

Feminist Yazar

Ev emeği kavramı, feminizmin 2. dalgasının daha ilk başlarında ortaya çıktı. Yani artık bir tarihi var. Bu tarih içinde kavrama nasıl bir içerik atfedildiğini, ev emeğinin kavramsal alanını çizen bazı komşu kavramlar belirledi: Ev işleri, görünmeyen emek, karşılıksız emek, bakım, yeniden üretim bu kavramlardan bazıları... Bu konuşmada, bu kavramlara, özellikle de bakım emeği kavramına biraz daha yakından bakarak, ev emeğini feminist eleştirinin gücünü taşıyan, hpolitik bir kavram olarak kullanmanın koşullarına kısaca göz atmaya çalışacağım. "Politik" kavramdan kastım, bir çıkar çatışmasını, bir egemenliği dile getirmesi.

İlk ortaya çıkışında, kavrama, gerek Anglosakson ülkelerdeki "Ev Emeği Tartışması"nda gerekse Fransa'da Christine Delphy'nin yapıtında, ev işlerinden farklı bir anlam atfediliyordu. Özellikle Delphy'nin yaklaşımında daha belirtik bir biçimde, ev işleri, yapılan işin niteliğine göndermede bulunur: Ev işinin içinde kendi işini görmek de vardır; ev işleri paylaşılabilir, ya da tek kişiye yüklenebilir. Ev emeği ise, ev işlerinin paylaşılmadığını, ortada bir karşılıksız emek, bir emeğe elkoyma süreci olduğunu anlatır. Kısacası, ev emeği bir "ilişki biçimi"ne işaret eder.

Görünmeyen emek/karşılıksız emek

Ev emeğinin, kadınların "doğası"nın bir parçası, "doğal" yatkınlıkları olarak görülmesi nedeniyle ve mesai saatleri belirlenmemiş, yaşamla iç içe geçmiş bir çalışma biçimi olmasından ötürü "görünmeyen" emek olduğu artık yaygın bir kabul görüyor. Bu da ev emeğinin artık görünür olması demek! En azından bu nedenle, görünmeyen emek kavramı erkeklerle kadınlar arasındaki çıkar çatışmasını anlatmak için artık yeterli değil. Ama bunun da ötesinde, görünmeyen emek kavramı yaygınlaşırken bir yandan da esnedi: Kavram artık, ev eksenli çalışma ve ücretli ev işçiliğini betimlemek için de kullanılıyor. Oysa bu işler son derece düşük ücretli, güvencesiz işler de olsa, burada harcanan emek karşılıksız değil. Dolayısıyla da bu emek biçimine görünmeyen emek demek, ev emeğinin karşılıksız olmasından kaynaklanan özgüllüğünün üstünü örtüyor. Görünmeyen ve karşılıksız emekten izler taşısa da ev eksenli üretim ve ev işçiliği nitelikçe farklı bir emek ilişkisini dile getirir: Burada kadınlar yakınları olan bir erkeğin kendisi ve çocukları/akrabaları için değil, ücret karşılığında bir başkası için çalışırlar.

Oysa karşılıksız ev emeği, kadınların yakınları olan erkekler (ve onların çocukları, akrabaları) için harcadıkları emektir. Çok yaygın olarak boğaz tokluğuna çalış-

madır bu. Böyle olmadığı durumlarda ise, hemen her zaman, çift ilişkisi ya da aile içinde boş zaman ve tüketim kadınlarla erkekler arasında eşitsiz paylaşılır: Erkeklerin boş zamanları ve kendileri için yaptıkları tüketim kadınlarınkinden kat be kat fazladır. Erkekler el koydukları bu karşılıksız emek sayesinde güç kazanırlar: Kadınlardan daha iyi ve yüksek ücretli işlerde çalışırlar, politikaya, kültüre zaman ayırabilirler, kendilerini geliştirebilir, sınıfına göre sermaye sahibi olurlar. Buna karşılık, kadınlar güç yitirir, politikadan, sanattan, kültürden dışlanırlar.

Karşılıksız ev emeğininin direngenliğini sağlayan, onu yeniden üreten etkenlerin en önde gelenlerine bakacak olursak, herşeyden önce emek piyasasının patriyarkal yapısıyla karşılaşırız: Heteroseksüel çift ilişkisine erkekler emek piyasasındaki üstünlükleri ve ayrıcalıklarıyla, kadınlar ise güçsüz ve dezavantajlı konumlarıyla girerler. Ev işlerinin bölüşümünü, bu bölüşüme ilişkin pazarlık ve mücadele koşullarını bu çerçeveye oluşturur (Delphy, 2003). Ayrıca, kadınlara anne/eş kimliğinin dayatılması, erkeklere hizmet etme fikrinin doğallaştırılması, annelik ideolojisi, ve bütün bunların gerektiğinde şiddet yoluyla tesis edilmesi bu çerçeveyi tamamlar.

Bakım emeği

Karşılıksız ev emeğine içeriği açısından bakacak olursak, karşımıza üç tür iş çıkar: a/Temizlik, çamaşır, yemek, alışveriş, ütü vb'den oluşan ev işleri; b/"Aile" işletmesinde karşılıksız olarak yapılan işler: Esnaf kocanın dükkanında kasiyerlik, tezgahçılık; tarlada ücretsiz aile işçiliği; kocanın bürosunda/muayahanahesinde sekreterlik... c/Bakım işleri: Çocuklar, hastalar ve yaşlıların,yani kendisine bakamayacak durumda olanların bakımı için yapılan işler. Bunlar, çoğu kez kocanın hasta ve yaşlı akrabalarıdır.

Bakım kavramının, feminist yazında ev işlerinden ayrı, başlıbaşına bir kavram olarak ortaya çıkması iki gereksinimden kaynaklandı. Herşeyden önce, feministlerin ev emeğinin toplumsallaşabilir, ev dışına çıkarılabilecek bölümünü dile getirmek için ihtiyaçları vardı bu kavrama. Kamusal ya da özel çocuk bakım merkezleri, kreşler, hasta ve yaşlı bakım merkezleri, kamusal sağlık hizmetleri vb. taleplerini bakım emeği kavramıyla temellendiriyorlardı. Ama ayrıca, bakım emeği evde harcanan emeğin duygusal boyutunu dile getiriyordu. Kuşkusuz bakım emeği duygusal emekten ebatet değildi; bakım söz konusu olduğunda duygusal emekle fiziksel emek iç içedir: Hastaya şefkat göstermek, yaşlılarla vakit geçirmek de bakım emeğidir, hastanın altını temizlemek de...Bakım emeği bir yanıyla da hep ev işidir. Dolayısıyla, bakım emeğini kendi içine kapalı bir kavram olarak mutlaklaştırmamak gerekir.

Oysa son dönemde özellikle Anglosakson ülkelerinde, bakım emeğini ev işlerinden koparıp onu kendi başına ele alan; ev teknolojisinin gelişmesiyle birlikte, dar anlamda ev işlerinin merkezi önemini yitirdiğini, buna karşılık bakımın (yaşlı nüfusun artması ve çocuk bakımının abartılı bir biçimde ayrıntılanmasıyla) giderek daha çok önem kazandığını ileri süren yaklaşımlar öne çıkmaya başladı (Himmelweit 2000a; Gardiner, 2000). Bakımın önemli bir politik sorun olarak karşımızda durduğu çok aşikâr. Ancak, ev teknolojileriyle birlikte ev işlerinin

ağırlığının azaldığı doğru olsa da, *süresinin* tek başına bu nedenle azaldığını söylemek çok güç. Öte yandan, bakımı böyle kendi içine kapalı bir “faaliyet” olarak değerlendirdiğimizde, onun “emek harcamak”la, “iş”le, “çalışma”yla bağlantısını koparmak da mümkün (Himmelweit, 2000b). Duygusal boyutuyla kendine özgü bir emek harcama biçimi olmasına rağmen, bakımı “çalışma” olarak nitelendirmekten geri durduğumuzda, bir egemenlik ilişkisi olarak “ev emeği”nin içini boşaltmış oluruz.

Bakım emeğiyle ilgili ikinci bir tartışma da onun nasıl tanımlanacağı etrafında döndü. Feminist yazında, başlangıçta, bakım emeği kendine bakamayacak durumda olanlar (çocuklar, yaşlılar, engelliler, hastalar) için harcanan emek olarak tanımlanıyordu. Bunun ardında yatan saik, bakımın toplumsal/kamusal bir mesele olduğunun vurgulanmasıydı. Ne var ki bu tanım, yetişkin erkekler için harcanan bakım emeğini görünmez kılmaya potansiyelini taşıyordu. Bu yüzden kimi feministler, kocalar için harcanan bakım emeğini, “erkeğe hizmet”, “yetişkin emekgücünün yeniden üretimi” gibi kavramlar kullanarak ev emeğine ayrıca ekleme gereğini duydular (Robinson, 2006). Zira mesele, kendisine bakamayacak durumda olanların bakımından *kadınların sorumlu olmasından* ibaret değil. Bunun ötesinde, erkeğin, kendi yaşamını idame ettirmesi ve kendi çocuklarıyla yakınlarının bakımının sağlanması için kadının emeğine elkoyması söz konusu.

Yetişkin erkeklerin bakımı gözardı edildiğinde, bakım kavramı, erkeklerle kadınlar arasındaki çıkar çatışmasına işaret etmeyen, yansız, bu anlamda apolitik bir kavram olarak kurulmuş oluyor. Bu kullanımda meselenin odağına kadınların “toplumun bakım emeği sağlayıcısı” olmaları yerleşiyor. Çatışma, kadınlarla onların baktıkları erkekler arasındaki bir çatışma olmaktan çıkıyor, kadınların toplum/kamu karşısında konumlandıkları bir çatışmaya dönüşüyor. Aile içindeki çatışma yerinden edilerek, evin, ailenin dışına kaydırılıyor. Ve tabii çatışmanın kendisiyle birlikte çözümü de *tümüyle* kamuya yüklenmiş oluyor. Çatışmanın bu şekilde yerinden edilmesi, erkeklerin kendilerinin ve çocuklarının/yakınlarının bakım sorumluluklarının kamuya/topluma aktarılması demek. Nitekim çocuk bakım merkezleri, kadınlara verilen çocuk/yaşlı/hasta bakımı ödenekleri, erkeklerin harcamadıkları, harcamaktan kaçındıkları emeğin, kamunun/işverenlerin desteğiyle *telâfi* edilmesidir aslında (Delphy, 2003).

Aile ve iş yaşamını uyumlulaştırma politikaları

Bu anlayışın somutlaşmış biçimini uyumlulaştırma politikalarında görmek mümkün. Bu politikaların özünde, kadınların üzerindeki bakım yükünü bir ölçüde azaltarak ve erkeklere hiç ya da pek az ilâşerek, *anneleri* istihdama katmak oluyor. Hedef, kadınları istihdama katarken aynı zamanda da doğum oranının düşmemesini sağlamak.

Uyumlulaştırma politikaları esas olarak 3 ayak üzerinde yükseliyor. Annelikle çalışma yaşamını bağdaştırmanın öncelikli yolu olarak, kadınlara kısmi zamanlı çalışma, geçici iş sözleşmeleri, evden çalışma gibi *esnek çalışma biçimleri* öneriliyor (ve dayatılıyor). Ne var ki, çözüm olarak sunulan şey sorunu yeniden üretiyor: Kesintili, güvencesiz bu çalışma biçimi karşılığında aldıkları ücretlerle kadın-

ların aileye ve evlilik ilişkisine bağımlılıkları yeniden üretilirken, bir yandan da emek piyasasının patriyarkal yapısı pekişiyor. Söz konusu politikaların ikinci ayağında “*karma bakım sistemi*” var: Bu politikalarda, bakım sisteminin sermaye, aile ve devletin katkılarıyla oluşması öngörülüyor. Bu sistemde, devletin (ve sermayenin) doğrudan bakım hizmeti sunması yerine, kadınların kısmen (yarım zamanlı) bakım hizmeti satın almalarına destek olması söz konusu. Aileden de her zaman bir katkı beklendiği için, birçok kadın bu hizmeti satın alamıyor. Ayrıca “kurumsal bakım”ın bu şekilde altının oyulması, annelik ideolojisinin güçlenerek yeniden üretilmesine yol açıyor: Çocuklara özel alanın sınırları içinde, tek bir kadının bakması “en sağlıklı” bakım biçimi olarak öne çıkarılıyor. Sistemin üçüncü ayağı oluşturan *ebeveyn izinleri* ise, cinsiyetsiz olduklarında hemen sadece kadınlar tarafından kullanılıyor, devredilemez babalık izinlerinin ise ücret düzeyleri, erkeklerin bu izinleri kullanmamasına gerekçe oluşturuyor. Dolayısıyla, uyum politikaları sonucunda aile içindeki cinsiyetçi işbölümü pek az etkileniyor, ya da hiç etkilenmiyor.

Kuşkusuz kadın emeğine yönelik sosyal politikalar kadınların güçlenmeleri ve patriyarkanın aşındırılması açısından kritik bir önem taşır. Bu konuşmada sosyal politikaların nasıl bir mantıkla kurulması gerektiğine hiç girmeyeceğim (Acar Savran, 2010). Ancak kadın emeğine yönelik sosyal politikalar *kendi başlarına*, karşılıksız ev emeğinin ortadan kalkması anlamında bir çözüm oluşturmazlar; evin içindeki emeğe elkoyma sürecini pek az etkilerler. Kadınların evliliğe, karşılıksız emeğe ve şiddete mahkum olmaktan kurtulmaları için, bu politikaların, annelik kimliğinin cenderesini, cinselliğin patriyarkal ve heteroseksist yapılanmasını, kadınlara yönelik şiddeti ortadan kaldırmaya yönelik başka politikalarla aktif bir biçimde desteklenmesi gerekir. Bunun yolu ise, feministlerin, çekirdek aileden başka türlü, birlikte yaşama, çocuk büyütme, cinsellik paylaşma biçimlerini tahayyül etmeleri ve gündeme getirmelerinden geçiyor.

KAYNAKLAR

Acar Savran, Gülnur (2010), “Kadın Emeği, Sosyal Haklar Mücadelesi ve Feminist Politika”, *Tülay Arın’a Armağan* (derl. Sermin Sarıca), Belge Yayınları, içinde.

Gardiner, Jean (2000), “Domestic Labour Revisited: a Feminist Critique of Marxist Economics”, *Inside The Household* (ed. Susan Himmelweit), MacMillan Press, içinde.

Himmelweit, Susan (2000a), “Introduction: From Labour to Care”, *Inside the Household*, içinde.

Himmelweit, Susan (2000b), “The Discovery of ‘Unpaid Work’: the Social Consequences of the Expansion of ‘Work’”, *Inside the Household*, içinde.

Robinson, F. (2006), “Beyond Labour Rights: The Ethics of Care and Women’s Work In the Global Economy”, *International Feminist Journal of Politics.*, 8:3, Eylül.

ESNEK ÇALIŞMA, MİKRO KREDİLER VE CİNSİYETÇİ İŞBÖLÜMÜ

Prof. Dr. Ayşe Gül Yılgör

Mersin Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü

1. GİRİŞ

Dünya ekonomisinde 1970'li yıllarda yaşanmakta olan krizden kurtulmak için işletmeler yoğun teknoloji geliştirme çabalarına girişmiş ve üretimi uluslararasılaştırmaya çalışmışlardır. Ürünlerin uluslararası piyasalarda pazarlanması önceki dönemlerde gerçekleştirilmişti, şimdi buna ek olarak üretimin daha ucuz iş gücünün bulunduğu ülkelere kaydırılması istenmekteydi. Gelişmiş ülkelerde standart mal piyasalarının doygunluğa erişmesine ve gelir dağılımının giderek bozulmasına bağlı olarak tüm tüketicilere hitap edebilecek standart mallar yerine farklılaştırılmış malların üretimini kaçınılmaz hale getirmekteydi. Bu gelişmeler, rekabetin yoğunlaşması ile de birleşince işletmeler için farklılaşan ürünler üretebilecek ve bu farklılaşmayı süreklileştirebilecek dönüşümleri gerçekleştirebilme ihtiyacı kaçınılmaz hale gelmekteydi. Bu koşullara uyum sağlayabilmek, üretim sisteminin ve emeğin esnek örgütlenmesini gerekli kılmıştır (Yılgör, 2000, s.42).

Üretim sisteminin esnekleştirilmesi yalın üretimle, emeğin esnek örgütlenmesi ise işçilerin işletme içinde değişik işler yapabilmelerine, değişik görevler üstlenebilmelerine, çalışma sürelerinin talebe göre belirlenebilmesine, ücretlerin işgücü piyasasının koşullarına ve çalışanların performansına göre belirlenmesine olanak sağlayan düzenlemeleri içermektedir.

2. ESNEKLİK TÜRLERİ

Emeğin esnek örgütlenmesi aşağıdaki şekillerde gerçekleştirilir:

- 1- Çalışma Sürelerinde esneklik,
- 2- Sayısal esneklik,
- 3- Fonksiyonel esneklik,
- 4- Ücret esnekliği,

1- ÇALIŞMA SÜRELERİNDE ESNEKLİK: Çalışma sürelerinin belirli başlangıç ve bitiş sürelerinin olmaması, çalışma sürelerinin sadece gün bazında düzenlenmemesi, çalışma süresinin gün-hafta hatta yıl bazında düzenlenebilmesi ve haftalık çalışmanın haftanın günlerine dağılımını belirleyen günlük çalışma süresi ile ilgili sınırlamaların kaldırılmasıdır (Karakoyun, Yücel, 2007, s. 8).

Çalışma sürelerinde esneklik, işveren açısından mal veya hizmetin talep edildiği anda üretilmesi olanağı sağlar. Talepteki dalgalanmalara paralel olarak işgücünün çalışma sürelerinin belirlenmesi ve düzensiz çalışma koşullarının gerektirebileceği tazminat vb. yükümlülüklerden korunma olanağı sunarken, işçi açısından çalışma sürelerinin , buna bağlı olarak elde edeceği ücretin belirsizliği anlamını taşımaktadır (Yılgör, 1998, s.494).

2- SAYISAL ESNEKLİK: Genel ekonomik koşullara ve talep koşullarına bağlı olarak işçi sayısının ihtiyaca göre azaltılmasını ya da yeni işçi alınması veya çıkarılmasında işverene sağlanan serbestinin artmasını ifade eder. İşletmeler sayısal esneklik üç tür işçi yaratır (Harvey, 1997, s. 171-174). Tam zamanlı çalışan, sürekli statüye sahip, işletmenin geleceği için önem taşıyan çekirdek işgücü, yine tam zamanlı çalışan, daha az nitelik gerektiren işleri yapan, yükselme olanakları kısıtlı ve işgücü devir oranları yüksek ikinci grup ve yarı zamanlı/geçici olarak istihdam edilen üçüncü grup. Sayısal esneklik iş güvenliğini ortadan kaldırmaktadır.

3- FONKSİYONEL ESNEKLİK: İşgücünün değişik şekillerde kullanılabilmesini, çalışanların gördüğü işin çeşitlendirilmesini ifade etmektedir. Bir yanı ile işçinin iş süreçlerine ilişkin bilgi ve becerisinin artırılmasını sağlarken, diğer yandan işçiyi üretim süreçlerinin her aşamasında çalışmaya zorlamakta ve iş yükünü artırmaktadır (Ansal, Hacer, 1994, s.39).

4- ÜCRET ESNEKLİĞİ : İşletmelerin ücret yapısını değişen işgücü piyasasına ve piyasa ekonomisi şartlarına uyarlayabilme serbestiyesidir. Bireysel ve toplu performansa bağlı olarak değişik ücret biçimlerinin uygulanmasıdır. Performansa bağlı ücretlendirmede yaygın olarak kullanılan araçlar, bireysel primler, başarıya bağlı ek ödemeler vb.dir.

3. ESNEK ÇALIŞMA BİÇİMLERİ

Esnek çalışma, aşağıda belirtilen çalışma biçimleri uygulanarak gerçekleştirilir:

-KİSMİ SÜRELİ ÇALIŞMA (PART TIME): İşçi ve işveren tarafından kendi aralarında anlaşarak kabul ettikleri, normal çalışma sürelerinden az olan ve düzenli olarak yapılan çalışmadır (Yavuz, 1995, Aktaran Filiz, Yeliz, 2011, s. 20). Kısmi çalışma kimi zaman çalışanlar tarafından tercih edilmektedir. Örneğin kadınlar birincil sorumlulukları olan işleri yapmak için tam zamanlı çalışmayı gerektirecek işler yerine yarı zamanlı çalışmayı tercih edebilmektedirler. Ancak çoğu zaman çalışanlar tam zamanlı iş bulamadıkları için yarı zamanlı çalışmayı kabul etmektedir.

-İŞ PAYLAŞIMI: Tam gün niteliğindeki bir işin yapılması birkaç işçi tarafından günün belirli saatlerinde sırayla işe gelinerek gerçekleştirilmekte, ücret ve sosyal haklar bu çalışanlar arasında pay edilmektedir (Karakoyun, Yücel, 2007, s.11).

-YILLIK İŞ SÜRESİ: Günlük, haftalık çalışma süresi yerine yıllık çalışma süresi esas alınır. Bu durumda çalışana fazla ve daha az çalıştığı dönemler için sabit bir aylık ödenmektedir. Ülkemizde tekstil ve otomotivde kullanılmaktadır.

-YOĞUNLAŞTIRILMIŞ İŞ HAFTASI: Haftalık çalışma süresinin haftadan daha kısa sürede yoğunlaştırılması, diğer günlerin ise boş kalmasıdır (Karakoçun, Yücel, 2007, s.15). Tüm işlerin 4 güne yığılması yoğunlaştırılmış iş haftasına örnek oluşturabilir.

-ÇAĞRI ÜZERİNE ÇALIŞMA: Talebin yoğun olduğu günlerde işveren tarafından çağrılan işçinin belirli bir işi veya belirli bir çalışma süresini tamamlamak üzere çalıştırılmasıdır.

-EVDE ÇALIŞMA: Bir işveren için, işçinin seçtiği yerde işveren denetimi olmaksızın, yapılan bir sözleşme çerçevesinde mal veya hizmet üretiminin gerçekleştirilmesidir. Bu kategoride genellikle yüksek kalifikasyon gerekmeyen parça başına işler yer alabileceği gibi bilgisayar/ internet üzerinden gerçekleştirilen kalifiye işler de yer alabilir.

4. ESNEK ÇALIŞMANIN KADINLARA ETKİLERİ

Esnek istihdamın;

- Çekirdek -çevre işgücü ayrımı yaparak eşitsizlik ve güvencesizlik oluşturmaları,
- Fazla mesaiyi ortadan kaldırması, emeklilik hakkı olmayan işlerde, çeşitli sosyal haklardan da mahrum çalışmayı teşvik etmesi,
- Emeğin örgütlenmesini, toplu sözleşmeye dayalı ücretlendirme sistemlerini işlevsiz kılması,
- Çalışanları, geçimlik ücret elde etmek için birden fazla işte çalışmak zorunda bırakması, gibi nedenlerle kadın-erkek tüm çalışanlar için olumsuz etkileri mevcuttur.

Emek piyasasının esnekleştirilmesi, tüm çalışanları olumsuz etkilemekle birlikte, piyasanın en zayıf halkasını oluşturan kesimlere etkisi daha da çoktur. Bu kesimlerden birisi de kadınlardır. Esnek çalışma koşullarının kadınlar üzerindeki etkileri aşağıdaki şekilde belirtilebilir:

-Kadınlardan esas olarak ev işlerini yapmaları, yaşlı-hasta ve çocuk bakımını gerçekleştirmeleri beklenmektedir. Bu nedenle, tam zamanlı, mesai yapmayı gerektirebilecek, sorumluluk düzeyi yüksek işler yerine esnek üretim biçimleri /evde parça başına kadınlar tarafından da tercih edilmiştir.

-Erkeklerle kıyasla daha düşük ücretle çalıştırılabilen, daha uzun çalışma saatleri, daha sıkıcı ve monoton iş koşullarını daha kolay kabul edebilen kadınlar, yarı zamanlı, esnek çalışma saatleri olan, erkeklerin kabul edemeyeceği koşullardaki işleri, daha kolay kabul etmişlerdir. Bu bir yanı ile kadın emeğinin daha niteliksiz/zor işlerde istihdamına, değerini elde edememesine yol açarken diğer yanı ile de kadın istihdamını artması sonucunu ortaya çıkarmıştır.

-Esnek çalışma biçimleri kadına uygun iş olarak tanımlanmıştır. Part-time çalışma, ev eksenli çalışma gibi esnek çalışma modelleri ile üretim sürecine katılım

kadınları geleneksel rollerinden uzaklaştırmamakta, düşük ücretle, güvencesiz koşullarda işgücü piyasalarına girmelerine neden olmaktadır.

-Kadınlar açısından özellikle sayısal esneklik özel önem taşımaktadır. Ekonominin daralma veya kriz dönemlerinde, işçi çıkarma işlemine öncelikle kadınları işten çıkararak başlanmaktadır. Bu bir yanı ile kadını eve ek gelir getiren kişi olarak kabul eden cinsiyetçi yaklaşımın bir sonucudur, diğer yandan da erkeklerle göre daha düşük eğitilmiş ve daha az tecrübeli olması nedeniyle işveren tarafından daha çabuk ve kolay gözden çıkarılabilemesinden kaynaklanmaktadır (İzdeş, Özge, 2011, s.27). Böylelikle kadın emeğini daha da değersizleştirmekte ve bu durum her kriz döneminde daha da bozulmaktadır (İzdeş, Özge, 2011, s.33).

5-MİKRO KREDİLER ve KADINLAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Mikro krediler, 1990'lı yıllardan itibaren yoksulluğun azaltılması stratejilerinin bir parçası olarak uygulanan ve çoğunlukla da kadınları hedefleyen bir finansman aracıdır. İş yapma fikrine sahip olan, gelir sağlayıcı bir faaliyette bulunmak isteyen yoksul kesimden bireylere küçük bir başlangıç sermayesinin verilmesidir. Mikro kredinin amacı, klasik yollarla kredi elde edemeyeceklerin gelir getirici faaliyette bulunmalarını sağlamaktır . (Türkiye İsrافی Önleme Vakfı, 2006).

Mikro krediler, finansal sürekliliğini kendi kendisine sağlayabilme düşüncesine dayanır (Mayaux, Linda, 1999, s. 2). Bu düşünce kredi miktarının düşük tutulması, bireysel borçlanmanın yanı sıra grup borçlanmasına olanak sağlanması, geri ödemelerde yaşanabilecek sorunlar için grubun ortak kefalet sisteminin oluşturulması gibi mekanizmalarla desteklenmektedir.

Mikro kredi uygulamaları ülkelere göre görece farklılıklar içermesine, karşın büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. Örneğin Türkiye'de mikro kredilerle ilgili süreç 5 kadının bir araya gelmesi ve yapacakları işi tanımlamaları ile başlamaktadır. 1 haftalık eğitimden sonra kredileri ayrı ayrı tahsis edilmektedir. İlk kez başvuranlar için kredi miktarı ilk yıl için 100 ila 1000 lira arasında olup, 1 yıl vadeli verilen kredisini düzenli ödeyenlerin limiti ikinci yıl 2 bin liraya kadar çıkabilmekte, sonraki yıllarda ise katlanarak artabilmektedir. Kredi başvuruları değerlendirilirken kadının sahip olduğu varlıklara değil, geleceğe dönük çalışma azmi ve potansiyelinin değerlendirildiği belirtilmektedir. Bu kredi sisteminde, kişinin beyanı esas alınmakta, evrak istenmemekte, teminat ve kefalet aranmamaktadır (www.tqmp.net) .

Yukarıda da bahsedildiği çerçeve ile mikro kredi uygulamaları, küreselleşme dönemi ve birbiri ardı sıra yaşanan krizlerin giderek arttığı kadın yoksulluğunu giderilmesi konusunda yapısal bir dönüşüm gerçekleştirilememektedir. Yoksul kesimlerin, bilhassa da kadınların üretim sürecine katılımlarını artırarak, yoksulluğun azaltılması konusundaki çözümünün bireylerin kendi kendilerine yaratmalarının hedeflendiği bir modeldir.

Mikro kredinin kadınlar üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri olabileceği belirtilmektedir.

6- MİKRO KREDİLERİN BEKLENEN OLUMLU ETKİLER

Mikro krediler;

- 1- Kadınların ekonomik yaşama katılımlarını artırır, gelir elde etmelerini sağlar ve böylelikle kendilerine güvenlerinin pekişmesine katkıda bulunur.
- 2- Kadın küçük de olsa bir gelir elde eder ve bu gelirin kontrolünü sağlar. Elde edilen bu gelirle kadınların evin geçimine yaptıkları katkı artar, çocuklarının yaşam düzeyinde iyileşmeler elde edilebilir.
- 3- Ev içi ilişkilerin daha eşitlikçi hale gelmesine katkıda bulunur.
- 4- Kadına ekonomik olarak destek sağlamanın yanı sıra kadınların sosyal yaşama katılma, eğitim olanaklarından yararlanma düzeylerini artırarak, toplumsal değerlerin değişimine de katkıda bulunur, kadınların güçlendirilmesini destekler (Hofmann,E., Marius- Gnanous, K. 2007, s. 10).
- 6- Kadının iş yaşamına katılımı toplumsal kabul görme düzeyimde bir artış meydana getirebilir, kadının ev dışına çıkma ve hane halkı kararlarına katılım düzeyini yükseltici etki yapabilir, böylelikle de bir sosyolojik bir değişim sağlar (Açıkalın, N. 2010, S. 595).
- 6- Mikro krediler, tüm bu gelişmeleri ve iyileşmeleri sağlayarak cinsiyet ilişkilerinde değişikliklerin oluşumuna katkıda bulunur (Hofmann,E., Marius- Gnanous, K. 2007, s. 11).

7- MİKRO KREDİLERİN BEKLENEN OLUMSUZ ETKİLER.

- 1- Gelensel cinsiyet rollerini pekiştirir, kadınların evde geçen yaşam sürelerini uzatır.
- 2- Kadınların mikro kredi kullanarak yapacakları işler, ev içindeki rollerine ilave olarak yapılacağından, harcanan toplam işgücünü artırır.
- 4- Kadının elde ettiği gelir, toplumsal cinsiyet rollerinin değiştirmeye, ekonomik, sosyal ve siyasal alanda daha güçlü kılmaya yeterli olmayabilir.
- 5- Geri ödemeler kadınlar için önemli bir stres ve baskı aracı oluşturabilir.
- 6- Kadınların en yoksul kesiminde yer alanlar, daha düşük sermayeye, bilgiye ve beceriye sahip oldukları için, bu kredilerden faydalanma düzeyleri daha düşük kalabilir.
- 7- Mikro krediler sadece kredi sağlayarak konunun ekonomik yönüne odaklanmıştır. Bunun yanında kadınların eğitimlerinin, becerilerinin artırılmasını, karar alma süreçlerinde daha fazla yer almalarını hedeflememesi gibi sebeplerle kadınların güçlendirilmesine sağlayacağı katkılar sınırlı kalacaktır.
- 8- Kredi kullanan kadınların bu kredileri niteliklerini artıracak işlere kanalize edememekte, geleneksel olarak sahip oldukları bilgi ve becerileri kullanmaktadır. Bu nedenle hem kendilerini geliştirememekte, hem de düşük gelir elde et-

mektedirler.(Açıkalın, N., s. 596). Kadınların iş sahibi olmasını destekleyecek gereksinimler, örneğin kreş vb sağlanamamaktadır.

9- Kredi kullandırılmadan önce 7 günlük bir tanıtım/ eğitim uygulanmaktadır. Ancak bu çoğunlukla programın tanıtımı, uygulama esasları, hesap sistemi vb. ile sınırlı kalmaktadır. Nitelik edindirme veya artırmaya yönelik eğitimler yapılmadığı gibi, girişimcilik, pazarlama vb. eğitimler de verilmemektedir .

10- Geri ödemeler içi yapılan toplantılar çok formel bir şekilde düzenlenme, borcun ödenmesinde bir gecikme olduğunda kırıcı, utandırıcı ve üzücü davranışlar olabilmektedir (Yiğitbaş, A. 2010, s. 36) .

11- Mikro kredilerin geri ödenme oranlarının % 100 olması başarılı bir sonuç olarak sunulmaktadır. Ancak bu oranın yüksekliği, kadınların bu ödemeleri yaparken zorlanmadıkları anlamına gelmemektedir. Yatırımdan bir kazanç elde edilmediği zamanlarda bile diğer gelir kaynaklarından aktarım yapılabilmektedir (Hofmann,E., Marius- Gnanous, K. 2007, s. 9). Ayrıca geri ödeme mekanizmasının garantisini grup yapılandırılmaları oluşturmaktadır. Yeni borç alınabilmesi grubun borç ödeme performansına bağlandığından grubun borçlarını ödemesi konusunda bir iç disiplin ve iç kontrol yaratılmaktadır. Haftalık ödemesi yapamayanın yerine grubun diğer üyelerinin ödeme yapması sağlanmaktadır (Yiğitbaş, A. 2010).

12- Verilen kredilerin gündelik temel ihtiyaçların karşılanmasında (birikmiş kira, gda, çocukların acil gereksinimleri gibi) kullanılması, kredinin alınmasını kocalarının istemesi, hatta zorlaması, kullanım yerine kocalarının karar vermesi, bunlara bağlı olarak, kadınların bu kredi ile gelir sağlayamadan borçlu duruma düşmeleri rastlanan durumlardandır. Borcun kadın üzerine olması, hastalık, ayrılma, eşin ölümü gibi durumlarda onları zor durumda bırakmaktadır.

Yukarıda belirtilen olumlu ve olumsuz beklentilere ilaveler yapılabilir. Her iki görüşü de destekleyecek çok sayıda ampirik çalışma söz konusudur.

6- SONUÇ

Esnek çalışma ve mikro krediler, küreselleşme süreci, yeni liberal politikalar ve onun derinleştirdiği yoksulluğun bir sonucudur. Bu dönemde, uygulanan politikalara bağlı olarak yoksulluğa kalıcı, sosyal devletin vazgeçilmez bir şekilde sağladığı haklar çerçevesinde çözüm bulunamamıştır. Çalışma, ekonomik/sosyal kaynaklara ulaşma olanaklarına insan hakkı olarak erişilememiş, mevcut hak ve olanakların insanlar arasında ve kadınlarla-erkekler arasında eşit bir şekilde dağıtım fonksiyonlarını yerine getirilememiştir.

Bu koşullarda esnek çalışma düzenlemeler yukarıda ayrıntı olarak belirtildiği gibi çalışma/istihdam koşullarını kadınlar için daha da olumsuzlaştırırken, mikro krediler derinleşen yoksulluğun yarattığı gerginliği, mevcut yapı/sistem içinde ve bireysel olarak azaltmayı hedeflemektedir.

Ancak; yoksulluğun bu derece can yakıcı bir sorun haline geldiği günümüz koşullarında mikro krediler aracılığıyla haneye az da olsa bir nakit girişi sağlanması,

mikro kredile ile yapılan işlerin çoğunlukla geleneksel kadın rolünün sağladığı bilgi ve becerilere dayanıyor olsa da iş yapma/yapabilme fikrini yaratması, bunun eşi veya çevresi için daha normalleşmesi açılarından sağladığı olumluluklar göz ardı edilemez.

Mikro kredilerin olumlu ve dezavantajlı yanları değerlendirilerek, planlı, katılımcı, kadınlarda nitelik artışı sağlayacak ve dayanışma ruhunu geliştirecek, cinsiyet eşitsizliğini azaltacak bir kredilendirme modeli geliştirilebilir.

Bu çerçevede;

- Kadınlar için, eşitlikçi, kalıcı, niteliklerini artırıcı çalışma koşulları talep etmekten vazgeçmeden;
- Belediyeler, kaymakamlıklar veya diğer meslek kuruluşlarının da katılımıyla;
- Öncelikli iş ve meslek alanları belirleyerek,
- Belirli mesleki eğitimler, hesap bilgisi, pazarlama, ortak iktisadi ortaklıklar (örneğin kooperatifleşme) eğitimleri verilerek,
- Kefil-teminat gerekmeksizin bir kredilendirme mekanizması oluşturulması,
- Kredinin verilme, tahsilat vb. süreçlerin kullanıcıları rencide etmeyen ilişkilerle gerçekleştirilmesi,
- Müteselsil kefaletin grubu oluşturan diğer kadınlarda oluşturduğu stres ve baskının ortadan kaldırılması için, kredilerin sigortalama için modeller oluşturulması düşünülebilir.

KAYNAKÇA

- 1- AÇIKALIN, Neriman, (2010), “ Toplumsal Değişim Projesi Olarak Mikro Kredi Uygulaması : Mersin Örneği, Uluslararası Yoksullukla Mücadele Stratejileri Sempozyumu: Deneyimler ve Yeni Fikirler, 13-15 Ekim 2010, TC Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, İstanbul.
- 2- ANSAL, Hacer, (1997), Teknoloji ve İşçi Sınıfında Değişim, Toplumsal Araştırmalar Vakfı, Panel Dizisi, Alan Yayıncılık, İstanbul.
- 3- FİLİZ, Yeliz, (2011), Esnek <çalışma Biçimlerinin Kadın İstihdamına Etkileri : Avrupa Birliği İstihdam Politikaları ve Türkiye Karşılaştırması, Uzmanlık Tezi, TC. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü.
- 4- HARVEY, David, (1997), Postmodernliğin Durumu, Çev. Sungur Savran, Metis Yayınları, İstanbul.
- 5- HOFMAN, Elisabeth, MARIUS-GNANAU, Kamala, (2007), “Credit for Women: A Future for Men”, , Microfinance and Gender.; New Contribution to an Old Issue, ADA Dialogue, No: 37.

- 6- İZDEŞ, Özge,(2011), “ Krizler Karşısında Kadın İstihdamının Esnekliği”. İktisat, Sayı: 514.
- 7-- KARAKOYUN, Yücel, (2007), Esnek Çalışma Yoluyla Kadınların İşgücüne Katılım Oranının ve İstihdamın Artırılması: İşkur'un Rolü, Uzmanlık Tezi, TC Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.
- 8- MAYAUX, Linda (1999), “From Access to Empowerment: Gender Issues in Micro Finance, CSD, GCO Woman's Caucus Position Paper for CSD-8.
- 9- YILGÖR, Ayşe Gül, (2000), “ Toplam Kalite Yönetiminin Özel Sektör ve Kamu Kesimi İçin Ortak Bir Model Oluşturabilme Potansiyeli”, İktisat Dergisi, Sayı: 405.
- 10- YILGÖR, Ayşe Gül (1998), “ Toplam Kalite Yönetimi ve Eğitim Sistemine Uygulanabilirliği”, Kamu Yönetiminde Kalite 1. Ulusal Kongresi, TODAİE, Bildiri Kitabı.
- 11- YİĞİTBAŞ-AKÇA, Bahar (2006), “Mucizenin Adı mikrokredi Olabilir mi?”, İktisat Dergisi, Sayı: 469.
- 12- www.tcomp.net

YOKSULLUĞUN KADIN HALİ / KADIN YOKSULLUĞUNUN HALLİ

Bediz Yılmaz

Mersin Üniv. İİBF Kamu Yönetimi Bölümü

Bildirimizin temelinde şu önerme yatmaktadır: bireyselliğin öne çıktığı günümüz neoliberal düzeninde, genel olarak yoksulluk, özel olarak ise “kadın yoksulluğu”nun çözülmesine dair atılacak adımların bireysel iyileştirmeye yönelik düzenlemelerin ötesinde, kolektivizme dönük düzenlemeler ve faaliyetleri de daha büyük ölçüde kapsaması bir zorunluluktur. Bu önermemizi bildirin ilerleyen bölümlerinde detaylandırmak üzere öncelikle yoksulluk ve dışlanmaya dair kavramsal bir zemin hazırlayacak, ardından kadın yoksulluğunun özgün nitelikleri, bunu besleyen en önemli faktörlerden olan göç konularını başlıklar halinde tartışacağız.

Yoksulluk nedir?

Yoksulluğa ilişkin, meselenin farklı boyutlarına odaklanan çeşitli tanımlar geliştirilmiştir. Bunlardan, iktisatçıların ağırlıklı olarak üzerinde durduğu mutlak yoksulluk, açlık sınırında yaşam sürdürülmesini, görelî yoksulluk ise belli bir toplumda ki yaşam standartları çerçevesinde, gıdanın yanı sıra çeşitli ihtiyaçların (giyecek, ulaşım, kira, yakacak gibi) elde edilmesi sınırını dikkate alır. Yaygın kabul gören bir diğer tanım da, toplumdaki medyan gelirin % 60'ının altında kalan nüfusu yoksulluk içerisinde kabul eden tanımdır, ki buna göre Türkiye’de % 24’lük bir kesim yoksulluk sınırının altında kalmaktadır.

Gelire odaklanan bu yaklaşımların yeterliliği uzun süredir sorgulanmaktadır; zira yoksulluk denilen olguyu sadece gelir eksikliği düzleminde ele almak, olgunun barındırdığı farklı boyutları gözden kaçırmaya yol açabilmektedir. İnsanı, bütüncül bir varlık olarak ele almak gerekliliğini kabul ettiğimizde, yoksulluğu da salt gelirle ilişkili bir mesele gibi algılamamızın eksikliği anlaşılır. Bu eksikliğe dikkat çeken önde gelen sosyal bilimcilerden biri olan Amartya Sen, yoksulluk içindeki insanı tanımlarken, “çeşitli yetilerden mahrum olma”, “yapabilirlikten mahrum olma” ifadelerine yer verir. Bu açıdan bakıldığında, yoksulluk bireyi ekonomik olarak geride bırakan bir olgu olduğu gibi, aynı zamanda da toplumsal hayatın tüm diğer alanlarında da eksik ve geride, hatta dışarıda bırakan bir olgudur. Damgalanma, tanınma ve saygınlık ihtiyacının karşılanmaması, geleceğe (özellikle de gelecek kuşakların geleceğine) dair umutsuzluk... yoksulluğa dair bireylerin deneyimledikleri olumsuzlukların sadece birkaçıdır.

Bu bakış açısıyla ele alındığında yoksulluğu tüm veçheleriyle kavramak için ‘dışlanma’ kavramı uygun bir analitik araç gibi gözükmektedir. Zira bu kavram sayesinde bireylerin (veya hanelerin) yoksulluk durumları çokboyutlu bir mahrumiyet ve mağduriyet matrisi çerçevesinde çözümlenebilir.

Zorunlu göçle köylerinden kopup Tarlabası’nda yaşayan hanelerle gerçekleştirmiş olduğumuz bir saha araştırmasında, dışlanmanın boyutları şu şekilde gözlenmiştir:

- Ekonomik boyut: gelir yoksulluğu; işsizlik; sadece enformel/illegal işlerin erişilebilir olması
- Sosyal boyut: eğitim ve sağlık hizmetlerine erişim
- Siyasi boyut: siyasi parti veya sivil toplum mecralarında “ses” çıkarmama ve sesini dinletebilme gücünün zayıflığı
- Mekansal boyut: ayrışma, yoğunlaşma (gettolaşma), izolasyon
- Söylemsel/sembolik boyut: damgalama; etiketleme (Roman=hırsız; Kürt=terörist; Afrikalı=uyuşturucu satıcısı...)

Dışlanma, yoksulluğu bireysel değil toplumsal bir mesele olarak ele almaya olanak sağlar. Kişinin hangi grubun içine doğduğu yoksulluk açısından belirleyici bir etmendir ve içinde bulunduğumuz toplumsal yapıda yoksulluk artık geçici, kişinin beceriksizliğine veya tembelliğine bağlı ve istisnai değil, tersine kuşaklar arasında aktarılan, kalıcı ve yapısal bir gerçekliktir ve ekonomik büyüme ve istihdam artışını sağlama gibi “çözüm”ler yoksulluğu hafifletmekte ileri sürüldüğü kadar etkili değildir.

Yoksulluğa ilişkin sıklıkla gözden kaçabilen bir diğer unsur da aynı hane içerisinde farklı yoksulluk deneyimleri yaşanabileceğidir. Yoksulluğu hane düzeyinde ve gelirle ilişkili olarak ele almak, aynı hanede yaşayan farklı statüdeki bireylerin bundan nasıl etkilendiğini göremeyen bir çözümlenmeye yol açar. Bu açıdan en sık vurgulanan, “çocuk yoksulluğu”dur. Bunun unsurları şunlardır: eğitim hakkından mahrum kalma, çocuk işçiliği, riskli işlerde çalışma, geleceksizlik...

Kadın yoksulluğu

Bildiri konusu açısından, hane içindeki farklı yoksulluk deneyimlerinden kadın yoksulluğu üzerinde duracağız. Bu konuda dile getirmek istediğimiz temel savlarımız şunlardır:

Yoksulluk kadına yeniden üretim için harcanan ev içi emek anlamında daha fazla yük bindiriyor;

Kadın yoksullaşma durumunda ilk olarak kendi harcamalarından kısıyor;

Çocukların beslenmesinde sıkıntı olduğunda kadın bunu tamamen kendi suçu gibi algılıyor;

Haneye giren gelirden kadının aldığı pay her zaman daha düşük;

Yoksulluk kadınların daha fazla eve kapanmasına, hanede daha fazla şiddet uygulanmasına yol açıyor;

Yardım arayışına kadın gidiyor; zira erkek bunu bir izzetinefis meselesi yapıyor;

Kadınlar çok daha kötü işlere razı olmak zorunda kalıyor;

Eğitimden ilk kopanlar hanedeki kız çocukları oluyor (haneîçi üretim ve yeniden üretimin yükünü annelerle paylaşmak için bilhassa büyük kızlar; erkek çocuklara göre ikincil planda kaldıkları için de küçük kızlar);

“Zenginlik erkeğin, yoksulluk kadının idaresine bırakılıyor.” (Bora, 2002).

Kadınlar için yeniden üretim ile üretim, kamusal alan ile özel alan içiçe geçmiştir. Yoksul kadınlar hane-içi görevleri ile ekonomik etkinliklerini birlikte yürütürler ve hem çocuk doğurmak, ona bakmak ve gıda sağlamak, hem de haneye gelir getirmekten sorumludurlar. (Ayşen Candaş, TEPAV)

Toplumsal ve siyasal gelişmişlik (sosyal devlet ve demokrasi) ile ekonomik büyümeyle yaratılan zenginliğin adil şekilde yeniden dağılımını öngören Keynesyen politikaların sosyal korunma mekanizmalarının önemli bölümü 1970lerin ikinci yarısından itibaren baskı altına girmiştir. Bu baskılar şunlardır (Buğra & Keyder, 2007):

- Fordist üretimden esnek üretime geçiş
- Ekonomik etkinliğin üçüncü aşamasına geçiş (*tertiarization*) ve sanayi-sonrası toplumların ortaya çıkışı
- Küreselleşme
- Yaş gruplarını ve aile türlerini etkileyen demografik baskı

Göç-Zorunlu göç

Daha önce belirttiğimiz gibi, kadın yoksulluğuna ilişkin gözlemlerimizi belirli bir saha çalışması çerçevesinde (Tarlabaşı) kavramsallaştırdığımız için, vurguladığımız ve bundan sonra vurgulayacağımız unsurlar bu spesifik örnekle ilintilidir. Bu örneğin belirgin yanı, hanehalklarının zorunlu göçle köylerinden koparak metropolün bir çöküntü bölgesine yerleşmiş olmaları ve hem göçün istem dışı niteliği, hem ekonomik bağlam açısından göçün daha önceki iç göç dalgalarıyla aynı koşullardan yararlanamamaları, hem de göç edenlerin siyasi bağlam nedeniyle çokboyutlu bir dışlanma ile karşı karşıya kalmaları dikkate alınması gereken öğelerdir.

Zorunlu göçün genel olarak sonuçları:

maddi ve manevi anlamda hiç bir hazırlık olmaksızın kente göç ve yerleşme, köyle tüm ilişkisinin kopması (köyden yaşamsal desteğin gelmemesi), çocuk ve yaşlıları da içeren kitlesel göç (bağımlı nüfusun artışı), geçmiş tüm bilgi ve becerilerin geçersizleşmesi, şehir hayatıyla tedrici bütünleşmeye vakit bırakmayan ani

göç ve politik olarak etiketlenme (Kürt eşittir terörist), enformel işler-enformel konutlar...

Kadınlar açısından sonuçları:

yalıtılma, nirengilerini kaybetme, dilsiz kalma, kapıönüne indirgenen sosyallik, birleşik hanelerde yaşama zorunluluğu, kendini bir anda hane reisi konumunda bulma, gelir sağlama zorunluluğu...

Dışlanma kavramının eksik kaldığı nokta: Zayıf direnci

Dışlanma yaklaşımı geniş perspektifine rağmen resmin tümünü görmekte yetersiz kalır çünkü yoksulları pasif bir konumda algılamaya neden olur; zayıf konumda olanların bu konuma karşı nasıl dirençler geliştirdikleri, hangi mekanizmalarla ayakta kaldıklarını anlatmaz.

Buna dair çeşitli kavramsal araçlar geliştirilmiştir. Örneğin Asef Bayat, Mısır'ı anlatırken, yoksulların kendilerine dayatılan mekanizmalara karşılık geliştirdikleri pasif direnç mekanizmalarını "sessiz tecavüz" terimiyle kavramsallaştırmıştır. Burada vurgulanan, açık bir direniş yerine, sessiz bir şekilde yasal boşluklardan yararlanma, dayatılan işlevişlerin akışını bozma ve kendi lehine çevirmedir. Partha Chatterjee de başka bir siyasallaşma türü olarak dile getirir bunu; yöntemleri ise hukuk ihlali, yasal olan ile olmayan, formel ile enformel arasındaki sınırın ihlalidir.

Bu mantık çizgisinden hareket ettiğimizde, yapısal dayatmalara hiçbir şekilde direnç gösteremeyen edilgen ve mağdur yoksullar/dışlanmışlar bakış açısı ile özneye muazzam bir hareket alanı tanıyan bakış açısı arasında bir tercih yapmak yerine, yapı ile özneyi birlikte ele almayı mümkün kılan, yapısal unsurların belirleyiciliğini teslim etmekle birlikte, öznenin de devrimsel atılımlarla değilse de belli bir hareket alanı içinde pekala yapıya direnç gösterebileceği bir yaklaşımı benimseyebiliriz. Bourdieu sosyolojisi, yapıya da özneye de belli bir belirleme gücü tanıyan kavramsallaştırması aracılığıyla bize bu tür bir yaklaşım imkanını sunar.

Hane ihtiyaçlarının giderilme yöntemleri ve kaynaklar

Mingione'den (1991) ilhamla Tarlabası'nda yaşayan zorunlu göç mağdurlarının hayatta kalma stratejilerine eğilerek, hanelerin temel geçim ihtiyaçlarını ve bunları karşılama yöntemlerini inceledik. Burada amacımız yoksul bir hanenin ihtiyaçlarını karşılarken ne kadar fazla çeşitlilik arzeden bir yelpazede hareket ettiğini görebilmektir. Gerçekten de, haneler, ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla, parayla tedarik etme eyleminin çok ötesinde bir eylemlilik içerisine giriyorlar ve bu da onların kentsel ortamda hayatta kalma stratejileri açısından hayati bir önem taşıyor.

Aşağıdaki tablonun ilk sütununda bir hanenin temel geçim ihtiyaçlarını, ikinci sütunda ise bunların karşılanma yöntemlerini sıralamaya çalıştık. Burada (P) Para ekonomisi içerisinde tedarik etme, (E) Enformel yollarla tedarik etme (para ekonomisi içinde ve dışında olabilir; ancak formel nitelikte değildir); (D) Evsel veya kişisel yollarla tedarik etme, yani evde üretme veya malların değiş tokuşu;

(Y) ise kamusal veya özel yardımlar aracılığıyla tedarik etme anlamına gelir. Dikkat edileceği gibi, ihtiyaçların çoğu için para ekonomisi dışında bir karşılama yönteminin de varlığından bahsedilebilir.

Temel geçim ihtiyaçları ve bunları karşılama yöntemleri

| | <i>Evin İhtiyaçları (parasal olan ve olmayan)</i> | <i>Karşılama Yöntemi</i> |
|------------------|---|--|
| BARINMA | Kira ve mülkiyet Mobilya Cihazlar, eşyalar Temizlik Elektrik Su Isınma | P/E E/ D/Y E/Y/P D E/P E/P D |
| BESLENME | Gıda maliyeti Temizlik/hazırlama/pişirme Satın alma faaliyetleri Tüpgaz | E/D/Y/P D/Y D/Y P |
| GIYINME | Satın alma faaliyetleri Tamir | P/Y D |
| ULAŞIM | Özel Toplu ulaşım araçları | P P |
| SAĞLIK | Tıbbi bakım İlaçlar Profesyonel olmayan bakım | Y/P Y/P D/E |
| DİĞER İHTİYAÇLAR | Dinlenme, Kültür, Bilgi edinme Okul gereçleri Okul bağışları Çocuk ve yaşlı bakımı | E E/Y P D |

İkinci tablomuz, hanelerin hayatta kalma stratejilerinin bir parçası olarak ihtiyaçlarını gidermek amacıyla yararlandıkları kaynaklara ilişkindir. Bu kaynakların içsel ve dışsal olarak ikiye ayrılması, ihtiyaçların giderilmesinde hanelerin yarattıkları kaynakların çeşitliliğine delalet etmenin yanı sıra, bildirinin ilerisinde öne

süreçeğimiz kamusal ve kolektif kaynakların yoksul hanelerin yaşam stratejilerindeki önemine dair savımıza da temel teşkil eder.

Kadınların buradaki ağırlıklı rolüne dikkat çekmek isteriz. Konuyla ilişkili çalışmalar yürütenler açısından sürpriz olmayan bir biçimde, kadınlar, hane ihtiyaçlarının giderilmesinde ve kaynaklar yaratılmasında hanenin tüm diğer bireylerine göre çok daha aktif ve yaratıcı olmak durumundadırlar. Bunun, maddi kaynak edinme amacıyla çeşitli hane içi ve dışı işler yapmanın çok ötesinde bir kaynak yaratma hali olduğunu belirtmeye bile gerek yok, zira kadınlar hem maddi kaynak amacıyla çalışma açısından, hem de tüm diğer açılardan (yardımlara ulaşmaya çalışma, enformel üretimi gerçekleştirme, parasız edinilebilecek kaynaklardan yararlanma hatta yaratma vb.) yoksul hanenin maddi yetersizliğini başka yönlerden telafi etmeye çalışan bireyler olarak sonsuz bir çabanın içindedirler.

Hayatta kalmaya yönelik kaynakların sınıflaması

| | <i>'İçsel' : Hanelerin kendileri tarafından üretilen</i> | <i>'Dışsal' : Devlet, akrabalar, arkadaşlar, komşular veya dayanışma ağları tarafından sağlanan</i> |
|---|---|--|
| Formel piyasadan elde edilen parasal kaynaklar | (1) Çeşitli formel iş imkanları | (2) Devlet tarafından sağlanan para yardımları Formel bağışlar |
| Formel piyasa dışından elde edilen parasal kaynaklar | (3) a) Enformel veya geleneksel çalışma biçimlerinin çeşitli biçimlerinden elde edilen gelir (Kısmi enformel öğeler barındıran formel faaliyetler) b) Maliye, sosyal güvence ve çalışma mevzuatını gözardı eden faaliyetler (Ek işler, kayıt-dışı işler, enformel bireysel işler) | (4) Enformel bağışlar, borçlar, indirimler, hediyeler |
| Parasal olmayan kaynaklar | (5) Evde yapılan çalışma Kendi tüketimi için üretim | (6) Devlet hizmetleri Çalışma biçiminde veya aynı bağış Kendi kendine yardım/Dayanışma |

Yoksulluğun halledilmesi

İçinde bulunduğumuz neoliberal kapitalizm döneminde yoksulluğun halledilmesi için geliştirilen mekanizmalar, Sosyal Devlet'in yaygın bir şekilde kurumsallaşmış olduğu bir önceki döneme göre farklılaşmıştır. İlk olarak, yaftalama, damgalama anlamına gelen “stigmatizasyon”dan bahsedebiliriz: yoksullar, çeşitli özellikleri çerçevesinde damgalanır; ırk, din, göçmen olma temel damgalama unsurları olmakla birlikte davranışsal özellikler doğrultusunda da yaftalar yapıstırılır (tembellik, zevk düşkünlüğü, hırsızlık, ahlaksızlık, elisıkı olmama...). “Kriminalleştirme” de benzer bir mekanizma doğrultusunda işler. Sistem içinde uyumsuz kalan unsurlar, hem kriminal/illegal işlerle daha fazla iştiğal eder, hem de bunun çok daha fazlası bir oranda kriminal unsurlar olarak hedef gösterilirler. Bunun bir adım ilerisi Loïc Wacquant'ın dikkat çektiği, “hapishaneye tıkma” olur. Wacquant, ABD'deki hapishanelerde oransal olarak siyahların ve Latin Amerika göçmenlerinin çokluğuna dikkat çekerek, sistemin eskiden gettolara tıktığı ve ucuz işgücü rezervi olarak kullandığı yoksul kesimleri hapishanelere tıktığını gösteriyor.

Bir diğer mekanizma da “kentsel ayrışma/yoğunlaşma”dır. Yoksul ve dışlanmış kesimlerin kentin içinde veya dışında çöküntü veya varoş mahallelerinde yoğunlaşmış bir şekilde yaşamaları alışılmadık bir durum olmamakla beraber, son dönemlerde zenginlerin de giderek kendi içlerine kapalı, güvenli, duvarlı, kentin yekûnundan mutlak bir şekilde ayrılmış bir halde yaşamaya başlamaları yeni bir duruma işaret eder.

Sosyal Devlet

Gelir dağılımında adaleti sağlamak yoksulluğun etkilerinin azaltılması açısından şüphesiz çok önemlidir. Ancak, yoksullara daha fazla alım gücü sağlamanın yanısıra, ekonomi-dışı bir alan da yaratılmazsa sadece gelir artışı çabaları çok-boyutlu dışlanmanın azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılması açısından yeterli olmuyor.

Yoksulluğun kadın halinin halli hedeflendiğinde gelir artışının ötesinde bir alan yaratmak daha etkili; çünkü kadın hanenin gelir artışından birebir etkilenmeye-biliyor:

Kamusallık

Kolektivite

Kamusal alanların yaratılması

“Dekomodifikasyon”: metasızlaştırma

Üretim sürecinde ortaya çıkan sınıfsal eşitsizlikleri bir yandan derinleştiren öte yandan yaydığı ideolojik salgıyla bu eşitsizlikleri “her birimizin eşit katılımcısı olduğu bir oyun” kurgusuyla meşrulaştıran piyasanın hakimiyet alanını sınırlamak, onun herşeyi metalaştırarak içine alan işleyişi karşısında, metasızlaşmış

alanları genişletmek, dayanışmacı-eşitlikçi pratikler, kurumlar, kültürel örüntüleri yaratmak esas amaçtır. (Sosyal Haklar Hareketi)

“Refah devleti” terimi yanıltıcı olabilir, çünkü üzerinde çalışılan konu daha geniş bir refah üretimi ve dağıtım paketidir. Bu nedenle, “refah rejimleri” terimi tercih edilir. Bir refah rejimi, refahın **devlet, piyasa ve aile** arasında karşılıklı bağımlılık içinde ve birleşik şekilde üretilme ve paylaşılma yöntemi olarak tanımlanabilir. Liberal refah devleti, bireysel kendi kendine yardım ve piyasa kazançlarına müdahale etmemek için, bütün vatandaşlarına görece olarak düşük düz oranlı yararlar sunmakta, dolayısıyla, dekomodifikasyon düzeyi (sosyal gereksinimlerin, örneğin devlet gibi piyasa dışı kurumlar tarafından sağlanabilmesi) düşük bulunmaktadır. Muhafazakar refah devletleri ise orta düzeyde bir dekomodifikasyon düzeyine sahiptir. Bu devletler, değişik mesleki ya da sosyal gruplara, büyük oranda istihdam ve katkıya dayalı geniş sosyal transfer ödemeleri sağlamaktadır. Sosyal Demokratik işçi hareketleri (diğer sosyal gruplarla, özellikle çiftçilerle birlikte), tüm vatandaşlara evrensel sosyal yararlar ve geniş kamu hizmetleri sağlayan evrensel İskandinav refah devletlerini doğurmuştur. “Evrensel” ve “yeniden dağıtıcı” bir refah devleti anlayışını ön planda tutmaktadır.

Refah Rejimi Türleri

| Rejim | “Liberal” | “Muhafazakar” | “Sosyal Demokrat” |
|--|------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Önde gelen örnekleri | ABD, İngiltere | Kıta Avrupası | İskandinav ülkeleri |
| Felsefi temeli | Klasik liberalizm | Muhafazakar sosyal politika | Sosyalizm / Marksizm |
| Dekomodifikasyon düzeyi | Düşük | Orta | Yüksek |
| Sosyal haklar | Gereksinim temelli | Katkıya dayalı | Evrensel |
| Refah önlemleri | Karma hizmetler | Transfer ödemeleri | Kamu hizmetleri |
| Haklar | Düz oranlı ödemeler | Katkıya dayalı | Yeniden dağıtıcı |
| Sosyal politika sağlayan kurumlar | Piyasa (kalıntısalsal) | Devlet (mesleksel) | Devlet (evrensel) |

Konumuz itibarıyla üzerinde daha ağırlıklı olarak durmak istediğimiz sosyal demokrat refah rejimi, sosyal hakların kurumsallaştığı ve bu hakların sağlanmasında devletin büyük rol oynadığı bir toplum modeli olup Kıta Avrupası refah rejiminden farklı olarak, hakların korporatif olmaktan ziyade evrensel olduğu ve statü farklılığına dayanmadığı bir modeldir. Bu modelde:

- Gelirin yeniden dağıtımı ve herkese gelir güvencesi sağlama üzerinde yoğunlaşılır.
- Toplam istihdam düzeyi yüksektir; devletin öncelikli sosyal politikalarının başında tam istihdam politikaları gelmektedir.
- Refah devleti uygulamalarının odağı iş piyasalarıdır.
- İstihdam genişletici refah devleti modelidir ve bu amaçla istihdam içinde kamu istihdamı, OECD ülkeleri ortalamasının iki katıdır.
- Kadınların işgücüne katılma oranları yüksektir
- Cinsiyet eşitsizliği ile sosyal hizmetler ve ücretli izin uygulamaları ile mücadele edilir.

“Yoksul varoş”, “kadınların yoksun varoluşu”yla eşanlamlı olmak zorunda değil

| | İçsel dinamiklerle | Dışsal müdahaleyle |
|-------------------------|--|---|
| Kamusal alan | Tandırlar, mahalle meclisleri, sosyal amaçlı semt dernekleri, kooperatifler, kolektif inisyatifler | Mahalle kreşleri, çamaşırhaneler, etüt evleri, sosyal merkezler |
| Ekonomik (gelir) | Piyasaya enformel üretim | Nakdi yardımlar (ör. ŞNT) |
| Ekonomi-dışı | Hane tüketimi amaçlı üretim | Aynı yardımlar |

Umut verici örnekler: Dayanışmacı bir bakış açısı

Neoliberal kapitalizm özneliğin ve bireyselliğin doruğa çıktığı bir dönemse, yoksulların mekanlarında ekonomi-dışı alternatiflerin geliştirilmesiyle ancak farklı bir yol açılabilir. Ve eğer 20. yüzyıl bireyselleşmenin zaferinin çağı idiyse, 21. yüzyılın artık diğerkâmlığın ve dayanışmanın çağı olması gerekir; zira toplumsal ve ekonomik hiçbir sorunun çözümüne daha fazla bireyselleşmeyle ulaşamadığımız, ekolojik felakete ve mutsuzluğa da yine bireyselleşme ideolojisi nedeniyle sürüklediğimiz ortada.

Kentin alabildiğine ayrılmış unsurları nasıl birbirine tutturulabilir; ayrı ayrı kendi aralarında dayanışan/sosyalleşen gruplar nasıl önce birbirlerini anlar hale daha sonra da birbirleriyle de dayanışır hale gelebilir? Umut verici bazı örnekler vermek mümkün:

Diyarbakır Çamaşırhaneleri: kreş, tandır evi, sosyal merkez

BDP belediyeleri: kadın danışma merkezleri, etüt merkezleri, cinsiyet özgürlükçü belediyecilik

Tunceli: sadece kadınların çalıştığı kadın fırını, sadece kadınların ürettikleri malların satıldığı pazaryerleri, kütüphane

AKP belediyeleri: semt konakları

Venezüela: gelir dağılımında uçurumun kapanmasına yönelik çabalar, sosyal harcamalarda artış, mahalle meclisleri, yerel sorunlara yerel çözüm üretme kapasitesi, kooperatif yoluyla üretme, tüketme, örgütlenme modeli (kırsal ve kent sel alanda)

Barrio kadınları: Meksika, Ekvator gibi Latin Amerika ülkelerindeki gecekondulu mahallelerinde kadınlar kendi örgütlenmelerini yaratarak iki şeyi hedeflediler: Barrio yaşam koşullarının iyileştirilmesi; temiz su, kreş, okullar, sağlık merkezleri, pazaryerleri kurulması; kadın hakları konusunda bilinçlenme, kadınların gündelik yaşamlarının ve kadınlık konumunun iyileştirilmesi...

Sonsöz

'Bireyciliğin dönüşü' denen, refah devletinin felsefi temellerini ve (endüstriyel kazalara, hastalıklara veya yoksulluğa karşı) kolektif sorumluluk kavramını (ki, toplumsal ve sosyolojik düşüncenin temel bir başarısıdır bu kavram) ortadan kaldırmaya meyleden bir süreçten geçmekteyiz. Bireye dönüş aynı zamanda, kendi talihsizliğinin tek sorumlusu ilân edilen 'kurbanı suçlamayı' ve 'kendi işini kendin gör' vaazının verilmesini de mümkün kılar. Tüm bunlar, durmaksızın tekrarlanan, şirketler için maliyetlerin düşürülmesi ihtiyacı ile gerekçelendirilir.

Oysa, bir *Outopia* (varolmayan yer) olarak değil, *Eutopia* (en mükemmel yer) olarak sosyal devleti tanımlamalıyız. Ayrım olmadan herkesin, piyasa kuralları haricinde erişebileceği kamusal hizmetlerin ötesinde, eşitlik ve özgürlüğün mutlak anlamda sağlanabilmesi için devletin yeniden dağıtımcı işlevini yeniden üstlenmesi ve bunun kolektif inisiyatiflerle desteklendiği bir model, insanlığı içinde boğulmakta olduğu bireycilik kuyusunun mutsuzluğundan kurtarabilir.

