



# Kadın Sağlık Kurultayı



- KADIN SAĞLIK EMEĞİNİN TARİHSEL DÖNÜŞÜMÜ
- KADIN SAĞLIK POLİTİKALARI
- KADIN İŞÇİ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ

SAĞLIK VE SOSYAL HİZMET EMEKÇİLERİ SENDİKASI

SES  
Yayımları

Eylül 2020  
Ankara





Kadın  
Sağlık  
Kurultayı

7-8 ARALIK '19



**Yayına Hazırlayan**

Selma ATABEY



**Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Genel Merkezi Adına**  
**Sahibi : Gönül ERDEN Sorumlu Yazı İşleri Müdürü : Selma ATABEY**  
**Necatibey Caddesi No:82/4 Kızılay Ankara T: (0312) 232 61 22 F: (0312) 230 21 93**

**ISBN 978-605-68848-7-0**

**Baskı Öncesi Hazırlık: OnAdaTanıtım (0312) 80 302 80**  
**Basım Yeri: Atalay Matbaa Ltd. Şti. Basım Adeti: 2.000 Basım Tarihi: Eylül 2020**

**SES**  
Yayınları

Eylül 2020  
Ankara





## ÖNSÖZ

23 yıldır sağlık ve sosyal hizmet emekçilerinin emek, barış, demokrasi ve özgürlükler mücadelesi ile dayanışmayı ve birlikteliği örgütleyerek önemli bir yol kat ettik. Ekonomik, özlük, sosyal haklarımıza ve çalışma koşullarına yönelik politikalar üretip ayrıca başka bir sağlık sisteminin de mümkün olacağı üzerinden yıllarca tartışmalar yürüttük. Sağlık örgütleriyle birlikte geliştirdiğimiz sağlık muhalefeti ve mevcut sağlık sistemine dair doğru temeller üzerinden oluşturduğumuz mücadele perspektifiyle büyük bir kararlılıkla yol alıyoruz.

Sağlık ve sosyal hizmet emekçisi kadınlar olarak da sağılıktaki kadın emeği ile sendikal mücadelenin öznesi olduk, kadının eşitlik ve özgürlük mücadelesi kapsamında sendika mekanizmalarında da mücadelemize devam ederek önce sendikamızda kadın kotası uygulanmasının yolunu açtık, 2011 yılında kadın sekreterliğini oluşturduk ve 2014 yılında da eşit temsiliyet kazanımımızla kadın sendika ilişkisini güçlü bağlarla örmeye devam ediyoruz.

Bu kapsamda şubeler\temsilsicilik ve merkezi düzeyde kadın meclislerini kurmaya çalıştık, sendika üyesi emekçi kadınlar olarak söz ve karar sahibi olmaya gayret gösterdik. Sağlık ve sosyal hizmet emekçisi kadınlar olarak toplumsal ve kamusal alanda , kapitalist ataerki bu düzene karşı emeğimizi, kimliğimizi ve bedenimizi korumaya dönük öz savunmamızı oluşturuyoruz. Bunun için de özgün toplantılarımızı, eylem etkinliklerimizi, işyerinden başlayarak ürettiğimiz politikalarla sözümüzü kolektif bir ruhla ortaklaştırarak her türlü eşitsizliğe adaletsizliğe ve sistemin kadın üzerindeki tahakkümüne itirazımızı ve mücadelemizi yürütmede de ciddi bir çaba içindeyiz.

Sağlık ve sosyal hizmet alanında çalışan kadın emekçiler olarak evde, toplumda ve kamu alanında yaşanan tüm eşitsizliklere ve cinsiyetçiliğe karşı kadın gündemlerimizi oluş-



turarak bu gündemler üzerinden tartışmalar yürüterek hem bilinç yükseltme hem de bir mücadele hattı oluşturmaya çalışmaktayız.

Kadının kapitalist ataerki sistemin içerisinde maruz kaldığı ekonomik, sosyal, siyasal ve cinsiyetçi yaklaşımların kadın sağlığını nasıl etkilediğini ve bu etkilenme biçimini tarihsel köklerinden günümüze kadar arayarak bir politik zemin ve perspektif oluşturmak için de 2. merkez kadın meclisimizde kadın sağlık kurultayı kararı aldık.

Kadın Sağlık kurultayımızı 6 aylık bir hazırlık aşamasından sonra 8\9 Aralık 2019 da gerçekleştirdik. Kurultayımızı iktidarın kadın düşmanı politikalarının hız kesmediği , dinci-gerici her türlü uygulamalarının ve kadının toplumsal varlığını hedef alan yasal düzenlemelerin ve söylemlerinin dozunu da ha da artırdığı ve bu politikalarından kaynaklı kadına yönelik her türlü şiddetin zirve yaptığı, kadın kırımının yaşandığı bir dönemde gerçekleştirdik.

Sağlık ve sosyal hizmet emekçisi kadınlar olarak sağlık hizmeti sunarken sağlık politikalarına emek ekseninden eleştirisel baktığımız gibi sağlık hizmeti alan noktada da başta koruyucu sağlık hizmetinin sağlıkta dönüşüm programıyla neredeyse tamamen ortadan kaldırılmasına yönelik eleştirilerimizi de yapmaya devam ediyoruz.

Sağlıkta dönüşüm programı ile koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsam dışında bırakılması başta toplumun ve özelde de biz kadınların daha sağlıksız koşullarda yaşamamıza neden oldu. Sağlık alanında kapitalist anlayışın büyük bir rant kapısı olarak gördüğü sağlık hizmetlerini, kamuda neoliberal politikalarla hem sömürülen emeğimizi hem de toplum bağlamda bize dayatılan sağlıksız yaşamları tartışacağız. Bunun yanı sıra iktidarın sağlık politikalarının bir sonucu olarak çarpıtılmış sağlık bilgisi ve kışkırtılmış sağlık talebinin oluşmasına da olanak sağlayan politikaları tartışıp teşhir edeceğiz.

Kurultayımızın hedeflerinden biri de kadın sağlığını yaşamın bütününde görmek , değerlendirmek ve bu bağı kurarken sağlık tanımının bizim açımızdan kapsayıcılığını tartışmak olacaktır.



Kadının doğal yaşam içerisinde doğurganlığı ile ebeliği, doğa ile kurduğu bağla şifacılığı ile başlayan sağlık bilgisinin kadının elinden nasıl alındığı ve ekolojik sistemden kapitalist sisteme evrilen süreçte kadının kendine, emeğine ve sağlığına nasıl yabancılaştığı biliyoruz. Kaybettiklerimizi kaybettiğimiz yerde aramaya başlamamız gerektiğini de biliyoruz. Bunun için kadın sağlığını etkileyen tüm sosyal, siyasal, ekolojik vs. belirleyicileri ve faktörleri tarihsel ve bütüncül bir anlayış içerisinde tartışmak, mücadele argümanlarını oluşturmak ve kadın mücadelesine sendikal zemin üzerinden de güç katmak kadın sağlık kurultayının hedefleri arasındadır.

Ataerkil sistem ve onun devamı olan kapitalist erkek iktidarının hırs ve güç savaşlarının sebep olduğu; savaş, göç, ekonomik kriz, kent yaşamı, doğa talanı ve ekolojik yıkımın kadının yaşamını ve sağlığını nasıl sekteye vurduğunu biliyoruz. İktidar, muhafazakar ve dini referanslarla kadınları çalışma ve toplumsal-kamusal alanlardan dışlayan ideolojisi ile sadece bir birey olarak değil, toplumsal varlık olan biz kadınları sömürmeye, kimliksizleştirmeye, ayrıştırmaya, ötekileştirmeye devam ederek bizlere aynı zamanda toplumsallıktan uzak son derece sağlıksız bir yaşamı reva görüyor.

Biz sağlık ve sosyal hizmet emekçisi kadınlar olarak sağlığımızı etkileyen bu süreçleri tekrar irdelemeye, sistemin sürekli olarak ürettiği sağlıksızlık mekanizmalarına karşı kadının doğası gereği doğayla olan etkileşimini göz ardı etmeden sağlıklı bir toplum ve yaşam için geçmişte ki birikimlerimizi de rehber edinerek birlikte çözüm yollarını aramaya ve hep birlikte yol ve güç birliği yaparak üstesinden geleceğimizi biliyoruz ve buna inanıyoruz.

Bu umut ve heyecanla Kadın Sağlık Kurultayımızda emeği geçen başta zamanını ve bilgisini bizden esirgemeyen akademisyenlerimize, hazırlık komisyonumuza, poster ve tebliğ hazırlayan ve planlamasını sağlayan tüm kadın sekreterlerimize, kadın meclislerimize, aktivistlerimize ve bu kurultaya katımcı olarak katılan ve fikirlerini bizimle paylaşan üyelerimize, kurultayımıza gelmek isteyip gelemeyen bütün



arkadaşlarımıza sonsuz teşekkürlerimi sunmak istiyorum. Bu kitap kolektif bir çalışmanın ürünü olarak açığa ıkmiş ve bundan sonra ki kadın emeği ve kadın sağlığı tartişmalarına işik olacağı inancıyla hazırlanmiştır.

Birlik ve dayanışma ruhu ile mücadele etmeye, örgütlenmeye, örgüt içindeki varlığımızı çoğaltmaya, güçlendirmeye her zamankinden daha çok ihtiyacımız olduğu bilinci ve inancıyla herkese.

Serkeftin..

**SELMA ATABEY**  
**SES MERKEZ KADIN SEKRETERİ**



## İÇİNDEKİLER

Kadın Sağlık Kurultay Hazırlık Komisyonu .....	9
Kurultaya Nasıl Hazırlandık .....	10
Kurultay Programı .....	12
Açılış Konuşmaları .....	13
GÖNÜL ERDEN - SES Eş Genel Başkanı .....	14
SELMA ATABEY - SES Merkez Kadın Sekreteri .....	22
GÜLİSTAN ATASOY TEKDEMİR - KESK Kadın Sekreteri .....	30
<b>Kurultay Panelleri ve Forum</b>	
Panel: 1 .....	33
Doç.Dr. Melda Yaman TARİHTE KADIN ŞİFACILIĞININ DÖNÜŞÜMÜ .....	35
Doç.Dr. Özlem Özkan KADIN SAĞLIK EMEK GÜCÜNDE KAFA KARIŞTIRICILAR ....	43
Canlı Tartışmalar .....	56
Panel: 2 .....	59
Doç.Dr. Feryal Saygılıgil KADIN BEDENİNİN DENETİMİ VE BEDENİNE YABANCILAŞMA .....	61
Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış KADIN GÖÇMEN,MÜLTECİ VE TARIM İŞÇİLERİNİN SAĞLIĞA ERİŞİMİ .....	73
Dr. Selma Güngör KADIN SAĞLIĞI VE MUHAFAZAKARLIK .....	85
Canlı Tartışmalar .....	103



Panel: 3 .....	107
DİSK\Genel İş\Sendika Uzm. Pınar Abdal KADIN İŞÇİ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNE BAKIŞ .....	109
Dr. Deniz NALBANTOĞLU KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞINA BAKMAK .....	119
Canlı Tartışmalar .....	127
Forum .....	133
Kadın Sağlık Kurultayı'nda Öne Çıkan Talep ve Öneriler .....	140
<b>Şube Ve Temsilciliklerimizden Gelen Posterler ve Tebliğler .....</b>	<b>143</b>
1- Nazan Karacabey - Ankara SES Kadın Sekreteri Muhafazakar Politikaların Kurumlarımıza ve Hastalara Yansımaları .....	145
2- Zehra Ayata - Alanya Temsilcilik Eş Başkanı Mültecilerin 2118 TNSA Verilerine Göre Sağlık Durumları .....	149
2018 TNSA Verilerinin Söyle(me)dikleri ve Kadın Sağlığı .....	155
3- Hale Dalkıran - Aydın SES Şube Jeotermal Yetti Gariiii! .....	161
4- Diyarbakır SES Şube Kadın Meclisi İktidar ve Beden Politikaları .....	167
Savaş ve Çatışmalarda Şiddetin Kurbanları Kadınlar .....	171
5- Yasemin Yıldırım - Hatay SES Şube Türkiye'de Cinsiyet Kimliği ya da Cinsel Yönelim Temelli Ayrımcılık ve Sağlığa Yansımaları .....	177
6- Yasemin Bakır - SES Aksaray Şube Elif İşcan Kocamış - SES Anadolu Şube Neden Kadın Sağlık Hareketi? .....	189
7- Elif İşcan Kocamış - SES Anadolu Şube Meltem Günbağ - SES Samsun Şube Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Ruh Sağlığı .....	195





8- SES Anadolu Şube Kadın Meclisi Kent ve Kadın .....	199
9- SES Şişli Şube Kadın Meclisi Emek Hareketinde Toplumsal Cinsiyet Algısı .....	201
10- Aynur Ayhan - SES Aksaray Şube Biyopsikososyal Bir Olgu Olarak İnfertilite .....	207
11- Semra Ustabaş - İzmir SES Şube Kadın Sekreteri Nursel Yücesoy - İzmir SES Şube Muhafazakar Politikalardan Kaynaklı Türkiye'de Kürtaj ve Erişimi .....	213
12- Perişan Akan - SES Tekirdağ Temsilcilik İnsan Yaparken Dişinden Olmak .....	219
13- Urfa SES Şube Kadın Meclisi Lavinia Dock & Yerleşke Hareketi .....	223
Mevsimlik Tarım İşçisi Kadınlara Can Alıcı Bir Bakış .....	229
14- Van SES Şube Kadın Meclisi Kadın Sağlık Hareketleri .....	239
15- Şırnak SES Şube Kadın Meclisi Bölgedeki Sokağa Çıkma Yasağı ve Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri .....	245
16- Zonguldak SES Şube Kadın Sekreteri Erkeklik ve Kadın Sağlığı .....	255
<b>Ekler</b> .....	<b>269</b>
Kurultay Katılımcıları ve Konuklar .....	271
Kurultay Posterleri .....	274
Kurultay Fotoğrafları .....	280



# KADIN SAĞLIK KURULTAYI HAZIRLIK KOMİSYONU

---

1-NAZAN KARACABEY

2-ÖZGE GÖNCÜ

3-NİLGÜN KUTAY

4-HAMİDE İPEK

5-ROZERİN ÇATAK

6-AYLİN AKÇAY

7-GÖNÜL ERDEN

8-PINAR İÇEL

9-SELMA ATABEY



## KADIN SAĞLIK KURULTAYINA NASIL HAZIRLANDIK

28 Ekim 2018 tarihinde gerçekleştirdiğimiz 9. Dönem 2. Merkezi Kadın Meclisi toplantımızda kadın sağlık kurultayı yapma kararı alınmıştır. Kurultayımızın ön hazırlığı için 2. merkez kadın meclisi toplantısında 5 şubemizden isimler belirlenmiş ve ayrıca şube temsilciliklere de ağustos 2019 da genel bir çağrı yapılarak kurultay için hazırlık komisyonu oluşturulmuştur.

Hazırlık komisyonu 3 kadın myk ve 5 şubeden kadın arkadaşların katılımıyla 7 Eylül 2019 tarihinde ilk toplantısını gerçekleştirmiştir. Toplantıda Hazırlık komisyonu sendikamızın ilk defa gerçekleştireceği ve geniş yelpazesi olan kadın sağlığının çok boyutlu tartışılması ve etkin olarak kadın üye ve yöneticilerin katılımını sağlamayı hedeflemiştir. Bu etkin katılım için hazırlık komisyonu kadın sağlık kurultayını 2 aşamalı planlamıştır.

Birinci aşaması için kadın sağlık kurultayına giderken şube ve temsilcilikteki kadın meclislerinin, aktivistlerin kendi illerinde ön plana çıkan ve kadın sağlığını etkileyen ekonomik, siyasal, sosyal, kültürel ve ekolojik yıkımın tespitini yaparak tartışmaların yürütülmesi, derinleştirilmesi ve bu tartışmaları tebliğ olarak hazırlanması ve kadın sağlık kurultayında poster olarak sunumunun yapılması ve kurultay kitabında bu tebliğlerin paylaşılması planlanmıştır.

İkinci aşamada Hazırlık komisyonu kadın sağlık kurultayını 2 gün olarak planlanmış ve bu planlama içinde kadın sağlık emeğinin tarihsel dönüşümü. neoliberal politikalarla sağlıktaki dönüşüm ve kadın sağlığına etkileri, kadın bedeninin denetimi ve bedenine yabancılaşma, kadın göçmen, mülteci ve tarım işçilerinin sağlığa erişimi, kadın sağlığı ve muhafazakarlık, kadın işçi sağlığı ve güvenliğine bakış, kadın sağlık çalışanlarının sağlığı belirlediği başlıklar olmuştur. Bu başlıkların sunumu için akademisyen arkadaşların isimleri belirlenmiş ve sunumlardan sonra tüm kadın katılımcılarla forum yapılması planlanmıştır.

Kadın sağlık kurultayı hazırlık komisyonu 7 eylülde yaptığı toplantıda kurultay konu başlıkları, tarihi ve izlenecek yol ve yöntemlere dair planlamalarını netleştirmiş ve koordineli çalışma için de bir watsap grubu kurarak iletişimi ve tartışmalarını kurultaya kadar buradan yürütülmesini uygun görmüştür.



Birinci aşama için kadın sağlık kurultayı tarihinden 2 ay önce şube temsilciliklerin hazırlayacağı tebliğ ve poster konu başlıklarının belirlenmesi istenmiş ve bu doğrultuda hazırlık komisyonunda önerilerinin olduğu poster başlıkları paylaşılmıştır.

Şube ve temsilciliklerimiz kadın sekreterliklerimizin öncülüğünde kadın meclislerimizin ve aktivistlerimizin hummalı bir çalışmaya girdikleri ve kolektif bir akılla poster ve tebliğleri oluşturdukları ve hazırlık komisyonunun da bu çalışmaları telefonla iletişime geçip takip etmişlerdir.

İkinci aşama içinde kadın akademisyenlerle yüz yüze yada telefonla iletişime geçilmiş kadın sağlık kurultayında ki amaç ve hedeflerimiz anlatılarak katkı sunmaları istenmiştir. Akademisyen arkadaşlar bizi kırmayıp kurultayımıza katılmış hem sunumlarıyla hem de tartışmalara katılarak bize güç vermişlerdir.

Kadın sağlık kurultayı için tüm sağlık ve sosyal hizmet kadın emekçilerine duyuru yapmak için afiş basılmış, sosyal medyada gündemleştirilmeye çalışılmış ve kadın sağlık kurultayının katılımcıları içinde çanta hazırlığı yapılmıştır.

Kadın sağlık kurultayımıza KESK ve işkollarındaki kadın myk ve üyelerine, siyasi partilere, meclisteki chp ve hdp kadın millet vekillerine, sağlık öğrencilerine ve tüm dost kurumlara davetiye gönderilmiş ve katılım için çağrıda bulunulmuştur.

Kadın sağlık kurultayımıza temsilciliklerden 2, şubelerden 3 kadın arkadaşın katılımı planlanmış ve mutlaka katılım sağlayacak kadın arkadaşlar dan en az birinin yürütmeden olması belirtilmiştir.

01.12.2019 tarihine kadar şube ve temsilciliğimizde hazırlanan posterlerin basımı içinde genel merkezimize gönderilmesi istenmiştir.

Kurultay hazırlık komisyonundan 3 arkadaş kurultayın roportörlüğünü yapmış ve paneller de kolaylaştırıcı olmaları için de 4 kadın myk görev almıştır.

Kadın sağlık kurultayında emeği geçen herkese kucak dolusu sevgiler

## KADIN SAĞLIK KURULTAYI HAZIRLIK KOMİSYONU

# KADIN SAĞLIK KURULTAYI PROGRAMI

07-08 Aralık 2019 /Ankara

1.Gün

10:00-10:30	Açılış Konuşmaları Gönül ERDEN - SES Eş Genel Başkanı Selma ATABEY - SES Merkez Kadın Sekreteri Gülstan ATASOY TEKDEMİR - KESK Kadın Sekreteri
10:30-13:00	Panel: 1 (Kolaylaştırıcı: Pınar İÇEL) Doç. Dr. Melda YAMAN KADIN SAĞLIK EMEĞİNİN TARİHSEL DÖNÜŞÜMÜ Doç. Dr. Özlem ÖZKAN NEOLİBERAL POLİTİKALARLA SAĞLIKTAKİ DÖNÜŞÜM VE KADIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ Canlı Tartışmalar
13:00-14:00	Öğle Yemeği
14:00-18:00	Panel: 2 (Kolaylaştırıcı: Selma ATABEY) Doç. Dr. Feryal SAYGILIGİL KADIN BEDENİNİN DENETİMİ VE BEDENİNE YA- BANCILAŞMA Prof. Dr. Şevkat ÖZVARIŞ KADIN GÖÇMEN, MÜLTECİ VE TARIM İŞÇİLERİNİN SAĞLIĞA ERİŞİMİ Dr. Selma GÜNGÖR KADIN SAĞLIĞI VE MUHAFAZAKARLIK Canlı Tartışmalar
18:00-19:00	Akşam Yemeği

2. Gün

10:00-12:30	Panel: 3 (Kolaylaştırıcı: Aylin AKÇAY) DİSK/GENEL-İŞ Sendika Uzmanı Pınar ABDAL KADIN İŞÇİ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNE BAKIŞ Dr. Deniz NALBANTOĞLU KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞINA BAKMAK
12:30-13:30	Öğle yemeği
13:30-15:30	FORUM (Kolaylaştırıcı: Gönül ERDEN)



# AÇILIŞ KONUŞMALARI

---

**Gönül ERDEN**

SES Eş Genel Başkanı

**Selma ATABEY**

SES Merkez Kadın Sekreteri

**Gülistan ATASOY TEKDEMİR**

KESK Kadın Sekreteri





Hepinizi sevgiyle, saygıyla selamlıyorum. Birinci Kadın Sağlık Kurultayımıza hepiniz hoş geldiniz. İyi ki geldiniz, iyi ki buradasınız.

Sözlerime bugünün inşacıları olanları, bugün bu salonlarda hep birlikte bu toplantıları yapmamızın mücadelesinin yürütücüleri olan sevgili Sevil Erol, Sevgi Gökçe, Dilek Adsan ve sendikamızın onur üyesi sevgili Ayşenur Şimşek şahsında, emek, demokrasi, barış ve kadın özgürlüğü mücadelesinde yitirdiğimiz bütün kadın yoldaşlarımı saygıyla, sevgiyle, özlemlerle ve minnetle anarak başlamak istiyorum. Evet, bugün biz bu bayrağı onlardan devraldık, bu salonlarda bugün bu toplantıları yapmamız aslında onların başlatmış olduğu mücadelenin yansıması. Bu mücadeleyi sonuna kadar sürdüreceğimizin kararlılığını bir kez daha ifade etmek isterim.

SES olarak Kadın Sağlık Kurultayımızın birincisini gerçekleştiriyoruz ve elbette bunun devamı da olacak. Her bir devamlılık da mücadeleye güç katacak, mücadelemizi büyütecek.

Sevgili arkadaşlar,

Sağlık, tarih boyunca toplumların varlığını sürdürmek için daima ürettiği alanlardan biridir. İnsanın ilk ortaya çıkışından bu güne biriktirdiklerinin başında yer alır. Neolitik dönemden günümüze kadar her toplumda yeri vardır, her bireyi ilgilendirir, herkesin ihtiyacı ve katkısı olmuştur. Ancak çarpıtılmış sağlık anlayışı toplumun sağlığa dair tüm birikimini yok saymıştır. İktidarın bu alandaki bütün bilgiye sahip olması, toplumu bu alanda yönlendirmesini kolaylaştırmış ve toplumu iktidara bağımlı kılmıştır. Toplumsal birikimin dışlanması sadece sağlık alanına has bir yaklaşım olmamakla birlikte sağlık konusunda toplumun kendi kendine yetmesini engeller. Bu yok sayma, bu toplumsal birikimi gasp etme, aynı zamanda bu sürecin, bu biriktirmenin öznesi olan kadını da, kadının varlığını da, kadının mücadelesini de yok sayma anlamına geliyor. Çünkü her birimiz biliyoruz ki ilk çıkıştan bugüne kadın, sağlığın temel belirleyicisi olmuş, her zaman da içinde yer almıştır. Maalesef bugün ne bizimle, ne de emeğimizle bu sürecin içerisinde kabul edilmiyoruz.



Sevgili yoldaşlarım,

Sağlıkta 'reform' adı altında yaklaşık olarak son 40 yıldır kapitalist ülkelerde hayata geçirilen özelleştirme politikaları, ülkemizde de Kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarına göre önce Sağlık Reformu, AKP hükümetiyle beraber Sağlıkta Dönüşüm Programıyla hayata geçirilmeye devam ediyor. Bu politikalarla birlikte Özellikle kamu sağlık kurumlarında sağlık emekçileri ilk kez doğrudan emek sömürü mekanizmalarıyla karşı karşıya kaldı. Yani, en az sağlık emekçisiyle, kesintisiz, en fazla iş üretilmesi hedeflendi. Sözleşmeli, yarı zamanlı, geçici, vardiyalı, gönüllü, çağrılı ve hafta sonu çalışmayla ek çalışma süreleri oluşturuldu. Hem çalışma süreleri uzatıldı hem de aşırı yoğun çalışma arttı. Çalışma saatleri ve izinler belirsizleşti. Performansa dayalı ücretlendirme gibi esnek ücretlendirme yerleştirildi. Taşeronlaşma normalleştirildi. İş tanımları esnekleştirildi. Emek gücü maliyetini düşürmek için hekim, hemşire ve ebe yardımcısı gibi ara emek gücü formları oluşturuldu. Bu yardımcıların büyük çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Sağlık kurumlarının rekabet edebilirliğini arttırmak, müşteri odaklı çalışabilmek ve sağlık emekçilerini denetleyebilmek, kontrol edebilmek için yeni yönetim biçimi toplam kalite yönetimi uygulamaları başladı. Toplam kalite yönetimi işlerini bugün en fazla hemşireler yapmaktadır.

Diğer pek çok alanda olduğu gibi toplumsal cinsiyete dayalı bu işbölümü sağlık hizmetlerinde de kendini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde karar verici süreçlerde daha çok erkeklerin olduğu, kadınların da daha çok bakım hizmetlerinde olduğu görülmektedir. Bu durum hekimlikte cerrahide erkeklerin, dahili alanlarda ve bakım işlerinde kadınların yoğun iş bölümü ile sonuçlanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2018 Faaliyet Raporu verilerine göre sağlık alanında 628 bin sağlık emekçisi çalışmaktadır ve çalışanların %56'sı kadındır.

Türkiye'de özellikle AKP iktidarı döneminde hayata geçirilen politika ve uygulamalarla güvencesiz çalışma alabildiğince yaygınlaştı. Elbette bu güvencesizlik uygulamaları en



çok kadınları etkilemiştir. Sistem tarafından, tüm iş kollarında esnek çalışma biçimleri, sosyal yaşama, çocuklarına ve evliliğine daha fazla zaman ayırabilecekleri iddiasıyla kadınların zihninde normalleştirilmeye çalışıldı. Oysaki biz biliyoruz ki kadınların böylesi çalışma biçimleri içinde olması, daha fazla güvencesizlik, daha fazla işsizlik ve daha fazla sömürü demektir.

Sevgili arkadaşlar,

Kadının toplumsal alandan dışlanması ile sağlıktan dışlanması bir paralellik içinde olmuştur. Elbetteki bu dönüşüm kolay olmamıştır. Aksine çok fazla çatışmalı olmuştur. Egemen erkeğin yazdığı tarih üstünü örtmeye çalışsa da kadınlar kendilerine ait olanın gasp edilmesine karşı ve gasp edileni geri almak için binlerce yıldır bir direnişi sürdürmektedirler.

11.yüzyıldan itibaren Avrupa'da dinsel dogmalara dayalı olarak yürüyen feodal sisteme ve onu temsilcisi kiliseye karşı başlayan halk hareketlerini bastırmak yok etmek üzere kurulan engizisyon mahkemeleri tarihe akıl almaz işkenceler ve katliamlarla geçti. Bu toplumsal hareket içinde Heretik Hareket önemli bir yere sahiptir. Heretik'ler, kadını önemseyen, kadını ve erkeği eşit gören, cinselliği daha özgür yaşayan, bazıları evliliği yasaklarken bazılarında aile önemli olan, hatta bazen sadece kadınlardan oluşan gurupların olduğu hareketlerdi. Harekete dâhil olanlar, yakalanıp engizisyon mahkemelerinde yargılanıp, öldürüldüler.

Daha sonra engizisyonun işi, cadı avı oldu. Kilise ve ileri gelen erkekler, çeşitli hurafelerle kadınları suçlayıp, çeşitli işkencelerle öldürdüler.

Tüm Avrupa'da on binlerce kadın toplumda şifacılık yapımları, doğum ile ilgilenmeleri, özgür yaşamalarından dolayı cadı ve büyücü olduğu iddiası ile katledildi. Cadı avı, kadınlara karşı açılmış bir savaştı; kadınları alçaltmayı, şeytanlaştırmayı ve bilgilerini öğrenmeyi amaçlayan planlı bir girişimdi. Kadınlar katledilirken aynı zamanda, eve bağlılık ve ideal kadınlık idealleri şekillendiriliyor, kapitalist cinsellik disiplini oluşturuluyordu.



Kadın 'evdeki meleğe' dönüştürülürken yeri tam olarak belli olmuştu; kadın evde erkek ise toplumun içinde idi.

Tıp tarihine baktığımızda durumun benzer bir paralellikle sürdüğü görülmektedir. Kadın önceleri sağlığın koruyucusu ve toplumun şifa vericisi iken, daha sonraları bu alan sadece erkeklerin yapabildiği bir iş haline gelir. Bir kaç örnek verecek olursam,

Eski Yunanda da mitolojik dönemde tanrıçalar tedavi ve koruyucu hekimlikte önemli iken, filozof hekimler döneminde kadın hekim görülmemektedir.

İ.Ö.7. yüzyıldan öncesine ve antik Yunana ait buluntularda, kadınların şifacılık yaparken yalnız oldukları gözlenir. Fakat sonraları kadın şifacılar yanında babaları ile birlikte çalışır pozisyonda resmedilmişlerdir.

Hipokrat'a gelindiğinde, tıp da çok kritik bir süreç yaşanır. Hipokrat tıbbı, büyüden arındırmak adına bir girişimde bulunur, hekimlikle filozofluğu birbirinden ayırır. Okulunda tıp bilimi ve pratik dersler verir ve bunun öğretisini oluşturur. Kadınların hekimlik yapamayacağına dair kesin bir kural koymasına bile kadınların okulunda bilim yapmasına izin vermez. Fakat özellikle doğum konusunda kadınlarla birlikte çalışır.

Kadın bir biçimde sağlıktan dışlanması ve modern tıbbın erkek hekim merkezli kurumlaşması cinsiyete dayalı iş bölümü ve tahakküm ilişkilerinin sağlık alanında da yaratılması sonucunu ile sınırlı kalmaz, sağlıkta nitel bir dönüşüm de yaşanır. Bu durum kadın sağlık emekçilerini etkilediği gibi hizmeti alan kadınları da etkilemektedir. Muhafazakarlık ve neoliberal sağlık politikaları birlikteliğiyle, kadın sağlığını bütüncül Ayrıca, dil hala sağlık hizmeti alabilmenin önünde büyük bir engeli teşkil ediyor. Anadilin kullanımı önündeki engellerin yansıması, tıbbın hiyerarşik eril yani anlaşılmasız dilinin iletişime engel olduğunu en çok kadının sağlığa erişimini etkilediğini tespit etmek gerekir.

Kadınlar, sağlık meselesinin kendi öz savunmaları olduğunun her daim farkında oldular. Kadının toplumsal alandan





dışlanması ile sağlıktan dışlanması nasıl ki bir paralellik içinde olmuşsa aynı şekilde toplumsal alanda kadınların eşitlik ve özgürlük mücadelesinin yükseldiği her dönemde sağlık alanından da mücadele yükselmiştir. Kadın mücadelesinin yükseldiği her dönemde, kadınların içinde olduğu ya da sadece kadınların yürüttüğü sağlık hareketleri olmuştur.

Egemen sistemin kendinden doğru yazdığı tarihte biz kadınlar yok sayılıyor. Bugün her birimiz aslında modern hemşireliğin çıkışını Florence Nightingale olarak biliriz. Nightingale'in Kırım Savaşında hastanelerin daha sağlıklı koşullarda olmasını ya da savaşta askerlere yardım etmek için ortaya çıktığı tarih sayfalarında uzun uzun anlatılır. Florence Nightingale'in çıkışı tarihte bu kadar anlatılırken, öbür tarafta Lavinia Dock'tan hiç bahsedilmez. Çünkü Lavinia Dock bir hemşire olmakla birlikte aynı zamanda bir kadın mücadelesi yürütücüsüdür, feministtir; ama temel özelliklerinden biri, o dönemde kadın mücadelesi ile sağlık mücadelesini iç içe yürütmüştür ve sağlık mücadelesinin demokrasi mücadelesi olduğunu söylemiştir. O yüzden, patriarkal anlayışa, iktidara ve hekimin otoritesine karşı da mücadele yürütmüştür. Ama tarih bugün bunu yok sayıyor, görmezden geliyor, kadınların sağlık alanının özneleri olduğunu yok saydığı gibi.