KAYNAKÇA

ADAMAN Fikret, Çağlar KEYDER (2006) *Türkiye'de Büyükşehirlerin Varoşlarında Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma* içinde, Avrupa Komisyonu, Sosyal Dışlanma ile Mücadelede Mahalli Topluluk Eylem Programı 2002-2006.

BORA Aksu (2002) "Kadınlar ve Hane", *Yoksulluk Halleri* içinde. (Der. Necmi Erdoğan) WALD Yayınları.

CANDAŞ Ayşen (2010) *Türkiye'de Eşitsizlikler: Kalıcı Eşitsizliklere Genel Bir Bakış*, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu.

UYAN SEMERCI Pınar, Serra MÜDERRISOĞLU (2012) *Eşitsiz Bir Toplumda Çocukluk: Çocuğun "İyi Olma Hali"ni Anlamak İstanbul Örneği*, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları,

YILMAZ Bediz (2008a) “Entrapped in Multidimensional Exclusion: Perpetuation of Poverty among Conflict-Induced Migrants in an Istanbul Neighborhood”, *New Perspectives on Turkey*, Sayı 38, Bahar, 205-234.

YILMAZ Bediz (2008b) “Türkiye’de Sınıf-altı: Nöbetleşe Yoksulluktan Müebbet Yoksulluğa”, *Toplum ve Bilim*, Yaz, Sayı 113, 127-145.

SAĞLIKTA KADIN EMEĞİ AÇISINDAN REFAKATÇİLİK VE REFAKATÇİLERİN SAĞLIĞI

Dr. Müge Yetener*, **Yard. Doç. Dr. Yasemin Özgün****

**Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı, **Anadolu Üniv. İletişim Fakültesi*

Tüm dünyada bakım hizmeti kadınların emeği ile karşılanır. Bakım hizmeti ücretli bir işte çalışsın ya da çalışmasın, kadınların doğallaştırılmış görevlerinden sayılmaktadır. Bakım emeğinin içeriğini; temel ihtiyaçlarını gidermek için başkalarına ihtiyacı olan insanların beslenme, temizlik vb. ihtiyaçlarının karşılanması oluşturur. Çocuklar dışında yaşlılar, hastalar ve engelliler bu durumdadır. Hasta bakımı ise bu emeğin hem fiziksel, hem duygusal yükünü içerir¹

Evde ve hastanede hasta bakımı kadınların “doğallaştırılmış” görevleri içindedir. Kadınların hastanedeki bakım emekleri refakatçilik adı altında devam etmektedir.

Çalışmanın amacı;

Ankara ve Eskişehir’de üniversite ve devlet hastanesinde uzun süreli yatan hastaların refakatçileriyle yüz yüze görüşmelerle yapılan bu çalışma; refakatçiliğin sağlık hizmetleri içindeki yerini açığa çıkarmayı, varlıkları çoğu kez doğal karşılanan, kadınların bakım emeklerinin uzantısı olarak evdeki bakım görevleri ile hemşirelerin sorumlulukları arasındaki görünmeyen varoluşları üzerinde düşünmeyi, refakatçilerin sağlığına dikkat çekmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem;

Ankara ve Eskişehir’deki 3 hastanede uzun süreli yatmak zorunda olan hastaların refakatçileri ile yüz yüze görüşmeler yapıldı. Görüşmeler refakatçilerin izniyle kayıt altına alındı, çözümlendi, daha sonra kayıtlar imha edildi. Görüşmeler sırasında refakatçilerin hasta bakımı ile duyguları, refakatçi olmanın anlamı, zorlukları, bu zorluklarla başa çıkma yöntemleri üzerine serbest söyleşiye izin verildi.

Toplam 75 kişi ile görüşüldü. Bunların 63’ü kadın, 12’si erkekti. Kadınların yaş ortalamaları 45, erkeklerin yaş ortalamaları 42 idi. Kadınlardan 47’si ev kadını idi.

¹ Yaman Öztürk, M (2011) “Sosyal Güvenlik Sisteminde Kadının Konumu”, *İktisat Dergisi*, 514: 89-96.

Hastalanma ve hastaneye yatma; ağrı vb. sorunlar, hastalık hakkında bilinmezlikler içeren ve hastanın önceki hayatını kesintiye uğratan bir deneyim olduğu için stresli bir yaşantıdır. Bu durumda yakın çevrenin desteği bireyin tedaviye ve yeni duruma uyumunda, kaygı ve depresyon duygularını azaltmada önemli rol oynar.

Refakatçiler, hastanede özellikle uzun süreli yatmak zorunda kalan hastaların hastanedeki 'hasta kimlikleriyle' gerçek dünyadaki kimlikleri arasında bağ kuran kişilerdir². 1983 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 62. maddesi hastanın yanında refakatçi bulunmasını, hastanenin ve hekimin ihtiyacına bağlarken, 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği'nde bu bir 'hasta hakkı' olarak kabul edilmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde ise refakatçi için "muayene ve tedavi sırasında yardımcı olmak üzere" denmektedir. Hastanede yatan bir hastaya yapılacak yardımın niteliği göz önüne alındığında bu konuda hiçbir eğitimi olmayan refakatçilerden ne tür bir yardım beklendiği son derece müphemdir.

Refakatçiler özel bir kimlik taşırlar, özel oda dışında refakatçi için yatak verilme zorunluluğu yoktur. Sürekli refakatçi için yemek verilir. Refakatçiler hastalara bakmak ve kurallara uymakla yükümlüdürler. Ayrıca hastane yemeklerini ücret karşılığı almak zorundalar. Refakatçilere hizmet verilmez³

"Aslında mesaimiz 24 saat devam ediyor. Hiç uyumadığım günler çok oluyor. Hastam bozulan sifon nedeniyle uyuyamadığı için akan sifonu tamir ettirmek de benim işim oluyor. Ama hiç kişisel hakkım yok..."

Refakatçiler bir yandan hastanede yatan hastanın bakım ve tedavisi için gerekli görülürken, öte yandan kimi zaman 'bir eşya', kimi zaman da 'fazlalık ve problem' olarak algılanmakta, çoğunlukla da 'görünmez' konumda bulunmaktadır.

"Ancak işe yarayacağım zaman fark ediliyorum. Diğer zamanlar odadaki bir eşya gibi hissediyorum. Doktorlar vizite geldiğinde hem kalıp bilgi almak istiyorum, hem de fazlalık olarak görülmekten korkuyorum."

Refakatçilik adıyla hastanelerde devam eden bakım emeği de büyük çoğunlukla ailedeki kadınlar tarafından karşılanmaktadır. Yakın çevre desteğinin bulunmadığı durumlarda bu görevi eğitilmiş olan/ olmayan ücretli profesyonel refakatçiler yerine getirmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda refakatçilerin % 78,3, % 79,

² Meriç, M. (2006) "Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde Refakatçilik Hizmetlerinin Konumu", 2006 Eylül, Yüksek Lisans Tezi.

³ Meriç, M. (2006), age.

%75,7, % 81,3, % 66,7, % 81,7, % 74, oranında kadın olduğu görülmüştür⁴. Bizim yaptığımız yüz yüze görüşmelerin % 84'ünü kadınlar oluşturmaktaydı.

Halen erkek egemenliğinin izlerini taşıyan tıbbi hiyerarşide hastanelerin 'aile yapısında' örgütlendikleri düşünülebilir. Hemşireler karar mekanizmalarının en altında bulunurlar. En üstte ise otoriteyi temsilen hekim /erkek hekim bulunmaktadır. İyi kadın, iyi hemşire ise koruyan, temizleyen, bakım veren ancak görünmeyen ve bağımsız davranamayıdır. Tedavi hekimlere, bakım da hemşirelere özgü bir görev olarak tanımlanmış, bakım ve tedavinin birbirini tamamlayan hizmetler olduğu söylenebilir de, tıptaki cinsiyetçi iş bölümü nedeniyle eşit önemde görülmeyen kavramlar olarak varlıklarını sürdürmüşlerdir⁵.

“Doktorlardan bilgi almak çok zor oluyor. Hastalıkla ilgili aydınlatmıyorlar. Sanki bizi küçümseyip anlamayacağımızı düşünüyorlar. Hastamızın başına neler geleceğini biz de bilmiyoruz ve çok kaygılanıyoruz. Ancak aynı hastalıktan yatan diğer hasta ve diğer refakatçileriyle konuşarak hastamızı neler beklediğini öğrenebiliyoruz yarım yamalak”

Bakım emeği her zaman duygusal emeği de içerir ve ölçülmesi mümkün değildir. İş/mesleklerin tarihsel ve toplumsal olarak cinsiyetlendirilmiş olmaları gerçeği, 'bakım', 'anlayış', 'dayanışma', 'sabır' gibi anne davranışlarını çağrıştıran işlerin neden kadınlar tarafından yapıldıklarını ve düşük statülü, düşük ücretli olduklarını da açıklar⁶.

Sağlık hizmetlerinde hemşire sayısının yetersizliği, hemşirelik hizmetlerinde standart bir eğitimin verilmemesi, çalışma koşullarının zorluğu, hemşirelerin görev tanımlarının belirgin olmayışı gibi nedenlerle refakatçiler hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluk alanlarındaki bazı hizmetleri üstlenmektedirler. Hastaneden hastaneye, hatta klinikten kliniğe geçişse de genellikle hastanın yanında refakatçi olması zorunlu olabilmektedir. Ulusal ve uluslararası hemşirelik kodları incelendiğinde refakatçilerden beklenen hizmetlerin aslında hemşirelerin görev ve sorumlulukları içinde olduğu görülmektedir. Türk Hemşireler Derneği'nin hemşirelik görev tanımına göre, hemşire, hasta ve ailesine bakım verme, sağlığı koruma, hastalık halinde iyileştirme, rehabilitasyon, eğitim ve danışmanlık yapmaktır.

Refakatçilerin üstlendikleri görevler; hastaya moral verme, iletişim ve hastanın fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması olarak genellenebilirse de oldukça yoğun ve

⁴ Dökmen, Y.Z. (2012) “Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler”. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2012, 3(1) DOI: 10.1501/sbeder_0000000038 .

⁵ Ançel, G.(2003) “Hemşirelik Tarihi ve Tıp İlişkilerine Feminist Bakış” içinde **Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı** cilt 1, Bursa 2003. 483-491.

⁶ Özkaplan, N. (2009). “Duygusal Emek ve Kadın İş / Erkek İş”. *Çalışma ve Toplum*. 2009. sayı 21

çeşitlilik içerdiği görülmekte, en önemli beklentinin ise sevgi, ilgi ve bakım olduğu gözlenmektedir⁷. Refakatçilerin üstlendikleri görevler şu şekilde sıralanabilir:

- Hastanın temizliği.
- İlaç içirilmesi.
- Sürgü verilmesi.
- İdrar torbasının boşaltılması.
- Hastanın içtiği ve çıkarttığı sıvı miktarını hesaplamak.
- Hastayı yürütmek.
- Yemek yedirmek.
- Hastanede bulunmayan ilaç ve malzemelerin dışarıdan temini.
- Hastaya gazete, kitap okunması.
- Hekim ve hemşirelerle görüşerek sorunları çözmek.
- Hekimin hastaya söylediklerini hatırlatmak, açıklamak, tıbbi bilgi sağlamak, hekime soru sormak.
- Yatak çarşaflarını ve giysilerini değiştirmek.
- Zamanında yapılmayan ilacı haber vermek.
- Görüntüleme yöntemlerine gidip gelirken hastaya eşlik etmek.
- Konsültasyona götürüp getirmek.
- Kan transfüzyonu için donör bulmak.
- Kan transfüzyonu kros için kan bankasına kan götürmek.
- Yatış ve taburculuk işlemlerini yapmak.
- Doğal yolla beslenemeyen hastaların besinini verilen listeye göre hazırlamak, verilen oranlarda hazırlamak, önerilen hızda vermek.

“Çarşafları aslında temizlikçilerin değiştirmesi gerekiyor. Ama çoğu zaman yoğun olduklarını söyleyip siz serin diyerek çarşafları kucaklarımıza atıyorlar. Bizim görevimiz değil diyoruz ama hastamızı düşünerek mecburen değiştiriyoruz”

Ayrıca yaptığımız görüşmelerde refakatçiler yaptıkları işleri şu biçimlerde tanımlamışlardır:

“Hastanın güvenliğini sağlamak”

⁷ Tekinsoy, P (2011) “Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Refakatçilerinin Gereksinimlerinin Saptanması”. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

“Refakatçilik geçici sağlık personeli olmak demektir”.

“Zorunlu aile içi hizmettir”

“Refakatçiliğin varoluş nedeni hemşirenin, hastabakıcının ve hatta hekimin görevini yapmaması / yapamaması veya geç yapmasıdır”.

“Refakatçi görevi olmamasına rağmen hastanenin hastası için yapmadığı işler için oradadır”.

Refakatçilerce üstlenilmiş hizmetlerin sağlık çalışanlarının sorumluluğundan çıkartılması refakatçisi olmayan hastaların bu hizmetlerden yararlanmalarını riske sokabilmektedir. Hastanın kayıp, kaygı, depresyon yaşantısını çözümlmek görevi refakatçinin değil, profesyonel bir yaklaşımın olmalıdır⁸.

“Bir amcanın refakatçisi yok. Mecburen ona da diğer refakatçiler bakıyor. Hepimiz bütün hastaların refakatçisi oluyoruz bir bakıma.”

Hasta bakımı iyi eğitimi, diğer disiplinlerle yakın işbirliğini gerektiren profesyonel bir yaklaşımken refakatçilerin üstlenmek zorunda kaldığı maddi ve duygusal yükün hem hasta hem de bakımını üstlenen kadınlar açısından haksızlık olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Yapılan araştırmalar, refakatçilerin fiziksel ve ruhsal olarak büyük bir ‘bakım yükü’ altında bulduklarını göstermektedir. Kadınlar ve erkekler bakım verme yükünü farklı şekillerde yaşamaktadırlar. Bakım veren kadınlar risk grubudurlar, daha fazla nöropsikiyatrik ve psikopatolojik belirti göstermektedirler⁹.

“Eşimin hastalığı nedeniyle işimi, çocuğumu ve evimi bırakmak zorunda kaldım. 10 aydır hastanedeyim. Eşimle birlikte hastalığın her aşamasını birlikte yaşadık, onunla birlikte ölüyorum”

Kadınlarla ilişkilendirilen bakım verme görevini üstlenen erkeklerin, erkeklik normları nedeniyle rahatsız oldukları gözlenmiş, yine de erkeklerin bakım yüküne bağlı stres ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu da bildirilmiştir. Erkeklerin, çalışma yaşamında stres yönetimi becerilerini geliştirebilmekte ve hasta ile aralarına psikolojik bir mesafe koyarak kendilerini stresten koruyabilmekte¹⁰.

Refakatçilerin büyük çoğunluğunda kişisel ilişkilerinde bozulma, depresyon, kaygı bozukluğu, hapsedilmişlik duygusu, zaman yetersizliği, çalışmada ve uyku bozukluk, yorgunluk, fiziksel ve mali açıdan zorlanma, uzun süreli plan yapamama, duygusal uyumsuzluk gözlenmektedir¹¹. Büyük bir bölümü hastanede iç sıkıntısı, huzursuzluk, sinirlilik, mutsuzluk, ağlama isteği, bıkkınlık hissettiklerini, uyku, hareket etme ve hijyen gibi gereksinimlerini karşılamakta zorlandıklarını belirtmişlerdir. Refakatçiler arasında yakınlarına bakanlarda kaygı, dep-

⁸ Meriç, M. (2006), age.

⁹ Dökmen, Y.Z.(2012), age.

¹⁰ Dökmen, Y.Z.(2012), age.

¹¹ Meriç, M. (2006), age.

resyon, benlik algısı, bedensel şikâyetler, düşmanca duygular daha fazla görülmektedir¹².

Kadın refakatçilerin kendi gereksinimlerini göz ardı ettikleri gözlenmiştir. Bunun, öğrenilmiş kadınlık rolleriyle bağlantılı olduğu, kendi gereksinimlerini önemsemelerinin yaşadıkları suçluluk duygusunu arttıracakı düşünülmektedir. Literatürde de konfor gereksinimi en az önemsenen ihtiyaç olarak bulunmuştur¹³.

“Bu sürede çok zorlanmama, uykusuzluk ve sıkıntı hissi duymama rağmen ilaç kullanmayı ya da psikiyatriste gitmeyi düşünmedim, hakkım yok diye düşündüm. Benim ayakta olmam lazım”.

Hastane ortamında olmanın etkilerinden de söz edilmektedir. Hastalarının ihtiyaçlarını hastanede karşılayanlar bakım yükünü daha düşük algılamaktadırlar ve hastane bakımı evde bakımdan daha çok tercih edilmektedir.

Bir araştırmada refakatçilerin sorunları;

- Kişisel ilişkilerinde bozulma
- Depresyon, anksiyete
- Hapsedilmişlik duygusu
- Kişisel planlarında değişiklik
- Kendine ayıracak zaman yetersizliği
- Duygusal uyumsuzluk
- Çalışmada bozulma
- Yorgunluk, uykusuzluk
- Fiziksel ve mali açıdan zorlanma
- Uzun süreli plan yapamama
- Evdeki sorumlulukları yerine getirememe/getirmede zorlanma olarak dile getirilmiştir¹⁴.

Hasta yakınlarının destek, bilgi, yakınlık, güven ve rahatlık gereksinimleri olduğu; bunların önceliklerinin değişebildiği gösterilmiştir. Hasta refakatçilerinin uzun süre beklemek zorunda kaldıkları ortam koşullarının iyileştirilmesi, havalandırma, ısınma ve aydınlatmanın sağlanması, gürültünün giderilerek rahat mobilyalarla döşenmesi, yeme-içme ve sağlığa uygun koşulların sağlanmasının kaygı düzeylerinin azalmasında rol oynadığı gözlenmiştir.

“10 senedir aralıklarla hastanede yatan amcamın kızım bakıyorum. Çocuğum olmadığı için akrabalar arasında en uygun olan benim ve

¹² Meriç, M. (2006), age.

¹³ Tekinsoy, P. (2011), age, s. 53.

¹⁴ Meriç, M. (2006), age.

hep ben bakıyorum.8 kişilik odalarda kalıyor, odada 2 sandalye var, yatacak yer yok, ortam havasız. Refakatçiler arasında koridorda da oturanlar olabiliyor yer yokluğundan”

Molter tarafından yapılan çalışmada refakatçiler tarafından tanımlanan çok önemli 10 gereksinim şu şekilde sıralanmıştır (kritik bakım alanların ailelerinin gereksinim ölçeği)¹⁵:

1. Sorulara dürüst bir şekilde yanıt verilmesi
2. Hastane personelinin hastaya yeterince bakım verdiğini hissetmek
3. Açıklamaların anlaşılabilir terimlerle yapılması
4. Hastanın hastalığındaki ilerlemelerle ilgili gerçekleri bilme (durumundaki değişiklikler)
5. Prognozu bilme
6. Umut olduğunu hissetmek
7. Günde 1 kez hasta hakkında bilgi alma
8. Hastaya yakın bir yerde bekleme odası olması
9. Hastanın durumundaki değişiklikler için evden aranma
10. Hastayı sık sık görme

Bir başka araştırmada sayılan maddelere ek olarak “ölüm hakkında konuşma” da gereksinim olarak bildirilmiştir.

Sağlığın ticarileştirilmesiyle birlikte, hastanelerdeki yatış sürelerini azaltmak, uzun süreli bakımın artan maliyetinden kaçınmak amacıyla bakım hizmetlerini evde sunmak düşüncesi gündeme gelmiştir. Evde bakım 1990’lı yıllarda konuşulmaya başlanmış, 2000’lerde hız kazanmıştır. Bu alandaki ilk mevzuat Mart 2005 yılında çıkarılan ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’tir. Bu yönetmelikle özel sektörün ev bakım birimleri kurmasının önü açılmış, evde bakım bir kamu hizmeti olarak değil, parayla satın alınabilecek bir hizmet olarak düşünülmüştür. Sağlık Bakanlığı’nın bu konuda hazırladığı ikinci mevzuat; 2010 yılında çıkarılmış olan ‘Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge’dir. Yönergede evde sağlık hizmeti ; ‘çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri’ olarak tanımlanmıştır. Uygulamada sadece yatağa bağımlı hastalara bu hizmet götürülmektedir. Bu amaçla birçok ilde açılan ‘evde bakım okulları’ yoluyla ailede

¹⁵ Meriç, M. (2006), age.

hasta bakımıyla görevli kadınların eğitimi ve bakımdan sorumlu olması amaçlanmaktadır¹⁶

Sonuç;

İnsan biyo-psiko sosyal bir varlıktır. Hastaneye ve tedaviye uyum sürecinde güven, destek ve bilgi ihtiyacı içindedir. Bu süreçte hasta yakınları hastanın, 'hastane dışı kimliği' ile 'hasta kimliği' arasında bağ kurmasına, tedavi sürecine uyum sağlamasına yardımcı olurlar, hastaya moral destek verirler.

Ancak sağlık personelinin görev ve sorumluluklarının önemli bölümünün refakatçiler yoluyla ikame edildiği görülmektedir. Tüm dünyada ev-içi cinsiyetçi iş bölümü gereği bakım emeği kadınlara ait kabul edilmektedir ve bunun sonucu olarak da refakatçilik görevi büyük oranda kadınlar tarafından yerine getirilmektedir.

Tıbbi hiyerarşinin ve hastanedeki cinsiyetçi bölünmenin bir sonucu olarak da, bakım görevi hemşirelerindir. Dolayısıyla refakatçilerin, sağlık personelinin yapması gereken görev ve sorumlulukların bir bölümünü yapıyor olmalarında, sağlık personelinin, hemşirelerin sayıca az olmalarının yanı sıra refakatçilerin bunu 'kadınlık görevlerinin' bir parçası olarak yapıyor olmalarının doğal karşılanmasının payı büyüktür. Literatürde bu alanda yapılmış araştırmaların hemen tümünün hemşireler tarafından yapılmış olması, görevlerin çakışıyor olmasının olduğu kadar, bu alanın hekimlerce görünmez oluşunu da destekler niteliktedir.

Refakatçilerin sağlık personellerinin yapması gereken görevleri yapıyor olmaları, refakatçisi olmayan hastaların bu hizmete hiç ulaşamamasına neden olabilir.

Öte yandan refakatçilerin yeterli bilgi ve donanımına sahip olmaksızın birtakım tedavi sorumluluklarını üstlenmeleri hem fiziksel, hem ruhsal sağlıkları açısından riskler taşır.

Yeterince bilgileri olduğu durumlarda bile, bir hasta yakınının, sağlık personellerinin görevini üstlenerek hastasına yardımcı olmaya çalışması, ruhsal korunması açısından gerekli olan 'yabancılaşmaya' izin vermeyeceği için hastalığın sonuçları ile başa çıkması zorlaşacak, yoğun yetersizlik ve suçluluk duyguları yaşamasına neden olabilecektir.

Sağlık personelinin görev ve sorumluluklarının tanımlanması, sayıca yeterliliklerinin sağlanması, refakatçilerin sınırlarının da belirlenmesini sağlayacaktır.

- Hem bir ihtiyaca karşılık gelen, hem de 'görünmezleştirilen' refakatçilerin varlıkları kabul edilmeli, hasta odaları ve bekleme salonları refakatçilerin dinlenme ve fiziksel ihtiyaçlarını dikkate alarak düzenlenmeli;
- Hasta bakımı hastaların güven, bilgi destek gereksinimlerini göz önüne alacak şekilde profesyoneller tarafından üstlenilmeli;

¹⁶ Uçku, R. (2011). "Evde Bakım Özel Sektörün İlgisini Çeker mi?" *Toplum ve Hekim*. Cilt 26, sayı 3. Ayrıca bkz: <http://www.evdebakimokulu.org/>.

- Hem bakım veren sağlık personellerinin, hem moral destek sağlayan refakatçilerin psikolojik sağlıkları göz önünde bulundurulmalı, bunu göze-tecek ruhsal destek mekanizmaları oluşturulmalıdır.

En önemlisi cinsiyetçi iş bölümünün olmadığı ve bakım emeğinin kolektif yürütüldüğü bir toplumda, bakım emeğinin kadınlara yüklenen bir görev olmaktan çıkması, emeğin görünmezliğini ve değersizliğini de önleyecektir.

KAYNAKÇA

Ançel, G.(2003). “Hemşirelik Tarihi ve Tıp İlişkilerine Feminist Bakış” içinde **Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı** 2003, cilt 1: 483-491.

Blanes L. C. (2007. M. (2007). “Health-related Quality of Life of Primary Caregivers of Persons With Paraplegia” *Spinal Cord* . 2007, 45: 399-403.

Clark. C. P (2006). “Factor Analysis of the Revised Piper Fatigue Scale in a Caregiver Sample” *Journal of Nursing Measurement*, vol: 14, no: 2, Fall 2006.

Dökmen, Y. Z. (2012). “Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler”. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012, 3(1) DOI: 10.1501/sbeder_0000000038

Elibol, N, Doğan, S. (1997) “Hasta Refakatçilerinin Hastanede Yaptıkları Uygulamalar ve Hastane Ortamından Etkilenme Durumları”. *C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi* 19 (2): 20-21.

Elibol, N, Doğan, S. (1997). “Hasta Refakatçi Uygulaması Konusunda Hekimlerin ve Hemşirelerin Görüşleri” *C.Ü Tıp Fakültesi Dergisi* 19 (2): 81-86.

Meriç, M. (2006). “Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesinde Refakatçilik Hizmetlerinin Konumu”, 2006 Eylül, Yüksek Lisans Tezi

Özkaplan, N. (2009). “Duygusal Emek ve Kadın İşi / Erkek İşi”. *Çalışma ve Toplum* 2009: 21.

Tekinsoy, P. (2011) “Yoğun Bakım Ünitesinde Tedavi Gören Hastaların Refakatçilerinin Gereksinimlerinin Saptanması”. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD, Yüksek Lisans Tezi

Uçku, R. (2011) “Evde bakım Özel sektörün İlgisini Çeker ö-mi?” *.Toplum ve Hekim*. Cilt 26, sayı 3, 2011.

Yaman Öztürk, M. (2011) “Sosyal Güvenlik Sisteminde Kadının Konumu” , *İktisat Dergisi*, 514: 89-96.

<http://www.evdebakimokulu.org/>

SOSYAL POLİTİKA

YAŞLI BAKIM EMEĞİNE FEMİNİST SOSYAL POLİTİKADAN DOĞRU BAKMAK

Prof. Dr. Yıldız Ecevit

*Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyoloji bölümü Öğretim Üyesi Kadın Çalışmaları
Anabilim Dalı Başkanı*

Bu çalışmanın amacı, yaşlı bakımının ‘örgütlenmesinin’ ve ‘yönetilmesinin’ toplumsal cinsiyet ve sınıf ekseninde nasıl farklılaştığını göstermek ve bu farklılaşmanın feminist sosyal politika açısından ne anlama geldiğine dair çözümler yapmak.

Yaşlı bakımı, sosyal politikanın en önemli alanları arasında olmasına rağmen, paradoksal bir biçimde, politika tedbirlerinin en sınırlı alındığı alanlardan biri olma özelliğini de taşımaktadır. Türkiye’de yaşlı bakımı neredeyse tamamen aile/hane temelinde örgütlenmekte ve yönetilmektedir. Bu nedenle, bu iki kavramın, yani ‘örgütlenme’ ve ‘yönetme’ kavramlarının bu çalışma kapsamında kullanılması bilinçli bir seçimdir. Yaşlı bakımı, daha da önemlisi ‘hasta yaşlı’ bakımı için aile üyeleri arası ciddi bir örgütlenme, iş bölümü ve bakımın yönetimi için iş planı yapılmasının gerekli olduğu, bu çalışmanın birinci iddiasıdır.

Bu çalışmanın ikinci iddiası, yaşlı bakımının *sınıf ve toplumsal cinsiyet* ekseninde farklılaştığıdır. İlk olarak, yaşlı bakımının sağlandığı ailelerin sınıfsal konumları ile bakımın türü ve niteliği arasında çok güçlü bir ilişki vardır. Alt sınıflar yaşlı bakımını yönetme ve örgütlemeye azami gücünü çeken sınıflardır. Ailelerin sınıfsal konumları ‘yükseldikçe’ yaşlı bakımı için sağlanan destekler artar, ancak bakımı yönetmenin gücünü devam eder. İkincisi, yaşlı bakımını gerçekleştirenlerin, ailenin kadın üyeleri ya da ücretli kadın bakıcılar olmasıdır. Bir başka deyişle yaşlı bakımı, neredeyse tümüyle kadın emeği (karşılıksız veya ücretli) kullanımına dayanan bir bakım türüdür. Yaşlı bakımı toplumsal cinsiyet ve sınıf ekseninde farklılaşırken, *bağımlılık ve muhtaçlığın derecesi ve bakımın süresi* de bakımı etkiler.

Bu çalışmada, yukarıdaki değişkenlerin kesişmesi ile daha karmaşık hale gelen yaşlı bakımına feminist politika açısından bakılacak, aynı zamanda bu konu ile ilgili araştırma ve çözümlerinin, feminist metodoloji kullanılarak yapılmasının gereği vurgulanacak ve nedenlerine yer verilecektir.

NEOLİBERAL POLİTİKALARIN SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÇALIŞANLAR ÜZERİNE ETKİLERİ: SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN FEMİNİZASYONU

Doç. Dr. Nilay Etiler

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı

Bir toplumdaki sağlık sisteminin özelliklerinin ülkenin hatta dünyanın içinde bulunduğu siyasi atmosferle çok yakından ilişkisi olduğu pek çok kez gösterilmiştir. Kapitalizmin tarihi ile başlayan “örgütlü sağlık hizmetleri”nin tarih içindeki değişimi ve dönüşümünü de kapitalizmin geçirdiği aşamalar ile paralellik göstermektedir. İçinde bulunduğumuz neoliberal dönemde yeniden şekillenen sağlık hizmetleri, piyasa dinamiklerinin etkisi altına girerek ticarileşmiştir. Diğer yandan sağlık alanında ‘emegücü’, gelişen teknolojiye karşın yerine başka bir şeyin ikame edilemediği, vazgeçilmez ve göz ardı edilemez büyüklükte bir topluluktur. Sağlık alanının ticarileşmesiyle ortaya çıkan yeni koşullar, beklendiği gibi sağlık emek gücünü çalışma koşullarını, istihdam özelliklerini vb pek şeyi de dönüştürmüştür. Bu noktada dikkat çeken özelliklerden biri, eskiden beri kadınların yoğun olduğu bir hizmet alanı olan sağlıkta kadınların giderek daha fazla bir paya sahip olmalarıdır. Bu sunumda, Türkiye’de neoliberal reformlara paralel olarak kadın sağlık çalışanlarının payının giderek artışının gösterilmesinin ardından, bu artışın piyasalaşmış sağlık hizmetleri içindeki anlamı tartışılacaktır. Bu çalışma neoliberal politikaların sağlık çalışanları üzerine etkilerinin incelendiği genel bir çalışmanın alt başlığıdır¹.

Sağlık Hizmetlerinin Tarihine Kısa Bir Bakış

Tarihin ilk dönemlerinden beri toplumun bazı üyeleri sağaltım işini üstlenmiş olmasına karşın, sağlık hizmeti olarak adlandırabileceğimiz örgütlenmenin ortaya çıkışı kapitalizmin tarihi ile ilişkilidir. Bilindiği gibi sanayi devriminin ardından kentlere göç eden kalabalık nüfus, kentlerde sağlıksız konutlarda ve çalışma ortamlarında yaşamlarını sürdürmeye çalışırken büyük salgın hastalıklar patlak vermişti. İlk kez bu dönemde bu salgınları kontrol altına almak için devletin müdahale ettiği görülmektedir. Bu müdahalelerin dışında toplumun önemli bir kesimini oluşturan yoksulların daha çok dini kuruluşlar aracılığıyla hizmet aldıkları bilinmektedir.

Gerçek anlamda “örgütlü sağlık hizmetleri”nin ise 1945 sonrasında ortaya çıktığını görmekteyiz. Bilindiği gibi 2. Dünya Savaşı sonrasında Birleşmiş Milletler ve buna bağlı çok sayıda uluslararası örgüt kurulmuş ve bunlar bazı sosyal hakları

tanımlamışlardır. O dönemde esen sosyalizm rüzgarı sosyal refah devletini tarih sahnesine çıkarmıştır. Sermaye ve işçi sınıfı arasında düzenleyici bir rol üstlenen devlet de aralarında “sağlık hakkı” da olan pek çok sosyal hak tanımlamış, kurduğu kamucu sağlık sistemleri ile bunun altını doldurmaya çalışmıştır. Sağlığın bir vatandaşlık hakkı olarak ele alındığı bu dönem pek çok ülkede “ulusal sağlık sistemleri”nin kurulduğu, farklı biçimlerde de olsa hizmetin kamu tarafından sunulup finanse edildiği, hizmetin tüm vatandaşları kapsadığı, sağlıksızlığın toplumsal bir sorun olarak tanımlandığı bir dönem olmuştur. Bu yaklaşımın doğal bir sonucu olarak tüm sağlık çalışanları devlet memuru statüsündedir. Türkiye’de de buna paralel bir süreç yaşanmıştır.

Yine bilindiği gibi, 1970lerin ortasında kar oranlarının düşmesiyle başlayan dalma sonrasında küresel kapitalizm dönemi başlamıştır. Küreselleşme döneminde ulus-devletin siyasi otoritesi Dünya Bankası başta olmak üzere uluslararası örgütlere devredilmiştir. Bu uluslararası örgütlerin hazırladığı ve çeşitli şekillerde ulus-devletlere uygulattığı reform programları Türkiye gibi ülkelerde hükümetler aracılığıyla yaşama geçmiştir. Yeni anlayışa göre devlet, sadece eşgüdüm faaliyeti yürüten, denetleyen ve kontrol eden bir aygıt olarak tasarlanan ve serbest piyasanın kurallarına göre hareket eden ‘düzenleyici devlet’tir(1). Neoliberal devlet, değişen rolünün gereği olarak uluslararası örgütlerin önerdiği neoliberal politikaları yine onlar tarafından hazırlanmış paket programlar ile yaşama geçirmiştir. Diğer yandan ‘yerelleşme’ kavramı ile merkezi hükümetlerin pek çok işi desantralize edilerek yerel uygulayıcılara devredildi. Bu süreç aynı zamanda mülkiyetin özele devredildiği yani özelleştirmelerin yürütüldüğü bir süreçtir. Neoliberal politikaların ilk döneminde devletin küçültülmesi gerektiği (ki böylece açılan boşluğu serbest piyasa ekonomisi dolduracaktır), kamu işletmelerinin verimsiz olduğu gibi söylemlerin hakim olduğu görülmektedir. Bu dönemi Türkiye’deki sağlık hizmetleri özelinde incelediğimizde de benzer bir tablo ortaya çıkmaktadır. Türkiye’deki sağlık reformunun miladını 1986 yılında Dünya Bankası’nın sağlık sektörü ile ilgili raporunun yayınlanması olarak aldığımızda, 2000’lerin ilk yarısına kadar süren bir “kuralsızlaştırma dönemi”nden söz edilebilir (2). Sağlıktaki bu kuralsızlaştırma döneminde, bir yandan kamu sağlık kuruluşlarının desteklenmediği tam tersine bütçelerinin azaltıldığı, kamu sağlık hizmetinin kötülendiği, kamu sağlık çalışanlarının itibarsızlaştırıldığı diğer yandan da özel sağlık sektörünün çok çeşitli biçimlerde desteklendiği görülebilmektedir. Yine bu dönemde sağlık kuruluşlarının destek hizmetlerinden başlayarak hizmet satın almanın yaygınlaşmıştır.

| Dünyada sağlık hizmetlerinin dönemleri | | | |
|---|---|---|--|
| Erken Kapitalizm Dönemi | Ulus Devlet Dönemi | Küreselleşme | |
| Sanayi Sonrası Dönem | Sosyal Refah Devleti | Neoliberal Dönem | |
| | | 1. Dönem (Kuralsızlaştırma dönemi) | 2. Dönem: Neoliberal politikaların uygulanması |
| <ul style="list-style-type: none">•Sağlık yoksulların ihtiyacı.•Sağlık hiz. örgütlü değil•Sağlık hizmetleri yardım kuruluşlarıyla sunuluyor•Salgın gibi felaketlerde devletin müdahalesi | <ul style="list-style-type: none">•Sağlık insan hakkı•Sağlık /sağlıksızlık sosyal bir sorun•Ulusal sağlık sistemleri - devlet eliyle. | <ul style="list-style-type: none">•Sağlık bir gereksinim•Bireysel bir sorun•Kamu hizmetlerinin desteklenmemesi / çökmesi.•Özelleştirmeler•İradenin ulusal düzeyden yerel düzeye devri•Prog. ulusal düzeyden uluslar arası düzeye çıkması | |
| | | <ul style="list-style-type: none">•Kuralsızlaştırma•Kamunun çökertilmesi•Piyasalaşma•Özelleştirmenin teşviki•Hizmet satın alma - taşeronlaşma | <ul style="list-style-type: none">•Neoliberal sağlık reformları•Hizmet sunumu•Finansman modeli•Pazar oluşturma / Talep yaratma•Sağlık emekgücü düzenlemeleri |

1900'ler 1945-1980'ler 1990 sonrası

Türkiye’de neoliberal sağlık politikaları

Türkiye’de 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın anlamı, sağlık sistemi konusundaki planlamanın ulusal düzeyden uluslararası düzeye çıkmasıdır. Neoliberal dönemin bir özelliği olarak tam da yukarıda tanımlandığı gibi uluslararası örgütler eliyle hazırlanan reform programının devlet otoritesinin yerine geçmesinin tipik bir örneğidir. 2002 yılında iktidara gelen AKP, on yıla yaklaşan iktidarı sürecinde ‘neoliberal dönemin devleti’ nin temel işlevini yerine getirmekte, bu anlamda görevini “başarı” ile ifa etmektedir.

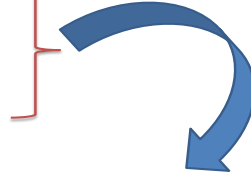
Sağlık alanı üzerinden incelemeye devam ettiğimizde şöyle bir manzara karşımıza çıkmaktadır: 1990’lı yıllardan itibaren çeşitli hükümetlerin sürdürdüğü ve “sağlık alanında kuralsızlaştırma” diye özetlenebilecek dönem AKP’nin SDP’nin temel işlevi olmuştur. Ancak bu kadarla da kalmamış, AKP hükümetleri tarafından tarumar edilen sağlık hizmetleri alanında kartlar yeniden dağıtılmaya / taşlar yeniden dizilmeye başlanmıştır. Bu noktada AKP’nin piyasa dostu, girişimci, etkin devlet olarak betimlenen devlet ve piyasa ortaklığı rolünü oynadığı dikkat çekmektedir.

Neoliberal politikaların ikinci dönemi olarak adlandırabileceğimiz bu dönemde devlet tam anlamıyla neoliberal devlet niteliğine bürünerek özelleştirmenin ve serbest meta ticareti ve sermaye piyasaları için uygun ortam yaratılması için çabalamaktadır (3). Sermaye için dadılık yapan AKP’nin sağlık alanındaki en önemli icraatı kamu-özel ortaklığıdır. Pek çok ülkede neoliberal sağlık reformla-

rının “uygulama” sürecinde bir sonraki basamak sağlık insan gücü düzenlemeleri olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü bu eğilime paralel olarak 2006 yılının raporunu sağlık insan gücüne ayırmıştır. Yine bu yıllar itibariyle Dünya Bankası’nın sağlık insan gücü konusunda yayınladığı raporların yanı sıra Türkiye’de sağlık bakanlığının da konuyla ilgilendiği workshop vb çalışmalarla bir takım raporlar yayınladığı görülmektedir. Önce uluslararası ardından ulusal düzeyde yürütülen bu faaliyet, örgütlenme ve finansman anlamında tamamlanmak üzere olan bir sağlık reformu sürecinde sıranın alt başlıklara geldiğini ifade ediyor. İlk sıradaki alt başlık da sağlık insan gücü.

- Neoliberal sağlık politikaları

- Finansman
- Hizmet sunumu
- Organizasyon



- Sağlık hizmetlerinde;

- Özelleştirme
- Piyasalaşma
- Ticarileşme

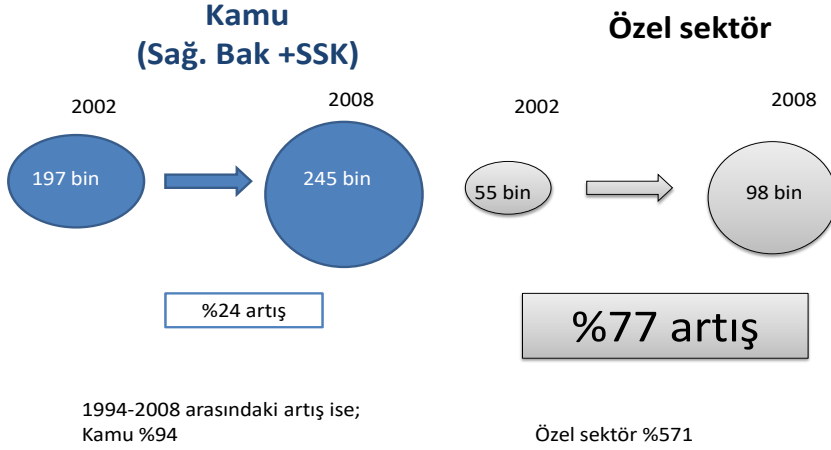
Türkiye’de Sağlık Emekgücünde Yaşanan Süreç

Türkiye’de de yukarıda ayrıntılı olarak bahsedilen devletin dönüşümü ve diğer yandan sağlık reformları bir arada yaşanmış, sağlık hizmetleri üzerinde pek çok yıkıcı etkiye neden olmuştur. Bu saldırı döneminde geleneksel noktada sağlık çalışanları etkilenmesi iki yöndedir: İlki kamusal hizmetin özel sektör eliyle verilmesinin teşvik edilmesiyle hızla büyüyen bir “özel sağlık sektörü” ortaya çıkmıştır. İkinci olarak ise kamuda özel sektör işletmecilik anlayışının uygulanmaya başlamasıyla, kamu personeli rejiminde esnekleşme olmuş, kamu içinde bazı esnek istihdam biçimleri ortaya çıkmıştır.

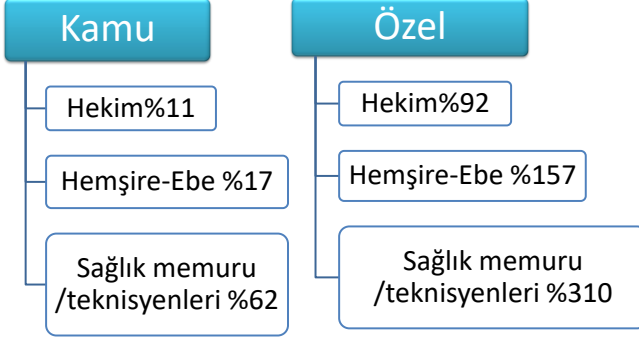
Neoliberal sağlık politikalarının ilk dönemi olan kuralsızlaştırma döneminden itibaren özel sağlık sektörünün desteklenmesiyle özel sektör sağlık çalışanlarının giderek yoğunlaştığı bir alan olmuş ve beklendiği gibi özel sektörde çalışan sayısı yıllar içinde artmıştır. Sağlık alanında kuralsızlaştırmanın yaşandığı 1990’lı yıllarda özel sağlık sektöründe çalışanların sayısındaki artış slaytta gösterilmiştir. 1994 yılından itibaren neoliberal sağlık politikalarının son etabı olan SDP başlayana kadar özelde çalışan sağlık çalışanlarının sayısı %77 artarken kamuda %24 artmıştır. Daha büyük artış beklendiği gibi SDP sonrası dönemde olmuş, SDP ön-

cesine göre kamuda %57 iken özelde %278 artış olmuştur. Neoliberal sağlık politikaları dönemi boyunca kamuda çalışan sayısı yaklaşık ikiye katlanırken (%94 artış) özelde 6 kate yaklaşmıştır (%571).

özel ve kamu sektörlerinde yıllar içindeki artış



Aşağıdaki slaytta ayrıca bu artışın meslek gruplarındaki durumu verilmiştir. Buna göre özel sektörde meslek gruplarının tümünde artış gözlenmesine karşın en büyük artış sağlık teknisyeni grubunda gerçekleşmiştir. Sağlık memuru ve teknisyeni sayısı, 1994 yılından 2008 yılına kadar kamuda 1.6 kat artarken özel sağlık kuruluşlarında 8.2 kat artmıştır. Hemşire ve ebe sayısındaki artışın kamuda hekim sayısındaki artışın gerisinde kalması dikkat çekicidir. Buna karşın özel sağlık sektöründe hemşire-ebe sayısındaki artış azımsanmayacak boyuttadır (küralsızlaşma döneminde %119, SDP döneminde %157 toplamda 4.6 kat). Hekim sayısındaki artışa bakıldığında da küralsızlaştırma döneminde kamuda hekim sayısının %67, özelde ise %29 arttığı buna karşın SDP sonrası dönemde özel sektörde hekim sayısındaki artışın kamunun önüne geçtiği dikkat çekmektedir (4-6).



Özetle, neoliberal sağlık politikaları özel sağlık sektörünün büyümesine yol açmıştır. Hızla büyüyen özel sektörde tüm meslek gruplarında artış gözlenmesine karşın hekim dışında kalan sağlık çalışanlarının çok daha fazla artmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın sadece denetleyici ve planlayıcı olacağı, artık hizmet sunmayacağı şiarına paralel olarak özel kuruluşlardan hizmet satın alınmaya başlanmasıyla, özel sağlık kuruluşlarının sayısı hızla artmıştır. 2009 yılı itibariyle SGK'ya (4a-SSK) kayıtlı "insan sağlığı hizmeti" sunan kurum sayısı 6225'tir ve 98.601 kişi bu hizmet sınıfı altında istihdam edilmektedir(7). Çoğunluğunun taşeron şirketlerde çalıştığı bu kitlenin %67'si kadındır(8). Dolayısıyla özel sağlık sektörü hem sağlık meslek mensupları hem de diğer çalışanları için hızla büyüyen bir istihdam alanı haline gelmiştir.

Tamamen piyasa dinamikleriyle şekillenen özel sektörde neden hekim dışında kalan sağlık çalışanlarının arttığı incelenmeye değer bir durumdur. Bunun olası nedenlerinden biri özel sağlık kuruluşlarının kurumsallaşmasıyla hekim dışında diğer meslek mensubu çalışanların gereksiniminin ortaya çıkmasıdır. Özel sektördeki sağlık çalışanlarının dağılımına bakıldığında Sağlık Bakanlığı'nda olduğundan daha fazla bir orana hekim olduğu görülmektedir (özelde %38, SB'da %27). Diğer bir deyişle hekim dışı sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı'nda daha fazla olduğu görülmektedir. Bu orantısızlığın nedenlerinden biri özel sağlık sektöründe hastanecilik hizmetinin ağırlıklı olması, SB'da ise ebe, hemşire ve sağlık memurlarının yoğun olduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarının bulunmasıdır. Örneğin SB'da istihdam edilen ebelerin %39'u, hemşirelerin ise %74'ü hastanelerde çalışmakta geri kalanı ise çok büyük oranda birinci basamakta çalışmaktadır. Buradan bakıldığında özel sağlık kuruluşları arasında sağlık memurları ve teknisyenleri grubu başta olmak üzere hemşire ve ebe sayısını arttırdığı söylenebilir.

Özel sektörde hekim dışı sağlık çalışanlarının istihdamındaki bu artışın diğer bir nedeni, bu meslek gruplarının işlevsel olarak esnek çalıştırılabilmeleridir. İşte esneklik “üretimdeki miktar değişikliklerine, ihtiyaç duyulan vasıf ve bilgideki hızlı değişikliklere ayak uydurabilme yeteneğini” ifade etmektedir(9). Sağlık hizmetleri alanından bakıldığında da benzer bir durum dikkat çekmektedir. Özel sektörde hekim dışındaki sağlık çalışanlarının birbirinin işlerini yaptıkları görülmektedir. Örneğin bir sağlık memurunun hem acil serviste nöbet tutması hem de gerektiğinde röntgen çektiği görülebilir. Kamuda sadece küçük hastanelerde gözlenebilen bu türden durumların özel sağlık kuruluşlarında oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Yine bir devlet hastanesinde her kliniğin ayrı hemşireleri olmasına karşın çoğu özel hastanede hemşireler tüm kliniklerde görev yapabilmektedir. Böylece gece nöbetinde cerrahi servisinden pediatri servisine kadar tüm yatan hastalar aynı hemşirelerin sorumluluğu altında olmaktadır. Bu işlevsel esneklik aynı zamanda sayısal esnekliği de getirmekte, böylece az sayıda sağlık çalışanı ile hastanenin işleri yapılabilmektedir. İşlevsel esneklik pratisyen hekimler için de söz konusudur.

Gerek kamuda gerekse özelde diğer sağlık meslek mensuplarına göre daha yüksek ücret alan hekimlerin, özel sektördeki artışı diğer sağlık mesleklerinin gerisinde kalmıştır. Bu noktada özellikle hemşire, ebe ve sağlık teknisyenleri için çalışma yaşamında söz konusu olan işlevsel esneklikten ve bunun da özel sektörde daha yaygın olduğundan söz etmek gerekir. Sağlık hizmetlerine özel sektör kurallarının girmesiyle, bu sektördeki emeğin vasıfsızlaştığı görülmektedir. Bu durum ‘kapitalist üretim biçimleri karmaşık iş süreçlerini daha küçük, daha basit ve vasıfsız işlere parçalayarak emek maliyetini düşürmek’ olarak tanımlanan(10) vasıfsızlaştırmaya işaret etmektedir.

Sağlık hizmetleri alanında feminizasyon

Tarih boyunca şekillenen toplumsal cinsiyet rollerine göre *her alanda bakım işi* kadınların işi olmuştur. Çocuk bakımından başlayarak, yaşlı, özürlü, hasta kişilerin bakımları kadınların toplumsal cinsiyet rolleri ile örtüşmektedir(11). Toplumsal cinsiyete dayalı bu işbölümü sağlık hizmetlerinde de kendini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde operasyonel işler olarak adlandırılacak işlerde daha çok erkeklerin kümelendiği, kadınların da daha çok bakım hizmetlerinde olduğu görülmektedir. Bu durum hekimlikte cerrahide erkeklerin, dahili alanlarda ve bakım işlerinde (hemşirelik başta olmak üzere) kadınların kümelenmesiyle sonuçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin her düzeyinde bakımın yoğun olması, günümüzde geçmişten itibaren kadınların sağlık hizmetleri alanında çalışma yaşamının geneline göre daha yoğun olmalarıyla sonuçlanmıştır.

Sağlık mesleklerine baktığımızda kadın hemşirelikte %70, ebelikte %100 ve sağlık teknisyenliğinde %72 kadın olduğu görülmektedir. Hekimlikte ise kadınlar yaklaşık yarı yarıdır. Çalışma yaşamında bir sektörün feminizasyonu olarak tanımlanan kavram, o sektörde işgücünün yarısı hatta yarısından fazlasının kadınlardan oluşması durumunda ortaya çıkmaktadır(12). 2011 yılı itibariyle sağlık

hizmetlerinde çalışanların %59.6'sı kadınlardan oluşmaktadır(7) ve bu durum sağlık hizmetlerinde kadın çalışan oranındaki yüksekliğine işaret etmektedir.

Türkiye'de yüksek öğrenimdeki öğrencilerin rakamları üzerinden incelendiğinde(13), tüm üniversite öğrencileri arasında kız öğrencilerin %47 olduğu buna karşın sağlık bilimleri alanında %56'ya çıktığı görülmektedir. Sağlık bilimleri başlığı altında toplanan meslek grupları içinde de kadın-erkek dağılımı yukarıda bahsedildiği gibi toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkilidir. En fazla kadın olan üç alan ebe, diyetisyen ve hemşire mesleklerindedir (Tablo 1).

Tablo 1. Yüksek öğrenimde sağlık bilimleri alanında lisans düzeyinde öğrenim gören öğrenciler arasında kız öğrenci yüzdeleri (2009-2010 Eğitim Öğretim Dönemi)

| | Kız öğrenci yüzdesi |
|--------------------------------|---------------------|
| Üniversiteler toplamı | 47,2 |
| Sağlık bilimleri toplamı | 55,8 |
| Ebelik | 100,0 |
| Beslenme ve diyetetik | 83,9 |
| Hemşirelik | 77,6 |
| Diş hekimliği | 54,3 |
| Eczacılık | 54,2 |
| Sosyal hizmetler | 53,2 |
| Fiziksel tıp ve rehabilitasyon | 47,1 |
| Tıp | 43,1 |
| Sağlık idaresi | 32,6 |
| Veterinerlik | 19,1 |
| Acil bakım ve ilk yardım | 13,9 |

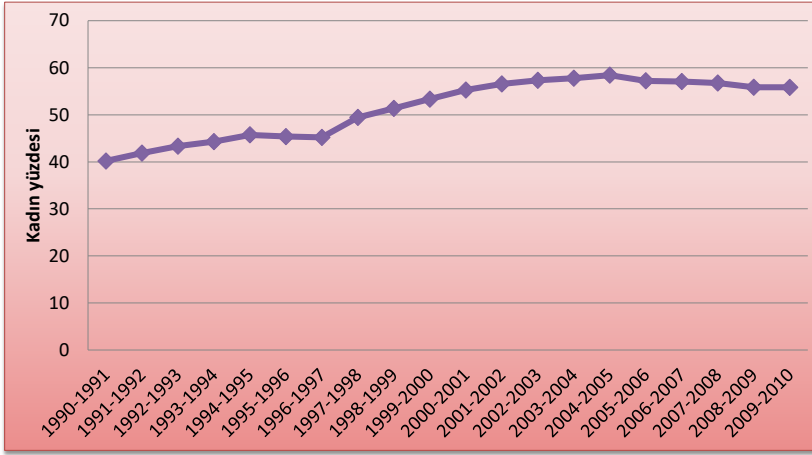
Sağlık hizmetleri alanında geleneksel olarak kadın oranının yüksek olmasının ötesinde feminizasyonun giderek artması dikkat çekmektedir(14). Yine yüksek öğrenim istatistiklerine göre 1990 yılında sağlık bilimlerindeki toplam öğrenci sayısının yüzde 40'ı kadın iken 2010 yılında kadın oranının yüzde 56'ya çıkması, kadınların yıllar içinde artışını göstermektedir. TÜİK İşgücü İstatistiklerine göre insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetinde 2011 yılında istihdam edilen toplam 693 bin kişinin %60'ı kadındır. Bu oranın 2009 yılında %55.5 olduğu bildirilmektedir(15).

Bu durum Türkiye'ye özgü olmayıp benzer durum çeşitli Avrupa ülkelerindeki sağlık çalışanları için de geçerlidir. İspanya, Norveç, Litvanya, Almanya ve Fran-

sa'da kadınların sağlık insan gücü içindeki payının giderek arttığı bildirilmektedir. Eski sosyalist ülkelerde ise kadın hekim oranı eskiden beri fazla olmasına karşın sosyalizm sonrası dönemde devlet korumasının ortadan kalkmasıyla kadın ve erkek hekimler arasında ücret farkı oluştuğu dikkat çekmektedir(16).

Hekimlikte toplumsal cinsiyet rollerine göre ayrışma daha görünür durumdadır. Erkekler daha çok cerrahi alanlarda yoğunlaşırken kadınlar daha çok dahili dallarda yoğunlaştığı görülmektedir. Bunun istisnaları da yine bu kuralı bozmaktadır. Örneğin cerrahi alanlardan kadın-doğum ve çocuk cerrahisinde kadınların oranı diğer cerrahi dallara göre daha yüksektir. Diğer yandan cerrahi diğer bir alan olan anesteziyoloji ve yoğun bakımda yine kadın oranı yüksektir.

Yükseköğretimde sağlık bilimleri alanındaki kadın öğrenci oranının yıllar içindeki değişimi



Ülkemizde insan sağlığı ve sosyal hizmetler alanında çalışanların cinsiyet açısından özellikleri dikkat çekicidir. Bunlar;

- İnsan sağlığı ve sosyal hizmet alanı en fazla kadın çalışan oranına sahiptir(17). %60'ını kadınların oluşturduğu bu alanda profesyonel meslek grupları arasında (hekim, hemşire, ebe vb) yarısından azı kadinken yardımcı sağlık çalışanları, büro çalışanları, hizmet ve satış elemanlarının önemli bir kısmı kadınlardan oluşmaktadır.

| | Aylık ortalama brüt ücret (2010) |
|-------|-------------------------------------|
| Erkek | 2365 |
| Kadın | 1609 |

- Bu çalışma alanı diğerleriyle karşılaştırıldığında en fazla çalışma süresi olan faaliyet alanıdır ve haftalık ortalama 45.2 saat çalışma söz konusudur(17). Bilindiği gibi yasal olarak haftalık çalışma süresi en fazla 45 saattir. Türkiye aynı zamanda Avrupa ülkeleri arasında sağlık sektöründe en uzun çalışma süresi olan ülke özelliği taşımaktadır(18).
- Türkiye’de sağlık alanında kadın ve erkeğin çalışma süreleri eşit olmasına karşın aylık ücreti ödenen ücret erkeklerde 201.9 saat kadınlarda ise 200.5 saattir(17).
- Bu hizmet alanında cinsiyetler arası gelir eşitsizliği söz konusudur ve 2006’dan 2010 yılına kadar artış Tablo 2’de göstermiştir. Bunun en önemli nedeni “yatay ayrışma” olarak tanımlanan meslekler arasında kadınların ve erkeklerin işlerinin ayrılmasıdır. Bu durum genel olarak yüksek gelir getiren işlerin erkekler tarafından yapılmasıyla birliktedir(19). Yukarıda bahsedildiği gibi profesyonel meslek mensupları arasında erkekler diğerlerine göre daha yüksektir (Tablo 3).

Tablo 2. Sağlık sektöründe kadınların kazançlarının erkeklerle karşılaştırılması (yıllık gelir)

| | Yıllık Gelir | | Erkeğin 100 TL gelirin karşılık kadının kazandığı |
|------|--------------|--------|---|
| | Erkek | Kadın | |
| 2006 | 18 608 | 13 700 | 74 TL |
| 2010 | 28 203 | 19 216 | 68 TL |

Tablo 3. İnsan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetlerinde meslek grubuna göre dağılım (2011)

| | Kadın (%) |
|---|-----------|
| Kanun yapıcılar üst düzey yöneticiler ve müdürler | 29,4 |
| Profesyonel meslek mensupları | 47,5 |
| Yardımcı profesyonel meslek mensupları | 76,7 |
| Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar | 60,3 |
| Hizmet ve satış elemanları | 71,0 |
| Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar | 12,5 |
| Tesis ve makina operatörleri ve montajcılar | 0,0 |
| Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar | 41,7 |
| Toplam | 59,6 |

- Diğer yandan sağlık ve sosyal hizmetler alanında kadınların yoğunlukta olduğu meslek gruplarındaki ücretler Türkiye ortalamasından düşüktür (Tablo 4). Söz konusu alanda toplam gelir Türkiye genelinin %25'i olmasına karşılık gerek teknisyenler/yardımcı profesyonel meslek mensupları gerekse büro hizmetlerinde çalışanların ücretleri düşüktür. Bu meslek gruplarında kadınların yoğun olmasının ücretlerin düşmesine neden olduğu anlaşılmaktadır. Çünkü kadınlar erkeklerle aynı verimlilikte çalışıyor olmalarına karşın daha düşük ücret alabildikleri gibi kadınların yoğunlaştığı sektörlerde yani kadın işlerinde bir takım sosyal faktörlerin rol oynaması nedeniyle ücretler daha düşük olmaktadır(20). Özel sağlık sektörünün genişlemesiyle, kadınları bu ücret eşitsizliğinden koruyan ortam da ortadan kalkmadır. Örneğin Litvanya'da sosyalizm sonrası sağlık hizmetlerinin özelleşmesiyle birlikte kadınların ücretleri cinsiyet ayrımcılığına yönelik yasalar çıkartılmasına karşın erkeklere göre giderek düşmektedir (yaklaşık erkeklerin %80'i)(21).

Tablo 4. Sağlık ve sosyal hizmetler alanında meslek gruplarına göre aylık brüt gelirin Türkiye geneliyle karşılaştırılması

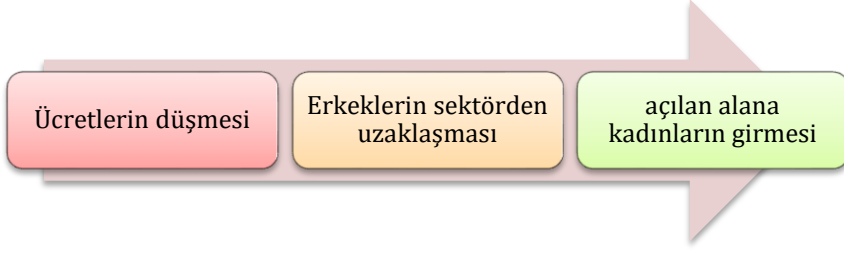
| Faaliyetler | Toplam | Yöneticiler | Profesyonel meslek mensupları | Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları | Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar |
|----------------------------|--------|-------------|-------------------------------|---|--------------------------------------|
| İnsan sağ ve sos hizmetler | 1890 | 3530 | 3126 | 1481 | 1069 |
| Tüm sektörler | 1512 | 3710 | 2683 | 1873 | 1596 |
| Fark Yüzdesi | 25 | -5 | 17 | -21 | -33 |

Kaynak:TÜİK, KAZANÇ İSTATİSTİKLERİ Cinsiyet ve ekonomik faaliyete göre yıllık ortalama brüt kazanç.

Sonuç olarak,

Yaşanan neoliberal dönüşüme paralel olarak sağlık çalışanları da çalışma koşulları açısından önemli değişimlerle karşı karşıya kalmıştır. Bu dönemde hem sağlık hizmetlerinde hem de kamuda yaşanan reformlar etkili olmuş, sonuçta kamu sektöründe iş güvencesinden yoksun esnek istihdam biçimleri ortaya çıkmıştır. Kısaca piyasa dinamiklerinin kamu sektörüne sızması ve de devletin kamusal sağlık hizmeti sunmaktan vazgeçmesi binlerce sağlık çalışanının çalışma koşullarının, serbest piyasa kurallarına göre yeniden oluşturduğu bir ortamı yaratmıştır. Bu ortam sağlık emegücü maliyetini göz önünde bulunduran, bu maliyetin düşürülmesi için çeşitli yollara başvuran serbest piyasa ortamıdır. Böylece sağlık hizmetlerinde piyasalaşmayla esnek çalışma biçimleri, uzun çalışma saatleri ve düşük ücret gibi uygulamalar artık söz konusudur.

Neoliberal politikaların kadın sağlık çalışanları açısından sonuçlarını iki şekilde açıklayabiliriz. Bunlardan ilki sağlık hizmetlerinde emeğin değersizleşmesiyle sektördeki kadın oranının artması yani sektörün feminizasyonudur. Bu durum neoliberal politikaların yarattığı etki sonucunda sağlık hizmetleri alanında emeğin değersizleşmesine işaret eden bir bulgu olarak değerlendirilmelidir. Nitekim, ücretler ve istihdam koşullarının alt düzeye indirilmesiyle, erkekler sektörden uzaklaşmakta ve daha yüksek gelir elde edebilecekleri alanlara yönelmekte ve bu boşluk kadınlar tarafından doldurulmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanları arasında kadın oranının artışı olarak istatistiklere yansımaktadır. Dolayısıyla bir sektörün feminizasyonu o sektörde emeğin değersizleşmesinin işareti olarak kabul edilmektedir. Bu olgu, neoliberal politikalar sonucunda sağlık sektöründe gözlenmektedir.



Diğer önemli sonuç ise, kadın emeğinin ucuz olması, ödenen ücretlerin erkeklerden düşük olmasıdır. Sağlık hizmetlerinde hekimlik dışında kalan sağlık hizmetlerinde “bakım”ın ön planda olması, bunun da kadının toplumsal cinsiyet rolü ile örtüşmesinin bu manzarayla yakından ilişkisi vardır. Böylece kadınların bakım için harcadıkları emek, onların rollerinin bir devamı gibi algılanıp daha az oranda ücretlendirilmektedir. Düşük ücretlerle istihdamının olanaklı olması yanında istihdamda işlevsel esnekliğin olması, özel sektörde hekimdışı sağlık çalışanlarının sayısını arttırmış gibi görünmektedir.

Bu sunumda kabaca dikkat çekilen “sağlık sektöründe feminizasyon” olgusunun gerek akademik gerekse örgütsel olarak ele alınması önümüzdeki dönemin çalışma başlıklarından biri olmalıdır. Giderek esnekleşen ve güvencesizleşen sağlık sektöründe kadınların durumu, hakları ve örgütlenme olanakları öncelikli konulardan biri olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bayramoğlu, S. (2003) Düzenleyici Devlet Düzenlenirken: OECD Türkiye Raporu Üzerine Eleştirel Bir Çözümleme, Praksis, 9, Kış-Bahar, s.143-162
2. Etiler_N. The Outcomes of Neoliberal Policies on Health Workforce Employment. In Labour Market & Employment. (Eds. K. Lordoglu, D. Keskin, İ. Şiriner) IJOPEC Publication, London, 2012. pp.41-52.
3. Güzelsarı S. Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü Türkiye’de Mali İdarede Yeniden Yapılanma. Sosyal Araştırmalar Vakfı Küreselleşme Dizisi – 8, İstanbul, 2008. S: 38-39
4. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu. Ankara, 1996.
5. TÜİK (2005) Türkiye İstatistik Yıllığı 2004, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara.
6. TÜİK (2011) Türkiye İstatistik Yıllığı 2010, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara.
7. TÜİK, İŞGÜCÜ İSTATİSTİKLERİ VERİ TABANI Dinamik Sorgulama
8. DİSK-AR (2011) Taşeron ve Güvencesiz Çalışma Raporu, DİSK Araştırma Enstitüsü. <http://www.disk.org.tr/default.asp?Page=Content&ContentId=1081> (26/7/2011)

9. Parlak Z ve Özdemir S. “Esneklik kavramı ve emek piyasalarında esneklik” Sosyal Siyaset Konferansları. 2011;60(1):1-60.
10. Marshall, G. Sosyoloji Sözlüğü (Çev. Osman Akınhay, Derya Kömürcü) Bilim ve Sanat Yayınları. Ankara. 1999. s:785-786
11. Gediz Gelegen D (2002) “The Gendered Climate of The Medical Profession: A Case Study of Women Doctors in Ankara”. The Graduate School of Social Sciences of The Middle East Technical University. Ankara. Yayınlanmamış Araştırma Projesi.
12. İlkaracan, İ “Uzlaştırma Politikaları Yokluğunda Türkiye Emek Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri”, İpek İlkaracan (der) Emek Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Doğru İş ve Aile Yaşamını Uzlaştırma Politikaları, İstanbul. 2010.
13. ÖSYM İstatistikleri. <http://www.osym.gov.tr/dosya/1-58211/h/13ogretimalanlisansogrencisay.pdf>.
14. Urhan B ve N. Etiler. Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. Çalışma ve Toplum. 2011;29:191-215
15. TÜİK. İstatistiklerle Kadın, 2011. Türkiye İstatistik Kurumu. Ankara. 2012.
16. Rechel B, Dubois C.A., McKee M (eds) “Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience” World Health Organization. 2006.
17. Kazanç Yapısı Araştırması, 2010. Türkiye İstatistik Kurumu. Ankara. 2012.
18. ILO “Terms of employment and working conditions in health sector reforms”. International Labour Office. Geneva. 1998.
19. Ellen Guy, M ve Newman, MA. “Women’s Jobs, Men’s Jobs: Sex Segregation and Emotional Labor” Public Administration Review.2004;64(3), 289-298.
20. Ecevit Y. “2. Ünite: Emek” İçinde Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları (Eds. Ecevit Y ve Kalkiner N). T.C. Anadolu Üniversitesi. Yayın No:2312. Eskişehir. S:31.
21. Padaiga Z, Starkiene L, Logminiene Z, Reamy J. “Lithuania” B. Rechel, C.A. Dubois, M. McKee (ed) Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience içinde: World Health Organization. 2006.

¹ Bu konuyla ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. “Etiler N. Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerine Etkileri” Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2011;42:3-11” Bu sunum, söz konusu çalışmanın bir alt başlığı olarak hazırlanmıştır.

SOSYOEKONOMİK POLİTİKALARIN DÖNÜŞÜM SÜRECİNDE KADIN EMEĞİ

Doç. Dr. Melda Yaman Öztürk

Ondokuz Mayıs Üniv., İİBF, Samsun

GİRİŞ

Kadınlar, son dönemde gerçekleşen neoliberal yeniden yapılanmadan en fazla etkilenen kesimlerden birini oluşturmaktadır. Çalışma biçimlerinin esnekleştirilmesi, sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması, tarımsal yapılarda dönüşüm, kanun hükmünde karamameler, sosyal politikalar... kadınların ev içindeki ve emek piyasasındaki konumunu olumsuz etkilemektedir.

Kadınların günümüz Türkiye'si'ndeki konumunu anlayabilmek için, iktisadi, siyasi ve toplumsal yeniden yapılanmayı bir bütün olarak gözden geçirmemiz gerekir. Bir yandan "güçlü aileyi" hedefleyen projeler, bir yandan evde bakım hizmetlerine parasal destek, bir yandan ihracatı artırmaya yönelik sanayi stratejileri, bir yandan emek piyasasında düzenlemeler, toplumu dört bir yandan kuşatmış bulunuyor. Bu kuşatılmışlık içerisinde kadınların hane içindeki ve emek piyasasındaki emek süreci de yeniden yapılanıyor.

Bu düzenlemeler bağlamında iki temel eğilimi ayırt etmek olanaklıdır. Bir yandan çalışma biçimlerini esnekleştirilmesinin yanı sıra sosyal güvenlik sistemini, sağlık hizmetlerini, eğitimi özelleştirerek, bu hizmetlere erişimde katkı payını yükselten liberal politikalar uygulanmaktadır; öbür yandan, kadınları eve bağlayarak, ev içi yüklerini artıran düzenlemeler getirilmiştir. Ücretli çalışma koşulları ağırlaşan kadınlara, emek piyasasında, sermayenin ihtiyaçları uyarınca, yeni roller biçilmektedir. Öte yandan, kadınlar üzerindeki ataerkil tahakkümü pekiştiren *muhafazakar* düzenlemelerle kadınların bakım yükü ağırlaşmaktadır. Son dönem politikaların aileyi güçlendirmeyi hedeflediği, kadınların konumunu iyileştirmek bir yana, aksine, kadınların üzerindeki ataerkinin ve sermayenin tahakkümü artırdığı bilinmektedir. Bu politikaların bir amacı da, açık ki, *liberal* politikaları kadınların görünmeyen emeğiyle "yumuşatmaya" çalışmaktır.

Bu çalışmada ataerkiyle kapitalizmin güçlü dayanışmasını ortaya koyan bütün bu uygulamaların kadınların çalışma hayatında hak kayıpları yarattığı, esnek çalışma koşullarında ücretli işgücü ve hane içinde ücretsiz bakım hizmeti sağlayıcısı olarak iş yükünü artırdığı, kadınları eve kapattığı ve cinsiyete dayalı işbölümünü güçlendirdiği savunulmaktadır.

Yazıda ilk olarak Türkiye’de son dönem yürürlüğe giren sanayi ve istihdam stratejilerinde kadın emeğine biçilen role kısaca değinilecektir. Ardından, muhafazakar politikalarla kadınlara yüklenen görevlere, biçilen toplumsal konuma genel hatlarıyla göz atılacaktır.

Sanayi ve İstihdam Stratejilerinde Kadın Emeği

2000’li yılların başlarından bu yana Türkiye çok boyutlu bir dönüşüm sürecinden geçiyor. Bu on yıllık dönem, yüksek büyüme hızı, artan dış ticaret, büyük sermaye girişleri ile karakterize olmaktadır. Türkiye bu dönemde, - özellikle AB bölgesi için- imalat üretiminde önemli bir ülke halini almıştır (Yaman Öztürk, 2012).

Ne var ki, üretim giderek ihracat yönelimli oldukça, emek üzerindeki baskılar şiddetlenmektedir. İşsizlik, reel ücretlerin gerilemesi, çalışma biçimlerinin esnekleştirilmesi, çalışma yaşamında hak kayıpları sürekli gündemdedir. Ülke içindeki sermaye gruplarının uluslararası rekabetini artırmak için emek verimliliğini yükseltmek hedefiyle yeni ekonomi politikaları yürürlüğe sokulmuştur.

Bu yeni dönemde kadın emeğinin iki bakımdan kritik bir önem taşıdığını görmekteyiz:

1. Çalışma biçimleri esnekleştirilirken sermaye kesimi ile devlet, kadınlara, esnek çalışma için başlıca emek potansiyeli gözüyle bakmaktadır.
2. Kadınlara, ayrıca, büyüyen ihracata yönelik üretim için önemli bir emek kaynağı olarak görülmektedir.

Türkiye’de son yıllarda kadın emeği üzerine çeşitli politikalar üretildiğini görüyoruz. Kadınlara ilkin esnek çalışma biçimlerine çağrılmıştı. *Sanayi Stratejisi Belgesi* ile *Ulusal İstihdam Stratejisi* taslak metninde benzer vurgu karşımıza çıkmaktadır. *Sanayi Stratejisi Belgesi*’nde Türkiye’nin yakın hedefinin “orta ve yüksek teknoloji ürünlerde Avrasya’nın üretim üssü haline gelmek” olduğu; uluslararası rekabeti sürdürebilmenin, emek süreçlerinin esnekleştirilmesinden geçtiği belirtilmektedir (Sanayi ve Ticaret Bakanlığı, 2011). Belgede,

Türkiye sanayi üretiminin uluslararası rekabet gücünü artıracak teknoloji yoğun üretim süreçlerine geçiş öngörülmektedir; bunun için emek verimliliğini yükseltecek yasal ve kurumsal yeniden yapılanmalar tasarlanmaktadır. Öte yandan, sermayenin etkin işleyişi için gerekli görülen (esnek istihdam biçimleri gibi) çeşitli uygulamaların yaygınlaştırılması da önerilmektedir. Böylece belge, esasen, sanayi burjuvazisinin temel taleplerini karşılamak amacıyla ve sermayenin emek üzerindeki tahakkümünü daha da artıracak düzenlemeler getirmektedir. Nitekim ‘stratejinin’ oluşturulma sürecinde sermaye örgütlerince dile getirilen beklentiler dikkate alınmış ve emek örgütleri tamamen dışlanmıştı (Yaman Öztürk ve Öztürk, 2011).

Ulusal İstihdam Stratejisi Belgesi’nde de esnek çalışmaya hazır kadın potansiyelinin bir “fırsat” olduğu söylenmektedir (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı,

2011). Kadın emek potansiyelinin sermaye ve ataerki için fırsat olması şaşırtıcı değildir. Esnek çalışma, kadınların hane içindeki bakım görevlerini aksatmadan istihdam edilebilmelerini sağlayacak bir yol olarak belirmektedir. Bu nedenle esnek çalışma, kadınlara ataerki ile kapitalizmin çıkarlarını kesiştiren bir çalışma alanı yaratmaktadır. Ayrıca, sosyal politikaların gerilediği, bakım kurumlarının sayısının azaltıldığı, işyerinde kreş açma zorunluluğunun zayıflatıldığı koşullarda kadınların artan bakım yükünü “üstlenmesi” beklenmektedir. Bu yanıyla da esnek çalışma, neoliberal saldırıların yarattığı tahribatı hafifletecek tampon mekanizma olarak kadınların ücretsiz bakım hizmetini sürdürmesini sağlayacaktır.

Son günlerde ise kadın emeği, ihracata yönelik üretim sektörleri için ucuz emek havuzu potansiyeli olarak görülmektedir. İstihdam Stratejisi taslak metni ile yeni teşvik paketinde çizilen yok haritaları, “Çinle, Pakistanla, Bangladeşle ve Vietnamla rekabet edebilecek” tekstil sanayiye oluşturma hedefindedir. Bu hedef, kadın emeği yoğun bu sektörde kadınlara yeni “misyolar” yüklemektedir; kadınların atölyelerde, uzun saatler boyunca, sosyal güvence sağlanmadan, ucuz çalıştırılması planlanmaktadır. Kadınlar için öngörülen istihdam alanı, güvenli ya da güvenceli istihdam sunmadığı gibi, krizlerden en çok etkilenen kırılğan sektörlerden oluşmaktadır.

Benzer bir süreci deneyimleyen Asya ülkeleri 1980’ler ve 1990’lar boyunca kadın istihdamını hayli artırmıştı ancak kadınlar hayli olumsuz koşullarda çalışmıştı; hatta Asya krizinde büyük zarar görmüştü. 1970 sonrasında Güney Kore, Malezya, Tayland gibi “Asya Kaplanları” olarak adlandırılan ülkelerde ihracata yönelik sanayileşme ‘sınırsız –ucuz- emek’ sunan kadınlarla gerçekleşmişti. Bu ülkelerde kurulan küresel fabrikalardaki işçilerin büyük çoğunluğu genç, evlenmemiş kadınlardan oluşuyordu. Derin yoksullukla yüksek işsizlik, kadınları olumsuz şartlarda çalışmaya ikna ediyordu. Ataerki normlar ve “kadın işi”nin kazandırdığı vasıflar, kadınların iş yaşamını şekillendiriyordu; öyle ki dikiş ve örgü en yoğun istihdam alanlarıydı. Kadınlar 14 saate çıkan çalışma saatlerinde, insanlık dışı çalışma hızında, cinsel tacize maruz kalarak, baskıcı emek disiplini ve güvenlik ve sağlık riski altında çalışıyorlardı. 1997 ortalarında Tayland’da patlak veren krizle birlikte en büyük darbeyi yine kadınlar aldı.¹⁷

Şimdi benzer bir süreç Türkiye’de denemeye çalışılıyor. Bakan Zafer Çağlayan’ın sözleri bunu özetliyor: “Konfeksiyon sektörü gibi emek yoğun sektörler bayan istihdamının en fazla olduğu sektörlerin başında geliyor. Bu sektörlerde

¹⁷ Kriz kadınların çoğunu işinden etti; pek çok kadını çok daha olumsuz koşullarda çalışmaya zorladı; nispeten gelişme gösteren Tayland ve Güney Kore gibi ülkelere çevre ülkelerden akın eden göçmen işçi kadınların bir bölümü ülkelere geri gönderildiler; kendi ülkelerinde iş bulma umudunu yitiren kadınlar göçe yöneldi; kız çocuklarının önemli bir kısmı okuldan alındı ya da okula kaydedilmedi; başka ayakta kalma stratejisi bulamayan kadınlar ve kız çocukları fahişelik yapmak zorunda kaldılar; piyasa işlerinin yanında kadınlardan ev işlerini ve bakım emeği gerektiren hizmetleri sağlamaları beklendi (bkz. Yaman Öztürk, 2009).

Doğu ve Güneydoğu’da belirlenecek olan illeri biz Çinle, Pakistanla, Bangladeşle ve Vietnamla rekabet edebilecek bir bölge haline getireceğiz”.

Dolayısıyla Asya deneyimi göz önünde bulundurarak, bu ülkelerde kadınların yaşadığı olumsuzluklardan ders çıkarmak gereklidir. İhracata yönelik tekstil ve hazır giyim gibi sanayilerde istihdam edilecek “becereikli” kadınların çoğunluğu, büyük olasılıkla, evlenmemiş yoksul genç kadınlar olacaktır. Bu kadınların, Asya ülkelerindeki gibi, evleninceye dek, ucuza, güvencesiz koşullarda istihdamı öngörülmektedir.

Muhafazakar Politikalar ve Kadın Emeği

Son dönem yaşanan fütursuz liberalleşmeye muhafazakar politikaların eşlik ettiği bilinmektedir. Muhafazakarlaşma ataerkil tahakkümü artırarak, kadınları eve kapatan, kadına annelik ve karılık rollerini yükleyen anlayışı destekler. Ataerkil toplumsal yapıyı güçlendirdiği gibi kapitalizmin ataerkiyle bağına da güçlendirir. Ayrıca sermaye birikimi için elverişli olanaklar yaratılmasını sağlar.

Muhafazakar politikaların özü kadın bedeninin denetim alınmasına dayanır. Kadınların giyinimleri, hareket alanları, hane içinde, sokakta ve çeşitli alanlardaki rol ve davranış biçimleri, cinsellikleri, gebelik kararı ve doğum biçimleri erkeklerin denetimi altında tutulmaya çalışılır. Hane içinde, devlet kurumlarında, işyerlerinde, eğitim kurumlarında kadınların hareketini kısıtlayan, bedenlerini ve cinselliklerini kontrol altına alan ataerkil tahakküm, çeşitli politikalar, uygulamalar, yasalar ve söylemlerle pekiştirilir. Hedef, kadınların emekleri, bedenleri, cinsellikleri üzerindeki kendi denetimini ortadan kaldırarak, erkeklere tabiyetini güçlendirmektir. Son dönemde gündeme gelen kürtaja ilişkin düzenlemeler ile üç çocuk doğurun söylemi, muhafakar politikaların ürünüdür.

Elbette ki muhafazakarlaşmanın sermaye birikimini ilgilendiren bir boyutu da bulunmaktadır. Bilindiği üzere kapitalizm muhafazakar politikalara ihtiyaç duyar. Özellikle sermayenin saldırılarını yükselttiği dönemlerde muhafazakarlaşma da yükselir. Devlet, muhafazakar politikaları desteklemesinin yanı sıra örgütleyen temel kurumlardan biridir. Bu bağlamda 1980 sonrası neoliberal yeniden yapılanmanın Thatcher, Reagan gibi muhafazakar hükümetlerle yürütülmesi raslantı değildir. Ayrıca, Türkiye gibi geç kapitalistleşen ülkelerde sermaye pre-kapitalist biçimlerle dirsek temasını hiç kaybetmemiştir. Nitekim sermayenin emek tahakkümünü artırdığı dönemlerde muhafazakarlaşma da artmıştır.

Türkiye’ye dönersek, muhafazakarlaşma kadınlar üzerindeki erkek tahakkümünü artırırken, sermaye birikimine de hizmet etmektedir. Sağlık hizmetleriyle sosyal güvenlik sisteminin dönüşmesi, krizle perçinlenen işsizlik, yoksullaşma, bütün bu süreçler hanelerin ayakta kalmasını güçleştirmektedir. Bu noktada kadın emeği tampon bir mekanizma olarak devreye sokulmaktadır. Sosyal politikalar gerileyip, sağlık hizmetine erişim paralı hale geldikçe, hanelerin sağlık ve bakım hizmeti alması güçleşmiştir. Doktora gitme sıklığı azalmış, hastanede kalma süresi kısalmıştır. Hastanede tedavi yerini evde tedaviye bırakmaktadır. Ayrıca kreş ve yaşlı bakım kurumlarının son derece yetersiz

olması, bakım işini hanenin –ailenin- kadınlarına yüklemektedir. Evde bakım hizmetine verilen parasal destek ilk bakışta kadın emeğini ücretlendirdiği için olumlu görünse de, kadını eve kapatan, “kadın işini” kalıcılaştıran, devletin bakım hizmeti zorunluluğunu kadınlara yükleyen işlevler de barındırmaktadır.

Bakım yükünü kadınlara yüklemenin yöntemi de hayli basittir; aileyi öne çıkaran politikalar, “toplumun temeli ailedir” muhafazakar söyleminden beslenerek, kitlelere sunulmaktadır. Nisan ayı başında AKP’nin Ankara’da “Yerel Yönetimler ve Aile” başlıklı bir sempozyum düzenlemesi rastlantı değildir. Aieyi güçlendirmek, kadınları erkeklerin tahakkümü altına sokmakla aynı şeydir; kadınları eve kapatmak, ücretsiz bakım sağlayıcı konuma getirmektir. Bunun son örneği “Aile Okulları Projesi”dir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın projesi kapsamında pek çok ilde, örneğin, Mamak, Çorum, Gaziantep, Denizli, Düzce’de belediyeler eğitim başlatmıştı. Kütahya belediyesinin düzenlediği üç günlük kursta verilen eğitimlerde kadınların çalışmasının aile bütçesine zarar verdiği, nikahsız yaşamının kadını soysuzlaştırdığı, feministlerin kadın haklarını savunarak kadınlara “zulm” ettiği ileri sürüldü.

Bu çerçevede baktığınızda “üç ya da beş çocuk doğurun” söylemi, geniş içeriğini dışa vurur. Kadın hane içinde çocuk (ve yaşlı /hasta) bakımını üstlenmeli, neslin –hızla- üremesini sağlamalıdır. Sermayenin ihtiyaç duyduğu kadın işgücü, kadınların hane içindeki görevlerini yerine getirmesi koşuluyla, “esnek” çalışma biçimleriyle sağlanacaktır. Elbette ki üç (beş) çocuk kritiktir; kadınlardan hane içinde geleceğin işçilerini yetiştirerek yedek işçi ordusunu genişletip, ücretlerin düşmesine katkıda bulunması beklenmektedir.

Son Söz

Görüldüğü üzere, kadın emeğinin eğilimleri ile kadınların toplumsal konumu, sermayenin ihtiyaçları uyarınca ve ataerkinin sağladığı elverişli zemin üzerinde şekillenmektedir. Türkiye’de son dönem sanayi ve istihdam stratejileri, bu çerçevede, kadınlara yeni roller biçmektedir. Kadınların istihdamını artırmayı hedeflediğini söyleyen politikalar esas olarak kadınların belirli bir biçimde, belirli iş alanlarında ve belirli çalışma koşullarında istihdamını öngörmektedir.

Öte yandan kadınların bedenleri üzerinde ataerkil tahakkümü güçlendirmeyi hedefleyen muhafazakar söylem giderek sesini yükseltmektedir. Üç çocuk söylemi kadınlığı anneliğe indirgeyen düşüncenin ürünüdür. En son kürtajı yasaklamayı amaçlayan düzenlemeler, gebe kadınların kayıt altına alınması, sezeryan doğumlara müdahale muhafazakarlaşmanın geldiği boyutları gözler önüne sermektedir.

Sözlerimi Silvia Federici’nin (2011: 136) onyedinci yüzyılda doğum kontrolünün suç haline getirilmesine ilişkin, bugünkü süreci de açıklayan, çarpıcı sözleriyle bitirmek istiyorum:

... asıl vurgulamak istediğim kadınlara kendi bedenlerini denetlemelerini yasaklayarak devletin onları fiziksel ve psikolojik bütünlüklerinin en temel koşulundan yoksun bırakmış, anneliği zorunlu emek statüsüne indirgemiş

ve hatta kadınları daha önceki toplumlarda hiç görülmemiş bir şekilde üreme işine mahkum etmiş olduğudur.

KAYNAKÇA

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2011) *Ulusal İstihdam Strateji Belgesi*, 04 Şubat, http://www.sendika.org/yazi.php?vazi_no=35386, erişim tarihi: 20.07.2011.

Federici S. (2011) *Caliban ve Cadı: Kadınlar, Beden ve İlksel Birikim*, Çev.: Öznur Karakaş, Otonom Yayıncılık.

Sanayi ve Ticaret Bakanlığı (2011) *Türkiye Sanayi Strateji Belgesi (2011-2014): AB Üyeliğine Doğru*.

Yaman Öztürk M. (2010) “Kapitalist Gelişme ve Kriz Sürecinde Kadın Emeği: Asya Deneyiminden Çıkarılacak Dersler”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2010/1 (24).

Yaman Öztürk M. (2012) “Industrial Policy, Flexible Work and Female Labour in Turkey”, *How Class Works* konferansında sunulan bildiri, 6-9 Haziran, New York.

Yaman Öztürk M. ve Öztürk Ö. (2011) “Türkiye Sanayi Stratejisi Belgesi Üzerine Gözlemler”, *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, Sayı:15.

ZORUNLU GÖÇ YAŞAYAN KADINLARIN ÇALIŞMA YAŞAMINDAKİ GÜÇLÜKLERİ

Handan Çağlayan

Türkiye’de 1950’li yıllardan itibaren ülke içinde, kırdan kente göç olgusu yaşanmaktadır. Bu göçte kentlerin, istihdam, eğitim vb. açılardan sunduğu olanakların çekici etkilerinin yanı sıra tarımda kapitalizmin gelişmesi ile derinleşen yoksulluk, geçim olanaklarının kalmaması gibi kırdaki itici etkenler de rol oynamıştır. Genelde ailenin bir üyesinin kente gidip bir süre çalışarak, ailenin geri kalanı için elverişli barınma ve geçinme olanakları sağladıktan sonra gerçekleşen bu göçte, kırsal alandaki birikimler kente taşınabilmiş, öte yandan kırsal alanla göçten sonra da sürdürülen ilişkiler, kırsal gıdanın köyden getirilmesi gibi kentteki yaşamın süreci görece kolaylaştıracak etkide bulunmuştur.

1990’lı yıllarda ise tümüyle farklı bir göç olgusu ortaya çıkmıştır. Güvenlik güçleri PKK ile çatışma alanlarında kalan köyleri “güvenlik” gerekçesi ile boşaltmış, meraların yanı sıra bu köylerin bir kısmına da girişler yasaklanmış ve köylerin bir kısmının da yakılması suretiyle göçertilenlerin köyleri ile bağlantısı tümüyle kesilmiştir. Göçün ani gerçekleşmesinden dolayı aileler, köydeki birikimlerini ve geçim olanaklarını göç etmek zorunda kaldıkları kentlere taşıyamamıştır. Bu göçertme uygulamasının uzun süre resmi kurumlarca inkâr edilmesi de göç edenlerin geldikleri kentlerde, kaderlerine terk edilmelerine yol açmıştır. Yapılan araştırmalar bu şekilde göç edenlerin ciddi barınma, beslenme sorunları yaşadıklarını, tarım ve hayvancılık dışında mesleki becerileri bulunmayan göçmenlerin kentte iş bulamadıklarını, çocuk işçiliğinin yaygın olduğunu göstermiştir. Söz konusu araştırmalarda kadınların üretimden koptukları, özellikle geldikleri yerin dilini bilmedikleri için eve kapandıkları saptanmıştır. Kadınlar açısından yapılan bu saptamalar önemli olmakla birlikte, deneyimlerin çoğulluğunu ve süreç içindeki değişimi görünür kılmayı sağlayacak bir yaklaşıma ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bu sunumda söz konusu ihtiyaçtan hareketle, zorunlu göçün yaşanmasından günümüze değin Kürt kadınların çalışma yaşamına katılım biçimleri ve yaşadıkları sorunlar üzerinde durulacaktır. Sunum, 2011 yılında İstanbul’un Anadolu Yakası’nda Prof. Dr. Şemsa Özar ve sosyolog Aşye Tepe ile birlikte gerçekleştirilen “Ne Değişti, Kürt Kadınların Zorunlu Göç Deneyimi” isimli araştırmaya dayanmaktadır. Sunumda Kürt kadınların çalışma yaşamındaki yerinin ve çalışma deneyimlerinin, yaş dönemine, evli ya da bekar olmalarına, Türkçeyi akıcı bir

şekilde konuşuyor olup olmadıklarına ve göç dönemine göre değiştiği dile vurgulanacak ve çalışma yaşamında karşılaştıkları güçlüklerin geçici olmadığı, bu göçmen emeğin, kentin neoliberal işgücü piyasasının arzuladığı bir emek biçimi olduğu öne sürülecektir.

KADIN VE SAĞLIK POLİTİKALARI

"AİLE HEKİMLİĞİ" SİSTEMİNİN KADIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Dr. Selma Okkaoğlu Mutlu

Zeytinburnu TSM

"Aile Hekimliği", Sağlıkta Dönüşüm Programının birinci basamaktaki örgütlenme modelidir. Yani finansmanıyla, örgütlenmesiyle, hizmet sunumuyla ve hizmet sunucularının çalışma yaşamlarındaki değişimlerle beraber giden birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sistem değişikliğinin adıdır. 21 Nisan 2004 tarihinde Dünya Bankası ile imzalanan bir anlaşma ile Sağlıkta Dönüşüm Programı 28 Temmuz 2004 tarihinde resmen başlatılmış olup 24.11.2004 yılında 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun yürürlüğe sokulmuştur. 2005 yılında ilk kez Düzce ilinde başlatılan pilot uygulama ancak Aralık 2010 yılında tüm Türkiye'yi kapsayabilmiştir. 2.11.2011 yılında çıkartılan 663 sayılı Kanunu Hükmündeki Kararname ile pilot yasada hiçbir değişiklik yapılmadan yalnızca pilot sözcüğü kaldırılarak "Aile Hekimliği" yasası çıkartılmıştır.

Ülkeyi yönetenlerin sağlık sisteminde neden böyle bir değişikliğe gereksinim duyduğu sorusunu saklı tutarak, bu değişikliğin kadın sağlığını nasıl etkilediği değerlendirilebilir için öncelikle "Nasıl bir kadın sağlığı hizmeti olmalı" sorusunu yanıtlamak doğru olacaktır. *Kadının yaşamını bir bütün olarak gören, kadını yaşadığı çevreyle birlikte değerlendiren, sağlıklı kadına hizmet götürmeyi öncelleyen sektörler arası işbirliğinin gerekliliğini vurgulayan, eşit, ulaşılabilir, nitelikli bir 1.basamak sağlık hizmeti olmalıdır.*

Bilindiği gibi sağlık hizmetlerine erişimde en problemleri gruplardan biri kadınlardır. Anne ve bebek ölümlerinde yıllar içinde azalma olduğu görülse de halen coğrafi eşitsizlik artan düzeydedir.(1) Ayrıca gelir dağılımında ki dengesizlik, okuma yazma oranlarının kız çocuklarda düşük olması, istihdamda kadın oranının düşük olması kadın sağlığını etkileyen diğer parametreler arasındadır. Ülkemizde uygulanmaya başlayan yeni model ile sağlık göstergelerini pozitif yönde değiştirmek, diğer anlamda ülkemizde ki kadınların sağlığını daha iyi düzeylere getirmek mümkün müdür? Asıl yanıtlanması gereken soru budur.

Aile hekimliği modeli kadını, tüm sosyoekonomik değişkenleriyle bir bütün içerisinde değerlendirme kapasitesi taşımamaktadır. Uygulama sadece bireye yönelik ve ağırlıklı olarak tedavi edici hizmet sunduğundan, bu **bütüncül bakış** açısını ve ödevi taşımamaktadır. Sunulan hizmet hastalıklara odaklıdır ve hekimin, özellikle tedavi edici hekimlik iş yükü artacağı için, bireyi evinde ziyaret edip kendisinin ve ailesinin yaşam koşullarını değerlendirme olanağı kalmayacaktır..

Sağlık Ocaklarında çevre sağlığı teknisyeni, hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, laborant, şoför gibi çalışanlardan oluşan **ekip** tarafından verilen hizmet aile hekimliği uygulamasında sadece aile hekimi ve onun yanında çalıştırdığı “Aile Sağlığı Elemanı” (ASE) tarafından verilmektedir.

Her kadının bir aile hekimi yok!!!!

Yine sağlık ocağı sisteminde hizmet sunumunda bölge tarif edilmişken yeni sistemde liste üzerinden şekillenmiştir. Başlangıç döneminde aile hekimlerinin nüfusları Adrese Dayalı Nüfus Kayıt sistemine göre nüfusa kayıtlı olanlar üzerinden belirlenmiştir. Aile hekimleri yalnızca kendilerine kayıtlı nüfusa hizmet vermekle yükümlü kılınmışlardır (Eğer isterlerse misafir hasta bakabilirler). Ancak ülkemizde 2008 TNSA verilerine göre nüfusun %6 sının TC kimliği yoktur.(2)

Aile hekimleri, kendilerine kayıtlı nüfus üzerinden ücretlendirilmekte olup, hizmet verdikleri mekanların kirasını kendileri ödedikleri için, kamu binalarının olmadığı nüfusun az olduğu bu pozisyonları tercih etmemektedirler. Bu nedenle uygulama başlayalı bir buçuk yıl olmasına rağmen halen ülke genelinde boş aile hekimliği pozisyonları bulunmaktadır. En fazla boş pozisyon Ağrı %24,5, Hakkari %11,1, Batman %9,2, Şırnak %8,0 illerinde olup, büyük kent merkezlerinde de kırsal alanlardaki pozisyonların (örneğin İstanbul’da Sultangazi ilçesinde %17 oranında) boş kaldığı görülmektedir.(3) bu durum kadın sağlığı ölçütleri açısından var olan coğrafi dengesizliğin daha da artabileceğini göstermektedir.

Sistemin finansmanında yaşanan değişiklikte kadınların sağlık hizmetine erişimini engelleyecektir. Bilindiği gibi genel sağlık sigortası primini ödeyemeyen kadınlar bu hizmeti alamayacaklardır. Türkiye’de işsizlik hızının, kayıt dışı çalışmanın yüksek olması, geçici istihdamın varlığı gibi nedenler finansmanın sürdürülebilirliği dolayısıyla hizmetin kullanımını ve sürekliliği konusunda ciddi kaygılar oluşturmaktadır. Ayrıca katkı payları cepten ödemeleri arttırarak hizmete erişimde de özellikle ihtiyacı olanlar açısından eşitsizliği arttıracaktır.

İhtiyacı olana değil başvurana hizmet!!!!!!!!!!!!!!

Sağlık ocağı sisteminde tanımlanmış olan bölge her yıl iki kez taranarak Ev Halkı Tespit Fişleri ile hanede yaşayan her kişi kayıt altına alınır ve bu nüfus içindeki 15-49 yaş grubu ile bebek ve çocuklar riskli grup olarak belirlenerek belli periyotlarda izleme alınır. Ancak aile hekimliği modelinde yalnızca başvurana hizmet verilmektedir.

Özellikle göç alan büyük şehirlerde yaşanan bir diğer sorun ise nüfusun ikametini aldirmamasıdır. Bu durumda kişi aile hekimlerine kayıt olmak için başvuramazsa tespit etmek mümkün olmamaktadır. Sonuç olarak bu kadın ve çocuklar birinci basamak sağlık hizmetini alamamaktadır.

Performansa dayalı ücretlendirme kadın sağlığı açısından zararlıdır!

Kadına yönelik bireysel koruyucu hizmetleri, 15-49 yaş izlemleri, gebelik ve lohusalık izlemleri, aile planlaması hizmetleri (danışmanlık, RIA uygulaması,

malzeme temini vb) bağışıklıma hizmetleri, erken tanı, kişisel hijyen, sağıık eğitimi vb. alt başlıklar şeklinde toplamak m¼mk¼nd¼r.

Sahada yapılan biręok ęalıřmada aile planlaması hizmetlerinde d¼ř¼řler yaşandığı özellikle RIA sayılarında azalma olduğu g¼r¼lmektedir. Yeni sistemde aile planlaması hizmetlerinin diğer bir ęok işin yanında yalnızca bir hekim ve hemşire tarafından verilmesi, her hekim ve aile sağıığı elemanının sertifikasının olmaması, kiralama usul¼ oluşturulan hizmet birimlerinde bu işlem için ayrı bir mekanın oluşturulamaması, aile planlaması malzemelerinin dağıtımında s¼rekliliđinin sağlanamaması, performans kriterleri arasında bu hizmetlerin olmaması vb etkenler bu d¼ř¼ř¼n nedenleri arasında sayılabilir. Ayrıca Kendi kendine meme muayenesi, hijyen, beslenme vb. konularda da yukarıda sıraladığımız gerekęerle yeterince eğitim verilememektedir.

Sonuç olarak aile hekimliği uygulaması, birinci basamak sağıık hizmetlerinin özelleştirilmesidir. Bu uygulama T¼rkiye halklarının gereksinimlerini karşılamakta uzakta olup, sağıık hizmeti kullanımında toplumsal cinsiyet ayrımcılığının son derece belirleyici olduđu¼lkemizde var olan eşitsizlikleri daha da arttıracaktır. şöyle ki; Kadınların hizmete ulaşmada belirleyici olmadığı, ekonomik ve sosyal güvence açısından bir başkasına (koca,baba) bağlı olduğu, sosyal, k¼lt¼rel y¼nden s¼rekli baskılandığı bir toplumda sağıık hizmetine erişimlerinin daha da sınırlanacağı kuşku g¼t¼rmez bir geręektir.

KAYNAKLAR

1. 2011 Seğimlerine Giderken T¼rkiye'de Sağıık, TTB, 2011, Ankara
2. T¼rkiye N¼fus ve Sağıık Araştırması,2008
3. Demirkan BC, Eskiocak M. Aile hekimliği boş pozisyonlarının dağılımı ve özellikleri,14.Ulusal Halk Sağıığı Kongresi ,Trabzon, 4-7 Ekim 2011

ADALET SİSTEMİNDE "KADIN"

Dr. Lale Tırtıl

Adli Tıp Uzmanı, Adli Tıp Kurumu

Erk/Erkek/Devlet

Ataerkil (pederşahi, patriarcal) "ata" ve "erk" sözcükleriyle türetilen ve muradını berrak biçimde anlatan bir kelimedir. Erk'in (güç, kuvvet, otorite, nüfuz) cinsiyet kimliğini, tarihselliğini tanımlar. Engels devlet mekanizmasının insan toplumunun gelişmesinin ürünü olduğunu söyler. Ancak karşıt ekonomik çıkarlara sahip sınıfların arasındaki çatışmanın hafifletilmesi, "düzen" sınırları içinde tutması için bir "erk"lik gereksinimi vardır. Toplumdan doğan, ama onun üstünde yer alan ve ona gitgide yabancılaşan bu erklik, devlettir "(Engels).

Hukuk / Adalet

Hukuk; devletin sınıflar arasında "düzen" sağlayan mutabakatıdır. Yani "toplumun yönetiminin" kural koyma ve uygulama tekeli üstlenen devlettir ve devlet iradesi olmadan *hukuk kuralları* mevcut değildir. Devletin iradesi de; varlığını güvence altına almayı üstlendiği "üretim biçiminin" gerekleri ile belirlenmiş ve sınırlanmıştır (Başkaya 2006).

Türk Dil Kurumu da "hukuk" tanımında aynı yönde vurgulama yapmaktadır; "toplumu düzenleyen ve devletin yaptırım gücünü belirleyen yasaların bütünü" hukuktur. Adalet ise yasalarla sahip olunan hakların herkes tarafından kullanılmasının sağlanması, hukuk kurallarına uygunluk olmaktadır.

Öyleyse tarihsel olarak toplumsal kodlarını ataerkil olarak belirleyen, üretim ilişkilerinden kaynaklanan çatışmayı düzenlemek için devlet erkini oluşturan; bu erki hukuk ve hukuka uygunluk ölçütü olarak "adalet" ile sürdüren sistemin cinsiyetlere karşı "kendiliğinden" eşit mesafede olabileceğini varsayabilir miyiz?

Adli Tıp

Adli Tıp, Türk Ceza Kanunu'nun 63. Maddesi'nde dayanağı açıkça belirtilen bilirkişi uygulamasıdır. (TCK 63/1; Çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına re'sen, Cumhuriyet savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafiinin veya kanunî temsilcinin istemi üzerine karar verilebilir. Ancak hâkimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukukî bilgi ile çözülmesi olanaklı konularda bilirkişi dinlenemez.)

Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı adli tıbbın işlevini "adli soruşturma ve yargı sürecinde bir olayın aydınlatılması, mahkemelerin teknik konularda bilgi edine-

rek olayı çözebilmesi için bilirkişilik yapan; hukuk ile tıp uygulamalarının kesiştiği alan” olarak tanımlar. Ölümle sonuçlanan travmatik olaylarda; ölüm nedeni, şekli, ölüm zamanı, varsa dış etkenin cinsi, nitelikleri ve ölümdaki etki düzeyini belirleyebilmek amacıyla olay yeri incelemesi, otopsi, histokimyasal incelemeler, balistik, toksikolojik, antropolojik, serolojik incelemeler gibi yöntemleri kullanan bilimsel disiplinler bütünüdür. Aynı biçimde; ölümle sonuçlanmayan adli olaylarda; yaralanmaların oluşum ve etkilerini ortaya koymak, silah incelemesi, atış mesafesi, toksikolojik etkenin belirlenmesi, cinsel saldırılar, cezai ve hukuki sorumluluğun saptanması, belge incelemeleri gibi alanlarda incelemeler yapar.

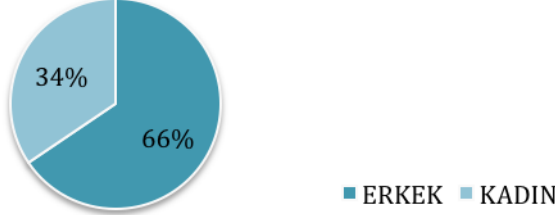


Adli olayın soruşturulması ve yargılama aşamasında yoğunluk Adli Tıp Kurumu olmak üzere, üniversitelerin Adli Tıp Anabilim Dalları ve az sayıda Sağlık bakanlığı bünyesinde bulunan Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde görev yapan adli tıp uzmanları tarafından incelemeler yapılmaktadır.

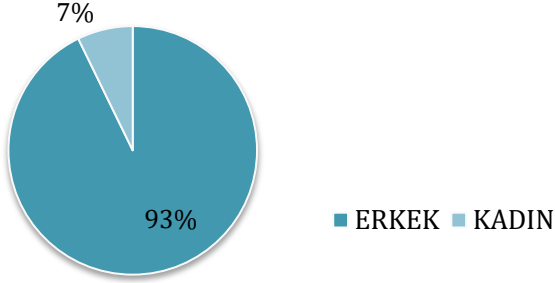
Adalet ve adli tıp mekanizmasında kadınları ilgilendiren yasa ve uygulamalara geçmeden önce adli soruşturma ve yargılamada görev alan hakim ve savcıların, adli tıp yönünden olgulara açıklık getiren adli tıp uzmanlarının cinsiyet dağılımlarına göz atalım.

Hakimler ve Savcılar Yüksek Kurulu'nun 22.06.2012 tarihli verilerine göre; Türkiye genelinde % 65,5'i (5147) erkek, %34,5'i (2706) kadın olmak üzere 7853 hakim ile % 92,8'i (4034) erkek, %7,2 'si (314) kadın olmak üzere 4348 savcı görev yapmaktadır.

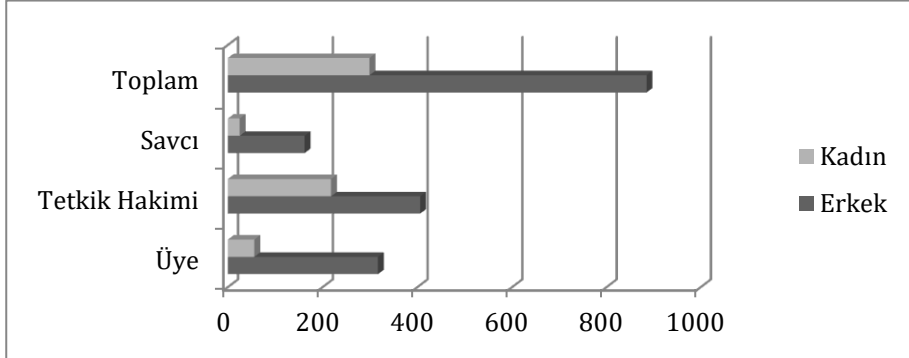
HAKİMLERİN CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI



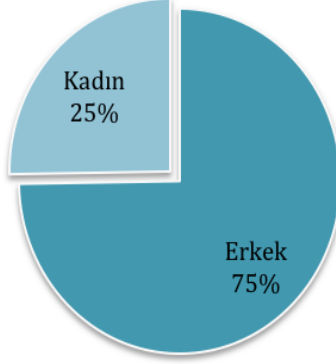
SAVCILARIN CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI



Yargıtay üye, tetkik hâkimi ve savcılar cinsiyet dağılımları yönünden incelendiğinde; Yargıtay Savcılarının % 87'si (162) erkek, ancak %13'ü (25) kadındır. Yine Yargıtay üyelerinin % 85'i (317) erkek, %15 'i (56) kadın, Yargıtay tetkik hâkimlerinin ise % 65'i (406) erkek, %35 'i (218) kadındır.



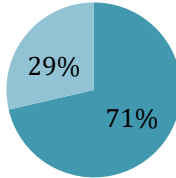
Yargıtay'da Cinsiyet Dağılımı



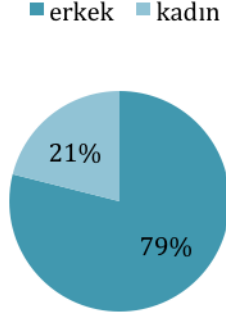
Adli tıp uzmanlarının görev yerleri de birlikte değerlendirilerek cinsiyet dağılımı incelendiğinde; hakim ve savcılara yakın sayılar ortaya çıkmaktadır. Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Adli Tıp Kurumu verileri ile iletişime geçilerek toplanan bilgilere göre; Türkiye genelinde toplam 627 adli tıp uzmanı bulunmaktadır. Bunlardan Adli Tıp Kurumu'nda 290 uzman, 47 Üniversite Anabilim Dalı'nda 311 ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde 19 adli tıp uzmanı görev yapmaktadır.

Adli Tıp Kurumunda Cinsiyet Dağılımı

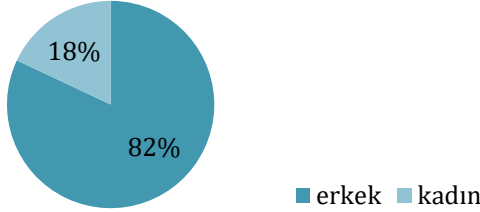
■ erkek ■ kadın



SB Adli Tıp Cinsiyet Dağılımı



Üniversite AD Cinsiyet Dağılımı



Adalet isteyen kadınlar

Kadınlar klinik adli tıp uygulamalarında şiddet mağduru ya da şiddete başvuran öznel olarak yer alırlar. Kadına yönelik şiddet; aile içi şiddet; eşe karşı şiddet gibi başlıklarla bilimsel alanda değerlendirilirken; fiziksel şiddet ve cinsel şiddet yakınmaları en fazla olmakta, duygusal şiddet ve ekonomik şiddet doğrudan adli tıp değerlendirmelerinde yer almamaktadır. Erişkin kadınlarda cinsel şiddet; Türk Ceza Kanunu'nun 102. Maddesinde cinsel saldırı olarak, 18 yaşından küçük çocuk bireylerde; 103. Maddesinde çocuk istismarı olarak ele alınmaktadır.

Adli tıp ceza yasasının unsurları yönünden bireylerin etkisini ve etkilenimini tanımlamaktadır. Tanısal (deskriptif) yaklaşım dışında tedavi gereksinimi, tedavi ve koruyucu önlemler yönünden bütüncül tıbbi değerlendirme adli tıp uygulamalarında bulunmadığı gibi; ülkemizde halen şiddete maruz kalan insanlar için yaralanmaların tedavisi ve uzun süreli sağaltımına odaklanan tıbbi ve adli bir çalışma da bulunmamaktadır.

Kadına yönelik şiddet; aile içi şiddet ya da eşe karşı şiddet gibi başlıklar altında incelense de; büyük çoğunluğunda şiddet uygulayanın erkek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla “kadına yönelik erkek şiddeti” tanımlamaları da bilimsel verilerle örtüşmektedir. Kadınlar babaları, kardeşleri ya da diğer aile bireyleri, eşleri, çocukları, iş yerinde amirleri, iş arkadaşları, asker, polis gibi güvenlik görevlileri tarafından şiddete maruz kalabilmekte, sıklıkla en yakınları tarafından örselenmektedirler.

Hukukun değişen dili

Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) 2005 yılında paradigmatik bir değişim gerçekleşti. Kanun koyucu sadece ceza miktarlarını değil, doğrudan insancıl hukuk değerlerini de gözetken maddeler ekledi. Örnekleme gerekirse; 765 sayılı TCK’nun cinsel suçlarla ilgili bab başlığı **Adabı Umumiye Ve Nizamı Aile Aleyhinde Cürümler** iken 5237 sayılı TCK’nda aynı bab artık **Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar** olmuştur.

Ingeborg Bachmann’ın dediği gibi; “Yeni bir dil olmadan yeni bir dünya yaratılamaz” . Gerçekten de önceki ceza kanununda yer alan cinsel temasın tıbben anlaşılmayan “ırza geçme” gibi terimlerinden vazgeçilmiş, doğrudan çocuk istismarı, erişkinlerde cinsel dokunulmazlığın ihlali gibi kişinin bedensel bütünlüğüne, mahremiyetine saygı ve özen gösteren bir örüntü ağını oluşturulmuştu. Bu alanda çalışan adli tıp uzmanlarının beklentisi olan ensest ve akranlar arası

cinsel ilişkiler için özel düzenlemeler eklenmemiştir, ama olasılığının güçlendiği umudunu içeriyordu.

765 sayılı TCK

ADABI UMUMİYE VE NİZAMI AİLE ALEYHİNDE CÜRÜMLER

414- 15 yaşını bitirmeyen küçüğün IRZINA GEÇME

Hileli vasıta, mukavemet edemeyecek kadar küçük

415-15 yaşını bitirmeyen küçüğe TASADDİ

416- 15 yaşını bitiren

(cebir) ırza geçme

TASADDİ

Reşit olmayan ile cinsel ilişki

417- Bu fiiller birden fazla kişi, nüfuzu altındaki, muhafazası altındaki kişiye karşı...

418-Ölüme, sıhhatine sair büyük nakisa irasına, maluliyet ve **MAGYUBİYETİNE...**

423- 15 yaşın dolduran kızı kandıracağım diye alıp kızlığını bozarsa

5237 sayılı TCK

CİNSEL DOKUNULMAZLIĞA KARŞI SUÇLAR

102- Cinsel dokunulmazlığın ihlali

CİNSEL DAVRANIŞLARLA BİR KİMSENİN VÜCUT DOKUNULMAZLIĞINI İHLÂL EDEN

103- Çocuğu cinsel yönden istismar eden

Onbeş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan **ÇOCUKLARA KARŞI GERÇEKLEŞTİRİLEN HER TÜRLÜ CİNSEL DAVRANIŞ,**

Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar,

104 – on beş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan

105- Cinsel taciz

5237 sayılı TCK 03.06.2005 tarihte uygulamaya geçmeden önce; şiddet mağduru kadınların kolluk kuvvetlerine müracaatlarında şikayetlerinin önemsenmediği, vazgeçmelerinin önerildiği, şikayetlerinin takip edilmediği yakınmaları yaygındı. Yeni TCK 86. Maddesinde yapılan düzenleme ile kolluk kuvvetlerine tutanak tutmak ve işlem yapması zorunlu oldu. Şikayetten vazgeçme savcılık soruşturması aşamasında ya da yargılama sırasında kadınların tercihine bırakıldı. Şiddete maruz kalan kadının kendi başvurusu aranmadan; çevresinden ya da görgü tanıklarından gelen ihbar da işlemlerin başlatılmasına sağlayabiliyordu.

TCK MADDE 86.

(1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Kasten yaralama suçunun;

A) ÜSTSOYA, ALTSOYA, EŞE VEYA KARDEŞE KARŞI,

b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,

c) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,

d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,

e) Silâhla işlenmesi hâlinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Hukukun değişen dili umut verirken yedi yıldır gözlenen uygulamalarda sistematik ve kalıcı değişiklikler elde edildiği söylenemez. Geçtiğimiz günlerde, 08.03.2012 tarihinde yayımlanan Ailenin Korunması Ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun'a göre ev içi şiddet/kadına yönelik şiddet halinde tedbir alma yükümlülüğü ve kararı mülki amire bırakılmaktadır. Kanunun terminoloji olarak ailenin korunmasına odaklanması toplumda eleştirilere neden olmuştur. Aile içinde ölümcül şiddete maruz kalan kadınların yerine ailenin korunmasını hedeflemenin kadınları çaresizliğe iteceği kaygıları dillendirilmektedir.

MADDE 3 – (1) Bu Kanun kapsamında korunan kişilerle ilgili olarak aşağıdaki tedbirlerden birine, birkaçına veya uygun görülecek benzer tedbirlere mülki amir tarafından karar verilebilir:

a) Kendisine ve gerekiyorsa beraberindeki çocuklara, bulunduğu yerde veya başka bir yerde uygun barınma yeri sağlanması.

b) Diğer kanunlar kapsamında yapılacak yardımlar saklı kalmak üzere, geçici maddi yardım yapılması.

c) Psikolojik, meslekî, hukukî ve sosyal bakımdan rehberlik ve danışmanlık hizmeti verilmesi.

ç) Hayatî tehlikesinin bulunması hâlinde, ilgilinin talebi üzerine veya resen geçici koruma altına alınması.

d) Gerekli olması hâlinde, korunan kişinin çocukları varsa çalışma yaşa-

mına katılımını desteklemek üzere dört ay, kişinin çalışması hâlinde ise iki aylık süre ile sınırlı olmak kaydıyla, on altı yaşından büyükler için her yıl belirlenen aylık net asgari ücret tutarının yarısını geçmemek ve belgelendirilmek kaydıyla Bakanlık bütçesinin ilgili tertibinden karşılanmak suretiyle kreş imkânının sağlanması.

(2) Gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde birinci fıkranın (a) ve (ç) bentlerinde yer alan tedbirler, ilgili kolluk amirlerince de alınabilir. Kolluk amiri evrakı en geç kararın alındığı tarihi takip eden ilk işgünü içinde mülkî amirin onayına sunar. Mülkî amir tarafından kırk sekiz saat içinde onaylanmayan tedbirler kendiliğinden kalkar.

Uygulamaların Direnci

Yeni TCK'ndaki değişikliklere rağmen cinsel şiddet olgularında şiddetin belgelenmesi, şiddet mağdurlarının muayene ve tedavileri, yargılama aşamalarında yasal düzenlemeler konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır.

Sağlık sisteminde cinsel saldırıya maruz kalanlar için yapılandırılmış kurumsal bir düzenlemenin bulunmadığını söyleyebiliriz.

Cinsel saldırı muayeneleri, bu konuda deneyimli olan uzmanlar tarafından, adli tıbbi algoritmalara dayanarak gerçekleştirilmelidir. Sağlık sisteminde yapılandırılmış hizmet, cinsel şiddete maruz kalan kişilerin başvuru aşamasından başlayarak tüm sağlık kontrollerinin yapılması, bulaşmalara, gebelik riskine karşı koruyucu önlemlerin alınması, akut ve uzun dönemli sağaltımın planlanarak travmatik olayın etkisindeki bireye kapsamlı sağlık hizmeti sunulması olmalıdır.

Adli belgeleme sürecinde alınan delillerin muhafazası, soruşturmacının hızlı raporlama yönünden zorlayıcı tutumları, defansif tıbbi uygulama, uzman olmayan kişiler tarafından yapılan değerlendirmeler, sağlık çalışanlarının eril yaklaşım tarzları, tıbbi ve sosyal yönlendirme eksikliği sağlık sisteminde cinsel saldırı olgularının incelenmesinde yaşanan sorunlar olmaya devam etmektedir.

Diğer yandan; insancıl hukuk ve bireyin mahremiyetini önceleyen yasal düzenlemeler olsa bile gerek kolluk, gerekse soruşturma ve yargılamada görevli savcı ve hakimlerin bu düzenlemelere paralel bir uygulama sergilemediklerini izlemektediriz. Yasanın yayınlanmasından bugüne kadar yedi yıl geçmiş olmasına rağmen cinsel saldırı ile kızlık zarı, bekâret arasında ilişki aranmaya devam edilmektedir. Yeni yasa cinsel saldırıyı penis merkezli ele almaktan vazgeçmiş olsa da uygulayıcılar için saldırı ve penil penetrasyon eşitliği sürmektedir. Yargılama esnasında; faillerin iddiasına uyularak kadınların tutum ve davranışları, giyimleri, gülüşleri vb cinsel şiddete maruz kalmaları yordandmaktadır. Failler “hayatın olağan akışı” denilen belki de “toplumun baskın kabulleri” veya “toplumun yazılı olmasına gerek olmayan ataerkil yasaları” olarak anlamamız gereken takım elbise giyip, kravat takmanın bile yeteceği nedenlerle ceza indiriminde faydalanmaktadırlar.

Sonuç olarak;

Toplumun ataerkil yapısı, devlet, hukuk ve adalet sisteminin doğrudan “erk”e dayanan işleyişi, sağlık sistemi ve adli tıp uygulamalarının cinsiyetçi kalıplardan uzaklaşmalarını sağlayacak yapısal değişimlerin sağlanmamış olması, şiddete en fazla maruz kalan kadınların sağlığına olumsuz etkilemektedir.

Bununla birlikte; klinik izlenimlerimize göre; kadınlar giderek artan sıklıkla yargıya başvurmaktadır. Çevresinde sosyal destek mekanizmaları güçlü olanlar ısrarları yaşamlarına mal olsa da yasal başvurularının takipçisi olmaktadır. Eşleri, partnerlerinin şiddeti nedeniyle yaptıkları yasal başvurudan vazgeçenler yaşadıklarını belgelemek istemektedir. Bunu, şiddet yaratan erkekten bütünüyle uzaklaşmak yerine adli süreci kullanarak ilişkilerinde fark yaratmaya çalışmalarına bağlayabiliriz. Gerçekten de adli belgeleme ile şiddet içeren ilişkilere yasal bir ihtar sunulmaktadır.

Kadınların maruz kaldıkları şiddeti yargı sürecine taşımak konusunda zorlandıklarını, çocukların sorumluluğu, destekleyici sosyal ilişkileri olmaması nedeniyle şiddete yıllarca göz yumduklarını izlemekteyiz.

Kadınların şiddeti kabullenmek yerine yargı sürecine taşınmaları uzun zaman olsa da bu kadınlardaki mağdur rolünün yıkıldığı yeni bir başlangıç anlamına gelmektedir.

KAYNAKLAR:

Engels F., *Ailenin, Özel Mülkiyetin ve Devletin Kökeni*, 1884; Sol yayınları, s. 217

Hukuk Devleti, **Kavram Sözlüğü (Söylem ve Gerçek)**, c.II, (ed. Fikret Başkaya), Özgür Üniversite Kitaplığı: 59, , Maki Basınç Yayın, Ankara, 2006, s.201-233

Türk Dil Kurumu (TDK);erişim;12.05.2012

Türk Ceza Kanunu 5237 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm>

<http://www.hsyk.gov.tr/Eklentiler/Dosyalar/e0a573c2-6b4e-43bb-bb51-a968045002b3.pdf>

24.10.2011; erişim 12.05.2012, erişim 22.06.2012

KADIN VE SAĞLIK POLİTİKALARI: SORUNLAR VE ÖNERİLER

CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI

KADIN CİNSEL SAĞLIĞI

Dr. Münevver Hacıoğlu

Cinsel sağlık her ne kadar son zamanlarda önemini artırsa da gerek tıp gerek sosyal bilimlerce ihmal edilen bir alan olmuştur. Sağlıklı cinselliğin yaşanmasında kültürel etkenlerin, eğitimin, yanlış cinsel inanışların ve toplumsal cinsel algının etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle bilim dünyasında bu değişkenler ve kadın cinsel sağlığı ile ilgili bir çok yayın bulunmasına karşın, ülkemizde eğitim ve sağlık sisteminde kadın cinsel sağlığı hemen hemen hiç yer almamaktadır. Cinsel sağlık daha çok üreme sağlığı ekseninde algılanmaktadır.

Kadın cinsel işlevleri doğumdan yaşlılığa kadar gelişen ve değişen karmaşık ve döngüsel özellikleri olan evreleri içermektedir. Kadın cinsel sorunları/işlev bozuklukları kadının fizyolojik cinsel döngüsündeki her hangi bir evrede sürekli ya da yineleyici bir sorunun olması ile tanımlanmakta, ayrıca bunlara ek olarak cinsel ağrı bozuklukları başlığında ele alınmaktadır. Diğer taraftan kadınlarda tanı sistemlerinde tartışılan bozuklukların yanı sıra kadın olmanın zorlukları ile ilişkili cinsel pek çok sorun tanımlanabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılındaki tanımlamasına göre, cinsel sağlık yalnızca bir hastalık, fonksiyon bozukluğu ya da yetiyetiminin olmaması durumu değil, cinsellikle ilgili olarak fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal açıdan iyi hissetme halidir. Cinselliğe ve cinsel ilişkiye olumlu saygılı bir yaklaşım gerektirir. Keyifli ve güvenli bir cinsel deneyimde baskı, ayrımcılık ve şiddetin olmaması gerekir. Yine aynı tanımlamada Cinsel Haklar:

- Kolay ulaşılma imkanı bulunan cinsel ve üreme sağlığı imkanları bulabilme
- Cinsellikle ilgili bilgi arama alma ya da verme
- Cinsel eğitim
- Bedensel bütünlüğe saygı
- Partner seçimi
- Cinsel aktiviteye katılıp katılmama kararı
- Rızaya dayalı cinsel ilişkiler
- Rızaya dayalı evlilikler

- Çocuk sahibi olup olmama kararı
- Tatmin edici güvenli ve keyifli bir yaşam sürdürme olarak tanımlanmıştır.

Dünya Seksoloji Birliği'nin 1999 yılındaki tanımlamasında ise cinsel haklar

- Cinsel özgürlük
- Cinsel otonomi
- Cinsel mahremiyet
- Cinsel eşitlik
- Cinsel zevk
- Duygusal cinsel ifade
- Özgürce cinsel ilişki
- Üreme seçimi
- Cinsel bilgi edinme
- Cinsel eğitim
- Cinsel sağlık bakımı olarak tanımlanmıştır.

Kadında cinsel sorun nedenleri

Kadınlarda cinsel sorunların nedenleri şunlardır:

Cinsel eğitimsizlik, yanlış inanışlar, yetiştirilme geleneksel kadın rolü, olumsuz beden algısı, edilgenlik, çekingenlik, katı ahlaki ve dini inançlar, aile içi sorunlar, kişilik sorunları, cinsel yönelim farklılıkları, cinsel taciz ve travmalar, cinsel fobiler kaçınmalar, parafililer, ilişki sorunları, partnere ilgi kaybı, partnerin cinsel bilgi eksikliği ya da cinsel sorunu, gebelik korkusu, psikiyatrik rahatsızlıklar, bedensel rahatsızlıklar ve ilaç kullanımı, yaş ve çekicilik kaybı ile ilgili kaygılar, performans kaygısı, gebelik ve doğum dönemi farklılıkları, sadakatsizlik bekaret, kısıtlı ön sevişme, tecrübesizlik, olarak tanımlanabilir.

Kadında cinsel sorunların bir kısmı cinsel işlev bozuklukları olarak ortaya çıkar. Cinsel işlev bozukluklarını anlayabilmek için öncelikle cinselliğin fizyolojik işleyişini anlamak gereklidir.

Cinsel Fizyolojik Evreler: (1) İstek, (2) Uyarılma, (3) Orgazm, (4) Çözülme olarak tanımlanabilir. Bu evrelerde oluşan problemler sırası ile:

1. Cinsel istek Bozuklukları
2. Uyarılma Bozuklukları
3. Orgazm Bozuklukları

4. Cinsel Birleşmede Ağrı Bozuklukları (Disparöni/Vajinismus) olarak tanımlanabilir.

Bu bozuklar kısaca Kadında Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu'dur

Cinsel istek bozukluğu, cinsel fantezi ve cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması ya da hiç olmaması durumudur. Sürekli olarak ya da tekrarlayıcı bir biçimde olur. Cinsel istek değerlendirilirken kültürel, sosyal, dini, psikolojik, bedensel pek çok faktörün birlikte ele alınması gerekmektedir. Cinsel döngünün en önemli evresidir. Ruhsal aygıt ile doğrudan ilişkilidir. Çok faktörlüdür ve somut bir belirleyicisi yoktur. Kişinin cinsel eylemi oluşturacak ortamı hazırlama, oluşturma, cinselliği başlatma ile ilgili hevesi yoktur ya da azalmıştır.

Cinsel istekte birden fazla neden hep birlikte rol oynar. Bu nedenle cinsel isteği değerlendirirken kültürel, sosyal, dini, psikolojik, bedensel bütün etkenler gözden geçirilmelidir.

Azalmış cinsel istek ile ilgili yanlış cinsel inanışlar:

- Kadın istemese de kocasına karşı görevi olduğu için cinselliği yaşamak zorundadır.
- Kadın evlenene kadar cinsellikle ilgili hiçbir şey öğrenmemelidir.
- Cinsel ilişkide kadının cinsel isteğinin, uyarılmasının, haz almasının önemi yoktur.
- Cinsel isteksizlikle başvuran her kadın cinsel istek azlığı yaşamaktadır.
- Kadın duygusal ilişkisinde problem yaşasa da cinselliği olağan olarak yaşar, cinsellik ilişki sorunlarından ayrı bir şeydir.
- Cinsel istek doğal olarak herkeste vardır isteği oluşturmak ya da artırmak için yapılabilecek hiçbir şey yoktur.
- Kadının cinsel isteği partnerine göre az ise mutlaka rahatsızlığı vardır.
- Normal çiftlerin cinsel ilişki sıklığı, yirmili ve otuzlu yaşlar için haftada en az dört olmalıdır. Sürekli olarak daha az olması düşük cinsel isteğin göstergesidir.
- Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır.
- Cinsel eylemi erkek başlatmalıdır.

Kadında Cinsel Tiksinti Bozukluğu

Sürekli olarak ya da yineleyici bir biçimde, bir cinsel eş ile genital cinsel ilişki kurmaktan aşırı tiksinti duyma ve bundan tümüyle (ya da hemen tümüyle) kaçınma olarak tanımlanır. Bu bozukluk, belirgin bir sıkıntıya ya da kişilerarası ilişkilerde zorluklara neden olur. Bu cinsel işlev bozukluğu, başka bir eksen I bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz (Başka bir cinsel işlev bozukluğu dışında). Cinsel korkular, Cinsel travmalar, Cinsel kimlik ve yönelim sorunları, Ağır kişilik sorunları, Cinsel fobiler, Eş reddi dikkatle değerlendirilmelidir. Tiksinti bozukluğu ile ilgili yanlış inanışlar,

- Meni mikrop taşıyan bir salgıdır.
- Meni kötü kokar bu nedenle temiz değildir.
- Meni değen yer hemen temizlenmelidir, bulaştığı yere zarar verir.
- Cinsel organlar temiz değildir, elle ya da ağız ile dokunulmamalıdır.

Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu

Cinsel uyarılmanın yeterli bir ıslanma, kabarma tepkisini sağlayamama ya da cinsel etkinlik bitene kadar sürdürememe olarak tanımlanabilir. Ülkemizde çoğunlukla cinsel eğitim ve deneyimin çok az olmasından ve temel cinsel tekniklerin ve partneri uyarma yöntemlerinin çiftler tarafından iyi bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Cinsel uyarılma bozukluğuna neden olabilecek yanlış inanışlar

- Cinsel ilişki cinsel birleşme demektir
- Cinsellikte kadının uyarılması gerekmez
- Çiftler birbirini sevdikleri takdirde sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini de bilirler
- Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır, sevişme hakkında konuşmak ve düşünmek onu bozar
- Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır
- Sevişme sırasında fantezi kurmak yanlıştır
- Kadınlarda orgazm cinsel birleşme ile sağlanmalıdır
- Cinsellik içgüdüselidir, öğrenilmez
- Cinsel fanteziler ahlak dışı, sapık ve sadakatsiz davranışlardır.

Kadında Orgazm Bozuklukları

Olağan bir cinsel uyarılma evresinden sonra orgazmın gecikmesi ya da olmamasıdır. Kadınlarda orgazmın anlaşılması ve değerlendirilmesi diğer cinsellik evrelerine göre daha zordur. Orgazm ile ilgili önemli bir yanlış vajinal orgazmın klitoral orgazmdan kaliteli olduğu inanışıdır. Kadınlarda orgazm yetisi yaşla arttığı için, kadında orgazm bozukluğu genç kadınlarda daha yaygındır. Çoğu kadında orgazm bozukluğu edinilmiş olmaktan çok yaşam boyudur. Bir kez öğrenilirse önemli bir yaşam olayı araya girmediği sürece bu yeti yitirilmez Bazı kadınlar herhangi bir cinsel uyarı ile orgazm olurken, diğerleri yoğun ve uzun klitoral uyarılma gerektirir. Bazı kadınlar bir kere orgazm ile kendilerini doyumlu hissederken diğerleri çoğul orgazm gereksinimi hissedebilir. Kadın orgazmının ortaya çıkmasını gerektiren uyarılma derecesi kadından kadına değişir, aynı kadın farklı zamanlarda farklı düzeylerde uyarılma gereksinimi hissedebilir. Orgazm bozukluklarına neden olabilecek yanlış inanışlar

- Cinsel ilişki cinsel birleşme demektir
- Cinsellikte kadının uyarılması gerekmez
- Çiftler birbirini sevdikleri takdirde sevişmekten nasıl zevk alabileceklerini de bilirler
- Sevişme her zaman doğal ve kendiliğinden olmalıdır, sevişme hakkında konuşmak ve düşünmek onu bozar
- Sevişmeyi başlatan kadın ahlaksızdır
- Sevişme sırasında fantezi kurmak yanlıştır
- Kadınlarda orgazm cinsel birleşme ile sağlanmalıdır
- Cinsellik içgüdüselidir, öğrenilmez
- Cinsel fanteziler ahlak dışı, sapık ve sadakatsiz davranışlardır olarak tanımlanabilir.