Lavinia Dock ve Yerleşke Hareketi 19. Yüzyılda birinci dalga feminizm diye tanımlanan 1830-40'larda Amerika'da işçi ve kadın hareketi birlikte Halk Sağlığı Hareketini yarattı. Bu dönemde sanayi devriminin işçiler üzerinde yarattığı sağlıksızlıkla mücadele eden, kadın ve sınıf hareketinin beslediği ve beslendiği "Yerleşke Hareketi", toplumun, sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak için çok şey yapabileceğinin bir kanıtıdır. Yerleşke hareketi kadınlara sağlık, anatomi ve hijyen eğitimleri verdiler. Koruyucu bakımı önemsediler, dönemin uygulamalarının aksine, kadınlara bol elbise giymeyi, banyo yapmayı, tam tahıl ile beslenmeyi önerdiler ve birlikte doğum kontrolü için mücadele ettiler. Aynı zamanda sağlıksızlığı yaratan etmenlerle de mücadele ettiler: Çocuk işçiliği, uzun çalışma saatleri, düşük ücretler, kötü yaşam koşulları, savaş, kadınlara



ra oy hakkı gibi konularda etkin mücadele yürüttüler. Çünkü hastalığın sebebinin sadece fiziksel ve biyolojik olmadığını siyasi ve sosyal sebeplerin de hastalık yaptığını savundular.

İkinci dalga feminizm olarak tanımlanan 1950-60'larda ve sonrasında, sağlık alanının kadın bedenine müdahalesine karşı duruşlar, farkındalık çalışmaları, doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı, kürtaj gibi meselelere ilişkin yapılan mücadeleler sağlık alanına da ciddi kazanımlar sağlamıştır.

Medikal teknolojinin yarattığı sorunlar, yeterince denemeden piyasaya sürülen ilaçlar, hastaya hastalığı ve tedavi süreci ile ilgili bilgi verilmemesi sonucu yaşanan sorunlara karşı hukuk ve siyasi mücadeleyi örgütlerken; kadın bedeninin anatomi ve fizyolojisi, doğum ve hamilelik üzerine bilgi paylaşımları yaptılar. "Kendini koru- başkalarını koru" başlıkları ile cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili eğitimler verdiler. Boston'da kadınlar atölyeler kurdular ve bu atölyelerde ki çalışmalar ve tartışmalar sonucunda ortaya çıkan "Bedenlerimiz, Biz" kitabı, Kapitalden sonra en tehlikeli kitap olarak nitelendirildi. Mastektomide kolun fizik tedavi ile işlev kaybına uğramayacağını, emzirmenin mamadan daha iyi olduğunu vb. üzerinde durup, bir takım haklar elde edip, kampanyalar örgütlediler. Bugün, ilaç kutularında yer alan prospektüs bu dönemde kadınların verdiği mücadelelerinin sonucudur.

Kadınlar, 1960'larda kürtajın yasallaşması için mücadele yürütürken, gizli kürtaj yapan örgütler de oluşturdular. Bunlardan biri olan Chicago'daki Jane Kollektifi, kürtaj konusunda yeniden kadın dayanışmasına örnek olduğu gibi, işleyiş biçimi tarzı ve yöntemi ile sağlık hizmetinin başka türlü verilebileceğine de bir örnektir. Jane kollektifi birinci hedefini, her kadının güvenli ve insani koşullarda kürtaj olabildiğini sağlamak olarak açıklamıştır.

Gelinen noktada, sağlık her ne kadar kadın emeğinin yoğun olduğu bir alan olsa da, erkek egemen kapitalist sistemin bir parçası olarak diğer tüm alanlardaki gibi, sisteme uygun hiyerarşik, erkek egemen bir örgütlenmedir. Sağlık



alanındaki hiyerarşik örgütlenme kadınların emeğini görünmez kılmaktadır. Bedenle ilgili her konu sağlık endüstrisinde tüketim malzemesi haline gelmiştir. Oysa biz sağlığı, fiziksel-ruhsal-sosyal-siyasal iyilik hali olarak tanımlıyoruz. Sağlık, ne iktidarın kendini var etme aracı, ne de piyasanın tüketim aracı olmalıdır. Biz sağlık emekçileri olarak tarihsel deneyimimiz ve birikimlerimiz ile biliyoruz ki sağlık meta dışına çıkarılan bir alan olmalıdır. Birey, toplum ve doğa yararına sağlık hizmet üretimi esas olmalıdır. Sağlık hizmeti topluma en yakın yerde, ulaşılabilir, eşit, ücretsiz ve anadilinde verilmelidir.

Bizler, bugün bu kurultaydan da yola çıkarak, bundan önce yapılan bütün mücadelelerin deneyimlerini de heybemize alarak, hem emeğimizin sömürülmesine karşı, hem de bizden alınanı geri almak için hep birlikte mücadele etmeye, örgütlenmeye ve dayanışmaya devam edeceğiz.

Bugün burada olan siz sevgili arkadaşlarıma, burada olmayıp yerellerden katkı sunan sevgili kadın yoldaşlarıma ve yine bugün bu kurultayda aramızda yer alan sevgili hocalarımız ve aynı zamanda yol arkadaşlarımız Melda Yaman'a, Özlem Özkan'a Feryal Saygılıgil'e Şevkat Özvarış'a Selma Güngör'e Deniz Balta'ya Pınar Abdal'a ve bütün katılımcılara katkılarından dolayı çok teşekkür ediyorum. Emeğinize, yüreğinize sağlık.

Yaşasın kadın mücadelesi! Yaşasın kadın dayanışması!  
Hepinizi saygıyla, sevgiyle selamlıyorum.  
Yolumuz açık olsun.





Merhaba sevgili kadınlar,

Merkez Yürütme Kurulu adına hepinizi saygı, sevgi ve dostlukla selamlıyorum. Kadın Sağlık Kurultayımıza hepiniz hoş geldiniz. Öncelikle emek, barış ve demokrasi mücadelesinde 24 yılını dolduran konfederasyonumuz KESK'in kuruluş yıldönümünü kutluyor ve konuşmama KESK kadın mücadelesinde tarihsel birikimi oluşturmada emek vermiş Sevgi Göyçe, Sevil Erol ve Dilek Adsan şahsında, emek demokrasi, barış ve özgürlük mücadelesinde yitirdiğimiz bütün kadın yoldaşlarımızı saygıyla anarak başlamak istiyorum.

Kadın Sağlık Kurultayımızı iktidarın kadın düşmanı politikalarının, dinci-gerici uygulamalarının ve kadının toplumsal varlığını hedef alan her türlü uygulama ve söylemlerinin dozunu her geçen gün artırdığı ve adeta kadın kırımının yaşandığı bir dönemde gerçekleştiriyoruz.

Sevgili kadınlar,

Diktasını devam ettirmek isteyen iktidar derin bir siyasi kriz yaşamakta ve ekonomik krizin yarattığı toplu intiharları görmezden gelen, bölgesel kalkınma, toplumsal üretim gibi ekonomik reformları dahi gündemine almayan bunun yerine ardı arkası gelmeyen savaş politikalarıyla varlığını sürdürmeye çalışmaktadır. Sözde ülkenin bekası için savaş bataklığına dönen Ortadoğu'ya ve Suriye'deki Kürtlerin kazanımlarına saldırarak topluma savaşı dayatmıştır. Kadınlar için savaş ölüm, şiddet, taciz ve tecavüz demektir. Savaştan kaçan kadınlar ve çocuklar sığındıkları ülkelerde de ucuz iş gücü, sömürü, değersizlik, ayrımcılık, yoksulluk, yurtsuzluk ve onarılamaz sağlık sorunları yaşamaktadır. Savaş işte bu yüzden bir halk sağlığı ve kadın sorunudur.

Her geçen gün iktidar tarafından yok sayılan ve gittikçe daha da derinleşen ekonomik kriz günlük yaşantımızı kısıp almış, artan enflasyon, hayat pahalılığı, yüksek vergiler, işsizlik, savaş, göç ve ödenemeyen borçlar nedeniyle derin bir toplumsal travmaya neden olmaktadır. İcra takip dosyalarından, iflas-



lardan, açlık ve yoksulluktan çözüm üretemeyenlerin intihar etmeleriyle ekonomik krizin aileleri nasıl yok ettiğine tanıklık ediyoruz. Açıkça görüldüğü üzere yoksulluk ve yoksunluk bu toplum için de biz kadınlar için de had safhadadır.

Artan yoksulluk, işsizlik ve iktidarın uyguladığı sosyal politikalar toplumda şiddet eğilimini ve aile içi şiddeti de artırmaktadır. Şiddete en fazla kadınlar ve çocuklar maruz kalmakta, hemen her gün bir kadın öldürülmektedir. Buna karşılık verilen cezalar yetersiz kalmakta ya da ceza uygulanmamakta, kadına yönelik şiddet devlet eliyle meşrulaştırılmaktadır. Adli yargıda bu suçlara verilen cezalar ve siyasi iktidarın ortaya atmış olduğu af söylentileri bile suçlular için teşvik niteliğindedir. Toplumun sağlığını bozan bu eril yargı ve adaletsizliğe karşı mücadelemiz her daim devam edecektir.

Sevgili kadınlar,

Bugün kentlerimizde barınma, altyapı, ulaşım, enerji, sağlık, eğitim, kültür ve çevre koşulları dezavantajlı kesimlerin yaşamlarında ciddi sorunları barındırmaktadır. Aynı zamanda kentlerimiz deprem, sel, heyelan ve yangın gibi afetlere de hazırlıklı değildir. Başta su, elektrik, doğalgaz ve ulaşım olmak üzere temel kentsel altyapı hizmetleri ile eğitim, kültür, sağlık, çevre vb. sosyal hizmetler özelleştirilerek, ticarileştirilerek sınıfsal eşitsizlik ve sağlıksızlık derinleştirilmiş, kentlerimiz emekçiler ve yoksullar için yaşanılmaz bir duruma getirilmiştir.

Kentsel dönüşüm adına tüm ülkeyi yıkıp yeniden yapmaya soyunulmuş, tarihimiz, kültürel zenginliklerimiz ve kamusal alanlarımız yok edilmeye girişilmiş, doğaya olan tahribat devasa boyutlara ulaşmıştır. Doğa talanı ile yaşam alanlarının rantta açılması ve özellikle ormanların, derelerin, tarım alanlarının vafını yitirmesi ile kentlerimiz ve yaşam alanlarımızda üretilen sağlıksız ortamdan en fazla kadınlar etkilenmektedir.

Siyasi iktidar yargı üzerindeki tahakkümü ve sahip olduğu zor araçlarıyla yerel yönetimlere dönük sistematik olarak anti-demokratik müdahaleler gerçekleştirmektedir. Van, Di-





yarbakır, Mardin başta olmak üzere birçok ilçe ve belde belediyesinde seçimlerle göreve gelen yöneticiler görevlerinden alınmış, yerlerine kayyum atanarak halkın iradesi yok sayılmıştır. Milletvekilleri, belediye eş başkanları, insan hakları savunucuları tutuklanmış, kayyum atanan belediyelerde eş temsiliyet ortadan kaldırılmıştır. Bu belediyelerin bünyesinde yeniden kurulan kadın dayanışma evleri ve kadın merkezleri kapatılmış veya işlevsiz hale getirilmiştir. Yerel yönetimlerde demokrasi biz kadınlar için sağlık güvencesidir.

İktidarın hukuk dışı ve toplumsal sağlığı hiçe sayan bu uygulamaları sadece bununla da sınırlı değildir. OHAL KHK'leriyle kamu görevinden ihraç edilen kadın emekçiler iktidarın haksız ve hukuksuz uygulamalarının bir sonucu olarak toplumsal, ekonomik ve siyasal hayattan koparılmaya çalışıldı buna karşı kadınlar bu zulmü kabul etmeyerek her alanda direnişlerini sürdürmektedirler.

Sevgili kadınlar;

Günümüzde kapitalizm, neoliberal politikalar ile daha da vahşileşmiş, sağlık, eğitim, doğa gibi yaşamın her alanını kâr getiren yatırımlara dönüştürmeye girişmiştir. Sermaye sınıfının çıkarlarını ön plana çıkararak, doğaya, kültüre, bedenimize, toplumsallığımıza saldırmış ve emek sömürsünü derinleştirmiştir.

Kapitalizm biz kadınlar için sağlıksızlıktır.

Kapitalizmin krizi ve yeniden yapılanma süreci hem üretim sürecine müdahale, hem de devletin yeniden yapılanması ile sağlık hizmetlerine yansımıştır. Türkiye'de 2002'den itibaren AKP hükümeti aracılığıyla 'Sağlıkta Dönüşüm Programı' adı altında sağlık politikaları liberalleştirilirken aynı zamanda devlet kamusal hizmetlerden adım adım çekilmeye başlamıştır. Bu dönüşümle kamusal niteliği kaybolan sağlık hizmetleriyle sağlık bir tüketim ilişkisine indirgenerek piyasaya açılmış ve kârın yüksek olduğu bir yatırım alanına dönüştürülmüştür. Kamu sağlık kurumlarında kamu-özel ortaklığıyla inşa edilen şehir



hastaneleri ve özel sağlık sekt6r6nde kapitalist 6retim ilişkileri hâkim hale gelmiştir.

Neoliberal sağlık hizmetleri ile hastalar t6ketickiye ve en açık tabiri ile m6şteriye d6n6řt6r6lm6ştir. Aynı zamanda kadınlar kendi bedenine yabancılaştırılarak sağlık konusunda bilgisiz kılınmış, çarpıtılmış bilgi ile kuşatılmış, kışkırtılmış bir halde sağlık hizmetini t6keter hale getirilmiştir. Ne yazık ki kışkırtılan talep sağlık sorunlarını 6zmemiş, içinden çıkılmaz hale d6n6řt6r6m6ştir. Kadınlar zamanlarının b6y6k kısmını sağlık kurumlarında geçirir hale gelmiş ve hastaneler hasta eden hanelere d6n6řt6r6lm6ştir.

Sağlık emekçileri ve kadın emekçiler s6rekli şiddetle karşı karşıyadır. G6vensizleştirme çalışma yaşamının her alanına yansımıştır. İstihdam, gelir, mekân, çalışma, 6rg6tlenme alanlarında emekçiler g6vencesizleştirilmiştir. Dahası sağlıkta kapitalist ilişkiler sağlıki ile vatandaş arasında g6ven ilişkisini zedelemiş, birbirlerine yabancılaşmalarına yol açmıştır. Bu erozyon kendini sağlık çalışanlarına şiddet ile de ortaya koymuştur. Bu olumsuz çalışma koşullarına bağlı olarak sağlık emekçilerine y6nelik şiddet, yoğun iş temposuna bağlı olarak yaşanan intiharlar ve iş kazaları, işçi sağlığını g6zetmeyen ve alınmayan tedbirlerden kaynaklı çoğalan kronik hastalıklar, bulaşıcı birçok meslek hastalığı yaşanmaktadır.

Sevgili kadınlar,

Sağlık hizmetleri muhafazakârlaşmaktadır. Toplumun tarihsel sağlık birikimi modern tıp algısı içerisinde 6nce yok sayılmış, şimdilerde ise sağlıkta iktidar odaklarının tekeline alınmak ve ticari bir değere d6n6řt6r6lmek için geleneksel tıp adı altında yeniden toplumun hizmetine sunularak rant kapısına d6n6řt6r6lmek istenmektedir.

Neoliberalizmin muhafazakârlaştırdığı d6nyada sağlık etkilenen temel alanlardan biri olmuştur. Muhafazakârlaşma 6zellikle kadın bedeni 6zerinde erk kurma mekanizması olarak 6reme politikaları yoluyla toplumsal cinsiyet eşitsizliğini ve



sağlıksızlığı derinleştirmektedir. Kürtaj fiili olarak yasaklanırken, aile planlaması hizmetlerinin parasız temin edilemez hale gelmesi, evlilik dışı cinselliğin gittikçe tabulaştırılması, hastanelerde din görevlilerinin çalıştırılmaya başlanması, geleneksel tıbbın dini referanslarla kurumsallaştırılması ve yaygınlaştırılması bu politikaların somut karşılıklardır. İstenmeyen gebelikleri, sağlıksız koşullarda yapılan düşükleri ve anne-bebek ölümlerini tetikleyen anlayış egemen kılınmak istenmiştir.

Tekçi anlayışlar ve oluşturdukları sistemlerin iktidarı ele geçirdiklerinde kendi ideolojilerini yaymak için toplum mühendisliğine soyunarak ilk hedef aldıkları yine kadınlar olmaktadır. Yaşam tarzımızdan tutun da ne giyeceğimize, kamusal alandaki varlığımızdan, kahkahamıza kadar sistem tarafından dayatmayla karşı karşıya kaldık. Her dönemde iktidarların dayatması toplumun ve kadının sağlığını bozmuştur. Kadınların nasıl yaşayacağına ataerkil sisteminin devamı olan tekçi, cinsiyetçi ve otoriter devletin iktidar odakları karar vermeye çalışmaktadır. Kadınlar bu zihniyete karşı uluslararası dayanışma ve mücadele ile üstesinden geleceğinin farkında olarak direnişlerine devam etmektedir.

Sevgili kadınlar,

Başta yaşam hakkı olmak üzere düşünce ve ifade özgürlüğü, grev, demokratik protesto, toplantı ve gösteri yürüyüşleri, bilgiye erişim gibi temel haklarımız çeşitli bahanelerle antideмократik bir şekilde engellenmektedir. Devlet mekanizmaları demokratikleştirilmeden sağlık ve toplumsal sağlık mümkün değildir.

Görünen gerçek şu ki; devlet ve erkek hegemonyası giderek derinleşmiştir. Sistem kadına söz, yetki, karar şansı tanımayan, kadını ve kadın bedenini sürekli denetlemeye çalışan, kadın düşmanlığını kışkırtan, kadına yönelik her türlü şiddeti ve ayrımcılığı sürdüren bir anlayışla devam etmektedir. Kadınları çalışma ve toplumsal-kamusal alanlardan dışlayan, kadını sadece erkeğe hizmet ve biat için yaratılmış, ikincilenen bir varlık



olarak gören, doğurganlığı ve ev işlerine adanmış yaşamı dayatan ve kutsallaştıran erkek egemen anlayışın egemen olduğu aile, toplumsal kurumlar ve devletin kadın düşmanı politikaları ile kadının sağlıklı olma hali mümkün değildir. İşte tam da bu nedenle iktidarını kadınlar üzerinden pekiştirmeye çalışan bu anlayış yerle yeksan olana dek birlik ve dayanışma ruhu ile mücadele etmeye, örgütlenmeye, örgüt içindeki varlığımızı çoğaltmaya, güçlendirmeye her zamankinden daha çok ihtiyacımız var.

SES'li kadınlar olarak, kurultayımızda erkek egemen politikaları ile sadece bir birey olarak değil, toplumsal varlık olan kadınları sömürmeye, kimliksizleştirmeye, ayrıştırmaya ve ötekileştirmeye çalışarak nasıl sağlıksız bir yaşama mahkûm ettiklerinin analizini yapacağız. Kurultayı, ataerki sistem ve onun devamı olan kapitalist erkek iktidarının hırs ve güç savaşlarının kadında siyasi, ekonomik, sosyal ve toplumsal olarak nasıl kadın sağlığı sorununa dönüştüğünü tartışmak ve birlikte çözüm yollarını aramak amacıyla düzenliyoruz. Kurultaya giderken bu saydığımız ve sayamadığımız birçok başlıkta şube / temsilcilik kadın meclislerinde tartışmalar gerçekleştirilmiş, birçok tebliğ ve poster hazırlanmış ve şimdi salonumuzda sergilenmektedir. Posterler hakkında bilgi panel arasında arkadaşlar tarafından küçük sunumlar şeklinde aktarılacaktır.

İki gün sürecek kurultayımıza sunumlarıyla katkı sunacak ve her koşulda yanımızda olan sevgili hocalarımıza, aramızda bulunan dost kurumlara, sağlık öğrencilerine, kolektif bir çalışmanın ürünü olan kurultay çalışmalarında ve öncesinde yapılan hazırlıklarda emeği geçen tüm kadın yoldaşlarımıza ve kurultayımıza bu karda kışta üşenmeden yol kat ederek gelen katılımcı tüm kadınlara teşekkür ediyorum.

Kurultayımızın başarılı geçmesini dileyerek, kolaylıklar diliyorum. Serkeftin!







Merhabalar,

Öncelikle oluşmaya başladığını düşündüğüm panik havasını dağıtmak isterim; merak etmeyin, çok vaktinizi almayacağım.

Değerli arkadaşlar; öncelikle her daim üyesi olmakla onur duyduğum sendikam SES'in her şeye rağmen üretmeye ve mücadele etmeye devam eden, kararlılıkla mücadele etmeye devam eden siz sevgili üyelerine, yol arkadaşlarıma konfederasyonumuz KESK Merkez Yürütme Kurulu adına saygılarımı ve sevgilerimi iletiyorum.

Katkı sunan tüm arkadaşların emeğine sağlık. Hakikaten çok uzun süreli çalışılmış, titizlikle çalışılmış bir hazırlık süreci olduğu salonun halinden de belli. Bu anlamda tüm katkı sunan arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

İşkollarımız ve konfederasyon düzeyinde bugüne kadar yürüttüğümüz benzer çalışmaların mücadele tarihimiz açısından her zaman önemli katkıları ve etkileri olmuştur. Kurultay, çalıştay ve benzeri zeminde yürüttüğümüz bu tartışmalar, kolektif aklı oluşturmak, dönemsel strateji belirlemelerimizi sağlama da ve eylem hattımızı oluşturmada da önemli katkılar sunmuştur. Kuşkusuz, sağlık alanı, toplumsal eşitsizliğin her daim üretildiği bir alan olduğu için, SES çatısı altında gerçekleşen Kadın Sağlık Kurultayı da bu anlamda mücadele tarihimize önemli katkılar sunacak ve yeni bir sayfa açacaktır diye düşünüyoruz. Çok heyecan verici bir çalışma olduğunu da kendi açımdan belirtmek isterim.

Kurultayı gerçekleştirdiğimiz koşullara da kısaca değinmeden geçmek olmaz. Selma arkadaşımız değindi, ama ben de birkaç cümleyle kısaca özetlemek isterim.

Bildiğiniz gibi, ataerkil kapitalizmin derin bir kriz yaşadığı bu dönemde, başta kadınlar, LGBTİ'ler, emekçiler ve ezilen halklara dönük eril şiddetin, tüm biçimleriyle saldırıların hız kesmeden devam ettiği bir süreçteyiz. Ama aynı zamanda son derece yaratıcı eylem biçimleriyle de kadınların öncülük ettiği ve tüm



dünyada etkisinin giderek arttığı bir tarihsel dönemi hep birlikte yaşıyoruz.

Faşizm koşullarını yaşadığımız ülkemizde AKP-MHP iktidar bloğunun ırkçı, gerici, cinsiyetçi dil ve politikaları en çok kadınların yaşamını tehdit eder duruma gelmiştir. Her gün bir yenisi eklenen ve daha da vahşileşen kadın cinayetleri, kadın ve LG-BTİ'lere dönük kullanılan ayrımcı dil ve uygulamalar, yaşanan ekonomik krizle daha da yoksullaşan kadınlar, işsizlik veya iş yerinde uğradığımız baskı ve mobbing, üst üste yaşanan intiharlar, savaş, gözaltı, tutuklamalar ve tüm bunlar yetmezmiş gibi, her gün, her an kazanımlarımıza dönük yeni yeni saldırılar. Adeta nefes almanın imkansız olduğu bu koşullarda sağlıklı olmak veya sağlıklı kalmanın en temel koşulu sanırım örgütlenmek ve örgütlülüğümüzü güçlendirmek için yeni yol ve yöntemleri hep birlikte belirlemek olacaktır.

Cinsiyete dayalı tahakküm ilişkilerini kuran ve yeniden üreten ataerkil kapitalist düzenden özgürleşmeden bedenimiz ve emeğimiz üzerindeki denetim ve sömürüden kurtulmak mümkün değilse eğer, sağlıklı olmanın ilk koşulu da özgür olmaktır.

Bir bütün ekosistemin ve bir parçası olarak insanlığın tüm renkleriyle bir arada, eşit ve özgür yaşayacağı bir dünya için hep birlikte mücadeleye diyoruz.

Bu düşü ve mücadeleyi paylaşan, ancak, bugün aramızda olmayan, bugüne kadarki mücadele tarihimizin birikiminde büyük katkıları olan ve bugün bizlere hâlâ kılavuzluk etmeye devam eden tüm kadın yoldaşlarımı hepinizin şahsında tekrardan selamlıyorum, kurultayınıza başarılar diliyorum.



# PANEL: 1

---

## KADIN SAĞLIK EMEĞİNİN TARİHSEL DÖNÜŞÜMÜ

Doç. Dr. MELDA YAMAN

## NEOLİBERAL POLİTİKALARLA SAĞLIKTAKİ DÖNÜŞÜM VE KADIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ

Doç. Dr. ÖZLEM ÖZKAN

Kolaylaştırıcı: PINAR İÇEL





## TARİHTE KADIN ŞİFACILIĞININ DÖNÜŞÜMÜ



**Doç. Dr. Melda YAMAN**

### Giriş

Kadınlar her zaman şifacıydılar. İnsanlık tarihinin doktorları, kürtaj uzmanları, hemşireleriydiler. Eczacıydılar; şifalı otlar yetiştirir, kullanımlarının sırlarını paylaşırlardı. Ebelerdi,

evden eve, köyden köye yolculuk ederlerdi. Yüzyıllar boyunca diplomasız doktorlardı; kitaplar, dersler, üniversiteler kadınlara yasaktı. Şifacı kadınlar birbirlerinden öğreniyor; deneyimlerini birbirlerine, anneden kıza aktarıyorlardı. Halk nezdinde “bilge kadın” olarak görülüyorlardı.

Tüm toplumlarda şifacı ve ebe kadınlar toplumun saygın üyeleriydiler. İnsanlar, doğum tanrıçalarına sunaklar sunmuş; ebeleri kutsal tapınaklarda ikamet ettirmiş; yeri gelmiş şifacıları yarı şaman kabul etmiş, yeri gelmiş kendilerini şifacıların sihirli ve becerikli ellerine teslim etmişlerdi.

Ebelik ve şifacılık bu nedenle, kadınların tarihinde özgül bir emek etkinliğidir. İnsanlık tarihinde kadınlar bilim, felsefe ve siyaset alanında çok yer bulamamıştır. Şifacılık ise, kadınların bilgi ve deneyim donanımını güçlendirdiği bir uğraş ve/veya meslek olarak ayrıcalıklı bir yer taşımaktadır.

\*\*\*

Ancak, kapitalizmin ilk aşamalarından itibaren şifacılık ve tıp, bir bilim alanı ve ücretli iş biçimini aldıkça, erkekler kadınları bu alandan sistematik bir biçimde uzaklaştırmıştır.

Bu dönüşümden yaklaşık iki 2000 yıl önce, Sokrates şifacılığa ebelik üzerinden sembolik olarak el koymuştur. Platon’un Theaetetus adlı yapıtında Sokrates kendini “akıl ebesi” olarak tanımlar. Bir erkek olarak Sokrates, annesi ve diğer kadınlar gibi, ebelik yaptığını söyler: “Ancak ben kadınlara değil erkeklerle ebelik ederim; ayrıca bedenlerle değil akılla ilgilenirim”. Yani



Sokrates “erkeklerin kafalarındaki düşünceleri doğurtur”. Sokrates ebeliği, kurgusal bir biçimde ele geçirmiş; ebeliğe, daha “yüce” belirlenimler katarak, kendine mal etmiştir.

İşte yüzyıllar sonra Sokrates’in sembolik olarak yaptığını erkekler bu sefer hayata geçirmiş, kadınları şifacılıktan kovmuştur. Bu süreçte iki kritik olgu işlev görmüştür: Cadı avı ile tıbbın bir bilim haline gelmesi.

14. ve 15. yüzyıllarda hem laik otoriteler hem de din adamları, “şeytan”la işbirliği içinde olduğu düşünülen, ağırlıklı olarak köylü kadınları kovuşturmaya ve onlara zulmetmeye başlamıştır. Kadınlar ağır para cezaları, kırbaçlama, aforoz ve sürgün riskiyle karşı karşıya kalmıştır. Ne var ki bu süreç tıp biliminin gelişmesinden kaynaklanan “doğal” bir dönüşüm değildir; şifacılık, modern bilimsel teknolojinin gelişmesinden çok önce erkek profesyonel hekimler tarafından aktif olarak ele geçirilmiştir. Erkek doktorlar, devlet ve kilise bu dönüşümde tam bir işbirliği içindedir. Bir dönem bilge kadın olarak görülen şifacılar bu ittifak tarafından cadı veya şarlatan olarak adlandırılıp, şehvet düşkünü, kara büyü yapan, şeytanla işbirliği içinde, tanrıya karşı gelen cadılar olarak yakılmıştır.

### Tarihte Şifacı Kadınlar

Şifacılık ve ebelik pek çok kadının bizatihi deneyimlediği doğum tecrübesiyle; kadınlara yüklenen bakım hizmeti “görevi”yle; kadınların binlerce yıldır derleyicilikle biriktirdiği otacılıkla ve teknik bilgilerin disiplinli bir biçimde öğrenilip aktarılması ile süregitmiştir. Kadınlar derleyici ve toplayıcı olarak geçirdiği binlerce yıl boyunca şifalı bitkileri derlemeyi ve üreme sağlığı ile ilgili kullanmayı öğrenmişlerdi.

Derleyici kadınlar her gün 8-10 km yol kateder, bölgeyi ve bölgenin bitki örtüsü ile hayvan çeşitliliğini tanır. Örneğin Zaire’nin Mbuti Pigmeleri yüzün üzerinde meyve ağacını, elli kadar tıbbi bilgiyi, avcılık ve balıkçılıkta kullanılan on sekiz kadar zehir ve toksin kaynağını tanır. Kadınlar şifalı bitkileri derlemeyi ve üreme sağlığı ile ilgili kullanmayı öğrenmişlerdi.



Örneğin Ortaçağ boyunca kadınlar iksir haline getirilen şifalı otlarla gebeliği önleyebiliyorlardı.

Şifacılar toplumda saygın bir yer edinmişlerdi. Örneğin Guatemala'nın dağlık bölgesinde yer alan San Pedro La Laguna'da da ebeler yarı şaman özelliği taşıymaktaydı. Ebe, burada yaşayan Maya halkının lehçesinde iyom sözcüğüyle karşılanırdı; iyom, ebenin Avrupa dillerindeki içeriğinden daha zengin bir içeriğe sahipti. Bu toplulukta gebelik hastalık olarak adlandırılır; gebelik ve doğumun bebeğe ve anneye zararlı olduğuna inanılırdı. Bu nedenle ebe de doğum uzmanı ve din görevlisi olarak görülürdü. Ebeler, periyodik masajlarla doğum öncesi bakımı sağlar, doğuma eşlik eder ve doğum sonrası dinlenme döneminde anne ve bebekle ilgilenirdi. Şamanlar gibi, yaptığı iş kutsaldı; dünyayla doğaüstü evren arasında arabuluculuk yapardı. Hastalarının yaşamlarını korumak için ritüeller düzenlerlerdi.

Sümerlerde, Hititlerde, Mısırlılarda doğuma yardımcı uzman kadınların bulunduğunu biliyoruz. Hitit yazıtlarında bahsi geçen Ummada, "hemşire" anlamına gelmekle birlikte, doğumda bulunuyor, anneye yardımcı oluyor, bebeğin sağlığıyla ilgileniyordu. Mısırlıların doğum tanrıçası Meskhenet Sümer yazıtlarında da geçmektedir; bununla birlikteki Sümerlerin doğumla ilişkilendirilen kendi tanrıçaları da bulunmaktadır: Yüce Ninharsag.

Antik Yunan toplumunda ebelik ve şifacılık esas olarak kadın işiydi. Profesyonel ebeler de vardı. Şifacılık bilgisi anneden kıza yahut evin hanımından köleye hane içinde aktarılırdı. Hem köle hem de özgür yurttaş kadınlar arasında ebeler vardı. Sokrates'in annesi Phainarete ebeydi örneğin. Ebeler muazzam bir tıp bilgisine sahipti: "doğum uzmanı" veya sağaltıcı olarak adlandırılırlardı. Daha donanımlı olanlar –ki muhtemelen daha iyi eğitim almış ebelerden oluşuyordu- daha üst sınıflardan geliyordu. Bunlar, jinekolojik hastalıkların kadın hekimi anlamına gelen "kadınların iatrene"i olarak adlandırılıyordu: Phainereti, Phanostrati, Elephantis, Thebes'li Olympias. Bütün bu kadınlar, jinekoloji, gebelik, cerrahi, genetik, onkoloji, patoloji, afrodizyo-



loji, fizyoloji, farmakoloji üzerine müstesna bir miras bıraktılar. Efesli Soranus Gynaecology başlıklı yapıtında bilgiler sunmuştur: Ebeler okuma ve yazma bilmek zorundaydı; gebelik teorisi ve pratiği hakkında tüm bilgiye vakıftı; bütün tıp dallarında deneyim sahibiydi. Böylece ebeler, diyet için, farmakolojik ve cerrahi reçeteler verirdi.