Kadında Cinsel Ağrı Bozuklukları

Vaginismus ve disparoni olarak tanımlanır.

Vajinismus, vajinaya giriş denendiğinde, vajinanın dış üçte birini çevreleyen kaslarda yineleyici ya da sürekli bir biçimde istemsiz kasılmaların olmasıdır. Birleşme gerçekleşmez, kadında yoğun birleşme korkusu vardır. Çoğunlukla cinsel birleşmeye olanak vermeyen bu kasılmayı kadın kendisi yapmaz ve kendi isteği ile de geçiremez. Vaginismus tedavisinde bazı yanıtlar yapılabilmektedir. Bunlar,

- Hymenektomi (kızlık zarına cerrahi müdahale):
- Uyuşturucu pomatlar:
- Alkol alımı:
- Kaygı giderici ve antidepresan ilaçların kullanımı:
- Sıcak su banyosu, anestetik pomadlar, ağrı kesiciler, sıkıntı gidericilerin birlikte kullanımı
- Tek seanslık çözüm önerileri:
- Hipnoterapi
- Fonksiyonel elektrik stimülasyon- biofeedback yöntem, pelvik taban egzersizleri
- Vajinal botulinum toksini uygulaması (botoks)
- Genel anestezi altında cinsel birleşme

Vajinismus neden olabilecek yanlış inanışlar şunlardır:

- Vajinam çok dar,
- Penis çok büyük, giremez,

- Vajina girişinde duvar gibi bir engel var,
 - Benim cinsel organım anormal, iğrenç, utanç verici,
 - Kızlık zarım kalın, parçalanacak,
 - Çok canım yanar, çok kanar,
- olarak sıralanabilir.

Disparöni (ağrılı cinsel ilişki), kadınlarda cinsel ilişkiden önce, cinsel ilişkinin her hangi bir anında görülen yineleyici veya sürekli cinsel bölge ağrısıdır.

Sunumda buraya kadarki cinsel işlev bozuklukları tanımlamaları bugün kullanılan ancak artık eleştirilen tanımlamalardır. Günümüzde bu tanımlamaların artık kadın cinsel sorunlarını yeterince tanımlayamadığı düşüncesi çoğalmaktadır. Bu nedenle kadın cinsel sorunları için yenilikler önerilmektedir. Bunlardan bazıları şunlardır:

- Şimdiki tanımlama sistemleri erkek kadın cinsel sorunları aynıymış gibi kabul ederek kadınların farklılıklarını inkar etmektedir
- Uluslar arası cinsel haklar bildirgesi oluşturulmalıdır
- Kadını merkeze alan yeni bir tanımlama sistemi oluşturulmalıdır. (çeşitli duygusal, fiziksel ya da ilişkisel boyutlara bağlı cinsel hoşnutsuzluk ve doyumumsuzluk gibi.....)

Tanımlama sistemi heteroseksisttir ve cinselliği cinsel birleşmeye indirgemektedir.

Bu eleştirilerden yola çıkarak yeni tanımlamalar oluşturulmaktadır.

I- Sosyokültürel, politik, ekonomik etkenlere bağlı cinsel sorunlar (bilgi eksikliği, eğitimsizlik, kendini ifade edememe, cinsiyetinden beklentisi, inancı, cinsel davranışları, kontrasepsiyon travma, şiddet konusunda bilgi ve destek eksikliği, çekici olmaktan cinsel yanıt vermekten vücudundan utanma ya da sıkıntı yaşama,)

II- Eşinden veya ilişkisinden kaynak alan cinsel sorunlar (partnerin şiddet uygulaması, partnerden korku duyma, cinsel aktiviteler konusunda uyumsuzluklar, karşdakini ihmal ya da baskılama, cinsel ilgi kaybı)

III- Psikolojik etkenlere bağlı cinsel sorunlar: (geçmişte fiziksel cinsel, duygusal ihmal öyküsü, kişilik problemleri, bağlanma, iletişim zorlukları, depresyon ya da anksiyete, cinsel aktiviteden korkma, gebelik riski, bulaşıcı hastalık, partneri kaybetme kaygıları)

IV- Tıbbi etkenlerle olan cinsel sorunlar

Ayrıca kadın cinsel sorunlarını yaş dönemleri ile tanımlamayı öneren araştırmacılar bulunmaktadır: Çocukluk, gençlik ergenlik, yetişkinlik, yaşlılık gibi.

GEBELİK, DOĞUM VE KÜRTAJ HAKKI

Dr. Gülnihal Bülbül

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

Brezilya’da altı aylık gebe bir kadın kendisini iyi hissetmediğini belirterek bir devlet hastanesine başvuruyor, geri çevriliyor, bir hafta sonra ölüyor. Macaristan’da bir roman kadın acil sezaryene alınıyor bu sırada izni alınmadan tüpleri bağlanıyor. Polonya’da bir kadın kürtaj yasağından dolayı doğum yapmak zorunda kalıyor ve sakat kalıyor. Peru’da bir kadın anensefali bebeği kürtaj yasağı nedeniyle doğurup beslemeye zorlandığı için insan hakları mahkemesine başvuruyor. Uruguay’da bir kadın kürtaj yasağı nedeniyle güvenli olmayan bir yolla düşük yapıp hayatını kaybediyor...

Üremeye ilişkin sağlık yükü iki cinsiyet arasında oldukça eşitsiz olarak dağılmaktadır. Gebelik ve doğuma bağlı sağlık sorunlarını sadece kadınlar yaşamaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların çoğu kadınlarda daha ciddi sekellere yol açmaktadır. Üreme sağlığı ve hakları insan hakları ile doğrudan bağlantılıdır. Örneğin Kadınların kaç çocuk yapacağı ve ne zaman yapacağını seçebilme hakkı kadınların eşitliği kavramı ile ilişkilidir. Doğrudan kadınlara özgün öncelikli bir konudur. İlk kez açıkça 1979’da, Birleşmiş Milletler bünyesinde yer alan sekiz tane temel insan hakları sözleşmesinden biri olan “Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi (CEDAW) Sözleşmesi” ile ortaya konmuştur. 1999’da CEDAW bildirisinde; kadına karşı her türlü ayrımcılığın elimine edilmesi kadın sağlığında önemli iyileşmelere neden olur deniyor ve kadınlara toplam sağlık bütçesinden erkeklere göre daha fazla pay ayrılmasını öneriyor. Ayrıca toplumsal cinsiyet faktörünü göz önünde bulundurarak planlamaların yapılmasını tavsiye ediyor (1)

Üreme Sağlığı ile ilgili ortaya çıkabilecek eşitsizliklerin hazırlayıcı faktörleri; biyolojik, fizyolojik farklılık ile kadınların üreme sağlığı yükü, politik, sağlık politikaları, sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin kullanımı, ekonomik, sosyo-kültürel olarak kısaca özetlenebilir. Bu eşitsizlik en belirgin olarak gelir ve servet dağılımında kendini gösterir. Bugün dünyadaki yoksulların %70’ini kadınlar oluşturmaktadır. “Yoksulluğun feminizasyonu” olarak tanımlanan bu durum, hem zengin hem de yoksul ülkelerde mevcuttur ve çalışma yaşamında kadınların eşit olmayan durumunu ve ev içindeki düşük statülerini yansıtan bir göstergedir.

Üreme sağlığı konusunda en çok sözü edilen parametreler:

Dünyada her gün yaklaşık 1000 kadın gebelik ve doğum ile ilgili önlenemez nedenlerden dolayı hayatını kaybediyor..

Bunların %99'u gelişmekte olan ülkelerde oluyor.

Anne ölümleri kırsal alanda, eğitimsiz ve yoksul kesimlerde daha fazla.

Adelosan yaşlarda gebeliğe bağlı komplikasyon ve ölüm oranı daha fazla.

Gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım anne ve yenidoğan için hayat kurtarıcıdır.

1990 ile 2008 yılları arasında anne ölümü üçte bir oranında azalmıştır.

Anne ölümlerindeki oranı düşürmek Milenyum hedeflerinden biriydi. 1990-2015 yılları arasında dörtte üçünün azaltılmasıydı hedef. 2008 de DSÖ raporuna göre hedeflenen sonuçlardan oldukça uzak olduğu tespiti yapıldı.

Bir kadının tüm yaşamında maternal ölüm (anne ölümü) riski gelişmiş ülkelerde 4300'de 1 iken, gelişmekte olan ülkelerde 120'de 1. Anne ölümleriyle yakın bağlantısı olan bebek ölümlerinde dünyada yılda 3 milyon güvenli olmayan düşükler dünyadaki anne ölümlerinin %13'üne, gebelik ve doğuma bağlı toplam hastalık ve sakatlığın ise %20'sine neden olmaktadır. Diğer bir ifade ile güvenli olmayan düşükler, her yıl 68 bin kadının ölümüne ve 5,3 milyon kadının hastalık ve sakatlığına yol açmaktadır (2).

Son yayınlanan bülteninde DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) 2015 milenyum hedefine bazı bölgelerde oldukça yaklaşmış görünürken sahra altı ülkelerde ilerlemekten bile bahsedilmez. En çarpıcı örneği Cad ve Somali'de anne ölümü 15-16'da 1 olarak bildirilmiştir (5).

Anne ölümleri meselesi insan hakları meselesidir. Sadece sağlık ihtiyaçları değil eğitim, iş koşulları, beslenme, yaşam koşulları gibi sosyal faktörlerin de sağlığın iyileşmesinde rolü önemlidir. Tüm bu belirtilenler, kadına doğurganlığı nedeniyle özel bir üreme sağlığı hizmetinin verilmesi gereğine işaret etmektedir. 1987 yılında DSÖ öncülüğünde Nairobi'de yapılan uluslararası bir toplantı ile temel amacı anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmak olan "Güvenli Annelik" programı başlatılmıştır. Günümüzde 100'den fazla ülkede uygulanan bu program Türkiye'de 1994 yılında pilot uygulamalar şeklinde başlatılmıştır. Güvenli annelik programının 100'den fazla ülkede uygulanması ile elde edilen deneyimler, programın başarısı için kadınların güçlendirilmesi (yoksulluğun feminizasyonu ile mücadele, dünyada yoksulların %70'ini kadınlar oluşturuyor), her gebeliğin en sağlıklı ve eğitilmiş gruplarda bile risk taşıdığı, doğumun mutlaka eğitilmiş personel tarafından yapılması, nitelikli doğum bakım hizmetlerine ulaşılabilmesi, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve sağlıksız düşüklerde gerekli hizmetin verilmesi, acil doğum hizmetlerinde iyi işleyen bir sevk sisteminin olması ve mutlaka programla ilgili gelişmelerin bilimsel yöntemlerle değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur.

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. 1990'lardan sonra bu bakış açısı değişmeye başlamış ve 1994 yılında Kahire'de yapılan "Uluslararası

Nüfus ve Kalkınma Konferansı”nda- International Conference on Population and Develepment-ICPD, “Üreme Sağlığı” kavramı ilk kez dile getirilmiş ve tüm dünyada kabul görmüştür.

1994’de Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma toplantısında(ICPD) cinsel yaşam ve üreme sağlığı merkeze konularak cinsiyet eşitliği ve kadının güçlendirilmesi vurgulanmasıyla insan haklarının çerçevesi çizildi ve Üreme sağlığı ve haklarının tanımı yapıldı; “Üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halinin olmasıdır”.

ÜREME SAĞLIĞI HAKLARI;

Yaşama Hakkı: Tüm bireylerin yaşama hakkı vardır. Hiçbir kadının yaşamı gebelik nedeniyle tehlikeye atılmamalıdır.

Özgürlük Hakkı: Tüm bireyler, başkalarının haklarına saygı göstermek koşuluyla, cinsellik ve üreme yaşamlarını sürdürme ve kontrol etme hakkına sahiptir.

Eşitlik Hakkı: Kadınlar ve genç kadınlar, yasalar, yönetmelikler, gelenekler, uygulamalar, sosyal ve kültürel davranış biçimleri yönünden erkeklerle eşit olmalıdır.

Mahremiyet Hakkı: Bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri bireylere ve çiftlere, özellikle de gençlere, mahremiyet ve gizlilik haklarına sadık kalarak ulaştırılmalıdır. Arkadaşça, saygılı, yargılamayan, ahlak dersi vermeyen tutum özellikle gençlere yönelik yaklaşımda önem kazanmaktadır.

Düşünce Özgürlüğü Hakkı: Tüm bireyler, cinsel ve üreme yaşamları hakkında düşünce ve konuşma özgürlüğüne sahiptir.

Bilgilendirme ve Eğitim Hakkı: Tüm bireyler; cinsel ve üreme yaşamlarına ilişkin kararlarını tam, özgür ve bilinçli vermelerini sağlayacak yeterli eğitim ve bilgiyi edinme hakkına sahiptir. Cinsel eğitimin okulda verilmesi ile gençlerde, daha erken ve artmış cinsel aktiviteye neden olduğu ile ilgili delil yoktur ancak pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de ergen cinselliği yok sayılmaktadır. Bir araştırmada Üniversite Öğrencileri Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı haklarını yeteri kadar bilmedikleri ve CS/ÜS haklarına tam olarak erişemediklerini ortaya koymuştur (7).

Evlendirme ve Aile Kurma Konularında Seçim Yapma Hakkı: Tüm bireyler, tam, özgür ve bilinçli olurları dışında evlendirilmekten korunma hakkına sahiptir. Genellikle 18 yaşın altında olarak tanımlanan erken yaşta evlilik, özellikle eğitim, ekonomik, otonomi, fiziksel ve psikolojik sağlık yönünden, gelişmelerinde olumsuz etkileri olması nedeniyle genç kızların kişilik hakkına saldırıdır.

Çocuk Sahibi Olup Olmamaya Karar Verme Hakkı: Tüm bireylerin sahip olacakları çocuk sayısını ve çocukları arasındaki zaman aralıklarını özgürce ve

sorumluluğunun bilincinde olarak kararlaştırma ve bunun için gereken bilgi, eğitim alma ve yöntemleri öğrenme hakkı vardır.

Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı: Tüm bireyler; geniş kapsamlı bir sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Bu hizmet, gebeliğin güvenli sonlandırılması dahil, doğurganlığı düzenleyen tüm yöntemler ile infertilite (çocuk sahibi olamama) ve AIDS de dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tanısı ve tedavisini de içerir.

Toplanma Özgürlüğü ve Siyasete Katılma Hakkı; Tüm bireyler toplanarak; cinsel sağlık, üreme sağlığı ve haklarını savunma hakkına sahiptir.

İşkence ve Kötü Muameleden Özgür Olma Hakkı: Tüm çocuklar, her türlü sömürden, özellikle cinsel sömürden, çocuk fahişeliğinden ve her türlü cinsel istismar, taciz ve saldırıdan, yasa dışı cinsel etkinliklere, fahişelik ya da diğer yasa dışı cinsel sömürü uygulamalarına katılmaktan ve pornografik gösteri ya da yayınlar için sömürden korunma hakkına sahiptir.

Üreme Sağlığı aynı zamanda, insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir. Bu yaklaşımda, doğumdan ölüme kadar kadın ve erkeğin yaşamının bir bütün olarak ele alınması gerektiği; yaşama sağlıklı başlamanın ilk adım olduğu, bireyin sağlık gelişiminin multifaktöriyel olduğunun bir kez daha önemle vurgulanması söz konusudur. Tanımında da vurgulandığı gibi “üreme sağlığı” (ÜS), bireylerin doğuştan sahip olduğu sağlık haklarından. Dolayısıyla bu konudaki her türlü eşitsizlik kabul edilemez ve önlenmelidir. Bu konferansın sonuçları daha sonra, 1995'te Pekin'de yapılan IV. Dünya Kadın Konferansı'nda da bir kez daha vurgulanmış ve eylem planında yer almış, doğurganlığın düzenlenmesi ile ilgili şu kararlar alınmıştır:

Kadınların ulaşılabilir en yüksek standartta fiziksel ve zihinsel sağlığa sahip olma hakkı vardır. Bütün çiftlerin ve bireylerin özgürce ve sorumlulukla, çocuklarının sayısına, doğum aralığına ve zamanlamasına karar verebilme ve bunu yapabilecek bilgi ve araçlara sahip olma hakkı vardır. Düşüğün yasalara aykırı olmadığı ülkelerde düşük güvenli şartlarda yapılmalıdır.

Türkiye'de de bu eylem planlarına paralel uygulamalar başlatılmıştır (3). Türkiye'de 1960'lı yıllara kadar pronatalist, nüfusun artışı önünde politikalar uygulanırken 1965'te nüfus planlaması yasasıyla antenatalist politika devreye konmuş. Hızlı nüfus artışının toplum ve kadın sağlığı ile ilgili sakıncalarının görülmeye başlanmasıyla, büyük çabalar sonucu 1965 yılında, 557 sayılı ilk Nüfus Planlaması Kanunu kabul edilmiş; bu kanunla aile planlaması yöntemleri hakkında bilgilendirme/ eğitim hizmetleri, geri dönüşlü aile planlaması yöntemleri için klinik hizmet verilmesi, yalnızca tıbbi nedenlerle gebeliği sonlandırma ve yine yalnızca tıbbi nedenlerle cerrahi sterilizasyon yöntemleri serbest bırakılmıştır. Kontraseptif yöntem uygulamalarını sadece kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının yapabilmesi, bu uzmanların da çoğunlukla kent merkezlerinde bulunma-

ları, buna karşın o dönemde nüfusun çoğunun kırsal alanda yaşıyor olması nedeniyle aile planlaması hizmetlerinin kullanılmasında yeterli artış sağlanamadığı gibi, kürtajın yasaklanması nedeniyle istenmeyen gebeliğe bağlı anne ölümleri de önlenememiştir. 1959'da Orta ve Batı Anadolu köylerinde yapılan bir araştırma, anne ölümlerinin yarıya yakınından düşüklerin sorumlu olduğunu ortaya koymuştur. 1983'te daha kapsamlı nüfus planlamasıyla kürtaja izin çıkmıştır.

1983 yılında kabul edilen ikinci nüfus planlaması yasası kadın sağlığını olumlu etkileyebilecek yenilikler;

Rahim içi araç (RİA) ve diğer geri dönüşlü aile planlaması yöntemlerinin uygulanması için eğitim gören sertifikalı ebe ve hemşirelere yetki verilmesi,

İsteğe bağlı olarak cerrahi sterilizasyon hizmetlerinin serbest bırakılması,

10 haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılması hizmetlerinin serbest bırakılmasıdır.

Modern aile planlaması yöntemi kullanma hızı 1978'de %18 iken, 2008'de %46'ya ulaşmıştır. İsteyerek düşük hizmeti başvurularında yasanın kabulünden sonra bir miktar artış olmuşsa da kontraseptif kullanımının artmasına bağlı olarak giderek bir düşüş meydana gelmiş, öte yandan güvenli düşük hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla düşük komplikasyonları ve buna bağlı anne ölümleri büyük ölçüde azalmıştır.

Tablo 5.7 Yerleşim yeri ve bölgelere göre gebeliği önleyici yöntemlerin halen kullanımındaki değişimler

Yerleşim yeri ve bölgelere göre halen herhangi bir yöntem, modern bir yöntem ve geleneksel bir yöntem kullanan 15-49 yaşlarındaki halen evli kadınların yüzde dağılımı, TNSA -1993, TNSA-1998, TNSA-2003 ve TNSA-2008

| Araştırmalar | Yerleşim yeri | | Bölge | | | | | Toplam |
|-------------------------|---------------|------|-------|-------|------|-------|------|--------|
| | Kent | Kır | Batı | Güney | Orta | Kuzey | Doğu | |
| TNSA-1993 | | | | | | | | |
| Herhangi bir yöntem | 66.2 | 56.1 | 71.5 | 62.8 | 62.7 | 64.2 | 42.3 | 62.6 |
| Herhangi bir modern | 38.9 | 26.8 | 37.3 | 36.7 | 36.6 | 29.8 | 26.3 | 34.5 |
| Herhangi bir geleneksel | 27.3 | 29.3 | 34.2 | 26.0 | 26.1 | 34.4 | 16.0 | 28.1 |
| TNSA-1998 | | | | | | | | |
| Herhangi bir yöntem | 66.7 | 58.1 | 70.5 | 60.3 | 68.3 | 67.0 | 42.0 | 63.9 |
| Herhangi bir modern | 40.8 | 31.4 | 40.5 | 35.1 | 42.8 | 35.2 | 26.7 | 37.7 |
| Herhangi bir geleneksel | 25.2 | 31.4 | 29.2 | 24.6 | 24.7 | 31.5 | 15.2 | 25.5 |
| TNSA-2003 | | | | | | | | |
| Herhangi bir yöntem | 73.6 | 64.5 | 74.2 | 70.8 | 74.2 | 71.9 | 57.9 | 71.0 |
| Herhangi bir modern | 45.8 | 34.4 | 45.7 | 44.8 | 46.6 | 32.5 | 31.4 | 42.5 |
| Herhangi bir geleneksel | 27.8 | 30.1 | 28.6 | 26.0 | 27.6 | 39.4 | 26.5 | 28.5 |
| TNSA-2008 | | | | | | | | |
| Herhangi bir yöntem | 74.3 | 68.9 | 76.3 | 70.4 | 75.5 | 75.6 | 61.4 | 73.0 |
| Herhangi bir modern | 47.8 | 40.4 | 48.2 | 45.8 | 48.8 | 41.4 | 37.8 | 46.0 |
| Herhangi bir geleneksel | 26.5 | 28.6 | 28.1 | 24.6 | 26.7 | 34.2 | 23.5 | 27.0 |

Türkiye'de 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Araştırması'nda anne ölüm hızı yüz bin canlı doğumda 28,5 olarak bulunmuş, anne ölümleri içinde

düşüğün payı ise yalnızca %2 olarak saptanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde düşüğün anne ölümleri içindeki payının %13 olduğu hatırlanacak olursa bu durum Türkiye açısından bir başarıdır. TNSA 1993 araştırmasında yüzde 18 olan isteyerek düşük (kürtaj) yapma oranı, 2008 araştırmasında yüzde 11'e gerilemiştir. Temel özelliklere göre bakıldığında kürtaj yapma eğiliminde düşüş gözlenmektedir, bu düşüşün bir kısmı aile planlamasında yöntem kullanma hızında artışla açıklanabilir. Ancak Türkiye'de istenmeyen gebeliklerde sağlık hizmetlerinde hala karşılanamayan gereksinim mevcuttur. Kamu kuruluşlarının bu hizmeti vermedeki payı çok düşüktür. Sonuçta Türkiye'de istenmeyen gebeliklerin ve kürtaj hakkının kadın sağlığında sorun olmaya devam ettiği ve hizmete ulaşmada sorunlar bulunduğu söylenebilir. Diğer pek çok uluslararası belgede de konu yine, "kadının/ bireyin sağlık hakkı" olarak vurgulanmaktadır. Dokuz hafta ve altındaki gebeliklerin cerrahi girişim olmaksızın tamamen tıbbi yöntemle sonlandırılması olan "medikal abortus- tıbbi düşük yöntemi", pek çok gelişmiş ülkede yaygın olarak kullanılmasına rağmen Türkiye'de rutin olarak verilen Üreme Sağlığı Hizmetlerinin içinde henüz yer almamaktadır. Dünyada en yaygın kullanılan tıbbi düşük yönteminde; bir progesteron antagonisti olan "Mifepriston" ve bir prostoglandin analogu olan "Misoprostol" kullanılmaktadır (8). 200 mg mifepriston ve 48 saat sonra uygulanacak 400 mcg. misoprostol ile 9 hafta ve daha küçük gebelikleri sonlandırmada % 95 ve daha üzerinde başarılı sonuçlar alındığını, kullanıcı memnuniyetinin çok yüksek, cerrahi yöntemin risklerini taşımayan "tercih edilen" bir yöntem olduğunu göstermektedir. 2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün "Zorunlu İlaçlar Listesi'ne" alınmış olan mifepriston, Türkiye'de ise halen ruhsatlandırılmamıştır. Konu Başkent Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi işbirliği ve Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği ile düzenlenen bir toplantıda, 6 Haziran 2012'de Ankara'da ele alınacaktır.

Anne ve bebek ölümlerini azaltmak ve doğumu daha güvenli hale getirmek için hastanelere taşınan doğum medikalize edilmiştir. Tüm dünyada doğum şekli olarak sezaryen ile doğum hızla artarken kadının kendi bedensel yetisiyle gerçekleştirebileceği, doğal bir olay hastane ortamlarında kadınlara seçme hakkı verilmeksizin medikal bir işleme dönmüştür. Artan sezaryen oranlarına bağlı anne ölümleri de söz konusu olmuştur. DSÖ bu konuda uyarıda bulunmuştur. Türkiye gibi bazı ülkelerde sezaryen oranları son yıllarda çok fazla artmıştır. Gebeliğinde yeterince bilgilendirilmeyen kadınlar medyatik haberlerinde etkisiyle doğum korkusu yaşayarak sezaryen tercihi yapmakta ve bu tercihin özgür seçim olduğu görüşü tartışılmalıdır.

Tüm dünyada üreme sağlığı hakları konusunda istikrarsız bir dönemdeyiz. Politik iklimin 2000 yılından sora değiştiğini, dindar ve muhafazakar devletlerin seksüel ve üreme sağlığı ve hakları konusunu, özellikle kürtaj hakları konusunu giderek de-politize ederek önemli bir ilerlemenin önünü kapatmıştır diyen Wanda Nowicka (ASTRA –Polonya Aile planlaması koordinatörü) bu gerilemenin uluslar arası üreme sağlığı ve hakları savunucusu kuruluşlarla sosyal adalet ve ekonomik haklar için olan mücadelenin bir parçası olarak gerçekleştirilebileceğini bildiriyor (10).

Anne ölümlerinin yüksek olduğu Çin, Vietnam, Endonezya, Hindistan da yönetimlerin anne ölümlerini düşürmek için uyguladıkları bir dizi ana-çocuk sağlığı projelerinden sonra başarılı görünmektedirler. Türkiye de bu ülkeler arasında sayılabilir. Hızla büyüyen ekonomi, göç, etnik grupların dezavantajlı olması, kırsal kesimde ulaşılamayan sağlık hizmeti ile sağlıkta eşitsizliğin devam ettiği yoksul kesimlerde değişen çok şey olmamıştır. Anne ölümlerinde azalma her zaman üreme sağlığında ve haklarında bir iyileşme anlamına gelmiyor. Ayrıca devletlerin bu skor baskısı nedeniyle sağlık sektöründe çalışanlar kendilerini baskı altında hissederek ölmekte olan birini sırf kendi kliniklerinde sayı artmasın diye başka kliniklere sevk ederek başka bir eziyete neden olabiliyorlar (11).

Uluslararası metinlerden yola çıkarak çerçevesi yukarda çizilen üreme sağlığı ve haklarının uygulamada ne kadar geçerli olduğu şüphelidir. Devletin ya da dini kurumların bu alana müdahalesi ile bu haklar çoğunlukla ihlal edilebilmektedir. Sadece yasaların değişmesi de yeterli değildir. Bu hakların hayata geçmesi için altyapısal koşulların yerine getirilmesi gerekir.

Teorik düzeyde kabul edilen üreme ve cinsel hakların pratik yaşama geçirilememesinin önündeki engeller;

Sağlık hizmetlerine ulaşabilme; neoliberal ekonomik politikalarla sağlık hizmetlerindeki kamunun payı gittikçe düşürülmekte, buna bağlı olarak bu hizmetlere en çok ihtiyaç duyan yoksul, kırsal kesimde yaşayan kadınlar mahrum kalmaktadır.

Eğitim, meslek edinme, çalışma koşulları; gerek dine dayalı gerekse ırkçı-milliyetçi muhafazakarlığın gelişmesi ve yaygınlaşmasıyla kadınları ikincil konumda gören hükümet politikaları kadınları özel alanın aktörleri olarak görüp kamusal alanda sınırlamakta, cinsiyetler arası eşitsizlikleri beslemektedir.

En son IPCI/ICPD Konferansı Addis Ababa'da Ekim 2009'da gerçekleşmiştir. Konferans, 110'u aşkın ülkeden parlamenter ve bakanlar da dâhil 400 delegeyi bir araya getirmiştir. Konferansa katılan parlamenterler ve bakanlar, cinsiyet ayrımcılığını çevreleyen sessizliği bozmak ve cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile haklarını yaygınlaştırmak için denetim sorumluluklarını yerine getirme sözü verdikleri Addis Ababa Taahhüt Bildirgesini oybirliğiyle kabul etmişlerdir. Bütçe artırılmış ancak gelişmekte olan ülkelerin ihtiyaç duyduğu tek şey mali yardım değildir. Gündeminin ilerletilmesinde karşılaşılan bir başka önemli zorluk da cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve hakları konularında elverişli bir ortamı yaratma ve besleme ihtiyacıdır. Bu, nüfus ve kalkınma konusunda ilgili yasa, politika ve programların benimsenmesi ve iyileştirilmesiyle, parlamenter destekle mümkün olabilir.

24 ve 25 Mayıs 2012 tarihlerinde tüm dünyadan gelen 300'den fazla milletvekili, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) Eylem Programının Uygulanmasına İlişkin Beşinci Uluslararası Parlamenterler Konferansı'na katılmak için İstanbul'da buluşacak. Etkinlik kapsamında, altı kıtadan gelen milletvekilleri, dünya hükümetlerinin 1994 yılında Kahire'de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı'nda verdikleri taahhütle ilgili kaydedilen gelişmeleri; yani

kadınların kendi üreme sağlıkları ve haklarının korunması ve güçlendirilmesi alanında gösterdikleri çabalarla ilgili ilerlemeyi tartışacak (6).

Neler yapılabilir:

Kadınların sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirlik, kapsayıcılık ve cevap verebilirlik ihtiyaçlarına göre sistemlerin düzenlenmesi.

Cinsiyet ve sosyoekonomik eşitsizliklerin kadınların sağlıkla ilgili bilgiye ve sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerini zorlaştırması engellenmeli.

Yoksulluğun önlenmesi, eğitimin artırılması, kadınların sosyal ve politik katılımlarının artırılması ile kadınların kendine güveni ve gücünün artması.

Hakların öncelikle bu konularda hizmet verenler tarafından bilinmesi, hizmet vermede onları daha güçlü kılacaktır.

KAYNAKLAR

1-http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595100_eng.pdf

2-<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>. Erişim tarihi: 18.04.2012

3-Prof. Dr. Ayşe Akın 2010 KADIN SAĞLIĞINDA EŞİTSİZLİKLER VE TOPLUMSAL CİNSİYET İzmir'de Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği ve Dokuz Eylül Halk Sağlığı AD 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre kitabında yayınlanmıştır ss:73-82

4-http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/mudahale_alanlari/aile_planlamasi/genel_bilgi.asp ERİŞİM 06.05.2012

5-http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503631_eng.pdf.erişim 17.05.2012

6-<http://www.ipci2012.com/tr/403/tarihce/>.Erişim 15.05.2012

7- Dr. Gül Pınar. 2009. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları ile İlgili Bilgi ve Görüşleri. http://www.ttb.org.tr/STED/files/2009_sayi/kasim_aralik_2009.pdf

8- <http://gynuity.org/programs/> erişim tarihi: 15.05.2012

9-Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Rehberi, Türkiye Aile Planlaması Derneği, Ankara, 2005

10-Wanda Nowicka. 2011. sexual and reproductive rights and the human rights agenda. controversial and contested. Health Matters. 2011;19(38):119-128

11- S.Thomsen, D. Hoa, M. Malqvist,L. Sanneving, D.Saxena B.Yuan, P. Byass. Promoting equity to achieve maternal and child health.Reproductive Health Matters 2011;19(38).176-182

KADIN RUH SAĞLIĞI

KADIN YOKSULLUĞU VE DEPRESYON

Dr. Leyla Gülseren

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

Yoksulluk ve kadın

Üzerinde görüş birliğine varılmış nesnel bir tanımı olmamakla birlikte yoksulluk, belirli bir gelir düzeyinin altında kalma, yeterli gelir ve tüketimi gerçekleştirileme, fiziksel, ruhsal ve toplumsal engellilik hali olarak tanımlanabilir (Öztürk ve Çetin 2009). Dünya üzerinde yoksulluğun en çok etkilediği gruplar kadınlar ve kız çocuklarıdır. Dünyada yoksulluk içinde yaşayan insanların %70'ini kadınlar oluşturmaktadır (Moghadam 2005). 1995 yılında Pekin'de düzenlenen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı Eylem Planı'nda 'yoksulluğun kadınlaşması' ifadesi kullanılmıştır (UN Fourth World Conference on Women 1995). Boşanmaların, evlilik dışı çocuk sahibi olma oranlarının artması, dolayısıyla kadınların aile reisi rolünü daha fazla üstlenmeleri; ailede kadın ve erkeklerin eşit haklara sahip olmamaları; neoliberal ekonomik politikalar 'yoksulluğun kadınlaşması' na katkıda bulunan etkenler olarak gösterilmektedir (Moghadam 2005). ABD'de tek ebeveyn olarak çocuklarıyla yaşayan yaklaşık her dört kadından biri yoksuldur (Carmen ve ark. 2007). Türkiye'deki duruma baktığımızda tablonun hiç de iç açıcı olmadığı görülmektedir. Türkiye'de yoksulların çoğunluğunu kadınlar, en çok da dul, boşanmış, tek ebeveyn olarak çocuklarıyla yaşayan kadınlar oluşturmaktadır. Boğaziçi Üniversitesi tarafından 2010 yılında hazırlanan 'Türkiye'de eşitsizlikler: kalıcı eşitsizliklere genel bir bakış' çalışmasında, Türkiye'nin gelir dağılımı eşitsizliği ve gelir yoksulluğu açısından AB üye ülkeleri arasında son sırada; toplumsal cinsiyet açısından gelir eşitsizliğini gösteren endekste ise 115 ülke arasında 109. sırada yer aldığına dikkat çekilmiştir. Gelir dağılımındaki bozulmadan en çok etkilenen kesim kadınlar ve kız çocuklarıdır. Kadınların işgücüne katılım oranları 1988 yılında %34.3 iken 2008'de %21.6'ya gerilemiştir. Türkiye, kadınların işgücüne katılım oranları açısından OECD ve AB ülkelerinin çok gerisinde olmasının yanı sıra Orta Asya Bölgesi'nde de en düşük katılım oranına sahip ülkedir (Candaş ve ark. 2010). Yoksulluk; göçmenlik, belli bir azınlık grubunda yer almak ya da belli bir sosyal sınıfa ait olmakla ilişkili olabilir. Ancak nedeni ne olursa olsun yoksulluk süreci kadın ve erkekleri farklı biçimlerde etkilemektedir. Kadınların daha yoksul olmalarında ve yoksulluğun etkilerini daha fazla yaşamalarında toplumsal cinsiyet ayrımcılığının önemli bir rolü vardır (Şener 2009). Kadınların eğitim düzeyinin düşük olması, kalifiye eleman olarak piyasaya girememeleri, düşük ücretli işlerde, iş güvencesi olmadan çalışmaları, ücretsiz aile işlerinde çalışmaları, geleneksel toplumsal rolleri nedeniyle öncelikle evdeki çocukların, yaşlıların, hastaların bakımından sorumlu olmalarının çalış-

malarını engellemesi kadın yoksulluğunun başlıca nedenleridir. Kadınlar çalışma hayatındaki eşitsizlikler açısından da dezavantajlı durumdadır. Çalışma saatleri uzun ve çalışma koşulları kötü olduğu gibi çalışan kadınların işsiz kalma riski erkeklerden daha yüksek, işsiz kalma süreleri de daha uzundur (Şener 2009, Candaş ve ark. 2010, Öztürk ve Çetin 2009).

Yoksul kadınlarda depresyon

Dünya Sağlık Örgütü depresyonun 2020 yılında en acil sağlık sorunları içinde ikinci sırada yer alacağını bildirmiştir (Lopez ve Murray 1998). Yaşam boyu depresyon yaygınlığı kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık iki kat, yoksul kadınlarda depresyon yaygınlığı ise genel topluma oranla iki kat daha fazladır. Bunun başlıca nedeni, yoksul kadınların akut ve kronik stres etmenleriyle daha çok karşılaşmalarıdır (Bassuk ve ark. 1998). Beslenme ve barınma sorunları, birden fazla işte çalışma ya da sosyal yardım kuruluşlarından yardım aramak zorunda olma, çocukluk ve erişkinlik döneminde fiziksel ya da cinsel kötüye kullanımın yaygın olması, bu kadınların eş şiddetine daha fazla maruz kalmaları, eş desteğinin yetersiz olması, çocukların bakımını bir başına üstlenmek zorunda kalma, ayrımcılığa maruz kalma, sosyal yalıtım, sosyal hareketliliğin sınırlı olması, kamusal olanaklardan yararlanamama, yoksullukla birlikte bedensel hastalık riskinin artması depresyona yol açabilecek başlıca akut ve kronik stres etkenleridir (Aidoo ve Harpham 2001, Çamur-Duyan ve ark. 2006, Lennon ve ark. 2002, Levy ve O'Hara 2010). Yoksulluk ruhsal hastalıklar için önemli bir risk etkeni olduğu gibi uygun ve yeterli tedavi almanın önünde de engel oluşturur (Grote ve ark. 2007).

Lennon ve arkadaşları (2002), resmi yardım kuruluşlarından destek alan her yoksul beş kadından birisinin major depresyon ölçütlerini karşıladığını, yaklaşık yarısında da ciddi düzeyde depresif belirtiler olduğunu bildirmişlerdir. Depresyon kadınlarda önemli oranda yetiyetimine neden olur ve genel sağlığı olumsuz etkiler. Depresyon yineleyici bir bozukluktur (%50-70). Her yeni atak daha şiddetli belirtilerle yineleme riskini artırır. Tedavi edilmediğinde kalıntı belirtiler sosyal işlevselliği bozduğu gibi yineleme oranlarının yükselmesine de neden olur (Kupfer 1991)

Annenin depresyonunun çocuklar üzerindeki etkileri de olumsuzdur. Depresif annelerin çocuklarında depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve yıkıcı davranış bozukluğu riskinin 2-3 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Weismann ve ark. 2006). Yoksulluk, gebelik ve lohusalık döneminde de depresyon riskini artırarak çocukların ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir (Goyal ve ark. 2010).

Tedavi

Hirschfeld ve arkadaşları (1997), depresyon tanısı konan hastaların yalnızca %10'unun uygun tedavi aldığına dikkat çekmişlerdir. Bu durum özkıyım riski, sosyal ve mesleki işlevselliğe, kişiler arası ilişkilerde bozulma gibi ciddi ve olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Yoksullar için bu oran çok daha düşüktür (Edlund ve ark. 2002). Depresyonu olan yoksul kadınların tedavileri ile ilişkili

bazı zorluklar söz konusudur. Bu zorluklar yardım almak için başvuruyu engellerebilir. Grote ve arkadaşları (2007) söz konusu engelleri şu şekilde sıralamışlardır:

1. Pratik engeller: Maliyet, sosyal güvence yokluğu, önceliklerin farklı olması, çalışan kadın için zaman kısıtlılığı iş yerinden izin alma vb. güçlükler, çocuğunu bırakacak kişi bulamama, ulaşım sorunu, kliniklerin çalışma saatlerinin sınırlı olması.

2. Ruhsal etkenlerle ilgili engeller: Damgalanma kaygısı (çevresi tarafından yetersiz, tehlikeli ya da aklını yitirmiş olarak görülme); enerji azlığı, yorgunluk, bitkinlik, konsantrasyon güçlüğü, kendilik değerinde azalma gibi depresyona bağlı belirtiler; bu kadınlarda sık görülen fiziksel ya da cinsel kötüye kullanım öyküsünün olumsuz anıları hatırlamaktan kaçınmaya yol açarak tedavi motivasyonunu azaltabilmesi; çocukluk döneminde yaşanan travmaların başka kişilerle güvene dayalı ilişkiler kurulmasını güçleştirmesi ruhsal etkenlerle ilgili başlıca engellerdir.

3. Kültürel etkenlerle ilgili engeller: Her kadının depresyonunu ifade etme biçiminin kültürel etmenlerden etkilendiği gerçeğinin göz ardı edilmesi tanı ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir. Söz gelimi, bazı kültürlerde depresyon bedensel belirtilerle ifade bulur.

Depresyonu olan yoksul kadınlarda tedavilerin etkinliğini değerlendiren çalışma sayısı azdır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve ilaç tedavisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, her iki yöntemle de depresif belirtilerde azalma olmakla birlikte ilaç tedavisinin etkinliğinin daha fazla olduğu görülmüştür (Miranda ve ark. 2003). Son dönemlerde yapılan çalışmalar, yoksul kadınların da tedaviden yararlandığını göstermiştir. Bu sonuçlar, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yoksul kadınlarda depresyonun tedavisiyle ilgili nihilistik bakış açısının değişmesini sağlamıştır (Araya ve ark. 2006, Bolton ve ark. 2003, Patel ve ark. 2003).

Öneriler

Tedavi arayışına engel olan etkenler anlaşılmalı ve çözüm yolları araştırılmalıdır. Ruhsal-eğitimsel yaklaşımlar yararlı olabilir Yoksul kadınlarda depresyonu tedavi ederken, bu kadınların çok sayıda sosyal sorun ve kronik stres etkeniyle karşı karşıya kaldıkları gerçeği dikkate alınmalıdır Özellikle travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olmak üzere, eştanılar araştırılmalıdır. TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığı için %35'e varan oranlar bildirilmiştir (Bassuk ve ark. 1998).

Birinci basamağa başvuran hastalara en sık konan tanının depresyon olduğu, hastaların en sık bedensel yakınmalarla (%60) başvurdukları belirlenmiştir (Özmen ve Sağduyu 1997). Birinci basamaktaki sağlık çalışanlarının, kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin, çocuk hekimlerinin depresyonu tanınmaları ve depresyonu olan kadınları yardım almaya yönlendirmeleri önemlidir.

Ruhsal hastalığın, çalışabilme ve bağımsız yaşayabilmenin önünde önemli bir engel olduğu unutulmamalıdır. Etkin tedavi olanağı sağlandığında yoksul kadınlarda da depresyonun düzelme şansı vardır (Miranda ve ark. 2003). Kadın yok-

sulluğuyla mücadelede; yoksul kadınlara yönelik pozitif ayrımcılık (iş istihdamında öncelik), etkin devlet politikalarıyla yoksullukla mücadele edilmesi, eğitim konusunda kız çocuklarına fırsat eşitliği sağlanmasının yanı sıra, cinsiyetler arası güç ve iktidar ilişkisini, sosyal eşitsizlikleri gidermeye yönelik politikalara acilen gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

Aidoo M, Harpham T (2001) The explanatory models of mental health amongst low-income women and health care practitioners in Lusaka, Zambia. *Health Policy and Planning*, 16(2):206-213. .

Araya R, Flynn T, Rojas G ve ark. (2006) Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry*, 163:1379-1387.

Bassuk EL, Buckner JC, Perloff JN ve ark. (1998) Prevalence of mental health and substance use disorders among homeless and low-income housed mothers. *Am J Psychiatry*, 155:1561-1564.

Bolton P, Bass J, Neugebauer R ve ark. (2003) Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda. A randomised controlled trial. *JAMA*, 289:3117-3124.

Candaş A, Buğra A, Yılmaz V ve ark. (2010) Türkiye’de eşitsizlikler: kalıcı eşitsizliklere genel bir bakış. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu. İndirildiği adres http://www.spf.boun.edu.tr/content_files/turkiyede_esitsizlikler_spf.pdf. Erişim tarihi 17.12.2012.

Carmen DW, Proctor BD, Smith J (2007) Income, poverty and health insurance coverage in the United States: 2006. US Census Bureau, Current Population Reports. İndirildiği adres <http://www.census.gov/prod/2007pubs/p60-233.pdf>. Erişim tarihi 17.12.2012.

Çamur-Duyan G, Acar H, Baykara-Acar Y ve ark. (2006) Boşanmış kadınların yaşam öyküleri ve yoksullukla baş etme biçimleri. *Kriz Dergisi*, 15(1):25-38.

Edlund MJ, Wang PS, Berglund PA ve ark. (2002) Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry*, 159:845-851.

Goyal D, Gay C, Lee KA (2010) How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first time mothers. *Womens Health Issues*, 20:96-104.

Grote NK, Zuckoff A, Swartz H ve ark. (2007) Engaging women who are depressed and economically disadvantaged in mental health treatment. *Soc Work*, 52:295-308.

Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S ve ark. (1997) The national depressive and manic depressive association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA*, 277:333-340.

Kupfer DJ (1991) Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry*, 52 suppl.28-34.

Lennon MC, Blome J, English K (2002) Depression among women on welfare: a review of the literature. *JAMWA*, 57:27-31.

Levy LB, O'Hara MW (2010) Psychotherapeutic interventions for depressed, low income women: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30:934-950.

Lopez AD, Murray CJL (1998) The global burden of disease, 1990-2020. *Nature Medicine*, 4(11):1241-1243. İndirildiği adres <http://www.ufrgs.br/toc/pdfs/29.pdf> erişim tarihi 17.12.2012.

Lynch JW ve ark (1997) Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological and social functioning. *N Engl J Med*, 337:1889-1895.

Miranda J, Chung JY, Green BL (2003) Treating depression in predominantly low-income young minority women. A randomized controlled trial. *JAMA*, 290:57-65.

Moghadam VM (2005) The 'feminization of poverty' and women's humans right. Gender Equality and Development Section Division of Human Rights Social and Human Sciences Sector UNESCO. İndirildiği adres : http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/Feminization_of_Poverty.pdf Erişim tarihi: 17.12.2012.

Özmen E, Sağduyu A (1997) Temel sağlık hizmetlerinde depresyon: Tanı sorunları ve öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(2).

Öztürk M, Çetin BI (2009) Dünyada ve Türkiye'de yoksulluk ve kadınlar. *Journal of Yasar University*, 3(11):2661-2698.

Patel V, Chisholm D, Rabe-Hesketh S ve ark. (2003) Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised, controlled trial. *Lancet*, 361:33-39.

Şener Ü (2009) Kadın yoksulluğu. Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV)

United Nations Fourth World Conference on Women. 15 september 1995. İndirildiği adres <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/poverty.htm> erişim tarihi: 17.12.2012.

Weissmann MM, Pilovsky DJ, Wickramaratne PJ ve ark. (2006) Remission in maternal depression and child psychopathology. A STAR D-child report. *JAMA*, 295:1389-1398.

KADINA YÖNELİK ŞİDDETEN KADIN CİNAYETLERİNE UZANAN YOL: EV TİPİ CEZAEVİNDEN MEKTUPLAR

Dr. Özge Yenier Duman

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

Filmler vardır. Biri suçsuz yere cezaevine atılır. Özgürlüğünden alıkonulmayı kabul etmesine imkan yoktur. Her gün kaçış üzerine düşünür, plan yapar. Sabırlı bir uğraş ile kaçışını hazırlar. Tımağları ile kazar özgürlüğe kavuşturacak tüneli. Uygun zamanın gelmesini bekler. Ve sonra o gün... Sonunda harekete geçer. Yeniden özgür bir insan olabilmek, onurunu geri kazanabilmek için adım atar: Eğer özgürlüğünü kısıtlayan baskı ve zulüm tarafından iç dünyası teslim alınmadıysa...

Kadınlar her gün ev içinde, sokakta, iş yerinde, okulda saldırıya uğruyorlar. Dayak yiyor, tecavüze uğruyor, aşağılanıyorlar. Bu şiddet, eğitim alamamaları-sürdürememeleri, ev dışında çalışamamaları, ev içinde ağır işçi oldukları halde emeklerinin görülmemesi, eşit işe eşit ücret alamamaları, istedikleri zaman sokağa çıkamamalarına kadar kamusal alanda varoluşlarına engeller yaratmakla kalmayıp beden ve ruh sağlıklarının ağır biçimde bozulmasına yol açıyor. Kadına yönelik şiddet; kadınların eğitim, sağlık, çalışma, seyahat edebilme, eğlenebilme, özgürce kendini ifade edebilme, bedeni ve cinselliği üzerinde karar verebilme haklarını biçip geçerek en nihayetinde yaşam haklarını da ellerinden alıyor.

Kadına yönelik şiddetin en yoğun olarak yaşandığı yer ne yazık ki insanın kendini huzurlu, dingin ve güvende hissetmek istediği sıcak ve şefkatli “yuva”: ev içi. Şiddet uygulayıcısı erkekler ve kadın katilleri genellikle koca, baba, sevgili, kardeş...Bazıları soruyor: “Bu kadınlar neden kaçıp kurtulmuyorlar?” diye...

Kadınlar çoğunlukla yaşadıkları şiddeti dile getiremiyorlar. Bu dile getirememenin nedenleri konusunda kadının güven duyduğu ya da duymak istediği birinden gördüğü fiziksel, cinsel ya da duygusal şiddetin travmatik etkilerinin; korku, dehşet, utanç ve onur kırıklığının payı yadsınamaz. Baskı, psikolojik denetim ve tahakküm altında sessizlik kuralıdır. Ev içi şiddetin hapisanelerinde en az cezaevlerindeki kadar kaçmayı imkansız kılan baskı ve işkence mevcut. Şiddetle bir kez karşılaşma insanı allak bullak eder; yoğun korku, dehşet ve çaresizlik hissi yaşatır. Ancak şiddetin uzun yıllar, tekrar tekrar yaşanması insanın başa çıkmasını imkansız kılar. Ev içinde olduğu gibi şiddete direnmek ya da kaçmak

mümkün olmadığında savunma gücü kırılır. Erkek şiddeti nedeniyle cinayete kurban giden kadınların öykülerine baktığımızda önemli bir kısmının daha önce ailesine, komşusuna durumdan söz ettiği, polise gittiği, kaçtığı, belki bir süre sığınma evinde kaldığı, savcılığa başvurduğu hatta koruma kararı aldırmaya çalıştığı ancak celladı ile barıştırıldığı, evine geri gönderildiği ve devlet tarafından korunmadığı gerçeğiyle karşılaşırız. Tünelden çıkan mahpus tam da ışığı görmüşken dışarıdaki dünyada güvenebileceğini umduklarının ihanetine uğradığında direnci kırılır. Artık hücrelerine geri dönmek ve gardiyanına benzetmekten başka yolu kalmamıştır, iç dünyası teslim alınmıştır.

Kadına yönelik şiddetle sık karşılaşılan alanlardan biri sağlık kurumları. Şiddet kadınlarda her tür fiziksel ve ruhsal soruna yol açabiliyor. Hekimler ve sağlık çalışanları tarafından şiddetin tespiti kritik önemdedir. Özellikle yol açtığı sorunlar nedeniyle ruh sağlığı profesyonelleri açısından fark edilmesi hem gerekli hem de daha olasıdır. Tanınma öncelikle şiddetin varlığının kabulü ile mümkündür.

Totaliter rejimlerin gözlerden ırak zindanlarında yaşananların kamusal alanda konuşulmama hali gibi kadına yönelik ev içi şiddet de böyle bir sessizlik kuralı ile çevrelenmiştir. Şiddete uğrayan kadınlara susmak öğretilmiş ya da dayatılmıştır. Kol kırılır yen içerisinde kalır. Kırık kolun acısının belki de çok nadiren dile geldiği ortamlardan bazıları biz hekimlerin odalarıdır. Bazen hekimler ev içi şiddetin, çocukluk çağı istismar öykülerinin en erken tanıkları olurlar. Koldaki kırık kaynadıktan çok sonra bile devam eden gönül kırıklığı ise biz ruh sağlığı çalışanlarına dile getirilir. Günlük pratiğimizde pek çok kez “bunu ilk kez size söylüyorum” sözleriyle karşılaşırız. Bu sözlere kulak verecek miyiz? Kulak vermek bir şeyler yapmak konusunda bizi sorumlu kılar. Çoğu zaman anlatılanların gerçek dışı ya da abartılı olduğuna inanmak isteriz, çünkü vahşeti kabul etmek ne yaşayanlar ne de tanık olanlar için hiç de kolay değildir.

Şiddetin maruz kalanlar üzerindeki etkilerinde şaşırtıcı benzerlikler bulunur. Savaş, askeri darbe veya işkenceye maruz kalmış olanlarla; tecavüz, ev içi şiddet ya da çocuk istismarına maruz kalanların yaşadıkları travmalar pek çok ortak yönler taşır. Devletin vatandaşları üzerinde tahakküm kurma ve boyun eğmeyi sağlamak için güvenlik görevlileri aracılığıyla uyguladığı siyasal şiddetin yöntemleri ev içinde mikro örneklerde sergilenebilmektedir. Polisin sınırsız yetkilerle donatılmış olarak kimlik sorabilmesi, üst arayabilmesi, göz altına alabilmesi, fiziksel şiddet uyguladığında cezasız kalma nedeniyle fütursuzca davranabilmesi toplumun geneli üzerinde bir korku ve tehdit yaratmaktadır. Benzer şekilde ev içi şiddette kadın üzerinde aşağılama, iffetsizlikle suçlama, fiziksel ya da cinsel şiddet ya da şiddet uygulama tehdidi, sessiz kalma, boyun eğme ve itaat kültürü oluşturmaktadır.

Uzun süreli baskı ve totaliter denetim yaşantısında kapatılma ya da fiziksel izolasyon mahkum-gardiyan ilişkisi üzerinde belirleyici rol oynar. Bu durumu cezaevleri yanı sıra toplama kampları, dinsel mezhepler, genelevler, organize cinsel sömürü örgütleri, siyasal veya mafyatik şiddet ya da cinsel sömürü amacıyla rehin alınanlarda ve nihayet aile içinde görmek mümkündür. Ev içinde

yüksek güvenli kezaevlerindeki gibi demir kapılar, yüksek duvarlar, mazgallar yoktur ama kaçmayı engelleyen görünmez duvarlar vardır. Çocuklar ve kadınlar fiziksel şiddet, ekonomik, sosyal, psikolojik boyun eğdirme ile tutsak edilirler. Eşit olmayan ilişkiler şiddet üretir.

Ev tipi cezaevlerinde baskı ve tahakkümün temel araçları fiziksel, duygusal ve cinsel şiddettir. Bazı kadınlar organize bir baskı ve cezalandırma sistemine maruz kalan mahkumların yaşadıklarına benzer cezalandırmalar anlatır. Yoksun bırakma, yalıtım, sürekli gözetim, yoğun ve sıkı bir denetim, absürd kurallar silsilesi sık görülen yöntemlerdir.

Şiddet içeren travmatik olaylar bedensel bütünlük düzeyinde özerkliği ihlal ederler. Bedensel işlevlerin ihlaline dayanan bir denetim olabilir: yemeye zorlama ya da aç bırakma, uykusuz bırakma, uzun süre soğukta ya da sıcakta bekletme, kilitleme, bağlama gibi yöntemlere maruz kalırlar. Beden istila edilir, yaralanır, kirletilir. Bedensel işlevler üzerindeki kontrol çoğu kez kaybedilir, bu kontrol kaybı travmanın en aşağılayıcı yönü olarak vurgulanır. Tecavüz hayatı tehdit eden bir olay olarak yaşanır. Bu nedenle bir cinsel eylem değil, şiddet suçudur.

Şiddet karşısında yaşadıklarını unutmaya ve susmaya zorlanma kadının da yaşadıklarını inkar etmeye ve bastırmaya yönelmesine yol açar. Travmatik yaşantının gömülmeye izin vermeyen doğası olanların doğrudan değil belirtilerle anlatılmasına dönüşür. Bu belirtiler çoğunlukla kadının inanırlılığını şüpheli hale sokan parçalı, kopuk, tutarsız bir anlatım üretirler. Travmatik deneyimin duygusal etkilerinin anlatımına izin verilmediğinde sebebi bulunamayan ve tedaviye cevap vermeyen bedensel yakınmalar tek ifade yolu olabilir.

Yoğun korku, dehşet ve yok olma tehdidi karşısında kaçmak ya da direnmek mümkün olmadığında insanın temel savunma sistemi tepe taklak olur ve çöker. Bilinç, bellek ve duygular arasındaki bağlantılar kopar. Duygu olmadan olay anlatılabilir ya da olay hatırlanmadan yoğun duygular ortaya çıkabilir.

Kadın yaşadığı şiddet karşısında bir dizi savunma düzeneğiyle ayakta kalmaya çalışır. İnkâr ve bastırma yaygın savunmalardır. Gerçekten olmadığı, bu kötü bir şey değil gibi düşünceler üretir. Dayanılmaz gerçeği değiştirmek mümkün olmadığına gerçeği zihninde değiştirir. Kaçmak imkansız olduğunda yaşadığını haklılaştıran anlamlar üretebilir. Güç, anlam duygusu ve umudu korumak için gereklidir böyle düşünmek.

Sürekli bir teyakkuz ve alarm hali gelişir. Saldırıya ilişkin uyarı işaretlerini zamanında fark edebilmek için kadın kendisini saldırganın içsel durumuna ayarlar. Öfke, cinsel uyarılma gibi değişimleri okumayı öğrenir. İç dünyası alarm huzursuzluğuyla kaynarken dış görünüşü donuk ve ifadesiz olabilir. Saldırıdan sakınmak mümkün olmazsa mutlak bir itaat ile saldırganı yatıştırmaya çalışır. İtaat etme ve boyun eğme giderek otomatik bir alışkanlık haline alabilir.

Fiziksel acı bir dizi ruhsal dönüşümle saldırganlığın yoğunlaşmasına ve patolojik hale gelmesine neden olabilir. Kernberg engellenme durumlarında öfke tepkisinin özerklik duygusunu yeniden kazanmak için başvuru son çare

olabileceğinden söz eder. Öfkenin narsisistik dengeyi yeniden kurma işlevi görebildiğini belirtir. Ancak giderek öfkesini yatıştırmaktaki güçlükleri kadının bir iç kötülük algısı geliştirmesine yol açabilir. Uzun süreli, yalıtılmış, ev içi şiddette kadın giderek istismarcı erkeğin kötülüğünü içine alır ve böylece bağlılığını korur. Yoğun denetim ve ölüm tehdidi ile bunun gerçekleşmemiş olması yanı sıra zaman zaman baskıda gevşemeler olması sonucu giderek kadın saldırganı gücün ve yaşamın kaynağı gibi görmeye başlayabilir.

Ne yazık ki şiddet uygulayıcısı erkek değil maruz kalan kadın utanç ve suçluluğu üstlenir. Suçluluk başkasının örneğinin çocukların acı çekmesine tanıklık söz konusu olduğunda daha şiddetlidir. Öfke denetiminde güçlükler ya da şiddet uygulamaya zorlanma ve aktif katılımcı olduğunda ise insani bağların bozulması riski artar. Bu durumda yenilgi ve iç dünyasının teslim alındığı duygusu uyanır. Kendisini insanlık dışı algılar. Bu durumun yarattığı habis iç kötülük duygusu sürekli iyi olma çabalarına yol açabilir. Aşırı vericilik ve kendini kurban etme halleri ortaya çıkabilir.

Baskı ve şiddetin işleyebilmesi için yalıtım gerekir. Başka insan ilişkileri sürüyorsa erkeğin gücü sınırlı kalır, bu nedenle maddi yardım ve duygusal destek kaynaklarından tecrit uygulanır. Aldatma ile itham etme, tam sadakat talebi ve sosyal ilişkilerden yalıtma nedeniyle koruma sağlayabilecek ilişkiler tahrip olur. Bu yalıtım içinde kadın duygusal ihtiyaçlar açısından da tümüyle şiddet uygulayıcısı erkeğe muhtaç hale gelir. Böylece gardiyanını kurtarıcı olarak algılamayla rehinelere görülene benzer “travmatik bağlanma” ortaya çıkar. Kadın olan biteni, yaşadıklarını ve kendisini celladının gözünden görmeye başlar.

Gardiyan-kurban arasında özdeşleşme ve gardiyanını koruma ev içi şiddette de gözlenir. Kadın kıskanç gözetimi tutkulu bir aşk olarak yorumlayabilir. Uzun yıllar süren ağır koşullara dayanıklılık kadın için bir gurur vesilesi haline gelebilir. Zorla dayatılan ilişki biçimi kadın tarafından içselleştirilir.

Uzun süre temel gereksinimlerden bile yoksun bırakılma sonrası sıradan, doğal, günlük şeyler kadında ödül kazanmışlık hissi yaratabilir. Aradaki hoş görmeler direnci daha çok kırar. Klasik öyküde şiddet patlaması, ardından kadının kaçma ve ayrılma girişimi, bunları izleyen özür ve sevgi sözleri, değişme taahhüdü, merhamet yalvarışları kadının direncini kırar.

Yok olma paniği yaşatan durumlarda kendini yatıştırma zorlukları yaşanır, bazen aşırı uyanılma bazen de kendini yaralama davranışları ortaya çıkabilir. Kendini yaralama davranışı daha çok ruhsal acıyı fiziksele döndürmeye yarar. Kernberg'e göre kendine zarar verme davranışı tipik olarak nefret edilen bir nesneyle bilinçdışı bir özdeşleşme sonucudur.

Uzun süre, tekrarlayan ev içi şiddete maruz kalma kadının ruhsal dünyasının uyumsuz yapısını alt üst ederek yeni bir uyumsal yapı geliştirmek zorunda kalmasına yol açar. Bu aslında yeni ve “uyum-suz” bir ruhsal yapıdır. Bir yanda korunma ve ilgi açlığı diğer yanda terk edilme ve sömürülme korkusu belirgindir. Kadın kurtarılmaya arayışı içinde bir güç ya da otorite figürüne yönelebilir. Yoğun,

istikrarsız ilişkiler, aşırı kırılabilirlik, kendini koruma gücünün gözlenebilir. Kendini aşışılama ve bağlanacağı kişiyi idealleştirme ihtiyacı ile ilişki kurar. Bilinçdışı itaat alışkanlığı güçlü ve otorite sahibi herhangi birine karşı yaralanabilirlik yaratır. Tehlike durumunu yeniden yaşama ve bu kez sonunun iyi olması arzusu bilinçdışı olarak benzer durumları yeniden sahneye koymaya itebilir. Tüm bunlardan dolayı yeniden istismar edilme ve şiddete maruz kalma riski yüksektir.

Yoğun öfkeyi yumuşatmada güçlük çekme nedeniyle, denetimsiz öfke ve herhangi bir saldırganlığa tahammülsüzlük arasında gidip gelme olabilir. Gelgitler, yakınlığın düzenlenmesinde de olur. Yakın ilişkilerden kaçınma ile canla başla yakın ilişki arama görülebilir. İnsanların çoğu kadının zorlu güvenlik testini geçemez ve kadın serbest kaldıktan sonra da tecridi yaşamaya devam edebilir. Özgür kaldıktan sonra bile şiddet uygulayıcısı erkeğin hala kadının hayatında mevcut olduğu duygusu hüküm sürer.

Uzun süreli tekrarlayan şiddet ile kişiliği yıkıma uğrayan bir yetişkinde travmatik ilişkinin tekrarlarından kurtulamama söz konusudur. Kernberg' in deyişiyle travmaya saplanma durumlarında kişi erişkin yaşamdaki tüm ilişkilerinde aynı kişiye yönelen olağandışı bir bağımlılık ile saldırganlık arasında gidip gelir. Tüm ilişkilerinde sürekli savaşırsa maruz kalabileceği nefret, sadizm ve zulüm beklentisi içindedir. Kernberg bunu kişinin içselleştirmiş olduğu kendi nefretini ve sadizmini yansıtmalı özdeşleşme ile karşısındakine yüklemesi ile açıklar. Bu durum kötülük yapanla kötülük gören, efendi köle, sadist mazoşist arasındaki yakın bağı gösterir. Kernberg'e göre temelde mağdur zulmedenle kurban arasındaki bir nesne ilişkisini yeniden yaşamaktadır. Bu süreçte roller zaman zaman yer değiştirir. Bu kısır döngüde “sanki kurban edilmenin tek alternatifi zorba olmaktır”. “Acı çekmenin tersi olarak nefret zalim nesne üzerinde kinci bir zaferdir”.

Biri alçalmış biri yüceltilmiş bu kimlikler bütünleştirilemez. Kendilik temsilleri katı, abartılı ve bölünmüş kalır. Başkalarıyla ilgili nesne temsilleri de birleştirilemez. Melanie Klein aşırı idealleştirmenin zulmedilme kaygısına karşı bir savunma olduğuna vurgu yapar. Parçalı, aşırı idealleştirilmiş imgeler duygusal yatıştırıcıların görevini yerine getiremez. Destek ve tesellinin dış kaynaklarına daha bağımlı kalırlar. Güvenli bir bağımsızlık duygusu geliştiremedikleri için gelişigüzel biçimde bağımlı olacak birini ararlar. Bu durumda ilişkilerde daima hayal kırıklığı ortaya çıkar.

Kadınların maruz kaldıkları ev içi şiddeti dile getirdiklerinde tanıkların tutumları süreçte belirleyici rol oynar. Sağlık çalışanlarının bu konudaki tanıklıkları özel önem taşır. Saldırganın kendisini tanıtıcı, ayırt edici, norm dışı bir görünümünün olmaması, bir psikopat değil son derece normal görünümlü, “efendi” bir adam olması, kadının eşi, babası, kardeşi, sevgilisi olması gerçeği değiştirebilmiş gibi hareket edilir. Yaşananları inanılmaz, abartılı, gerçek dışı bulmaktan kışkırtılmış ve kendisine uygulanan şiddetten kadını sorumlu tutmaya kadar uzanan bir inkar, çarpıtma ve saldırganla işbirliği yelpazesi söz konusudur. Kadına yönelik şiddet karşısında görmezden gelen ve sessiz kalan herkes şiddeti uygulayan erkek ve bunun üreticisi olan patriarkal sistemin açık bir işbirlikçisidir aslında.

Tanıklar açısından diğer ruhsal etkilerinin yanı sıra böyle bir süreç korku ve sinme ile birlikte, düşünebilme, girişkenlik gösterebilme, başka insanlara ve kendine güvenebilme gibi kişiler arası ilişki bağlamını tahrip edebilir. Vahşetin varlığını kabul etme, dile getirme ve eyleme geçme sorumluluğu getireceği için bastırma ve inkar burada da işbaşında yer alabilir. Bu durumda bile korku devam eder. Saldırmanın zulmedici şiddeti ve gücünden korunmanın bir yolu idealize ederek onunla özdeşim kurmak olabilir. Cezalandırıcı-biçimlendirici şiddet uygulamalarında failin birinci amacı mağduru köleleştirmek gibi görünür. Bu anlamda mağdurun çaresizliği ile özdeşim de failin zulumu ile özdeşim de maruz kalanın iç dünyası açısından bir tür kölelik olarak görülebilir. Zalimler nadiren sadece itaat bekler, genellikle kendilerine saygı, minnet ve onay da talep ederler.