\*\*\*

Ortaçağ boyunca da şifacılar, hemşireler, ebeler genellikle kadınlardı. Şifacı kadınlar ve ebeler evlere doğuma gider, hastaları tedavi eder, sütannelik yaparlardı.

Dönemin hastanelerinde çalışanlar da esas olarak kadındı. İlk kurumsal sağlık hizmeti haçlı seferleriyle başlamıştı; bu sağlık kurumları dini yapılarıydı. Bu hastanelerde haçlılara, yaralılara, savaş tutsaklarına, bazen de akıl sağlığını yitirmiş olanlara, “gayrimeşru” gebelere, yoksullara bakılıyordu. Hastanelerde hemşireler hastaların yaralarını sarmak, ilaçlarını vermek, ilaçlarını hazırlamak, kanamaları durdurmak, ufak cerrahi işlemler yapmak, ağrıları dindirmekle yükümlüydü. Ayrıca, hasta ve yaşlılara yarenlik eder, dertlerini dinler, moral verirdilerdi. Çarşaf-ları yıkamak, hastaların giysilerini temizlemek, hastaları yıkamak, yatakları yapmak, yemekleri hazırlamak da hemşirelerin göreviydi. Hemşireler karantina evlerinde de tüm hemşirelik ve bakım işlerini veriyordu. Kamusal yetimhanelerde çalışanlar da hemşirelerdi.

Ticaretin geliştiği, para ekonomisinin yaygınlaştığı on altıncı ve on yedinci yüzyıllarda Avrupa’da da ebelik ve hemşirelik ücretli işe dönüştü. Ebelerin lisans sistemi, tecrübeli ebelerin referans mektuplarıyla, doğum yaptırdıkları kadınların tavsiye mektuplarına dayanmaktaydı. Kayıtlara göre, 1662 yılında Londra’da 24 ebenin adı geçmektedir. Bu ebeler bağımsız çalışırdı. Almanya’da ise, ebeler belediye çalışanı idi.

## Kadınların Şifacılıktan İtilmesi

Kadın şifacıların kurumsal tıp tarafından bastırılması, ilkin toplumsal cinsiyet mücadelesi tarihinin bir parçası olduğu için



politik bir mücadele idi. Kadınların konumu şifacıların konumuyla birlikte değişti. Kadın şifacılara saldırıldığında, şifacılar “kadın” olarak saldırıya uğradılar.

İkincisi, bu süreç sınıf mücadelesinin bir parçası olması nedeniyle politik bir mücadeleydi. Kadın şifacıları halkın doktorlarıydı; ilaçları halkın alt kültürünün bir parçasıydı. Erkek profesyoneller, hem tıbbi olarak hem de politik olarak yönetici sınıfa hizmet etti. Çifte standart vardı, çünkü Kilise üst sınıfa tıbbi bakıma karşı değildi. Krallar ve soyluların saray doktorları erkek, hatta bazen rahiplerdi. Asıl mesele denetim idi. Zaten 1212'ye dek Fransız hastanelerinin sayısı hızla artarken, Piskoposlar Konseyi hemşireleri kontrol altına almaya başlamıştı bile. Kilise himayesinde erkek üst sınıf şifa kabul edilebilirdi, köylü alt kültürünün bir parçası olarak kadınların şifası kabul edilebilir değildi. Kilise kendi cemaatinin karşısında şifacı kadınların, hem şifacı hem de kadın olarak elde ettiği güç ve itibardan korkmuştu. Cadı avının başlıca dinamikleri kilisenin bu korkusuna dayanıyordu.

Diğer bir neden kadınların bağımsız ve itibarlı hale gelmesiydi. Erkekler giderek, kadınların itibarlı bir meslek yapmasından, toplumda saygın olmasından ve özellikle başına buyruk davranmasından rahatsızlık duymaya başlamıştı. Almanya'da, örneğin, kent görevlisi olarak hizmet veren ebelerin bağımsızlığı tümüyle eril örgütlenmeler olan kent meclislerinde rahatsızlık yaratmıştı. Bunun üzerine, ebeleri denetlemek ve disipline etmek üzere kentin varlıklı ve ileri gelen ailelerinden kadınlar görevlendirilmişti. “Onurlu kadınlar”, “hakem kadınlar”, “akil kadınlar” gibi isimler verilen bu kadınlar, ebe kadınların bağımsızlığını sınırlama ve böylece erkek tahakkümünü muhafaza edip sürdürme görevini üstlenmişti.

Erkeklerin tıp alanını gasp etmesinde bir diğer dinamik ise, şifacılığın ücretli iş olmaya başlamasıdır. Erkek hekimler, şifacılığı ve ebeliği kazançlı bir mesleğe dönüştürmüştür. Yoksul hastalara gittiklerinde bile mutlaka ücretlerinin ödenmesini talep etmişlerdir.



Şifacılığa nüfuz etmede erkeklerin ilk atağı, sağlık alanında kendilerini tek otorite ilan etmek oldu. Örneğin İngiltere’de 1690’da Yorkshire tıp uzmanları ebeliğin tıbbi yeterliliğinin moral niteliklerden ziyade kendi otoritelerince değerlendirileceğini ilan ettiler.

15. yüzyılda “cadı avı çılgınlığı” başlangıcından önceki yüzyılda, Avrupa tıbbı, laik bir bilim ve meslek olarak kurulmuştu. Üniversiteler kadınlara kapatıldı ve üniversite tarafından eğitilmiş doktorların uygulama dışında kalmasını engellemek için lisans yasaları kuruldu. Üniversite eğitimine ihtiyaç duyulması, kadınların şifacılıktan yasal olarak çıkarılmasını kolaylaştırdı. Örneğin, 1322’de Paris Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından yasadışı uygulama suçlamasıyla yargılanan Jacoba Felicia okuryazardı ve tıpta uzmandı. Altı tanık, Jacoba’nın çok sayıda doktorun pes etmesinden sonra bile onları tedavi ettiğini doğruladı; ameliyat ve tıp sanatında Paris’teki herhangi bir uzman doktor veya cerrahdan daha akıllı olduğunu açıkladı. Aynı çizgide, İngiliz doktorlar Parlamento’ya “mesleği gasp eden değersiz ve küstah kadınları” durdurmak için para cezaları ve “uzun hapis cezası” talep eden bir dilekçe gönderdi.

15. yüzyıla gelindiğinde, tıp mesleğinin kadın şifacılara karşı kampanyası Avrupa genelinde neredeyse tamamlandı. Erkek doktorlar kentlerde yüksek ücretlerle üst sınıflara hizmet veriyor, kırlarda /köylerde kadın şifacılar halka ve yoksullara ücretsiz şifa dağıtıyordu. Bir süre sonra tıbbın diğer alanlarında olduğu gibi, doğumda da erkek otoritesi kurulmaya başladı. Giderek kadınların ebeliğinin sorgulanmaya, kadın ebelerin gebelik ve doğum hususunda bilgisinin yetersizliğinden yakınılmaya başlandı. Bir süre sonra erkekler bu alanda kendilerini tek otorite ilan etmiştir.

\*\*\*

Kadınların şifacılıktan kovulması yeniden yapılanan cinsiyete dayalı işbölümünün bir parçası olarak görülebilir. Feodalizmden kapitalizme geçişin erken aşamalarında, loncaların parçalandığı, zanaat emeğinin çözülüp yerini ücretli emeğe bıraktığı dönemlerde toplumsal işbölümü yeniden yapılır-





ken, kadınlarla erkekler arasındaki işbölümü de yeniden inşa edilmeye başlamıştır. On dokuzuncu yüzyılda bu süreç toplumun tamamını kuşatan bir dönüşüm olarak sürmüştür. Sonuç olarak kadınlar kadim mesleklerinden itilmiş, kadınların binlerce yıllık bilgileri gasp edilmiş, tıp bir erkek mesleği haline gelmiştir. Şifacılıktan ve zanaatlardan kovulan kadınlara uygun bulunan yegâne görev “tam gün ev kadınlığı”dır.

Çok sonra kadınların da tıp eğitimi almasına “müsaade edilmiştir”; ama sadece erkeklerin izin verdiği alanlarda, özellikle toplumsal cinsiyet rolleriyle uyumlu biçimde ve mutlak erkek denetimi altında. Ayrıca erkekler “bilimsel” bilgiyi, kadınları tahakküm altına almasının bir aracı olarak kullanmıştır. Zira kadın ebelerin profesyonel alandan dışlanmasının önemli bir nedeninin de, kadınların üreme üzerindeki denetimini zayıflatmak olduğu anlaşılmaktadır.

### **Sonuç Yerine**

Kadınların şifacılıktan itilmesi göstermeye çalıştığım gibi hem cinsler arası mücadelenin hem de sınıf mücadelesinin konusudur. Ekvelden erkekler, “kadın alanı”, “mahrem” yahut “işe yaramaz bilgi” diye rağbet etmedikleri şifacılığı ve ebeliği, şimdi, “bilimsel bilgi” ile bezeyip, kazanç getiren bir erkek mesleği haline getirmiştir. Tıpkı, Sokrates’in iki bin yıl önce “sıradan” ebeliği “üstün” içeriklerle donatarak felsefe yapma yordamını anlatmak için kendine mal etmesi gibi.

Kuşkusuz tıp bilimi son üç yüz yılda muazzam gelişmiştir: Mesele bilimsel tıbbı reddetmek yahut kadınların şifacılık bilgisinin üstünlüğünü iddia etmek değildir. Mesele, erkeklerin, kadınların binlerce yıldır biriktirdikleri bilgiye ve deneyime el koyması; bununla da kalmayıp kadınları bu emek alanından kovmalarıdır. Mesele kadınların bu bilim alanından dışlanmış olmasıdır; hem de kendi emekleri ve bilgileri üzerinde yükselen bir bilim alanından.



## Yararlanılan Kaynaklar

Silvia Federici, *Caliban ve Cadı*. Çev. Ö. Karakaş, İstanbul: Otonom, 2011.

Barbara Ehrenreich ve Deirdre English, *Witches, Midwives, and Nurses A History of Women Healers*, Glass Mountain Pamphlets, The Feminist Press at CUNY, 1973.

David Harley, "Provincial Midwives in England: Lancashire and Cheshire, 1660–1760", Marland, H. (der.), *The Art of Midwifery: Early Modern Midwives in Europe* içinde, New York & Londra: Routledge, 27- 49, 1993.

Lois Paul ve Benjamin D. Paul, "The Maya Midwife as Sacred Specialist: A Guatemalan Case", *American Ethnologist*, 2 (4): 707-726, 1975.

G. Tsoucalas, M. Karamanou ve M. Sgantzios, "Midwifery in Ancient Greece, Midwife or Gynaecologist-obstetrician?", *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34(6): 547-547, 2014.

Melda Yaman, "Sokrates'in Ebeliği: Eril Felsefe ve Dişil Ebelik Üzerine Düşünceler", *SAV e-Katkı Dergisi*, 2016, Sayı: 3.



**Doç. Dr. Özlem ÖZKAN**

## **KADIN SAĞLIK EMEK GÜCÜNDE KAFA KARIŞTIRICILAR**

Herkese merhaba,

Öncelikle “Kadın Sağlık Kurultayı” programının gerçekleştirilmesi için çaba harcayan herkesin emeğine sağlık. Kurultay programındaki sunumumun başlığı “Neoliberal Ekonomi Politikalarla Sağlıkta Dönüşüm ve Kadın Sağlığına Etkileri”.

Neoliberal ekonomi politikalarla sağlıkta dönüşüm programı, özellikle SES’in ve TTB’nin çok sayıda bilimsel toplantısında ve basılı yayınlarında uzun bir suredir kapsamlı olarak ele alındığından, bu konuya değinmeyeceğim. Kadın sağlık emekçilerinin sağlığıyla ilgili öğleden sonra ayrıca başka bir sunum yapılabacağından, ona da odaklanmayacağım. Ancak yine de bu ikinci konuyla ilgili bir iki cümle etmek isterim. Şöyle ki; bugün dünyada sayısı 70bine yaklaşan sağlık emekçilerinin sağlığıyla ilgili ilk bilimsel araştırmalar 1970’li yıllarda başlamış, 1990’lı yıllarla birlikte hız kazanmıştır. Türkiye’de ise ilk araştırmalar 1980’li yıllarda başlamıştır. Genelde kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarının ya da sermayenin sınırsız sömürü ve tahakküm programının, özelde sağlık reformlarının sağlık emekçilerinin sağlığı üzerine etkisini ortaya koyan araştırmalar ve raporlar ise dünyanın pek çok ülkesinde 1990’lı yılların sonlarından itibaren başlamıştır. Bu bilimsel çalışmalar; çalışma yaşamında mevcut ve/veya olası tehlike ve risklerini, sağlık emekçilerinin meslek hastalıklarını, iş kazalarını, işe bağlı sağlık sorunlarını artırdığını, çeşitlendirdiğini ve yenilerini ortaya çıkardığını göstermiştir. Bunlara bağlı olarak, işe ya da mesleğe ara verme/bırakma, sakatlık, iş görmezlik, işe devamsızlık ve ölümlerin bile ortaya çıktığı saptanmıştır. Adı geçen bilimsel araştırmalarda “kadın”, büyük oranda, sadece bağımsız değişkenlerden (etkileyen faktörlerden, bağımlı değişken ile ilişkili faktörlerden) birisi olarak



ele alınmış, nadiren kadının toplum içindeki rollerine atıfta bulunulmuştur.

Sağlık emek gücünde kadın emeğiyle ilgili yürütülen bilimsel araştırmalarda, aşağıdaki kutu-1'de de görüldüğü gibi, kadınların erkeklere göre, 18 farklı alanda eşitsizliklerle ve ayrımcılıklarla karşı karşıya kaldığı ortaya koyulmuştur. Kadın sağlık emekçileri erkeklere göre, vasıfsız, güvencesiz, denetimi ve kontrolü yüksek işlerde daha fazla çalışmakta, daha fazla duygusal emek sömürsüne maruz kalmakta, işyerinde karar verici pozisyonda olmaktan çok, uygulayan ve yönetilen konumda, ücretlendirilmeyen emek-angarya işleri daha fazla üstlenmektedir. ILO (2017) sağlık emek gücünün %70'ini oluşturan kadınların yarısının ücretsiz bakım emekçisi olarak, küresel sağlık piyasasına yıllık üç trilyon dolar kazandırdığını belirtmektedir. 20 ülkede 16 farklı sağlık çalışanı üzerinde yürütülmüş bir araştırmada, bir meslekte kadınların payı ne kadar artarsa, aylık ücretinin de o kadar düştüğü saptanmıştır. Ülkelere göre kadın ve erkek sağlık emek gücü arasındaki ücret eşitsizliği %26-36 arasında değişmekte olup, bu eşitsizlik, Türkiye (2014)'de %35.98'dir. Hatta Avustralya'da her saat başı kadınlar erkeklere göre dörtte bir oranında daha az kazanmaktadır. Kadın sağlık emekçileri o toplumda azınlık, göçmen, egemen olamayan bir inanç grubunda ya da etnik kimlikte ya da yardımcı sağlık emekçisi konumundaysa bilimsel olarak kanıtlanan bu 18 farklı alandaki sorun daha da derinleşmektedir. Kadınların maruz kaldığı ve bilimsel olarak da kanıtlanan bu eşitsizlikler, ayrımcılıklar ve hiyerarşik ilişkiler "kadın" a yönelik bakış açısı ne olursa olsun, hemen hemen herkesin hemfikir olduğu bir konu olmuştur. Burada sadece çalışma saatleri konusunda bir anlaşmazlık bulunmaktadır. Çünkü, egemen de olan bir grup, kadın sağlık emekçilerinin erkeklerden daha az saat çalıştığını, hatta daha az sayıda hastaya hizmet sunduğunu ve burada özellikle ebeveyn olmanın etkili olduğunu iddia ederken, diğer grup, kadınların esnek istihdam içinde daha fazla yer almasının kadınların daha az çalışıyor yanılığına yol açtığını, o nedenle; çalışma saati yerine, çalışma yoğunluğuna bakılmasının daha doğru olduğunu belirtmektedir.



**Kutu 1:** Kadın sağlık emekçilerinin erkeklere göre maruz kaldığı eğiştirlikler, ayrımcılıklar ve hiyerarşik ilişkiler

1. vasıfsız, güvencesiz, denetimi ve kontrolü ↑	11. <u>En çok araştırılan ücret eğiştirliği</u>
2. duygusal emek sömürüsü ↑	12. yönetimde kalıcı pozisyonda olma ↓
3. esnek çalışma (yarı zamanlı, sözleşmeli) ↑	13. karar verici pozisyonlarda ↓
4. düzensiz çalışma saatleri ↑	14. işçi sağlığı ve güvenliği hizmetlerine ulaşma ↓
5. işsizlik riski ↑	15. işyerinin olanaklarından yararlanma ↓
6. <b>.ücretlendirilmeyen emek-angarya-</b> ↑	16. akademik kadrolarda yer alma ↓
7. yönetici pozisyonu ve eczane sahipliği ↓	17. tıp dergilerinde editör/editörler kurulu üyesi olma ↓
8. kararları uygulayan ve yönetilen ↑	18. bilimsel araştırmaların <b>finansal olarak desteklenmesi</b> ↓
9. mesleki ilerlemede engel ↑	
10. <b>.şiddet</b> ve tacize maruz kalma ↑	

Kadın sağlık emekçilerinin erkeklere göre daha sıklıkla maruz kaldığı eğiştirliklerin ayrımcılıkların ve hiyerarşik ilişkilerin bilimsel çalışmalarla da giderek artan sayıda ortaya konması ve tanımlanması oldukça önemlidir. Ancak kadın sağlık emekçileri erkeklere göre bu eğiştirliklere, ayrımcılıklara ve hiyerarşik ilişkilere neden daha fazla maruz kalıyor? sorusuna bilimsel çalışmalarla verilen yanıtların sayısı sınırlıdır. Ya da kadın hekim, hemşire, onların yardımcıları gibi mesleklerde eğiştirliklere, ayrımcılıklara ve hiyerarşik ilişkilere neden farklı biçimlerde ve düzeylerde maruz kalıyor? sorularına bilimsel çalışmalarla verilen yanıtların sayısı yine sınırlıdır. Bu yanıtların büyükçe bir kısmı da kadınlara ve erkeklere toplumca yüklenen belirli rol ve davranış biçimlerinin yine toplumsal olarak kurulduğu anlayışını temel alan “toplumsal cinsiyet” yaklaşımına dayalıdır. Bu ele alış, kadın sağlık emekçilerle erkekler arasındaki eğiştirliği ortaya koyması, tanımlaması ve sonuçlarını incelemesi açısından oldukça önemlidir. Ne var ki bu eğiştirlikleri, ayrımcılıkları ve hi-



yerarşik ilişkileri yeniden yeniden sürekli üreten dinamiklerle, hem bugünün hem de geçmişin toplumsal üretim ilişkileriyle bağıni kurmakta ve onları çözümlenmekte yetersiz kalmaktadır. Sağlıkta kadın emeği tartışmalarında kapitalizmde erkeklerin kadınların emekleri ve bedenleri üzerinde nasıl tahakküm kurduğunu, eşitsiz cinsiyet ilişkilerini nasıl ürettiğini, kapitalist üretim ilişkileriyle ataerkil toplumsal ilişkileri birlikte ele alan sistemi ifade eden ataerkil kapitalizm ya da kapitalist ataerki ile ele alışi ise yok denecek kadar azdır. Oysa, kapitalizm ve ataerki arasında çift yönlü ilişki vardır; sermaye birikimi kapitalist ataerkinin sağladığı olanaklardan yararlanıp, kârını maksimize ederken, bu aynı zamanda ataerkiyi de güçlendirmektedir.

Bu kısa girişten sonra, ben bugün büyük oranda “Sağlıkta Kadın Emeğinde Kafa Karıştırıcılar” başlığına odaklanacağım. Kafa karıştırıcı, karıştırıcı, karıştırıcı yanlılık ya da karıştırıcı faktör sözcükleri, epidemiyolojik araştırmalarda kullanılan bir kavram. Etken ile sonuç arasındaki ilişkiyi ya da nedenselliğin sanılan etkenden değil, başka bir nedenden kaynaklanmasına yol açan faktör(ler)dir. Örneğin, sigara içmeyle akciğer kanseri oluşumu arasındaki bir çalışmada, akciğer kanseri görülme riski yaşla birlikte arttığından, eğer sigara içen ve içmeyen grupların ortalama yaşları birbirlerinden çok farklı alınırsa yaş burada karıştırıcı bir faktör olabilir. Dolayısıyla ben de anoloji yaparak, “kadın sağlık emek gücü tartışırken, neler kafa karıştırıcı oldu? ya da oluyor? sorusunun yanıtını bilimsel kanıtlarla vermeye çalışacağım. Çünkü bu kafa karıştırıcılar, sağlıkta kadın emeğini tartışma ve ele alma biçimimizi, örgütlenme stratejimizi, mücadele ve dayanışma biçimimizi etkilemede tartışmasız çok büyük bir paya sahiptir. Sunumumun süresini dikkate aldığım da, sizlerle kadın sağlık emek gücü tartışmalarında sadece üç kafa karıştırıcıyı paylaşmaya çalışacağım.

### **Kafa Karıştırıcı-1: Neden sağlık reformu ya da sağlıkta dönüşüm programı? sorusuna verilen yanittir.**

Özellikle 1980’li yıllarda ancak daha sonra devam eden süreçte de egemen anlayışta sağlık sisteminde ya da onu oluşturan



ran sağlık emek g¼c¼, finansman vb. her ne değişiklik yapılmak istenirse, aşağıda kutu-2'de de g¼r¼ld¼đ¼ gibi, n¼fusun artması ve yaşlanması, sağlık sorunlarının değişmesi ve karmaşıklaşması, kaynak yetersizliği, sağlık harcamalarının ve maliyetlerin artması gibi y¼zeysel gerekçeler ileri s¼r¼lm¼řt¼r. Kuşkusuz ileri s¼r¼len bu 14 fakt¼r sağlık sisteminin yapısal d¼n¼ř¼m ve değişiminde etkilidir. Ancak bunlar y¼zeysel gerekçeler, ya da etkileyen fakt¼rlerdir; iddia edilenin tersine, sağlık sistemindeki yapısal değişim ve d¼n¼ř¼m¼n temel nedeni değildir. B¼yle olmadığı halde, egemen olan bu anlayış, ideolojik olarak sağlık sistemindeki yapısal ve k¼kl¼ değişimin asıl nedenini g¼r¼lmez kılmakta ya da gizlemektedir.

**Kutu 2:** G¼n¼m¼zde sağlık sistemindeki yapısal d¼n¼ř¼m¼n¼n y¼zeysel gerekçeleri

1. N¼fusun↑ ve yaşlanması	9. Sağlık harcamalarının ve maliyetlerin↑
2. Kronik hastahların morbiditesinin ↑	10. Sağlık gibi kamusal hizmetlerin devletin sırtında y¼k olması
3. 1. ve 2. maddeye bağlı demografik d¼n¼ř¼m	11. Sağlık ¼rg¼tlenmesinin merkeziyetçi olması
4. Yaşam beklentisi↑	12. Teknolojinin s¼rekli gelişmesi ve yeni teknolojilerin hızla ¼retilmesi
5. Sağlık hizmetlerine talebin ve uzun s¼reli bakıma ihtiyacının ↑	13. Bilgi toplumu içinde olunması ve bilginin hızla değişmesi
6. Sağlık sorunlarının değişmesi ve karmaşıklaşması	14. Sağlık emekçileri sayısının yetersizliği, eksikliği ya da açığı
7. Toplumların sağlık gereksinimlerinin değişmesi	
8. Kaynak yetersizliği	

Temel neden, kapitalizmin 1970'li yıllardaki yapısal krizi karşısında sermaye sınıfı ve akt¼rlerinin sağlığı yeni sermaye birikimi sağlayacak alanlardan birisi olarak g¼rmesidir. D¼nya da sağlık reformu, T¼rkiye'de sağlıkta d¼n¼ř¼m programıyla ilk olarak, sağlığın ticarileşmesinin ve piyasalaşmasının ¼n koşulu ya da varlık koşulu olan metalaştırılmıştır. Bunların sonucunda,



sağlık emek gücünden aşı üretimine, aşı üretiminden sağlık finansmanına, sağlık finansmanından ilaç üretimine, ilaç üretiminden sağlık kurumlarına sağlık sisteminin bütün öğeleri, alımın ve satımın konusu haline gelmiştir. Böyle olunca, son yirmi yılda sağlık sektörüne yapılan yabancı yatırımın payı diğer hizmet sektörlerinden 20 kat fazladır. OECD ülkeleri sağlık sektöründen yılda 4 trilyon dolar kâr eder hale gelmiştir. Bu kâr, 2019 yılı gelişmekte olan ülkelerin borcunun 18'de biridir. 2020 yılında dünyada sağlık piyasasının pazar değeri 58.8 milyar dolara ulaşmıştır. Bu miktar, Türkiye'nin 2013 yılı cari açık miktarıdır.

Sağlık emek gücü sayıları giderek artan özel sağlık kurumlarının ihtiyacının karşılanmasında, sağlık işletmelerine dönüşen kamu sağlık kurumlarıyla özellerin birbiriyle rekabet etmesinde, maliyetini azaltmada, ücretleri baskılamada, esnekleşmiş piyasanın ani, hızlı gelişen/değişen durumlarına, değişen gereksinimlerine, dalgalanmalarına yanıt vermede temel öğe olmuş, adeta “kaynak” olarak nitelendirilmiştir. Bunların yanında, sektöre dönüşmüş sağlık kurumlarının yeni yönetim biçimlerine uyum sağlayacak “yeni emek gücünün sisteme dâhil olmasını sağlamak için kapitalist dünyanın ülkeleri harekete geçmiştir. Kapitalist ülkelerin sermaye sınıfı, savunucuları, hükümeti ve devleti sağlık emek gücü sayısındaki yetersizlik, eksiklik, açık, dengesiz dağılım gibi sorunları gerekçe gösterip, sayılarını hızla artırmaya başlamıştır. Öyle ki 1990'lı yıllarda 35 milyon olan sağlık emek gücü, bugün yaklaşık iki kat artmıştır. On yıl sonra bu sayıya 18 milyon daha ekleneceği öngörülmektedir Türkiye'de ise sağlık emek gücü sayısı sadece AKP ile birlikte 378.551'den 2017 yılında üç kattan daha fazla artarak 1.016.401'e ulaşmıştır. Dünyada insan sağlığı ve sosyal hizmetler faaliyetlerinde çalışan sayısı bugün 234 milyondur ve bu sayıya 2030 yılında 40 milyon kişi daha ekleneceği tahmin edilmektedir. Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde (2013) ise toplam istihdamın %11'ini (23 milyon) insan sağlığı ve sosyal hizmet çalışanlarıdır ve toplam ekonominin %7'si sağlık sektörüne aittir.





## **Kafa Karıştırıcı-2: Sağlıkta kadın emekçilerinin sayısı neden giderek artıyor? sorusuna verilen yanıtıdır.**

Tıpkı kafa karıştırıcıların ilkinde olduğu gibi (kutu 2), burada da sağlıkta kadın emeğinin artırılmasının gerekçeleri kapitalist ülkelerin sermaye sınıfı, savunucuları, hükümeti ve devleti tarafından kadınların sağlık emek gücü açığını kapatacak olması, sağlık alanın erkekler için yeterince çekici olmaması, hekimlikte olduğu gibi, eğitim süresinin uzaması, eğitim maliyetinin yükselmesiyle erkeklerin daha iyi ödeme koşulları olan mesleklere yönelmesi, kadınların eğitime daha fazla ulaşabilir olması, mevcut istihdam biçimi olan esnek çalışmanın kadınlar için daha uygun olması gibi yüzeysel gerekçelere ya da etkiye faktörlere dayandırılmaktadır. Hatta geçmişte uzunca bir süre Türkiye’de hemşirelik mesleğine erkeklerin dâhil olacak olması, kimi zaman akademik çevrelerde bile, “mesleğin üyelerinin artık itaat eden değil, itiraz eden olacağı, mesleğin otonomisinin kazanılmasında önemli bir etken olacağı, meslekte güç birikeceği” iyimserliği içinde olunmuştur. Oysa, egemen anlayışın tersine, 1970’lü yıllardan itibaren kadın sağlık emekçilerinin sayılarının sürekli artırılmasının nedeni bunlar değildi. Özü öncelikle, yine yukarıdaki bölümde açıklandığı gibi, sağlık emek gücü sayısındaki artışın arka planındaki gerekçedir. Bir başka ifadeyle, ona bağlı olarak, küresel sağlık sektörünün uluslararası ve ulusal düzeyde sermaye ile hızlı entegrasyonunda kadın emeğinin ucuz olması, ihracata yönelik sanayileşmenin bir sonucu olarak, emek yoğun sektörlerde kadın emeğinin artması ve buna bağlı olarak, sağlık hizmetlerinin her türlü yoğun teknoloji kullanımına rağmen, halen emek yoğun bir hizmet olması ve sağlık iş kolunda bazı işlerin kadın işi olmaya devam etmesidir. Yanı sıra, sağlık hizmetlerinin emek sürecinde yarı zamanlı, süreli ve süresiz sözleşmeli, tele çalışma gibi güvencesiz, düşük ücretli, denetimi yüksek esnek istihdam uygulamalarında kadın emeğinin piyasanın aktörleri tarafından daha fazla talep edilir olmasıdır. Ayrıca, sermaye sınıfı tarafından erkek egemen mesleklerde kadınların, kadın egemen mesleklerde ise erkeklerin dışarıda bırakılması ya da sınırlandırılmasını insan kaynağı israfı olarak görmesi ve bu ‘israf’ın ege-



men olan verimli ve üretken piyasa anlayışıyla ters düşmesidir. Bunların yanında, hem dinin siyasallaşmasının hem de ataerkinin bir sonucu olarak, erkek sağlık emekçisinin erkek hastayla kadın sağlık emekçisinin kadın hastaya hizmet vermesi talebinin oluşturulmasıdır. Bunların sonucunda, sağlık sektöründe artan kadın sayısının kaynağı büyük oranda göçmenler, neredeyse tümünün kadın olması nedeniyle çevre emek gücü olan yardımcı sağlık emekçileri ve sağlık teknisyenleri, sosyal hizmetlerde ise yine göçmenler ve bakım ve destek emekçileridir.

### **Kafa Karıştırıcı-3: “Dünyada sağlık emek gücü feminize”dir.**

Emek gücünün feminizasyonu, emek gücünün yarısı ve daha fazlasının kadınlardan oluşmasıyla da özdeşleştirilen bir olgudur. Böyle bakıldığında, “Dünyada sağlık emek gücü feminize”dir tespiti “kısmen doğru”, kısmen yanlıştır. Kısmen doğrudur; çünkü Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de 2019 yılında kadın sağlık emekçilerinin küresel sağlık emek gücünün yaklaşık % 75’ini, sağlık ve sosyal faaliyet alanının ise %70’ini oluşturduğunu, 104 ülkede ise bunun % 67’i olduğunu belirtmektedir. Hatta böyle verilere bakılarak bu genelleme de yapılmaktadır. Oysa,

- İnsan sağlığı ve sosyal hizmetler faaliyet alanına,
- Ülkelere,
- Sağlık meslek gruplarına ve
- Hekimlerin uzmanlık alanına göre kadın emek gücünün sayısına ya da emek gücü içindeki payına bakıldığında, “dünyada sağlık emek gücü feminize”dir tespitinin yanlış olduğu daha açık görülecektir.

Bunların yanında, özellikle sağlık emek gücüyle ilgili verilerin güvenilirliği de önemli sorunları barındırmakta, dolayısıyla bu sorun, kadın sağlık emekçilerinin sayılarına da yansımaktadır. Örneğin, Türkiye’de lisans düzeyindeki sağlık memurluğu bölümleri mezunları hemşire olduğu halde, istatistiklerde “hemşire” olarak yer almamaktadır. Sağlık ve sosyal hizmetler faaliyetlerinde çalışanların sayıları örneğin Türkiye’ gibi pek çok



ülkede araştırmalarla bazılarında ise mevcut verilerden yararlanılarak elde edilmiştir. Özellikle araştırmaların örnek seçimi önemli bir tartışma konusudur. Tüm bunlar, sağlık emek gücündeki kadınlarla ilgili verilere de şüpheli yaklaşılmasının bir göstergesidir.

• ***İnsan sağlığı ve sosyal hizmetler faaliyet alanına göre emek gücünün feminize olup olmadığı farklılık gösterir.***

İnsan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetlerinin sınıflaması ülkelere göre farklılık göstermektedir. Örneğin, Türkiye dâhil AB ülkelerinde Ekonomik Faaliyetlerin İstatistiki Sınıflaması (NACE), ABD’de ve Asya ülkelerinde ise farklı sınıflama kategorileri kullanılmaktadır. Bu sınıflamalar hangi işin ya da meslek grubunun bu faaliyetler kapsamında olmasında, yardımcı sağlık emekçileri kategorisinde kimlerin yer alacağını etkilemektedir. Bazı sınıflama kategorilerine göre, bazı ülkelerde veteriner teknisyenleri, veteriner yardımcıları, hekim yardımcıları gibi meslek grupları bulunurken, Türkiye’de bulunmamaktadır. Paramedikal uygulayıcılar, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulayıcıları ise yine bazı ülkelerde yer almazken, pek çok Asya ülkesinde profesyonel düzeyde bir meslek gurubu olarak kabul edilmektedir. Kişisel bakım hizmeti verenlerse bu faaliyetlerde yer alan yeni bir çalışan grubudur. Herkesin bildiği gibi, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulayıcıları dışında kalan bu emekçilerin büyük bir çoğunluğu “kadın”dır. Dolayısıyla, bir ülkenin insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyet alanında kullandığı sınıflama, sınıflama içinde yer alan emekçiler kadın emekçi sayısını ve sağlık emek gücünün feminizasyonunu etkilemektedir. Genellikle sosyal hizmet alanı sağlık alanına göre düzeyi değişiklik gösterse de daha fazla kadın emeğine dayalıdır.

• ***Ülkelere göre sağlık emek gücünün feminize olup olmadığı farklılık gösterir.***

Emek gücünün feminizasyonu, ülkelerin kapitalizme eklenme biçimine, sağlık sisteminin piyasaya entegre olma düzeyine ve o ülkenin din devleti olup olmamasına göre farklılık göstermektedir. Örneğin, 18 ülkede (Avusturya, Kanada, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Hollanda, Norveç, İs-



panya, İsviçre, Birleşik Kırallık, ABD, Çekoslovakya, Macaristan, Polonya, Rusya, Slovakya ve Slovenya) sağlık emek gücü kadın ağırlıklıdır ve kadınların payı %62-85 arasında değişmektedir. Rusya (%85) ve Birleşik Kırallık (BK) (%79)'ta sağlık emek gücü neredeyse tümüyle kadınlardan oluşmaktadır. Bunların tersine, Meksika (%42), Hindistan (%38) ve Yeni Zelanda (%41)'daki sağlık emek gücü ise erkek ağırlıklıdır. Türkiye'de kadın sağlık emekçilerinin payı (2017) ise %59'dur. Sağlık ve sosyal hizmet faaliyetleri bakımından değerlendirildiğinde (2018 yılı), Finlandiya (%86), Danimarka (%83), Hollanda, Kanada (%82) ve Portekiz (%80.8)'de ise yine neredeyse tümüyle kadınla emeğine dayalıdır. Türkiye'de ise bu pay %55.7'dir.

• **Sağlık meslek gruplarına göre emek gücünün feminize olup olmadığı farklılık gösterir.**

1980 yılı öncesinde hemen hemen her ülkede hekim, diş hekimi eczacı, fizyoterapist ve sağlık teknisyenleri erkek ege- men iken, sağlık reformlarıyla 1980 sonrasında kadınların payı önemli oranda artmaya başlamış olup, pay, yine ülkelere göre büyük oranda farklılık göstermektedir. Örneğin, özellikle sağlık reformlarıyla da eczaneler zincir eczanelere dönüşüp, eczacılar da oraların çalışanı olmasıyla beraber, erkekler hızla mesleği terk etmeye, erkeklerin yerini kadınlar almaya başlamış, hatta bazı ülkeler büyük oranda kadındır. Bir başka ifadeyle, 1980'li yıllardan bugüne çoğu ülkede kadın eczacılar erkeklerden mesleği devr almıştır. Bugün dünyada mevcut eczacıların %56'sını kadınlar oluşturmakta, bu payın 2030 yılında %72'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Oysa Çek Cumhuriyeti'nde eczacıların neredeyse tümü kadinken (%80), bu Kanada (2007-2016) %60-70, Türkiye'de ise %55 düzeyindedir. Bunların tersine, Uganda (%20), Suudi Arabistan (%12.8) gibi ülkelerde ise kadın eczacıların payı oldukça düşüktür.

Dişhekimlerinin ve tıp hekimlerinin muayenehaneciliğin neredeyse sona ermesi, hastanelerin çok uluslu şirketlerin mülkiyetine dönüşmesi vb. nedenlerle, sınıfsal konumları hızla değişmiş, bunların sonucunda proleterleşmişlerdir. Bu ve benzeri nedenlerle, bu meslek gruplarında kadın erkek payı benzer



eğilim ve düzeylerde değişmeye başlamıştır. Kadın hekimler sırasıyla (2018); Avrupa bölgesinde %53, Amerika'da %46, Doğu Asya bölgesinde %41, Güney Doğu Asya bölgesinde %39 Orta-doğu'da %35 ve Afrika bölgesinde %28 düzeyindedir. Bir başka ifadeyle, tıp hekimleri bazı ülkelerde feminizedir. Dişhekimleri ise Brezilya'da %54.9, BK'de %49, Rusya'da %48, Almanya'da %42.3, Suudi Arabistan'da %38.5, İzlanda'da %33, ABD'de %32.5, Kanada'da %29.5'dir. Ülkeden ülkeye geçerse de tıp hekimlerinde büyük oranda, dişhekimlerinde daha düşük oranda çok sayıda kadınlar mesleğe girdiği halde ya da 'istilâ' ettiği halde erkeler o mesleği terk etmemiştir.

Ebelik ve hemşirelik mesleklerinde ise, diş hekimi eczacı, fizyoterapist ve sağlık teknisyenlerindeki hareketin tersi olmuştur. Yani kapitalizmin neoliberal ekonomik politikaları için, tek cinsiyete dayalı bir emek gücü, insan kaynağının israfı bu 'israf'ın da yine onlar tarafından verimli ve üretken piyasa anlayışına ters düşmesidir. Sermaye sınıfı tarafından, örneğin kadın hemşirelerin, ebelerin hastaları hareket ettirme, taşıma, yataktan kaldırma gibi fiziksel olarak zorlu hareketlerle daha fazla yaralanması, gebelik ve doğuma bağlı izinler vb. bir maliyet unsuru nitelendirilmesidir. Ek olarak, din devletinin de etkisiyle erkek hastaya erkek ebe ya da erkek hemşire, kadın hastaya kadın ebe ya da hemşire talebi oluşturulmasıdır. Tüm bunların sonucunda, özellikle hemşirelik mesleğinde erkeklerin sayısı dikkat çekici bir biçimde artmıştır. Erkek hemşirelerin en fazla olduğu yerler sırasıyla; Afrika (%35), Ortadoğu (%21) ve Güney Doğu Asya bölgeleriyle (%21), Suudi Arabistan (%33), Kenya (%24), İtalya (%21) gibi ülkelerdir. Böylesi bir durum, daha önceden kadın hemşireyle özellikle erkek hekim arasındaki kapitalist ataerki ilişkilerinin bu defa kadın-erkek hemşire arasında kurulmaya başlamasına yol açmıştır. Ayrıca, emek etkinliğinde erkek ve kadın hemşireler arasında cinsiyete dayalı iş bölümü ortaya çıkarmıştır; erkek hemşireler daha çok daha teknik işlerde ve teknoloji kullanımı odaklı, kadın hemşireler ise bakım odaklı çalışmaktadır. Kapitalist ataerki ilişkilerin bir sonucu olarak, bakım odaklı çalışmak, kadınların evdeki fark-



lılaşmamış rolünün bir uzantısı olduğu varsayıldığından emek değersizleştirilmektedir.

Hekim, hemşire, ebe, veteriner vb. yardımcısı konumundaki sağlık emekçileri; çevre (perifer) emek gücü, niteliksiz emek gücü, ara insan gücü ve ikincil emek piyasası gücü olarak görülmektedir. Sermaye sınıfı için eğitim maliyetleri düşük, geçici ve güvencesiz çalışan; işsizlik riskleri, denetim ve kontrolleri yüksek, piyasanın her türlü dalgalanmasına göre şekil verilebilen bir meslek gurubudur. Dolayısıyla, emek sömürsüne en fazla maruz kalanlardır. Dünyada çok sayıda ülkede 1990 yılından sonra en büyük bir artış gösteren meslek grubudur ve neredeyse hepsi kadındır. Türkiye’de ilk mezunlarını 2018 yılında veren sağlık meslek liselerinde yardımcı sağlık emekçisi olarak ebe yardımcısı, hemşire yardımcısı ve sağlık bakım teknisyeni yetiştirilmektedir. Yaklaşık dört yıl sonra, onların sayısının 85853 olması planlanmıştır. Sadece İstanbul’daki 30 devlet sağlık meslek lisesindeki öğrencilerin %72.2’si kadındır.

Ne var ki Türkiye dâhil, hemen hemen her ülkede, yardımcı sağlık emekçileri böylesi büyük bir kitleye sahip olmasına ve neredeyse tümüyle kadın emeğine dayalı olmasına karşın, bugün emek örgütlerinin ve kadın çalışmalarının en fazla göz ardı ettiği bir gruptur. Dolayısıyla, sağlık emek gücünde kadın emeği tartışmalarındaki kafa karıştırıcıları dikkate almak, özellikle sendikaların emeğin örgütlenmesinde yardımcı sağlık emekçilerine yönelik politika geliştirmesi elzem görünmektedir.

Sürem dolduğu için konuşmamı burada sonlandıracağım. Sorularınızla üzerinde duramadığım, eksik bıraktığım konuları tartışabiliriz diye düşünüyorum. Tekrar beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.



**\* Bu konuyla ilgili kapsamı bilgiler için;**

1. Özkan Ö. (2016) *Ataerkil Kapitalizmin Kadın Sağlık Çalışanlarına Etkisi. İçinde: Kapitalizm, Ataerkillik ve Kadın Emegi. Neoliberal ve Muhafazakâr Dönem Kadın Emegi. Der.*

Yaman, M., Dedeoğlu, S., SAV, İstanbul. 2016. s. 130-170.

2. Özkan Ö. (2014) *Esnek Üretim Hemşire Emegi için Bir Tuza mı? Bir Fırsat mı? İçinde: Emegin Kitabı. Ed. Yaman, M., Yarkın, G., Tuna, G., Ercan, F.. Sosyal Araştırmalar Vakfı III. Bölüm, 1. Basım, Mayıs 2014. ISBN 978-605-86699-7-8. s. 556-574. (editörün izniyle yayımlanmıştır: Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Kadın Dergisi, 2, Mayıs. 2013:54-65)*



## Canlı Tartışmalar

**KADİME ARSLAN (İstanbul):** Yardımcı sağlık personelini kim tanımlıyor?

**ÖZLEM ÖZKAN (Panelist):** ABD bazlı sınıflandırmalardan devşirilen tanımlamalar bunlar; Bu yardımcı sağlık personeli işgücü piyasasına girerse hemşirelerin işi biraz hafifler ve bakım emeğine daha çok vakit ayırabilirler diye bir iddia da var.

**DELAL ALAGÖZ (Aydın) :** Evdeki iş yükü, anne olmak, ağır bir işte çalışmak, sosyalleşememek bizim mobilizasyonumuz için büyük engeller. Ev zaten yoğun, bu sebeple kadınlar işgücü piyasasında sorumluluğu fazla olan alanları tercih edemiyor ve mobilize olamıyor.

**AYLİN AKÇAY (MYK) :** Toplu sözleşme ile ilgili anket yaptık; doğum izni hakkında 2-3 yıla kadar doğum izni beklentisi olduğu ortaya çıktı. Esnek çalışma ve kadınların “zorla” rızası söz konusu bu konuda. Esnek çalışma kadınlar açısından çok daha kafa karıştırıcı. Toplumsal cinsiyet rollerinin yakın vadede değişmeyeceğine olan inanç, “gönüllü” (/zorunlu) bir rızaya sebep oluyor. İLO’nun 190 sayılı sözleşmesinde -Türkiye henüz imzalamadı- bile işverenlere; “İşverenler aile içi şiddetin kadın emekçilere etkisini görmek, koruyucu yöntemler geliştirmek zorunda” diyor ve bunun sonucu da esnek çalışmaya işaret ediyor. Bu oldukça çok kafa karıştırıcı. Kadın özgürleşmesi açısından esnek çalışma sistemi üzerine daha detaylı çalışmalıyız.

**MELDA YAMAN (Panelist):** Esnek çalışmayı neden reddediyoruz? Biz aslında esnek çalışmaya değil, esnek çalışmanın şu anki sistemde ki kurgusuna itiraz ediyoruz. Şu anki sistemde esnek çalışmanın norm olmaya başlaması sorun. Esnek çalışma artık sermayenin yeniden örgütlenmesinin bir yolu. Esnek çalışmanın cinsiyetçi boyutunu da görmek lazım. Başka meka-





nizmalar var burada, mesela bakım işini kim yapacak? Burada sermaye ve ataerkinin işbirliğini görmek gerekiyor. En ufak bir kriz anında sermayenin ilk başvurduğu, bakım emeğinin ücretsizleştirilmesi! Bakım emeği çok önemli bir alanı kaplıyor. Şu anda sahip olduğumuz bir sürü şeye sahip olmayabiliriz, kendimiz yapabiliriz, ama olmazsa olmaz olan bakım emeği ve bu emeğin yükü kadınların üzerinde.

**ZUHAL GÜLER (Malatya) :** Kadınlar ilk zamanda şifacı ve doğuma yardımcı konumundayken şimdi sadece bakım emeğine sıkıştırılmış bir durumda . Kadın sağlığı deyince üreme ve üreme sağlığı hakkında sağlık problemleri anlaşılıyor. Bu geçiş nasıl oldu? (Sorum Melda Yaman'a). Sadece kadınların emek gücünde olması kapitalizmin işine yaramaz dediniz, bu ne demek? Kadın emeği ucuzsa nasıl işine yarıyor? Palyatif ve cerrahi gibi yoğun bakım servislerinde yine kadınlar yoğun çalışıyor. Erkekler daha mobil ve daha fazla yönetim kadrolarında rol alıyorlar. Ama özel sektörde durum böyle değil. Erkeklerin bakım alanlarına dahil edilmesi ne demek oluyor? (Bu sorum Özlem Özkan'a)

**SEMRA USTABAŞ (İzmir) :** (Melda yaman'a) Sistemde emek gücü değişse de kadınlara olan ihtiyaç bitmiyor. Kadın emeğini yine ihtiyacı halinde izin dahilinde de kullanıyor. Mesela rüşvet ve ücretini verdiği takdirde kilise ile çalışan şifacı kadınlar da var o baskı döneminde. Şu anda bir hemşire, 3 hemşirenin işini yapar hale geldi. Bakım emeği aslında para ile çok ilişkili. Devletin bakım emeği desteği bizi yine ev içi emeğe bağlayan bir mekanizma oluyor. (Özlem Özkan'a :)Mobilize olmaktan bahsettik, sendikal örgütlenme alanımızda mobilizasyon konusunda sanırım biraz kısılcacın içindeyiz. Yeni kuşaklara ulaşma araçlarımız neler olabilir? Örgütlenme ihtimalimiz giderek azalıyor gibi...

**MÜBECCEL İLHAN (TTB):** Sağlık alanında de kadınlar olarak varız ama örgütlenme içerisinde çok az kadın var maalesef



Üyelik şartları bu sebeplerden biri olarak görüyorum. Yani üyelik zorunluluğu olan alanlarda üyelik bağının para üzerinden kurulması üye sayısını azaltıyor. Melda Hocanın bu tarih çalışması çok önemli, kadınların tarihten nasıl yok edildiğini bilmek çok önemli!

**DENİZ NALBANTOĞLU (Denizli):** Esnek çalışma hakkında konuşmak istiyorum. Ben işyeri hekimiyim, bant çalışma sisteminde esnek çalışma şansınız yoktur. İşsizlik demektir. Esnek çalışma hakkımız talebimiz ama Melda Yaman'ın dediği gibi, bu haliyle değil. Esnek çalışma kadın sağlıkçılar için güvencesizlik, işsizlik demektir. Özel sektörde esnek çalışmayı uygulatmıyoruz.

**NİLGÜN KUTAY (İstanbul):** Biz neden yol alamıyoruz hakkında bir şeyler söylemek istiyorum... Bizim şu an yaşadığımız şey "rızanın inşası"! Her anda şu an rızamızı (şiddete, ikincilleştirilmeye) inşa etmeye çalışıyorlar.

**ZEHRA AYATA (Antalya) :** Esnek mesaide örgütlenmemize ve birbirimizi görmemize de engel olur. Esnek çalışma bizi eve kapatır ve örgütlenmemizi de engeller. 6 saatlik güvenceli çalışma ve işyerinde yapabileceğimiz spor aktiviteleri ve sosyalleşme biçimleri için mücadele edelim.

# PANEL: 2

---

## **KADIN BEDENİNİN DENETİMİ VE BEDENİNE YABANCILAŞMA**

Doç.Dr. FERYAL SAYGILIGİL

## **KADIN GÖÇMEN, MÜLTECİ VE TARIM İŞÇİLERİNİN SAĞLIĞA ERİŞİMİ**

Prof. Dr. ŞEVKAT BAHAR ÖZVARIŞ

## **KADIN SAĞLIĞI VE MUHAFAZAKARLIK**

Dr. SELMA GÜNGÖR

Kolaylaştırıcı: SELMA ATABEY





**Doç.Dr. Feryal Saygılıgil**

## **KADIN BEDENİNİN DENETİMİ ve BEDENİNE YABANCILAŞMA**

### **Beden Politikaları**

Sevgi Soysal Tante Rosa (İletişim yayınları, 2002) isimli ilk olarak 1968 yılında yayımladığı eserinde, kahramanı Rosa çocuktan itibaren vücuduyla

arasına mesafe koymasını, ondan utanması gerektiğini ve yasakları öğrenir: “Tante Rosa rahibe okulunda vücudunun kötü bir şey olduğunu öğrendi. Yıkanırken soyunmak yasaktı. Gömlekle yıkanılıyordu. Bir gün yine koşarken düştü. Rahibeler yarasını sarmak için de olsa, kara çorabını çıkarmasına izin vermediler. Yara iltihaplandı. Schwester Maria, Rosa’ya, Tanrı’nın onu cezalandırdığını, vücudunu unutmayı, içini Tanrı’ya adanmayı, arzularını sindirmeyi bilmediği için yarasını iyileştirmedini söyledi. Rosa ağladı, mavi gözlü yakışıklı İsa’nın böylesine kindar bir Tanrı’nın oğlu olamayacağını düşündü ve dualarında Meryem Ana’dan İsa’nın gerçek babasını sordu. Kralı sordu ona.” (s.24) . Zamansız ve çok yemek yemek de vücuduna zarar verdiği için kötü bir şeydir, kurallara aykırıdır. O ise yemek yemeyi severdi: “ Mutfağı severdi, orda atıştıracak şeyler buluyordu. Yemek düşkünlüğünün kötülüğü belletilmişti ona, ama mutfağı seviyordu, midenin doygunluğunu seviyordu”(s.26). Rahibelerin yaptığı çöreklerle yetiştiği yerden (Bavyera) öğrendiği biçimiyle, doğallıkla “oğlan çükü” dediği için rahibe okulundan atılır. Yaşamın içine balıklama dalar ve izin verildiği ölçüde kendini arayışının hikâyesi böylelikle başlar. Seviştiği adamdan hamile kalır, “piç kurusu doğurmamak için” evlenir. Kocasıyla evlendikten sonra istemeden sevişir. Üç çocuk doğurur ve kilise, kutsal aile, kasaba üçlüsüne dayanamayarak aile ocağını terk eder. “Kilise, papaz, koca, hizmetçi aforoz yarışı”(s.37) yaparlar. Tante Rosa bir kez daha yollara koyulur; yine



evlenir, kocası ölür. Mezar temizleyiciliğinden, pansiyonculuğa, helâ temizleyiciliğine, kasiyerliğe kadar pek çok iş dener; kovulur, şiddet görür. Yılmaz, her seferinde silkinir, ayağa kalkar, yine yoluna devam eder. Bir gün aynanın karşısında pörsüdüğünü, eskidiğini fark eder. Ancak, niçin eskidiğini kavrayamaz. Bilmesi gerekir ki yeni Rosa'yı bunun üzerine kurabilsin. Yorulur; küllerinden yeni Rosa'lar doğsun diye bu dünyayı terk eder.

Kristeva'ya göre iğrenç olan (abjection), toplumsal ve simgesel düzene uymayan ya da bu düzeni bozan, düzenin dışında bırakılması, ahlaksız sayılması, sınırların dışında olması gerektirir. Tante Rosa düzenin bir parçası olsa da çocukluktan başlayarak sorguladığı her durumda bir engelle karşılaşır, toplumdaki uzak tutulmaya çalışılır, dışarı itilir. Kristeva'ya göre iğrençlik, çeşitli yasaklar, gelenekler, sınırlamalar yoluyla sistematik olarak dışarıda bırakılma sürecidir. "Saf olmayan, iğrenç olan" sınıflandırmayı bozar, düzensizlik yaratır. Bedenin temizliği ile birlikte için/ruhun da arınmışlığı kutsal metinlerden başlayarak pekiştirilir. Din iğrenç olanı ortadan kaldırır. Hıristiyan öğretisine göre kadın bedeni kötülük ve günahın taşıyıcısı ve somutlaşmış yansımasıdır. On sekizinci yüzyıla kadar cinsellik kilisenin yasalarıyla ele alınır. Kiliseyi tıp ve hukuk izler. Bütün yasaklar, normlar ve kurallar toplumun düzenini sağlayış yollarıdır. Rosa'ya rahibe okulundan başlayarak öğretilenler, evini terk edişinin, orospuluk yapmak istemesinin şaşkınlıkla karşılanması toplumun istikrarını sağlamak içindir. "Vatan, din, aile" üçlüsünün birlikte hareket etmesi aralarındaki dengenin bozulmaması gerekir. Bu düzene çomak sokan bireyler toplumun kıyısına atılır. Sevgi Soysal'ın metnini sıra dışı yapan ve de güçlü kılan işte bu üçlü arasındaki dengenin yerinden oynatılması, değiştirilmesi ve yerle bir edilmesidir. Rosa'nın düzenin bir parçası olmayı istemekle birlikte ona sunulanları kabullenmeden önce hep sorular sorması, öğretilere karşı çıkması, samimiliği, tek başınalığı ve kendi düzenini kurma çabaları tıklarında giden düzenle uyum sağlayamaz. Sevgi Sosysa'nın eseri patriyarkal sistemin kadın bedenini denetleme mekanizmalarının gözler önüne serilmesidir bir bakıma.



## Kadın Bedeninin Denetimi

Erkek egemen sistem yapısı özel yaşamdan kamusal yaşama, tüm kurumlarda ve söylem biçimlerinde kadınlar üzerinde etkisi sürdürmektedir. Baskı ve denetim mekanizmasının en somut gerçekleştiği yer kadın bedenidir. Beden kelimesinin kökü Fransızca *corps* yani korseden gelir; ruhu ve organları sıkı sıkıya saran bir kılıf anlamında. Arapça kökü ise *badan* yani zırh, ya da *wucūd* yani varoluş/mevcudiyet anlamını taşır. Beden din, yasalar, ahlak kuralları üzerinden tahakküm altına alınır, nesneleştirilir. Batı'da yaşanan cadı avları tesadüf değildir. Bu avlar kadın cinselliğini ve doğurganlığını denetlemek anlamına gelir. Nüfus politikalarının uygulamalarından biridir. Cadı avlarında damgalanan kadın imgesinin karşısına çıkarılan kadın güçsüz, pasif, kontrol edilmesi gerekendir. Beden üzerinden normal/anormal ya da patolojik, ahlaklı/ahlaksız, namuslu/namussuz, kirli/temiz, engelli/sağlam gibi ikilikler, paralel kategoriler yaratılır. Michel Foucault 18. Yüzyılın sonlarından itibaren ortaya çıkan yönetim biçimini öncekilerden ayırır. Modern iktidarlarda belirleyici olan artık hükümdar değil yönetim sistemleri, toprak değil insandır. Siyasetin konusu insan yaşamıdır. Bu nedenle siyasi veriler biyolojiden referans alır. Genel olarak nüfus politikaları (kürtaj ve/ya çocuk doğurma ile ilgili söylemler), en sık rastlanan modern iktidar söylemleridir. Artık bir tertip söz konusudur. Benzer şekilde sağlık üzerinden çeşitli dinsel edimlerin meşrulaştırılması (namaz kılmak, abdest almak insanı diri tutar, soğuk su kan dolaşımını hızlandırır); fazla kilonun ahlaki sapmanın, irade zayıflığının, kişisel disiplinin zedelendiğinin bir göstergesi olarak kabul edilmesi gibi örnekler düşünülebilir.

Modernizm, hem nüfus politikaları hem de ahlaki denetim açısından cinselliği denetim altına alır. 19. yüzyılın seküler tıbbi mastürbasyonu, ters ilişkiyi, eşcinselliği yasaklar. Normlar düzenlilik, sağlıklı ve güzel olmayı tarif eder. Heteroseksüel ilişkiler ve bu ilişkileri yasal çerçevede içinde yaşamak düzenlenir. Kadınların ev içinde erkeklerinse kamusal yaşamda varlıkları uygun görülür. Bekâret "namus" ve "iffet" in simgesi haline gelir. Yaşadığımız süreçte de bize dayatılan politikalar farklı değil-



dir. Aile içinde üreme merkezli cinselliğin örgütlendiği, tıbbın bireyselleştirildiği, koruyucu sağlık uygulamalarından vazgeçildiği uygulamalardır sözü edilen.

Cinsellik ve cinsel sağlık üzerinde en az konuşulan konulardan birisidir günümüzde. Çocukluktan yetişkinliğe dek kadınlar cinsellik konusundan habersiz büyütülmeye çalışılır. Kadınların kendi bedenlerini, cinselliklerini tanımalarına izin verilmez. Bu konu konuşması, doğru bilgilere ulaşılması anlamında yasaklı konulardan biridir. Cinsellik daha çok üreme sağlığı üzerinden söz konusu edilir.

Kadın dergilerinde sunulan ince hatlı modellere benzemek için çok sayıda genç kadın- ki onlar yeniden üretim için idealdir-yeni yetme hatta küçük kızlar beslenmeden yoksun kınırlar. Sağlıkları için risk oluşturabilecek erken osteoporoz, kısırlık gibi sorunlar söz konusu olabilir onlar açısından. Kadın bedeninin nesneleştirilmesi yeni değildir: Yüksek sınıftan Çinlilerin ayak sargıları -beş yüzyıldır süren bir gelenek-, tahta tepsiler tarafından biçimsizleşen Afrikalı kadınların dudakları, Güney Asyalı Karen'lerin boyunlarının kolyeyle uzatılması, Djerba adasındaki genç kadınların evlenmeden önce şişmanlatılması bu tür uygulamalara birkaç örnektir. Korseler ve ince bellerle, daha sonra yüksek topuk ve ayağı biçimsizleştiren dar ayakkabırlarla Avrupalılarda bundan geri kalmamıştır Antropologlar "bu sıkıntılara maruz kalanların çoğunlukla kadınlar olduğunu biçim değiştirme uygulamalarının erkeklerde çok nadir görüldüğü" konusunda anlaşılır.

64 Fransız araştırmacı Annie Hubert, "bolluğun tam ortasına zayıflığın, sıskalığın, bedenın kırılmasının, çökmüş avurtların" yerleşmesi için hangi sosyal yöntemlerin çekici kılındığını sorgular ve uzun süreden beri kadın bedeninin estetik baskıların nesnesi haline geldiğini tartışır. Amerika'da ve İngiltere'de, ortaya çıkan, çoğunlukla feminizmle benzeşen hareketler tüm ıvır zıvırlarıyla birlikte korselerin gözden düşmesini sağlar. Kadınlar nihayet 1950'lili yıllarda normal nefes alabilirler. 50 santimetreden daha büyük bel ölçüleriyle ve lastik korsenin ortadan kalkmasından sonra bile güzel kalabilirler. Bu özgürleşme





çok kısa sürer. Çünkü zamanla mekanik baskının yerini yağları yeren, zayıflığı göklere çıkartan içselleşmiş baskı alır. Hubert “Kadın bedeninin temsil şekli giderek çok zayıf, hatta tüy gibi, genç ve tuttuğunu koparan, her türlü somut cenderelerden kurtulmuş bir bedene doğru biçimlendi. Bunlardan sonuncusunun yeri baskısı gittikçe artan ahlaki ve soyut cenderelerle dolduruldu.” diye eklemektedir.

Dennis Altman, Küresel Seks (çev. : Serpil Çağlayan, Kitap yayınevi, 2003) isimli kitabında küreselleşmenin ne ölçüde bedenlerimize, bedenle ilgili söylemlere/söylemlerimize sızdığını, bedeni ele alış biçimini etkilediğini, tek tipleştirdiğini, bedeni meta haline getirdiğini, bedene ilişkin zayıflama modasının anoreksiya gibi yeni hastalıklara yol açtığını vurgular. Bununla birlikte küreselleşmenin beden politikasındaki sonuçlarından biri olarak “belli söylem ve uygulamaların dünyaya yayılması” anlamında yeni kurumlar ortaya çıkararak, ana-çocuk sağlığı, HIV, uluslararası planlama, işbirliği ve denetimin etkinlik haline gelmesi ve bunların da dolaylı olarak yeni kimlik politikalarına katkı sağladığı yönünde bir saptama yapar (s.85). Kadın bedeni söz konusu olduğunda uluslararası kadın örgütlerinin “doğum kontrol hakkı ve ana-çocuk sağlığına” odaklanmaları, bunun için mücadele etmeleri de buna dahildir. Öte yandan “kadın cinselliğinin denetlenmesinin” en önemli saç ayaklarından birini oluşturan kürtaja, doğum kontrolüne karşı çıkılması ve gelişmiş ülkelerdeki nüfusun islahı adı altında “İsveç’te irksal olarak belirgin Çingene özellikleri taşıyan kadınların kısırlaştırılması”, “Norveç’te 1994 yılına kadar, zihinsel engelli kadınlara radyasyon uygulanması” ya da “ilk doğum kontrol haplarının, Amerikan pazarlarına sürülmeden önce Haiti ve Porto Rikolu kadınlar üzerinde denenmesi”, “merkezleri zengin ülkelerde bulunan ilaç şirketlerinin geliştirmekte olan ülkelerin pazarlarına ilgi duyması ve doğum kontrol haplarının “sosyal pazarlaması” için devletler üzerine baskı kurması”, “doğum kontrol hapi kullanımının en yüksek düzeye erişmesini sağlamak amacıyla, bu tür ilaçların herhangi bir tıbbi muayene ve gözetim olmaksızın kullanımının kadın sağlığına zararlı olabileceği gerçeğinin, ilaç şirketleri ve doğum kontrol örgütlerinin sessiz işbirliğiyle



göz ardı edilmesi” (s.86-88) gibi tüyler ürpertici örnekler vere-  
rek kadın cinselliğiyle ilgili beden politikalarının nasıl işlediğini  
gözler önüne serer.

## Cinsellik

Brigitte Lhomon Eleştirel Feminizm Sözlüğü’nde (Yayına  
Haz.: Helena Hirata, Françoise Laboire, Hélène le Doaré, Daniè-  
le Senotier, çev.: Gülnur Acar-Savran, Kanat Yayınları, 2009) cin-  
selliği şöyle tarif eder :

“İnsan cinselliği, fiziksel ve zihinsel haz olmak üzere, beden-  
nin ve özellikle-ama bunlarla sınırlı kalmaksızın- genital organ-  
ların kullanılmasıyla ilgilidir. Bu hazzın doruk noktası kimiler-  
ince orgazm olarak adlandırılır. Cinsel tutumlar, davranışlar,  
ilişkiler, pratikler ve edimlerden söz edilir.

Cinsellik, daha geniş olarak, bu kullanımların toplumsal ku-  
ruluşu, yani bu pratiklerin biçimlendirilmesi ve düzenlenmesi  
olarak tanımlanabilir; söz konusu kuruluş dönemlere ve top-  
lumlara göre değişiklik gösteren bir kurallar ve normlar bü-  
tününü belirler. Bu kurallar ve normlar, bazı cinsel edimleri  
yasaklar, bazılarını ise buyurur ve bu edimlerin birlikte gerçek-  
leştirdiği, gerçekleştirmesi gerektiği kişileri belirler. İlk cinsi-  
yetin yapılışına bakmadan, yani anatomik-fizyolojik cinsiyetleri  
bunların her birinin işlevlerine ve genital organlar üzerindeki  
müdahaleler –özellikle de günümüzde kadınları ilgilendiren  
sakatlanmalar- ilişkin çeşitli anlayışları gözden geçirmeden,  
cinselliği tasarlamak mümkün değildir. Bu anlayışlar, belli bir  
toplumda hem her bireyin cinsiyetinin de olduğu ve ne olma-  
sı gerektiğinin –erkek ve dişi insan tekleri tanımlarının- hem  
de bu bireylerin herkesin uyması gereken özellikler ve işlevler  
taşıyan toplumsal gruplardan hangisine ait olması gerektiği-  
nin- erkek ve kadın tanımlarının- toplumsal kuruluşunda rol  
oynar. Birleşmeye ilişkin kurallar- yani kimin kiminle birleşece-  
ği ya da birleşmesi gerektiği-, heteroseksüellik kurumu ve üre-  
me zorunluluğuyla birlikte, cinselliği örgütleyen diğer öğeleri  
oluşturur. Doğurganlık, bütün toplumlarda güçlü bir deneti-  
me tabidir. Bu denetim, bir yandan birleşmeye maruz bırakıl-  
ma ve üreme zorunluluğu –yeniden üreticilik işini kadınların



görmesi-öbür yandan da doğumların yasaklanması ve dayatılması yoluyla- doğum kontrolü, çocuk düşürme, bebek öldürme-sağlanır.”