Uzun süreli ve tekrarlayan şiddete maruz kalan kadınlarda gözlenen psikopatoloji tablosu hazırlayıcı bir kişilik zemini olmayıp bir yanıt ve sonuçtur. Genetik ya da yazgı değildir.

Özellikle ev tipi cezaevlerinde söz konusu olan uzun süreli, tekrarlayan şiddetin diyalektiği kadınların ümitsizlik yanı sıra başka insanlara ve birbirlerine karşı da güvensizlik, ihmal ve saldırı bekleme, yabancılık ve kopukluk hissetme gibi duygular içinde yalnızlaşmalarını doğurur. Bu nedenle erkek şiddeti ile baş etmenin yolları da farkındalık, ses çıkarma ve görünür kılma ile yeni bir dil öreerek mümkün olacaktır. Bu yeni dil mağduriyetin değil isyan ve dayanışmanın dilidir.

KAYNAKLAR

Herman J (1992) Travma ve İyileşme: Şiddetin Sonuçları, Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre (çev. Tosun T), Literatür Yayıncılık; İstanbul, 2007.

Kernberg O (1992) Sapıklıklarda ve Kişilik Bozukluklarında Saldırıcılık (çev. M. Banu Büyükkal), Metis Ötekini Dinlemek; İstanbul, 2000.

Klein M (1957) Haset ve Şükran (çev. Orhan Koçak & Yavuz Erten), Metis Ötekini Dinlemek; İstanbul, 1999.

BABA-KIZ CİNSEL İSTİSMARINDA ANNENİN YERİ

Dr. Şahika Yüksel

Ruh Sağlığı Uzmanı, İTO Kadın Kolu

Yetmişli yıllarda farklı ülkelerde çarpıcı bir gerçek olarak babaların kızlarını cinsel istismar öyküleri ilk öğrenildiğinde, bu beklenmedik ifşaata, inanılması kolay olmadı. İlk tepkinin cinsel istismarın sadece bilinen bazı “uygunsuz özellikler taşıyan ailelerde” olabileceği şeklinde olması kaçınılmazdı. Ailede çocukların cinsel istismarına gösterilen inkarın bir göstergesi sorumluluğun cinsel istismar eden kişiden, kısmen de olsa alınıp, istismar edilen çocuğa ve onu koruma görevini yapamayan anneye paylaştırılması ve bu sorunun sıklıkla aile disfonksiyonu olarak açıklanmasıydı. Böylece uygunsuz cinsel davranışlar sergileyen baba ile birlikte olayı engelleyemeyen veya fark edemeyen anne de suçlandı.

Daha sonra yapılan farklı çalışmalarda babanın kızı cinsel olarak istismar ettiği durumda annelerin üç gruba ayrılabilceği görülmüştür. 1- Kızının öyküsüne inanan ve hızla onu korumak için gerekenleri yapan anneler. 2- Kızının öyküsünü anlama ve destek olmakta yetersiz olan anneler. Bu grupta zihinsel ve/veya bedensel yoğun sorunları olan veya istismar çemberini bozmak için ilgili kaynaklara erişemeyen anneler olabilir. 3- Kızının öyküsünü yok sayan ve eşinden ayrılma sürecine girmeyen anneler.

Bu yazının amacı; kız çocuklarını, babalarının cinsel istismarından koruyan anneler var mı ve anneler hangi koşullarda çocuklarının cinsel istismarını durdurabilir sorularını tartışmaktır.

Yöntem:

İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Psikososyal Travma Programına cinsel istismar nedeni ile başvuran 18 yaşından önce öz/ üvey baba tarafından farklı düzeylerde cinsel istismar deneyiminin bulunduğu kadınlar alınmıştır. Aktarılan cinsel yakınlıkla ilgili bilgilerde kuşku olan vakalar çalışmadan dışlanmıştır. Konu, görüşülen ve farklı tutum sergileyen annelerden örneklerle tartışılacaktır. Annelerin cinsel istismarı öğrenme biçimi, ilk tepkileri, kendi eşleri olan istismarcı ile olan ilişkileri, aile içi cinsel istismar hakkındaki bilgileri ve cinsel ve sosyal özellikleri incelenmiştir.

Bulgular:

Cinsel saldırıyı öğrenen annelerin olaydan haberdar olma zamanı, haberdar olma biçimi ve gösterdikleri tutum ve çözüm için attıkları adımlar farklılık göstermekte idi. Bize kızlarıyla birlikte gelen annelerin kızlarına inanan veya olayı

kapatmaya değil ne olduğunu değerlendirmeye açık olan anneler olduğu görüldü.

Cinsel istismarlı kızları için tedavi veya rapor almak üzere diğer sağlık çalışanları tarafından yönlendirilen ama eşlik etmeyen veya işbirliği yapmayarak olayı kapatmaya çalışan annelerin de olduğu görüldü.

Sonuç:

Babadan kız çocuğa yönelik bir cinsel istismar durumunda ailenin diğer üyeleri gence inansın veya inanmasın, cinsel istismarın açıklanması aile içinde daima bir kriz yaratmaktadır. Olayı öğrenen annelerin ruh sağlığının ciddi biçimde etkilendiği ve onların da profesyonel psikosozyal desteğe ihtiyaçlarının olduğu görülmüştür. Kızlarının yanında hızla yer alan annelerin sıklıkla kendi aile ve arkadaş çevrelerinde destekleyen kişiler bulunmakta idi. Annelerin kızlarını koruyabilmeleri için önem taşıyan bu iki desteğin kullanılmasını etkileyen kolaylaştırıcı veya zorlaştırıcı faktörler irdelenecektir.

KAYNAKLAR

Herman JL (1995) Father- Daughter Incest. 11. Edition. Harvard University Press.

Johnson JT (1992) Mothers of Incest Survivors: Another Side of the Story. Indiana University Press

Yüksel Ş. 1992: İncestin Tanınması & değerlendirilmesi. Nöropsikiyatri Arşivi, 30, 352-7

KADIN VE "MAĞDUR" KONUMU

Dr. Suzan Saner

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve İç Hastalıkları Uzmanı
Yedikule Psikiyatri Merkezi, İstanbul*

Sadece kadın olduğu için ezildiğini, "ikinci cins" olduğunu fark etmek kendini mağdur konumunda bulmaktır; bütün kadınların başına hayatının herhangi bir döneminde gelebilmekte, ama mutlaka gelmektedir.

Kadınlara cinsiyetleri yüzünden uygulanan şiddet biçimleri; kadınları sindirmek, cezalandırmak, aşağılamak ve bedenlerini ve öznelliklerini yaralamak amacıyla, özel ya da kamusal yaşamda tehdit, baskı ya da zor yoluyla fiziksel, cinsel ya da ruhsal acılar veren bütün edimleri kapsamaktadır (Alemayn 2009). Birçok kadını doğrudan yaralayan bu şiddet biçimleri, potansiyel kurbanlar olarak bütün kadınları etkilemektedir. Toplumun yarısını oluşturan kadınların, azınlık ve mağdur psikolojisi içinde, penis kıskançlığı çeken, aşağı ve ikinci cins olduklarına dair hezeyanlarla yaşamaya zorlanmaları günümüzde de devam etmektedir.

Depresyon ve kaygı bozuklukları gibi bazı ruhsal hastalıklar, cinsel, fiziksel ve ekonomik istismar ve buna bağlı ruhsal sorunlar kadınlarda iki kat daha sık görülmektedir. Kültürel olarak çok çeşitli, geniş örneklemelerde yürütülen uluslararası çalışmalarda saptanan, depresyon sıklığındaki cinsiyet farklılığının tutarlılığı, etiyojide kültürel bariyerleri aşan faktörleri düşündürmektedir (Merikangas 2000). Bir yardım çağrısı olarak da okunabilecek tamamlanmamış intihar girişimleri kadınlarda, ölümle sonuçlanan intiharlar ise erkeklerde daha sıktır. Erkekler ateşli silah kullanma gibi şiddet yüklü, öldürücü yöntemleri kadınlara göre on kat daha fazla yeğlemektedirler. Toplumsal cinsiyet rolleri seçilen intihar girişimi yöntemini de etkilemektedir (Saner 2002).

Aile içi cinsel ve fiziksel istismar mağduru kadınlarda sosyal destek veren ve travmatize eden ortam, bir ve aynı ortamdır. Sağlık personeli tarafından ilk bakışta şiddetle ilişkilendirilemeyen, çoğu kez bedenselleştirilmiş yakınmalarla başvuran bu olgularda adli rapor tutulması ve doğru yönlendirme, tanı-tedavi kadar önemlidir (Yüksel 2008).

Mağdur konumunun tarihçesi: Dövülen kadının yüzü

Mağdur kadını tanımlayan 'mazoşist', 'kurban' ve 'sağ kurtulan' (survivor) gibi sıfatlar, yapılan araştırmalarda kaydedilen gelişmelerin seyrini göstermesi bakımından önemlidir.

1. Kadın Mazoşizmi

İlk araştırmalarda kullanılan örneklem grupları hemen hemen sadece psikolojik ya da psikiyatrik tedavi gören kişilerden oluşmaktadır. Döven koca ve dövülen kadın 'sapık ilişki' içinde değerlendirilerek, kişilik özellikleri ve bu davranışlarının psikanalitik nedenleri incelenmiştir. 1980'lere kadar da teorik olarak dayak, kadın psikolojisinde bir anormalliğin sonucu olarak görülmüş, kadın mazoşizminin bilinçdışı doğasına vurgu yapılmış, sonuçta bir 'mazoşist kadın' imajı ve kadınların doğasına içkin mazoşizm miti yaratılmıştır (Caplan 1989).

J.J. Gayford sığınakta kalan 100 eşi tarafından dövülen kadınla görüştüğü bir çalışmada (1975); kadınlar ilişkilerini sürdürmeleri için pek çok pratik ve ekonomik neden ileri sürmüşlerdir ve intihar girişimleri yaşadıkları duygusal travmanın şiddetini göstermektedir. Buna rağmen çalışmada kadınların özgeçmişlerindeki evlilik öncesi ve evlilik dışı ilişki gibi özelliklere odaklanılmıştır. Şiddet görülmeyen ilişki içindeki kadınlarla bir karşılaştırma yapılmaksızın, dövülmenin cinsel serbestlikle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu kişiler 'dövülen kadın' konusunun 'uzman'ları olarak şöhret olmuş, bulguları yıllarca popüler kavrayışa temel oluşturmuştur. Bu bulguların ne ölçüde genelleştirilebileceği şüpheli bulunduğundan, arkasından dövülen kadın stereotipini araştıran çalışmalar gelmiştir. Beck ve ark. (1982) psikiyatrik hastanedeki dövülen ve şiddet görmeyen kadınlarda karşılaştırmalı bir çalışma yapmışlardır. Ruhsal hastalığı olan dövülen kadınlarda, kendine zarar verici veya 'mazoşistik' kişilik özelliklerinin, aynı ruhsal durumda olup şiddet görmeyen diğer kadınlardan daha fazla olmadığı; yani 'mazoşizm'in dövülen kadınlara özgü bir psikolojik özellik olmayabileceği sonucuna varılmıştır (Kirkwood 1993).

Günümüzde "sorumluluk" kavramıyla kadın mazoşizmi yeniden üretilmeye çalışılmaktadır. Hem evde hem işte çalışmaktan, yani "çifte iş günü"nden kadınların zevk alması beklenmektedir (Haug 1992).

2. Mazoşistten 'kurban'a geçiş

1970'lerde dövülen kadınların kurban (victim) imajı, suçun dövenle yaşamaya devam eden kadına yüklenme yollarını gizlemiştir. L.Walker 1979'da ABD'de eşi tarafından dövülen kadınlarla bireysel terapötik görüşmelere dayanarak yayınladığı kitabında psikolojik bir terim olan "öğrenilmiş çaresizlik" teorisiyle kurban stereotipine ışık tutmuş, bir "şiddet döngüsü" tanımlamıştır: *'Şiddet döngüsü'nde kadın, partnerinde çok az kontrol edebildiği giderek tırmanan bir gerginlik evresi yaşantılamakta, bunu dayak takip etmekte, ve sonunda döven erkeğin özür dileme, pişmanlık/ nedamet evresi gelmektedir.*

Ancak "öğrenilmiş çaresizlik" terimi, çıkışı olmayan bir kafeste köpeklere elektrik şoku verilerek tepkilerinin ölçüldüğü davranışçı deneylerden türemiştir. Bu köpeklerin sonunda, bir çıkış yolu bırakıldığında bile kendilerini şoklardan kurtaracak kaçma girişiminde bulunmadıkları gözlenmiş; "pasif ve çaresiz olmayı öğrendikleri" sonucuna varılmıştır. Breines ve Gordon (1983), Walker'ı köpeklerin laboratuvar ortamındaki davranışlarını dövülen kadınların davranışlarına genellemeyle eleştirmişlerdir. İnsan olmayan bir türün laboratuvar ortamındaki davranışlarının, kadının dövülmesi gibi sosyal, duygusal ve yapısal olarak karmaşık bir

durumdaki insan davranışını temsil edemeyeceğine işaret etmişlerdir (Kirkwood 1993).

Birçok kültürel stereotipe göre, makbul “kadınsı” kadın, “iyi anne”nin bütün özelliklerini kapsayan kadındır: Temizleme, besleme, duygusal anlayış, rahatlaşma, yumuşaklık ve sıcaklık sağlayan, fakat güç ve kontrol gibi kısıncılan özellikleri barındırmayıandır. Yanında bir erkek yoksa kaybolmuş ve zavallı olan, entelektüel olmayan, fiziksel olarak erkekten güçsüz, yaşça erkekten daha küçük, ağlayıp sızlayan, baştan çıkarıcı ve manipülatif olan, yatakta erkeğin altında ve pasif olan, naif ve masum olandır. Fedakarlık, kendine ihanet etme, bağımlılık, değersizlik, öfke ve depresyon kadın ruhsal aygıtının özellikleri olarak doğallaştırılmaktadır (Lerner 1989). Toplumsal cinsiyet rolü olarak kadınlık, “mağdur rolü” haline gelmektedir.

3. Kadın savaşıçı yüzü: Kurbandan “Sağ kurtulana (survivor)”

Stresli yaşam olaylarında kadınların daha fazla kullandıkları “duygu odaklı” başa çıkma yolları, değıştirilemez olduğu düşünölen durumlarda olayın anlamını değıştirmeye dönük, yeniden şekil verme, önemsizleştirme, iyi yönüyle görme gibi bilişsel çabalarıdır. Kadınlara yönelik cinsiyetçi şiddetin, toplum ya da kadının kendisi tarafından sessizce kabul edilmesi, yok sayılması, istenilen değışikliklerin elde edilememesiyle sonuçlanmaktadır. Böylece kadınlık, “problem odaklı” olmayan, duygusal, bağımlı, yardıma muhtaç, stresi içselleştirmeye ve kendini suçlamaya daha eğilimli olarak tanımlanmaktadır (Saner 2002).

1980’lerde yürütölen psikolojik çalışmalarda, kadının ne kendi ‘mazoistlik psikolojisinin’ ne de şiddetten kaynaklanan korku, umutsuzluk gibi psikolojik streslerin pasif bir kurbanı olmadığı gösterilmiştir. Şiddet gören kadın sürekli olarak durumunu yeniden değerlendirmekte ve değışim fırsatlarını kollamaktadır. Bireysel kişilik özelliklerinin ötesinde, kadının şiddete ve şiddeti görmezden gelen veya damgalayan dışarıdaki topluma tepkisi önemlidir. Bu çalışmalar feministtir; şiddeti kadınların bakış açılarını çerçeve içine alarak anlamaya çalışmakla ve toplumsal cinsiyeti şiddete katkıda bulunan bir faktör olarak ele almakla, diğer yaklaşımlara meydan okumaktadır.

Ferraro ve Johnson (1983) şiddet gören kadınların içinde yaşadıkları çevreyi anlamalarını, duygusal olarak baş edebilmelerini ve sonunda terk edebilmelerini sağlayan psikolojik mekanizmaları incelemişlerdir. Kadınların kullandığı altı “rasyonelasyon” (akla uydurma) tipi belirlemişlerdir (Kirkwood 1993).

-Kurtuluş etiğine başvurma: Psikolojik yardıma ihtiyacı olan bir erkekle kalmalarını meşrulaştırmak için bakıcı-besleyici rollerini kullanma. Kadınlar başkalarının ihtiyaçlarını kendilerinininkinin önüne koymayı öğrenmektedirler. Şiddet uygulayan partnerin kendi duygusal acısını ifade ettiğini hissettiklerinde, ona ‘yardım’ etmek için kalmakta ve kendi içinde buldukları fiziksel tehlikeyi inkar etmektedirler.

-Kurbanlaştıran kişinin inkarı: Kendisine şiddet uygulayan partnerin bunu bir istismar biçimi olarak kullandığını algılamayı inkar etme

-Yaralanmanın inkarı: Çekilen fiziksel ya da duygusal acıların boyutunu küçümseme ya da önemsizleştirme

-Kurbanlaştırılmanın inkarı: Kendini istismar edilmiş olarak görmeme

-Seçeneklerin inkarı: Partneriyle kalmak dışında seçeneğinin olmadığını düşünme

-“Yüksek sadakat”e başvurma: Geleneksel ya da dini ahlak kendisinden eşiyile kalmasını talep ettiği için bırakamayacağını hissetme

Bu teknikler, yakın ilişki içindeki her partnerin kullandığı ‘sevgi ve yakınlık duygularını sürdürme’ çabalarıdır. Yani şiddet gören kadının ilişkide kalma çabası ve bu kalma çabası içinde edindiği psikolojik özellikler, hastalıklı bir psikolojinin değil, normalliğin yansımalarıdır. Koşulları değişen, destek gören kadınlar durumlarını aktif olarak yeniden değerlendirmektedirler. Bu, kadın açısından çok büyük miktarda efor gerektiren, önceki araştırmalarda yaratılan pasif stereotipten çok uzak, savaşçı bir kadının yüzüdür (Lerner 1990).

Şiddetten kurtulan bazı kadınlar, kişisel değişim deneyimlerini toplumsal değişim eylemleriyle birleştirmektedir: Şiddet gören kadınlara yardım eden organizasyonlarda ya da sığınaklarda çalışmak; şiddet gören arkadaşlarına destek sunmak; kişisel deneyimini seslendirip rol model olmak suretiyle toplumun şiddet konusunda bilinçlendirilmesine katkıda bulunmak gibi. Bu kadınların hikayesi ‘geçmişini unutmaya’ ya da ‘arkasında bırakma’ değil, hatırlama ve daha güçlü bir kendilik, doyumlu bir yaşam, değişen bir toplum için geçmişini kullanma ve yeniden biçimlendirme sürecidir.

Kadınlar kendilerini kurban, savaşçı ya da aynı zamanda hem kurban hem de savaşçı olarak nitelendirebilmektedirler. Her iki terimin de kadınların söyleminde yeri vardır, ikisi de önemlidir. İlki, şiddet uygulayanın kendilerini değiştirmeye zorlama sürecini; ikincisi, bu etkiyi değiştirmek için nasıl davrandıklarını adlandırırken kullanışlıdır.

Şiddet uygulayan partneri bırakmak bir süreçtir. Kadınların anlatımlarında bu süreç döngüsel görünmektedir. Öfke, korku, düşük özgüven, kimlik belirsizliği, izolasyon, vs.. nadiren ‘arkada bırakılmakta’, şiddetin izleriyle yaşamın farklı dönemlerinde tekrar tekrar yüzleşilmekte, her seferinde öğrenilmekte ve giderek iyileşmektedir.

Şiddet uygulayan partneri bırakabilen kadınlar, çabalarını zorlaştıran kendi kültürleriyle de mücadele etmektedirler. Çiftlere kolaylıklar gösteren bir toplumsal düzende bekar ya da boşanmış anne olmanın zorlukları; şiddet gören kadının, medya ve toplumdaki popüler olumsuz imajının kadının kendi deneyimini tanımlamasını zorlaştırması, bunlardan bazılarıdır.

Kadınlar ruhsal hastalar ve aile bakım emekçileri arasında aşırı temsil edilirken; psikiyatristler, yöneticiler ve politikacılar arasında az temsil edildiği sürece, alınmasında etkili olmadıkları kararlar yaşamlarını olumsuz etkilemeye devam edecektir. Psikiyatri tarihi boyunca ‘ruh hastası’ kadınları acımasız ve ‘kadın düşma-

nı' tıbbi uygulamaların zincirlerinden özgürleştireceğini ileri süren birçok erkek 'kurtarıcı' (Pinel, Charcot, Freud, Laing) olmuştur. Kadınlar adına konuşulup, kadınlar kendi adlarına konuşmadığında, bunlar ancak bir sonraki hapsolme dramasının açılış perdesi haline gelmektedir (Showalter 1985).

Görünmeyen ağrı, görünen yara

Çocukluk çağı travmasına maruz kalan kadınlar ve erkekler, benzer acıları yaşamakta ancak bunu genellikle farklı yollarla ifade etmektedirler. Erkekler kendilerine yapıları başkasına yapma eğilimi göstermektedirler, çünkü saldırganı izin vermektense saldırgan tepki vermeyi (acting out) öğrenerek sosyalleşmişlerdir. Kadınlarsa karşı gelmemeyi öğrenerek sosyalleşip, içe yönelik eyleme geçerek (act out by acting in) tepki vermektedirler.

İnsesit mağduru kadınlar içlerinde biriken öfkenin volkandaki lav gibi yükselip kendilerini yaktığını ifade etmektedirler. Feminist şair Adrienne Rich'in sözleriyle: "Birçok kadın bu öfkeye dokunamamıştır bile, onu tırnaklarıyla içine akıtmak dışında..."

Kendine zarar verici davranışlar; kendini kesme, kendini kusturma, intihar girişimleri, kendini zorlantılı (kompulsif) şekilde tehlikeye atma, travma sonrası stres bozukluğunun sık görülen izleridir. Bu davranışlar, yaşanan duygular sözle ifade edilemediğinde, boşluk, depersonalizasyon ve gerçekdışılık duygularından kaçma; gerginliği azaltma; duygusal acıyı ifade etme; istismardan ötürü hissedilen sorumluluğu bedeni cezalandırarak ifade etme çabalarıdır.

"Bedenin ve ruhun, bir savaş alanı"

Çocukluk çağı travması mağduru kadınlar, çocukken kendilerine yaşatılan travmayı yeniden canlandırmakta ve bir çocuk olarak korunmamış oldukları için kendilerini koruyamayacakları inançlarını güçlendirmektedirler. Bu Travmayı Canlandırma Sendromu'dur ve en önemli özelliği, kişinin kendi bedenine kasıtlı olarak zarar verme motifidir. Bedenlerine, çocukken kendilerine yapıları simgeleyen zararlar vermektedirler. Babasının penisini temsil eder şekilde boğulurcasına yeme ve hemen sonra onu kusma gibi. Annenin ihmali ve sözlü istismarını temsil eden aşırı içki içerek bedenini ihmal ve istismar etme gibi. Semptom örgüsü bir hikaye anlatmaktadır; çocuğun kendisiyle ve başkalarıyla ilişki kurmayı nasıl öğrendiğini. Semptom, ne kadar tehlikeli ya da yaralayıcı olursa olsun hayatta kalmayı sağlayan yetenek, beceridir. Kendine zarar verici davranışın birçok işlevi vardır: Tuhaf bir şekilde, hem başkalarını belli bir mesafede tutmaya ve hem de çok yalnız hissetmemeye yarar. Davranışın kendisi bir ilişki olarak yaşanmaktadır. Aşırı uyuşukluk, hissizlik anlarında canlı hissetmeye yardım eder. Paradoksal olarak, artık taşınamayan gerginlik, öfke ve keder duygularının uzak tutulmasına yardım eder. Aynı zamanda bir yardım çığlığıdır, bir çocuk olarak alamadığı korumanın talebidir (Miller 2005).

1970'lerin başlarından itibaren cinsel şiddet biçimleri ilk olarak Amerikalı feministler tarafından ifşa edilmiştir. Tecavüzde 'rıza' arayan hukuku eleştirmekten, yasal talepler ileri sürmeye doğru bir evrim yaşanmaktadır. Feministler, tecavü-

zün kavranabilmesi amacıyla mağduru, tecavüzcü ile değil, toplumla ilişkileri içinde ele alarak kamusal güç odakları üzerinde baskı oluşturmuşlardır.

Yasal süreç zorlu olsa da saldırganın ceza alması durumunda, ruhsal iyileşme olumlu yönde etkilenmektedir. Birçok kadın, evi terk etmesine gerek kalmadan, şiddet uygulayan kişinin evden uzaklaştırılabileceği gibi yasal haklarını bilmemektedir. Kriz sonrası ve uzun dönemde kolayca başvurulabilecek merkezler ve feminist ilkelerle çalışan sığınaklar, kadının güçlenme sürecinde çok önemli sosyal destek kaynaklarıdır (Yüksel 2008).

“Verici” terapist ve kadın hasta

Kadınlar sıklıkla (enerjilerini kendi kişisel hedef ve yönlerini belirlemeye yatırmak yerine) kendilerini feda ederek ilişkileri korumayı, başkalarının duygu ve davranışlarının sorumluluğunu almayı; başkaları için duygusal hizmet istasyonundan biraz daha azı olduklarında kendilerini bencil ve ihmalkar hissetmeyi öğrenmektedirler. Kadın terapistler de hastaların sıklıkla test ettiği sınır çizme kapasitesinde sorun yaşayıp, kendilerini mağdur konumunda (verici, aşırı sorumlu, kurtarıcı, tamir edici pozisyonda) bulabilmektedirler (Lerner 1989).

KAYNAKLAR

1. Alemany C, Şiddet Biçimleri, Eleştirel Feminizm Sözlüğü içinde. Ed: Hirata H, Laborie F, Le Doare H, Senotier D. Çev: Acar Savran G. Kanat Kitap, İstanbul; 2009, s. 312-317.
2. Merikangas KR, Epidemiology of mood disorders in women. *Mood Disorders in Women* içinde, Ed: Steiner M, Yonkers K, Eriksson E. London, Martin Dunitz Ltd; 2000; s. 1-15.
3. Yüksel Ş. *Kadına Yönelik Şiddet*, TTB I. Kadın Sağlığı Kongresi, İstanbul, 20-22 Mart 2008 Kongre Kitabı, s. 112-121.
4. Caplan PJ. *Women's Masochism*. Mandarin, London; 1989; s. 17-43.
5. Kirkwood C. *Leaving Abusive Partners*. London, Sage Publications; 1993; s. 3-21.
6. Haug F. *Beyond Female Masochism*. Verso, New York, 1992; s. 75-89.
7. Lerner HG, *Women in Therapy*. Perennial Library, New York; 1989; s. 3-23 ve 127-139.
8. Saner S. *Unipolar Depresyonda Cinsiyet Farklılıkları*. Uzmanlık tezi; Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul; 2002; s.91-93.
9. Lerner HG, *The Dance of Intimacy*. Perennial Library, New York; 1990; s. 1-10.
10. Showalter E. *The Female Malady*. Virago Press; 1985; s. 248-251.
11. Miller D, *Women Who Hurt Themselves*. Basic Boks, New York; 2005. s. 1-10.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

ANTİK YUNAN'DA ŞİFA: KADIN BEDENİ VE HASTALIKLARI ÜZERİNE EPİSTEMOLOJİK BİR ÇALIŞMA

Gökçesu Akşit

ODTÜ, Felsefe Bölümü

Antik Yunan döneminden, milattan önce beşinci yüzyılda yaşamış hekim Hipokrates'in olduğu söylenen yazılardan yola çıkarak Hipokratik şifa verme pratiği diye adlandırabileceğimiz, doğa felsefesi, özellikle atomcu Demokritus'un cinsiyet konularına yaklaşımlarından büyük etki almış bir zihniyetin, kadın bedeni ve kadın hastalıklarına bakış açısını inceledim. Bu itibarla Kos'lu Hipokrat'ın tarihte, özellikle tıp alanında Antik Yunan'ı imleyen değişimler yarattığı söylenebilir. En az bin yıla yayılarak incelenebilecek bu tarzın oluşma sürecini, yine onun metinleri üzerinden ilerleyerek anlamaya çalışmak; metinlerine yorum yaparak Hipokratik sayılabilecek bir tarzla şifa verme pratiğini anlatmak kadar metinlerde geçen kadın hikayelerini tekrar anlatmak da bence hem günümüz tıbbında kadınların yerini anlamak, hem de bu kadim geleneği yaşatmak açısından önemli.

Bu pratik Hipokratik tarzı değiştirmiş sonraki geleneklerle birleştirerek, öncelikle Aristotelesçi dört element teorisine¹ uydurarak, sonrasında Roma'ya Efes'ten gidip bu tarzı yayan, ilk jinekologlar olarak sınıflandırılan Rufus ve Soranus, ve ardından büyük lakaplı Galenus'un karmaşık reçetelerde kullandığı şifa veren bitki ve pratiklerin anlaşılmasının yanı sıra, bu pratiklerin Hipokrat metinlerindeki² daha basit ve sade hallerini de anlamaktan geçiyor.

Hipokratik iş yapma biçiminin daha iyi anlaşılması için, Sokratik dönem öncesi yapılan, “tapınak tedavisi” diye tabir edilebilecek, özellikle şifa tanrısı Asklepius kültü etrafında şekillenmiş olan hekimlik pratiğinin incelenmesi de gerekir. Tapınak tarzı tedavi, özellikle rüyalar ve *psyche* üzerinden işleyen daha soyut bir şifa geleneği iken, yine babası bir Asclepiad rahibi olduğu söylenen Hipokrates, bu mirası ve meşruiyeti doğa felsefesi ile birleştirerek yatak-başı gözlemleri ve başta dört sıvı teorisi³ olmak üzere, denge teorisi ve kritik günler teorisi gibi, temelini bugünün anlayışıyla ‘bilimsel’ ve ‘rasyonel’ sayılabilecek nosyonlardan alan bir tür şifa geleneğini yaymıştır.

Ancak şu anın bakışıyla pek rasyonel sayılmayabilecek öğretileri de barındırması açısından, “rasyonellik” ve “bilimsellik” vurgusu yerine “doğallık” vurgusu, özellikle kadınların emeği açısından daha önemli. *Ziyaretler VI* adlı metnin ilk paragrafında belirtildiği gibi Hipokratik iş yapma biçiminde doğa asıl iyileştirici güç

(*dunamis*). Hekim burada doğanın işleyişini gözlemleyerek anlayan ve kolaylaştıran aracı olarak iş görmekte. Yani sıra bu ilişkide hasta da en az doğa ve hekim kadar iş sahibi. Yani hastanın da iyileştirmeye aktif katılımı gerekiyor. Böylece eşkenar bir üçgen olarak resmedilen sağaltma pratiğinde, hasta ve doğa, ki ikisi de antik yunancada dişil kelimeler, yani üçgenin en azından⁴ iki köşesi dişil emekler olarak kurgulanmış oluyor.

Sonuç olarak Hipokratik yatak başı gözlemlerine odaklanarak, Hipokratik metinler bütününde özellikle kadın hasta ve hastalıklarının incelenmesi önemli yer tutuyor. Kadın hastalıkları ve kadın bedeninin ele alınış biçimi, zamanın kadın pratiğine ve politikasına az da olsa ışık tutacak bir araştırma olarak günümüz bakış açısının değişmesine yardım edebilir.

Hipokrat, *Jenerasyon Üstüne ve Hastalıklar IV*

L., A., Dean-Jones; 1994, *Women's Bodies in Classical Greek Science*, Oxford; Newyork

1 Aristotelesçi dört element teorisi, ay altı ve ay üstü olarak evreni ikiye böler ve oluş-bozuluşun dört temel elementin kendi doğal hareketleri çerçevesinde ay altı alemde olduğunu ileri sürer. Bu dört element ateş, hava, toprak ve su olarak adlandırılır.

2 Hipokratik metinlerin tek bir yazar ve tek bir dönemde yazılmadığı sorunu, Fransız filozof/doktor Emilé Littré tarafından on dokuzuncu yüzyıl ortalarında dile getirilmiştir.

3 Vücutta dört temel sıvının bulunduğunu ve bu sıvılar arasındaki dengenin sağlığa, dengesizliğine hastalıklara neden olduğunu ileri süren sav. Hipokratik metinlerde sadece üç metinde bu teori açıklanmaktadır. İlkinde, daha eski olduğu ve Hipokrat'ın kendisi tarafından yazıldığı söylenen *Jenerasyon Üstüne* adlı metin, ve ikincisinde, Littré'nin ilk metnin devamı olduğunu düşündüğü *Hastalıklar IV*, bu dört sıvı, bilinenin aksine, Aristotelesçi dört elemente karşılık gelecek şekilde değildir. Toprak elementinin karşılığı olan siyah safra yerine *hydrops* denilen su benzeri bir sıvı vardır. İnsan Doğası Üzerine isimli üçüncü metinde, siyah safra olan ve dört element teorisine uyan bir versiyon bulunmaktadır, ve *hydrops* sıvısından hiç bahsedilmemektedir, ancak bu metni Hipokrates'in damadı Polybus'un yazdığına dair şüpheler bulunmaktadır.

4 Hipokratik dönemde hekimlik pratiğinin kadınlara yasak olduğu söylenmesine rağmen, Platon'un Devlet'inde kadın ve erkek ruhların farksızlığına değin tez ikisinin de doktor olabilmesiyle sağlanmaya çalışılmış, ve bu sadece teorik bir hipotezmiş gibi kurgulanmamıştır. Ayrıca ebelik, doktorluk, asistanlık, pratisyenlik gibi ayrımlar olmadığı varsayılırsa pek çok kadın hekimden en azından ebelik pratiği bakımından bahsedilebilir (L., A., Dean-Jones; 1994, *Women's Bodies in Classical Greek Science*, Oxford; Newyork).

TOPLUMSAL VE ETİK BİR SORUN OLARAK KIZLIK ZARI (HYMEN)

Özlem Türkoğan, Ayşe Öztürk

İstanbul Üniversitesi, Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi

Giriş

Dünyada ve ülkemizde toplumun ve kültürün dayattığı normlar, kadın bedenini denetlenmeye ve bu denetleme ile ataerkiyi pekiştirmeye ve yeniden üretmeye devam etmektedir. Bu durumun günümüz şartları içerisinde bir başka denetim mekanizması “hymen” olarak bilinen “kızlık zarı” ile ilgili egemen ataerki söylem ve davranışlardır. Kadınların hayatını bir doku parçası çerçevesine indirgeyen ve bununla beraber çift yönlü bir biçimde kadınların hayatını tehdit eden, diğer yandan bu durumu kendilerine sebep gösterip “kızlık zarı diktirme” operasyonları ile “maddi gelir” elde eden endüstriyel sektör kadın bedenini kontrol altında tutmaya devam etmektedir.

Bu kontrol ve denetim baskılarının en sorunlu olanı, aslında kadınlar için anatomik görevi bilinmeyen ve basit bir doku olarak bilinen “kızlık zarı” üzerinden yapılmaktadır. Görevi insanların sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalık durumunda tedavi etmek olması gereken sağlık bilimleri, gereğinde bu baskıyı, kadınlar üzerinde bir araç olarak kullanılabilmektedir. Sağlık sektörü, kızlık zarı incelemeleri, raporları ve kızlık zarı diktirme (Hymenoplasti) operasyonları ile bu denetime katkıda bulunmaktadır. Bu bağlamda *hymenoplasti* operasyonlarını gerçekleştiren veya gerçekleştirmeyen hekimlerle ve bu operasyonlarda bulunan sağlık çalışanları ile görüşmeler yaptığımız çalışmamızda amacımız kızlık zarı meselesi yüzünden kadınların karşılaştıkları sorunlara bakmak, kızlık zarı yüzünden hastaneye intikal etmiş olayları incelemek ve ayrıca, kadınların bu operasyonları yaptırma gerekçelerini, psikolojik ve sosyal etkenleri de hesaba katarak anlamaya çalışmaktır.

Bekaret Tanımı ve Hymen (Kızlık Zarı)

...bedenleri zaten bir şekilde bedenden öte olanlar, başkalarının sahip olduklarının üstünde ve ötesinde özel bir şeye sahiptir.

Aziz Agustine

“Neyle ölçerseniz ölçün bekaret aslında yoktur. Terazide tartılamaz, yeraltı mantarı ya da bir tomar kaçak kokain gibi kokusundan tanınmaz, kayıp eşya büro-

sundan alınamaz ya da gelecek nesiller için fotoğrafı çekilemez.”¹⁸ der Hanne Blank *Bekaretin El Değmemiş Tarihi* adlı eserinde. Fakat bekaret ve bakire sözcükleri “erkeğin taşıdığı iktidarı temsilin” bir başka yolu olarak toplumda karşılığını bulmuş ve Fatıma Mernissi'nin *Bekaret ve Ataerki* adlı makalesinde belirttiği gibi erkekler arasında bir mesele olarak kadınların sessiz araçlar rolü üstlendiği bir durum olarak süregelmiştir.¹⁹

Sıfat olarak kullanılan ‘bakire’ sözcüğünün; Türk Dil Kurumu Türkçe sözlüğünde²⁰ şu şekilde bir tanımı yapılmaktadır: “Cinsel ilişkide bulunmamış (dişi), kızıoğlan, kızıoğlan kız.” Bekâret sözcüğünün ise; dört anlamı bulunmaktadır. Bunlar şu şekildedir: “1) isim eskimiş, kızkılık 2) saflık, temizlik, masumluk 3) sanat ve düşüncede özgünlük, yenilik 4) doğallık, tazelik”

Peki, bu bakire kimdir ve burada kimin bekâretinden söz edilmektedir? Heteronormatif düşünüş, iki farklı cinsten söz eder ve bunları kadın- erkek olarak adlandırır. Bunun dışında farklı cinsiyetlerin varlığı söz konusu olsa dahi heteronormlar bu saptamalara kulak kesilmez. Bu düşünüşü kabul etmemekle birlikte onun olgularından söz ederken, yazık ki aynı dili kullanmak zorundayız. Neticede sözlük anlamı verilen bu iki kavram, kimi işaret etmekte ve bu kavramların taşıyıcısı kim olmak zorunda? Elbette kadın/ı. Eril dile sahip, erkek toplulukları tarafından konuşulan fakat onlar üzerinde herhangi bir bağlayıcılığı olmayan: bakire kadın ve kadının bekâreti.

Aynı adlı çalışmasında Mernissi; “*Namus ve bekâret kavramları, erkeğin itibarını kadının iki bacağı arasına yerleştirmektedir. Erkek, doğayı hâkimiyeti altına alarak ya da dağları ve nehirleri fethederek değil, akraba ya da hısımları olan kadınların hareketlerini kontrol ederek ve yabancı erkeklerle herhangi bir temas kurmalarını yasaklayarak statü elde edebilmektedir.*”²¹ ifadeleri ile bu tanımlamaların bir iktidar pratiği olarak kurumlaşan erkeklik²² için kurumsal varlığın pekiştirilmesinde etkin olduğunu ifade eder. Dolayısıyla yüzyıllardır süregelen ataerki sistem ve onun normları; bu sözcüklerin anlam alanını oluşturmuş, hatta oluşturmakla da kalmamış üst bir değer olarak kalmasına neden olmuştur. Aileden eğitim kurumlarına, tıp biliminden yasalara, dini kurallardan toplumsal kurallara kadar; tüm bu yapılar kadın bedeni üzerinden inşa edilen bakire ve bekâret kavramlarını kültürel bir unsur haline getirmiştir.

Anatomik hymen hikâyesi 3. yy Roma'sında doktorluk ve tıp yazarlığı yapan Yunan'lı Soranus'a kadar gitmektedir. Fakat hymen'in anatomik varlığı; 16. yy'da Roma'lı Vesalius tarafından ortaya konmuştur. Her ne kadar tıp literatü-

¹⁸ Hanne Blank, *Bekaretin “El Değmemiş” Tarihi*, Çev. Emek Ergün, İletişim Yayınları, İstanbul, 2007, s. 45

¹⁹ Fatıma Mernissi, “Bekaret ve Ataerki”, Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik, “, Der. Pınar İlkaracan, çev. Ebru Salman, İletişim Yayınları, İstanbul, 2003, s.99

²⁰ Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük, Yayınları,

²¹ Fatıma Mernissi, *Bekaret ve Ataerki*, Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik, Der. Pınar İlkaracan, İletişim Yayınları, İstanbul, 2003, s. 99-100

²² Tayfun Atay, Çin İşi Japon İşi, İletişim Yayınları, İstanbul, 2012, s.21

ründe açık ve net bir tanımı bulunmasa dahi, günümüz dünyasındaki yaygın kullanımı ise; “Eski Yunan evlilik veya düğün tanrısı olarak bilinen Hymen’in adından alıntılanan, kadınlarda vajina girişinin 1-1.5 santimetre iç kısmında yer alan, ince zarımsı bir doku kıvrımıdır. Oldukça farklı şekillerde olan bu doku, ince kılcal damarlarla çevrilidir.”²³ şeklindedir. Yaygın kullanımı “kızlık zarı” olarak bilinen *Hymen* bu tanımlama nedeniyle bir zar olarak bilinmesine rağmen bir zar değil, embriyonik dönemde genital duvarların ayrılarak küçük (*labia minora*) ve büyük (*labia majora*) dış dudakları oluşturması sırasında, ayrılma sonucu ortada kalan zarımsı doku olarak gelişen fizyolojik bir göreve sahip olmayan bir doku parçasıdır.²⁴

Buradan da anlaşılacağı üzere kadınların anatomisinde herhangi bir işlevi olmadığı iddia edilmesine rağmen bu dokunun varlığının bir baskı unsuru olarak kullanıla gelmesi, tamamen ataerkil sistemin kadınlar üzerinde kurduğu bir iktidar sistemine dayanmaktadır. Dolayısıyla kızlık zarı (Hymen), bakire kadının ya da bekâretin simgesi olarak hem toplumsalın hem de tıp biliminin literatürüne yerleşmiştir. Böylece süregelen sistemde iktidar olan erkek “sahip olmanın” bir göstergesi olarak “bekaret” kavramı ile kadının denetimi altına almak ister. Bu durumu Hanne Blank erkeklerinde “kaçak bekaret avcılarında” korktukları, çünkü bir erkeğin başka bir erkeğe indireceği darbe olarak algıladıklarını ifade eder²⁵, bu düşünce bizi erkekler arası çatışma alanını yine kadınlar üzerinden tanımladıkları sonucuna ulaştırır. Aslında bu durum uygarlığın kendisi kadar eski olan biyolojik farklılıklarından dolayı erkeği egemenliğini meşrulaştıran bir durum olup, kadını denetlemenin de meşrulaştırılma yolu olarak kullanılmaktadır.

Tıp Literatüründe Yer Almayan Ama Hayatın İçinde Bir Operasyon: Hymenoplasti

Aristoteles’den bu yana kadınlar “eksik yaratılmış erkek” olarak algılanmışlar ve bu anlayışın doğrultusunda baskı altında kalmışlardır. Bekaret nedeniyle bu baskı sürmekte kadın bedeni üreme çerçevesinde biyolojisine hapsedilmiş ve orada tutularak, iktidara yani erkek egemenliğine zarar vermesi engellenmektedir. Böylece kadınlar kendilerine dayatılan sınırlar içinde kalarak, “erkeğin verimli toprağı” olmayı kabullenirlerse iyilik, kadınlık olarak yüceleştirilirler.²⁶

Bedenlerimizin özellikle de kadın bedeninin bu şekilde var olması kabul edilir değildir. Lakin kabul etmemekle birlikte bir yandan bekâret yüzünden “namus” cinayetleriyle kadınların yaşamı tehdit edilmekte, diğer yandan ise; *hymenoplasti* adı verilen *kızlık zarı diktirme operasyonlarıyla* bu durum bir sektöre dönüşebilmektedir. Endüstriye dönüştürülmüş sağlık sektörü, kadınların bu çelişik durumundan “maddi kazanç” elde edebilmektedir. Bu operasyonlar ise; iki şekilde

²³ http://tr.wikipedia.org/wiki/K%C4%B1z%C4%B1k_zar%C4%B1

²⁴ http://tr.wikipedia.org/wiki/K%C4%B1z%C4%B1k_zar%C4%B1

²⁵ Hanne Blank, Bekâretin “El Değmemiş” Tarihi, Çev. Emek Ergün, İletişim Yayınları, İstanbul, 2007, s. 179

²⁶ Fatmagül Bertkay, Kadına Ad Koymak, Kadın Olmak, Yaşamak, Yazmak, Pencere Yayınları, İstanbul, 1998, s. 155

yapılmaktadır. Biri kalıcı, diğeri geçici yöntemdir. Kalıcı kızlık zarı tamirindeki amaç; evlilik veya ilişki zamanı belli olmayan kadınlar içindir. Kalıcı kızlık zarı tamiri için birçok yöntem vardır; bunlardan bazıları Flep Tekniği, İnsizyonel Birleştirmeler, Doğal Septa Birleştirmeleri gibi. Geçici yöntem ise; ilişkisi çok yakın olan kadınlar için uygundur. İşlem, sirküler hat veya vulva içinde karşıt noktaları Stür ile birleştirmekten ibarettir Bu işlemler; ilişki tarihinden bir saat önce de yapılabilir, doku yapısına göre on beş gün öncesinden de yapılabilir.

Bedenlerimizi birer mülk haline getiren bu kodlar, mülk sahibi gibi öznel bir var oluşa yakışmayan bir kavramı da ortaya çıkarır. Mülkiyetin sahibi özel mülkiyeti üzerinde her türlü edim hakkına sahiptir. Zira kronoloji araştırmalarının da ortaya koyduğu bir olgu olarak, kadın bedeninin toprakla ilişkilendirilmesi de bu durumu örnelemektedir.

Hanne Blank'ın deyişiyle: *“Bir yandan ‘bedenimiz tapınağımızdır’ deriz, öte yandan bu ‘tapınakların’ sahibi tarafından uygun görüldüğü gibi süslenebilecek (dövme yaptırılabilir, orası burası delinebilir, vücut geliştirme sporlarıyla, estetik ameliyatla, korseyle ya da elinizde ne varsa onunla şekil değiştirebilir) özel mülkiyetler olduğuna inanırız. Bu durumda, himenin ameliyatla yenilenmesi fikrini kabullenmekte zorlanmamıza pek de şaşırılmamamız gerekir.”*²⁷

Kadınların temel hak ve özgürlüklerini kısıtlayan bu durum sosyal, etik, hukuki, psikolojik boyutlarıyla kadınların hayatına müdahale edilmesini sağlamaktadır. Çalışmamızın amacı kızlık zarı meselesi yüzünden kadınların karşılaştıkları sorunlara bakmak, kızlık zarı yüzünden hastaneye intikal etmiş olayları incelemek ve ayrıca, kadınların bu operasyonları yaptırma gerekçelerini, psikolojik ve sosyal etkenleri de hesaba katarak anlamaya çalışmaktır. Bu amaç çerçevesinde vakalarla görüşme çabalarımız kızlık zarının tabu olması ve ataerkinin her yerde olduğu gibi burada da karşımıza çıkmasıyla engellenmiş olduğundan sağlık çalışanları ve kadın jinekologlarla görüşmeler yaparak mümkün olduğunca kendilerine başvuran vakaları analiz etmelerini bu bağlamda anlamaya çalıştık.

Araştırmamızda bu operasyonu gerçekleştiren ve gerçekleştirilmeyen jinekologlarla yaptığımız görüşmelerde elde ettiğimiz bulgular toplumsal baskıların ve kültürel öğretilerin kadınları kendi bedenleri konusunda çelişik, kararsız olmaya ve bu denetime bir başka yolla destek vermeye zorlarken, diğer taraftan özgür iradeleri ile verdikleri kararların arkasında duramayan ve bu kararlarını “büyük bir pişmanlık”, “hayatımı hatası” şeklinde tanımladıklarını ve bunun ölümle sonuçlanabilecek durumlara yol açtığı bilinmektedir. Kendilerini çoğunlukla “kandırılmış” olarak tanımlayan bireylerin, bu operasyonlar sonucunda kendilerini kandırmaya devam ettikleri gibi bir sonuçla yüzleşemediklerini görmekteyiz. Tabi bu durumun toplumun kadın için görevi netlik kazanmamış bir doku parçasına kadının hayatını mahkum ettiğini görmezden gelmek acımasızlığına düşmeden belirtmekte fayda olduğunun altını çizmeliyiz. Ailelerin baskısının kadınları kızlık

²⁷ Hanne Blank, Bekaretin “El Değmemiş” Tarihi ,Çev. Emek Ergün, İletişim Yayınları, İstanbul, 2012, s.133

zarı dikimi operasyonlarına daha fazla ittiği bulgusu “namus” kavramının toplumsal algıdaki karşılığının bir tezahürü olarak karşımıza çıkmıştır.

Araştırmamız sonucunda ortalama aylık on vakanın başvuruda bulunduğu ve sosyoekonomik düzeyi, eğitim seviyesi farklı kadınların bu operasyon için çeşitli kuruluşlara danıştığı, bununla beraber başvuruda bulunan ve operasyonu geçiren bu kadınların ortalama 20-30 yaş aralığında olduğu, farklı coğrafi bölgelerden başvurularında bulunduğu sonucuna ulaşmış bulunuyoruz.²⁸ Sağlık personelleri ile yaptığımız görüşmelerin sonucu bizi ; bu operasyonlar için başvuran vakaların, daha önce de belirttiğimiz gibi, toplumsal ve kültürel baskılar sonucu bu operasyonlara itildikleri bulgusuna ulaştırmıştır. Diğer taraftan, tecavüz ve taciz vakalarında başvuru sayısının az olması ise; toplumsal ikiyüzlülüğü net bir biçimde ortaya koymuştur. Fatıma Mernissi adı geçen makalesinde bu durumu *Sosyal Şizofreni* olarak tanımlamıştır. Farklı örneklerle açıklarsak, ilk örneğimiz; sekiz kürtaj yapmış olan ve hala hymen’i deforme olmamış olan bir vaka dır. Bu vakanın partneri; bu kürtaj operasyonlarına rağmen, hymen’inin zarar görmemesi konusunda ısrarcıdır. İkinci örneklem ise; doğum yapan ve hymen’i deforme olmamış bir başka vaka dır. Bu vakanın eşi, karısının hymen’i deforme olduğundan dolayı; doktorlara ve sağlık personellerine sözlü tacizde bulunmuştur. Üçüncü vakamız ise; nişanlı olduğu kişi ile cinsel bir ilişki sonucunda hamile kalmış ve bu hamileliği kürtaj olarak sonlandırmış ve ardından nişanlısından ayrılmış ve bu ayrılmadan sonra bu operasyonu yaptıran genç bir kadındır.²⁹

Tüm bunların yanında kadınların hayati bir mesele olarak gördükleri kızlık zarı dikimi operasyonları insanların sağlığını korumak, geliştirmek ve hastalık durumunda tedavi etmek görevi olan sağlık sektörü için yeni bir kazanç kapısı olarak görülmektedir. Toplumsal algı düzeyinde kızlık zarının tabu olmasına rağmen bu operasyonu gerçekleştiren kliniklerin reklam düzeyleri bu sektörün kendilerinin belirttiği gibi insan hayatını kurtarmak gibi bir amaca hizmet etmediğini ve bu alanda talep edilen ücretlerin sağlık sektörünün bu kazanç kapısından memnuniyetini göstermiştir. Bu durumu ikili bir biçimde savunmanın etik yönü tartışmanın önemli noktalarından birini oluşturmaktadır.

Bir başka açıdan bakılacak olursa yapay kızlık zarı üretimi³⁰ ithal edilen torbacıklarla devam etmektedir.³¹ Bu örnekte de olduğu gibi ülkemize has bir durum

²⁸ Bu araştırmanın çarpıcı bir diğer sonucu ise toplumsal bir tabu olmasına rağmen hymenoplasti operasyonlarının internet ortamında oldukça yaygın, açık ve kullanıma uygun bir biçimde bulunması ve reklam düzeylerinin çok sayıda olması dikkat çekicidir. Blog siteleri olarak adlandırılan ve bu operasyonu gerçekleştiren hekimlerin kişisel web sitelerinde vakalar durumlarını anlatmakta ve taleplerini dile getirmektedirler. Bu anlamda yaygın bir kullanım olduğu görüşme yaptığımız doktorlar tarafından teyit edilmiştir.

²⁹ Burada vaka örneklerinin sayısı benzer hikayeler ve nedenlere dayandığı için az tutulmuştur. Aynı nedenlerle her bir doktor için ortalama vaka sayısı bölgesel olarak değişse bile nedenler ve olaylar büyük benzerlik taşımaktadır.

³⁰ <http://gundem.milliyet.com.tr/cin-mali-bekaret/gundem/gundemvazardetay/10.07.2011/1412386/default.htm>: Gümrük Muhafaza ekipleri, Çin’den gelen bir kolide, 82 adet “yapay kızlık zarı” bulmuşlar. 50 liradan

olmayan bu “sosyal şizofreni” Fas’ta operasyonu gerçekleştiren bir doktor tarafından tıbbi açıdan gereksiz, ama toplumsal açıdan çok önemli olarak tanımlanmıştır.³² Yaptığımız çalışmada doktorların operasyonu yapmama gerekçeleri arasında yer alan nedenlerden biri her iki tarafın kendini ve karşısındakini kandırıyor olması, ataerkiyi yeniden üretmesi olarak tanımlanırken, bazı doktorlar kadınların bu durum sonunda mutlu olduklarını ve hayatlarının değişmesi ile sonuçlandığını vurgulamışlardır. Dilek Cindoğlu’nun *Modern Türk Tıbbında Bekaret Testleri ve Suni Bekaret* adlı makalesinde doktorların benzer görüşlerine yer vermiştir. Böylece benzer sonuçlara ulaştığımızı belirtmekte fayda vardır. Fakat bu durumun zararlı yanı ise toplumsal algımızda değişiklik olmaması olarak değerlendirilebilir.

Sonuç

Sözlü görüşmelerde elde ettiğimiz veriler göstermektedir ki; bu operasyonlar, kimi durumlarda, kadınlar için yaşam hakkının devamı niteliğini taşıması bakımından çok önemli. Fakat bir sektör niteliği taşıyan bu operasyonların uygulanması ise; hem başlı başına maddi bir destek gerektirmekte hem de bu durumun psikolojik yansımaları kadınlarda önemli bir travma yaratmakta. Dolayısıyla ege-men dil ve kurumlar tarafından tanımlanan ve önemli bir değer atfedilen kızlık zarı (Hymen); var ile yok arası anatomik bir yapı olmaktan öte bir anlam alanından çıkarılmalıdır.

Suni bekaret ya da hymen onarımı nasıl bir biçimde isimlendirilirse isimlendirilsin, kesinlikle ikincil öneme sahip bir olgu değil, kadınların ve erkeklerin, birbirlerini sevmeye ve saymaya arzularını boşa çıkaran çok eski bir rahatsızlığın ifadesidir.³³ Tüm bulgular ışığında ataerkinin kadın bedeni üzerindeki denetimi öğrenilmiş kadınlık rolleri ile devam etmekte ve daha önce de belirttiğimiz gibi kadını ve dahi insanı anatomik olarak görevi tanımlanmamış bir doku parçasına indirgeyip hayatını tehdit eden bir unsur olarak karşımıza çıkarmıştır.

KAYNAKLAR

Atay Tayfun, Çin İşleri Japon İşleri, İletişim Yayınları, İstanbul, 2012

Berkay Fatmagül, Kadın Olmak, Yazmak, Yaşamak, Pencere Yayınları, İstanbul, 1998

Blank Hanne, Bekaretin El Değmemiş Tarihi, İletişim Yayınları, İstanbul, 2012

satılan jelatin poşetler içindeki, polivinil alkol türevli bu [kimyasal madde](#), sulu ortamda çözülmüştür. Evlilik öncesi ilişkisi olan ve eşinin kendisini bakire sanmasını isteyen kadınlar, gerdek gecesi bunu kullanıp damadı kandırıyormuş. Bu durum bir çok köşe yazarı tarafından da dile getirilmiştir.

³¹ <http://www.bekaretzari.com>

³² Dilek Cindoğlu, *Modern Türk Tıbbında Bekaret Testleri ve Suni Bekaret*, Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik, İletişim Yayınları, İstanbul, 2003, s. 117

³³ Fatima Mernissi, “Bekaret ve Ataerki”, Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik, “, Der. Pınar İlkaracan, çev. Ebru Salman, İletişim Yayınları, İstanbul, 2003, s.113

Der. İlkaracan Pınar, Müslüman Toplumlarda Kadın ve Cinsellik, İletişim Yayınları, İstanbul, 2003

http://tr.wikipedia.org/wiki/K%C4%B1z%C4%B1k_zar%C4%B1

<http://www.bekaretzari.com>

<http://gundem.milliyet.com.tr/cin-mali-bekaret/gundem/gundemyazardetay/10.07.2011/1412386/default.html>

KADINLAR CİNSELLİK VE CİNSEL SAĞLIKLARI KONUSUNDA YETERLİ BİLGİYE SAHIPLER Mİ?

Edağül Türker, Nurale Aksu

İstanbul Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi

Ataerkil sistem, aile hayatından kamusal yaşama, tüm kurumlarda ve söylem biçimlerinde kadınlar üzerinde etkisini sürdürür, onları baskı altına alır ve denetler. Bu sistem kamusal alandan özel alana uzanan bir denetim mekanizmasının sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Kamusal alanda devlet kadın bedenini çeşitli projelere bağlı olarak denetim altına alarak, kadın cinselliğini kontrol etmektedir. Örneğin milliyetçi ve muhafazakar ideoloji kadın cinselliğini yasalarla denetlemeyi hedefler. Her iki ideoloji de kadın bedeni ve cinselliğini önce devlete sonra topluma ait olarak görmektedir. Öyle ki kadının cinselliği ne zaman, nasıl yaşayacağına, kaç çocuk doğurup doğurmayacağına karar veren bir kontrol mekanizmasının kurulmasını sağlayan bu ideolojiler toplumsal yapıyı da şekillendirmektedir.³⁴ Bu kontrol mekanizması dolaysız baskı ve şiddet yoluyla olduğu kadar, siyasi, toplumsal ve kültürel manipülasyonlarla da beslenmektedir. Bu anlamda din çoğu kez bu manipülasyonun önemli bir aracı haline gelmiştir. Dinsel değerler kadın bedenini ve cinselliğini kontrol etmek için kültürel değerlere eklenerek toplumsal algıyı şekillendirmektedir. Bu nedenle kadın cinselliği özellikle Müslüman toplumlarda konuşulmayan, gizlenen bir konu haline gelmiştir.³⁵ Bu kontrol bilgi oluşumu ve paylaşımını da etkileyerek kadın cinselliği ve cinsel sağlık gibi konuların en az konuşulan konular haline gelmesine neden olmaktadır. Bu sebeple çocukluktan yetişkinliğe dek kadınlar cinsellik konusunda bihaber büyütülmeye çalışılır. Kendi vücutlarını, cinselliklerini pek tanımalarına izin verilmez. Bu durum evlendikleri zaman da devam etmekte ve cinsellik konusunda kulaktan dolma bilgilerle hareket etmektedirler.

Kadınların büyük bir çoğunluğu cinsellikle evlilik aracılığıyla tanışmaktadırlar. Evlilik öncesi kadınların cinsellik yaşamaları çeşitli kültürel nedenlerle uygun görülmez. Bu anlamda kız çocukları üzerinde muazzam bir baskı ve denetim kurulmaktadır. Bu baskıyı da denetleyen genellikle anneler olmaktadır. Zaten kız çocukları cinsellikle ilgili soruları neredeyse tamamıyla annelerine yöneltmektedirler, fakat çoğu zaman kaçamak, eksik ve yanlış cevaplar almaktadırlar. Annelerinin aktif bir cinsel yaşamı olsa dahi, cinsel konularla ilgili tabular devam etmek-

³⁴ Nira Yuval-Davis, **Cinsiyet ve Millet**. İletişim Yayınları, 2010, s. 54

³⁵ Pınar İlkcaracan, der. **Müslüman Topumlarda Kadın ve Cinsellik**. İletişim Yayınları, 2004, s.14

tedir, bu yüzden de bu kadınlar cinsel bilgiye eşlerinin onlara öğrettiği kadar sahip olmaktadır. Örneğin kızlık zarı, genital temizlik ve bakım, cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, doğum kontrolü, hamilelik gibi kadın cinsel sağlığını ilgilendiren pek çok konuda, kadınlar bilgisiz, yetersiz veya yanlış bilgiye sahip olmaktadır.

Buradan yola çıkar bu çalışma evli kadınların eşleriyle cinsel ilişkide bulunmalarına rağmen, cinsellik konusunda yanlış ve eksik bilgiye sahip olduklarını, cinsel sağlık konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermek için yapılmıştır. Araştırmada derinlemesine görüşme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemi tercih etmemizin nedeni görüşülen kadınların daha gerçekçi cevaplar vermesini sağlamaktır.

Araştırma İstanbul ve Lefkoşa'da 25-50 yaş arasında olan 20 evli kadınla yapılmıştır. Genel olarak cinsel sağlık ve cinsellik ile ilgili sorular sorulmuştur. Araştırmanın sonucunda görüşülen evli kadınların cinsellik konusunda çekinceleri olduğu, yanlış ve eksik bilgiye sahip oldukları saptanmıştır.

Kadınlara toplamda 7 soru yöneltilmiştir. Bu sorular en temel cinsellik ve cinsel sağlık konularıyla ilgilidir. Derinlemesine görüşme yöntemi kullanıldığı için bu sorular dışında kadınlar çeşitli sorunlarını da dile getirmiştir. Sorulan sorular aşağıdaki gibidir:

1. Klitorisin ne olduğunu biliyorum.
2. Cinsel organımı nasıl temizleyeceğimi biliyorum.
3. Doğum kontrol yöntemlerini biliyorum.
4. İlk cinsel birleşme ağrılı ve çok kanamalıdır.
5. Smear testi nedir?
6. Mastürbasyon nedir?
7. Partnerimle cinsellik hakkında konuşabiliyorum.

Ayrıca görüşülen kadınlara tercih ettikleri kadın doğum uzmanının cinsiyetini de sorulmuştur.

Genel olarak görüşülen kadınlar cinsellikle ilgili sorularda cevap vermekte ilk başta kuşku duymuş ve çekinmişlerdir. Hemen hepsi klitorisin ne olduğunu bilmiyorlar. Yine hepsi cinsel birleşmenin ağrılı ve çok kanamalı olduğunu evlilik öncesi duydıklarını bu nedenle ilk cinsel birleşmelerinde tedirgin olduklarını belirttiler. Mastürbasyonun ne olduğunu kadınların % 60'ı bilmiş fakat hepsi erkeklerin yaptığı bir şey olduğunu söylemiştir. Son olarak kadınların yarısından fazlası partneriyle cinsellik hakkında konuşamadığını çekindiğini belirtmiştir. Cinsel sağlıkla ilgili olan soruların hemen hepsini eksik de olsa bildikleri gözlemlendi.

Sonuç olarak bu araştırma toplumsal normların kadınların üzerinde kurduğu iktidar ve denetimin ne kadar etkili olduğunu anlamamıza yardımcı olmuştur.

Kadınlar bu denetimin sonucu kendi bedenlerini ve cinsel organlarını tanıyamamakta, evlenseler dahi cinsellik ve cinsel sağlık konularında çekinceleri olmaya devam etmektedir.

KAYNAKÇA

Nira Yuval-Davis, Cinsiyet ve Millet. İletişim Yayınları

Pınar İlkaracan, der. Müslüman Toplumlarda Kadın ve Cinsellik. İletişim Yayınları.

VAJİNAL ESTETİK OPERASYONLARININ KADINLAR İÇİN ANLAMI NEDİR?

Merve Sargın – Hülya Çiftçi

İstanbul Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi

Amaç:

Bu araştırmanın amacı kadının güzellik algısını oluşturan psikolojik ve toplumsal temellerin çerçevesini çizerek, kadınların kendilerini algılayışındaki erkek bakışını görünür kılmak ve buradan yola çıkarak vajinal estetiğe yönelmenin nedenleri ile bunun kadınların üzerindeki görünmeyen olumsuz sonuçları üzerinde durmaktır.

Giriş:

Vajinal estetik konusu, Türkiye’de son yıllarda hem medyanın hem de kamuoyunun gündeminde giderek daha fazla yer işgal etmektedir. "Her kadın güzel ve estetik görünmek ister" sloganına gerekçe oluşturan bu tartışmaların arkasında hem uzman doktorlar hem de psikologlardan gelen açıklamalar olmaktadır. Vajina estetiğinin, vajinanın şeklinden ve zamanla genişlemesinden kaynaklanan görsel ve işlevsel sorunların ortadan kaldırıldığı, kadınların özgüven duygularını tazelediği, cinsel hayatı ve aile yaşamını düzenlediği iddia edilmektedir. Bu açıklamalardaki ortak vurgu, çiftler arasında yaşanan cinsel sorunların suçlusunun kadının bedenine indirgenmesi, kadınların ilişki sırasında partnerlerinden utanıp, özgüven eksikliği yüzünden isteksizlik yaşamalarına sebep olduğudur.

Feminist bir bakış açısıyla ele alındığında, kadının kendi bedenine bakarken, ataerkil toplum yapısının onlara dayattığı psikolojik ve toplumsal etkenlerden kurtulamayıp, aynada gördüğü "ben" i erkek bakış açısıyla değerlendirdiği görülebilir. Kadının kendi bedeninin denetiminden bu kadar uzak olduğunu söylemek aslında hiç de yeni bir olgu değil. Bundan neredeyse yarım yüzyıl önce yazdığı *Ways of Seeing (Görme Biçimleri)* adlı kitabında Berger bunu şu sözlerle ortaya koyar:

Erkekler davrandıkları gibi, kadınlarsa göründükleri gibidirler, erkekler kadınları seyrederek. Kadınlarsa seyredişlerini seyrederek. Bu durum, yalnız erkeklerle kadınlar arasındaki ilişkileri değil, kadınların kendileriyle ilişkilerini de belirler.