Modern toplumlarda cinsellik, 18. Yüzyıla kadar egemen olan kilisenin kurduğu bir çerçeve içinde yer almıştır. Kiliseyi, tıp ve medeni hukuk ve ceza hukuku izler, ama hiçbir zaman onu tahtından indirmeden. Yasalar, hem cinsel ilişkiye girmenin hangi yaştan itibaren yasal olduğunu belirler hem de evlenebilecek yaşı. Hukuk ayrıca, akrabalık derecesi ve cinsiyet aidiyetine göre evliliklere getirilen yasakları da düzenler. Evlilik, cinsel ilişkiyi meşrulaştıran ve buyuran kurumdur. Bazı davranış biçimleri bu norma aykırıdır ve bunların-yasal ya da ahlaki olarak- mahkûm edilme biçimi ve dereceleri zaman içinde değişiklik gösterir. Örnek olarak, mastürbasyon 20. Yüzyılın ortalarına kadar sert bir şekilde kınanmaktaydı. Zina cezası kadınlar için daha ağırdı. Fuhuş yapan kadınların damgalanmaya maruz bırakılması, kadınların esas olarak yaşadığı tecavüz ve cinsel şiddet.

19. yüzyılın sonunda psikiyatri ve yeni doğmakta olan seksoloji cinselliğin, birleşme hedefinden sapma gösteren bütün kullanım biçimlerini cinsel sapkınlık olarak tanımlar. “Heteroseksüel” sözcüğü de Karl Maria Kerbeny tarafından 6 Mayıs 1868’de yazılan bir mektupta ilk kez kullanılır (Hanne Blank, Düzcinsel, çev.: Tuğçe Ellialtı Köse, İletişim Yayınları, 2019). Bu kullanım-bilimsel adlandırma- arkasında yüzyıldan fazla otoritenin ağırlığı olan bir ritüeldi. Bu dönemde eşcinsellik en önemli sapkınlıklardan birisi olarak kurulur ve böyle tanımlandığı ölçüde de artık yasal olarak cezalandırılması gerekmektedir. Önceleri tek tek ele alınan ve bu biçimleriyle yasaklanan cinsel edimler özel bir kişilik türü olarak birleştirilir ve o kişiliğin işaretleri haline gelir. Bu kişiliğin özelliği fiziksel açıdan olsun, zihinsel ya da davranışsal açıdan olsun, bir cinsiyetler karışımı olmasıdır. Eşcinsellik bir tür üçüncü cinse dönüşür. Bu, sapkınlıkları sınıflandırma çalışması, evlilik içi cinsel yaşama ilişkin olarak cinsel birleşme üzerinde odaklanmış kuralların (birleşmenin sayısı, zamanı, pozisyonları, süresi, yeri) geliştirmesiyle el ele gider.



## Feministlerin Bedene Bakışları

Mary Wollstonecraft, Kadın Haklarının Gerekçelendirilmesi'nde (çev.: Deniz Hakyemez, İş Bankası yayınları, 2007, s. 64) kadın bedeninin güzellikle kodlamasına sıklıkla karşı çıkar, bu durumun çocukluktan itibaren başladığını dile getirir: "Kadınların görkemi olarak sinulan güzelliğin korunması adına uzular da, zihinsel yetiler de –Çinli kadınların giymek zorunda bırakıldıkları ayakkabılardan beter kısıtlamalarla sakatlanır; erkek çocuklar açık havada koşup oynarken, kız çocuklarının mahkum edildiği hareketiz yaşam kaslarını eritir, sınırlarını sıkıştırır".

Stevi Jackson-Sue Scott, Cinselliği Kuramlaştırmak isimli kitaplarında ikinci dalga feminsit hareketin cinselliğe bakışından söz ederler. Onlara göre, cinsellik, haz, arzu ve ilişkiler feministlerin 1970'lerde popüler "özel olan politiktir" sloganının en dikkat çeken başlıklarındandır. Betty Friedan (1921–2006) 1963 yılında yayınladığı *Feminine Mystique* (Gizemli Dişilik) isimli eserinde kadına biçilen annelik ve ev kadınlığı rolleri üzerinden Freud eleştirisi yapar. 1970'de yazdığı *Sexual Politics* (Cinsel Politika) kitabıyla Kate Millett feminist literatüre yeni bir kuram kazandırır: cinsel politika. D.H. Lawrence, Norman Mailer, Henry Miller ve Jean Genet'nin kurmaca yapıtlarındaki cinsel stereotipleri ve arketipleri betimleyen edebiyatın içeriğini çözümleme girişiminde bulunur (Humm, 2002, s. 27). Millett, Freud'dan yola çıkarak edebiyatta oluşturulmuş cinsiyet kalıplarını feminist bakış açısıyla yorumlar. Millett'e göre cinsel egemenlik en yaygın ideolojidir. Bu egemenlik biçimi sınıf ve ırk ayrımından bile daha keskin ve süreklidir. Cinsel Politika'da ataerkillik, düşünce ve yaşam tarzı anlamına gelmektedir. 70'li yıllar feminizminin ayırt edici özelliği, erkeklere kadınlar adına konuşma hakkını tanımayan erkeklerin olmadığı bağımsız kadın grupları anlayışı ve "özel olan politiktir" önermesidir. Koedt (1972) "The Myth of Vaginal Orgasm" da cinsel birleşme tanımına ve cinsel davranışın, cinsel birleşmeye yol açan ön sevişme ve (erkek)te orgazma yola açan cinsel birleşme şeklindeki basmakalıp düzenlenişine meydan okur. Burada üzerinde durulan nokta, kadınlara özgü cinsel hazzı reddeden erkek-tanımlı heteroseksüellik tanımıdır. Heteroseksüellik bir kurum olarak düşünülerek



itiraz edilir. Buradaki kaygı, cinselliğin başlı başına kadınların ikincil konuma itilmesinde kullanılan bir yöntem olarak düşünülmektedir: Toplumsal kontrol biçimi. Cinsellik politikası, hem kadınlara yönelik cinsel bağımsızlığın arayışıyla, hem de cinsel zorlama ve cinsel istismara karşı verilen mücadeleyle nitelendirilmiştir. Bu da feminizm içinde bitmek tükenmek bilmeyen bir gerilim ortaya çıkmasıdır. Bu gerilim daha sonraları 1980'li yıllarda "haz-tehlike" çatışması(1984) olarak özetlenebilecek bir ikiliği yaratacaktır.

Adrienne Rich (1980) " zorunlu heteroseksüellik" kavramını ortaya atar. Bu kavram kadınları hem kendi alanları içine hapseden hem de aşağıda, bağımlı tutacak bir duruma getirmektedir. Toplumsal cinsiyetin düzenlenişi cinsellikle birlikte düşünülmüştür. Andrea Dworkin (1987) ise belirli bir cinsel birleşmenin toplumsal öneminin, birleşmenin kendisine indirgeyen yaklaşıma karşı çıkar. Catherine MacKinnon ise cinsellikle ilgili en önemli çıkışı yapan feministlerdendir. Cinsel istismara karşı çıkar. "Marksizm için emek neyse Feminizm için de cinsellik odur" ona göre. Question Feminist çevresinde Fransız feministleri romantik aşkı sorunsallaştırırlar .Wittig ise 1992'de lezbiyenler kadın değildir önermesini ortaya atar. Buna göre "kadın" kategorisinin temelleri, ancak lezbiyenlerin sınırlarından kurtulabilecekleri heteroseksüel sözleşme üzerine atılmıştır. Juliet Mitchell Psikoanaliz Feminizm'de (1975) "tüm küçük kızların "penis hasedi" mağduru olduğu, bunun sonucu olarak annelerine olan bağlılıklarından vazgeçtiği, daha sonraları faal bir yetişkin kadın haline gelebilmek için pasif vajinal cinselliğin lehine "aktif" klitoral cinsellikten vazgeçmeleri gerektiği düşüncesinin, cinsel ve toplumsal bağımsızlıklarını kanıtlamayı amaçlayan bir kadın neslinin ilgisini çekmesi oldukça düşük bir ihtimal olmuştur". Düşüncesine ilk karşı çıkanlardandır. Llyan Smith ise "Freud'un dediği gibi, kadınlar uygarlıktan değil, uygarlığa sadakatten yoksunlar" dır der.

Bazı feministler, heteroseksüelliğin erkek egemenliğiyle ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olduğunu, dolayısıyla da erkeklerle seks yapmaktan hoşlanan her kadının, telafi edilemez bir biçimde mazoşist olduğunu ileri sürmüştür. Buradaki sorun,



cinselliği kadınları ikincil konuma itilmesinin kaynağı olarak tanımlamak, böylelikle de cinselliği, sosyal yaşamın diğer tüm yönlerinden bir şekilde daha önemli olduğu için bir kez daha ayrı tutmaktır. Oysa cinsellik iyi ya da kötü değildir.

Heteroseksüellik, cinsiyetçidir ve heteroseksüel sözleşme, garanti edilmiş toplumsal cinsiyet hiyerarşisi sayesinde güçlü bir mekanizmadır. Bu sadece heteroseksüel çift ilişkilerinde değil cinsiyetçi emek piyasalarında da açığa çıkar. Bu bağlamında aile kapitalimin temel taşlarından biridir. Bu yaşam tarzı “devlet, medya ve çokuluslu şirketler tarafından teşvik edilir. Özellikle de kadınlar hedef alınır: Reklamlar, diziler... Kadınlara heteroseksüel evlilikler yapmanın ve kadınsı olmanın ulusal ve dinsel bir görevi olduğu mesajı verilir.

Eşcinsel kimliğin ortaya konması cinsel rollerin sözde doğallığına karşı çıkmak anlamına gelir. Kadınların kendi aralarındaki ilişkilerde tam bir duygusal ve cinsel tatmine ulaşması, birçok heteroseksüel erkek için bir tehdit oluşturur. Erkeklerin kendi aralarında uzun süreli birliktelikler kurmaları da, duygusal ve cinsel yaşamları dinin ve devletin onayladıklarının dışında örgütlenme yollarının mümkün olduğu düşüncesin doğmasına yol açar. Devletin ve dinin onayı (ve bu ikisi arasındaki bağlantı) günümüz dünyasında gitgide daha açık hale geliyor. Kökten-ci güçlerin cinsellik ve toplumsal cinsiyet kurallarına uymayan bireylere tepki göstermelerinin bir nedenin de, bireysel seçimler yapan insanların başkalarına örnek olma açısından çok tehlikeli olmalarıdır. Özerklik, öncelikle kadınların de kadınların özerkliği otoriter ve patriyarkal kontrol için bir tehdit oluşturur.

## Sonuç Yerine

Mineke Schipper'in Bin Kemikten Bin Söze; Dünya Atasözlerinde Kadın, (çev.: Taciser Belge, Delidolu Yayınları, 2019) isimli kitabı, yaratılış mitiyle başlayıp küresel çağda atasözlerinin tahayyül gücüne dek uzanan ve de 240'tan fazla dilden ve en az 150 ülkeden derlenen atasözlerinden oluşturulmuş bir çalışma. Çalışmanın sonucu ise, yıllarca anlatmaya çalıştığımız erkek egemen sistem yapısının neredeyse tüm dünyada ben-



zerlik gösterdiği, sınıfa, kültüre, coğrafyaya göre değişmediği ve de kadınlar üzerinde kurulan tahakkümün ve denetim mekanizmasının rastlantı olmadığı. Yani, tam anlamıyla bir siyasi rejimle karşı karşıya olduğumuz tüm berraklığıyla gözler önüne seriliyor sözü geçen çalışmada.

Yazara göre, atasözleri “ yeryüzünün her köşesinde ve tarih boyunca paylaşılan ortak noktaları dile getirir” (s.17) Bu nedenle yazar, atasözlerini saçlar, gözler, dudaklar gibi beden bölümlerine göre ya da genç kızlık, annelik, yaşlılık, şiddet gibi farklı ülkelerden, farklı kültürlerden de olsa kadınların içinden geçtiği değişik evrelere göre aynı temalar altında yan yana toplamış. Böylece benzerliği görmemiz de hiç zor değil: Türkçede çok kullanılan “Saçı uzun akı kısa” atasözü İsveç kültüründe de karşımıza çıkıyor örneğin. Bunun nedeni de elbette tesadüf değil; tarih boyunca savaşlar, Haçlı Seferleri, sömürgecilik, göç gibi nedenlerle kültür ve de atasözleri oradan oraya taşınmış.

Yazar’ın bizi uyardığı gibi, “atasözü kullanıcısı, egemen norm ve değerlerin sorgusuz sualsiz, kolektif bir biçimde kabul edilmesinde ısrar eder. İnsanlar geçmişi romantikleştirme eğilimindedirler ve atasözü gelenekleri tartışılmaya başlandığında yumuşacık, sıcacık bir üslup kullanırlar. Böyle bir noktada çok temkinli olmak gerektiği apaçık ortadadır” (s.23).

Schipper’e göre atasözlerinin iki stratejisi var: İlki, kadınları küçümsemek, diğeri ise toplum için tehlike olarak göstermek. Toplum “kadın” tehlikesine karşı uyararak. Çoğu kültürde, dul olmak, kaynanalık, gelinlik, yaşlı kadın olmak gibi geleneksel kadın rolleri vurgulanıp yeniden üretilmektedir. Yazarın topladığı on altı bin atasözünde en çok tekrarlanan ise “ideal evli kadınlar hakkında”. Hem karşılıksız ev emeğini hem de kadınların bedeni üzerindeki, erkeklerin denetimini düşündüğümüzde bu da şaşırtıcı olmasa gerek. Çoğu kültür için ideal evlilikte, kadının kocasından daha genç, daha az yetenekli, daha az sağlıklı ve de dış görünüm olarak da daha ufak tefek olması gerekir (s.322).

Schipper’in çok yerinde bir tespiti ise atasözlerinin yerini reklam sloganlarının almış olduğu: “Ne kadar az giyinirsen, o



kadar memnun edersin” gibi kadınlara yönelik cinsiyetçi söylemin devam ettiği.

Özellikle eğitim yaşamlarının başında olan gençler için atasözlerinin ve bu tür sloganların hiç de masum olmadığı, cinsiyetçi olduğunun farkında olmak önemlidir. Gündelik konuşmaların bir kısmını oluşturan atasözleri toplumsal cinsiyet rollerini yani sosyo kültürel olarak nasıl kadın ve erkek olduğunu pekiştirir/öğretir. Zihinlerimize kazır; düşünce biçimimizi etkiler.

Dilin de kendi içinde tarihsel bir süreci var. Belli aşamalardan geçer, düzeltilir, eklenir, tarih içinde belirli dönüşümlere uğrar. Herkesin eşit ve özgür olduğu, kimsenin diğerinin bedenini tahakkümü altına almadığı, kendini sorguladığı bir dünyaya kavuşmak bizim elimizde; bizim kendi üzerimize düşünmemizle başlıyor.





**Prof. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ**

## KADIN GÖÇMEN, MÜLTECİ ve TARIM İŞÇİLERİNİN SAĞLIĞA ERİŞİMİ

Merhabalar.

Biliyorsunuz, 2011 yılından sonra giderek artan bir sayıda Suriyeli mülteciler geldi Türkiye'ye. Suriyeli mültecilerin şu andaki sayısı 3.6 milyon. Bunlar, kayıtlı olanlar. Kayıtlı olmayanlar da var, bir de Suriyeliler dışında olan-Ankara'da bile bizim çalıştığımız grup içinde vardı- Irak, Afganistan ve diğer yerlerden gelen mülteciler var. Sudan'dan bile insanlar yaşıyor Türkiye'de.

Kadın mülteciler meselesi neden önemli? Çünkü hem kadın olmaları, hem de mülteci olmaları nedeniyle çifte yük taşıyorlar. Bu ifade UNFPA'nın da kayıtlarına girmiş durumda. Toplumsal cinsiyet normları, eğitim, bilgiye erişim, sağlık düzeyi, aile sorumlulukları, şiddet/ayrımcılık deneyimleri gibi şeyler yaşamlarının pek çok alanını olumsuz etkiliyor. Bu nedenle de çifte yük altındalar ve bu nedenle de dezavantajlı durumda oluyorlar. Uluslararası Göç Örgütü'nün de rapor ettiği gibi, kadınlar, göç öncesi, göç sırasında ve göçten sonra fiziksel/cinsel şiddet ve taciz açısından da daha fazla risk altındalar.

Sığınmacı ve mülteci kadınlar pek çok sağlık sorunu yaşıyor. Beslenme bozuklukları, anemi, sıtma, solunum yolu, HIV/AIDS, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, fiziksel ve cinsel şiddet, istenmeyen gebelikler, riskli gebelikler, düşük, doğum komplikasyonları, kronik hastalıklar, depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları ve post-travmatik stres bozukluğu gibi sorunlar. Daha da uzatabiliriz bu sorunları.

Elbette, toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, sığınmacı ve mülteci kadınların ruh sağlığını etkileyen önemli etmenlerden bir



tanisi olarak karşımıza çıkıyor. Irkçı tutumlara ek olarak kadın ve yabancı olmak, kadınları evde, sokakta ve işyerlerinde, her yerde, yaşamın her yerinde cinsel istismar ve şiddet açısından daha savunmasız hale getiriyor. Çalışmalar, kadınların göç sonrası eşleri tarafından daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldıklarını gösteriyor. Ki bizim çalışmamızda da benzer bir şey bulduk.

Ancak, şiddete uğrayan sığınmacı ve mülteci kadınlar ne yapacaklarını bilmiyorlar. Haklarını bilmiyorlar, başvurabilecekleri kurumları bilmiyorlar; bilseler bile sınır dışı edilme, yani eşlerini şikâyet ederlerse hep birlikte sınır dışı edilme korkusu yaşıyorlar ve bunlar da destek hizmeti alabilecekleri kurumlara başvurmalarını engelliyor.

Genel olarak yaşanan sorunlara geldiğimizde;

Elbette dil sorunu çok önemli bir engel, hizmetlere ulaşmak açısından. Hizmet sunanların konuyla ilgili farkındalığı düşük. Türkiye’de 2011 yılına kadar, 2011-2012’lere kadar böyle bir sorunla karşılaşmadığı için, aniden bu kadar büyük bir nüfus grubuyla karşılaştığında ne yapacağını bilmiyordu. En önemlisi Türkçe bilmeyen, dilinden anlamadığı kişilere sağlık hizmeti sunması gerekiyordu. Suriyelilerin gelmiş olması, hizmet verirken tercüman kullanma, Arapça afiş, broşürler hazırlama vesaire gibi konular kamusal hizmetlerin konusu oldu.

Kültürel engeller elbette önemli. Hizmete erişimde yaşanan sorunlar; istihdam, barınma, beslenme, eğitim, sosyal hizmetlere ulaşım ve benzeri. Temel sorunlar bunlar.

Kimlik sorunları. Mülteci grupların en çok yaşadıkları sorun kimliğini ispat edememek. Kaçarak geldiyse, bir kimliği yoksa hizmetlerden yararlanamıyor, biliyorsunuz. Türkiye’de onların yasal konumlarıyla ilgili konuşmadık hiç. Önce “misafir” dendi uzun süre, biliyorsunuzdur. Çünkü mevzuat gereği, mevzuat uygun değildi. Yaklaşık bundan iki yıl sonra “geçici koruma” gibi bir statü tanımlayarak onları geçici koruma statüsündeki göçmenler gibi tanımladılar, 99’la başlayan kimlik kodu verdiler. Suriye’den gelenleri kaydederek 99’lu kimlik kartı veriyorlar, 99’la başlayan ve onlarla hizmet almaya, kurumlardan hizmet



almaya yönlendiriliyorlar. Eğer kimlik sorunu yaşıyorsa hizmet alamıyor. Aynı şekilde, bir ilden bir başka ile gittiğinde de hizmet alamıyor. Yani o 99'la başlayan kimlik numarası sadece bulunduğu ve kaydolduğu ildeki durumunu belirliyor, oradaki hizmetlerden yararlanmasını belirliyor, onların hareketliliğini de engellemek amacıyla, başka ile gittiğinde yararlanamıyor hizmetlerden.

Sosyal destek ağlarının olmayışı, diğer idari ve yasal engeller de önemli.

Tabii, bahsetmeden geçemeyeceğim, insan ticareti mağduru olmak, özellikle bu tür olağanüstü durumlarda, sığınmacı ve mülteci kadınlar ve kız çocukları açısından önemli bir risk. Kadın sığınmacı ve mülteciler, kaçış öncesi, kaçış sırasında ve sonrasında fiziksel, cinsel saldırı ve istismara uğramakla birlikte, aynı zamanda insan ticareti mağduru olabiliyorlar. Dünyada özellikle doğal afet sonrası falan da görüyoruz bu tür şeyleri. Büyük bir afet yaşanıyor, tsunami yaşanıyor mesela Uzak Doğu'da, onlardan sonra da duyduğumuz meseleler bunlar.

Post-travmatik stres bozukluğu, depresyon, madde kullanımı, cinsel istismar, tecavüz, şiddet, HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, isteyerek düşükler, damgalanma; bunlar yaşadıkları başlıca sağlık sorunları. Ama bu kadar vahim sorunlarına rağmen bu grup hizmete hiç ulaşamıyor, sağlık hizmetlerine ulaşamıyor.

Peki, yaşayanlar ne yapıyor? Sosyal bilimciler "3D işler" diye tanımlıyorlar bunu, Dünyada mülteciler buldukları ülkelerde 3D dedikleri, dirty, dangerous, demeaning; yani kirli, tehlikeli ve niteliksiz işlerde çalışıyorlar. Yani Türkiye'de bulunan mültecilerin çok büyük bir çoğunluğu da bu işlerde çalışıyor. Özellikle örgütlenmemiş, sendikalaşmamış ve göçmen işçiler için tüm dünyada yaygın görülen kirli, tehlikeli ve nitelik gerektirmeyen, yerli işgücünün yerine getirmekten kaçındığı işlerde çalıştırılıyorlar.

Dom'lardan söz etmek isterim sizlere. Duydunuz mu daha önce bilmiyorum. Domlar Suriye'nin öteki sığınmacıları, Suri-



yelilerin “ötekileri” aslında. Göçmenin de göçmeni, en alt grup. Ve savaş sonrası Suriye’den yaklaşık 50 bin Dom’un Türkiye’ye göç ettiği rapor ediliyor. Bunlar daha çok Mersin, Adana, Antep’te, İstanbul’da yaşıyorlar, ama daha çok bu kentlerde tarlalarda, tarım alanlarında çalışan gruplar bunlar. En alt grupları. Bizim Romanlar gibi düşünün. Kendi ülkelerindeyken de ayrımcılık, izolasyon, sosyal dışlanmışlık yaşıyorlar, güvencesiz işlerde ucuz işgücü olarak çalıştırılıyorlar. Kamplarda kalmayı tercih etmiyorlar bunlar. Yani zaten buldukları yerde de bir izolasyon ve baskı altında oldukları için kamplarda bulunmaktan hoşlanmadıkları rapor ediliyor. Ve mevsimlik tarım işçiliği, hamallık, tarla, bağ-bahçe işleri, budama işleri gibi, bahçe temizliği gibi işlerde çalıştırılıyorlar. Şehirlerde de, kâğıt toplayıcılığı -bu kâğıt toplayıcılarını görüyoruz günlük yaşamımızda, yanı başımızda aslında onlar-su satıcılığı, inşaat işleri, tekstil, trikotaj ve ayakkabı atölyeleri gibi işlerde çalıştırılıyorlar ve çok düşük ücretle elbette.

Domların sağlık sorunlarına bakalım; 99’lu kimlikleri olmadığı için ve de bir yerde sabit kalmadıkları için, yani tarımla uğraşıp, orada yaşamlarını sürdürdükleri için, Mersin, Adana, o civarda, sonra orada iş bitince başka bir yerde kendilerine yer bulmaları gerekiyor, o nedenle de, bu yer değiştirmeler nedeniyle sağlık hizmetlerine erişemiyorlar. Özellikle kadınların, çocukların ve bebeklerin koruyucu sağlık hizmetlerine erişimleri sınırlı. Diğerleri için de öyle, ama öbürleri, en azından göçmen sağlığı birimleri kuruldu Türkiye genelinde, 80 küsur göçmen sağlığı merkezinden söz ediliyor, oralarda hizmet alabiliyorlar. Özellikle çocuklarında ciddi beslenme yetersizliği görülüyor. Gebelerin düzenli izlenmesi yapılamıyor elbette. Bebek-çocuk izlemi, bağışıklama hizmetlerine erişim kötü. Barınma koşulları dolayısıyla da bulaşıcı hastalıkları bu gruplarda daha çok görüyoruz. Burada da yaşam alanlarından görüntüler. Bakın, kadın dışarıda yemek hazırlıyor çocuklarına. Bu da tarlada çalışan çocuklar. Çocuklar çalışıyor. 1 lira karşılığında çalıştırıyorlarmış çocuklar. Korkunç bir şey. 1 lira karşılığında bu çocukların, kız ve erkek çocukların tarlalarda çalıştırıldıklarını biliyoruz.



2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması da yine yaklaşık 3 hafta önce bizlerle paylaşıldı ve web sayfalarında yayınlandı. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü yapıyor bunu, biliyorsunuz. 1968'den beri. Nusret Fişek Hoca ilk başlatıyor. Her beş yılda bir Türkiye'yi temsil eden örneklem üzerinden Türkiye'nin nüfus ve doğurganlık rakamlarını veren bir çalışma bu. Şimdi artık devlet de bunu kullanıyor, bu rakamları. Kamu da bu rakamları kullanacağı için, onlar para ayırarak yaptırıyor son iki-üç dönemdir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018'e yeni bir modül olarak Suriyeli de konuldu. Ve örnek seçerek, Türkiye'de yaşayan Suriyeliler'den örnek seçerek yaptıkları araştırmanın sonuçlarını paylaşalım istiyorum şimdi;

Nüfus piramidini şöyle bulmuşlar. Bu çok doğal tabii, şurada da görüyorsunuz, yaşlılar yok, yaşlılar gelemedi zaten. Yani savaş döneminde, o kaçış göçüş zamanında yaşlılar gelemedi, gelenler genç nüfus. Hem kamp dışı, hem kamplarda çoğunlukla genç nüfus var. Aslında 4 milyona yakın Suriyeli nüfusun sadece yüzde 4'ü kamplarda, % 96'sı bütün şehirlerde yaşıyor. Başlangıçta onları sınırlı şehirlerde tutmayı planlıyorlardı; fakat şu anda bütün şehirlerde birlikte yaşıyoruz. Bu nüfusun % 45'i genç, % 53'ü de 15-64 yaş grubunda. Şu nüfus piramidini, klasik, gelişmekte olan ülkelerin durumuna benzer bir sivrilikte bir piramit olarak görüyoruz.

Kadınların büyük bir çoğunluğu evli. Eşi ölmüşler var. Hiç evlenmemiş bir grup var, % 17. Kadınların sadece % 9'u halen çalışıyor. Çalışmayan grup burada ve son 12 ayda çalışmayan büyük bir grup var. Çalışmıyor kadınlar yani, çalışamıyorlar.

Doğurganlık hızlarına baktığımız zaman; toplam doğurganlık hızı (TDH) 5.3. Biliyorsunuz toplam doğurganlık hızını; bir kadına üreme çağı sonunda düşen ortalama çocuk sayısıdır. Türkiye için TDH 2.3'tür, Suriyeli nüfusta ise 5.3. Ama kadınların eğitim durumuyla da bu oranın azaldığını görüyorsunuz. Yaşa ait doğurganlık hızlarına baktığımızda da en çok 20-24 yaş grubunda doğurganlığın yüksek olduğunu görüyoruz. Ama buna rağmen, bu yapılan çalışmada görülüyor ki,



Türkiye’de yaşayan Suriyelilerin % 41’i şu anda sahip olduğu çocuk sayısından başka çocuk istemiyor. Bunlara daha sonra isteyenleri de katarsak -yani ara açmak isteyenler var; istiyor, ama zamanını bilmiyor- büyük bir grup aslında sahip olduğu çocuk sayısından başka çocuk istemediğini belirtiyor. Bu literatürde, aile planlamasında karşılanmayan gereksinim olarak tanımlanıyor. Suriyeliler arasında adölesan gebelikler çok yaygın. Adölesan annelik 15-19 yaş grubunda doğurganlığa başlamış kız çocukları var. Bizim çalıştığımız nüfusta da çok yaygındı.

İdeal aile büyüklüğü, ideal çocuk sayısı bizimkinden farklı, bu sayı kültürden kültüre farklılık gösterebilir. Suriyelilerde 4.1, bizde de 3 çıktı, biliyorsunuz.

Gebeliği önleyici yöntem kullanımına baktığımızda; şu mor renge dikkat edin, doğurgan yaştaki Suriyeli kadınların % 24’ü modern bir doğum kontrol yöntemiyle korunuyor. Her dört kadından sadece birisi. Bunu da biraz sonra, bizim çalışmamızı anlatacağım sunumda tekrar göstereceğim. Yöntemi nereden temin ediyorlar?; üçte biri özel sektör, üçte biri kamudan temin ediyor. Ama aile planlamasında karşılanamayan ihtiyaç olarak söylediğimiz karşılanmamış ihtiyaç % 21. Bu da hizmetlere erişimdeki açığı gösteren bir şey. Ama doğumlarının arasını açmak için olanları, doğumu sonlandırmak için olanları da koyduğumuzda, büyük bir grup için aile planlamasında karşılanamayan ihtiyaçlarının olduğu ortaya çıkıyor.

Burada yüksek riskli gebeliklerle ilgili durum önemli. Dört yüksek risk grubu var, biliyorsunuz; 18 yaş altı, 35 yaş üstü, 2 yıldan sık interval, 5 ve üzeri, yani 4’ten sonraki gebelikler yüksek riskli gebeliklerdir. Bunların herhangi birini taşıyan; son 5 yıldaki doğumların % 41’i böyleymiş. Çoklu risk taşıyanlar ise %15, yani birden fazla riskleri bir arada yaşayanlar.

Türkiye’deki Suriyeli kadınların doğurganlıkla ilgili profilleri de bu.



Böyle bir profil çizdikten sonra, şimdi bizim projemizden biraz bahsetmek istiyorum.

Projemizin adı uzun. “Kadın ve Kız Çocukları İçin Güvenli Alanlar ve Kadın Sağlığı Danışma Merkezleri Oluşturmak Suretiyle Suriyeli ve Diğer Göçmen Kadınların Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddet Hizmetlerine Erişimlerini Güçlendirme Projesi” idi. Biz HÜKSAM olarak yürüttük bunu. Avrupa Komisyonunun ECHO diye bir birimi finanse ediyordu, UNFPA da teknik destek sağladı. İl Sağlık Müdürlüğü’nün binalarını kullanmak üzere de onlarla işbirliği yapmıştık.

Bu çalışmaya 2015 yılında başladık. Ankara’ya ilk 2013-2014 yıllarında gelmeye başlamıştı Suriyeliler. Bizim Ankara’da üç farklı yerde, Suriyelilerin yaşadığı üç farklı yerde merkezimiz vardı, Sağlık Bakanlığı Göçmen Sağlığı Merkezleri içinde. Bir tanesi Alemdağ’daydı. Tabelalarımız da bunlar, görüyorsunuz. Birisi Yenimahalle’deydi. Biri de Gülveren’deydi. Gülveren Mamak’a bağlı olduğu için, tabii, hemen Hacettepe’nin arka tarafında Gülveren bölgesindeydi. Dediğim gibi, İl Sağlık Müdürlüğüyle protokol yapmıştık.

2015’te tek merkezde başladık projeye, sonra 2016’da üç merkeze çıktı çalışmamız. Gülveren’deki merkezin önündeki kadınların resmini görüyorsunuz burada.

Projemizin temel faaliyetleri; adından da anlaşılacağı gibi, cinsel sağlık/üreme sağlığı ve aile planlaması hizmetleri; şiddet yaşayan kadınların desteklenmesi, psiko-sosyal destek sağlanması ve şiddetin önlenmesi, ayrıca mülteci kadın ve kız çocuklarının güçlenmesi meselesiydi. Çalışma konularımız bunlardı.

Elbette, HÜKSAM olarak ana prensibimiz, hak temelli yaklaşım, toplumsal cinsiyete duyarlı bir yaklaşımdı. 33 personel çalıştı bu projede, bunların da 22’si mülteci kadınlardan oluşuyordu. Bütün çalışanlarımız kadındı. Bir gün Avrupa Konseyinden izlemeye geldiler, “Ne yapıyorsunuz?” dediler; ben dedim ki, “Bu çalışma bir kadın dayanışması. HÜKSAM kadınlardan oluşuyor, bütün elemanlarımız kadın, güvenlik görevlileri bile



kadıncı ve hizmet sunduğumuz nüfus da kadın ve kız çocuklarıydı.” Güldüler ben öyle deyince.