Kadının içindeki gözlemci erkek, gözlenense kadındır. Böylece kadın kendisini bir nesneye -özellikle görsel bir nesneye- seyirlik bir şeye dönüştürmüş olur.³⁶

Tarihsel olarak bedene ilişkin düşünce yapıları incelendiğinde, düşünceler zamana ve çeşitli coğrafyalara göre farklılık gösterse de, kadın bedeninin hiçbir zaman patriyarkanın dayattığı değersizleştirmeden ve denetlemeden bağımsız olmadığı inkar edilemez. Örneğin; Bugün batı düşüncesinin şekillenmesinde rol oynayan siyaset kuramcılarında Aristoteles kadını eksik bir erkek olarak tanımlarken, kadını bedenle erkeği ise ruhla özdeşleştirir ve bu nedenle kadını yegane işlevini üreme olarak ortaya koyar. 1700'lü yıllara gelindiğinde, bambaşka bir coğrafyada yaşamış, "eşitlikçi" düşünür Jean Jacques Rousseau'nun kadın meselesine yaklaşımı, Aristo gibi yine işlev üzerinden devam eder; üstelik daha da alevlenerek... Rousseau Aristo'nun aksine kadını sadece üreme ile sınırlamaz. Kadın artık tutkuları olan bir varlık haline alır. Ancak yine Tanrı'nın kendisine bahsettiği sınırsız tutkularını kontrol etme yetisinden uzak görüldüğü için, bedeni erkeğin denetimine bırakılır. Üreme ve cinselliğinden dolayı, kadın bedeni karmaşa, düzensizlik ve doğa ile özdeşleştirildiğinden, akıl(erkek) bu düzensizlikleri, doğayı kontrol altına alıp yönetme görevini üstlenir. Akıl çağı ile rasyonel bir zemine oturtularak doğallaştırılan bu düşünce ile kadın artık patriyarkal aklın denetleme nesnesi haline gelir.

Çağlar boyunca bu şekilde hakim düşünce yapılarını denetleyen patriyarkal sistemin, şüphesiz ekonomik bir temeli olduğu açıktır. Bunun en gelişmiş örneği kapitalizm- patriyarka ilişkisinde görülebilir. Kapitalizmle beraber giderek ayrılan üretim ve yeniden üretim ilişkileri ile kadın cinselliği bir yandan mahremiyet sınırlarına hapsedilip, ekonomik alandan ayrılarak, erkeğin denetimine bırakılırken, bir yandan da Baudrillard'ın da işaret ettiği gibi kadın bedeni "en güzel tüketim nesnesi"³⁷ haline getirilerek metalaştırılmış ve ikili bir gerilim arasında bırakılarak ehlileştirilmiştir. Bunun yanında modern tıptaki gelişmelerle birlikte bedenin tanınması da beden üzerindeki her türlü denetime olanak sağlamıştır. Beden "Modern teknolojilerin de yardımıyla [artık] üzerinde her türlü değişimlerin yapılabildiği plastik bir madde haline gelmiştir."³⁸

KADININ BEDENİ ERKEĞİN KARARI: VAJİNAL ESTETİK OPERASYONLAR

Genel Bilgi:

Vajinal estetik operasyonları ilk olarak Amerika ve Avrupa'da başlamış, Türkiye'de ise son 5 yılda trend haline gelmiştir. Bahsi geçen bölgelerle karşılaştırıldığında Türkiye'deki başvuruların içeriğinde estetik kaygılara oranla çiftlerin cinsel hayatlarında yaşadığı sorunlar daha fazla yer almaktadır. Bunların en belirginini

³⁶Jean, Berger, **Görme Biçimleri**, Çev. Yurdanur Salman, Metis Yayınları, İstanbul, 2005, s.47.

³⁷ Jean, Baudrillard, **Tüketim Toplumu**, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2010 s.163.

³⁸ Shilling'den Aktaran Aylin Nazlı, "Beden ve Ölüm: Modern Öncesinden Postmoderne Beden ve Ölüm", Sosyoloji dergisi, Sayı, 16, 2006, s.10.

kadının kendi mutluluğundan çok erkeğin mutluluğunu öne sürmesi; yani kadının kendini erkeği mutlu etmekle görevli saymasıdır. Cumhuriyet Gazetesi haberine konu olan bir araştırmada, Türkiye’de 100 kadından 20’sinin vajina bölgesindeki deformasyonları gidermek amacıyla vajinal estetik operasyonları talep ettiği saptanmıştır.³⁹

Vajinal estetik operasyonları işlevsel amaçlı cinsel estetikler ve estetik amaçlı cinsel estetikler olarak ikiye ayrılır. Bu araştırmaya konu olan operasyonlar idrar torbası ve mesane sarkması, rahim sarkması ve vajina genişletme gibi işlevsel operasyonlar değil; vajinoplasti, labioplasti, kliteroplasti (klitoris üzerindeki deri kalıntılarının düzeltilmesi), genital bölgenin lazerle rengini açma (bu gitgide daha çok talep edilmeye başlandı) ve epizyotomi gibi estetik kaygı ile başvuru alanlardır.

Yöntem:

Bu çalışmanın başlangıcında vajinal operasyon yaptırmış hastalarla derinlemesine görüşme yöntemi esas alınmasına karşı hastaların görüşmeyi kabul etmesi yöntemde değişikliğe gidilmesine sebep olmuştur. Bu nedenle çalışma vajina estetiği konusunda oluşturulan internet sitelerinden ve kadın bloglarından toplanan bilgilerle ışığında bir kadın hekimle yapılan görüşmeler çerçevesinde şekillenmiştir.

Bulgular ve Tartışma:

Vajina estetiği konusunda oluşturulan internet sitelerinden, basında çıkan haberlerden ve kadın bloglarından yola çıkılarak yapılan araştırmada kadınları bu tarz estetiğe yönelten sebepler arasında genetik sebepler, sık cinsel ilişki, doğum sonrası sarkmalar, kilo alıp verme ve yaş gibi faktörler gösterilmektedir.

Vajinanın iç veya dış dudakları operasyonu olan labioplastinin, şekil düzensizliklerinin verdiği psikolojik rahatsızlıkları ve sarkmayı ortadan kaldırarak, dar kıyafetler giyildiğinde rahat edilmesini ve cinsel ilişkiden zevk alınmasını sağlamak ve en önemlisi de kadınların eşlerine güzel görünmek için yaptırıldığı belirtilmektedir. En fazla yapılan vajinal estetik olan labioplastinin kızlık zarı denilen himene zarar vermediği ve kadının kendini hem daha güzel hem de güvenli hissetmesinin sağlandığının, görüşülen hekim tarafından özellikle belirtilmek zorunda kalınması, önemli bir soruna da işaret etmektedir. Vajinoplasti (vajina daraltma) operasyonlarına geldiğinde ise, bu operasyondan sonraki yaşamında hamile kalan kadınlara daha çok sezeryan doğum yapılmasına karşı, kadınların %99’u operasyonda sonucundan memnun(!) kaldığını bildirmektedir.

Bu bilgilere ek olarak, estetik konusunda görüşülen uzman hekim, günümüzde kadınların ne istediğini artık daha rahat ifade edebildiklerini, eğitim seviyesi ve ekonomik durum yükseldikçe genital bölgeleri hakkında daha fazla bilgiye sahip oldukları bilgisini vermiştir. Yapılan görüşme sonucunda elde edilen bulgulara

³⁹ Ali Deniz Uslu, “Tüm Yönleriyle Vajinal Estetik”, **Cumhuriyet Gazetesi**, 8 Nisan 2012, (Çevrimiçi), <http://www.cumhuriyet.com.tr/?hn=328374>, 18 Mayıs 2012.

göre operasyonların tercih edilmesinde kadınların bedenlerini daha iyi tanımasını sonucu güzel görünme arzusu ve eşlerinin gelen talebin etkili olduğu belirtilmiştir.

Vajinal estetik operasyonlarının yaptırılması bölgelere göre farklılık göstermektedir. Sosyo-kültürel durumu yüksek olan kentli kadınlar tarafından operasyonlar hem kendileri istekleri hem de eşlerinin talebi doğrultusunda yapılırken, ilginin yüksek olduğu kırsal bölgelerdeki kadınlar da daha çok eşlerinin onları terk edeceği korkusu sebebiyle bu yönetime başvurmaktadır. Birçok kadın bu sebeple rahim ameliyatı olmayı bile istememektedir. Görüşmeden çıkan bir başka sonuçta göre operasyonları yaptıran evlenmemiş genç kadınlar, evli kadınlar, normal doğum yapmış kadınların yaş aralığı 18-45 arasında değişmektedir. Kliniklere kadınlar kocaları ile birlikte gelmektedir ve kocasının zorla getirdiği kadın hiç olmamıştır. Ancak yine de kadınların kocalarıyla ilgili böyle şeyler talep etmelerinden daha fazla, erkeklerin talebinin etkili olduğu hekim tarafından desteklenmiştir. Kadınlar operasyon için doktora çekinerek ve çevrelerinden gizleyerek gelmektedir. Bu yüzden görüşme yapma imkanı da bulunamamıştır. Bununla birlikte pek çok kadın maddi durumu yetersiz olduğu için istediği halde bu operasyonları yaptıramamaktadır.

Operasyonlarla ilgili kadınların görüşlerine ulaşmak için incelenen kadın bloglarından elde edilen veriler de oldukça aydınlatıcıdır. Öncelikle kadınların vajinal estetiğe başvurmadan önce “İleride evlendiğimde bu sorun olur mu? yani iç dudakların büyük ve sarkık olması cinsellikte sorun yaratır mı ya da erkekler bunu sorun yapar mı?”⁴⁰ sorusuna yanıt aramaktadır. Genellikle bu kararı alırken hemcinslerin, eşlerin ya da partnerlerin fikrine ihtiyaç duyulması, kadınların güzellik algılarına çevrenin etkisini gözler önüne sermektedir. Bu yargıyı destekler biçimde bir kadın, vajina dudaklarının sarkık ve koyu olmasından dolayı, “Özellikle partneri[n]in bundan rahatsız olacağı ve [kendisini] beğenmeyeceği düşüncesi[nin] özgüven sorunu yaşama[sın]a neden ol[duğunu]”⁴¹ dile getirirken, başka bir kadın bu yüzden “evlilikten soğuma noktasına geldiğini” belirtir. Kadınların bu şekilde vajinalarını “çirkin” bulmalarına neden olan şey ise hakim erkek merkezli bakış açısıdır.

Blogda yorum yapan kadınların çoğu vajinal operasyonlara ihtiyaç duyarken, bu operasyonların yapılmasına karşı olanlar da azımsanamayacak kadar çoktur. Bu kadınlar sağlık problemi yaratmadığı durumlarda, herhangi bir vajinal operasyon türünü desteklememektedir. Ayrıca bedende değişiklik yapılmasını dinen uygun görmeyen bir kesim de vardır. Vajinal estetik operasyonları konusunda kararsız kişilere operasyonu yaptırmamaları için en çok söylenen şey, erkeklerin bunu zaten önemsemediğidir. Bu tür bir karşı çıkış, kadınların eşlerinin ya da partnerlerinin tutumlarından etkilendiklerine dair yaygın bir kanının varlığını

⁴⁰ “Vajen Estetiği”, (Çevrimiçi), 07.12.2009, (Çevrimiçi)

<http://www.kadinlarkulubu.com/archive/t-157228-p-3.html>, 20 Ağustos 2012.

⁴¹ “Sağlık Soruları”, (Çevrimiçi), <http://www.kizlarsoruyor.com/Saglik-Sorulari/5607-vajina-dudaklarim-cok-koyu-sarkik-ne.html>, 20 Ağustos 2012.

işaret eder. Yine de eşlerinin istememesine karşı özellikle labioplasti operasyonlarını yaptırmak istemeyenlere de rastlanmıştır.

Estetik amaçların ağır bastığı durumlarda, kadınların neredeyse hepsinin, internet üzerindeki resimleri inceleyerek vajinalarını değerlendirdiği saptanan diğer bir noktadır. Bu durum en açık biçimiyle kadınların kendi bedenlerini yeterince tanımadıklarının ispatı niteliğindedir. Bir kadının; “Bu sorun bütün kadınlarda var mı ya? Ya da biz mi sorun yapıyoruz? Benim tanıdığım çoğu kişi ve neredeyse hepsi bundan şikayetçi, acaba biz normaliz de anormal olan porno yıldızları mı?”⁴² şeklinde bir sorgulamaya gitmesi, durumu örnek teşkil edebilir. Gerçekten de Londra Üniversitesi’nden Dr. Sarah Creighton’ın yaptığı araştırma da giderek daha çok kadının aynı nedenlerle vajinal operasyonlara yöneldiğini kanıtlamaktadır. Araştırmaya göre; “Kadınlar tıpkı kuaföre gittiklerinde yaptıkları gibi, estetik yaptırmaya karar verdiklerinde istedikleri modelin fotoğrafını yanlarında getiriyor. Genellikle reklamlardan ya da pornografik filmlerden alının bu resimler, daima seçilmiş ve muhtemelen dijital ortamda değiştirilmiş oluyor.”⁴³ Şüphesiz eril hazlara hizmet eden porno filmlerin baz alınması ile, kadın bedeninin bu şekilde bir modele göre yeniden inşa edilme çabası beklenen bir sonuçtur; çünkü Fatmagül Berktaş’ın da belirttiği gibi, “Erkeklerin kadınları boyunduruk altına alma arzusunda oldukları ama bunu yapabileceklerinden kuşku duydukları bir dönemde kadınların cinsel organı tehdit edici bir nitelik kazanır.”⁴⁴ Kendisi için belirlenen bu modeli tükettiğinde ise kadın kapitalist sistemde eritilerek, “normalleşmiş” vajinaları ile patriyarkaya artık bir tehdit oluşturmaz. “Normal” olamama, toplum tarafından dışlanma, aşağılanma, eşleri ya da partnerleri tarafından beğenilmeme anlamına geldiğinden operasyonlar kadınlar için bir “yeniden doğuş”tur adeta. Bu nedenle hem bloglardaki kadınların yorumları hem de uzman hekimin verdiği bilgiler ışığında operasyon sonuçları değerlendirildiğinde, operasyonu yaptıran neredeyse her kadının memnun olması beklenen bir sonuçtur.

Sonuç:

Bu çalışmada kadınların tutumlarının istendik düzeyde olmadığı saptanmış ve bedenlerini algılayış biçimlerinde ve “normal” kavramlarında erkek egemen kapitalist toplumsal normların etkisi altında oldukları gözlenmiştir. Kadınların operasyonlar sonucunda bir aslında sisteme entegre olurken, aslında “bedenleri ile yeniden barışmalarını” bu operasyonlara bağlamaları, kadınların içinde buldukları bir kısır döngüyü gözler önüne sermektedir. Bu durumla başa çıkmak için ise önerilen en iyi yöntem ise farkındalık yaratma toplantılarının kadınlar arasında yaygınlaştırılmasıdır.

⁴² A.g.e.

⁴³ Lih Mei Liao, Sarah M Creighton, “Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond?”, **BMJ**, Volume 334, 26 May 2007, (Çevrimiçi), <http://www.bmj.com/content/334/7603/1090.extract>, 20 August 2012, s. 1091.

⁴⁴ Fatmagül Berktaş, **Tarihin Cinsiyeti**, Metis Yayınları, İstanbul, 2003, s.138.

KAYNAKÇA

Baudrillard, Jean, **Tüketim** Toplumu, Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2010.

Berger, Jean, **Görme Biçimleri**, Metis Yayınları, İstanbul, 2005.

Berktaş, Fatmagül, **Tarihin Cinsiyeti**, Metis Yayınları, İstanbul, 2003.

Liao, Mei, Lih, M Creighton, Sarah, “Requests for cosmetic genitoplasty: how should healthcare providers respond?”, **BMJ**, Volume 334, 26 May 2007, (Çevrimiçi), <http://www.bmj.com/content/334/7603/1090.extract>, 20 August 2012.

Nazlı, Aylin, “Beden ve Ölüm: Modern Öncesinden Postmoderne Beden ve Ölüm”, **Sosyoloji dergisi**, Sayı, 16, 2006.

“Sağlık Soruları”, (Çevrimiçi), <http://www.kizlarsoruyor.com/Saglik-Sorulari/5607-vajina-dudaklarim-cok-koyu-sarkik-ne.html>, 20 Ağustos 2012.

Uslu, Ali Deniz, “Tüm Yönleriyle Vajinal Estetik”, **Cumhuriyet Gazetesi**, 8 Nisan 2012, (Çevrimiçi), <http://www.cumhuriyet.com.tr/?hn=328374>, 18 Mayıs 2012.

“Vajen Estetiği”, 07.12.2009, (Çevrimiçi), <http://www.kadinlarkulubu.com/archive/t-157228-p-3.html>, 20 Ağustos 2012.

ÇADIRKENTTE KADIN OLMAK*

Dr. Zerrin OĞLAĞU

*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
Cizre Devlet Hastanesi*

23 Ekim 2011'de merkezi Erciş'te olan 7.2 büyüklüğünde; 9 Kasım 2011'de merkezi Edremit'te olan 5.6 büyüklüğünde iki büyük deprem meydana gelmiştir. Erciş depreminde; 604 kişi hayatını kaybetmiş, yaklaşık 2000 kişi ağır derecede yaralanmış, 230 kişi enkazdan çıkarılmıştır. Edremit depreminde; çoğunluğu Bayram Oteli'nde olmak üzere 40 kişi yaşamını yitirmiştir. Her iki depremde hayatını kaybedenlerin yaklaşık %75'i kentsel bölgede yaşayanlardan oluşmaktadır. Toplamda 28.532 bina ağır hasarlı, 11.317 bina orta hasarlı, 43.403 bina hafif hasarlı olarak tespit edilmiştir.

Deprem sonrası Türkiye Psikiyatri Derneği ve Türk Kızılay'ının ortak çalıştığı bir platform olan Afetlerde Psikososyal Hizmetler Birliği (APHB) bölgeye hızla gönüllü ruh sağlığı çalışanlarını göndermiş, psikososyal rehabilitasyon çalışmalarına zaman kaybetmeden başlanmıştır.

Van iç göçün ve dolayısıyla yoksulluğun yoğun yaşanmakta olduğu bir şehir konumundadır. 1990'lı yıllarda 155.000 civarında olan nüfusu, 2000'li yıllarda kent merkezinde 285.000'e kadar çıkmıştır. Van, Adana ve Hakkari'den sonra işsizliğin en yüksek oranlarda olduğu üçüncü ildir. Okullulaşma oranı da oldukça düşüktür. Türkiye genelinde okur-yazar olma oranı açısından sondan 5. sırada bulunmaktadır.

Tüm bu olumsuzluklar bütünü içinde Van'da yaşayan kadınlara dair istatistikler de oldukça kötü durumdadır. İl sınırlarında çalışmalarını yürüten Van Kadın Derneği (VAKAD)'nin 2011 yılı faaliyet raporlarında; aile içi cinsel istismarın oldukça yüksek oranlarda olduğu, kadın intiharlarının özellikle ilçe ve köylerde kent merkezine kıyasla daha yüksek olduğu, kadınların %95'inin hiçbir gelirinin olmadığı vurgulanmıştır. Kısacası yoksul bir kent olan Van'ın kadınları daha yoksul durumdadır.

Her iki deprem Van'da hayatı çok değiştirmiştir, bu değişimden de en çok kadın ve çocuklar etkilenmiştir. Örneğin ilk deprem Pazar günü gerçekleşmiştir, yani kadın ve çocukların evde, erkeklerin ise sokakta olduğu bir günde... Enkazdan çıkarılan kadın ve çocuk sayısı erkeklerden daha fazla olmuştur dolayısıyla da...

Sonrasında hayat çadırkentlerde geçmeye başlamış, onbinlerce kişi evlerini bırakarak çadırlarda yaşamını sürdürmüştür. Çadırkentler kurulurken yahut yardımlar dağıtılırken kadın odaklı bir dayanışma gözetilmemiştir. Yalnız yaşayan, bo-

şanmış, eşi ölmüş, hasta ve engelli kadınlar genelde yardımlara ulaşmakta zorlanmış, bazen de ulaşamamıştır.

Çadır temizliği, yaşlı ve çocuk bakımı, yardım kuyruklarında beklemek, çamaşır ve bulaşık yıkamak gibi işlerin tamamı kadınlar ve kız çocukları tarafından gerçekleştirilir olmuştur. Bu yaşam koşulları kadınların kişisel zaman, kişisel bakım ve kişisel alan kavramlarının yok olmasına sebep olmuştur. Ayrıca kalabalık aileler ve akrabalar aynı çadırda yaşamaya başlamış, tüm bunlar iş yükünün artışı, aile içi şiddet yaşantılarının artışı, mahrem alanların kalmaması gibi durumların ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Yalnız yaşayan kadınlar için ise çadır hayatı; güvensizlik hissi, hırsızlık ve taciz ihtimali demek olmuştur.

Tüm bu olumsuz koşullara rağmen “kadın odaklı dayanışma” felsefesini temel alan VAKAD, Van’lı kadınlar için bir nefes alma alanı olmuştur. VAKAD, beş köyde ve 500 yardım noktasında, öncesinde ihtiyaç tespiti yaparak yardım malzemelerini kadınlara ulaştırmış, “şiddetin kapısından giremeyeceği” kadın konteynerları oluşturmuştur.

Bejan Matur bir şiirinde;

De ki;

sabahın efendisi sen değilsin

kimse değil.

Kanamış bir solukla bakmaktan

yoruldum.

Kimsesi yok kimsenin...

demiş olsa da; kadın odaklı dayanışma ve yardım ile, kadınların yanında kadınların olduğu/durduğu Van depremi/VAKAD deneyimi ile gösterilmiştir.

*10-19 Kasım 2011 tarihlerinde Van merkezindeki çadırkentlerde sunduğum gönüllü psikiyatri hizmeti sırasındaki gözlemlerim temel alınarak derlenmiştir.

İŞ VE AİLE YAŞAMINI UYUMLAŞTIRMA POLİTİKALARI

Dr. Berrin Oktay Yılmaz

İstanbul Üniv. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kadın Çalışmaları Bilim Dalı

GİRİŞ

1990'lardan itibaren "iş ve aile yaşamının uyumlaştırılması" kavram olarak Avrupa Birliği belgelerinde sık sık geçmektedir. Avrupa Birliği'nde sosyal politikaya yönelik önlemleri içeren Beyaz Kitap'tan itibaren yetişkin istihdamının artırılması ana politikalarından biri haline gelirken, kadın istihdamının artırılması da önemle vurgulanmaktadır (CEC, 1994). 1998 Avrupa İstihdam Stratejisi "istihdam edilebilirliğin artırılması, girişimciliğin geliştirilmesi, uyum kapasitesinin güçlendirilmesi ve fırsat eşitliğinin sağlanması" şeklinde dört ana ilkeye dayanmakta olup, fırsat eşitliği ilkesinin altında "iş ve aile yaşamının uyumlaştırılmasına" ayrıca yer verilmektedir (Council of Ministers, 1997). Avrupa Birliği belgelerinde istihdam politikalarının artırılmasından yoğun olarak söz edilmesi hiç kuşkusuz rastlantı değildir. Demografik değişim, Avrupa'da düşük doğum oranı, yaşlanan nüfus, artan işsizlik oranı, sosyal güvenlik önlemlerinin maliyetinin artması gibi birtakım ekonomik ve sosyal gerekçeler Avrupa pazarında rekabeti sağlamlaştırmak için işgücü piyasasının yeniden düzenlenmesine yönelik gereksinimi doğurmuştur. Küreselleşmenin de etkisiyle dünyada işgücünün esnekleşmeye başlaması, Avrupa Birliği'nin sosyal politikasına da yansımış, bu durum kadınların istihdama çekilmesinde önemli rol oynamıştır. İş ve aile yaşamını uyumlaştırma politikaları Avrupa Birliği'nin istihdam politikasının bir parçası haline gelmiştir. Ancak iş ve aile yaşamını uyumlaştırmayı hedefleyen politikalar; bir taraftan kadınların istihdam oranını artırmak için politikalar üretirken diğer taraftan ev içi işlerde kadınların üzerinde olan sorumlulukların kadın ve erkekler arasında işbölümüne yönelik etkili bir çözüm getirebilmekte midir? Çalışmada Avrupa Birliği belgeleri kapsamında uyumlaştırma politikalarına yönelik genel bir kavramsal çerçeve çizildikten sonra, Avrupa Birliği ülkelerinde ve Türkiye'de istatistikler üzerinden kadınların hangi çalışma biçimlerinde yoğunlaştıkları ve ev içi işlerde paylaşımın nasıl dağıldığı incelenecektir.

Avrupa Birliği'nde İş ve Aile Yaşamının Uyumlaştırılması Politikalarına Doğru

Avrupa Birliği 2000 yılı Lizbon Zirvesi'nde "2010 yılında Avrupa Birliği'ni, dünyada daha çok ve daha iyi şeyler için sürdürülebilir ekonomik büyümeyi ve daha büyük sosyal uyumu gerçekleştirebilen en rekabetçi ve dinamik bilgi eko-

nomisi yapmak” hedef olarak belirlendikten sonra kadın istihdamını 2010 yılında %60’a çıkarmak da önemli bir hedef olarak ortaya konmuştur (European Parliament, Lisbon European Council, 2000). 2020 için kadın ve erkek istihdamında hedef %75’tir. Bu hedefler iş ve aile yaşamının uyumlaştırılmasının bir politika olarak kullanılmaya başlanmasında etkin rol oynamıştır. Avrupa Birliği’nin 2006-2010 yıllarını kapsayan Kadın-Erkek Eşitliği İçin Yol Haritasında da toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik olarak gerekli olan altı alan arasında iş ve aile yaşamının uyumlaştırılması politikalarına dikkat çekilmektedir. Bu yol haritasında iş ve aile yaşamını uyumlaştırma politikası altında önerilen düzenlemeler ise esnek çalışma biçimleri, bakım hizmetlerini ve ebeveyn iznini kapsamaktadır (COM,2006). Yine Kadın Erkek Eşitliği için 2010-2015 Stratejisinde kadın istihdamının yıllara göre artan bir seyir izlemesinin ekonomik gelişmeye katkı sağladığı ifade edilmekte olup, ayrıca uyumlaştırma politikalarını uygulayan ülkelerde doğum oranlarının artışında etkisi olduğu belirtilmektedir. Daha fazla kadının işgücü piyasasına katılımıyla, azalan çalışan nüfusun olumsuz etkilerinin dengelendiği, bu durumun kamu bütçesi ve sosyal güvenlik sistemi üzerindeki baskıyı azalttığı ve rekabet gücünü artırdığı vurgulanmaktadır (European Commission, 2010: 12).

Son yıllarda bu kadar üzerinde konuşulan ve bu konuda politikalar üretilen iş ve aile yaşamını uyumlaştırmaya yönelik çeşitli tanımlar bulunmaktadır. İlkkaracan’a göre iş ve aile yaşamını uyumlaştırma politikaları, “hane ve hanehalkı bakımına ilişkin ev içindeki iş yükü ile iş yerindeki sorumlulukları bağdaştırmaya yönelik yasal, kurumsal ve sosyal destek mekanizmalarını geliştirmeyi hedefleyen politiklardır (İlkkaracan, 2010: 8). İlkkaracan’ın tanımında görüldüğü gibi bu politikaların uygulanabilmesi için hem birtakım yasal düzenlemelerin hem de toplumsal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Lewis’e göre iş ve aile yaşamını uyumlaştırma politikaları çocuk bakım hizmetlerini, çalışan ebeveynler için izin düzenlemelerini ve esnek çalışmayı teşvik edici düzenlemeleri kapsamaktadır (Lewis, 2009: 82). Lewis, özellikle kadın istihdamını artırmaya odaklanan iş ve aile yaşamını uyumlaştırma politikalarının kadınlara sağlanan uzun izin düzenlemeleri ile çocuk bakım hizmetlerinin geliştirilmesine önem verdiğini, erkeklerin bu konuda alacakları sorumluluklarla ilgili olarak yapılan düzenlemelerde ise daha gevşek bir tutumun söz konusu olduğunu ifade etmektedir (Lewis, 2009: 13).

Avrupa Komisyonu’nun “Fırsat Eşitliği 2000” raporunda kadınların istihdamının artırılması için aktif işgücü politikalarının geliştirilmesi ve aile-dostu (family-friendly) çalışma düzeninin sağlanması önerilmektedir (CEC,2001). Aile-dostu çalışma düzenlemesinin yerleşmesinde iş ve aile yaşamını uyumlaştırma politikaları bir araç olarak görülmektedir. Aile-dostu çalışma düzeni ev içindeki işlerde erkeğin de sorumluluk almasını destekleme konusunda öneri getirememekte özellikle kadınlar açısından yarı zamanlı işleri teşvik etmektedir. İğde’ye göre de uyumlaştırma politikaları aile-dostu politikalar şeklinde konumlanmıştır, muhafazakar ideolojinin de etkisiyle annelik haklarına vurgu yapmakta ve kadınlar yeneden üretim sürecinden kurtulamamaktadırlar (İğde, 2011: 196). Kadın-dostu

politikalar kavramı yerine aile-dostu politikalar kavramının kullanılması dikkat çekicidir. Uygulamada ailenin ön plana çıkarılması kadınların çalışma düzenlerini belirlerken öncelikle ailedeki sorumluluklarını düşünmelerine yol açmaktadır. Uyumlaştırma politikasının bir aile politikası olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

Avrupa Birliği belgelerinde iş ve aile yaşamının uyumlaştırılmasında daha çok üç tür mekanizmanın adı geçmektedir. Bunlar, esnek çalışma düzenlemeleri, bakım hizmetleri ve izin düzenlemeleridir.

İş ve Aile Yaşamını Uyumlaştırma Politikalarında Kullanılan Mekanizmalar

1-Esnek Çalışma Düzenlemeleri:

Esnek çalışma düzenlemeleri tam zamanlı olmayan, farklı birçok çalışma biçimini kapsayan çalışma şeklidir: Bunlar; yarı-zamanlı (kısmi süreli) çalışma, evde çalışma, tele çalışma, çağrı üzerine çalışma gibi çalışma biçimleridir (Lewis, 2009:106).

Esnek çalışma düzenlemeleri esnek istihdamla birlikte çalışma saatlerinin yeniden düzenlenmesini (kısaltılması ya da uzatılması), işyerinin farklı bölümlerinde çalışma, işin paylaşılması gibi bir takım düzenlemeleri de içermektedir (Oktay Yılmaz, 2009: 161)

Kadınlar açısından bakıldığında esnek çalışma sistemi ile kadınlara işgücü piyasalarının yolu açılmıştır, bu olumlu bir gelişmedir. Ancak işlerin niteliği açısından aynı şeyleri söylemek çok da mümkün değildir. Bu tür işler düşük geliri, kadınlar ve erkekler arasında ücret farkı yaratan, sosyal güvencesi düşük ya da güvencesi olmayan işlerdir. Kariyer vaat etmeyen işler olmanın yanı sıra bu çalışma şekli ile kadınlar yarım gün çalışacak “işgücü” olarak görülmektedir.

Avrupa Birliği’nde kadınların istihdam oranları 2011 yılında %58’5’tir. Genel olarak Birlik düzeyinde Lizbon hedefine (%60) henüz ulaşamamıştır. Türkiye’de ise oran %27.8’dir. Bu oran Avrupa Birliği ülkeleriyle karşılaştırıldığında oldukça düşüktür.

Tablo 1: İstihdam Oranları 2011 (15-64 yaş), (%)

| | KADIN | ERKEK | TOPLAM |
|----------------|--------------|--------------|---------------|
| EU27 | 58.5 | 70.1 | 64.3 |
| TÜRKİYE | 27.8 | 69.2 | 48.4 |

Kaynak: Eurostat, European Union Labour Force Survey, 2011

EU27: Avrupa Birliği’ne üye ülkeler

Hiç kuşkusuz Avrupa Birliği ve Türkiye’de istihdamda yer alan kadınların hangi çalışma şeklinde yoğunlaştıkları da önemlidir. Tablo 2’de istihdama katılan kadınlardan yarı zamanlı çalışanların oranları verilmektedir:

Tablo 2: Yarı zamanlı istihdam oranları 2011 (15-64 yaş), (%)

| | KADIN | ERKEK | TOPLAM |
|----------------|--------------|--------------|---------------|
| EU27 | 31.6 | 8.1 | 18.8 |
| TÜRKİYE | 24.1 | 6.2 | 11.3 |

Kaynak: Eurostat, European Union Labour Force Survey, 2011

EU27: Avrupa Birliği’ne üye ülkeler

Yarı zamanlı çalışma oranlarına yönelik tabloda da görüldüğü gibi yarı zamanlı işlerde kadınlar hem Avrupa Birliği’ne üye ülkelerde (%31.6) hem de Türkiye’de (%24.4), erkeklere (%8.1, %6.2) oranla daha çok yer almaktadırlar.

Kadınların yarı zamanlı işlerde daha çok yoğunlaşıyor olmalarının bir ya da birkaç nedeni olmalıdır. Bu durumun tesadüf olması mümkün değildir. Kadınların ve erkeklerin yarı zamanlı işleri tercih etme nedenleri Tablo 3’te yer almaktadır:

Tablo 3: Yarı zamanlı işleri tercih etme nedenleri, (%)

| EU27 | KADIN | ERKEK |
|------------------------------------|--------------|--------------|
| Çocuk bakımı ve yaşlı/hasta bakımı | 42 | 8 |
| Diğer ailevi nedenler | 19 | 6 |
| Tam zamanlı iş bulamama | 21 | 43 |
| Sağlık nedeni | 2 | 8 |
| Eğitim nedeni | 3 | 16 |
| Diğer nedenler | 13 | 19 |

Kaynak: Eurostat, Reconciliation between work, private and family

Life in the European Union, 2009

Tablo 3’de görüldüğü gibi Avrupa Birliği’ne üye ülkelerde kadınların yarı zamanlı işleri tercih etme nedenleri büyük oranda (%42) ev içinde bakım işlerini yapabilmek içindir. Buna rağmen erkeklerin tam zamanlı iş bulamadıkları için

(%43) yarı zamanlı işleri tercih ettikleri görülmektedir. Elde edilen oranlar uyumlaştırma politikaların ev içinde toplumsal cinsiyetçi yapıyı değiştirmeye katkı sağlamadığını göstermektedir. Bakım işlerinin özellikle de çocuk bakımının kadınların hem ücretli işe katılmalarında hem de tam zamanlı işleri tercih etmelerinde önemli bir engel oluşturduğu görülmektedir.

2-Bakım Hizmetleri:

Bakım hizmetlerinin (çocuk, yaşlı, hasta), kaliteli, ücretsiz ya da düşük ücretli, ulaşılabilir ve yaygın olması kadınların istihdama katılımını teşvik etmede en önemli etkenlerden biridir. Bakıma yönelik düzenlemelerde bazı ülkeler izin düzenlemelerini ve ailelere mali desteği temel alırken bazı ülkelerde kamusal hizmet olarak görülmektedir.

Avrupa Birliği'nde özellikle çocuk bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, yaygınlaştırılması ve ulaşılabilir olması kadın istihdamını artıracak en önemli etkenlerden biri olarak görülmektedir. 2002 yılında Barcelona Zirvesi'nde kabul edilen ve 0-3 yaş arası çocuk bakım hizmetinin %33'e, 3-6 yaş arası zorunlu eğitim yaşı dışında kalan çocuk bakım hizmetinin %90'nın üstüne çıkarma hedefine Birliğe üye ülkelerin bazıları ulaşırken birçoğu henüz ulaşamamıştır (CEC, 2008). Bakım Hizmetlerinin devletlerin sosyal politikasının bir parçası olarak görülmesi ve düzenlemelerin bu bağlamda yapılması çok önemlidir. Ayrıca çocuk bakım hizmetlerinin yarım gün değil, tam gün ve mesai saatleri ile uyumlu olması kadınların tam zamanlı işleri tercih etmelerini sağlamada önemli rol oynamaktadır.

Türkiye'de ise anaokulu ve anasınıfındaki öğrencilerin okullaşma oranları çok düşüktür. Özellikle çocuk bakım ve eğitim hizmetlerinin Yıldız Ecevit'in belirttiği gibi, hem kamu ve özel kurumlar tarafından sunulması kurumsallaşmamıştır hem de yasal düzenlemeler ve politikalar açısından kurumsallaşma (Ecevit, 2010: 110) henüz tam anlamıyla gerçekleşmemiştir.

3-İzin Düzenlemeleri:

İzin düzenlemeleri doğum (annelik), babalık ve ebeveyn izinlerini kapsamaktadır. Avrupa Birliği'nin düzenlemeleri arasında doğum izni ve ebeveyn izinleri ülkeleri bağlayıcı özelliği olan yönergelerle yapmıştır.

İzin düzenlemelerinde özellikle toplumsal cinsiyet odaklı sosyal politika içinde geliştirilen ebeveyn iznini iş ve aile yaşamını uyumlaştırma politikalarının uygulanmasına katkı sağlayacaktır (Oktay Yılmaz, 2009:159). Ebeveyn izni, ebeveynlerin bakım konusunda eşit sorumluluk almalarını olanak sağlayacak şekilde düzenlendiği takdirde kadınların özellikle doğum nedeniyle işten uzun süreli ayrı kalmalarını engelleyecektir. Ebeveyn iznin ücretli olması ve ebeveynlerin kullanması gereken zaman dilimlerinin birbirlerine devredilemez olması erkekleri ebeveyn izni almaya teşvik edici olacaktır. Avrupa'da İzlanda bu konuda iyi bir örnektir. 2000 yılında ebeveyn izni 9 aya çıkarılmış ve izni alana maaşının %80'i ödenecek şekilde düzenleme yapılmıştır. 9 aylık iznin 3 ayını babaların kullanması zorunludur ve baba bu izni anneye devredememektedir. İzlanda'da bu düzenlemeler sonucunda babaların %90'ının ebeveyn iznini kullandığı görül-

mektedir (Gislason, 2007). Türkiye’de ise ebeveyn iznine yönelik bir yasal düzenleme bulunmamaktadır.

Ev İçindeki İşler Kadınlar ve Erkekler Tarafından Nasıl Paylaşıyor?

İş ve aile yaşamını uyumlaştırma politikalarının amacı kadınların işgücüne katılımlarını artırmayı sağlarken, kadınların ev içindeki iş yükünü azaltarak, ev içi işlerde erkeklerin de sorumluluk almalarını sağlayacak düzenlemeleri yapmaktır. Ancak uyumlaştırma politikalarının kullandığı mekanizmalar ve tüm düzenlemeler ev içindeki işlerin paylaşımını nasıl etkilemektedir? Kadınlar açısından olumlu gelişmelerden söz etmek mümkün müdür? Bu durum istatistiklere nasıl yansımaktadır? Yoksa Jane Lewis’in dediği gibi ev içi(aile) sorumluluğun kadınlar ve erkekler arasında eşit paylaşımının “uyumundan” çok, kadınlar için ücretli ve ücretsiz işin “uyumu”na (Lewis, 2006: 428) mı yol açmaktadır? Kadınların ücretli işe katılmaları onların evdeki sorumluluğunu azaltmadığı bilinen bir gerçektir. Kadınlar ücretli işle ücretsiz işi dengelemeye çalışırken, erkekler kendilerini ev içindeki işlerin dışında tutmaya devam etmektedirler (Ben-Galim ve Gambles, 2008:184). Kadınların ve erkeklerin haftalık ev içindeki işlerine saat olarak ayırdıkları zaman da Tablo 4’de görüldüğü gibi bu saptamayı desteklemektedir.

Tablo 4: Çalışan kadınların ve erkeklerin haftalık ev içindeki işlere ayırdıkları zaman (18-64 yaş), (saat)

| | EU27 | | CC3 (Türkiye, Hırvatistan Makedonya) | |
|-----------------------------|-------|-------|--|-------|
| | Kadın | Erkek | Kadın | Erkek |
| Çocukların bakım ve eğitimi | 30 | 18 | 23 | 11 |
| Yemek pişirme ve ev işi | 16 | 8 | 14 | 7 |
| Yaşlı ve hasta bakımı | 11 | 8 | 13 | 9 |

Kaynak: Eurofound (Second European Quality of Life Survey), 2007

EU27: AB’ne üye ülkeler CC3 : Türkiye, Hırvatistan, Makedonya (AB’ne aday ülkeler)

Kadınların ve erkeklerin ev içindeki işlere ayırdıkları zaman saat bazında incelendiğinde hem Avrupa Birliği’ne üye ülkeler ve Birliğe aday ülkelerde kadınların gerek çocuk bakım ve eğitim, ev işleri, yaşlı/hasta bakımına erkeklerin iki katı kadar zaman harcadıkları görülmektedir.

Çalışan kadınların ve erkeklerin günlük ev içindeki işleri yapma oranlarına gösteren Tablo 5’te kadın ve erkekler arasındaki eşitsiz durum görülmektedir.

Tablo 5: Çalışan kadınların ve erkeklerin günlük ev içindeki işleri yapma oranları:
(her gün yapıyorum diyenler), (%)

| | EU27 | | CC3 (Türkiye,Hırvatistan Makedonya) | |
|-----------------------------|-------|-------|---|-------|
| | Kadın | Erkek | Kadın | Erkek |
| Çocukların bakım ve eğitimi | 35 | 25 | 45 | 10 |
| Yemek pişirme ve ev işi | 79 | 29 | 78 | 11 |
| Yaşlı ve hasta bakımı | 9 | 4 | 8 | 4 |

Kaynak: Eurofound (Second European Quality of Life Survey-Family life and work), 2007

Tablo 5'te günlük yapılan ev işleri arasında yer alan yemek pişirme ve ev işinin çok büyük oranda kadınlar (%79, %78) tarafından yapıldığı görülmektedir. Erkeklerin çocukların bakım ve eğitimi konusunda EU27 içinde %25 oranında sorumluluk almaları daha çok çocukların okul derslerine yardımcı olmaları şeklinde açıklanmaktadır. Avrupa Birliği'ne üye ülkelerle, Türkiye'nin durumu ev işlerine katılım konusunda çok büyük farklılık göstermemektedir.

Tablo 6: Ev işleri genellikle kim tarafından yapılıyor? (%)

| | Kadın | Erkek |
|-------------------------------|-------|-------|
| Yemek yapma | 87.1 | 2 |
| Ütü | 84.3 | 2.2 |
| Sofranın kurulup kaldırılması | 74.1 | 2.4 |
| Günlük yiyecek alışverişi | 37.7 | 33.3 |
| Aylık fatura ödemesi | 17 | 69.1 |
| Küçük bakım, onarım | 6.7 | 68.4 |

Kaynak: TÜİK, Aile Yapısı Araştırması 2006

TÜİK istatistiklerini gösteren Tablo 6'daki oranlar Türkiye'de ev içinde ev işlerinin büyük oranda kadınlar tarafından yapıldığını göstermektedir. Yemek yapma, ütü, sofranın kurulup kaldırılması gibi ev işleri kadınların sorumluluğu altında olmasına rağmen, erkekler ev dışında gerçekleşen işlerin sorumluluğunu almaktadırlar. Günlük yiyecek alışverişi, aylık fatura ödenmesi ve ev içinde küçük bakım, onarım işlerinin yapılmasında toplumsal kabulün dışına çıkılmadığı ve bu işlerin erkekler tarafından yapıldığı görülmektedir.

SONUÇ

Avrupa Birliği belgelerinde ve istatistiksel verilerde görüldüğü gibi toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik politikalar, iş ve aile yaşamını uyumlaştırmaya yönelik politikaların arasına sıkışmıştır. Bu politikalar kadın istihdamının artırılması, kadınların işgücü piyasasında yer almasını teşvik edici düzenlemeleri içermesi açısından çok önemlidir. Ancak bu politikalarla kadınların iş ve aile yaşamını uyumlaştırmaya çalışılmaktadır, erkeklerinki değil. Ev işi yapma istatistikleri ev içindeki eşitsiz işbölümünün sürdüğünü göstermekte, uyumlaştırma politikaları ev içi işlerin paylaşımı konusunda çözüm üretememektedir.

Uyumlaştırma politikaları kadınları esnek çalışmayı tercih etmeye teşvik ederek, çocuk ve yaşlı/hasta bakım işlerinin sorumluluklarını yine kadınlara bırakmaktadır. Bakım işlerinin kamu hizmeti şeklinde olması ya da piyasada sunulan hizmetlerin erişilebilir, nitelikte olması gerekmektedir ki bu sorumluluk kadınların üzerinden kalkabilsin. Erkeklerin de bakım sorumluluklarını üstlenmesi için ebeveyn izinlerini babaların da kullanması zorunlu hale getirecek düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

İş ve aile yaşamını uyumlaştırma politikaların uygulamada etkin olabilmesi için ev içindeki cinsiyetçi yapıyı dönüştürecek ve kadınlar açısından eşitsiz işbölümünü ortadan kaldıracak düzenlemeleri içermesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Ben-Galim, Dalia ve Richenda Gambles (2008), "The 'Public' and 'Private' of Work-Family Reconciliation: Unsettling Gendered Notions and Assumptions", **Welfare State Transformations- Comparative Perspective**, Ed.Martin Seeleib-Kaiser , New York, Palgrave MacMillan, s:182-194

CEC (1994), **European Social Policy- A Way Forward for the Union**, COM(94) 333 final, Brussels, 27.07.1994

CEC(2001), **Annual Report on Equal Opportunities for Women and Men in the European Union 2000**, COM(2001) 179 final, Brussels, 02.04.2001

CEC(2008), **Implementation of the Barcelona Objectives Concerning Childcare Facilities for Pre-school-age Children**, SEC(2008)2597, COM(2008)638 final Brussels, 3.10.2008

Council of Ministers (2007), **The 1998 Employment Guidelines** Council Resolution of December 1997

Ecevit, Yıldız (2010), "İş ve Aile Yaşamının Uzlaştırılması Bağlamında Türkiye'de Erken Çocukluk Bakımı ve Eğitimi", **Emek Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Doğru İş ve Aile Yaşamını Uzlaştırma Politikaları**, Ed.İpek İlkaracan, İstanbul, İTÜ Bilim Müdürlüğü ve Teknolojide Kadın Araştırmaları ve Uygulamaları Merkezi, Kadının İnsan Hakları Yeni Çözümler Derneği, s.87-114

European Commission (2010), **Strategy for Equality Between Women and Men 2010-2015**,

EUROFOUND (2007), European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, “**European Quality of Life Survey- Family Life and Work**”,

European Parliament, Presidency Conclusions Lisbon European Council 23-24 March 2000,

(Çevrimiçi) www.euroeparl.eu/summit/lis1_en.htm

EUROSTAT (2009), **Reconciliation between work, private and family life in the European Union**

EUROSTAT (2011), **European Union Labour Force Survey 2011**

İğde, Gizem (2011), **Avrupa Birliği’nde İş ve Aile Yaşamını Uyumlaştırma Politikaları: İspanya ve Türkiye Örneği**, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

İlkkaracan, İpek (ed.) (2010), **Emek Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Doğru İş ve Aile Yaşamını Uzlaştırma Politikaları**, İstanbul, İTÜ Bilim Müdürlüğü ve Teknolojide Kadın Araştırmaları ve Uygulamaları Merkezi, Kadının İnsan Hakları yeni Çözümler Derneği

Gislason, Ingolfur (2007), **Parental Leave in Iceland: Bringing the Fathers in Developments in the Wake of New Legislation in 2000**, Center for gender Equality & Ministry of Social affairs, 2007

(çevrimiçi) www.jannretti.is/D10/files/parentalleavepdf

Lewis, Jane (2006), “Work/family reconciliation, equal opportunities and social policies: the interpretation of policy trajectories at the EU level and the meaning of gender equality”, **Journal of European Public Policy**, Vol.13, No.3, April 2006, s.420-437

Lewis, Jane (2009), **Work-Family Balance, Gender and Policy**, UK, Edward Elgar Publishing

Oktay Yılmaz, Berrin (2009), **Avrupa Birliği’nin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Politikalarının Değerlendirilmesi**, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

TÜİK (2006), **Aile Yapısı Araştırması 2006**, Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara

SERVİKS KANSERİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ, ETİYOLOJİSİ VE KORUNMA

Op. Dr. Gamze Baykan

Kadın Hast. ve Doğum Uzmanı

EPİDEMİYOLOJİ

Serviks kanseri tüm dünyada ki kadın kanserlerinin meme kanserinden sonra 2. sıklıkta görülenidir. Dünyada yaklaşık 400.000 ila 500.000 yeni serviks kanseri saptanırken, bunların yarısı kaybedilmekte ve bu ölümlerin % 80 ni geliştirmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. Bu sayılar serviks kanserinde tarama programlarının bu kanserin görülme sıklığını ve bu kanserden ölüm oranlarını azaltmakta ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Serviks kolay ulaşılabilir bir organ olduğundan bu organın kanserleinde PAP smear erken tanı koymada önemli rol oynamaktadır. Serviks kanserli hastaların ortalama tanı alma yaşı 52 dir. Serviks kanserinin iki pik dönemi vardır. Birincisi 35 ila 59 yaş ikincisi ise 60 ila 64 yaş aralığıdır. Daha önce hiç PAP smear yaptırmamış bir kadında yaşam boyu serviks kanserine yakanma riski 1/100 dür..

Serviks kanseri tüm kanserler arasında koruyucu yaklaşımlarla en fazla başarı elde edilendir, ayrıca tarama ile en kolay önlenilecek jinekolojik kanser de serviks kanseridir. Serviks kanserini ortadan kaldırma da sitoloji ve kolposkopi kadar son yıllarda önemi çok artan HPV DNA tip tayini testi değerli araçlardır.

SERVİKS KANSERİ ETİYOLOJİ

Risk faktörleri (en büyük risk hiç PAP smear yaptırmamış olmaktadır)

- HPV enfeksiyonları (genital siğiller) özellikle yüksek riskli hpv tip 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82
- erken yaşta ilk cinsel ilişkide bulunma
- birden fazla cinsel partner varlığı
- sigara içimi
- düşük sosyo ekonomik düzey
- oral kontraseptif kullanımı

HPV ENFEKSİYONU GEÇİŞ YOLLARI

Seksüel geçiş en önemli geçiştir. Geçiş için epitelyal travma gereklidir, mutlaka vajinal, anal penetrasyon şart değildir, genital HPV tipleri deride , tırnak aralarında da saptanmaktadır. Oral genital, elle genital temas, genital genital sürtünme yolu da bulunmaktadır. Erkeklerde HPV tespiti çok zordur genelde bulgu vermez.

Çevresel yüzeyler havlu, tuvalet vs ile geçiş ispatlanmamıştır. Biopsi aletleri, eldiven ile geçiş olabileceği üzerinde durulmaktadır. Burun ve konjunktiva mukozasında da non seksüel geçiş bulunmuştur.

Gebede genital siğil varlığında doğum sırasında bebeğe geçiş vokal kordlar da laringeal papillomatozis yaptığı kesinlikle gösterilmiştir.

KORUNMA

Günümüzde uygulanan etkin korunma, DNA testleri ,smear, kolposkopi vs ile HPV yi erken belirleyip ,sebebi olduğu lezyonları erken tedavi ederek , invaziv kanser oluşmasını önleme şeklinde ki sekonder korumadır. Bunun yerine profilaktik aşı uygulaması ile primer korunma daha mantıklıdır

HPV AŞILARI

Aşının etkinliği için teorik olarak HPV'yi almadan, yani bir anlamda cinsel ilişkiye girmeden uygulanması gereklidir, ABD'de 9ıla 10 yaş grubudur, 25 yaşına kadar HPV enfeksiyonu olmamışlara da aşı uygulanır fakat bu yaş grubunda aşının etkinlik düzeyi düşmektedir, HPV enfeksiyonu ile karşılaşmış vakalarda aşının etkinliği sınırlıdır.

Aşının koruyuculuk süresi son çalışmalarda 4,5 ila 5 yıl olarak görülmüştür, sağlanan immün cevabın ne kadar devam edeceği henüz bilinmemektedir, bu nedenle tekrar rapel gerekip gerekmeyeceği, gerekirse kaç yılda bir yapılacağı halen bilinmemektedir.

Kullanılan iki tip aşı vardır. Quadrivalan HPV 6, 11, 16 ve 18'e karşı, bivalan HPV 16 ve 18'e karşı geliştirilmiş fakat HPV 45 ve 31 e karşı çapraz reaksiyon ile koruyuculuk sağlamıştır.

SONUÇ

Mevcut HPV aşları servikal kansere yol açan HPV 16 ve HPV 18'e karşı %100 koruyucudur, ancak bu HPV tipleri servikal kanserlerin %70 ila %80 de etkindir. Bu nedenle aşının uygulanmış olması, servikal kanser taramasının veya pap smear uygulamasının yerini alamaz bu taramaların ilk cinsel ilişkiden sonra her yıl düzenli yapılması gerekir.

KAYNAKLAR

1. Parkin DM, et al. Int J Cancer 1999,80 :827 41
2. Walboomers JM, Jacobs MV . Bosch FX. Kummer JA. Shah KV Human papilloma virus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. Jpathol 1999 ;189 12;9

3. Lancet Oncol 2005 ;6 :271
4. American Cancer Society 2006 June 29
5. Obstet Gynecol 2006;107 ; 18 - 27

KADINA ŞİDDETİN ULUSLARARASI BOYUTU – SAVAŞTA TECAVÜZ

Dr. Hilal Ünalmiş Duda

Yıldız Teknik Üniversitesi, Uluslararası İlişkiler, emekli öğretim görevlisi

Bu sunumda önce savaş tanımı yapmak ve savaş suçu kavramını açıklamak isterim. “Savaş, iki ya da daha çok devletin birbirlerine iradelerini kabul ettirmek amacıyla ve devletler hukukunca düzenlenmiş kurallar uyarınca yaptıkları silahlı mücadeledir.”⁴⁵ Bu tanımı Uluslararası İlişkiler Sözlüğü’nden aldım. Elbette günümüzde uluslararası ilişkiler anlayışı çerçevesinde tanım böyle yapılıyor. Ancak uygulamalar farklı olmaktadır. Dolayısıyla başka bir tanımı da şöyle yapabiliriz: “Savaş insanlık tarihi boyunca değişmeyen, hukuksuz bir güç mücadelesidir. Her türlü silah kullanılır ve güçlü olan kazanır. Tarihin başından beri kazanan taraf, elde ettiği topraklarda yağmalama hakkını kendinde görür. Ne yazık ki malların yağmalanmasının ardından da kadınların yağmalanması gelmektedir.”

Yüzyıllarca bu böyle devam etmiştir. Kadının yağmalanması. Yani tecavüz. Tarih boyunca, savaş silahları değişmiş, gelişmiş, taş sopa, ok-yay, kılıç, top, tüfek, bomba hatta nükleer bomba gibi aşamalar kaydetmiştir ama kadına uygulanan silah, hep aynı kalmıştır. Kaba, acımasız, aşağılayıcı cinsellik. Üstelik de savaşta tecavüz, kötü bir iş gibi değil, bir toprağın kazanılmasının “sembölü” olarak görülmüştür. Kadınları, erkeklerin cinsel mülkü olarak gören “Savaşan erkekler”, savaşı kazandıkları zaman kadınları da kazanmış olduklarını kabul etmişlerdir. Bu kazanım ve zafer kutlamaları da kadına tecavüz olmuştur.

Tarihin ilk çağlarından beri süregelen bu durum savaş esiri tanımının Uluslararası sözleşmelerde yer almasıyla biraz farkına varılmıştır. 1949 Cenevre Sözleşmesi’nin 4. maddesi “Savaş esiri” kategorisine girecekleri sayarken, “Askerlerin dinlenmelerini ve eğlenmelerini sağlayacak üyeler”, “Kitle halinde ayaklanmış ve silahlanmış ülke halkı” diye gruplama yapmıştır.⁴⁶ Bu gruplara doğal olarak kadınlar ve genç kızlar da girmektedir. Korunması gerekli kişiler diye bir tanım yapılmış ve bu tanıma da din görevlileri ile sağlık görevlileri alınmıştır. Yani ka-

45 Uluslar arası İlişkiler Sözlüğü, Derleyen: Sönmezoğlu Faruk, DER Yayınları, 2000

46 Milletlerarası Hukuk – Temel Belgeler Örnek Kararlar, Aslan Gündüz, Beta Yayınları, 2003

dınların tecavüzdten korunması diye bir cümle yoktur. Ancak aynı sözleşmenin 27. maddesinde, savaş esirlerine insanca davranılması da zorunlu kılınmıştır.⁴⁷

Son yüzyılda yaşanan iki büyük dünya savaşı literatüre “Savaş suçları” kavramını da kazandırmıştır.

Savaş suçu; 2. Dünya savaşı'nda Alman Nazi yönetiminin toplama kamplarında insanları doğrudan ya da dolaylı olarak topluca öldürmelerinin, tecavüz etmelerinin savaş sonrasında konuşulmasıyla önem kazanmıştır. Alman ve Japonlar savaş suçu işlemiş olarak kabul edilmiş ve yetkilileri Nuremberg ve Tokyo mahkemelerinde yargılanmışlardır. Birleşmiş Milletler de “Savaş Suçlarının ve İnsanlığa Karşı Suçların Zaman Aşımından Yararlandırılmamasına İlişkin Sözleşmeyi” benimseyerek kapsamı genişletmiştir. Savaş sırasında yaralılara ve esirlere kötü davranış, sivil halka zarar verme, soykırım uygulama, yasaklanmış silahları kullanma gibi konuları kapsayan savaş suçlarına eski Yugoslavya'daki olaylardan sonra (Boşnak kadınlara sistemli tecavüz) 1993'te Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu tarafından ırza geçme de dahil edilmiştir.⁴⁸

Kadına şiddetin uluslararası boyutu dedim, o yüzden bu kelimenin ve dolayısıyla eylemin uluslararası hukukta ne zaman konuşulduğuna ve yer aldığına bakmamız gerekmektedir. Tecavüzü insanlık suçu olarak algılamayan, alt sınıftan kadınların başına bu işin gelmesini normal gören anlayış, ancak üst sınıf kadınların (asil kabul edilenlerin) başına gelince düşünmeye başlamıştır. 20. yüzyılda bile bu eylemin erkek doğasının bir parçası olduğuna inananlar olduğu için uluslararası hukukta yasaklanması gündeme daha erken gelememiştir.

Lahey Barış Konferansları, Cenevre Diplomatik Konferansları, Roma Konferansı tecavüz suçunun konuşulabildiği konferanslardır. Ancak kelime olarak hassas olduğu ve konferanslara katılan delegelerin ağırlıklı olarak erkek olması kararı geciktirmiştir. Önce kelimedenden bile korkulmuştur. O yüzden “**Aile onuru ve hakları**” biçiminde bir tanım yapılmıştır.⁴⁹ Feminist hareket ise uluslararası hukukta “**Tecavüz (Rape)**” kelimesinin geçmesi için ısrarcı olmuştur.

1899 ve 1907'de imzalanan **Lahey Sözleşmeleri** yağmaya karşı yasak rejimini oluşturan yasal belgelerdir. Kesin bir dille, devletleri yağmayı engellemek, yapanları cezalandırmak, zarar görenlere tazminat ödemek, ordularına gerekli talimatları vermekle yükümlü kılmaktadır. Ama tecavüzü önlemek gibi bir madde yoktur. Tecavüz kelimesi ve yasak kararı, 1998 yılında **Roma Konferansı'nda** metinlere girebilmiştir.

1907'deki Lahey Sözleşmesi'nde kadın ve tecavüz suçu resmi olarak yoktur. 1949 Cenevre Sözleşmesi'nde ise konuşulmuş ama kelimenin etrafında dolanıl-

47 İbid.

48 Uluslar arası Hukuk, Pazarıcı Hüseyin, Turhan Kitabevi, 2007

49 Uluslararası İlişkiler Akademik Dergi, Savaş Hukukunda Tecavüz ve Yağmayı Yasakla(ma)yan Rejimler Lahey Sözleşmeleri (1899, 1907), İnal Tuba, Cilt: 8 Sayı: 29

mıştır. 1977 Cenevre Sözleşmesi'nde artık daha bir dillendirilir olmuş ve sonunda 1998 Roma Konferansı'nda resmi olarak yasaklanabilmiştir.

Bu konferanslara katılan delege durumuna bakarak da bir fikir edinmek mümkündür. Lahey Barış Konferanslarında hiç kadın delege olmayışı tecavüz olayının konuşulmayacağına gösteresidir.

Tablo: KADINLARIN ULUSLARARASI DİPLOMATİK KONFERANSLARA KATILIMI⁵⁰

| Lahey Barış Konferansları 1899, 1907 | Toplam delege sayısı 405 | Kadın delege sayısı 0 | Kadın delegelerin yüzdesi 0 | Kadın organizasyonlarının sayısı 1(Uluslararası Kadın Konseyi bir dilekçe ile katıldı) |
|---|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|---|
| Cenevre Diplomatik Konferansları 1949 | 205 | 12 | 5,8 | 2 |
| Cenevre Diplomatik Konferansları 1974-77 | 1435 | 88 | 6,1 | 10 |
| Roma Konferansı 1998 | 1400 | 267 | 19 | 200 |

Malların yağmalanmasını 20. yüzyılın başında yasaklayan uluslararası anlaşmalar, kadının yağmalanmasını ancak 20. yüzyılın sonunda yasaklayabilmiştir. İçler acısı, tüyler ürpertici, mide bulandırıcı. 100 yıllık bu gecikme de belki bir gün "insanlık suçu" diye adlandırılabilir. İnsanlık tarihi boyunca dünyanın her köşesinde savaş acıları çekilirken küçük kızlar, genç kadınlar ayrıca bu acıyı da çekmişlerdir. Kore'de, Vietnam'da, Somali'de, Ruanda'da, Bosna'da, Irak'ta, Afganistan'da, Nepal'de, Kongo'da, Sudan'da, Kolombiya'da. Ve daha birçok yerde. İç savaşlarda, hatta mülteci kamplarında. Resmi kayıtlara geçen rakamlar ürkütücü.

1910-1945 yılları arasında Japonya'nın yayılmacı politika izlediği dönemde 300 bin Asyalı kadın, Japon askerlerine hizmet etmek üzere kaçırılıp seks kölesi olarak çalıştırılmışlardır. 'Rahatlatma Kadınları' (Comfort Women) adıyla tanım-

50 İbid.

lanan bu kadınlar, Japonya ile özellikle Güney Kore arasında yıllardır çözümlenemeyen bir siyasi olay olarak süregelmiştir. 1990'lı yıllarda Japon Başbakanı'nın ABD'yi ziyareti sırasında konu gündeme gelmiş, özür dilenmesi istenmiş, ABD ve Kanada özür dilenmesini desteklemiştir. 1993 yılında Japonya Devlet Başkanı kişisel sayılabilecek biçimde özür dilemiş ancak Japon milletvekilleri kesin kanıt olmadığı gerekçesiyle karşı çıkmıştır. Uluslararası baskıya rağmen Japonya uzun süre özür dilemekten kaçınmıştır. Bu konuda çalışmalar yapmak üzere Güney Kore'de 16 Kasım 1990 tarihinde 'Japon Askerleri İçin Seks Köleliği Yapıtılan Kadınlar Kore Konseyi' (The Korean Council for Women Drafted for Military Sexual Slavery by Japan) olarak adlandırılan bir örgüt kurulmuştur. Soruna çözüm getirilmesi için aktif olarak faaliyet gösteren bu örgütün amaçları arasında Japonya Hükümeti'nin 'Rahatlatma Kadınları' konusunun bir suç olduğunu kabul etmesi, hayatta olan eski seks kölelerine tazminat ödenmesi ve sorumluların saptanarak cezalandırılmaları gibi konular yer almaktadır.⁵¹ Bu kadınların pek azı halen hayattadır. Bu konudaki son gelişme, Japonya'nın Güney Kore'yi işgalinin 100. yılında 10 Ağustos 2010'da yaşanmış ve Japon Başbakanı Naoto Kan resmen Güney Kore'den özür dilemiştir. Başbakan Naoto Kan, yaptığı yazılı açıklamada "sömürgeci politikanın yarattığı büyük zarar ve acılardan, Japonya'nın derin pişmanlık duyduğunu ve samimi olarak özür dilediğini" belirtmiştir

Bakanlar kurulunca da onaylanan bu özürden sonra Güney Kore Cumhurbaşkanı Sözcüsü, "özür kabul edildiğini, ama Cumhurbaşkanı Lee Myung-bak'ın resmi bir yanıt vermeyi planlamadığını" söylemiştir.

Güney Kore'nin Seks Kölesi Kadınlar Konseyi yetkilileri ise özür yetersiz bulduklarını belirterek özürde Japonya'nın "işgalin kurbanlarını bir kez bile anmadığını veya kurbanların acılarını ve ızdırabını dindirmek için hiçbir şey yapma sözü vermediğini" belirtmişlerdir.

Yugoslavya'da 20. yüzyılın son çeyreğinde yaşanan dramı unutmak mümkün değildir. Binlerce haberde, resmi raporlarda, akademik yazılarda yer alan bilgiye göre yaklaşık 50 bin Boşnak kadınına, Sırlar tarafından sistemli ve stratejik olarak tecavüz uygulanmış, hamile kalarak istemedikleri bebekleri dünyaya getirmeleri baskısı yapılmıştır.⁵² Neyse ki bu insanlık dramı da artık Uluslar arası belgelerde yasakların gelişmesi için temel olmuştur.

Yugoslavya'nın parçalanmasından önce özellikle kadınlara karşı yürütülen savaşta aklımızda kalan bir fotoğraf Müslüman Boşnak kadınlar için savaş bölgesine birlikte giden Müslüman 2 kadın başbakanın fotoğrafıdır. Dönemin Türkiye Başbakanı Tansu Çiller ile Pakistan Başbakanı Benazir Butto, Birleşmiş Milletler desteği ile savaş alanına gitmiş ve dünyaya ortak mesaj sunmuşlardır.⁵³

51 <http://saynotoviolence.org/user/1430>

52 Etnik Tecavüz – Bosnalı Kadınların Dramı, Doni, Valentini, Real Yayınları, 1994

53 hurarsiv.hurriyet.com.tr



Bir başka örneği de Ruanda'dan verebiliriz. Ruanda'da yaşanan tecavüz olaylarına karşı Uluslararası Ceza Mahkemesi 1998 tarihli Akayesu kararı diye adlandırılan bir karar vermiş ve tecavüzün korunan bir grubun üyelerine ciddi bedensel ve ruhsal hasar verecek bir yöntem olarak uygulanmasının soykırım suçunu oluşturduğuna hükmetmiştir. Bunu bir dönüm noktası kabul edebiliriz. Buna ek olarak kararda, tecavüzün bir gruptaki doğumları engelleme aracı olarak kullanılabilceği belirtilmektedir. Örneğin, etnik kökenin babanın kimliğine göre belirlendiği toplumlarda bir kurbana onu hamile bırakmak üzere tecavüz etmek, mağdurun kendi grubuna dâhil bir çocuk doğurmasını engelleyebilmektedir.⁵⁴

Ruanda örneğinde, bir grubun diğer grubun köyüne baskın yaparak tüm erkekleri öldürmesi, kadınları ise büyük bir köy evinde toplayarak topluca tecavüz etmesi, aylar sonra doğan çocukların babalarından ötürü rakip etnik gruba mensup kabul edilerek öldürülmeleri, doğuran kadınların da kendi etnik gruplarından dışlanmaları sıklıkla görülmekteydi.

Buna karşın, Nazilerin gerçekleştirdiği Yahudi Soykırımı'nda Musevilikte dinsel olarak çocuğun soybağı annenin aidiyetine dayandığı için cinsel tecavüzler görece olarak daha az gerçekleşmiştir. Elbette bu durum, cinsel tecavüzün bir soykırım silahı olarak kullanıldığı gerçe-

54 International Criminal Tribunal for Rwanda, Prosecutor v. Akayesu, Judgment, <http://69.94.11.53/ENGLISH/cases/Akayesu/judgement/akay001.htm>, 11.12.2008.

ğini değiştirmez⁵⁵ Akeyasu kararı, Uluslar arası Ceza Mahkemeleri kararlarına esas tutulabilecek nitelikler barındırmaktadır ve bir "em-sal karar" niteliği taşımaktadır.

Son olarak Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi'nce tecavüz 20 Hazi-ran 2008 tarihinde yasaklanmıştır.



Fotoğraf : Tecavüzü yasaklayan oturum

ABD'nin desteğiyle hazırlanan ve BM Güvenlik Konseyi'nin 15 üyesinin oy birliğiyle kabul edilen kararda, tecavüzün savaş taktiği olduğu, uluslararası güvenliğe tehdit teşkil ettiği ve durdurulması gerektiği belirtilmiştir. Oturumun başkanlığını yapan dönemin Amerikan Dışişleri Bakanı Condoleezza Rice, "Yıllarca kadınlara karşı cinsel şiddetin, bu forumda tartışılacak bir güvenlik sorunu olup olmadığı tartışıldı. Ama bugün bu soruya gururla "Evet" cevabı verebiliyoruz. Dünya, cinsel şiddetin artık yalnızca kadınların sağlığını ve güvenliğini değil, ülkelerin

55 Goldenberg, Myrna; Sex, Rape and Survival: Jewish Women and the Holocaust, <http://www.theverylongview.com/WATH/essays/sexrapesurvival.htm>, (11.12.2008).

ekonomik ve sosyal istikrarını da derinden etkileyen bir sorun olduğunu kabul ediyor.” demiştir.⁵⁶

Kadına tecavüz, istek dışı hamile bırakmak yüzyıllarca “**Savaş koşullarının normal durumu, askerlerin moralini yükseltme eylemi**” gibi görülmüştür. Evet şimdi yasak. En azından suç kabul ediliyor ve uluslararası ceza mahkemelelerinde dava açılabilir. Ama “**Uluslararası anlaşmalarda yasaklandı da gerçekten bitti mi?**” diye sorduğunuzu duyar gibiyim. “**Bitti**” demeyi çok isterdim. Uluslararası örgütler “**Her 23 saniyede bir, bir kadın tecavüze uğruyor**” açıklamasını yaptığı için ne yazık ki “**Bitmiştir**” diyemiyorum...

56 <http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/450667.asp>

POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ

CİNSEL ŞİDDET VE HEMŞİRENİN ROLLERİ

Arş.Gör.Dr.Özlem CAN GÜRKAN

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cinsel şiddet, ülkemizde ki kadınların %15'inin yaşamını herhangi bir dönemde etkileyebilen travmatize edici bir olgudur. Makalemizin amacı cinsel şiddet mağduruna bakım veren hemşirelerin rollerini ortaya koymaktır. Cinsel şiddet; bireyi istemediği cinsel davranışlara, cinsel pozisyonlara zorlama şeklinde tanımlanır. Taciz, tecavüz, fuhşa zorlama, kadın sünneti, ensest gibi türleri kapsamaktadır. Cinsel şiddet farklı ortamlarda (savaşa, işyerinde, aile içinde) görülebilen, kadının, fiziksel, ruhsal sağlığını ve üreme sağlığını olumsuz olarak etkileyen bir durumdur. Cinsel şiddet mağdurları, yoğun utanç, şaşkınlık, korku ve öfke duygusu yaşarlar. Bu nedenle bu hastaların bakımında özel olarak yetiştirilmiş sağlık personeline ihtiyaç vardır. Özellikle bu hastalara bakım veren hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler tecavüz mağduru ile ilk karşılaştıkları andan itibaren, delil toplama, tedavi, bakım ve rehabilitasyon sürecinde yer alırlar. Hemşireleri özel eğitim programları ile bu tür hastaların bakımına hazırlamak son derece önemlidir.

Anahtar kelimeler: Cinsel şiddet, hemşirelik bakımı.

KAYNAKLAR

Machado CL. Azevedo RCS. Facuri CO. Vieira MN. Fernandes AS. (2011). Posttraumatic stress disorder, depression, and hopelessness in women who are victims of sexual violence international Journal of Gynecology and Obstetrics 113. 58–62.

Nichols M. Lee JF. (2007). Domestic Violence And Sexual Assault: Kimberly B., Szymanski, Linda M., Fox, Harold E., Wallach, Edward E. Johns Hopkins Manual Of Gynecology And Obstetrics, The (3rd edition) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

KADIN SAĞLIĞININ KORUNMASINDA VE GELİŞTİRİLMESİNDE DAVRANIŞ DEĞİŞİMİ (MODİFİKASYONU)

Merve Kadioğlu¹ Nevin Şahin²,

¹Medeniyet Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,

Ortalama yaşam ömrünün arttığı günümüzde, hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla sağlık davranışlarının değiştirilmesi ve geliştirilmesi, kalıcı yaşam tarzı değişikliklerinin gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir.

Yaşam tarzı değişikliği oluşturmak için önerilen bazı yöntemler vardır. Bunlar; “tavsiye verme”, “hasta eğitimi” ve “davranış değişikliği” yöntemleridir. Bunlar arasından kalıcı ve olumlu sonuçlar veren yöntem ise davranış değişikliği oluşturmaktır (Görpeliolu 2009).

Davranış değiştirme (modifikasyonu) yeni beceri ve bilgilerin öğrenilmesi, istenmeyen reaksiyonların eliminasyonu ve kişinin değişiklik için daha iyi motive olmasıdır. Davranış değişimi ilk kez 1960’larda Ferster ve Stuart tarafından obezite tedavisinde kullanılmıştır. Günümüzde de kadın sağlığı sorunlarından birçoğuna uyarlanmaktadır. Davranış değişimini sağlamak amacıyla gerçekleştirilen çalışmalarda mamografi, smear taraması, kendi kendine meme muayenesi, diyet beslenme ve egzersiz alışkanlığının kazandırılması, obezitenin önlenmesi, sigaranın bırakılması, cinsel yolla bulaşıcı hastalıklara karşı kontraseptif yöntem kullanımı, kronik hastalıklara uyum için davranış değişimi sürecinden ve modellerinden yararlanılmıştır.

Davranış değişikliği zaman, çaba ve motivasyon gerektirir. Bu aşamada özellikle kadın sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonelleri, değişikliğin bireye kazandırılması ve yaşam biçimi olarak devam ettirilmesi için planlı, sistemli, uygulanabilir ve kabullenilebilir bir yöntem ile değişimi gerçekleştirmede kadına destek vermelidir.

Bireyde davranış değişikliği oluşturmak amacıyla farklı stratejiler uygulanabilmektedir. Bu aşamada en fazla kullanılan davranışsal yöntem basamakları davranış değişimine hazırlığın değerlendirilmesi, amaç belirleme, kendi kendini izleme, uyaran kontrolü, sorun çözme, kendi kendini ödüllendirme- pekiştirme, öz-etkililik algısının güçlendirilmesi şeklinde belirtilmektedir.

Davranışa başlanmasında en temel unsurlardan biri kadının hazır bulunuşluk düzeyidir. Bunun sağlanması içinde hemşire iyi bir danışman olarak, bireyi bu sürece hazırlamalıdır. (Foreyt, Paschali 2003).

Amaç belirlemek, davranış değişiminde bireyi güdüleyen bir unsurdur. Ancak belirlenen amacın süresi, duruma ve koşullara uygunluğu bireyin motivasyonunu etkileyebilir. Amaçlar gerçekçi ve bireyin kontrol duygusunu güçlendirecek nitelikte olmalıdır (Foreyt, Paschali 2003).

Kendi kendine izlem, bireyin içinde bulunduğu duruma özgü bilinç düzeyinin artırılmasını sağlar (Güngör, Kızılkaya Beji 2009). Özellikle yeme ve egzersiz davranışlarının değerlendirilmesinde etkili olan bir yöntemdir. Kendini izleyerek normalden ne kadar sapma gösterdiğinin farkına varabilir ve davranışın yönetimi için gerekli normu belirleyebilir.

Uyaran kontrolünde amaç davranış değişikliği sürecinde, bireyi etkileyen dış faktörlere maruz kalmasını azaltmak için çeşitli yöntemler öğretmek ve bireyin bu faktörlerden uzak durmasını sağlamaktır (Erge 2000; Üzmez 2007).

Sorun çözme aşaması, kadının değiştirmek istediği davranışları ile ilgili sorunlarının ve engellerinin tanımlanarak, baş etme becerilerini öğrenmesini kapsar.

Kendi kendini ödüllendirme-pekiştirme, kadının yaşam tarzı olarak benimseyeceği davranışlara kolay uyum sağlaması için olumlu davranışları ödüllendirilmedir. Yapılan araştırmalarda ödüllendirmenin davranışın sürekliliği üzerinde olumlu etkisi olduğu bulunmuştur (Üzmez 2007).

En son basamak öz-etkililik algısının güçlendirilmesidir. Öz etkililik, bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bilişsel –algılama faktörlerindedir (Aksayan, Gözüm 1998). Bandura, öz-etkililik algısının geliştirilmesinde tamamlanmış performanslar, dolaylı öğrenme ve sözel ikna üzerinde durmuştur. Sözel ikna Butler'e göre bireye bir davranışı yaptırmak için sağlık eğitimi sırasında kullanılan en etkili yöntemdir (Bandura 1997).

Değişikliğe uyum, davranışın şiddeti, değişim aşamaları, uygulanan girişimlerin etkisi bireyden bireye değişecektir. Hemşire her bireyde danışmanlık, eğitici ve vaka yöneticisi rolünü bireysel farklılıkları göz önüne alarak planlamalıdır. Bu çalışma davranış değişimi sürecinde sağlık personeline sistematik bir yaklaşım sunması amacıyla planlanmıştır.

KAYNAKLAR

Foreyt, J. P., Paschali, A. A. (2003). Davranış tedavisi. Kopelman, P. G. (Eds.). Obezite ve ilişkili Hastalıkların Tedavisi. İstanbul: And Yayıncılık.165-176.

Üzmez, B. (2007). Multidisipliner yaklaşımla davranış değişikliği tedavisi uygulanan şişman bireylerdeki yaşam tarzı değişikliklerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 30–33.

YOKSULLUĞUN KADINLAŞMASI ve KADIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Yasemin Aydın¹ Nevin Şahin²,

¹Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bl.Uzm

²Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ph.D, Doçent.

Günümüzde yoksullar içinde kadınların sayısı artması ve kadınların yoksulluktan daha çok etkilenmeleri nedeniyle “kadın yoksulluğu” olgusu daha fazla önem kazanmaktadır. Dünyadaki yoksulların %70’ini ve okur-yazar olmayanların üçte ikisini oluşturan kadınlar, erkeklerle kıyaslandığında yoksullaşma riskiyle daha fazla yüzleşmekte ve yoksulluğu daha yoğun bir şekilde yaşamaktadır.

Kadın yoksulluğunun nedenleri ve kadınlara yönelik cinsiyet eşitsizliğinin sebepleri saptanmaya çalışılmaktadır. Bu çok boyutlu sorunun iki belirleyici özelliği bulunmaktadır; kadının iş gücü piyasasındaki konumu ve eğitim imkanlarından yararlanma durumu.

Kadınların; iş gücü piyasasına katılımının düşük olması, katılım sağlandığında düşük ücretli işlerde istihdam edilme, fason çalışma, ücretsiz aile işçisi olma, elde edilen gelir üzerinde söz sahibi olmama, gelirden yoksunluk ve kayıt dışı sektörde çalışma gibi göstergeler bu farklılıkları belirlemektedir. Özellikle kayıt dışı çalışma ile yoksulluk arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bir taraftan kayıt dışı sektör geliştikçe yoksulluk-kadın yoksulluğu artmakta, öte yandan yoksulluk arttıkça kişiler güvencesiz işleri kabul etmek zorunda kalmaktadırlar.

Eğitim olanaklarından yeterince yararlanamamaları nedeni ile kadınların mesleki becerilerinin eksik olması, kadınların aile içindeki konumu, iş gücü piyasasının uysal bireyleri olmaları, uzun çalışma saatleri, örgütlenme kapasitelerindeki eksiklikler ve sigortasız çalışma bunun nedenleri arasındadır. Dolayısıyla eğitim imkanlarından yararlanamamak yoksulluğu kalıcılaştırmaktadır.

DSÖ’ye göre yoksulluk dünyada hastalık ve ölümlerin en büyük nedenidir. Dolayısıyla yoksulluğun en fazla görüldüğü kadınlar, yoksulluğun neden olduğu sağlık sorunlarından en fazla etkilenen gruptur. Ayrıca ekonomik durum ile sağlık hastalık arasındaki kısır döngüyü özetlemek gerekirse yoksulluk beslenme bozukluğuna, hastalıkların sıklaşmasına, bireyin gelirinin çoğunun tedaviye ayırmasına, çalışma gücünün azalmasına bu da dönerek yoksulluğa yol açmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı DSÖ yoksulluk ve kadın sağlığı konusundaki çalışmalara yoğun çaba sarf etmektedir.

Binyıl Kalkınma hedeflerinin sağlıkla ilgili hedeflerine ulaşabilmesinde ve özellikle yoksul kadınların sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında ve sağlığın geliştirilmesinde hemşireler kilit rol oynamaktadır.

Yoksulluğa karşı savaşta topluma sunulan temel sosyal hizmetler belirleyici önem taşır. Bu hizmetler; eğitim, sağlık hizmetleri, beslenme, aile planlaması hizmetleri, temiz su ve sanitasyon hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin topluma sunumunda önemli bir role sahip hemşireler de sağlık hizmetleri kapsamında üzerine düşen rolleri yerine getirmelidir.

Giderek küresel bir sorun haline gelen kadın yoksulluğunun mahrumiyetler, dezavantajlı konum ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri bağlamında ele alınması gerekmektedir. Yoksulluk elbette salt bir kadın sorunu değildir ancak kadınların daha yoksul olmasının ve etkilerini daha derinden hissetmesinin gerisinde hem toplumsal düzlemde hem de hane içinde kadınla erkek arasında var olan eşitsiz güç ilişkileri bulunmaktadır. Bu bağlamda hemşireler; yoksul kadınların sağlık durumu ve gereksinimlerini belirlemek, yoksulların sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamak, yoksul kadınların baş etme becerilerini, yaşamı sürdürme çabalarını ve kaynaklarını desteklemek, birey ve aile için savunucu olmak, uygun toplum kaynaklarının kullanımında kadına rehberlik etmek, farklı disiplinlerle ve profesyonellerle iletişim ve işbirliği kurmak, bölgesel yöneticilerle iletişim ve işbirliği kurmak gibi sağlık hizmetleri kapsamında üzerine düşen rolleri yerine getirmelidir.

KAYNAKLAR

Çağlayan Ç., Etiler N. (1999). Türkiye’de Kadın İşçilerin Mesleki Sağlık. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 3:24-32

Ergül Ş. (2005). Yoksulluk Sağlık İlişkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2):95-104

ŞİDDETİN KADIN ÜREME SAĞLIĞINA ETKİSİ

Duygu GÜLEÇ*, Ruşen ÖZTÜRK*, Ümran SEVİL*

**Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir*

Bu derlemenin amacı şiddete uğrayan kadınların yaşadığı üreme sağlığı sorunlarını vurgulamaktır.

Şiddet 1970'lerden bu yana Amerika ve Kuzey Avrupa ülkelerinden başlayarak dünyanın birçok ülkesinde kadın hareketlerinin başlıca konularından biri olmuştur. Günümüzün farklı sosyo-kültürel yapısı içinde, kadına yönelik şiddet 21 yy.'da bile kırılması en güç tabulardan biri olarak görülmektedir.

Aile içi şiddet dünyada ve Türkiye' de önemli bir sağlık sorunu olarak güncelliğini koruyan bir konudur. Aile içi şiddet, kendini aile olarak tanımlamış bir grup içerisinde zorlamak, aşağılamak, cezalandırmak, güç göstermek, öfke-gerginlik boşaltmak amacıyla birbirine yöneltilen her türlü şiddet davranışıdır. Aile içinde kadına yönelik şiddet uygulayan kişi çoğunlukla kadının eşidir. Tüm dünya nüfusunu temel alan 48 çalışmanın verileri ne göre, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kadınların eşleri ya da partnerleri tarafından şiddete uğrama oranının %10-69 arasında olduğunu bildirmektedir. Türkiye'de Aile İçi Şiddet Araştırması 2009 verilerine göre evlenmiş kadınların % 39'u fiziksel şiddete, %15'i cinsel şiddete, %44'ü duygusal şiddet/istismara uğradıkları saptanmıştır.

Şiddet kadını fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkileyerek yetersiz beslenme, depresyona, travma sonrası stres bozukluğuna, sosyal izolasyona, madde bağımlılığına, beden travmalarına, geçici ve kalıcı engellilik ve hastalıklara, kronik ağrıya, güvenli olmayan cinselliğe, pelvik enflamatuvar hastalıklara, intiharlara, ölüme neden olmaktadır. Bunlara ek olarak şiddet kadının üreme sağlığını etkileyen önemli bir faktördür. Gebelikte uygulanan şiddet, kadında erken doğum, düşük, plasentanın erken ayrılması, doğum öncesi kanama ve erken membran rüptürü gibi pek çok soruna yol açarken bebekte de düşük doğum ağırlığı, kemik kırıkları ve yumuşak doku hasarları, akciğer ya da dalak rüptürü ve fetal asfiksi gibi yaşama şansını azaltabilecek sorunlara neden olmaktadır.

Alio ve ark.(2011) 'nın Afrika'da yaptıkları, eş ya da partner şiddetinin isteğe bağlı düşük ile ilişkisini inceleyen çalışmada (n:2570), 15- 49 yaş arasında fiziksel şiddete uğrayan kadınlar % 38.7, duygusal şiddet % 30.7, cinsel şiddet % 14.8 olarak saptanırken, kadınların %4.9'u en az bir kez isteğe bağlı düşük yaşadıkları, fiziksel ve cinsel şiddet yaşayan kadınlarda isteğe bağlı düşük oranının anlamlı bir şekilde fazla olduğu saptanmıştır.

Silverman ve ark.(2007)' nin Bangladeşli 13-40 yaş arasındaki 2677 kadın ile yaptıkları çalışmada; kadınların % 75.6'sının eşleri tarafından şiddete uğradıkları

rı, eğitim düzeyi düşük, yoksul ve Müslüman kadınlarda riskin daha fazla olduğu saptanırken, eşlerinden şiddet gören kadınların hem istenmeyen gebelik, hem de kendiliğinden düşük, isteğe bağlı düşük ya da ölü doğumu içeren bir gebelik kaybı yaşadıkları belirtilmiştir.

Sağlık kurumlarında görev yapan hemşireler kadına yönelik şiddet ve neden olduğu sorunları saptamada anahtar rol oynayan profesyonellerdir. Şiddet gibi ifade edilmesi ve yardım aranması güç olan bir sorunun ortaya çıkarılması, kadının sağlığının bu sorundan etkilenme düzeyinin belirlenmesi ve gerekli müdahalelerin başlatılmasında hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir.

KAYNAKLAR

1. Silverman JG, Gupta J, Decker MR, N Kapur, Raj A. (2007). Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion and stillbirth among a national sample of
 - 1.1. *Bangladeshi women. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2007; 114(10): 1246–1252.*
2. Alio A P. Salihi H M. Nana P N. d, Clayton H B. Mbah A K. Marty P J. Association between intimate partner violence and induced abortion in Cameroon. *International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2011; 112 (2) ; 83–87.*

LEZBİYEN KADINLARDA ÜREME SAĞLIĞI

Dilek BİLGİÇ ÇELİK¹, Nevin HOTUN ŞAHİN²

¹ Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Araş.Gör.Ph.D

²Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ph.D, Doçent,

Eşcinsellik (*Homoseksüel yönelim*): Kendi cinsiyetinden bireylerin cinsel obje olarak tercih edilmesi, cinsel ilginin aynı cinsiyetten kişilere yönelik olmasıdır. Kadın ve erkek eşcinsellere yönelik farklı kavramlar kullanılmaktadır. *Lezbiyen (lesbian)* kendi cinsine yönelik duygusal, fiziksel ve cinsel yönelimi olan kadınları, *Gey (gay)* ise kendi cinsine yönelik duygusal, fiziksel ve cinsel yönelimi olan erkekleri ifade etmektedir.

Lezbiyen kadınların sağlığına ilişkin çalışmalar 1990-2000 yılları arasında önem kazanmaya başlamıştır. Lezbiyen kadınların sağlık bakım hizmetlerinde eşitsizlik vardır. Büyük ölçüde ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar. Bu da rutin sağlık hizmetlerinden ve sağlık tarama hizmetlerinden yararlanmayı azaltabilmektedir. Oysa ki çok daha özel spesifik alanlarda sağlık bakım gereksinimleri vardır.

Lezbiyen kadınlar bazı sağlık riskleriyle karşı karşıya kalmaktadırlar. Lezbiyen kadınlar en az heteroseksüeller kadar Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlara (CYBE) karşı riskli gruplardır. Lezbiyenlerin % 21 inde HPV rapor edilmiştir. Ancak lezbiyen kadınların tarama hizmetlerinden daha az yararlandıkları, bu hizmetlere daha az eriştikleri, tedavilerini geciktirdikleri ve düzenli olarak bir hekime gitmedikleri saptanmıştır. Çalışmalarda lezbiyen/biseksüel kadınlar daha az lipid ve mamaografi tarama hizmetlerinden yararlanmış, düzenli pap smear taramalarına daha az başvurmuşlardır. Amerika Birleşik Devletler’inde 7000 lezbiyenle yapılan bir çalışmada lezbiyenlerde anormal pap smear oranlarının (%17), normal popülasyon genelinden (%0,5- %3,1) daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır.

Lezbiyenlerin üreme sağlığı gereksinimleri de oldukça önemlidir. Bugün artık birçok eşcinsel kadın donör inseminasyonu, taşıyıcı annelikle ya da evlat edinerek çocuk sahibi olmak istemektedir. Çocuk sahibi olma sebepleri arasında biyolojik olarak bu görevi yerine getirme içgüdüğü, aile olma isteği en öncelikle sebepler arasındadır. Gebelik isteyen lezbiyenler bazı konularda ciddi kararlar almak zorunda kalabilmektedirler. Bunlar eğer gebeliği donör inseminasyonu ile gerçekleştirecek ise donörün kimliğini bilip bilmeyeceği, donörle iletişime geçip geçmeyeceği ve doğum sonrası bunun çocuğa söylenip söylenmeyeceğinin kararını vermelidir.

Cinsel yönelimli ebeveynliğin çocuk ya da adolesan gelişimi üzerine olumsuz bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Her ne kadar lezbiyen kadınların çocuklarının sosyal stigma nedeniyle zorluk yaşadıkları saptandıysa da, lezbiyen ebeveynlerin

çocukları ile heteroseksüel ebeveynlerin çocuklarını karşılaştıran çalışmalar, sosyal uyum, davranış sorunları, benlik kavramı, yetişkin ve diğer çocuklarla iletişimleri yönünden heteroseksüel ebeveynlerin çocukları arasında anlamlı fark olmadığını göstermiştir.

Lezbiyen kadınların evlat edinme, doğum yapma ve aile olma girişimleri dünyada giderek artmaktadır. Lezbiyenlerin rutin sağlık tarama, prenatal sağlık hizmetlerinden yararlanmaları kolaylaştırılmalıdır. Cinsel yönelimi olan birey ve ailesi bu süreçte hizmet sunanların desteğine gereksinim duyabilirler. Başvuran gebe lezbiyenlere karşı duyarlı ve hoşgörülü olunmalıdır. Hizmet sunumunda sağlık profesyonelleri destekleyici önyargısız bir yaklaşım sunmalı ve damgalanmayı arttırıcı engellerin farkında olunmalıdır. Sağlık bakım profesyonelleri lezbiyen kadınların sağlık bakımını geliştirmede kültürel yetkinlik geliştirmelidirler.

Kaynaklar

- Aydın, O. (2008). Lezbiyen Gey Biseksüel Travesti Transseksüel Hukuk ve Ayrımcılık Raporu. Kaos GL Yayınları, Ankara.
 - Roberts, S.J. (2006). Health care recommendations for lesbian women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.35(5):583-91.
-

CİNSEL YÖNELİMLER: SAĞLIK PERSONELİNİN YAKLAŞIMI

Dilek BİLGİÇ ÇELİK¹, Nevin HOTUN ŞAHİN²

¹ Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Araş. Gör. Ph.D

² Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ph.D, Doçent,

Cinsel yönelim, bireyin kendisini hangi cinse ait hissettiğini değil, hangi cinsten kişilere cinsel ilgi duyduğunu ve erotik nesne seçimini ifade etmektedir. Bu anlamda, cinsel yönelim, bireyin hangi cinsel kimliğe sahip olduğundan bağımsızdır ve bireyin cinsel kimliğine uygun ya da karşıtı biçimlerde olabilir. İnsanın cinsel yönelimi karşı cinse (heteroseksüel), kendi cinsine (homoseksüel/eşcinsel) ya da her iki cinse birden (biseksüel) olabilir. Cinsel yönelimler 1973 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği'nce "hastalık sınıflandırması"ndan; 1992 tarihinde ise Dünya Sağlık Örgütü'nce (WHO) "Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması"ndan çıkartılmıştır. Bilimsel görüş doğrultusunda da, çeşitli araştırmacıların makalelerinde, ortak düşünce olarak eşcinsellik insan cinselliğinin normal bir formu olarak algılanmaya başlanmıştır.

Her ne kadar cinsel yönelim/eşcinselliğin bir hastalık olmadığı bilimsel olarak kabul edilmiş bir gerçek olsa da, eşcinsellerin toplum içerisinde hala "hasta", "sapkın" ya da "anormal" olarak damgalanmaları ve heteroseksüel olmaya zorlanmaları devam etmektedir. Toplumsal önyargılar, özellikle cinsellikle ilgili olanlar, doğru bilgilendirme olsa bile, çok yavaş ve güç değişir ve yanlış bilgilerle pekişmesi daha yaygındır. Günümüzde heteroseksüel kişilerin biseksüel, eşcinsel gibi farklı cinsel yönelimi olanlara; olumsuz korkulu veya nefret dolu duygular, tutumlar ve/veya davranışları açıklamada homofobi terimi kullanılmaktadır. Cinsel yönelim nedeniyle ayrımcı davranışların temelinde homofobik inanışlar, önyargılar vardır. Homofobi kültürel normlar tarafından desteklenir, kaygı, korku, tikslenme, öfke, nefret, rahatsızlık, hoşlanmama ve eşcinsellere yönelik düşmanca ve öfkeli davranışlar vasıtasıyla kendini gösterir.

Cinsel yönelimli bireyler sağlık hizmeti alımında eşitsizlik yaşamakta, heteroseksüellere göre daha az sağlık hizmeti arayışına girmektedirler. Geylerin koruyucu sağlık hizmetlerini heteroseksüel erkeklerden daha az aldıkları gösterilmiştir. Eşcinsellerin aldıkları sağlık hizmeti ile ilgili tatminsizlik, memnuniyetsizlik yaşadıkları bildirilmiştir.

Sağlık hizmeti verilen ortamlarda da cinsel yönelimli kişilere yönelik homofobik yaklaşımlar ya da önyargı yaygındır. Çünkü sağlık profesyonelleri de temelde "bütün kadınların partnerleri mutlaka erkektir" varsayımı ve hizmet ortamlarındaki her türlü dokümandan afiş ya da posterlere kadar her şey heteroseksizm

(karşı cinsiyetçilik) yaklaşımın ya da homofobinin/önyargının göstergesi olabilmektedir. Eşcinsel bireylerin cinsel yönelimlerini açıkladıklarında sağlık profesyonelleri tarafından sürekli dikizlenme, uygunsuz davranışlara, aşağılayıcı yanıtlara, mahremiyetin ya da gizliliğin korunmamasına ya da kaba ya da hoş olmayan uygulamalara maruz kaldıkları çalışmalarda gösterilmiştir.

Eşcinsel bireylerin sağlık hizmetinden eşit yararlanamamasının nedenleri arasında; damgalama, homofobi ve sosyal desteğin azlığı, Eş cinsellere karşı sağlık personelinin duyarsız davranış görme korkusu, sağlık hizmeti aldıkları sağlık profesyonelleriyle iletişim kurmada zorluk yaşama, sağlık profesyonellerinin eşcinsel bireylerin özel sağlık ihtiyaçlarına karşı hassas olmamaları, sağlık profesyonellerinin homofobik görüşleri, yaklaşımları nedeniyle birçok gey ve lezbiyenin cinsel yönelimlerini gizli tutmak zorunda kalmaları ve sağlık profesyonellerinin eşcinsellik ve cinsellik konusundaki yetersiz bilgilerinin olması sayılabilir.

Oysaki toplumla iç içe olan ve insanlarla yakın iletişim halinde olan sağlık profesyonelleri özellikle hemşireler, homofobiye uğrayan ve damgalanan cinsel yönelimli kişilerde, ailelerinde ve toplumda pozitif değişim yaratmada önemli kilit konumunda olan kişilerdir

Kaynaklar

1-Tuzer, V. (2004). Escinsellik, travestilik, transseksuellik. Kaos GL, Geylerin ve lezbiyenlerin sorunları ve toplumsal barıs için cozum arayışları icinde (5-8). Ankara: Kaos GL Kitapları.

2- Snively, C. A., Kreuger, L., Stretch, J. J., Watt, J. W. ve Chadha, J. (2004). Understanding homophobia: Preparing for practise realities in urban and rural settings. Journal of Gay & Lesbian Social Services, 17 (1), 59-80.

KANSERDEN KORUNMA VE 2030 HEDEFLERİ

Canan Kobak¹ Nevin Şahin²,

¹ İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Öğr.Gör, Bl.Uzm

² Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ph.D, Doçent,

Dünyada son yıllarda kanser görülme sıklığı hızlı bir yükseliş göstermektedir.2000’li yılların başında dünyada yılda 6 milyon insan kansere yakalanırken bu sayı önümüzdeki yirmi yıl içinde 12 milyona yaklaşacaktır. 2005 yılı içinde 12 milyon kişi kansere yakalanmış, 7 milyon insan kanser nedeni ile yaşamını yitirmiş, 25 milyon kişi kanserle yaşamaktadır. 2030 yılında ise 24 milyon insan kansere yakalanacaktır. 17 milyon insan aynı yıl yaşamını kanser nedeniyle yitirecektir. 2030 yılında 75 milyon insan kanserle yaşıyor olacaktır. Bu artışın en önemli nedeni kanser risklerindeki artıştır.

Ortalama bir bakışla 2030 yılına kadar kanser görülme sıklığında tüm dünyada iki misline yakın bir artış öngörülmektedir. Bu artışın %75 inin ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan veya gelişmemiş ülkelerde ortaya çıkacak olması ve bu ağırlığı kaldırmakla karşı karşıya kalacak ülkelerin kansere dünyada harcanan bütçenin ancak %5 ine sahip bulunuyor olması kanser kontrol programlarında kanseri önlemeye ve erken tanıya ağırlık verilmesini zorunlu hale getirmektedir. Bu konuda kanserin primer, sekonder ve tersiyer korunması gündeme gelmektedir (1).

Birincil korunmada kanserojen madde ile karşılaşmanın engellenmesi ve bu maddelerin yok edilmesi söz konusudur. Bu da hemşirelerin temel sorumluluğu olan sağlık eğitimi ile mümkün olabilmektedir. Hemşireler, sağlık danışmanlığı yapabilir, iyi sağlık alışkanlıkları kazandırabilir, sigara ya da sağlıksız beslenme gibi kötü alışkanlıkları azaltma ve bırakma konusunda bireylere yardımcı olabilir. Kanserde sağlık eğitimi özellikle kanser ile ilgili olduğu düşünülen risk etmenleri ve bu etmenlerle karşılaşmayı azaltma ya da önlemeyi içermelidir. İkincil önleme morbidite ve mortaliteyi azaltacak erken tanı ve tedavi etkinliklerini içerir. Kansere olmaktan korkmak yerine geç kalmaktan korkmak ifadesi kanser tedavisinde erken tanının önemini açıkça ortaya koymaktadır. Bu nedenle toplumu kansere neden olan etkenler ve zararları konusunda aydınlatarak bilinçlendirmek gerekmektedir. Topluma, düzenli sağlık kontrollerinin yapılmasının gereği ve önemi anlatılmalı bu konuda televizyon, radyo ve benzeri toplum eğitim araçlarından yararlanılmalıdır. Kanseri hastaların sakatlıklarını azaltmak ve rehabilitasyonlarını sağlamak üçüncül düzeyde önlemeyi oluşturur. Örneğin, hastaları eğiterek ve düzenli izleyerek komplikasyonlar önenebilir. Hemşire ayrıca, semptom kontrolünü sağlayarak ve komplikasyonlar için anında girişimde bulunarak sakatlıklarını sınırlandırabilir.

Kaynaklar:

Tuncer M (ed.), Kanserin Ülkemiz ve Dünyadaki Önemi, Hastalık Yüğü ve Kanser Kontrol Politikaları, Türkiye’de Kanser Kontrolü, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No:777, Ankara, 2009, s: 5-8.

Aktan Ö. Kanserden Korunma, Tarama, Erken Tanı. Onkoloji Hemşireliği Hizmet İçi Eğitim Kursu. İstanbul, 3-6 Ekim 2001:232.

GEBELİKTE ŞİDDET: NEDENLERİ, SONUÇLAR ve ÖNLENMESİ

¹Aslı Kurtcu, ²Nevin H.Şahin

¹Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Msc. Hemşire ²İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Doç. Dr.

Aile içi şiddet dünyanın değişik bölgelerinde önemli ulusal ve sosyal bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Şiddetin sonuçları çocukluk, yetişkinlik ve ileri yaş döneminde etkilerini göstermeye devam etmektedir ve ciddi fiziksel, sosyal ve emosyonel yansımaları olmaktadır. Çoğu durumlarda saldırganın erkek eş/partner olduğu kadına yönelik şiddet aile içi veya yakın ilişkilerde ortaya çıkmaktadır. Gebelik döneminde de şiddetin devam ettiği ileri sürülmektedir. Gebelik döneminde şiddet, prenatal dönemde görülmesi beklenen birçok sorundan daha yaygın bir fenomendir.

Gebelik döneminde yüksek prevelansta görülen partner/eş şiddeti endişe verici çeşitli sonuçlara yol açmaktadır. Bu durum sadece gebe kadını fiziksel ve emosyonel riske maruz bırakmamakta, aynı zamanda çocukları için de olumsuz sonuçları beraberinde getirmektedir. Partner/eş şiddeti bireysel, kültürel, bağlamsal ve çevresel karakteristiklerle ilişkilendirilmektedir. Öne sürülen faktörler, bireyin (çiftin) kişisel ve sosyodemografik özelliklerini, alkol ve madde kötüye kullanımı gibi alışkanlıklarını ve aile ilişkileri içinde toplumsal cinsiyetin rolünü içine almaktadır. Partner/eş şiddeti fiziksel, seksüel ve psikolojik olmak üzere (sözel ve emosyonel tacizi de içine alan) üç tipte ele alınmaktadır ve psikolojik şiddet daha sık ifade edilmektedir. Çalışmalarda gebelik esnasında görülen şiddet ve postpartum depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. Gebelikte uygulanan şiddetin postpartum depresyon açısından önemli risk oluşturduğu tanımlanmıştır.

Son zamanlarda sağlık kuruluşlarının partner/eş şiddetinin önünü kesmede önemli bir rolü olduğunun kabulü giderek artmaktadır. Bu doğrultuda, aile üyelerinden herhangi biri şiddeti uygulayan ya da şiddet mağduru olabileceğinden sağlık profesyonellerinin çok dikkatli olması gerekmektedir. Ancak uygulama alanında, büyük oranlarda partner/eş şiddeti gören ve sağlık kuruluşlarına başvuran kadınlar tanılanamamaktadır. Burada sağlık profesyonellerinin partner/eş şiddetine müdahalesini engelleyen birçok bariyer bulunmaktadır. Şiddet vakalarının raporlandırılmamasının nedeni gebe kadının utanma ve damgalanma korkusu ile ilişkili olabilmektedir. Sağlık profesyonelleri açısından da bu bariyerler toplumsal cinsiyet yanlılığı, yetersizlik hissi, tarafsızlık ve hatta bu kişilerin kendi taciz öyküleri olabilmektedir. Ayrıca geleneksel ve yasal faktörler ve sınırlı kaynaklar da bu bariyerler içinde yer almaktadır.

Gebelikte zararlı sonuçlara yol açan şiddete karşı daha fazla anlayışlı, daha etkili ve dostane bir yaklaşım daha açık bir iletişimi devam ettirmektedir ve sonuçta problemin ele alınmasını kolaylaştırmaktadır. Bu bağlamda sağlık profesyonelleri şiddetin aile çevresinde değişik profillerde bulunabileceği konusunda eğitilmelidirler. Prenatal bakım sağlık profesyonellerinin şiddeti belirleyebilmesine önemli fırsatlar vermektedir. Ancak kadına yönelik şiddeti tanılamada sağlık çalışanlarının kesin rollerinin açıklanması ve aydınlatılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Reichenheim M. E., Patricio T. F. and Moraes C. L. (2008), Detecting intimate partner violence during pregnancy: awareness-raising indicators for use by primary healthcare professionals, *Public Health*, 122, 716-724.
 2. Ludermir A. B., Lewis G., Valonguerio S., A., Barreto de Araujo T., H. and Araya R. (2010), Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study, *Lancet*, 376, 903-910.
-

KADINLARDA SİĞARA KULLANIMI ve HEMŞİRELİK BAKIMI

Yeliz Kaya¹ Nevin Şahin²,

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Msc N.

²İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ph.D, Doçent

Sigara içimi eskiden beri erkek davranışı olarak algılanmaktadır. Oysa geçen zaman içinde kadınların daha fazla eğitim olanağına ve ekonomik güce kavuşması, dolayısıyla sigaraya ulaşma olanaklarının artması kadınlar arasında sigara içme alışkanlığının artmasında rol oynamaktadır. Sigara firmalarının özellikle kadına yönelik üretim ve pazarlama yaklaşımları sigara kullanımının kadınlar arasında artmasında rol oynamıştır. Sigara endüstrisi kadınlara yönelik gösterişli, zariflik ve incelik imajı yaratan, içimi daha kolay olan sigaralar ürettiklerini vurgulamaktadırlar. TUIK 2008 verilerine göre; Türkiye genelinde kentsel yerlerde, her gün sigara kullanan kadınların oranı %14,5 iken kırsal yerlerde bu oran %5,0 olarak tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda; kadınlar stres yönetimini sağlamak, sosyal ilerleme ve popülerlik, kişisel çekiciliği arttırmak, mutlu olmak ve yorucu yaşamdan dolayı sigara içtiklerini belirtmektedirler.

Sigara içen kadınlarda içmeyenlere göre akciğer, serviks, mesane, larinks, ağız-yutak, böbrek ve pankreas kanserlerine daha sık rastlanabilmektedir. Ayrıca infertilite problemleri dış gebelik, spontan abortus görülme olasılığı daha fazladır. Gebelerde sigara kullanımının vazokonstrüktör etkisi, plasentaya kan akımını bozmasıyla fetal gelişim üzerine ciddi tehlikeler oluşturmaktadır. Sigara kullanımının gebelik döneminde gelişen fetal hücrelerin sayısını ve kalitesini de etkilemektedir.

Sigara dumanına maruz kalan bebeklerde akut ve kronik solunum yolu hastalıklarına daha sık rastlanmaktadır. Ayrıca emzirdiği dönemde sigara içen kadınlarda bulunan nikotin anne sütüyle bebeğe geçmektedir (Reichert et al., 2009).

Sigara ile mücadelede başarılı ülkeler incelendiğinde sağlık personelinin bu programda aktif olarak yer aldıkları görülmektedir. Hemşirelerin kişide sigarayı bıraktırma motivasyonunu oluşturma, bırakma motivasyonu oluşmuş kişilerde de bırakma başarısını arttıran davranışsal ve medikal tedaviyi sağlama görevleri vardır. Ayrıca, hemşirelerin sigaranın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri konusunda toplumu bilinçlendirmeleri, sigara bırakma müdahalelerinde etkili kişiler arası iletişim becerilerini ve sigara bırakma bilgilerini kullanmaları da önemlidir.

Bireyde davranış değişikliği oluşturmak amacıyla farklı stratejiler uygulanabilmektedir. Bilgiyi ve önerileri pekiştirerek hemşireler sigaranın bırakılmasında etkili olabilirler.

Hemşirelerin bir danışman olarak yardımcı olabilmeleri için; sigara içme ya da yineleme riskini arttıran olayları, ruhsal durumları, aktiviteleri tanımlayabilmeleri, kişide baş etme ve problem çözme becerilerini geliştirmeleri, sigara bağımlılığı ve başarılı bırakma ile ilgili temel bilgileri vermeleri, bırakma girişimi sırasında kişiyi cesaretlendirmeleri, endişe ve kaygıları paylaşabilmeleri, tedavi dışı destek sistemlerini de düzenleyebilmeleri gerekmektedir.

Bireyin bağımlılık düzeyi ve değişim aşamasına göre hemşirenin yapması gerekenler farklılaşmaktadır. Bunlar; Niyet öncesi aşamada; bireyi cesaretlendirmek, Niyet aşamasında; değişimin olumlu sonuçlarını fark ettirmek, Hazırlık aşamasında; bireye destek sağlamak, eylem aşamasında; değişime yardım etmek ve sürdürme aşamasında da bireyi nükslere karşı uyarmaktır (Kamışlı, 2007).

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, davranış değişikliği, hemşire, sigara, sigara içme

KAYNAKLAR:

Kamışlı Özcan S, Psikoeğitimsel Bir Programla Hemşirelerin Sigara Bırakma Durumları, Doktora Tezi, Ankara, s:20-22, 2007.

Reichert V C, Seltzer V, Efferen L S, Kohn N, Women and Tobacco Dependence, Obstet Gynecol Clin N Am 36, p:877-890, 2009.

BİR İNSAN HAKKI İHLALİ: KADIN SÜNNETİ

Halime Esra Kal¹ Nevin Şahin²,

¹Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Araş,Gör,BI.Uzm.

²Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, PhD, Doçent,

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kadın sünneti (genital mutilasyon); “tıbbi bir neden olmaksızın kadın dış genital organlarının bir kısmı veya tamamının çıkarılması ya da dış genital organlara zarar verilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Dört tipte yapılan kadın sünneti genellikle klitoris ve labiaların çıkarılması şeklinde uygulanmaktadır.

Kadın sünneti Afrika’da yaklaşık 28 ülke, Asya ve Orta Doğu’da bazı azınlık gruplarda köklü bir gelenek olarak yaygın olarak uygulanmaktadır. Kadın sünnetinin ayrıca Avrupa, Kuzey Amerika, Yeni Zelanda ve Avusturalya’da göçmenler arasında da yaygın olarak uygulandığı bildirilmektedir. Dünya çapında yaklaşık 130-140 milyon genç kadın (15-19 yaş arası) sünnet edilmekte ve her yıl yaklaşık 3 milyon kadın bu riskle karşı karşıya kalmaktadır. Dünyada kadın sünneti prevalansının %0.6 ile %98 arasında olduğu bildirilmektedir. Afrika’da 10 yaş ve üstündeki yaklaşık 92 milyon genç kadının sünnet edildiği tahmin edilmektedir. Bazen sünnet olma yaşının 15’in altına düştüğü hatta bebeklik döneminde bile sünnet yapıldığı bildirilmektedir. Bazı toplumlarda ve bazı durumlarda çocukken sünnet olmamış kadınların gebelik sırasında ve doğumdan sonra, evlenmek üzereyken ya da evlendikten sonra sünnet edildiği saptanmıştır.

Kadın sünneti dini, kültürel ve sosyal nedenlerle yapılmaktadır. Kadınının bednindeki söz hakkını elinden alan ve birçok sağlık sorunu yaşamasına yol açan kadın sünneti, kadın cinselliğinin kontrol edilmesi ve evlenene kadar bekaretin korunması gerekçesiyle yapılmaktadır. Kadın sünnetinin yapıldığı kültürlerde, erkek sünnetsiz kadınla evlenmemektedir. Kadın sünneti ebe, hemşire, doktor ya da “dukun” denilen doğaüstü güçleri ile şifa verdikleri inanılan yerel iyileştiriciler tarafından yapılmaktadır. Kadın sünnetinde değişen bir yaklaşım olarak, kadın sünnetinin %18’inden fazlasının sağlık kuruluşunda yapıldığı ve ailelerin kız çocuklarını sünnet ettirmek için sağlık sunucularına başvurularının arttığı bildirilmektedir.

Kadın sünneti sonucunda kısa dönemde kanama, enfeksiyon ve tetanoz, uzun dönemde ise; tekrarlayan mesane ve idrar yolu enfeksiyonları, kistler, infertilite, doğum komplikasyonlarında ve bebek ölüm riskinde artış, eğer vajinal girişin daraltıldığı üçüncü tip kadın sünneti yapılmışsa doğumdan sonra doku fazla hasar gördüğü için uzun süren cerrahi operasyonlar, fistül, skar dokularının kanaması ve cinsel sorunlar yaşanmaktadır.

DSÖ ve birçok uluslar arası kuruluş kadın sünnetini insan hakları ihlali olarak nitelendirmektedir. Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi, Çocuk Hakları Komitesi ve İnsan Hakları Komitesi kadın sünnetini kınayan ve bu uygulamanın suç olarak değerlendirilmesini öngören tavsiyelerde bulunmuştur. 1997 yılında DSÖ, UNICEF (Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu) ve UNFPA (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) işbirliği ile kadın sünnetine karşı ilk ortak bir bildiri yayımlanmıştır. Daha sonra yapılan araştırmalar doğrultusunda her yıl yeni bildirimler ve eylem planları oluşturulmuştur.

KAYNAKLAR:

WHO (World Health Organization). (February 2012). Female genital mutilation. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>, erişim tarihi: 20.03.2012.

Melhado L. (2006). Risk of adverse obstetric and perinatal outcomes increase with severity of female genital mutilation. *International Family Planning Perspectives*, 32:154-155.

İNTRAUTERİN AYRIMCILIK: CİNSİYET SEÇİMİ

Nevin Şahin¹ Eda Cangöl²,

¹ Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ph.D, Doçent,

²Uzunköprü Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Bl.Uzm

Toplumsal cinsiyet anlayışı kadın cinsiyetine ilişkin bazı ayrımcı uygulamaları da beraberinde getirmektedir. İntrauterin dönemden başlayarak bebeklik ve çocukluk döneminde de rastlanan bu uygulamalardan bazıları, cinsiyet seçimi, yetersiz emzirme, istismar, ihmal ve bakım eksiklikleridir. Cinsiyet seçimi, doğacak bebeğin cinsiyetinin belirlenmesi ve tıbbi olmayan amaçlar için kullanılmasıdır. Kürtaj için dişi fetüslerin seçilmesi, kız çocukların ihmal edilmesi ve kızların sağlık hizmetine erişiminde yetersiz kalınması gibi hak suistimalleri ile sonuçlanmaktadır. Tersine soyun devamı, mirasın korunması, velihtlık gibi farklı gerekçelerle erkek lehine pozitif ayrımcılık gerçekleşmektedir. Cinsiyet seçimi uygulaması Amerika'da yasal iken, Kanada, Almanya ve İngiltere'de yasaklanmıştır. Ülkemizde yasal olmamakla beraber, sadece cinsiyetle taşınan hemofili ya da bazı kas hastalıkları söz konusu olduğunda cinsiyet seçimine izin verilmektedir. Hindistan'da doğumdan önce cinsiyetin ultrason yöntemiyle belirlenmesiyle kürtaj 1994' de resmen yasaklanmıştır. Ancak söz konusu yasaklar ceninin kız olduğunun anlaşılmasının ardından kürtajla alınmasına engel olunamamaktadır. Bu sebeple Hindistan'da her yıl 500 bin kız doğmadan, kürtajla öldürüldüğüne ilişkin haberler medyada yerini korumaktadır. Çin'in çeyrek asırdan fazladır uyguladığı tek çocuk politikasından dolayı azınlıklar ile kırsal kesim dışındaki aileler, ikinci çocuk doğurma hakkına sahip değildir. Birçok aile, çocuğunun çalışıp aileye ekonomik katkı sağlamayacağı düşüncesiyle kız ceninlerine doğma şansı tanımazken, medya bu cinai tabloyu, daha çok erkekler lehine bozulan kadın/erkek nüfus oranını vurgulayarak "erkekler evlenecek kız bulamayacak" şeklinde cinsiyetçi bir söylemle duyurmaktadır.

Günümüzde fetal tarama yöntemlerinden de önce cinsiyetin belirlenmesine ilişkin bazı kimyasal kitlerin kullanımı yaygınlaşmaktadır. Evde uygulanabilen eczanelerden temin edilebilen, gebeliğin 10. haftasından itibaren uygulanan basit bir idrar testi ile 10 dakika içinde sonuç alınabilen kitler mevcuttur. ABD'de 2006 yılından bu yana kullanılan bu kit ile, cinsiyete bağlı kürtaj riski artmaktadır. Bilindiği gibi ülkemizde 2728 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" 10 haftaya kadar olan gebeliklerin sonlandırılmasına izin vermektedir. Diğer bazı tıbbi gelişmelerde olduğu gibi bu yöntemlerinde cinsiyet ayrımcılığına yol açma boyutu da gözden kaçırılmamalıdır.

Sağlık hizmet sunucuları, intaruterin cinsiyet ayrımcılığının önlenmesi için, prenatal genetik taramalar ve rahim tahliyesi gibi cinsiyet belirlemenin mümkün olduğu işlemler sırasında yasalara ve mesleki etik kurallara uygun hareket etme-

leri gerekmektedir. Bu tür işlemlerin tüm aşamalarında cinsiyet seçimine neden olmayacak şekilde uygulama yapmalarını temin ve garanti etmelidirler. Toplumsal cinsiyet ayrımcılığının önlenmesi konusunda başta toplum liderleri olmak üzere halkın bilinçlendirilmesi ve farkındalıklarını artırmaya yönelik eğitim vermek hemşirenin rolleri arasındadır (1).

Sonuç, cinsiyet - toplumsal cinsiyet arasındaki etkileşim, kadınlar ve erkekler için çok çeşitli ve birbirinden farklı sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Bu arada intrauterinde başlayan ayrımcılıklara da dikkat çekilmelidir. Bu ayrımcılığın önlenmesi için topluma liderlik etme ve sağlık eğitimcisi rolleri ile hemşirelere büyük görevler düşmektedir.

Anahtar kelimeler; Ayrımcılık, cinsiyet belirleme, hemşirelik, intrauterin, toplumsal cinsiyet,

KAYNAKLAR

Koyun ve ark. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011; 3(1):67-99 © 2011.

World Health Organization. Women And Health. Today's Evidence Tomorrow's Agenda, 2009. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf erişim tarihi: 02.03.2012.

KADINA YÖNELİK ŞİDDETİ ÖNLEMELERİN YETERLİLİĞİ YAPILAN YASAL DÜZENLEMELERİN YETERLİLİĞİ VE KADIN HAKLARINA UYGUNLUĞUNA YÖNELİK BİR VAKA SUNUMU

Hande Dağ, Nigar Çelik, Ruşen Öztürk, Aynur Saruhan

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Ad., İzmir

GİRİŞ:

Birleşmiş Milletler kadın konferansları, Pekin bildirgesi ve Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) gibi sözleşmeler doğrultusunda ülkemizde kadına yönelik şiddetin önlenmesine yönelik 1998 yılında yürürlüğe giren ve 2007 yılında yeniden düzenlenen 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun gereği eşine şiddet uygulayan kişiler altı aya kadar evden uzaklaştırılmakta, telefonla taciz etmemesi ve nafaka ödemesi gibi cezalara çarptırılmaktadır. Ayrıca 2002 yılında Yeni Medeni Kanun ve 2005 yılında Yeni Ceza Kanunu yürürlüğe girmiştir. Ancak tüm bu düzenlemelere rağmen kadına yönelik şiddet önlenemediği gibi, şiddete maruz kalma durumu sağlık çalışanları tarafından kadının sağlığına olan etkileri aşamasında tespit edilebilmektedir. Bu konu ile ilgili çıkarılan yasaların, kadın- çocuk sağlığı ve hakları açısından bazı özel durumlara yönelik olarak tekrar gözden geçirilmesi gerekmektedir.

AMAÇ:

Kadına yönelik şiddeti önlemek için yapılan yasal düzenlemelerin yeterliliğini ve kadın haklarına uygunluğunu yaşanmış olan bir vaka üzerinde tartışmak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

B.A. 35 yaşında, biri 4 yaşında diğeri altı aylık iki çocuk annesi, tiner bağımlılığı ve başka bir kadınla birlikte yaşamakta olan eşinin kendisine uyguladığı şiddetten kaçarak başka bir şehre kaçmış, sosyal hizmetlerin yardımıyla kendisine kalacak yer bulmuş, eşinden şiddete uğradığı için iki aydır nafaka almakta olan bir kadındır.

BULGULAR

B.A. adet gecikmesi ve bulantısı olduğu için bir devlet hastanesine başvurmuş ve eşinin tecavüzü sonucunda 4 haftalık gebe olduğunu öğrenmiştir. Ayrıca altı aylık bebeğinin de bacağına çaydanlıktan kaynar su döküldüğü için pansuman yaptırması gerekmekte fakat nereye başvuracağını bilememektedir. Aile planla-

ması polikliniği ile görüştüğünde de yasalara göre eşinin imzası olmadan bebeği aldırılmayacağını öğrenmiştir. Çaresiz bir şekilde yanımıza geldiğinde ilk önce bebeğin pansumanı için çocuk polikliniğine yönlendirildi. Ardından eşi ile iletişim kurup durumunu anlatması ve kendisinden yazılı bir onam alması istendi. BA. eşi tarafından öldürülmekten korktuğunu ancak yinede deneyeceğini söyledi. Ertesi gün tekrar hastaneye geldiğinde eşi ile görüştüğünü, eşinin bebeği dini inançlarından ötürü aldırılmak istemediğini ancak bebeği de bakamayacağını ifade ettiğini bildirdi. Bunun üzerine İl Valilik biriminde çalışan görevlilerden yardım talebinde bulunduğunu ancak onlardan da “Doğur, çocuğunu çocuk esirgeme kurumuna ver, biz bakarız” cevabını aldığını belirtti. Şu anda ise hala eşini küretaj işlemi için ikna edebilmek için uğraşmaktadır.

SONUÇ:

Fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalan kadınların %92’si yaşadıkları şiddete rağmen, herhangi bir resmi veya özel kuruma başvurmamaktadır. Başvurabilen kadınlar ise yeterli desteği alamamaktadır. Bu kadınların eğitim düzeyi artırılarak doğurganlıklarını kontrol edebilmeleri için uygulanması basit ve ulaşılabilir olan modern aile planlaması yöntemlerini öğrenmeleri gerekmektedir. Ayrıca küretaj işlemi gibi klinik uygulamalarda, aile bütünlüğünün bozulduğu ve devlet yardımına muhtaç kalan kadının şiddet gibi özel durumlarda tecavüze uğradığı erkeğe muhtaç kalmaması için yeni yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Şiddete uğrayan bu kadınlara gereken yardımın daha hızlı ve gerektiği zamanda ulaştırabilmesi için de her hastanede ve il idari merkezlerinde işlerliği olan şiddetle mücadele birimleri bulunmalıdır.

KAYNAKÇA:

Subaşı N. (2001). Kadına Yönelik Şiddet ve Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri. Aktüel Tıp Dergisi, 6(1): 4-8.

Erel, Ö. (2011). Şiddete Maruz Kalmış Kadınlara Sağlık Personelinin Yaklaşımı. ADLİ TIP, 23(4-6):32-35.

TC. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. (2010). Kadına Yönelik Şiddetle Aile İçi Şiddetle Mücadele Projesi: Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2007-2010; 9-23. ISBN 978-975-19-4199-2

TOPLUMSAL BİR TABU; LEZBİYEN- BİSEKSÜEL KADINLARDA SAĞLIK PERSONELİNİN YAKLAŞIMI

Arş. Gör. Ruşen ÖZTÜRK Arş.Gör. Duygu GÜLEÇ
Prof.Dr. Ümran SEVİL

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, izMİR

Giriş

Bu derlemede, lezbiyen- biseksüel kadınlara yönelik sağlık personelinin yaklaşımları ve algılarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Dünya’da olduğu gibi Türkiye’de de eşcinsel bireylere karşı önyargı ve ayrımcı tutumlar sergilenmektedir. Eşcinsellere ve eşcinselliğe yönelik önyargılar temelinde biçimlenen homofobi, toplumun hemen her kesiminde görülebilmekte ve toplumsal normlar tarafından desteklenmektedir. Avrupa’da birçok kişi gerçek ya da algılanan cinsel yönelimi ya da cinsiyet kimliği yüzünden damgalanmakta ve evrensel insan haklarından tam olarak yararlanamamaktadır. Bazıları nefret suçlarının mağduru olmakta ve diğer vatandaşlar tarafından sokakta saldırıya uğramaktadırlar. Yaygın ve şiddetli ayrımcılık ve istismarın; eşcinsel bireylerde görülen duygudurum ve anksiyete bozuklukları, alkol-madde kötüye kullanımı ve intihar riskini artırdığı öne sürülmektedir. Eşcinsel bireyler çoğu zaman toplum içinde açıkça tehdit altında yaşamakta ve bedensel, ruhsal, sosyal bütünlükleri tehlike altına girmektedir.

‘Avrupa’da cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğine dayalı ayrımcılık’ raporunda; Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğinin ne olduğuna dair önyargılı, çağdışı ve yanlış bilgiler ve LGBT (Lezbiyen, gey, biseksüel ve trans) bireyler hakkında medyada ve ders kitaplarındaki basmakalıp tasvirler olumsuz tutumların biçimlenmesine katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Çeşitli üye ülkelerde de LGBT bireylere yönelik zaman zaman nefrete varan kışkırtıcı ve saldırgan söylemler saptanmıştır.

LGBT bireyler, sağlık hizmetlerine erişim konusunda da hastayla doktor arasındaki güvensizlik, sağlık personelinin sorunlu tutumları, eşcinsellik ve transseksüelliğe yönelik çağ dışı yaklaşımlara bağlı olarak sorun yaşamaktadırlar. Uluslararası tıbbî sınıflandırmalara aykırı olarak bazı resmî ders kitapları, eşcinsellikten hastalık olarak söz etmektedir. Bunun yanı sıra transseksüellik bazı uluslar arası sınıflandırmalara göre zihinsel bozukluk olarak sayılmaya devam etmektedir.

Çabuk’un (2010) 224 hekimle yapmış olduğu çalışmada, eşcinsel bireylerin yaşadıkları deneyimlerden; eşcinsel bireylerin sağlık sisteminde de olumsuz tutum ve davranışlara maruz kaldıkları ve mağdur oldukları, homofobik ve heteroseksist tutumların özellikle ruh sağlığı alanında daha ziyade örtük şekilde kendi-

sini gösterdiği ve hekimlerin eşcinsellik konusunda oldukça bilgisiz olduklarını belirtmiştir. Başka bir araştırmada, katılımcıların olumlu ya da olumsuz davranan hekimler ile deneyimleri olduğu, bazılarının tıbbi açıdan gerekli görünse bile cinsel yönelimlerini açıklamadıkları veya kabullenici bir hekim aramaya başladıkları bulunmuştur. Lezbiyen, gey ve biseksüel insanlar ve hemşireler ile yapılmış çalışmalarda, hemşireler tarafından sosyal izolasyon, ihmal, saygınlık kaybı ve yetersiz sağlık hizmeti sağlanması gibi deneyimler yaşadıkları gösterilmiştir. Bu durumun daha az profesyonel sözel etkileşime ve hemşire ile etkileşimin azalmasına yol açtığı belirtilmiştir. Hemşireler kaçınma, terk ve uzaklaşma, hastaların bakımı ile ilgilenmeyi reddetme ve onları 'sapık' ya da 'sapkınlar' olarak algılama gibi davranışlar sergilemektedirler.

Böylesine çelişkilerle dolu bir alanda sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Bu bağlamda; sağlık ekibi üyeleri tarafından eşcinselliği bir hastalık ya da rahatsızlık olarak gösteren çağ dışı sınıflandırma sistemleri ortadan kaldırılmalıdır. Hemşireler hastanın yaşam tarzını ve durumunu kabullenmeli, mahremiyetine özen göstermeli ve bunun kliniğe aktarımı için çalışmalıdır. Bu, erken dönemde hasta ve hemşire arasındaki güven ilişkisinin gelişmesi açısından da önemlidir. LGBT bireylerin saygınlığını olduğu kadar özel sağlık gereksinimlerini ve sağlık seçimlerini de gözetmenin önemini, sağlık çalışanlarının eğitimine dâhil etmeleri gerekmektedir. Özellikle, sağlık sektöründe çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının eşcinsellik ve eşcinsel bireylerle ilgili farkındalıklarını artırmada eğitimin önemi bir kez daha öne çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

Çabuk (2010). Tıp Öğrencileri ve Hekimlerin Eşcinsellik Hakkındaki Tutumları Ve Gey Ve Lezbiyenlerin Sağlık Hizmeti Deneyimleri. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.Uzmanlık Tezi, Ankara.

Mander R. &et.al.(2012).Midwifery and the LGBT midwife. Midwifery 28 (2012) 9–13.

Albarran J W., Salmon D. esbian, gay and bisexual experiences within critical care nursing, 1988±1998: a survey of the literature. International Journal of Nursing Studies 37 (2000) 445±455.

HAYATIMIZDAKİ TEHLİKE: KANSER! NE KADAR FARKINDAYIZ?

Arzu Malak¹ Nevin Şahin²,

¹ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu , Araş.Gör, Tekirdağ

²Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ph.D, Doçent, İstanbul

Kanser önemli morbidite ve mortaliteye neden olması; birey, aile, toplumu fiziksel, sosyal, ruhsal, ekonomik açıdan etkileyen bir hastalık olması nedeniyle geçmişte olduğu gibi günümüzde de evrensel bir sağlık sorunudur. Toplumda genç-yaşlı, zengin-fakir, kadın-erkek-çocuk ayırımı yapmadan bütün toplumu etkisi altına alıp toplumlar üzerine oldukça büyük bir yük getirmesine rağmen kanser, önlenebilir bir hastalıktır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2008 yılında 12,7milyon yeni kanser vakası görülmüştür. Bu veriler doğrultusunda 2030 yılında dünyada 24 milyon insanın kansere yakalanacağı, 17 milyon insanın aynı yıl yaşamını kanser nedeniyle yitireceği tahmin edilse de tüm kanserlerin %30'unun tütün ve alkol kullanmama, düzenli egzersiz yapma , normal kiloda olma, sebze ve meyve ağırlıklı beslenme ile önlenileceği de vazgeçilemez bir gerçektir.

Ülkemizde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanser, görülme sıklığı açısından dünyada olduğu gibi cinsiyetler arasında fark göstermektedir. Ülkemiz 2005 yılı verilerine göre kadınlarda en sık görülen kanser türlerine baktığımızda tarama programlarıyla erken tanı konduğunda önlenebilir bir kanser türü olan meme kanseri 1. sırada yerini almaktadır. Ulusal tarama programı olmasına rağmen meme kanserinin halen ülkemizdeki kadınların kanserden ölümleri arasında ilk sırada yer alması kanser tarama programlarının önemini kadınlar tarafından farkında olmadığını düşündürmektedir. Kadın sağlığında da önemli bir yere sahip olan kanserden korunmak, sağlıklı bir toplum oluşması, sağlıklı nesillerin sürdürülmesinde kilit nokta olmasını sürdürmektedir.

Korunma yolları ve tarama programlarının var olduğu kanserlerin, toplumun sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasıyla önlenebilir olmasında hemşire; eğitici, danışman rolleri başta olmak üzere tedavi edici, bakım verici rolleri ile toplumda anahtar role sahiptir.

Kanser risklerinden uzak durarak kanser oluşmasından korunmak, kanserin erken evrede tanı konulmasına neden olan taramaların önemini kavrayarak erken tedaviyi sağlamak ve dolayısıyla kadının sağlığını koruyarak toplumun kaliteli yaşam sürmesini sağlamak dünya sağlık örgütünün ve ülkemizin hedeflerindedir. Bu hedefe ulaşmada hemşireye, toplumda farkındalık yaratmak, toplumu bilinçlendirmek konularında önemli sorumluluklar yüklenmektedir.

Bu bağlamda çalışmada; kadınlar başta olmak üzere toplumun kanserin önlenilebilir bir hastalık olduğunun farkına varmasını sağlamada ve bu doğrultuda kişilere sağlıklı yaşam davranışları kazandırmada hemşirenin önemine bir kez daha dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Günümüzde, dünyada ve ülkemizdeki ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanserin risk faktörleri belirlenmiştir. Kansere neden olan risk faktörleri hakkında toplumda farkındalık yaratarak bunlardan korunmada birincil görev hemşireye düşmektedir. Hemşire birincil korumada kanserlerin risk faktörlerinden uzak durulmasını sağlayarak hem kişilerin, ailelerin ve toplumun mortalite ve morbidite oranlarını düşürerek kaliteli yaşam sürdürmesini sağlayacak, hem de kanser tedavilerinin ülkelere büyük bir ekonomik yük olmasını engelleyecektir. Bu çalışmada kadın kanserlerinde birincil korunmada kadın sağlığı hemşiresinin rollerini etkinlikleri tartışılacaktır.

KAYNAK:

Boyle, P., ve Levin, B. (2008). *Dünya Kanser Raporu 2008: Dünya Sağlık Örgütü*. Lyon: Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu

Tuncer, A. M. (Ed). (2009). *Türkiye’de Kanser Kontrolü*. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİNDE LİSANSÜSTÜ EĞİTİM: 'DÜNYADAN ÖRNEKLER'

Nevin ŞAHİN¹, Handan ÖZCAN²

¹ İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Doç. Dr,

² Gümüşhane Üniversitesi Öğrt. Gör, Bl.Uz.