Her merkezde birer sosyal hizmet uzmanımız ve psikologumuz vardı. Hataylı arkadaşlarımızdı bunlar ve Arapça konuştukları için de rahatlıkla iletişim kurabildiler. İki Iraklı doktorla çalıştık, Alemdağ ve Yenimahalle’de. Suriyelilerle çalışmadık; çünkü Suriyelileri Sağlık Bakanlığı topladı, biliyorsunuz, onlar Göçmen Sağlığı Merkezlerinde çalışıyorlar, onları belli bir sistem içine aldılar. Ama Iraklı doktorlar vardı, hemşireler vardı, biz onlarla çalıştık bu merkezlerde. Çevirmenler vardı. Temizlik görevlilerimiz vardı; bunlar Suriyeli kadınlarımız. Projemizin en büyük ayağını oluşturan sağlık aracıları; her merkezde 5’er tane sağlık aracımız vardı. Bu sağlık aracıları kendi toplulukları ve bizim aramızda köprü görevi gördü, 15 sağlık aracımız vardı. Toplam 33 personelden oluşmuştu proje ekibimiz. Bu güvenlik personeli de aklınıza gelebilir, ne işi var burada diye. Başlarken yoktu; sonra bir ensest vakasına müdahale ettik. 3-4 yaşındaki kız çocuğuydu. Sonra tehdit ettiler bizim elemanlarımızı, şöyle yaparız böyle yaparız diye. Onun için kadın güvenlik görevlimiz oldu her merkezde ve proje boyunca görevlerini sürdürdüler. Bunlar bizim elemanlarımız. Şu beyaz gömlekliler Iraklı doktorlarımız. Bunlar da kadın güvenlik görevlilerimiz. Bunlar tercümanlarımız. Bunlar da oradaki hizmetli olarak çalışan grubumuz. 8 Mart’ta odalarını süslemişlerdi. Gülveren’in önünde çekirmişlerdi bunu.

80 | Söylediğim gibi, cinsel sağlık/üreme sağlığı ve aile planlaması bireysel danışmanlık ve grup eğitimleri yürüttük. Bu eğitimler sırasında hijyenden başlayıp üreme sağlığıyla ilgili olabilecek bütün konuları ele aldık. Toplu eğitimler yaptık. Şu resimdeki benim. Biraz karanlık çıkmış resim burada. Gülveren’de de yürüttüğümüz bu eğitimde Rektör ve yardımcısı bizim orayı ziyaret etmişti. Tabii, ben Arapça bilmiyorum, bizim personel hallediyor çeviriyi; onlar bir sorun yaşamadan, tercüman kullanmaları gerekmeden doğrudan iletişim kuruyorlar, kendi dillerinde hizmet sunuyorlar bu gruba. Biz bu şekilde





yaklaşık 300 kadını topladığımız eğitimlerde simültane tercüme hizmeti aldığımız için öyle anlaşıyorduk; onlar beni kulaklıkla dinliyor, bana soru sorduklarında ben de onları öyle anlamaya çalışıyordum.

Toplumsal cinsiyete dayalı şiddetle ilgili farkındalık faaliyetleri yürüttük. Şiddet gören kadınlara psiko-sosyal destek sağlandı.

Kadın ve kız çocuklarının güçlenme faaliyetleri kapsamında, Türkçe dil pratiği yapıldı, günlük yaşamlarını sürdürecektene kadar elbette. Kent gezisi düzenlendi. Burada piknikten bir görüntü görüyorsunuz. Pazar gezisi, takı ve drama kursları gibi faaliyetler yürüttük. Genç kızların drama kursları vardı, çok güzel şeyler üretip sergilediler sonra.

Mülteci hakları eğitimleri yapıldı. Türkiye’de ve dünyada mülteci sistemi, Türkiye’de hukuk sistemi, Türkiye’de göçmenlerin hakları, medeni durum vesaire gibi eğitimler düzenledik. Bu eğitimlerde de farklı branşlardan hocalardan yararlandık.

Kültürlerarası duyarlılık odak grup görüşmeleri yapıldı. Çocuk yaşta evlilikler odak grup görüşmeleri yapıldı.

Beypazarı ve Eskişehir gezileriyle kadınları buralara götürüp, oradaki hem kadın emeğiyle üretilenleri gördüler, hem kadınlarla temas ettiler, hem de sosyal bir etkinlik yaptılar.

Ankara Barosuna, ŞÖNİM ve diğer kamu kurumlarına ziyaretler yaptık. Birlikte güçleniyoruz etkinliği düzenledik. Dünya Kız Çocukları Günü etkinliği düzenledik.

Sağlık aracılarının programlı eğitimi vardı, biz onları bütün proje konularıyla ilgili eğittik. Ama hepsi aslında çok eğitimlilerdi. Mesela savaş öncesinde memleketinde bilgisayar mühendisi olan biri bizde sağlık aracısı olarak çalıştı. Eğitimli kadınlardı. Eğitimi daha düşük olanlar da vardı, ama çok eğitimli olan kadınlar da vardı.

Bunlar da konularımız. Pek çok konuda eğitim yaptık onlara.

Proje aslında geçtiğimiz Ekim ayının sonunda bitti. Gerçekten 4.5-5 yıla yakın sürede çok iyi bir insan gücü yetiştirmiş-



tik. Ama o kadınlar işsiz şimdi, boş. Sağlık Bakanlığı diğerlerini işe aldı, bizim psikologlarımızı ve sosyal hizmet uzmanlarını Sıhhat Projesi'nin içine devraldı, ama Suriyelileri almadı ve bu kadınlar işsizler şu anda. Mevzuat uygun değil yabancı çalıştırmaya.

Çocuklarıyla hep geliyorlardı; merkezlerde çocuklara yönelik etkinlikler yaptı arkadaşlarımız. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu bize yardım kitleri getiriyordu, hijyen kitleri bunlar, biz de eğitimlerde ve eğitim sonrası dağıttık bunları.

Tek tek söylemeyeceğim ama, bu süreç içerisinde toplam 17 binin üzerinde cinsel sağlık/ürüme sağlığı hizmetinden yararlanan olmuş. 11 bin 400 toplumsal cinsiyete dayalı şiddet hizmetlerinden yararlanan olmuş. 10 bin küsur kit dağıtmışız. Eğitim sayılarımız, eğitimlerimizin oturum, seans sayıları ve katılan katılımcı sayıları da burada görülüyor.

Sağlık aracıları bir köprü görevi gördü dedim. Aynı zamanda kadınlar için güven verici bir şey yaratıyordu, mülteci kadınlar için. Merkezler için sahadan veri akışını sağladı ve bizim merkezin tanıtımını sağladılar. Yaptığımız bir çalışmada, tüm yıllar itibarıyla değerlendirdiğimizde, başvuruların % 65'inin sağlık aracıları aracılığıyla olduğunu saptadık. Bu önemli bir rakamdı. Bunu Sağlık Bakanlığı'na sürekli söylüyoruz şimdi, öyle bir fonksiyonu var bunların diye, bakalım onları da işe alacaklar mı? Sağlık aracılarına programlı eğitimler yapıldı. Mülteci kadınlar için yalnızca gelir getirici bir iş değildi o. Yani bizde çalışan 22 mülteci kadının bir gelir getirici işi oldu bu proje sayesinde; ama diğer kadınların hayatına dokunma, başkaları için olumlu rol model olma ve kendi açılarından da bir güçlenme süreci yaşadıklarını gördük.

Bu projenin biteceğini duyduğunda, benden daha yaşlı olan bir sağlık aracımız vardı, bana dedi ki, "Bu proje bittiğinde burada kalırsak iş arayacağız; ama ülkemize dönersek de burada kazandıklarımızı başka kadınlara öğreteceğiz." Yani onlar için de, başkaları için de rol model olma konusunda önemli bir dönüşüm yaşamışlardı.



Bizim bu süreç içinde yaptığımız çalışmalar var. Bir tanesi, Kültürlerarası Duyarlılık ve Birlikte Yaşam. Web sayfamızda -HÜKSAM diye girdiğinizde görürsünüz zaten web sayfamızı bunları tıkladığınızda bunların sonuçlarını görürsünüz. Odak grup görüşmeleri yapıldı, hem yerli kadınlar ve mültecilerle, hem genç kızlarla.

Suriye'den Türkiye'ye Kadın Olmak diye bir araştırmamız var; yine HÜKSAM üyesi olan, sosyal hizmetlerden bir hocamız derinlemesine görüşme yaptı. Onun raporu da var. Okurken gerçekten yüreğiniz parçalanıyor. Eminim, ilgiyle okursunuz kadınların o öykülerini.

Bir de, Kadın Sağlığı Danışma Merkezlerine Başvuran Suriyeli Kadınların Üreme Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet Hizmetlerine İlişkin İhtiyaçlarının Belirlenmesi Araştırma yaptık ve raporunu yayınladık, bunu da yine web sayfamızda görebilirsiniz. Raporlarımızı da iki dilde (Türkçe/İngilizce) yayınlıyoruz.

Sadece şunu söylemek istiyorum: demin Türkiye rakamlarını söylemiştim. Bakın, biz orada, Rahim İçi Araç uygulama da dahil, aile planlaması hizmetlerini yürüttük. Danışmanlık yapıldı, kabul eden kadınlara hizmet sunuldu. Hani demin grafiklerini gördük; her dört kadından biri modern yöntem kullanıyordu ya, bakın, bizde bu oran % 85'ti. Siz eğer eğitim verirsiniz ve de hizmeti orada var ederseniz, kadınlar için seçenek sunmuş oluyorsunuz ve gördüğünüz gibi, yüksek oranda da korunmayı sağlıyorsunuz. Hani, "Bunlar çok çocuk doğuruyor" söylemi var ya. Doğru bir söylem değil o, onun için bunu belirtiyorum. Hizmeti sunarsanız kullanıyorlar.

Şiddetle ilgili şu bulgu çok ilginçti. Şiddet öykülerini bize başlangıçta söylemiyorlardı; çünkü tabu idi onlar için, aile dışına çıkmayacak bir şey ayıp bir şey, söylenmeyen bir şey. Ama 4.5 yıl gibi bir süre birlikte çalışınca, güven ilişkisi olduktan sonra ifade ettikleri rakamlar bunlar. Bakın, son 12 ayda fiziksel şiddet; kadınların % 91'i, "evet, gördüm" diyor. Duygusal şiddet; % 76'sı; cinsel şiddet, % 81. Çok ayrıntılı rakamları raporda görür-



sünüz, ben onları burada vermeyeceğim. Şiddet görenler ne yapmış?, sadece yakın çevresine anlatmış ve kurumsal başvuru sadece % 7, bu da yine bizim merkezdeki arkadaşlarımız aracılığıyla ŞÖNİM'e, sığınma evlerine yönlendirdiklerimiz oldu. Çocuk yaşta evliliklerle ilgili çok önemli şeylere müdahale ettik. Güven ilişkisi sonrasında gördüğümüz şöyle vakalar vardı: 15 yaş altında kız çocuğu, "Ben kadın sağlığı merkezine muayene olmaya gideceğim" diyor; gelince bizim sosyal hizmetleri sunan arkadaşlarımıza, "beni evlendirmek istiyorlar, oysa ben okumak istiyorum, ben onun için geldim" diyor. O tür vakalara müdahale ettik ve bu vakalarda Aile ve Sosyal Politikalar Ankara İl Müdürlüğü de bizimle iletişim içindeydi, o çocuklara sahip çıkıldı. Biz bu vakaları hem rapor ettik, hem de... Bir tanesini mesela yaşlı biriyle evlendiriyorlarmış. Bunun gibi, çok hızla, telefonlarla müdahale ettiğimiz vakalar oldu.

Zamanınızı daha fazla almayayım. Bu, kadınların yaptığı dilek ağacı, Arapça burada dilekleri yazıyor. Bununla size teşekkür etmek istiyorum.



**Dr. Selma Güngör**

## **KADIN SAĞLIĞI ve MUHAFAZAKARLIK**

Sevgili arkadaşlarım; merhaba. Öncelikle SES'in sevgili yöneticilerine kişisel olarak bana ve Türk Tabipleri Birliğine bu konuşma fırsatını verdikleri için çok teşekkür ediyorum.

Ben kadın sağlığı ve muhafazakârlıkla ilgili konuşacağım. Konuşmamın benden önceki konuşmacıların nitelikleri nedeniyle de bir zorluğu var; çünkü hem sosyal bilimler alanından, hem sağlık bilimleri alanından iki akademisyenin arkasından bir alaylı olarak konuşmanın zorlukları olabiliyor. Örneğin bu cihazı düzgün kullanabilecek miyim bilemiyorum. (Gülüşmeler)

Bir biçimiyle aslında çok güncel bir sorun muhafazakârlık. Üstelik, muhafazakâr kadın sağlığıyla ilgili gelişmeler nokta konulmuş değil, halen geliyor. Dolayısıyla, konuşmayı hazırlarken yaptığım biraz bugünün fotoğrafını çekmek oldu. Ve eminim, tartışma sürecinde salondan buna, özellikle dış hekim arkadaşlardan çok katkı olacaktır. Çünkü onların kendi yaşadıkları özgünlükler oldu, ben bir vesileyle onları dinlemiştim. Buraya onu almak doğru mu olur diye düşündüğümde, onlara da bir referans göstererek söz etmeyi uygun buldum. Ama Neslihan, eminim ki, bunu o alandaki uygulamaların neler olduğunu bize daha ayrıntılı biçimde sunacaktır.

### **Muhafazakarlığın ortaya çıkışı:**

Muhafazakâr söyleme baktığımızda tarih olarak çok gerilerde bir zamanı işaret ediyor. İşte Feryal da söyledi, dinler var dedi. Baktığımızda, daha eski toplumların dinsel inançlarında totemlerden, daha eski geleneklerden söz ediyor olabiliyoruz. Fakat muhafazakarlığın kavram olarak hayatımıza girmesi oldukça yeni. Ne zaman girdi? Özellikle Fransız Devrimi sırasın-



da girdi. Neyle beraber girdi? Akıl çağıyla beraber girdi. Akıl çağında ortaya çıkan neydi? Bilimsel ve teknolojik bir gelişme oldu, bu bilimsel ve teknolojik gelişme sanayinin gelişmesine yol açtı, sanayinin gelişmesi yeni zenginler olarak bir burjuva sınıfının doğmasına yol açtı. Yine sanayinin gelişmesiyle birlikte meta üretimi denilen, kullanım değeri dışında bir meta üretimi ortaya çıktı ve bu meta üretimini gerçekleştiren büyük bir işçi sınıfı ortaya çıktı. Bu dönem aynı zamanda aklın kullanımı, bilim ve teknolojideki gelişmeler nedeniyle Aydınlanma olarak tanımlanıyor.

Tüm bu gelişmeler sonucunda, yerleşik olan, ilk olarak, kral ya da imparatorluğun egemenliği; ikincisi, dinlerin egemenliği, yani tanrının egemenliği ve tanrının temsilcisi olan kurumların, kilisenin, İslam devletlerinde halifeliğin insan hayatı üzerindeki belirleyiciliği hem itibar kaybetti, hem de sorgulanmaya başladı. Bunlara bağlı olarak, bir biçimiyle var olan egemenliğin kendisi sarsıldı, çatırdamaya başladı. Kendi meşruiyetini yitirmeye başladığı andan itibaren de yıkma girişimleri ortaya çıktı. İlk önce kapitalizmin daha erken geliştiği yerlerde, İngiltere ve Hollanda gibi yerlerde krallar, imparatorlar daha akıllı bir biçimde burjuvaziyle iktidarı daha önceden paylaşma yoluna gittiler; Meşrutiyet rejimleri oluştu.

Fransa'da ise gelişim çok hızlı oldu ve çok sert bir biçimde gelişti. Fransız Devriminde, 1789'da, çok kanlı bir biçimde aristokraziye karşı bütün halk, işçi sınıfı, burjuvazi beraber ayaklandı ve bu ayaklanmada bir yandan liberaller, yani burjuvalara eşitlik, özgürlük ve insan hakları isteyenler, diğer taraftan işçi sınıfına ve tüm yoksullara eşitlik ve özgürlük isteyenler ortaya çıktı. Ayaklanan işçi sınıfının bileşenine baktığımızda, bu bileşende yalnızca Fransız erkek işçiler yok. Fransa'da çalışan bütün kadınlar var ve Fransa'ya çalışmaya gelmiş bütün göçmenler; hepsi bu bileşenin içerisinde ayaklanarak insan haklarını istediler, eşitlik istediler, özgürlük istediler.

### **Muhafazakarların Sınıfsal Kökleri**

Tüm bu taleplerin karşısında eski rejimden "ancient regime" yana olanlar kendilerini muhafazakarlar olarak tanım-



layanlar bu değişim taleplerine karşı durdular, dediler ki, “Biz değişim istemiyoruz.” Kimler olarak ve kimler adına dediler bunu? Kral adına dediler, imparatorlar adına dediler ve imparatorlukta ve krallıkta görevli olanlar olarak ve onlar adına dediler. Yani silah kullanma tekeline sahip olan, vergi toplama tekeline sahip olan gruplar adına bu değişimin kendisine karşı çıktılar. O imparatorluk veya krallık içerisinde ayrıcalıklı olan gruplar milletler, dinler, mezhepler, olarak, onlar adına değişime, eşitlik, özgürlük, insan hakları taleplerine karşı çıktılar. Başlangıçta işçi sınıfı ile birlikte eski rejim taraftarı muhafazakarlara karşı mücadele eden kapitalist sınıf temsilcisi burjuvazi, işçi sınıfının ve kadınların eşitlik özgürlük talepleri karşısında muhafazakarların yanında yer alarak özgürlükçü özelliğini kendine sınıf olarak verilmiş haklarla sınırlandırmış ve muhafazakarların genel özgürlük ve eşitlikle ilgili olarak çizdiği sınırlara uyum göstermiştir.

Bu değişim kaçınılmazdı ve bütün dünyayı da belirledi. Modern ulus devletler bu mücadele içinde doğdular. İmparatorlukların, krallıkların tebaası yerini yurttaşlara bıraktı. Bugün baktığımızda, hepimiz bu modern toplum içinde yaşıyoruz, hepimiz bir biçimiyle bu ilişkilerden nasiplendik. Bu nasiplenme hep muhafazakârların, yani ayrıcalıklı olan, yönetme hakkı olduğunu iddia eden, yönetme hakkının kendisinde olduğunu söyleyen, diğerlerinin kendisine tabi olması gerektiğini söyleyen bir gruba rağmen ve onun tavizleriyle oldu. Ama muhafazakarların gücü muhafazakarların temsil edebildikleri güçlerin büyüklüğü ulus devletlerin demokratikleşmesini belirleyen etkenlerden birisi oldu.

Edmund Burke, muhafazakarlığı : “Meşru yönetimin vekaletle ya da yöneticilerle yönetilenler arasında herhangi bir tür sözleşmeye dayalı ilişkiden ziyade, yerleşmiş usullere dayandığı kanısı” diye ifade ederken, Manheim, biraz daha tarihsel olarak okuyarak, “Bilinçli siyasal muhafazakârlık, sınıf temelli kapitalist toplumun ortaya çıkışının bir sonucudur. 19. ve 20. yüzyıllarda siyasal ve felsefi hareket olarak liberalizme ve sosyalizme muhalefet etmiştir” diye tanımlıyor.



## Muhafazakarlar Neleri Muhafaza Eder

Muhafazakarlık neleri muhafaza ediyor diye baktığımızda, yine muhafazakarların kendi diliyle söylersek: Var olan ya da geçmişte var olan eşitsiz ilişkilerin tümünü, dini muhafaza ediyorlar. Reform veya devrim adına eski yönetici olan ve kişilere haksızlık yapılmasına karşı çıkıyorlar. Rütbe ve görev ayrımlarının gerçekliğini ve değişmezliğini savunuyorlar ve başkaları tarafından arzu edilirliğine karşı çıkıyorlar, Militarizmi savunuyorlar, savaşlar ve fetih politikasını savunuyorlar.

Özel mülkiyetin dokunulmazlığına savunuyorlar. Özellikle bu konuda sosyalistlere ve sosyalist hareketlere tümüyle karşı çıkıyorlar. Ve bu karşı çıkışta da kendilerine karşı bir hareket olarak da ortaya çıkmış olan liberallerle hemen hemen tüm toplumsal süreçler içerisinde birlikte davrandılar. Dolayısıyla, toplumsal gelişimin motorunun bir ayak bağı, tıkayıcısı, bir toplumsal tıkaç haline geldiler. Toplumun bir mekanizmadan ziyade bir organizma olduğunu savunuyorlar. Burada da bizim hâlâ daha gündemimizde olan bir “Başlar ve Ayaklar” yaklaşımı var. Biliyorsunuz, “Ayaklar ne zamandır baş oldu da bizi yönetecek?” diye söyledi bugünkü Cumhurbaşkanı. Bu söylem/görüş aslında bütün toplumu bir organizmadan ibaret sayar; bazılarının baş olduğu ve hep yönettiği, bazılarının el olup hep ürettiği ve ayak olup hep taşıdığı ve bunun değişmeyeceği, illebet değişmeyeceği ve bunun bir toplumsal hal olarak kalması gerektiğini savunan siyasal yaklaşımdır.

88

Geçmişle kurulan bir süreklilik var. Ki bunu çok değerli buluyorlar. Bu çok da anlaşılır bir şey. Çünkü geçmişteki egemenlik ilişkilerinin tümünü korumaya çalıştıkları için, geçmiş bütün muhafazakarlar için çok önemli ve anlamlı. Ama aynı zamanda, bu geçmişin kendisine baktığımızda da şöyle bir şey görüyoruz: Bu, egemenlerin geçmişi, yönetilenlerin geçmişi değil. Ezenlerin geçmişi, ezilenlerin değil. Bu anlamda fethedenlerin geçmişi, fethedilenlerin değil. Ve kulların geçmişi değil; daha doğrusu, kulların geçmişi, ama kulluklarının tescillenmesi biçiminde bir geçmiş.





Kurumsal olarak da baktığımızda, devlet, muhafazakâr ideoloji için çok önemli, aile çok önemli, ata kültü çok önemli. Ataerkillik, hem kadınları, hem içinde ortaya çıktığı toplumun ataerkil yapısına göre çocukları ve bazı erkekleri de çok etkileyen bir kurum. Ve gelenekler. Bunları koruduğunu söyleyerek de kendisini savunuyor, meşrulaştırıyor ya da tanımlıyor muhafazakârlar.

Muhafazakarlar için kadının konumu çok önemli. Kadınların makbul toplumsal rolleri eş ve anne olarak tanımlanmakta, kadınların özgür bireyler olarak var olmasına karşı çıkmaktalar, erkeğe, kocaya ya da babaya bağlı olarak onlar tarafından temsil edilmesi, geçimlerinin sağlanmasını savunuyorlar. Bu nedenle kadınların çalışmasına, güvenceli ve eşit ücretli olarak çalışmasına karşılar.

Kadınların kendi bedenleri ve cinsellikleri üzerinde hak sahibi olmalarına karşılar. Bu nedenle evlilik dışı ilişkilerin hemen tümüne karşılar. Kadın bedeninin denetimini sağlamak üzere kadınların bekareti bir değer olarak savunulmakta ve kürtaja kadınlar özgür cinsel ilişkiler kurmasına yol açtığını düşündükleri karşı çıkmaktalar.

Bu anlamda, imparatorluğun/krallığın başındaki hanedanın, imparator/krala bağlı askerlerin, bürokrasinin, imparator/kralın kendisini özdeşleştirdiği millet ve dinin, mezhebin temsilcileri oldular muhafazakarlar ve dünyada ağırlıklı olarak Hıristiyan Demokrat partilerde temsil edildiler. Yerelliği işaret etse de muhafazakarlık tüm dünyada hemen hemen aynı özellikleri taşıyan bir ideoloji ve siyasi akımdır.

## **Türkiye’de Muhafazakarlık**

Türkiyenin muhafazakarlığının da kendini dayandırdığı geçmiş referansında Osmanlı imparatorluğu, islam dini ve Türk fetih tarihini buluruz. Osmanlı imparatorluğunun özellikleri: Klasik çağından başlayıp yıkıldığı Birinci dünya Savaşı yıllarına kadar Osmanlı imparatorlukçu devleti bir imparatorlukçu devlet olarak bütün imparatorlukçu devletler gibi kapsanan diller, dinler, kavimler mozaikinin içinden bir din ya da kavime daya-



nan bir hanedanın öteki dinler, diller, kültürler, kavimleri oluşturan nüfuslar üstünde kurduğu imperium 'emretme hakkı' idi. Bu 'hak' fetih'ten yani yenenle yenilenin belirlendiği savaş sonunda aman dileyen yenilenin can ve malının bağışlanması karşılığında ikincil bir statüde yaşamayı kabul edip yenene teslim olması, yenenin emretme hakkını kabul etmesi biçimindeki hakimiyetinden kaynaklanıyordu.<sup>1</sup> diye tanımlanabilir.

Muhafazakarlık savunduğu kişi, kurum ve ilişkilerin aşkınlığını fetihe dayanarak başlayan egemenliğin tanrı izin verdiği için devam ettiğini ve ilelebet devam edeceği iddiasını taşır.

Tüm imparatorluklar ve krallıklar gibi Osmanlı imparatorluğunda da İnsanların, hükümdar merkezli devlet aracılığıyla, tanık olmak anlamında kutsallığı paylaştıklarını hissetmeleri (sanmaları) için devletin hükümdarın aşkınlık taşıyan varlığı aracılığı ile kutsallığı içinde barındırıyor görünümü vermesi gerekiyordu: Osmanlının kendini kendi tanımıyla ebed müddet devlet. Padişahın padişah olabilmesi, Allah'ın "saltanatı ona müyesser" kılarak yeryüzünde reyaya çobanlık yapma görevini ona verdiğinin yeterli kanıtını oluşturuyor, padişahlığı elinde tutabildiği sürece, sıradan insanlığı aşan bir varlık statüsü kazanmasına yol açıyordu

Kendini Osmanlı imparatorluğunun mirasçısı olarak tanımlayan Türkiyede de muhafazakarlar imparatorluğun egemenlik mekanizmasını ve egemenliğin değerlerini ; ebed müddet devlet, toplumsal bilincini neredeyse olduğu gibi taşıma, savunma ve uygulama içindedirler.

Türkiye'de kendisini bir muhafazakâr parti olarak ilk tanımlayan Adalet ve Kalkınma Partisi oldu, AKP oldu ve ilk çıktığı dönemde kendisini muhafazakâr demokrat olarak tanımladı Avrupa karşısında. Dolayısıyla, baktığımızda, tarihsel süreç içerisinde özellikle Avrupa'da ve Anglosakson dünyada kendisini tanımlamış olan, oradaki hareketlerle tanımlamış olan muha-

<sup>1</sup> Y.S. TEZEL Devamlılıklar, Değişmeler ve Kırılmalar, tanzimat Sonrası İmparatorluk ve Cumhuriyet Türkiye'sinde "Muhafazakarlık Sorunsalı, Modern Türkiye'de Siyasi Düşünce Cilt 5: Muhafazakarlık, s.26



fazakâr ideolojinin ve siyasal yapının hem evrenselliğini hem de Akp'nin kendisiyle ne kadar örtüşmüş olduğunu da zaman içerisinde gördük.

Fakat Adalet ve Kalkınma Partisi bu anlamda ilk ortaya çıkan bir örnek miydi? Hayır, değildi. Cumhuriyetin kuruluşu itibarıyla baktığımızda, Cumhuriyet Halk Partisi içerisinde vardılar, Cumhuriyet Halk Partisinden başka kurulan, izinli kurulan bütün partilerde muhafazakâr bir damar hep oldu; ama asıl, İkinci Dünya Savaşından sonra özellikle Erbakan çizgisiyle ortaya çıkan partide bu değerleri savunan, ifadesini bulan, özellikle dine dayalı bir egemenlik ilişkisi ve toplumsal-kültürel ilişkiyi savunan bir çizgi içerisinde devam etti. Liberal çizgide olduğunu varsayan partiler de başta özel mülkiyet savunusu olmak üzere eşitlik ve özgürlüklere karşı çıkararak baskın muhafazakar özellikte oldular.

### **Türkiye'de Muhafazakarlar Nelere Karşı Çıkıyor:**

Muhafazakarların Neye karşı çıktıklarına Türkiye içerisinde de bakalım. Evrensel muhafazakarlıkla aynı özellikleri gösterdiklerini hemen görebiliriz.

Eşitliğe karşı çıkarlar muhafazakarlar. Kadın-erkek eşitliğine karşı çıkarlar. Ki buna hâlâ karşı çıkıyorlar. "Fitratımız farklı" diyerek, sürekli olarak bizim haklarımızın tanınmaması ya da gasp edilmesi anlayışını bize dayatıyorlar. Sınıflar arasındaki, o statüdeki insanların genel olarak birbirleriyle, insan olmak hasebiyle eşitliğine karşı çıkıyorlar. Dinler arasındaki eşitliğe, ibadet etme de eşit haklara karşı çıkıyorlar. Ve bütün bu farklı dinlerden, farklı milliyetlerden, farklı sınıflardan, farklı cinsiyetlerden ve toplumsal cinsiyetlerden olanlar arasındaki hakların eşit olmasına, özgürlüklerin eşit olarak kullanılmasına karşı çıkıyorlar. Bu anlamda, herkesin kendi fitratına uygun, ya da in-

<sup>2</sup> Y.S. TEZEL Devamlılıklar, Değişmeler ve Kırılmalar, tanzimat Sonrası İmparatorluk ve Cumhuriyet Türkiye'sinde "Muhafazakarlık Sorunsalı, Modern Türkiye'de Siyasi Düşünce Cilt 5: Muhafazakarlık, s.32



sanlarına toplum içerisindeki konumuna uygun, yani baş mı, ayak mı, gövde mi, neresinde oluyorsa o toplumun, ona uygun hakları ve özgürlükleri olabilir ancak, onu savunuyorlar. Dolayısıyla insan haklarına karşılar.

Eski toplumun, yani bu imparatorluk toplumunun temel baskı mekanizmalarından, egemenlik mekanizmalarından birisi kullarının başını alabilmektir, yani öldürme hakkıydı. Dolayısıyla, idam cezasına karşı olmak idam cezası karşıtlığı, gerek liberal, gerek burjuva ve işçi sınıfı politikalarında çok tipik olarak belirginken, muhafazakarlar her seferinde idamdan yana oldular ve hâlâ daha bunu sık sık, üstelik güya kadına yönelik politikalarda, çocuklara yönelik politikalarda bir koruyucu önlem olarak idamı geri getirmek gibi bir söylemle gündeme getiriyorlar.

Ve diğer insan haklarına da karşı çıkıyorlar tabii.

Bir kralın ya da bir imparatorun hukuk devletine ihtiyacı yoktur. Bu nedenle, hukuk devletine, adil yargılamaya ve hukuk devleti olmanın diğer gereklerine de karşı çıkıyorlar. Ve bunu da bugün özellikle neomuhafazakâr, neoliberal dünyada ortaya çıkan otoriter liderliklerin egemen olduğu ülkelerin hemen tümünde, dolayısıyla bizim ülkemizde de hukuk dışına çıkmak, hukuk dışı olmak, hukuksuz kalmak olarak fiilen yaşıyoruz.

Aslında bunun, hukuksuzluğun ilk örneklerini de çok önceden yaşamaya başlamıştık. Belki Türkiye’de belli kesimler daha önce yaşamaya başlandı bunu. Özellikle Kürtler. KCK duruşmaları biraz böyle seyretti çünkü, ayrı bir hukuk uygulandı sanki. Ama özellikle 15 Temmuz darbe girişiminden beri hepimiz keyfi bir hukuk durumuna göre haklarımızı kullanabiliyoruz ya da kullanamıyoruz, bazen kullanıyoruz, bazen kullanamıyoruz. Böylesi bir süreçte yaşıyoruz.

Siyasal haklara karşılar. Çünkü birisi yönetecekse eğer, yönetilenin bir hakkı olmasını, kendisi gibi yönetici olmasını doğru bulmuyorlar. Ve tarihin seyrine bu bağlamda baktığımızda da, seçme-seçilme hakkı, muhafazakarların kendi politikalarını en çok gösterdikleri alan oldu. 1789’dan itibaren ortaya çıkan



siyasal mücadelelerdeki siyasal taleplerden birisiydi seçme-seçilme hakkı ve bu hakkı talep edenlere verilmesine karşı çıktılar. Fransız devriminde yaratılan kanlı değişimi öne sürerek ılımlı değişim adı altında hep çok kısıtlı olarak verdiler ve o çok kısıtlı olarak verişte de burjuvaziyle, liberallerle hep anlayış birliği içerisinde oldular. Örneğin bu hakkı (seçme seçilme) önce belli bir oranda vergi verenlere verdiler, diyelim 10 bin lira vergi verenlere bu hak tanındı. Sonra buna itirazlar edildi, çalışanlar denildi ve işsizler oy kullanma hakkının dışında tutuldu. Daha sonra çalışan erkekler denildi, böylece kadınlar dışta tutuldu. Belli bir yaşın üstündeki vatandaşlara verildi, dolayısıyla o ülkede çalışan göçmen çalışanlar, göçmen işçiler dışta tutuldu. Ama baktığımızda, yurttaşlık konumu en geç kadınlara verildi ve oy hakkı da o yurttaşlık konumu içerisinde en son kadınlara tanındı. Şimdiki gelişmeye de baktığımızda, birazcık yaşla ilgili ve göçmenlerin oy kullanma haklarının sağlanmasıyla ilgili hem bir muhafazakar dirençten söz edebiliriz, hem de talep edenlerin zorlamasıyla birlikte bir gelişme olduğunu söyleyebiliriz.