Son 30 yılda yapılan çalışmalar kadın sağlığı konusunun önemini vurgulamıştır. Kadının sağlık durumu; çocukların, ailenin, toplumun ve çevrenin sağlık durumu ile yakından ilişkilidir. Kadının toplumsal konumu, genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesi ve güçlendirilmesi, kadın sağlığına verilen önemle bağlantılıdır. Dünya'daki ve Türkiye'deki veriler kadınların sağlığının istendik düzeyde olmadığını göstermektedir.

Türkiye'de 4 yıl lisans eğitiminden sonra yaklaşık 10 üniversitede kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında doktora eğitimi verilmektedir. Kadının, cinsel/üreme sağlığını; biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan bütüncül bir yaklaşımla ele alır. Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici, birey merkezli hemşirelik bakımını kapsamlı olarak planlayıp uygulayabilmeyi kapsar. Kadının cinsel ve üreme sağlığı alanında kanıta dayalı, multi-disipliner, özgün bilimsel araştırma yapabileme/yaptırabilmeyi, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ile ilgili konularda strateji, politika ve uygulama planları geliştirebilmeyi, ulusal- uluslararası alanlarda uygulayabilmeyi içermektedir.

Avustralya'da kadın sağlığı hemşireleri lisans eğitiminden sonra, '1 yıllık doğum sonrası bakım ve ebeveyn eğitimi alırlar. Kadınların farkındalığını ve sağlığını artırma programlarına, koruyucu sağlık taramalarına erişmesini sağlamak, kadınların sağlık servis koşullarını iyileştirmek için diğer sağlık çalışanlarıyla ve örgütleriyle ortaklıklar kurmak, cinsiyet olarak bakış açısı geliştirmek, kadın sağlığındaki müdahalelerin mümkün olduğunca etkili olmasını ve bunun uygun olan en iyi vakaya göre yapılmasını sağlamaktır. Kadın sağlığı hemşireleri pap smear alır, istatistikleri değerlendirir, tıbbi destek sağlar, sevk gibi işlemleri gerçekleştirir (1).

Brezilya ve Hollanda da lisans eğitiminden sonra yetişkin ve pediatri hemşire uygulayıcısı olarak 2 alanda master eğitimi, sertifika programları ile gerçekleştirilmektedir. Brezilya'da yetişkin eğitiminde doktora programında devam edenler; kadın sağlığı hemşireliği alanında, uygulama geliştirme, yenilik ve bakım modellerini test etme, kalite geliştirme ve sağlık sonuçlarını değerlendirmesi gibi bir çok konuda gelişim kazanırlar. Kadın sağlığında liderlik ve klinik uzmanlıklarını alırlar.

Kanada'da bir kadın sağlığı hemşiresi, hayatın her yaş ve aşamasında kadınlar için sağlıklı yaşam sağlamaya odaklanan yüksek lisans veya doktora derecesine

sahip hemşirelerdir(Women Health Nurses Practioner-WHNP). Kadın sağlığı hemşiresi pratisyen hekim ile birlikte çalışır ya da bağımsız bir birincil bakım sağlayabilir. Belirlenmiş olan teşhisleri koyup, tedavi planlayıp hatta ilaç yazabilir. Gebelik testi, doğum öncesi-sonrası bakım, genel sağlık değerlendirmesi, ev ziyaretleri yapar. 1980 yılında Ulusal WHNP Derneği kadın sağlığı hemşirelerine özel çalışırken katılabilecekleri profesyonel; hormon tedavisi, rahim ağzı kanseri, doğum, anormal uterin kanama gibi sertifikalı eğitimler sunmaktadır.

Kolombiya'da 'kadın sağlığı hemşireliği (WHNP) Programı' adı altında, kadınlarda yaşam süresini uzatmak için temel bakım ergenlikten ileri yaşa kadar olan bütün süreyi kapsar. Aile planlaması, obstetrik ve jinekolojik bakım birinci basamakta gerçekleştirilir. Kadın sağlığı ile ilgili meme kanseri, osteoporoz, onkoloji ve hipertansiyon gibi sağlık sorunlarının planlanması ve uygulanmasında; aile içi şiddet, cinsel saldırı ve madde kullanımı gibi taramaların yapılması lisans sonrası verilen eğitimler ile gerçekleştirilir.

ABD' de yüksek lisans eğitimi WHNP uzmanlık alanı olarak geçmektedir ve beraberinde kadın sağlığı sertifikasyon programları uygulanmaktadır. Eğitim; kanıta dayalı uygulama, değerlendirme ve kadınların bakım alanındaki teorik/pratik bilgiyle, farmakoloji ve patofizyolojiyi de kapsar. Gebelik ve doğum öncesi bakım, meme sağlığı ve kanser taraması, gibi sertifika eğitimleri verilmektedir. Jinekolojik veya ebelik bakımı sağlamak, çeşitli tedavilerin uygulanması için doktora eğitimleri verilmektedir (2).

Kadın sağlığı hemşireliği alanında dünya ülkeleri arasında yasal hak ve yükümlülükler, eğitim içerik ve düzeyleri, klinik beceri ve yetkinlikler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar ülkelerin gereksinimleri, sağlık sistemleri ve gelişmişlik düzeylerinden kaynaklanmaktadır. Türkiye'de başta üreme sağlığı sorunları olmak üzere hala çok yaygın sorunları göz önüne alındığında, Kadın Sağlığı Hemşireliği'nin eğitim ve yetkinliklerine paralel olarak üstleceği önemli rol ve sorumluluklar vardır.

KAYNAKLAR

http://www.ehow.com/list_6742779_women_s-nurse-practitioner-programs-california.html

<http://www.nursing-school-degrees.com/Nursing-Careers/womens-health-nurse-practitioner.html> ►

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ: ROLLER

Nevin H.Şahin¹ Çiğdem BİLGE²,

¹ İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale hemşirelik Fakültesi, Doç. Dr.

² Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Msc. Hemşire

Modern hemşirelik bireyi kendi sağlık gereksinimlerini karşılayabilmesinde aktif katılımını sağlar. Böylece modern hemşirelik yaklaşımı, kadın hareketlerinin başlıca konularından biri olan 'kadının kendi bedenini kontrol edebilme hakkı' ile de paralellik gösterir. *Kadın sağlığı*, kadının fertlizasyonundan ölümüne kadar olan süreyi kapsar.

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Hemşireliği Derneği'nin tanımına göre, doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği, kadının fiziksel ve psikososyal sağlığının korunup geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın bozulduğu durumlarda bakım gereksinimlerinin karşılanmasını içeren bir hemşirelik disiplini.

Bakım Verici Rolü: Hemşirenin bakım verici rolü, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gerekli işlevleri yerine getirmeyi, hastalık ve rehabilitasyon sırasında bireyin gereksinimlerinin giderilmesini, bireyin ruhsal rahatlığının sağlanmasını, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini kapsar. Hemşirelik rolleri arasında bağımsızlığın en kuvvetle hayata geçtiği rol budur.

Karar Verici Rolü: Karar verici rolünde hemşire, hasta bireyin kendi adına karar almasını, aldığı kararı hayata geçirmesini ve sonuçlarından sorumlu olmasını; hastanın özerk davranmasını destekler. Profesyonel özerkliğin hayata geçmesi bakımından en önemli roldür.

Hasta Haklarının Savunucu Rolü: Bu rolde hemşire, gizlilik içinde gösterişsiz bir biçimde garanti vererek, aydınlatılmış onam sağlar, gereksiz açıklama ve işlemleri önler, hastayı seksüel suistimalden uzak tutar, sağlık personelinin hastanın çıkarları için kullanır, hastadan yana eylemde bulunur.

İletişim ve Eşgüdüm Sağlayıcı Rolü: Hemşire sözlü iletişimin yanında sözsüz iletişim becerilerini de kullanmakta; hem ekip üyelerinin hem de hasta bireyin ve ailesinin iletişimini kurar ve sürdürür.

Yönetici Rolü: Hemşire, kadının/ailenin sağlığını korumak, geliştirmek ya da sağlığını yeniden kazanmasına yardım etmek için bireysel-sosyal-ekonomik kaynakları tanımlar ve yönetir.

Rehabilite Edici Rolü: Hemşire rehabilite edici rolünde, hastanın özerkliğini en üst düzeyde sağlamayı, kaybolan fonksiyonlarını olabildiğince kazandırmayı, günlük yaşam aktivitelerine destek olmayı, psikolojik destek sağlamayı hedefler. Bu rolünü danışmanlık ve eğitim rolleriyle bütünleştirerek, hastanın değişen

durumuna uyum sağlamasına, hayatının kolaylaşmasına ve yaşam kalitesinin yükselmesine katkıda bulunur.

Eğitimci Rolü: Hemşirenin temel rollerinden biri, birey, aile ve toplumun sağlığını korumaya/geliştirmeye, hastalık halinde iyileştirmeye ve doğru sağlık davranışlarını kazandırmaya yönelik olarak planlı biçimde eğitim vermektir.

Danışmanlık Rolü: Hemşirelik, toplum geneline sağlığı koruma ve geliştirme, yaşam kalitesini arttırma, hastalığa bağlı sorunlarla baş etme ile ilgili kendi öz olanaklarını-kaynaklarını tanımaları ve kullanmaları konusunda danışmanlık eder.

Araştırmacı Rolü: Hemşireler, hemşirelik disiplinleri çerçevesinde bağımsız olarak araştırmacı rolünü üstlenerek, kuramsal çalışmalar ve alan araştırmaları yürütürken, bir yandan da klinik ve laboratuvar araştırma ekipleri içinde yer alırlar.

Sağlık politikalarını etkileme rolü: Sağlığı korumak, her yönden daha geçerli ve akılcı bir yoldur. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hemşireler, koruyucu sağlık hizmetleri benimsenmesine ve ön plana çıkmasına çalışmalıdır. Uluslar arası boyutta hem sağlık hem de eğitime ayrılan bütçenin arttırılması, kadınların yaşamları boyunca sağlık güvencesinin olması, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ile mücadele edilmesi, kadınların sağlık hizmetlerinden daha etkin ve sürekli yararlanmalarını sağlanmasında politik platformlarda yer alırlar.

KAYNAKLAR

Taşkın L: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık. Ankara. 2007.

Taylan S: Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Rollerini. Yüksek lisans Tezi. Adana. 2009.

ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELEYİCİ YAŞANTILARININ KADIN CİNSELLİĞİ ÜZERİNE ETKİLERİ

¹Neriman Çağlayan , ²Nevin H.Şahin

¹S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Msc. Hemşire

²İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Doç. Dr.

Çocukluk çağı örseleyici yaşantıları (ÇÇÖY), çocuk ihmali ya da istismarı, anne baba ya da bakıcı gibi erişkinler tarafından çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümü olarak adlandırılmaktadır. Bu eylem ve eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal olarak zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur. Çocuk istismarı fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olarak, çocuk ihmali ise fiziksel ve duygusal ihmal olarak sınıflandırılmaktadır

ÇÇÖY olumsuz bilişsel şemaların gelişimine neden olmakta ve bilişsel şemalar aracılığı ile yetişkin yaşama taşınmaktadır. Örselenme yaşantılarının sıklığı ve şiddeti psikopatolojinin sıklığını ve şiddetini artırmaktadır. ÇÇÖY yetişkinlerde düşük benlik saygısı, kişilik bozuklukları, madde kullanımı, antisosyal davranış, kaçınma, toplumsal ilişkilere uyum sorunları, posttravmatik stres bozukluğu (yıkıcı düşünceler, kötüye kullanım deneyimlerinin tekrar tekrar hatırlanması), kognitif bozukluklar (umutsuzluk, güçsüzlük, düşük öz-saygı), emosyonel distres (depresyon, korku, anksiyete ve fobi vb.), sağlık problemleri ve cinsel işlev bozuklukları gibi sorunlara yol açabildiği bildirilmektedir.

Çalışmalarda çocukluk çağı örseleyici yaşantılarının neden olduğu cinsel sorunlar; cinsel istek azlığı, cinsel uyarılma bozukluğu, orgazm bozukluğu, vajinismus, disparoni, cinsel haz almada azalma olarak belirtilmektedir. ÇÇÖY öyküsü olan kadınların %29'unda cinsel istek azlığı, %21'inde orgazm bozukluğu olduğu bildirilmektedir. ÇÇÖY öyküsü olan kadınlarda orgazm bozuklukları, panik bozukluk ve diğer anksiyete bozuklukları arasında en sık karşılaşılan bozukluğun cinsel işlev bozukluğu olduğu belirtilmektedir.

Çocukluk çağı örseleyici yaşantıları olan kadınlar cinsel işlev bozukluğu açısından değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

Bakım, B., Karamustafaloğlu, O., Akpınar, A., Tankaya, O., Özçelik, B., Ceylan, C.Y ve ark. (2011). Panik bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşantılarının cinsel işlev üzerine etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24, 182-188.

Rellini, H.A., Meston, C.M. (2011). Sexual self schemas, sexual dysfunction, and the sexual responses of women with a history of childhood sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 40, 351-362.

TOPLUMSAL CİNSİYET, SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE HEMŞİRELİK

Gülay Akman*, Gamze Teskereci*, Özen Kulakaç**

*Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

**Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Giriş: Değişik kültürlerde kadın ve erkeğin sosyal olarak belirlenen rol ve sorumluluklarını ifade eden toplumsal cinsiyet ve toplumsal cinsiyete dayalı sağlık davranışı DSÖ tarafından sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olarak görülmektedir. Bireyler çoğunlukla toplumsal cinsiyet rolleri ile uyumlu sağlığı sürdürme, hastalıklardan korunma ve bir sağlık sorunu olduğunda harekete geçme davranışları sergilerler. Sonuç, hastalık ve ölümlülükte cinsiyete özgü farklılıktır. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık çalışanlarına önleme, tedavi, bakım ve rehabilitasyonda sorumluluklar yükler, araştırma ve finansman önceliklerini etkiler. Toplumsal cinsiyet duyarlılığı olan bir hizmet için sağlığı koruyucu, riske edici ve tedaviye yönelik davranışlarının anlaşılması gerekmektedir.

Amaç: Bu derleme ile, toplumsal cinsiyetin sağlığa ve sağlık davranışlarına olan etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma bir derlemedir.

Bulgular: Kadınların sağlığı geliştirici ve hastalıkları önleyici davranışlarda bulunma (sağlık taraması, vitamin alma, kendi kendine muayene gibi) olasılığı erkeklerden daha yüksektir. Ancak kadınların evde ve ev dışında üstlendikleri sorumluluklar ve sosyal statüleri sağlıklarını riske atmaktadır (temizlikte kullanılan korozif maddeler, kesilmeler, yanıklar, düşmeler, ev içi hava kirliliği, şiddet, taciz, tecavüz vb.). Ayrıca, kadınlık rol beklentileri (boyun eğme, güçsüzlük, incelik, güzellik, zarafet ve gençlik gibi.) diyet, beslenme, egzersiz ve strese verdikleri yanıtı farklılaştırmakta, hastalıklara (yeme bozuklukları, osteoporoz, majör depresyon, anksiyete bozukluğu gibi) zemin hazırlamaktadır.

Ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte, kadınların tedavi hizmetlerine ulaşma olanakları erkeklerden düşüktür. Kadınların sosyo-ekonomik güçsüzlükleri, bilgi ve hizmete ulaşmada karar verici olmamaları, davranışlarının diğer kadın ve erkekler tarafından izleniyor olması sağlık hizmetlerine ulaşmalarına engel oluşturabilmekte, düşük eğitim ve özgüven sağlık hizmeti için harekete geçmelerini kısıtlamaktadır. Kültürel yanlış inanışlar da (“acı çekmek kaderdir”, “vajinal akıntıdaki değişiklikler normaldir” gibi...) kadının sağlık bakım gereksinimlerini doğru bir şekilde saptamasının önünde engel oluşturmaktadır.

Sağlığı koruyucu davranışlardan kaçınmak ve riskli davranışlarında bulunmak birçok kültürde erkekliliği pekiştirici olarak görülmektedir. Bu algıya bağlı olarak erkekler madde kötüye kullanımı, CYBH, HIV/AIDS, cilt kanseri, trafik kazaları gibi birçok sağlık riskiyle karşı karşıya olmalarına karşın kendilerini, kadınlardan daha az risk altında algılamaktadırlar. Geleneksel “erkeklik” kabulleri olan erkekler daha fazla sağlığı riske eden davranışlar (silah kullanma, güvensiz araç kullanma, sigara, alkol-madde kötüye kullanımı gibi...) sergilemektedir. Erkeklerin kadınlara göre daha fazla fiziksel güç gerektiren, ağır ve tehlikeli işlerde (madencilik, inşaat vb.) çalışıyor olmaları da cinsiyetler arasında sağlıkta farklılık nedeniyledir.

Sosyalleşme biçimleri nedeniyle soyut bilgiden daha çok somut bilgiye değer vermeleri erkeklerin tedaviye yönelik sağlık davranışına “hastalığın daha somut belirtilerini bekleme ve tedaviyi geciktirme” olarak yansıtmaktadır. Çoğu kez erkeklerde hastalık süreci, hastalık ve ölümlülüğü artıracak kadar ilerlemektedir. Kendi vücudunun seksüel fonksiyonlarından utanç duyma ve farkındalık eksikliği ise erkeklerde üreme sağlığının kaybı ve CYBH için yardım istemede gecikme ile sonuçlanabilmektedir. Akut ya da kronik hastalık durumunda erkekler kadınlara göre daha az yatmakta ve aktivitelerini daha az kısıtlamaktadır. Ayrıca erkeklerin tıbbi tedaviye uyma olasılıkları da kadınlardan düşüktür.

Sonuç: Bu durumda hemşirelerin ve aslında tüm sağlık çalışanlarının cinsiyetin sağlık algısı, davranışları üzerinde etkili olabileceğini anlaması ve hizmetlerini bu farklılıkları dikkate alarak planlaması, uygulaması ve değerlendirmesi gerekmektedir. Bu anlayış eğitimde, araştırmada ve hizmetin sunulması ve yönetilmesine entegre edilmelidir. Hem örgün hemşirelik eğitimi, hem de hizmet içi eğitimler cinsiyet eşitlikçi bir bakış açısıyla gözden geçirilmeli, ancak farklı cinsiyete sahip olmanın getirdiği fizyolojik, ekonomik, politik ve sosyal riskler gözden kaçırılmamalıdır. Tüm bunlar yapılırken toplumsal cinsiyet önyargılı olmaktan kaçınılmalı, istisnaların olabileceği göz ardı edilmemelidir.

Kaynaklar

- 1.Akın, A., Demirel, S. (2003). Toplumsal Cinsiyet Kavramı ve Sağlığa Etkileri. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (4):73-82
- 2.Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50: 1385-1401
- 3.Courtenay, W., McCreary, D., and Merighi, J. (2002). Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviors. *Journal of Health Psychology*, 7: 219-31.
- 4.Deeks, A., Lombard, C., Michelmor, J., Teede, H. (2009). The effects of gender and age on health related behaviors. *BMC Public Health*, 9: 213
- 5.Flandorfer, P. and Fliegenschnee, K. (2009). Sociological issues mens health: perceived gender roles and how they affect mens health behavior, *Journal of Mens Health*, 6(3):259-275

- 6.Pollard, T.M. and Hyatt, S.B. (1998). *Sex, Gender and Health*, First Edition, Cambridge University Press:1-16
 - 7.Sen, G., Östlin P. (2008). *Gender Inequality in Health: Why it exists and how we can change it*, *Global Public Health* 3(S1): 1-12.
 - 8.Shumaker, S.A., Ockene, J.K., Riekert, K.A. (2009). *The Handbook of Health Behavior Change*, Third Edition, Springer Publishing Company: 3-8, 39-40, 43-50
 - 9.WHO, “Gender and Health”. Technical Paper, World Health Organization Publication [http:// www.who.int](http://www.who.int). Erişim tarihi: 25.03.2012
-

İKİ OLGU SUNUMU ÜZERİNDEN CİNSEL SALDIRI SONRASI OLUŞAN GEBELİKLERE YAKLAŞIM

Uzunyayla Z*, Dokudan EY, Fincancı Korur Ş

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

Cinsel şiddet; kadına yönelik şiddetin bir türü ve erkek egemen sistemin kadın bedeni üzerindeki baskı ve denetim araçlarından biri olarak ortaya çıkmaktadır. Cinsel saldırı mağdurlarının karşılaştığı önemli sorunlardan biri cinsel saldırı sonrası oluşan gebeliklerdir. Amerika'da yapılan bir çalışmada doğurgan yaş grubunda tecavüz mağduru kadınların gebe kalma oranının %5 olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yürürlükte olan Türk Ceza Kanunu'nun 99. maddesinde belirtildiği üzere, bir suçun mağduriyeti sonucu oluşmuş gebeliğin 20. haftaya kadar sonlandırılması mümkündür. Bu çalışmada farklı sonuçlanan iki olgu eşliğinde cinsel saldırı sonrası oluşan gebeliklerin terminasyonunda yaşanan sorunlar tartışılacaktır. İlk olguda hekim 18 yaş altı bir gebelikte karşılaşmış ve yeterli anamnez almadığı için gebeliğin cinsel saldırı sonucu gerçekleştiğini öğrenememiş ve bunu adli mercilere bildirmekle yükümlü olmasına karşın bildirmeyerek hukuki, gebeliğin terminasyonu ile ilgili hastayı yanlış yönlendirerek tıbbi ve etik ihlal işlemiştir. Ayrıca bu durum gebeliğin 20. haftayı geçmesine neden olduğundan terminasyon yapılamamıştır. İkinci olguda ise doğru adli tıbbi yaklaşımla gebeliğin termine edilmesi sağlanmış fakat daha sonra sağlık çalışanları hakkında soruşturma açılmıştır. Soruşturma aleyhte sonuçlanmamış olsa dahi bu tarz yaklaşımlar hekimlerin çekinik davranmasına neden olmakta, ayrıca süreci uzatarak gebeliğin 20.haftayı da geçmesine ve termine edilememesine neden olmaktadır. Cinsel saldırı olgularının sıklığı ve saldırı sonrası oluşabilecek gebelik durumunda mağdurun hayat boyu yaşayacağı travmanın ağırlığı göz önüne alındığında; hem sağlık hem de hukuk alanında duyarlılık ve bilgi düzeyini yükseltecek çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Gottschall J, Gottschall T. Are per-incident rape-pregnancy rates higher than per-incident consensual pregnancy rates? Human Nature 2003;14(1):1-20.

Türk Ceza Kanunu, <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>, Erişim Tarihi: 30.03.2012

KADIN SAĞLIĞI UYGULAMALARINDA MAHREMİYET

Hafize Öztürk Can*, Birsen Karaca Saydam*

*E.Ü.izmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, İzmir.

“Mahremiyet” Türkçeye Arapçadan geçmiş “gizlilik” anlamına gelen bir kelimedir. Kişiye özel olan, kişinin başkalarıyla bilinmesini istemediği her şey mahremiyet kapsamına girmektedir. Mahremiyet aynı zamanda, kişinin maddi ve manevi değerler bütünlüğünü kontrol edebilmesidir. Aslında kişiselliğe saygı ifade edilmeye çalışılsa da İslami kurallar içerisinde yer alması kelimeye kültürel olarak daha büyük bir sorumluluk yüklemektedir.

Biyolojik cinsiyetin toplumsal cinsiyete dönüşmesinde dönüm noktası, toplumsal yaşamın “ortak alan” ve “mahrem alan” biçiminde ayrılması ve mahrem alanın kadın merkezli olarak tanımlanmasıdır. Bu dönüşüm sonucunda kadının yaşamı hane içi ile sınırlanmakla kalmamış, kadın sınırları tanımlanmamış olan “aile namusu”nu korumakla da yükümlü kılınmıştır. Bu nedenle de ülkemiz gibi ataerki kuralların hâkim olduğu ülkelerde mahremiyet daima kadınla ilişkilendirilir. Çünkü mahrem organlara sahip olan kadındır ve üreme sağlığı söz konusu olduğunda bu çoğunlukla kadınlar için sorun oluşturmaktadır.

Bu derlemede; kadın sağlığı uygulamaları bağlamında; öykü alma, jinekolojik muayene ve doğum uygulamalarında mahremiyetin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Mahremiyet, başkaları tarafından kişinin beden, his, düşünce ya da kendisi veya ilişkilerine ait bilgilerine erişmenin sınırlanması anlamına gelmektedir. Mahremiyet bir "varlık" bir insan olma durumudur. Birinin, başkaları tarafından yapılacak fiziki veya düşünsel müdahaleleri kontrol etme hakkı insana saygı ilkesinden temel alır. Bunun anlamı özerkliğe saygıdır. Tıpta kişiye ait ve onunla ilgili bilgileri içeren bedensel maddeler mahremiyet kapsamına girer.

Dünyada Kadın ve Üreme Sağlığı ile ilgili yapılan konferanslarda alınan kararlar incelendiğinde mahremiyet konusu ilk kez 1994 yılında Kahire'de yapılan Birleşmiş Milletler Kadın Konferansında “Üreme hakları” içerisinde yer almıştır. Üreme hakları; insanların üreme yeteneğine ve bunu ne zaman ve nasıl gerçekleştireceklerine karar verme özgürlüğüne sahip oldukları anlamına gelmektedir. Ülkemizde ise; Mahremiyete Saygı Gösterilmesi ilkesi Hasta Hakları Yönetmeliğinde yer almaktadır.

Mahremiyeti konu alan öykü alma, jinekolojik muayene ve doğum uygulamaları ile ilgili yapılan araştırmalarda ulaşılan bilgiler şu şekilde derlenmektedir:

-Kadın sağlığı ve uygulamaları için öykü alırken örneğin; cinsel danışmanlıkla ilgili konularda kadının kendisini rahat hissedebileceği bir ortamda mahremiyet ve gizliliğe önem verilerek yargılamadan gerekli sorular sorulmalıdır.

-Kadın bedeninin mahrem sayılması, erkek hekime muayene olmaktan utanılması da kadının üreme sağlığı hizmetlerini alamamasına ya da hizmeti almada gecikmesine neden olmaktadır. Bu durum kanser gibi erken tanı ile önlenebilecek pek çok hastalığın ortaya çıkmasına ve kadın sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır.

-Kadın hastalıkları ve doğum hizmetlerinde kadın hekim tercihi, muayenenin mahremiyet içermesi, soyunmanın nedeni ne olursa olsun cinsellik barındırdığına olan inanç, dini ve kültürel baskılar, erkek hekimlerin taciz edebileceğiyle ilgili kaygılar gibi birçok nedenle açıklanabilmektedir.

-Mahremiyetin dikkate alınması gereken durumlardan birisi de doğum olayıdır. Doğum eylemi sırasında kadın, vücudunun en mahrem yerlerini ilk kez gördüğü kişilere göstermekte, uygulamalar sırasında mahremiyetini gizlemeye çalıştığında ise çoğu zaman sağlık personelinin olumsuz yanıtlar alabilmektedir.

Mahremiyet Hakkı ile bilgilendirme ve danışmanlığın da içinde yer aldığı tüm cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde mahremiyet ve kişisel bilgilerin gizli kalmasının sağlanması vurgulanmaktadır. Tüm kadınların; gebeliğin güvenli sonlandırılması da dâhil olmak üzere, kadın sağlığına ilişkin yapılan tüm uygulamalarda mahremiyetin korunmasının ayrı bir önemi bulunmaktadır. Bu nedenle kadın sağlığına ilişkin tüm uygulamalarda mahremiyetin korunması bir insan hakkı olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR:

Şahiner G, Akyüz A. (2010) Toplumsal cinsiyet ve kadının üreme sağlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 9:333-342.

Aksan HAD., Ergin I., Çiçeklioğlu M., Samandağ B. (2011) Türkiye’de Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dallarında Cinsiyet Eşitsizliği, Tıp Eğitimi Dünyası, 32:1-7.

ERKEN LOHUSALIK SÜRECİNDE KADINLARIN ALGILADIKLARI EŞ DESTEĞİ ÖLÇEĞİ GELİŞTİRME ÇALIŞMASI

Nevin Hotun ŞAHİN*, **Melike DIŞSİZ****, **Hüsniye DİNÇ*****

**İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*

***Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi*

****İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu*

Giriş: Gebelik ve doğum sonrasında eşin desteği çok önemlidir. Gebelik ve doğumla ilgili çalışmalar göstermiştir ki aileleri tarafından desteklenen gebeler daha rahat bir gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem geçirmektedir (1,2)

Amaç: Bu çalışmanın amacı, erken lohusalık döneminde kadınların algıladıkları eş desteğini belirlemek üzere bir davranış ölçeği geliştirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak ve bu konuda çalışan uzmanların görüşlerine başvurularak toplam 22 itemli madde havuzu hazırlanmıştır. Daha sonra uzmanların içerik analizi indeksi (Content Validity Index-CVI) ile değerlendirmeleri sonucunda 25 maddeden oluşturulmuştur. Tekrar düzenlenen ölçek taslağı, İstanbul'da bir Tıp Fakültesi (n= 43) ve Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma hashanesi Perinataoloji servislerinde (n=177) Ocak 2011- Haziran 2011 tarihleri arasında doğum yapan erken lohusalık döneminde olan, çalışmaya katılmayı kabul eden, çalışma kriterlerine uyan 220 kadına uygulanmıştır.

Bulgular: Ölçeğin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı 0.87, Barlett Testi anlamlılık değeri 0.000 bulunmuştur. Ölçekte bulunan itemlerin madde toplam korelasyonları 0.32-0.63, faktör yükleri ise 0.54-0.80 arasında değişmektedir. Ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur. Yapılan faktör analizi sonucunda 24 maddeli toplam varyansın %62.035'ini açıklayan 7 faktörlü ölçeğe ulaşılmıştır.

Sonuç: Geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, ölçeğin yapısal özellikleri ve iç tutarlılık açısından kabul edilebilir olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, erken lohusalık, eş desteği, geçerlik ve güvenilirlik.

Kaynaklar:

Şahin, N.H.(2010). Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 4(4):186-197.

Turan J.M., Nalbant H., Bulut A., Sahip Y.(2008). Including Expectant Fathers in Antenatal Education Programmes in İstanbul,Turkey. Repreductive Health Matters, 9(18):114-125.

BİR AİLE SAĞLIĞI BÖLGESİNDEKİ KADINLARDA POSTPARTUM DEPRESYON GELİŞME RİSKİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Mine YURDAKUL, Aslı EKER, Selin PAKKUMSAL

Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı,

Giriş: Günümüzde doğum sonu depresyon yaygınlığı ve anne, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçları nedeni ile önemli bir sağlık sorunudur. Doğumdan önce ve sonra birçok kez anne ile etkileşim içinde olan ebe doğum sonu depresyonun erken tanımlanmasında önemli bir role sahiptir.

Amaç: Araştırma, doğum sonu dönemdeki kadınlarda depresyona yatkınlık durumunu ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kapsamına, Ekim- Aralık 2007 tarihleri arasında Adnan Özçelik Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, 12 ay önce doğum yapmış, gönüllü 107 kadın alındı. Araştırmada veriler, yüz yüze görüşme yoluyla uygulanan veri toplama formuyla elde edildi. Veri toplama formunun ilk bölümünde doğum sonu dönemdeki kadınların sosyo demografik, fizyolojik ve ruhsal durumlarına ilişkin bilgiler, ikinci bölümünde ise Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği yer almaktadır. Veriler, SPSS for Windows 11.5 paket programı kullanılarak yüzdeler ve Ki- kare testi ile değerlendirildi.

Bulgular ve Sonuç: Araştırma kapsamına alınan kadınların %55.1'inin 25-35 yaş grubunda, %82.2'si çekirdek ailede yaşadığı, %54.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %90.7'sinin çalışmadığı belirlendi. Kadınların doğurganlık öyküleri incelendiğinde; % 92,5'inin en az 3 yaşayan çocuğunun olduğu, %85'inin son gebeliğinin planlanmış gebelik olduğu, bebeklerin %86.9'u miadında doğduğu saptandı. Doğum sonu dönemde annelerin yaklaşık yarısının düzenli kontrollerinin yapılmadığı belirlendi. Doğumdan sonra yeterince dinlenemediğini ifade eden kadınların oranı %39.3'dür. Kadınların % 93,5'u gebeliği süresince doğum öncesi bakım aldı ve doğum öncesi bakım alan kadınların % 41,1'inin bu kontroller süresince herhangi bir konuda eğitim almadığı saptandı. Kadınların gebeliği süresince yaşadığı sağlık sorunları sorgulandığında, % 33,6'sının herhangi bir sağlık sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Gebelikten önce ruh sağlığı sorunu yaşama durumu incelendiğinde ise; %14'ünün ruhsal problem yaşadığı, en sık yaşanan ruhsal problemin (%11,2) anksiyete bozukluğu olduğu saptandı. Annelerin %30.8'inin ölçek puanının 12 ve üzerinde olduğu ve doğum sonu depresyon açısından riskli olduğu belirlendi. Gebelik öncesinde ruhsal problem yaşama ile ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup daha önce ruhsal problem yaşayanların % 66,7'sinin postpartum depresyona yatkın olduğu belirlendi.

Ayrıca lohusalıkta yeterince dinlenemeyen kadınların ve 4 ve daha fazla gebeliği olan kadınların doğum sonu depresyon gelişmesi açısından risk grubunda olduğu belirlendi. Çalışmamızda doğum sonu depresyon görülme riski; annenin eğitim durumu, yaşı, sosyal destek görme durumu, çalışma durumu, eşin eğitimi, annenin ölü doğum ve düşük öyküsünün olması, doğum öncesi bakım alması, doğum şekli, bebeğin cinsiyeti, son doğumun gerçekleştiği yer gibi değişkenlerden etkilenmediği saptandı.

KAYNAKLAR

Karaçam Z., Ancel G., Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population, *Midwifery* (2009) 25, 344–356

Nagy E., Molnar P., Pal A., Orvos H., (2011), Prevalence rates and socioeconomic characteristics of post-partum depression in Hungary, *Psychiatry Research* 185 113–120

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ'NDE UZMANLIK ÖĞRENCİSİ VE ÖĞRETİM ÜYESİ HEKİMLERİN CİNSİYETE VE UZMANLIK DALLARINA GÖRE DAĞILIMI

Merve Ece DEMİRCİ, Gülay Seher KILIÇ
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 6 Öğrencisi

GİRİŞ

Tıpta uzmanlık alanlarında cinsiyete göre farklılaşma olduğu bilinmektedir. Kısa-
ca cerrahi dallarında erkeklerin, dahiliye ve pediatri dallarında ise kadınların
yoğunlaşması şeklinde özetlenebilecek bu durum, toplumsal cinsiyet rolleri ile
yakından ilişkilidir. Bu çalışmada öğrenim görmekte olduğunuz Kocaeli Üniversi-
tesi Tıp Fakültesi (KOÜTF) bünyesinde bulunan uzmanlık öğrencisi ve öğretim
üyesi hekimlerin cerrahi, dahili ve temel tıp bilimlerindeki dağılımlarını cinsiyete
göre incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın evrenini 2012 yılında KOÜTF'de öğretim üyesi olarak görev yapan
332 uzmanlık öğrencisi ve 200 öğretim üyesi ile tıp öğrencileri oluşturmaktadır.
Araştırmaya alınan öğretim üyesi, araştırma görevlileri ve tıp fakültesi öğrencileri
cinsiyetlerine göre sınıflandırılmıştır. Sonrasında ise dahili tıp bilimleri, temel tıp
bilimleri, cerrahi tıp bilimlerinde bulunan araştırma görevlisi ve öğretim üyeleri-
nin cinsiyet dağılımları incelenmiştir.

BULGULAR

Tıp fakültesinde bölümlere göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde toplam çalışan-
lar arasında kadınların temel bilimlerde %54.2, dahili bilimlerde %50.9 ve cer-
rahi bilimlerde %29.9 olduğu görülmüştür. Öğretim üyesi ve araştırma görevlile-
ri arasında kadın ve erkeklerin yüzdesi benzerdir (sırasıyla %43.0 ve
%44.3). Buna karşın her bir bölümü kendi içinde incelediğimizde cerrahi bilim-
lerdeki öğretim üyelerinin %76.9'unun erkek olduğu, temel ve dahili bilimlerde-
kilerin ise %55.7'sinin kadın olduğu görülmektedir. Öğretim üyelerinde cinsiyet-
ler arasında gözlenen bu farklılık, uzmanlık öğrencileri açısından daha az bir ara-
ile sürmektedir. Cerrahi bilimlerdeki uzmanlık öğrencilerinin %65.1'i erkek, te-
mel ve dahili bilimlerdekilerin ise %48.7'si kadındır. Tıp öğrencileri arasındaki
cinsiyet dağılımına baktığımızdaysa ise %47.4 kadın, %52.6 erkek öğrenciler
oluşturmaktadır.

SONUÇ

Hem meslek icra etmek hem de evdeki kadına düşen 'sorumlulukları' taşımak zorunda kalan kadınlar uzmanlık alanlarının seçimi konusunda belirli alanlara yönelmek zorunda bırakılmışlardır. Ayrıca toplumsal cinsiyet rollerinin gereği olarak 'cerrah' olmanın bir kadından çok erkeğe 'yakıştığı' konusundaki algı toplumda oldukça yaygındır. Burada cerrahi bir tıp bilimi olan kadın hastalıkları ve doğum alanında %61,1'inin kadın hekim olması dikkat çekmektedir. Kadın hastalıklar ve doğum konusu, cerrahi bir alan olmasına karşın geleneksel olarak kadınların toplumsal cinsiyet rolüyle uyumludur. Bu çelişki bile toplumsal cinsiyet rollerinin ne kadar net sınırlarla çizilmiş olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak üniversitemizde kadın hekimler toplumdaki rollerinin gereği olarak cerrahi tıp bilimlerinde uzmanlaşmaktan kaçınmaktadırlar.

KAYNAKÇA

Belek İ (2006), "Sağlık Emek Gücünün Özellikleri", Nalçacı, E ve Özalp, E (Der) Eleştirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü. s:222-224

Reskin BF ve Hartman H (1986) Women's Work Men's Work:Sex Segregation on the Job, Washington DC.

ÇALIŞMA GRUPLARI SONUÇ BİLDİRGELERİ

EBELİK MESLEĞİ VE KADINI ÖZGÜRLEŞTİRİCİ ROLÜ

Ummahan YÜCEL

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Ebelik Bölümü

Uluslar arası Ebeler Konfederasyonu (ICM) ebeliği, kadın ve ebe arasındaki ortaklığa dayanan bir meslek olarak kabul eder. Ebeler kendi kültür ve sosyal ortamındaki kadınların sağlığını etkileyen konular hakkında kadınlarla konuşarak, kadınları güçlendirerek ve bakımları hakkında kararlara aktif katılım haklarını destekleyerek kadınlarla çalışmaktadır. Ebelik bakımı, kadınların sosyal, duygusal, kültürel, manevi, psikolojik, ve fiziksel deneyimlerini dikkate alarak bütüncül olarak verilmelidir. Ebeler kadınları, kendi ve ailelerinin sağlığı için sorumluluk almaları konusunda güçlendirir. Kadınlara yönelik ebelik hizmetleri bireyselleştirilmiş, sürekli ve otoriter olmayan ortaklıkta gerçekleşir. Bu hizmetler ebe ve kadın arasında güven ve karşılıklı saygıyı dayalı olarak sürdürülmelidir.

Ebelerin:

- Kadınlara kültürel gereksinimlerine göre kendisi ve bebeği için bilgi, öneri ve buna uygun bakım verme
- Bakım verirken kadınlara, mesleğine ve topluma saygılı olma
- Kadınların mahremiyetine saygı gösterme, gizliliğini koruma
- Kadınların özgüvenlerini geliştirme
- Kadınlarla etkili bir iletişim kurabilme ve iyi bir dinleyici olabilme
- Kadınları her konuda destekleme sorumlulukları ile kadını özgürleştirici rolleri vardır.

Sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünü kapsayan anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi, korunması, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımın sağlanmasında önemli sağlık insan gücünü oluşturan ebeler; bir birey olarak kadınların, bütün insanlarla eşit sağlık bakımı almaya hakkı olduğunu kabul etmektedir. Gelişimsel yaşam süreçleri gereği gebelik, doğum, emzirme gibi sağlık açısından son derece önemli deneyimler geçiren kadınların sağlığı, toplum sağlığının en önemli boyutunu oluşturmaktadır. Ebelerin temel hizmet alanlarında biri olan doğum eylemi ile ilgili olarak; ebelerin kadına ve kadınların doğum yeteneklerine saygısı, inancı ve güvenci vardır. Ebeler, kadınların doğum sürecinin

normal bir olay olduğunu anlamalarını sağlar. Böylece ilaçlara ve müdahalelere olan gereksinim azalır. Diğer ebelik hizmetleri ile kadınların doğurganlık, hastalık ve ölüm hızlarında azalma, emzirme danışmanlığı, beslenme eğitimi, adolesan gebeliklerin önlenmesi, etkili aile planlaması hizmetleri ile istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, aile büyüklüğünün sayıca küçülmesine ve çocukların hayatta kalmalarına katkıda bulunmaktadır. Ebelik hizmetlerinin bu olumlu katkıları, kadınların kendileri ve çocukları ile ilgili olarak yaşamlarında sağlık sorunlarına, iyileşme ve çocuklarına bakım için ayırdıkları zaman, bakım, fiziksel ve duygusal emek ve maliyet gibi unsurlardan koruyarak özgürleşmelerine yardımcı olmaktadır.

Ebeler ayrıca kadınların iletişim yeteneklerinin gelişmesi için onlara destek olurlar. Bu suretle kadınların özsaygılarının ve aile ilişkilerinin gelişmesine yardım ederler. Ebeler, kadınların bebeklerini emzirmeleri için onları desteklerler. Sonuçta yeni doğan hastalıkları azalır, anne-babanın güveni artar ve sağlığa ayrılan maliyet azalır. Ebelik yeteneğini kullanmak, yoksulluk zincirini kırar ve ebelik bakımının önemini ortaya çıkarır.

Toplum sağlığı ve kadınların insan haklarını gerçek anlamda kullanabilmeleri için kadınların güçlenmesi ve özgürleşmesi gerekmektedir. Cinsiyet ayrımı, tarihsel niteliğiyle tıp biliminden daha eski ve daha derindedir. Kurumsallaşmış cinsiyet ayrımı, erkek iktidarının ayakta tuttuğu bir sınıf sisteminin ürünüdür. Kadınların statülerinin yükseltilmesi, şiddetten korunmaları, nitelikli sağlık hizmetine ulaşım ve diğer özgürleşme yolunda tüm çabalarda kendileri de kadın olan ebeler, aynı zamanda bir kadın hakları savunucu olmak durumundadırlar. Bu savunucuk görevini yerine getirebilmeleri için ebelerin de güçlenmesi, bağımsız rollerini yerine getirebilmeleri için özgürleşmeleri gerekmektedir. Güçlü ebelerin kadınları güçlendirdiğine yönelik ebelik literatüründe kanıtlar bulunmaktadır. Bu karşılıklı etkileşim için ebelerin ve kadınların karşılıklı dayanışmaya ve desteğe ihtiyaçları vardır.

Cinsiyet ayrımını ortadan kaldırmak, sağlık dünyasının bir temel taşına parçalamak demektir. Kadını özgürleştirme çabalarında ebelik mesleği için bunun pratik anlamı: mesleki örgütlenme ile kadın hareketinin arasında kopmaz bir bağın oluşmasıdır. Ebelikte önemli olan, sevgi, bilgi, sabır, inanç, dürüstlük, alçak gönüllülük, umut ve cesarettir. Tüm bu özellikler ile ebeler, kadınları özgürleştirme-deki rollerini ve sorumluluklarını yerine getirme yolunda sağlam adımlar atmaktadır.

KAYNAKLAR

International Confederation of Midwives (ICM), The Philosophy and Model of Midwifery Care, <http://www.internationalmidwives.org>

International Confederation of Midwives (ICM), Partnership Between Women and Midwives, <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/Documentation/Partnership>

Öncel Selma (2002). 2001 Yılı Ebelik Teması: Bütün Kadınlar Uygun Sağlık Bakımı
Almada Eşittir, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6 (1)

Enzenreich B, English D. (1992). Cadılar, Büyücüler ve Hemşireler, Türkçesi: Ergun
Uğur, Kavram, İstanbul

CİNSEL ŞİDDETE MARUZ KALAN KİŞİLERİN ÇOK DİSİPLİNLİ DEĞERLENDİRME İLKELERİ

Lale Tırtıl (*), Şahika Yüksel ()**

(*) Adli Tıp Uzmanı, İTO Kadın Kolu, (**) Ruh Sağlığı Uzmanı, İTO Kadın Kolu

AMACI; Cinsel şiddete maruz kalmış kişilerin tıbbi ve yasal değerlendirilme ilkelerinin ve duyarlı muayene tutum ve adımlarının tanıtılmasıdır.

İÇERİĞİ; Cinsel şiddet, toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin bir türü ve temel insan haklarının büyük bir ihlalidir. Evlilik içi tecavüz ve ensest cinsel şiddetin en ağır, en yaygın yaşanan iki türüdür. Cinsel şiddete maruz kalanların değerlendirilmesi; bu konuda deneyimli çok disiplinli bir değerlendirme ve sosyal yönlendirme mekanizmalarını gerektirmektedir. Bu çalışma grubunda; katılımcıların cinsel şiddete maruz kalan kişilerle karşılaşmalarında tıbbi, yasal sürece ilişkin farkındalık oluşturulması hedeflenmiştir.

HEDEF

- Cinsel saldırının değerlendirme süreci kişiyi yeniden travmatize edebilir. Bunu yaratmamak için alınacak önlemlerin tanımlanması,
- Cinsel saldırıya maruz kalanların gereksinimlerine yönelik duyarlı ve yeniden travmatize etmeyen yaklaşım,
- Toplumsal cinsiyet rolleri, cinsel şiddetin adli tıp değerlendirme süreci; cinsel saldırı olgularında rapor yazılması, cinsel saldırı olgularında bedensel ve ruhsal boyutlarıyla klinik muayene
- Cinsel saldırının açıklamanın önündeki engeller,

Cinsel saldırı yaşamış kişi ile çalışırken yapılması gereken vazgeçilmezler: (Travma özel alanda yaşandığında, standart bir tıbbi incelemede alışık olunmayan bir biçimde özel yaşama ilişkin sorular sorulabilir. Bu soruların ne amaçla sorulduğunu uzman bilmeli ve görüşme yaptığı kişiye bunu açıklamalıdır. Adli bir değerlendirme söz konusu olduğunda, görüşmenin başında konuşulanların mahrem kalmayacağı bilgisi verilmelidir.

GÜNCEL TARTIŞMALI SORUN ALANLARI:

Belirti- Şikâyet-Deliller Travma sonrası çok yönlü değerlendirme; ölçekler, tanı, özgün değerlendirme soruları. Kişi o sırada bir rapor istemese bile, bu hakkını daha sonra kullanabilir. Değerlendirmede travmanın öyküsü daima detaylı olarak kaydedilmeli ve travmatik belirtiler, ruhsal sorunlar veya hastalık

lar arasındaki ilişkinin varlığı zamansallık ve içerik olarak açıklıkla ifade edilmelidir.

Cinsel saldırı konusunda deneyimli merkezler gerekliliği: sürecin yeniden travmatize etmesini önlemede etkin olacaktır. Bu merkezlerden beklenen; uygun muayene ortamı, cinsel saldırı/istismar deneyimli farklı uzmanlar: adli tıp, psikiyatri, çocuk psikiyatrisi, pediatri, jinekolog, çocuk cerrahisi, klinik psikoloji, sosyal hizmetler, uygun-etkin müdahale ve tedavi yöntemlerini geliştirmesi, sosyal koruma programı oluşturulmasıdır.

Cinsel saldırıların tıbbi değerlendirmesinde yaşanan sorunlar: Sağlıkçı- lar pratik süreçte sosyal, politik, dini, yasal nedenlerle etik çekirdek ilkelerden zaman zaman tavize zorlayabilir; ancak etiğin dört temel (otonomi, yarar, adalet, önce zarar vermemek) ilkesine uygun tutum ihmal edilmemelidir. Tedavi ve uzun süreli yönlendirme gerekir.

Rapor ve Çifte Yükümlülük: halen yasal zorunlukla bildirim zorunlu- luğu vardır. Oysa, hekim önce hastasına karşı yükümlüdür; Uluslararası Tıbbi Etik Kurallarına göre “Bir hekim hastalarına tam bir sadakat borçludur”. Diğer çıkarlar bu sadakati etkiliyorsa, bir değerler çatışması/ çifte yükümlülük ortaya çıkar. Bu konuda yaşanan zorluklar farklı vaka örnekleriyle tartışılacaktır.

Öneri: Tüm kadınların muayenelerinde şiddet sorulmalı

Kaynaklar:

Yüksel Ş - Travmatik Yaraların Açığa Çıkmasında ve Onarılmasında Görüşme Ortamı Klinik Gelişim İTO yayını cilt 22, sayı 4 11-17 2009

KURS: SAĞLIK BİLİMİNDE KADIN VE YÖNTEM

BİLİMİN FEMİNİST ELEŞTİRİSİ: KADIN ÇALIŞMALARINDA YÖNTEM

Doç. Dr. Serpil Çakır

İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi

Kadınların kendileri için, kendileri adına bilgi üretme, bir bilgi teorisi oluşturma amacıyla ortaya çıkan kadın çalışmaları disiplini, bilimlerin yerleşik norm ve tanımlarına, yöntem ve yaklaşımlarına çeşitli sorular yönelmiştir. Bu yazıda, feminist yöntemin önünü açan gelişmelere değinildikten sonra, feminist yöntemin ilkeleri ortaya konulmaya çalışılacaktır.

Bilim ve kadınlar

“Kadın, hakikati istemez; hakikat, kadınlar için nedir ki? En başından beri, kadın için hakikatten daha yabancı, daha itici ve düşmanca bir şey olmamıştır. Kadının en büyük sanatı yalan, en yüce kaygısı ise salt dış görünüşü ve güzelliğidir.” Yukarıdaki alıntı, her ne kadar Nietzsche’ye ait olsa da, tarih boyunca, bilim ve felsefeyle uğraşan -tamamı erkek olan- teorisyenlerin üzerinde ortaklaştıkları bir hükümdür. Üstelik bu sadece bir hüküm olmakla kalmamış, kadınların yaşam alanını sınırlayan, denetleyen, etkileri ve sonuçları her zaman hissedilen bir toplumsal yapının, ataerkil sistemin varlığında da somutlaşmıştır.

Bu yapıda, kadınlar hakikat, doğruluk, ahlak, bilgi ve estetik gibi soyut ve yüksek sayılan değerlere yabancı ve uzak, buna karşılık; daha aşağı sayılan somut ve gündelik olgulara, toprağa ve bedenselliğe daha yakın olarak görülmüşlerdir. Kadını olumsuzlayan değer yargıları yüzünden bir cins olarak kadınlar hakkında aşağıda sıralan konularda atıp tutulmuştur. Kadınların doğaları, rolleri, işlevleri, nasıl olmaları gerektiği; kadınlarda akıl yürütme yetisinin zayıf olduğu; bedenlerine ve duygularına kolayca yenik düşecekleri türünden görüşler savunuldu, savunuluyor.

Kadınlar kendi seçimleriyle olmasa bile, ölümsüz kültür ve uygarlık ürünleri yaratmaya değil, ölümlü bedenler yaratmaya özendirildiler. Bilgi ve hakikat arayışı alanından dışlandılar. Bu alana girmeleri de engellendiğinden, sonuç olarak tüm bunlar bilimin eril bir temel üzerinde kurulmasına yol açtı.

Kadınların itiraz ve eleştirileri

Kadını ikincil, ayrı ve bağımlı kılan bu değer yargıları ve yapı, önce bireysel başkaldırıları, daha sonra ise, özellikle yirminci yüzyılın başında ortaya çıkan kadın hareketi ile eleştirilmeye başlandı. Örnekleri Doğu’dan Batı’ya çeşitli ülkelerde

görülen kadın hak mücadelesi, 1970'lerde farklı bir ivme kazandı; 19.yüzyıldaki birinci dalgadan farklı olarak sadece kamusal alan değil, özel alan da, yasalar, kurumlar ve bilim de çok yönlü olarak sorgulandı. Bu arada yaşamın tüm alanlarına kadınlar girmeye ve bu alanlarda etkili olmaya başladılar. Üniversitelerden mezun kadın sayısı giderek arttığı gibi, bu alanlarda teori ürettiler, proje yürütücüsü oldular.

Kadınlar bilimi, kendilerine ait deneyimleri görünür kılmak, bilgi konusunda hak iddia etmek ve özellikle de bilimi sadece erkeklerin kendi deneyimlerini tanımladıkları bir alan olmaktan çıkarmak için harekete geçtiler. Çok yanlı olarak bilimi kadınlar açısından dönüştürme çabası, kendi adlarına bilgi üretmekten geçiyordu. Çünkü, tarafsız denilen bilim, aslında erkek ideolojisinin sarmaladığı ataerkil yapının yeniden üretim mekanizmasından başka bir şey değildi. Üstelik bilimsel teknik devrim ile bu yapı daha da rafine edilmişti. Kadın çalışmaları disiplini böyle bir ortamda, yukarıdaki ihtiyaçlar yüzünden ortaya çıktı.

Kadınlar açısından bilimin amacı

Kadın hareketinin ideolojisi, feminizm kavramıyla ifade edilir. Feminizm, iddia edilenin aksine, kadınların içinde buldukları bu durumun doğal olmadığı, biyolojik farklılıkların değişmez sonucu olarak oluşmadığı, bunun değişebileceği, değiştirilebileceğine olan inanç ve ısrarın söylem ve eylemini anlatan bir kavramdır. Toplumsallaşma süreci ve kültürün içinde kadın ve erkek olma özellikleri ya da toplumsal cinsiyet rollerinin belirlendiği, öğrenildiği ve öğretildiğine dikkat çekilir. Bu yapı, değişebilir, değiştirilmelidir diyen kadınlar, bu duruma baş kaldırılmanın söylem ve eylemini feminizm kavramıyla açıkladılar. Feminizm, kadın kurtuluş hareketinin ideolojisidir. Bir toplumsal harekettir. Düzeni algılamak, politik olarak tanımlamak, ona karşı mücadele yöntemleri geliştirmek amacıyla ortaya çıkmıştır.

Toplumsal cinsiyet ilişkileri, cinsiyet rolleri ve sorumlulukları iktidar / otorite ilişkileri yaratır. Güç ilişkileri, toplumsal cinsiyet ilişkilerindeki eşitlik veya eşitsizliklerin oluşumunu belirler. Erkeğin kadına egemen olduğu güç ilişkileri ve ev içi emeğinde temellenen maddi sömürü, kadının ikincil olmasında en önemli faktörlerden biridir. Cinsiyet rolleri ve ona dayalı işbölümünün yarattığı iktidar ve otorite ilişkileri özgün bir toplumsal pratiğe işaret eder. Kadını sadece özel alanla, anne ve eş olarak kısıtlayan bakış, onların kaynakların dağıtıldığı, kararların alındığı mekanizmalarından dışlanması anlamına da gelir.

Kadınlar sadece aile içinde değil, parlamento ya da diğer siyasal/ sosyal/ idari kurullarda karar verici pozisyonlarda olmadıkları -ya da çok az sayıda oldukları için, maddi kaynaklara ve bunlardan elde edilen faydaya erişilmesinde, aleyhte bir durumla karşılaşır. Üstelik bilim de bu ataerkil ideolojik/ kültürel aygıtlardan biri olarak önemli rol üstlenerek bu yapının devam etmesine katkı sunar. Bu yapının eleştirilmesi, bilimin kadın hareketinin sorunsallaştırdığı konular açısından gözden geçirilmesi, bir bilgi kuramı ve yöntemi geliştirilmesi yoluyla mümkün olabilecektir.

Feminist yöntemin önünü açan gelişmeler

Feminist araştırmalar için gerekli bir metodoloji yolunu açan gelişmeler, pozitivist bilim anlayışının hakim olduğu, egemen sosyal bilime yönelik eleştiri dalgasının çevresinde gelişen tartışmalardan doğmuş ve gelişmiştir.

Pozitivizme ilişkin temel eleştirilerden biri, pozitivistin özne ve nesne arasındaki ilişkileri sorunsallaştırmamasıydı. Bu bakışta, epistemoloji yalnızca bilgi içerikleriyle uğraşmalı, bilgi içeriklerini ortaya atan öznelere düşünce ve inançlarıyla ilgilenilmemeliydi.

Teori ve pratiğin yapısal olarak ayrıştırılması ve değerden arındırılmışlık ilkesi, pozitivistin bir başka özelliği idi. Bu bakışta seçkin ve içselleştirilmiş sınıfsal nitelik hakimdi. Bu özellik, eylem araştırması yandaşları ve eleştirel okul teorisyenleri tarafından gözden geçirildi. Teori ve pratik arasındaki ilişki, pozitivist işlevselci toplum teorisi ve niceliksel araştırma metodolojisi eleştirisiyle sorgulandı. Adorno, Horkheimer gibi Frankfurt Okulu teorisyenleri bu hususları eserlerine konu ettiler.

Pozitivizmdeki bilimsel bilginin, onu üreten kişilerin inanç ve tercihlerinden soyutlanmasına ilişkin eleştiri ise, rölativist görüşün temsilcisi olan Kuhn'dan geldi. *Bilimsel Devrimlerin Yapısı* adlı kitapta Kuhn, kuramdan bağımsız, her zaman için aynı özelliklere sahip bir gözlem dili olamayacağını belirtti. Çünkü, bilimsel bilgi ve ilerlemenin bir sosyal boyutu vardır. Bilimsel bilgi, onu üreten kişilerin inanç ve tercihlerinden bağımsız değildir. Hangi öznenin, hangi amaçla, hangi soruları sorduğu sonuçta ortaya çıkan bilgiyi temelden etkiler. Öznenin etkisinin en aza indirildiği nesnel bilgi yanlısamadır. Kuramdan bağımsız, her zaman için aynı özelliklere sahip bir gözlem dili olamaz.

Bilimsel bilginin monolitik yapısına temel eleştiri, toplumun çeşitli katmanlarında yükselen toplumsal hareketlerden de yapıldı. Marjinal gruplar olarak tanımlanan kadınlar, siyahlar, çalışan sınıflar ve LGBT grupları gibi, bir çoğunun kökleri 19. yüzyıla dayanan hareketler ve mücadeleler, içinde bulunduğumuz çağda daha da netleşti. En temel eleştiri, var olan bilimin, yukarıda sayılan grupların kendi gerçekliklerini açıklamadığı, sadece belli gruplara, gerçeklikleri açıklama melesinin verilmeyeceği idi. Bu konu kadınlar açısından çok daha önemliydi. Çünkü, kadınlara ait gerçeklikler ve normlar hep onların dışında, erkekler tarafından belirlenmiş ve tanımlanmıştı.

Feminist bilgi kuramı

Feminist araştırmacılar eleştirilere toplumsal cinsiyet boyutunu kattılar. Bilginin erkek doğasına dikkat çektiler. Nesnellik iddiasını vurgulayan bilimin değerlerden arınmak bir yana, objektif olmadığı, nesnellik yerine, egemen olanın -erkek-bakış açısını ve kültürünü yansıttığı; toplumda var olan güç ilişkisinin/ ataerkil düzenin araştırma sürecine de hakim olduğunu açık ettiler. Bilimleri feminist teorinin bakış açısıyla sorgulamaya çalıştılar.

Feminist bilgi teorisi, geleneksel bilgi teorisini şu başlıklar altında irdeledi: Bilimde objektifliği yeniden kavramsallaştırma; kadınların başta tarih olmak üzere tüm bilim dallarında ve yaşamda varlıklarının ve mücadelelerini görünür kılama; bilimsel süreçteki güç ilişkisini ortaya çıkarma; dile ayrı bir önem verme; akıl/duygu, evrensel/ özel, objektif/ subjektif, aktif/ pasif gibi dikotomi ve hiyerarşi üreten kavramları eleştirme.

Bilginin, toplumsal yaşamın değerleri ve normlarına sahip araştırmacılar/erkekler tarafından üretilmesi, bir başka sorunu da beraberinde getirecek, bilgi toplama sürecini etkileyecekti. Çünkü araştırmayı başlatan sorunun kim tarafından, hangi araçlar kullanılarak araştırıldığı sonuçta ortaya çıkacak bilgiyi de etkileyecek ve belirleyecekti.

Feminist araştırmanın temel ilkeleri

Kadın çalışmaları, önceliklerini kadın hareketinden alan, kadınları baskı altına alan pratiklerin açığa çıkarılmasına önem veren yeni bir disiplin olarak ortaya çıktığında amacı çok açıktı. Kadınlar ortak çıkarlar etrafında bir araya gelen bir topluluklardı. Amaç, özel alandan, aileden başlayarak, her alan ve kurumda, kadınların kişisel ve toplumsal baskı deneyimlerinin ortaya çıkarılması, kadınlara yönelik ayrımcılığı önleyici/ ortadan kaldıracı çalışmaların yapılmasıdır. Bu yolda tüm yöntemsel araçlar, sonuçları, açıklama biçimleri, kadınların deneyim ve açıklamalarıyla birleştirilmeli, geleneksel yöntemler de yeni problemlere uygulanmalıdır.

Feminist bir toplum teorisi, “eylemlere mücadeleye, katılmak bunların bilgisini ve teorisini amaca yönlendirmekle mümkün olabilir” diyen Maria Mies, feminist araştırma için şu ilkeleri öne sürer: “Değerlerden arınmış, araştırılana karşı tarafsızlık ve kayıtsızlık ya da araştırma nesnesine karşı mesafe” temelinde şekillenen objektivite ilkesinin yerine, araştırma nesnelere ile kısmen taraf tutan kısmen de özdeşleşen bir bilinçli tarafsızlığın benimsenmesi. Yukarıdan bakış yerine aşağıdan bakış. Seyirci bilgisi yerine, kadınların kurtuluşu için eylemlere, hareketlere, mücadelelere aktif katılım. Feminist araştırma taraflıdır, araştırmacı kadının kendisi de bir kadın olduğu için, araştırma süreci, ortak kadınlık deneyimi üzerinden birlikte yaşanır. Mies’de teori, belli bir yerdeki, kadın gerçekliklerinin eylem bilgisidir. Gerçeklik, kadınları baskı altına alan maddi zemin üzerinde şekillenir. Bunun bilgisi ataerkinin genel bilgisinin yanı sıra, o ülkedeki aldığı biçiminin de bilgisidir.

Kadın çalışmaları, toplumun yeniden inşası için feminist bir savunma aracıdır. Feminist araştırma, disiplinler arasıdır, interaktif, toplumsal değişimi hedefler. Araştırmalar kadınların çeşitliliğini yansıtmalıdır. Kadın kurtuluş hareketinin politik hedefleriyle uyumlu teori ve yöntemsel yaklaşımdır.

Kadın çalışmalarında amaç salt bilgiye ulaşmak değil, bu bilgi yoluyla kadınların özgürleşmesini sağlamaktır. Feminist bilgi feminist eyleme dönüştüğü, kadınları özgürleştirdiği ve kadınların yaşamlarını değiştirdiği ölçüde görevini yerine getirmiş olur.

Niteliksel yöntemler, niceliksel yöntemlerin aksine, araştırmacı ile araştırılan arasındaki hiyerarşik ilişkiyi azaltabilir. Araştırma süreci, hem araştıran hem de araştırılan açısından karşılıklı olarak bilinçlenmeye katkı sağlayabilir. Sözlü tarih, derinlemesine görüşme, eylem araştırması gibi, niteliksel yöntemler kadınların deneyimlerini kendi ifadeleriyle aktarma olanağını sunabilir.

Sonuç olarak kadın çalışmaları disiplini ve yönteminde amaç, sosyal gerçekliği ve bunun içinde kadın gerçekliğini anlamak, kadınların ezilmesini, sömürsünü ortadan kaldırmak, kadınların özgürleşmelerini sağlamak, nihai olarak da tüm bunlar için toplumu dönüştürmek olarak özetlenebilir.

Kaynaklar

-Çakır, Serpil ve Necla Akgökçe (der.), **Kadın Araştırmalarında Yöntem**, Sel Yayınları, İstanbul, 1996.

-Çakır, Serpil, "Kadın Çalışmaları Bilimde Neleri, Nasıl Sorguluyor", der.Kuvvet Lordoğlu, **İnsan, Toplum, Bilim**, Kavram Yayınları, İstanbul, 1996.

-Çakır, S., "Feminist Tarih Yazımı: Tarihin Kadınlar İçin, Kadınlar Tarafından Yeniden İnşası" der. Serpil Sancar, 21. **Yüzyıla Girerken Türkiye'de Feminist Çalışmalar**, Prof. Dr. Nermin Abadan Unat'a Armağan, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2011.

-Çakır, S., "Sözlü Tarih Projelerinde Yöntemsel ve Etik Sorunlar ve Bu Sorunları Çözme Yolları, **Kuşaklar, Deneyimler, Tanıklıklar: Türkiye'de Sözlü Tarih Çalışmaları**, der. Aynur İlyasoğlu, Gülay Kayacan, Tarih Vakfı Yayınları, İstanbul, 2007.

-Çakır, S., "Feminizm: Ataerkil İktidarın Eleştirisi", **Modern Siyasal İdeolojiler**, der.Birsen Örs, Bilgi Üniversitesi yayınları, İstanbul, 2007.

-Harding, Sandra, "Feminist Yöntem Diye Bir Şey Var mı?" çev.Zelal Ayman, Serpil Çakır ve Necla Akgökçe, **Kadın Araştırmalarında Yöntem**, Sel Yayıncılık, İstanbul, 1996, s.4-47.

-Mies, Maria, "Feminist Araştırmalar İçin Bir Metodolojiye Doğru", çev. Ayşe Durakbaşa, Aynur İlyasoğlu, (der) Serpil Çakır, Necla Akgökçe, **Kadın Araştırmalarında Yöntem**, Sel Yayınları, İstanbul, 1996.

-Sözlü tarihte feminist yöntem için bkz: Susan Geiger What's So Feminist About Women's Oral History? Journal of Women's History, 1990, 2(1):169-82. Türkiye'de kadın sözlü tarih yöntemi üzerine bkz: Aynur İlyasoğlu, "Türkiye'de Kadın Tarihinin Araştırılmasında Yöntem Sorunları ve Sözlü Tarih Yöntemi", İnsan Toplum ve Bilim, Der. Kuvvet Lordoğlu, Kavram Yayınları, İstanbul, 1996. Serpil Çakır-Necla Akgökçe, "Tell me About You! Thoughts on the ethics of the relationship between the interviewer and the interviewee while practicing women's oral history", Crossroads of History: Experience, Memory, Orality, 19th International Oral History Conference, İstanbul, June 15-19, 2000, Boğaziçi University Printhouse, İstanbul, 2000, Volume.I, 387-391.