Laiklik de karşı oldukları şeylerden biri. Çünkü dinle krala ya da yöneticiye, imparatora tanınan yönetme hakkı var. Yani kilise kralı onaylıyor ve Osmanlı toplumunda da ya da bütün Müslüman egemenliklere baktığımızda, halife tarafından onaylanmış bir padişah var. Din, o nedenle, o yönetimin meşruiyetinin temelini oluşturan en önemli şey. Bu anlamda tüm laiklik uygulamalarına da karşılar.

Kadınlara karşılar, kadınların eşitliğine karşılar ve aileden yanalar. Bu ikisini birleştirdiğimizde, kadınların siyasal yaşama katılmasına karşılar. Oy kullanmada anlattım, ama bugün nasıl görüyoruz bunu? Bir, zaten kendileri aday göstermiyorlar ya da çok göstermelik, kadın hareketinin zorlamasıyla ya da diğer rakip siyasal partilerin kadınlara gösterdiği duyarlılık nedeniyle ya da kadınların orada kullandıkları haklar nedeniyle bu hakları vermek zorunda kalıyorlar, ama kullananlar olduğunda da bunları hemen geri alıyorlar. Bunun en tipik örneğini de aslında kayyum atamalarında gördük. Özellikle eş başkanlık sisteminin uygulandığı ve kadın ve erkeğin yerelleri birlikte yönet-



tiği belediyelere Şimdi kayyum atadılar; böylelikle kadınların yönetmesi engelleniyor ve o kadınlara oy verenlerin, onları seçenlerin de seçme hakları ellerinden alınıyor.

Kadınların sosyal haklarına karşılar. Bunun pek çok canlı örneğini biliyoruz. Ve kadınların eğitim hakkına karşılar.

Bunlar, her ne kadar örneklerini Türkiye toplumu üzerinden verdiğem de, ağırlıklı olarak Avrupa toplumlarında da, o toplumlardaki Hıristiyan demokratların Şu veya bu ölçüde, bugün olmasa da geçmişte savundukları konular. . Uygulamak zorunda kalmış olabilirler, ama herhangi bir gerici darbeye bunları geri aldıklarına tanık olduk. EŞitsizliği, ve bir grubun üstünlüğünü bizzat kendilerinin savunması, tabanlarının bunları benimsemesi nedeniyle ırkçı-faŐist siyasal gelişmelere zemin hazırladıkları gibi, siyasal oluşumların bu değerleri suiistimal etmesine zemin yaratan bir kültürel ortamı, iklimi her zaman hazır olmasını sağlamaktadır. Ayrıca savundukları kadınlara yönelik yaklaşım ve erkeklik anlayışı kadına yönelik Şiddeti, tecavüzü, kadın ölümlerini kıŐkırtmakta, süreklileŐtirmekte ve arttırmaktadır.

Osmanlı İmparatorluğu meşruiyetini nereden alıyordu diye baktığımızda, aslında fetihden alıyor. Fethettiği insanların el aman deyiŐiyle, onları yönetme, onlara ikincil bir statüde yaşama hakkı ve emretme hakkını kabul ettiriyor. Osmanlı İmparatorluğu kuruluşundan itibaren böyle bir egemenlik iliŐkisiyle yönetti. Ama bu tek başına Osmanlı İmparatorluğuyla ilgili bir durum değil, İngiltere İmparatorluğu, Alman İmparatorluğu, Avusturya-Macaristan İmparatorluğu, Fransız İmparatorluğu da bundan farklı değildi. MeŐruiyet, birincisi dinle, ikincisi de fetih ilişkileriyle sağlanıyordu. Osmanlı İmparatorluğu dediğimizde de, asıl olarak fetihle belirlenen, hakların eşit kullanılmadığı, eşitlikçi olmayan, siyasal özgürlüklerin olmadığı, insan haklarının olmadığı bir toplumdur.

Ve devlet insanlar için toplumun sürekli unsuruydu; kendilerinden önce vardı, doğdukları zamandan önce vardı ve kendileri öldükten sonra da var olacaktı. Bu nedenle, bir tanrı gibi aşkın bir kurum olarak gördükleri için Osmanlı toplumunda kutsal bir olguydu devlet. Aynı olgu bizde de devam ediyor,



Cumhuriyette de devam ediyor. Halen bizde de devlet kutsaldır; bu nedenle devlet için ölebiliriz, öldürebiliriz ve öldürülme-yi kabul etmemiz ve hatta haklarımızdan vazgeçmeyi kabul etmemiz bekleniyor ve bu halen de devam ediyor ve toplumsal meşruiyetini de ne yazık ki hâlâ daha devam ettiriyor.

## **Muhafazakar Kadın Politikaları**

Kadın politikalarına baktığımızda; aileyi koruyan, kadını aileye hapseden ve kadının devlete, topluma çocuk doğurmasını isteyen; çocukları büyütmesi beslemesi ve aile bireylerine devlet için bakması beklenen ve hane içerisinde kocaya, evleninceye kadar da babaya ve ailenin büyüklerine hizmet etmesi ve onlara itaat etmesi beklenen bir rol biçilmiş durumda kadınlara. Bunun dışına çıkan kadınlara da çeşitli ve ağır biçimlerde baskılar uygulanıyor. Bu baskıların en önemlisi şiddet. Bu şiddetin daha önceden de yaşandığını biliyoruz; fakat biz kadınlar olarak kayıtlarını tutmaya başladığımızda, muhafazakarlıkla koşut olarak, giderek arttığını biliyoruz. Şiddetin daha çok ne zaman kullanıldığına baktığımızda da; bir biçimiyle çalışarak özgürleşmek istediğimizde, boşanarak özgürleşmek istediğimizde, yani kadınlar olarak bize dayatılan yaşamı reddettiğimizde, daha özgür, daha bağımsız bir hayat kurmak istediğimizde öldürülüyoruz. Ve öldürmenin erkek zihniyetindeki devamlılığını sağlayan da bu muhafazakâr kültür. Çünkü kadının erkeğe tabi olmasının ve itaat etmesinin meşru olduğunu söylüyor, toplumun böyle işlemesi gerektiğini söylüyor. Erkeğe kadına hükmetme, emretme ve hayatını belirleme hakkı tanıyor ve bunlar olmadığında da erkek kendinde öldürme hakkını (haklı) buluyor. Ne yazık ki, daha önceki gerek yasal süreç, gerekse de yasalar değişse bile hukuksal uygulamalar bu anlayışa uygun olarak kadınlara uygulanan şiddeti çok az cezalarla geçiştiriyordu. Ama kadınların mücadelesi bunları değiştirdi.

Seçme-seçilme hakkına geldiğimizde; bunları Türkiye toplumunda, muhafazakâr bir toplum olan Türkiye toplumunda çok kullanamadığımızı görüyoruz. Örneğin İran'da bile Humeyni öldüğünde yaklaşık 600 kadın cumhurbaşkanı adayı



çıkmişti. Fakat Türkiye’de cumhurbaşkanı adayı olmaya cesaret edebilen bir kadın görmedik henüz daha.

**SALONDAN** - Meral Akşener oldu.

**Dr. SELMA GÜNGÖR** - Aday olmadı ama o.

**SALONDAN** - Aday adayı oldu. Perinçek’ten Meral Akşener’e kadar hemen herkes aday oldu ya, şey seçilirken.

**Dr. SELMA GÜNGÖR** - Ama o ciddi değildi, yani başka bir şeydi o. Şey anlamında söylüyorum: Yani o yarışa girip, yarışta ilerleyip...

**SALONDAN** - Oy vermedik ama.

**Dr. SELMA GÜNGÖR** - Hayır, o verecek pozisyona gelmedi; yani aday adaylığında kaldı, aday olmadı.

Bunu Humeyni’nin 1980’li yıllar İran’ıyla karşılaştırdığımızda, bu 2018’de gerçekleştirilmiş bir olaydı, dolayısıyla arada bir zamansal farklılık da söz konusu.

Bu anlamda muhafazakâr kültürü yaratan, üreten bir toplum içerisinde yaşıyoruz ve bu toplum kadınlara da ikincil rolü, evi, çocuk bakımını ve eşi ile babasına itaati öngörüyor.

## Muhafazakar Sağlık ve Kadın Sağlığı Politikaları

Sağlık politikalarına baktığımızda ise, genel olarak sağlık politikalarında iki tür gericileşmeden söz edebiliriz. Bunlardan birisi, 2016 yılında kurulan Dünya İslam Sağlık Birliği, WİHO. WHO’yu da birazcık andıran WİHO. Bu, Müslüman ülkelerle bir yandan bir dayanışma, işbirliği örgütü gibi duruyor, başka işbirliği örgütleri de var, ama bir yandan da, baktığımızda, İslami değerlere uygun bir sağlık örgütlenmesi ve İslami gelenekler diye tanımlanan, Peygamberin döneminde sağlık, temizlik vesaire gibi o dönemlerdeki hayat koşullarında ortaya çıkan sağlıkla ilgili uygulamalar ya da sağlıklı yaşamak için yapılan uygulamaların (misvak kullanımı vesaire gibi, helal gıda gibi) konuşulduğu ve bunların bir biçimiyle o toplum içerisinde bir toplum mühendisliği yaklaşımıyla ikame edildiği bir toplantılar ve projeler zinciri olarak ortaya çıkıyor ve kendini bir biçimiyle var olan bilimin kullandığı araçları kullanarak şekillendiriyor.





Bir yandan raporlar hazırlıyor, ülke raporları, şehir raporları hazırlıyor, bir yandan araştırmalar yapıyor. Bu genel yönelim içerisinde Türkiye'nin oldukça belirleyici olduğunu söyleyebiliriz. Türkiye, bu Dünya İslam Sağlığı Birliğine bir Hekim Birliği ve bir de Sağlık Bakanlığı aracılığıyla katılıyor. Ve örneğin Türk Tabipleri Birliği bu birliğe davet edilmiş değil; 2018 yılında yapılan kongrenin de yalnızca ilk günkü açılışına çağırılmıştı. Dolayısıyla, muhafazakâr dünyanın sağlık anlayışını küresel ölçekte örgütlemek ve geliştirmek için bir yaklaşım söz konusu burada.

Ama tüm bunların içerisinde baktığımızda da, onların GETAT diye tanımladığı, yani geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamaları diye tanımladıkları; Türk Tabipleri Birliğinin ise geleneksel, alternatif, tamamlayıcı sağlık uygulamaları diye tanımladığı GATSU uygulamalarının bu kongre, konferans vs özelliğindeki toplantıların temel konularından birisi olması söz konusu. Buraya baktığımızda da, aslında bizim bugüne kadar kamusal olarak ürettiğimiz değerler, kurumsal değerler ne varsa, onların ya ele geçirildiği için burada yer aldığını ya da yer almaya zorlandığını görüyoruz. Örneğin GATSU'yla ilgili durum ve analiz hedeflerinin bizzat Sağlık Bakanlığı içerisinde ve bizzat tıp fakülteleri içerisinde saptamasını yapmışlar ve onun raporunu Sağlık Bakanlığı aracılığıyla WHO'nun kongresinde sunuyorlar, yani o bilgileri uluslararası İslami sağlık kuruluşlarıyla da paylaşıyorlar Türkiye'de 27 üniversitede GATSU eğitimleri başlamış. İstanbul'da 5 üniversitede başlamış ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından da bu uygulamalara ödeme yapıldığını görüyoruz.

Dolayısıyla, sağlık politikalarının bir bölümü bu cenah üzerinden, "geleneksel iyidir" üzerinden götürülüyor. Gelenek aslında karşı çıkacağımız bir şey değil bizim de, ama değişmez değildir ve herkese uygulanmaz, uygulanması zorunlu değildir, insanlar gönüllü olduğunda uygulanır. Onlar da benzer bir şey söylüyorlar, zorunlu değil diyorlar; ama bunun ne kadar böyle devam edeceğini ve bilimsel tıbbın yerini alıp almayacağını ya da bir alternatif haline gelmek gibi bir iddianın zaman içerisinde ortaya çıkıp çıkmayacağını bilmiyoruz. Ama baktığımızda, bilimsel düşünceden oldukça uzak ve bilimsel araştırma yöntemleriyle doğruluğu saptanmamış yöntemlerin, tıp fakül-



telerinin araştırma olanakları kullanılarak ve tıp fakültelerine başvuran hastalar kullanılarak meşrulaştırılması söz konusu. Bu oldukça önemli bir muhafazakarlık adına yapılan oldukça dejenere adım ve hayatımızı tehdit ediyor.

Bir yandan baktığımızda, alternatif sağlık uygulamalarının hekim ve sağlık çalışanları tarafından da uygulanması. Şimdi sayısı daha arttı, ama resmi İstanbul verilerine baktığımızda, örneğin sülük uygulayan 9 hekim bildirilmiş sağlık kuruluşları içerisinde. Akupunktur daha çok, 84. Ozon uygulayan 64 kişi var. Homeopati, osteopati, fitoterapi ve mezoterapi gibi, bizim Türkiye ya da Osmanlı geleneğinde olmayan, ama başka ülkelerin geleneğinde olan uygulamalar söz konusu. Bu uygulamalarla da bir evrensellik sağlamaya çalışıyorlar herhalde ya da bir çeşitlilik sağlamaya çalışıyorlar. Çünkü bilinmediği için aslında ihtiyaç da yok gördüğüm kadarıyla, zorla yaratılan bir ihtiyaç. Böyle bir gelişme söz konusu. Ama kamusal kaynakların ve olanakların önemli bir bölümünün buraya aktarıldığını bilelim ve izleyelim.

### **Kadın Bedenini Denetleme Politikaları**

Nüfus politikaları muhafazakâr sağlık politikaları ile muhafazakar kadın sağlığı yaklaşımının kesişimini oluşturuyor. Buraya da baktığımızda, en az 3 çocuk politikası söz konusu. Şevkat'in de dediği gibi, istenen çocuk 3 olmuş. Bir kız, bir oğlandı önceden, şimdi 3 olmuş durumda, belki daha da çok olacak.

Üç çocuk propagandası yanı sıra, en az 3 çocuğu garantileyen başka politikalar da beraberinde geldi. Sezaryen uygulaması aslında biz sağlıkçıların gerekli olup olmadığı üzerinden tartıştığımız bir meseleyken, yani her kadına uygulanmasının gerekli olup olmadığını tartışırken ve bir kıskırtılmış sağlık hizmeti açısından değerlendirirken, birden ikiden fazla doğumu engellediği için zorunlu endikasyonları dışında yasaklanarak ve uygulanması cezalandırılarak hükümet tarafından gündemimize sokuldu ve biz bir biçimiyle kendimizi doğum yaparken ölmek ya da sakat kalmamak için sezaryen hakkı yanı sıra sezaryen uygulamasını savunur halde bulduk. Sezaryen



uygulamasının böyle sınırlandırılması hükümetin aileyi koruyan ve kadını anne olarak tanımlayan politikaları nedeniyle bizim onu sağlıklı bir şekilde tartışmamızı engelleyen en önemli olay oldu.

Buna bağlı olarak kürtaj sınırlandırıldı. Biliyorsunuz, 28 Aralık 2011 yılında Roboski (Uludere) de çoğu çocuk yaşlarında 34 Kürt yurttaş devletin talimatıyla F16 uçaklarıyla bombalanarak öldürülmüştü. Bu olay toplumda hükümetin tabanının oluşturduğu dindar kesim de dahil olmak üzere çok geniş bir kesim tepkisini çekmiş ve yapılanın doğruluğu sorgulanmıştı. 2012 AKP'nin Kadın Kolları Kongresinde, Cumhurbaşkanı o zaman Başbakanı, Başbakan Erdoğan "Her kürtaj bir Uludere'dir" diyerek, hem o İslami grubu hem de erkekleri kendi arkasına aldı. Çünkü kürtaj tartışmaları Türkiye'de, hangi mantıklı saiklerle olduğunu anlamadığım bir biçimde, erkeklerin taraf olmaya çok istekli oldukları ve karşı çıktıkları bir olgu olarak süregeldi. Başlayan kürtaj yasaklansın tepkileri sonucunda hak olarak korunsun da uygulamada çok ciddi bir kısıtlama içinde bulduk, halen devam ediyor. Ama bu süreçte yapılan düzenleme ile yalnızca tam teşekküllü hastanelerde yapılabilir oldu. Bu hastanelerden Türkiye'de 26 tane var. Dolayısıyla, kadınların mesafe nedeniyle ulaşmasının zor olduğu; ikincisi, yoksulluğu nedeniyle ulaşmasının zor olduğu; üçüncüsü, yanında birisi olmadan, birisine haber vermeden ulaşmasının zor olduğu -çünkü bir yerden bir yere ulaşım gerektiriyor- bir uygulamaya dönüştü, parası olanların da gidip özelde yaptırdığı bir uygulama oldu. Ve son 5 yıl içerisinde, baktığımızda, daha önce 100 kadından 10'u kürtaj yaptırırken, bu oran 4.1'e düşmüş durumda. Dolayısıyla, bizzat fiili olarak kürtaj olanaklarına erişimin kısıtlanması nedeniyle bugün kürtaj hakkımız var, ama sınırlı koşullarda kullanabiliyoruz durumdayız.

Kürtaj işlerinde kocanın onayının alınması katı bir hale getirildi. Daha önceden de var gibiydi, ama kadın kendisi imzalayabiliyordu ve bir de bu izlenmediği için de kamusal otorite tarafından, aktif uygulanan bir durum değildi. Ama şimdi özellikle istenen, aranan bir şart durumunda. Ve taciz-tecavüz durumlarında ya da eneseste bağlı gebeliklerde uygulamayı



çok zorlaştıran ve kadınların kürtaj olmasını hem engelleyen, engellemese bile geciktiren bir konuma ulaşmış durumda. Bu duruma baktığımızda, doğrudan doğruya kadının kürtaj hakkını gasp ederek erkeğe bağımlı hale getirilmesinin tipik bir örneği de karşımıza çıkıyor.

Aileyi koruyan politikalar geliştirildi. Bunun tipik örneğini şöyle veriyorum ben: Biliyorsunuz, “babaanne maaşı” diye bir proje kapsamında bir para dağıtıldı. Neydi bu? İşyerlerinde kreş yok ve ücretsiz kreş hakkımız yok, çocuklarımızı kreşe veremiyoruz ve anneanne ve babaanneler bakıyorlar, onların desteğini alıyoruz. Onlara ücret verelim, onlar bakmaya devam etsinler dedi Hükümet. Nerede bakmaya devam etsinler; ev içinde bakmaya devam etsinler ve aile zinciri içerisinde devam etsinler. Ve bunu ücreti de kime verdi biliyor musunuz arkadaşlar; babaannelere verdi, anneannelere vermedi. Oysa ki, baktığımızda, kadınların işbirliği içerisinde olduğu daha çok anneannelerdir, ama bu şeyden yararlanan babaanneler oldu.

Kadınları eve bağlayan üreme sağlığı politikaları hayata geçiyor. Bunu da yine bu Dünya İslam Sağlık Birliği, WIHO için hazırladıkları rapordan aldım. Örneğin gebelerin aile sağlığı merkezlerine ya da hastanelere gelerek değil de evde takiplerinin yapılması ve evde doğumun yaygınlaştırılması gibi bir hedef koyduklarını görüyoruz. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde eve gitmek çok önemlidir; fakat eve gitmenin nedeni kadını eve bağlamak değildir, ev içerisindeki durumu, evin durumunu sağlığa uygunluk açısından değerlendirip, daha nitelikli yaşam koşullarını gerçekleştirmek ve ek bir sağlık gereksinimi varsa onu karşılamak için gidilmesi gerekir. Böyle gidilmesi gerekirken, ne yazık ki ev ziyaretleri ve gebelerin evde takibi şimdi kadını ve gebe kadını eve bağlamak için yapılıyor. Bunun da bir muhafazakâr politika olduğunu nereden biliyoruz; bazı televizyonlarda, bazı din adamları, hamile kadının sokakta olmasının doğru olmadığını, kadınların kahkahayla gülmesinin doğru olmadığını ilan ettiler ve o ilan açıktan bizim politikalarımıza hamile kadının eve kapatılması biçiminde geliyor.

Biz sağlık alanında çalışanlar biliyoruz ki, cinsel şiddet, cin-



sel istismar ve tecavüz vakıalarında bizim raporlamamız yargı açısından, cezalandırma açısından önemli. Mağdurun tekrar normal yaşama güçlü bir biçimde dönebilmesi açısından da bizimle kurduğu ilişki çok önemli. Özellikle 18 yaş altındakilerin çocuk kabul edilmesiyle ilgili yasalarda olmayan bir kafa karışıklığını Sağlık Bakanlığı kendisi yaratarak, 16-18 yaş arasındaki evliliklerin çocuk evlilikleri olarak kabul edilmediğine, dolayısıyla izlemenin gerekmediğine dair hukuk müşavirliği görüşleri yaratarak ve bunları bu gebelerin takip edildiği hastanelerle paylaşarak ve bu hastanelerin idarecilerinin 16-18 yaş arası gebelerin bildirim sistemini kurmayarak, ihlal ettiklerini biliyoruz. Bu uygulama nedeniyle hekim ve sağlıkçı arkadaşların ceza aldıklarını biliyoruz. Bu hâlâ daha ne düzeyde yapılıyor, bunu çok denetleyebilmiş değiliz; çünkü bu konuda verileri paylaşmıyorlar ya da hekimler ve sağlık çalışanları üzerinde yarattıkları baskı o kadar fazla ki, böyle bir şeyin yapılıyor olduğunu ya da yapılmıyor olduğunu bildirebilmek bir cesaret gerektiriyor.

Bir diğer durum da, aslında bir yandan bir hak gibi görünen farklı cinsiyetten sağlık çalışanına muayene olmayı reddetme ya da sağlık çalışanları açısından kendi cinsiyetinden farklı insanlara sağlık hizmeti vermeyi reddetme uygulamasının ortaya çıkması ve yaygınlaşmasıdır. Biz kültürel değerlerimizi savunuyoruz aslında, ona uygun yaşamak istiyoruz, ama aynı zamanda kültürel değerlerimize rağmen de yaşamak istiyoruz, onların ayak bağıımız olmasını, hayatımızı tehdit etmesini, hayatımızı almasını da istemiyoruz. Dolayısıyla bu alanda ikili bir duruş içerisindeyiz. Tüm toplumsal gelişmelerde olduğu gibi, burada da bir değişim süreci söz konusu. Kültürümüz değişiyor, geleneklerimiz de değişiyor buna bağlı olarak. Şöyle bir ilke Türkiye’de oturmuştu: Sağlık alanında çalışan bir kişinin cinsiyeti yoktur, herkes ona muayene olabilir ve sağlık çalışanı karşısına geleni kadın-erkek diye ayırmaz, ayıran da suçludur ve bunun için yasal yaptırım uygulanır. Bu ilkenin, kültürel değerler bahane edilerek, açık bir biçimde ortadan kaldırıldığını görüyoruz bugün. Önce yoğun bakımlarda kadın-erkek ayrımı yapılmaya başlandı. Yoğun bakımdaki bilinci kapalı hastaların birbirlerini görmedikleri varsayılıyordu, yatakları perdelerle ay-



rılıyordu, ama aynı odalarda kalabiliyorlardı. Yoğun bakımlarda bile kadın-erkek hastayı ayırarak, kadın hastaların kadın hekimlerden, erkek hastaların erkek hekimlerden hizmet alması gibi ve muhafazakâr ideolojinin de buna uygun bir talep üretmesi gibi bir gelişmeyi ne yazık ki yaşıyoruz.

Bir diğer muhafazakar yaklaşım kadın cinselliğinin kontrolüdür. . Kadın cinselliğinin kontrolü muhafazakâr toplumlar için çok önemlidir. Kontrollü bir cinsellik yaşamasını isterler; evlilikte cinsellik mubahtır, ama evlilik dışında, öncesinde günahdır ve bu cezalandırılır. Cinsellik denetimi de genç kadınlar için bekaret kontrolüyle yapılır, biliyorsunuz. Bekaret denetimi yasaklanmasına ve bekar kadınların cinsellik denetimi etkisini önemli oranda yitirmesine rağmen, şimdi nasıl bir etkileşim söz konusuysa, bekâret kadınlar için en önemli değer haline getirilmeye çalışılıyor. Ve bir kadın hekim meslektaş, bir kadın doğum uzmanı, “evlilik yıldönümünüzde ya da onun doğum gününde eşinize bekâret hediye edebilirsiniz” diye bir sosyal medya reklam paylaşımı yaparak mesleği kötü uygulamanın çok kötü bir örneğini oluşturdu. Kendisiyle ilgili onur kurulu süreci başlatıldı. Bu örnekle de değerlerimizin bir yandan ne kadar gerilediğini, ama gerileyen her değerimizin de aslında bir metaya dönüşerek ne kadar istismar edildiğini bir kez daha görüyoruz.

Dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.



## Canlı Tartışmalar

**ŞEVKAT ÖZVARIŞ (Panelist)** : Toplumsal cinsiyet eşitliği kavramına karşıt olma, İstanbul sözleşmesinden çıkma tartışmaları dünyadaki muhafazakarlaşmanın bir parçası. Mesela Macaristan’da kadın hareketinin itirazları ile durduruldu. Sezaryen doğum sayısının tartışması sağlık alanında hizmet içi bir tartışma olarak yürütülmeli. Bu toplumsal kodlarla çakıştığında muhafazakarlıkla başka yöne gidebilecek bir tartışma ama bu haliyle de oranlar çok yüksek.

**ZEHRA AYATA (Antalya)** : Geleneksel Tıbbi ve kadınların şifacılığını konuştuk ama aşılama oranları Türkiye’de gitgide düşüyor. Sürekli geleneksel tıp uygulamalarının tartışılması ve tıbbi uygulamaların değişmesi sağlıkçılara olan güveni de zedeliyor diye düşünüyorum.

**AYLİN AKÇAY (MYK)** : 16-18 yaş arası gebeliklerin bildirimini konusunu hatırlarsınız. Bu verileri bildirmenin gereksizliğine dair çeşitli hukuk müşaviri raporları oluşturulmuştu. İstanbul bölge idare mahkemesinin bu gebeliklerinin bildirimini gerekli olduğuna dair net bir kararı var. Bunu kullanabiliriz, uygulamada yayılmasını sağlayabiliriz.

**NAZAN KARACABEY (Ankara)** : GETAT konusu kafamı karıştırıyor. 2. GETAT Sempozyumunda kötü bir ifade vardı; “GETAT koruyucu sağlık hizmetlerinin alternatifi olarak düşünülüyor.” Ayrıca cerrahi hekim branşlarına nazaran dahili hekim branşlarının GETAT sertifikalarına ve uygulamalarına rağbeti daha fazla. Bu uygulama muhafazakar sağlık uygulamalarını muhafazakar kadınlar üzerinden mi üretiyor? Şifacılığa dair bilgimiz var ama GETAT meselesini çok mu boş bıraktık? Kadının kışkırtılmış sağlık talebini muhafazakarlık, ataerki ve kapitalizm üçlüsü birlikte mi doldurmaya başlıyor?



**GÖZDE ÇELİKSÖZ (Ankara) :** Sezaryen meselesi var bir de... “Sezaryen ve normal doğumun tıp alanında kimler tarafından öğretiliyor?” sorusu önem taşıyor. Bence ikisi arasında öğreten üzerinden bir hiyerarşi yaratılıyor. Ayrıca doğuramama korkusu yani kadının bedeninden yabancılaşması sezaryeni çok artırıyor.

**SELMA GÜNGÖR (Panelist) :** GETAT meselesindeki endişelere tabii ki katılıyorum. Modern tıbbın da paradigmaları sürekli değişiyor ama bilimin bir kendi bilgisini doğrulama ve denetleme yöntemi var. GETAT'ta bu denetleme yöntemi yok. Binyıllardır yapıla geliyor olması denetlenebilir anlamına gelmiyor. Üzerine araştırmalar yapılabilir. Bu yöntem kıymetli olabilir, ama bir yöntemin “kutsal” ve “ölümsüz (ata yöntemi)” olarak algılanması ve sorgulanamaz halde kullanılması sıkıntılı. Modern Tıp da sonuçta kadınların kadim bilgisinden devşirilmiş bir bilim. Sülük mesela bazı yerlerde kullanımı çok pratik ve iyi olabilir. Ama artık örneğin kan akıtmak gerektiği yerde sülükten daha iyi ve risksiz yöntemler de var. Bir de bu geleneksel yöntemlerin herkesin yapabileceği bir yöntem olduğu gibi bir algı var. Sağlık Bakanlığı bu rastgeleliği kontrol altına almaya ve sertifikalandırmaya çalışıyor ancak bakanlığın asıl yapması gereken bu yöntemlerin bilimsel arka alanının araştırılmasıdır. Amaç iyi ve samimi olsa, geleneksel şifalı bitkilerin analizleri çalışılır ve halka açıklanır, kullanılabilir hale getirilir. Ama bunu yapmak yerine bazı kutsal değerlerle (sünnet, eski olan iyidir düşüncesi vb) bu uygulamalar eşleştiriyor . Bunlar ideolojik uygulamalardır. Üreme sağlığı meselesinde ise, bugün Türkiye'deki en büyük sorunlarımızdan biri; doğru verilere ulaşabilmektir.

**ŞEVKAT ÖZVARIŞ (Panelist) :** Elbette modern tıbbı savunmak zorundayız. “Tıbbın alternatifi” tanımı çok sorunlu olduğunu düşünüyorum.Sağlık hizmetleri özelleşiyor, ulaşabilme oranı azalıyor, bir yandan da bitki, sülük vb sunuyorsunuz. Üstüne üstlük bilimsel kanıtları olmayan bir takım uygulamalarla....





**NESLİHAN SEVİM (TDHB) :** Diş hekimi alanında da muhafazakarlaşma görülüyor. Topluma olan yanlış etkilerine (söylemlere) örnek olarak; tedaviyi reddetme, diyanet altın haram olduğu, kaplama yaptırmanın günah olduğuna dair açıklamalarını gösterebiliriz. Bunlar toplum sağlığını etkileyen kısımlar. Bir de kadın hekimleri etkileyen kısım var; “hasta ile baş başa kalındığında halvet olur” söylemi gibi yönlendirmelerle sıkıntılar yaşanıyor. Geleneksel uygulamaların da bizim alanımıza etkisi var ve diş hekimleri de bu sertifikaları alıyor hatta ağız ve diş çevresi dışında bu uygulamayı yapmaya yeltenen meslektaşlarımız var maalesef..

**GÖNÜL ERDEN (MYK) :** Gelenek mi modern tıp mı karşılaştırması yapmamalıyız. Birbirinin karşıtı gibi bir ikilik doğru değil. Modern tıp da gelenek de bu toplumun ürettiği ve biriktirdikleridir. Zaten GETAT uygulamaları bizim tartıştığımız gelenek ve bilgi değildir. Gelenek sadece bu değildir, dayanışmadır, Besin bilgisinin aktarımı vb dir. Ama gözü kapalı iyi diyeceğimiz bir şey de değildir. Gelenek yerelden yerele de değişebilir. Biraz ikiliklerin dışında da tartışabiliriz. Birlikte nasıl yol yürür modern tıp ve geleneksel uygulamalar diye tartışmak gerekir.

**VAHİDE BİLİR (TTB) :** Burada tartıştığımız, getat sisteminin temel amacı sağlığın metalaştırılmasıdır. Özellikle belli tarikatlar tarafından KHK lı hekimlerin yoksulların parasını sömürmek üzerinden kurulan bir sistem var.

**ZUHAL GÜLER(Malatya) :** Muhafazakarlar geleneksel kavramına bizim gibi yaklaşmıyorlar. Biz SES ve TTB nin şu sloganını hatırlayalım : Sağlık da dönüşüm programı insanları hasta ediyor. Hastaları iyileştiremiyoruz ve kaçırıyoruz ve kaçan hastalar da bu alternatif (!) yöntemlere yönlendiriliyorlar. Bu arada kilit soru : getat ı en çok tercih eden kim? Kadınlar neden böyle bir yöntem tercih ediyorlar?



# PANEL: 3

---

**KADIN İŞÇİ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNE BAKIŞ**  
DİSK\GENEL İŞ\Sendika Uzm.PINAR ABDAL

**KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ  
SAĞLIĞINA BAKMAK**  
Dr.DENİZ NALBANTOĞLU

Kolaylaştırıcı: AYLİN AKÇAY





**Pınar Abdal**

DİSK\GENEL İŞ Sendika Uzm.

## KADIN İŞÇİ SAĞLIĞI ve GÜVENLİĞİNE BAKIŞ

### Bir Mücadele Alanı Olarak Kadın İşçi Sağlığı ve Güvenliği

İşçi sağlığı ve iş güvenliği bugün emeğin en can yakıcı sorunlardan biriyken, eril çalışma ortamı ve eril baskı, bu alanı

nı kadın işçiler açısından daha da can yakıcı hale getirmekte. İşçi sağlığı ve güvenliğinin en fazla ihmal edilen boyutu da yine “kadının işçi sağlığı ve iş güvenliği”.

### Kadının İşçi Sağlığı ve Güvenliğini Tartışmak: Neden?

Kadını ve erkeği yaşamları ve çalışma koşulları bakımından farklılaştıran cinsiyet ve toplumsal cinsiyet, kadının işçi sağlığı ve iş güvenliği alanını da aynı biçimde farklılaştırıyor ve özgün kılıyor.

İşyerleri, toplumsal hayatın ve erkek egemenliğinden azade alanlar olmadığı gibi, bu eşitsizliğin yeniden üretildiği en önemli alanlardan birisi. Bu, işyerinin kadın için cinsiyet temelli birçok risk barındırması anlamına geliyor. Birincisi, kadın ve erkeklerin istihdamında cinsiyete dayalı ayrımın bir sonucu olarak kadınların yoğun olarak çalıştığı sektörler farklılaşıyor. İkincisi, bu cinsiyete dayalı ayrım, aynı sektörde çalışan kadınların ve erkeklerin yaptıkları işlerin de farklılaşmasına, iş tanımı ya da mesleği aynı olan kadın ve erkeklerin dahi pratikte farklı görev bölüşümleri ve iş tanımları olmasına neden oluyor.

Toplamda, bu cinsiyet eşitsizliği kadınların, erkek emekçilerden daha güvencesiz olarak, daha düşük ücretlerle, daha korunmasız ve alt pozisyonlarda çalışmak zorunda kalmalarına yol açıyor.

Öte yandan, temel olarak işçi sağlığı ve güvenliği alanının, özelinde kadın işçi sağlığı ve güvenliği alanını tartışırken ve bir



mücadele alanı haline getirirken, başlıca belirlenim noktalarımızdan birinin, işçi sağlığı ve güvenliğinin mesai saatleri ile başlayıp biten bir nokta olmadığını savunmak olmalı. Kadın işçiler için daha da çok! İlk olarak işçi sağlığı ve güvenliğini mesai saatleri içerisinde indirmeyen mantığın, “emek”i yalnızca iş süresi ile sınırlandırıp emekçilere dayatılan yaşam koşullarını göz ardı etmesinden kaynaklanıyor. Bu indirgemeci yaklaşım, kadın emeğini bir kez daha yok saymış oluyor; çünkü kadın işçinin sağlığı ve güvenliğini özgün bir alan kılan en önemli boyutlarından birisi, kadının yeniden üretim için harcadığı, karşılığı ödenmeyen” ücretsiz ev içi emeği”dir.

Formel sektörde ücretlendirilmiş emeğin yanı sıra hane içerisinde ortaya konulan ücretlendirilmemiş emeği ifade etmek için kullanılan “ikinci vardiya”nın kadının sağlığına ve güvenliğine ne denli büyük bir etkide bulunabileceği TÜİK verilerinde netleşiyor. TÜİK araştırması<sup>1</sup>, Türkiye’de çalışan kadınların günde 4 saat 19 dakikasını ev işleri için harcadığını gösteriyor. Kadınlar bu işler için doğrudan zaman harcamasalar dahi işin örgütlenme yükü kadınların üzerinde olduğu için bu da bir yük anlamına geliyor.

Ücretli iş yani birinci vardiya ile ev içi iş yükü yani ikinci vardiya ikileminde kalan kadınların sağlığı, erkek işçilere oranla çok daha fazla risk altında. Kadınların erkek işçilere kıyasla çok daha fazla maruz kaldıkları riskler, iş kazaları ve meslek hastalıklarına ve kadın işçilerin sağlıklarının olumsuz yönde etkilenmesine doğrudan etki ediyor. Bu vardiya döngüsünün kadın emekçilerin sağlığı üzerinde en önemli etkileri; ruhsal tükenmişlik, depresyon, unutkanlık, kronik stres, kaygı bozuklukları, kalp-damar hastalıkları, kas-iskelet sistemi sorunları ve kronik yorgunluk.

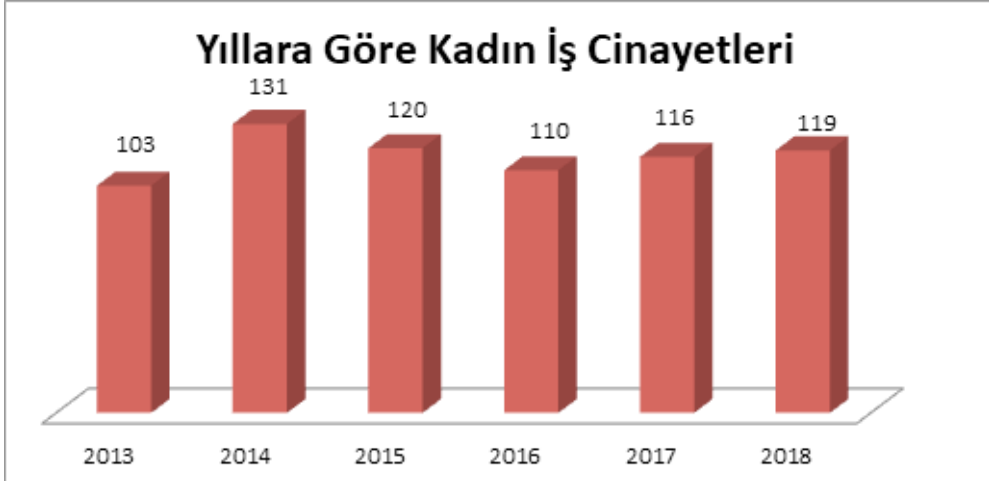
### **Çalışırken Ölüyoruz: Görünmeyen Kadın İş Cinayetleri**

İşçi sağlığı ve güvenliğinin en görünür ve tartışılan kısmı iş cinayetleri iken, kadın iş cinayetleri bu alanın dahi görünmeyen

<sup>1</sup> TÜİK “Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları-2013”ten sonra bir toplumsal cinsiyet araştırması yayınlanmamıştır.



boyutunu oluşturuyor. Oysa İSİG Meclisi'nin verilerine göre<sup>2</sup>; 2018'in ilk 11 ayında iş cinayetlerinde yaşamını yitiren 1604 işçi-den 105'i kadındı. Kadınlar traktör ve kamyon kasalarında taşınırken, ev işçisi olduğu evin camını silerken düşerek, bir aracın altında ezilerek ya da işyerini basan bir erkek tarafından vurularak, aşırı yoğun ve stres altında çalışmaktan kaynaklı ani ölümlerle yaşamını yitirdi. Bu ölümler kadın emeğinin geçici, güvencesiz, kayıt dışı işlerde yoğunlaştığı sergilemekte.



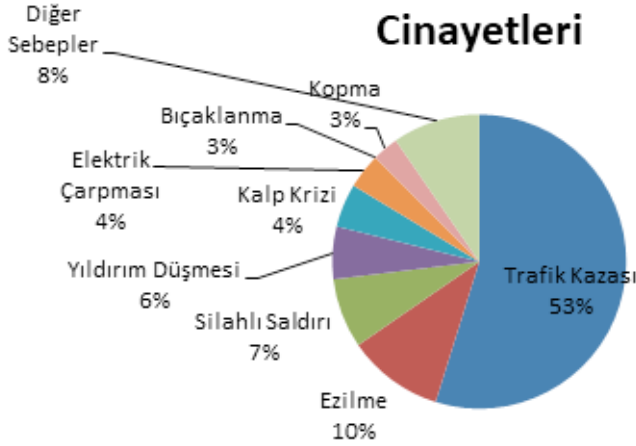
*Kaynak: İSİG Meclisi Yıllık Raporları'ndan derlenmiştir.*

Ancak kadın iş cinayetleri, kadın emeğinin eşitsiz konumunun bir yansıması olarak tartışılmayan, gündem edilmeyen ölümlerdir. Tarım, bu alanların başında geliyor ve kadın iş cinayetlerinin yarısı bu alanda meydana geliyor. Ancak kadın iş cinayetlerinin göz ardı edilen diğer alanları, görece tehlikesiz sayılan işkollarında ve işyerlerinde kadınların yaşadığı iş cinayetleri. Son dönem kadın iş cinayetlerinde kadına yönelik şiddet belirleyici. Gündemde yer alan Şule Çet, Nadira Kadirova, Ceren Damar cinayetleri birer kadın cinayeti olarak tartışılrsa da iş cinayeti olarak gündemde yer bulmasını sağlamak da meselenin önemli bir boyutu.

<sup>2</sup> Bu yazıda, iş cinayetlerine (SGK istatistiklerinde bu tanımlama “ölümlü iş kazası” şeklindedir.) ilişkin verileri hatalı, eksik olması sebebiyle bir mücadele pratiği olarak iş cinayeti kayıtlarını tutarak düzenli aralıklarla bunu kamuoyuyla paylaşan İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi'nin verileri kullanılmıştır.



## Ölüm Nedenlerine Göre Kadın İş Cinayetleri



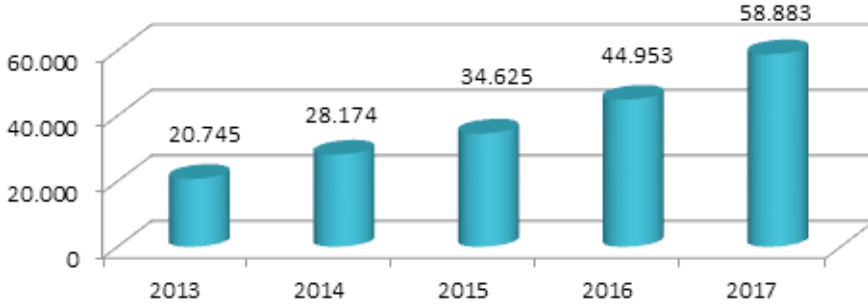
Kaynak: İSİG Meclisi Kadın Raporu

Öte yandan, devlet politikaları kadın emeğinin yoğunlaştığı sektörlerde meslek hastalıklarını, iş cinayetlerini ve iş kazalarını daha da görünmez hale getirmekte. Kadınların toplumsal cinsiyet konumları, biyolojileri, çalışma koşulları ve çalışma alanları iş kazalarında, bu kazaların türlerinde ve boyutlarında, meslek hastalıklarında kadınlar ve erkekler arasında farklılıklar ortaya çıkarırken bu alanın en az görünen yüzü kadın emeği; dolayısıyla kadın iş cinayetleri kadınların meslek hastalıkları ve iş kazaları olmaktadır. Örneğin, SGK kayıtlarına göre 359.653 iş kazası içinde kadın emekçilerin sayısı 58.883'tür. Verilerin eksikliği ve sağlıksız olması bir yana, bu sayılar içinde kadın emekçilerin tuttuğu yer kadınların istihdamda daha az yer almasıyla da kadın işçilerin çok tehlikeli/tehlikeli işlerde çalışmamasıyla da açıklanabilecek bir durum değildir.





## Yıllara Göre Kadın İşçilerin İş Kazası Geçirme Sayıları



*Kaynak: SGK 2013,2014,2015,2016,2017 Yıllıkları'ndan derlenmiştir.*

Meselenin neredeyse en az tartışılan yanı ise meslek hastalıkları boyutu. 2017'de 691 meslek hastalığından ancak 53' kadın. Meslek hastalığı süreçlerinde görünür risklerin ele alınması kadın işçiler aleyhine biçimlendiriyor süreci. Çünkü kadınlara özgür riskler, daha çok sürece yayılı olarak ortaya çıkıyor. Türkiye'de yıllardır meslek hastalığına bağlı ölüm yok. Belirli bir sistematığı de yok, dolayısı ile bunu da dâhil edersek hem iş kazası hem de meslek hastalıklarına bağlı işçi ölümleri görünenden çok daha fazla aslında. Çünkü Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü'ne göre her bir iş kazası sonucu ölüme karşılık 6 katı kadar meslek hastalığı sonucu işçi ölümü gerçekleşiyor.

Dahası kadınlar, meslek hastalığı tanısı konulurken de bir ayrıma maruz kalmaktadır. Yaşadıkları sağlık problemlerin, iş dışındaki sebeplerden ötürü de yaşanmış olma ihtimali gözetilerek meslek hastalığı tanısı konulmamasıyla da yüz yüze kalmakta, kadınların daha fazla yaşadıkları depresyon ve stres gibi hastalıklar ise meslek hastalıkları listesinde dahi yer almamaktadır.

Bunun yanı sıra kadınların daha ziyade doğum ve annelik halleri ile ilgili düzenlemeler yapan yasalarda kadın işçilere



özgü diye tarif edebileceğimiz “Kadınların çalışma yaşamında korunması”, “Kadınların gece, yeraltında, ağır ve tehlikeli işlerde vb. çalışmasının yasaklanması” gibi önlemlerin temel mantığı kadın işçinin korunmasından ziyade kadının doğurganlığı ve anneliğinin korunması üzerinden kurulduğunu görmek gerekir. İşçi sağlığı ve iş güvenliği mevzuatında bile kendilerine yer bulamayan kadın işçiler ev işçisi ise İş Kanunu’na göre işçi bile sayılmıyor üstelik! Ücretsiz ev işçiliği ise bu anlayış ve düzenlemenin tümünden dışında.

### **Kamuda Çalışmak ve Kadın İş Güvenlidir Önyargısı: Ne Kadar Güvendedyiz?**

İşçi sağlığı ve güvenliği, Türkiye’de özellikle doğrudan iş cinayetlerinin görüldüğü “tehlikeli” işkolları ve işçi kesimine terkedilmiş bir alan olup, bu alandaki memur mücadelesinden, kamu emekçisi kadınların sağlığı ve güvenliğinin tartışılmamasının önemli sebeplerinden biri, kamu emekçiliğinin, özellikle de kadınların çalıştığı alanların tehlikesiz, risksiz alanlar olarak görülmesinden kaynaklanıyor. Hâlbuki bu alanlarda çalışma sandığımızdan daha çok tehlike ve risk barındırıyor. Örneğin, uygun olmayan köstürler ve tekrarlayıcı hareketler sebebiyle işe ilişkin kas iskelet sistemi rahatsızlıkları kamu emekçisi kadınlar bakımından bilinen en yaygın meslek hastalıklarıdır. Masa başında sürekli oturmaya ya da sürekli ayakta kalmanın yoğun olduğu işyerlerinde varis, bel fıtığı, ayak rahatsızlıkları gibi sağlık sorunları sıkça görülmektedir. Yine, bilgisayar kullananlarda sıkça görülen kifoza (kamburluk) da kamu emekçileri bakımından çok yaygın bir meslek hastalığıdır. İş stresi de, kamu emekçileri bakımından en yaygın risklerdendir.

İş stresi hem fiziki hem de psikolojik sorunlara yol açtığı gibi, kadın emekçilerin erkeklere oranla daha sık yaşadığı bilinen bir sağlık sorunudur. Oysa kadınların en sık yaşadıkları meslek hastalıklarından olan Türkiye’de stres ve depresyon Türkiye’de meslek hastalıkları listesinde dahi yer almı-



yor. Diğer yandan kadın emekçilerde mobbinge ve işe bağlı strese bağlı intiharlar, beyin kanaması, kalp krizi gibi vakaların görülme sıklığı erkek emekçilere oranla çok daha fazladır.

Araştırmalar, nöbet, vardiya çalışması gibi çalışma düzenlerinin kadın sağlığını daha olumsuz yönde etkilediğini gösteriyor. Bunun gibi kadın işçilerin en sık yaşadığı meslek hastalıklarından biri olan meme kanserinin ancak 90'ların sonlarında mesleki maruziyet olarak tartışılmaya başlanması, ele alınması bunun çarpıcı bir örneğidir.

İşyerinin erkek ergonomisi gözetilerek donatılmış olması, işyerindeki bütün alet ve araçların bu esasa uygun konumlandırılmış olması da kadın işçinin sağlığını olumsuz yönde etkileyen başka bir faktördür.

### **Bir İşçi Sağlığı ve Güvenliği Sorunu Olarak Mobbing, Taciz ve Şiddet**

İşyerleri kadınlar bakımından sınıfsal ve cinsler arası eşitsizliğin birlikte görüldüğü, bu yönüyle kadının sağlığını ve güvenliğini etkileyen pek çok riske maruz kaldığı yerler. Kadın işçilerin sağlıklarını doğrudan etkileyen ve daha ziyade kadın işçilerin maruz kaldığı risklerin başında işyerinde ayrımcılık, cinsel taciz, mobbing ve şiddet geliyor. Kadınların, erkek işçilere kıyasla çok daha fazla maruz kaldıkları bu riskler, iş kazaları ve meslek hastalıklarına, kadın işçilerin sağlıklarının olumsuz yönde etkilenmesine neden oluyor.

Bir işçi sağlığı ve iş güvenliği sorunu olan taciz de en çok kadınları etkilemektedir. İngiltere'de yapılan "İşyerinde Cinsel Taciz-2016" başlıklı araştırma, iş hayatında kadınların yarısının tacize uğradığını ve tacize uğrayan kadınların önemli bir kısmının bu durumu sakladığını gösteriyor.

İşyerleri bu şiddet mekânları arasında en az tartışılanı olsa da hem sınıfsal hem de cinsel eşitsizliğin birleşimi çok daha vahim bir şiddet tablosunun ortaya çıkmasına neden



oluyor aslında. İşyerinde kadına yönelik şiddeti; ayrımcılık, fiziksel şiddet, sözsöz şiddet, duygusal şiddet, cinsel şiddet, psikolojik şiddet, ekonomik şiddet ve mobbing şeklinde görebiliyoruz. Kadına yönelik şiddeti diğer şiddet türlerinden ayıran en önemli unsur bunun, toplumsal cinsiyet temelli şiddet olmasıdır. Neo-liberal çalışma biçimlerinin yaygınlaştığı işyerlerinde kadınlara dayatılan esnek, part-time, geçici, güvencesiz ve sendikasız çalışma biçimleri işyerlerinde kadına yönelik şiddetin de artmasına neden oluyor.

Türkiye’de kadına yönelik şiddetin artması - her 4 kadından birinin şiddete uğradığı bir hal alması- işyerlerini kadına yönelik şiddetin önemli bir alanı haline getiriyor. Örneğin bunun çarpıcı bir fotoğrafı olarak 2018’de iş cinayetlerinde yitirdiğimiz kadınlardan 7’si, işyerindeki ya da işyerine dışarıdan gelen bir erkek tarafından katledilerek öldü. İşyerinde kadına yönelik şiddeti en çok patronlar, erkek amirler ve iş arkadaşları uyguluyor.

İşyerinde kadına yönelik fiziki şiddet bir biçimiyle görünürken psikolojik şiddetin ise herhangi bir görünürlüğü yok. Kadının işyerinde yaşadığı şiddetin bu denli görünmez kılınması bilinçli bir politik tercihtir.

Kadınlara yönelik mobbingin nedeni çalışan olmalarından değil kadın olmalarından kaynaklanıyor. Bu nedenle mobbing toplumsal cinsiyet temelli eşitsizlik ve ayrımcılıktan doğan bir sorun olarak ortaya çıkmakta. Öte yandan, kadınların yaşadığı taciz ve şiddet gibi sorunların bireysel sorunlarmış gibi ele alındığına dikkat etmek önemli. Bugün tacizin, şiddetin ve mobbingin bu biçimde tartışılıyor oluşunun önemli bir nedeni de kadın emeği politikaları.

## **Kadın İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Mücadelesi**

Kadının işçi sağlığı ve iş güvenliği alanının, devlet tarafından görülmediği, alana ilişkin bir politika üretilmediği aşınayken sendikalar tarafından da işçi sağlığı ve iş güven-



liğinin özel olarak önlem alınması gereken bir kitlesi olarak görülüyor ne yazık ki; sendikalarda kadın işçinin sağlığı ve güvenliğine özgü politikalar oluşturulmuyor.

Bu alanda kadın merkezli bir işçi sağlığı ve iş güvenliğine anlayışına ihtiyaç vardır. Bu sebeple, öncelikle mevcut işçi sağlığı ve güvenliği yasaları ve politikalarının toplumsal cinsiyet açısından gözden geçirilmesi, kadınların ev içi emeğini de merkezine alan bir işçi sağlığı ve güvenliği tanımı üzerinden yeniden düzenlenmesi mücadelesi vermemiz gerekiyor.

Kadınların yoğun olarak çalıştığı sektörler ve kadınlara özgü çalışma biçimlerinin göz önünde bulundurularak bu alanlara ilişkin rastlanan ortak sağlık sorunları ve riskleri rapor edilmeli ve kamuoyuyla düzenli olarak paylaşılmalıdır. Risk analizleri ve hastalık, sağlık tanımlarının yapılması, cinsel taciz ve kadına yönelik şiddetin analizlerde yer alması belli başlı hedeflerimiz içinde yer almalıdır.

İşyerlerinde ve evlerde kadınların ağırlıklı olarak çalıştığı işlerin ve bu işlerde çalışan kadınların çalışma alanlarındaki kimyasal, biyolojik, fiziksel, ergonomik vb. riskler saptanmalıdır.

Mevcut yasa ve politikalara kadın işçi sağlığı ve güvenliği özgünlüğünde bakıp değerlendirilmeli, buna ilişkin taleplerde bulunulmalı ve risk tanımı, tehlike tanımı, kaza tanımı gibi tanımların toplumsal cinsiyet gözetilerek tanımlanmasının yapılmasını savunmamız gerekiyor.

Kadın işçi sağlığı ve güvenliği, sınıfsal ve cinsel sömürünün en açık biçimde ortaya çıktığı ve görünür olduğu alanlardır. Sendikalar bakımından bir mücadele alanı haline gelmeli, bu mücadeleye sahip çıkanların örgütlü kadınlar olması gerekiyor.



## **Kaynaklar**

İSİG Meclisi 2019 Aylık İş Cinayeti Raporları

İSİG Meclisi 2013-2014-2015-2016-2017-2018 Yıllık İş Cinayeti Raporları

İSİG Meclisi (2018) “İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğinin “GÖRÜNMEYENLERİ”:Kadın İşçiler” Raporu

SGK, 2013-2014-2015-2017 Yıllıkları

TÜİK “Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri 2013” Ankara: Yayınları. Mart 2014.



**Dr. Deniz Nalbantoğlu**

## **KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ SAĞLIĞINA BAKMAK**

Kadınlar, çalışma yaşamında toplumsal cinsiyete dayalı işbölümü çerçevesinde kendilerine yüklenen toplumsal rollerine uygun olarak yer almaktadırlar. Ataerkil tarih boyunca kadınların ikincil konumu, çalışma yaşamında da kadınları ikincil kılmıştır. Üstelik kadınlar görünmeyen emeğiyle birlikte toplumun yüklediği rollere uygun sektörlerde kendilerine ancak yer bulabilmektedir. Bakım emeği, görünmeyen emek ağırlıklı işler cinsiyetçi işbölümü dahilinde kadınlara kalmaktadır. Bu kapsamda kadınlar daha çok tarım ve hizmet sektöründe çalışmaktadırlar.

Genel olarak tüm dünyada kadın istihdamı düşük ancak Türkiye'de daha da düşüktür. 2018 verilerine göre Türkiye'de kadın istihdamı %29.4 tür. Yani her dört kadından biri işgücünde yer almaktadır.

Çalışma ortamı toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin hem açığa çıktığı hem de sürdürüldüğü bir ortamdır. Kadınlar daha çok informal, güvencesiz, kısmi zamanlı işlerde çalışmaktadırlar. Evdeki "asli" yeniden üretim rolünü tamamlayan kadın, bu rolü aksatmayacak biçimde güvencesiz çalışma biçimlerini tercih etmek zorunda kalır, zaten bu çalışma da aile içinde "ek gelir" olarak görülmektedir. Kayıt dışı, sosyal güvencesiz çalışma işle ilgili kaza, hastalıkları da kayıt dışı bırakmakta ve cinsiyet eşitsizliği bu alanda da devam etmektedir.

### **Kadın Sağlığı**

Sağlık; « hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal, sosyal ve siyasal yönden tam iyilik hali» ise;

Kadınların sağlığını değerlendirirken; düşük sosyal statülerinin, ikincil konumlarının ya da toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin,



sağlıklarını sosyal, ruhsal, fiziksel tüm hallerde etkileyebileceğini unutmamalıyız.

Aynı zamanda sosyal ve siyasal iyilik hali kadınların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını da tümünden etkiler. Kadınlarda hastalık ve sağlık yakınmaları, hastalık yükleri erkeklere göre daha fazladır. Algılanan sağlık araştırmalarında kadınların bildirdikleri sağlık düzeyi erkeklerden daha olumsuzdur.

Çalışma yaşamında yer almak kadınları sosyal izolasyondan kurtarıp ev dışına çıkaracağı için fiziksel ve ruhsal iyilik hallerini artırır. Kadınların ruh sağlığı durumlarını çalışma biçimine göre sorgulayan bir araştırmaya göre kadınların ruh sağlığı bozukluk durumları en yüksek puandan en düşük puana göre;

- Ev eksenli çalışanlar/ ev işçileri
- Ödenmeyen/görünmeyen emek
- Ücretsiz aile işçisi
- Formal çalışan olarak sıralanmıştır.

Evde bakım yükü ve ev içi sorumluluklar arttıkça ruhsal bozukluk belirti puanlarında artmaktadır. Yapılan araştırmalarda somatizasyon, anksiyete ve depresyon kadınlarda daha sık saptanmaktadır. DSÖ'ne göre 2020 de depresyon kadınlarda ve gelişmekte olan toplumlarda başta gelen yeti yitimine yol açan hastalık olacaktır.(2)

Kadın sağlığı sadece analık ve doğurganlık temelinde üreme sağlığına indirgenemez. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğini temele alan değerlendirmeler gerekmektedir. Bu temelde kadın sağlığı değerlendirilirken bedensel, ruhsal, sosyal ve siyasal bütünlüklü bir değerlendirme ile kadınları görünür kılmada önemli olan "kadın emeği" ayrıntılı sorgulanmalıdır.

### **Kadın Sağlık Çalışanlarının Sağlığı**

İşyerinde karşılaşılabilecek tehlikeler ILO tarafından beş grupta sınıflandırılmıştır:

1. Fiziksel Tehlikeler
2. Kimyasal Tehlikeler





3. Biyolojik Tehlikeler
4. Ergonomik Tehlikeler
5. Psikososyal Tehlikeler

### **Fiziksel Tehlikeler:**

- İyonizan radyasyon
- Mikrodalga ve radyofrekans radyasyon
- Aydınlatma
- Gün ışığına erişememe, kapalı ortam
- Nemli ortam
- Kaygan zemin
- Kesiler
- Yanıklar sağlık çalışanlarının çalışma ortamlarında sık karşılaştığı fiziksel tehlikelerdir. Radyasyonla çalışanların kanser hastalığı riski daha yüksek olduğu bilinmektedir. Gece ışığında çalışma, gün ışığına maruz kalmama özellikle hemşireler başta olmak üzere gece çalışması yapan meslek grubu kadınlarda meme kanseri riskini arttırmaktadır. İş baskısı, yetişememe nedeniyle çalışma alanlarında kayma düşme, kesiler sık görülen iş kazalarıdır.

### **Kimyasal Tehlikeler:**

Sağlık sektöründe çalışanların çoğunluğu kadın, kimyasal riskle karşılaşma olasılığı da bu sektördeki erkeklere oranla daha yüksek.

Toksik maddelerin metabolize olma mekanizmaları cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Yağda çözünen kimyasallar; yağ oranı fazla, derileri ince ve metabolizmaları yavaş olan kadınlar için daha tehlikeli olabilmektedir. Kimyasalların minimum maruziyet ya da eşik limit değerleri daha çok erkekler üzerinde yapılan çalışmalarla belirlenmektedir.(3)

- Dezenfektanlar
- Anestezikler



- Antineoplastikler, sitotoksikler
- Tehlikeli ilaçlar, aerosoller
- Lazer dumanı, cerrahi duman, atık gazlar
- Lateks : latekse bağlı dermatit sağlıklı kadınlarda en sık görülen hastalık.

### **Biyolojik Tehlikeler:**

Daha çok sağlık alanında çalışan kadınların karşılaştığı risklerdir. Sağlık sektöründe çalışanların yarısından fazlası kadındır. Hastalarla temas, kan ve diğer vücut sıvıları ile temas daha fazla olmaktadır. Kesici delici baticı alet yaralanmalı iş kazaları daha siktir. Kesici delici alet yaralanmalarının %60'ı rapor edilmemektedir.

- KKKA
- Hepatit B ve C
- Tüberküloz
- HIV
- SARS
- Pandemik influenza

İşle ilgili enfeksiyonlar en sık sağlık çalışanlarında görülmektedir. DSÖ verilerine göre; Hepatit B ve C'nin %40'ı, HIV' in %2.5'i iş maruziyeti sonucu oluşmaktadır. Ülkemizde Tbc insidansı sağlık çalışanlarında 2-5 kat daha fazladır.

### **Ergonomik Tehlikeler:**

En fazla etkilenme olan kas iskelet sistemine bağlı problemler; bel ve boyun rahatsızlıkları görülmektedir. Tarihsel olarak işyerleri erkeklere göre düzenlendiği için, çalışma ortamı düzenlenmesi, kullanılan aletlerin ölçüsü standart olarak erkek ölçülerine göre düzenlenmiştir.(4)

Kadınların ev içi sorumlulukları nedeniyle temizlik, alışveriş, bakım işleri nedeniyle kas iskelet hastalıkları fazladır. Sağlık sektöründe kadınlar bakım emeğine dayalı işlerde daha fazla çalıştığından kas iskelet sistemi hastalıkları katlanmaktadır.



- Hasta taşıma, kaldırma
- Ofis ile ilgili ergonomik tehlikeler
- Uygunsuz ve uzun süreli postür
- Kayma, tökezleme, düşme çalışma ortamlarında sık görülen tehlikelerdendir.

### **Psikososyal Tehlikeler:**

- Çalışma yaşamı ve ev içi sorumlulukların çatışması
- Uzun çalışma süreleri
- Esnek çalışma, güvencesiz çalışma
- Vardiya/gece çalışması
- Duygusal emek yoğunluklu çalışma
- Dikey ayrımcılık

Tuik 2006 verilerine göre; Hane halkı ve ev bakımı için kadınlar:

görünmeyen emek; 5 sa 43 dk

formel çalışan görünmeyen emek; 4 sa 19 dk her gün zaman ayırmaktadır.

Evdeki bu mesainin üzerine sağlık alanında çalışan kadınlar çalışma ortamlarında bakım emeği ağırlıklı çalışmaya devam etmektedir. Çifte mesai durumu ortaya çıkmaktadır.

Çifte mesai: tükenmişlik, kronik stres, kaygı bozuklukları, kalp damar hastalıkları, kas iskelet sistemi sorunları, kronik yorgunluk vb sonuçlara neden olur.

Son yirmi yılda yapılan araştırmalarda işyerindeki tehlikeler ile meme kanseri ilişkisi kurulmuştur. Bu araştırmalara göre hemşireler, radyoloji teknisyenleri ve ortopedi cerrahları meme kanserinin en sık görüldüğü mesleklerdir.

Vardiya/gece çalışma biçimi sağlık çalışanı kadınlar için çalışma yaşamının kaçınılmazıdır. Gece çalışmasının sirkadiyen ritmi bozduğu hipotezinden hareketle yapılan çeşitli çalışmalarda vardiya, gece çalışması yapan kadınlarda meme kanseri



riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir.(5) iyonize radyasyon ile çalışmada da keza meme kanseri riski artmaktadır.

Dikey ayrışma sağlık sektöründe de kendini hissettirir. Örnek vermek gerekirse; işyerinde idareci olarak erkekler daha çok tercih edilmektedir. Kadın hemşire evlenip çocuk doğurabileceği, gebelik vb sorunlar, çocuğu hasta olursa gibi nedenlerle işte devamlılığı sağlayamayacağı gerekçesiyle tercih edilmemekte, idari işler erkek hemşirelere verilmektedir.

- Tükenmişlik
- Mobbing
- Taciz
- Şiddet , sağlık hizmeti verilen işyerlerindeki psikosozal tehlikelerdir.

Şiddet, çalışma yaşamında kadınların sık karşılaştığı az konuşulan psikosozal tehlikelerdendir. Sağlık sektöründe çalışan kadınlarda bu tehlikelere sık maruz kalmaktadır.

Mobbing, önemli bir tehlike ve gündelik hal almış durumda. Aile sağlığı elemanlarının görev tanımı dışında kendilerine verilen işlere (temizlik, çay-kahve yapımı vb.) hayır diyememeleri birinci basamakta önemli bir örnektir. Acil nöbetinde birlikte yapılan kahvaltının masasını temizlemek genellikle hemşirelere kalır.

Psikosozal riskler, diğer risklerle de ilintilidir. Kadın sağlık çalışanlarında toplumsal cinsiyet eşitsizliği temel bir tehlike olarak değerlendirilmelidir. Tüm diğer işyeri riskleri toplumsal cinsiyet gözlüğü ile ele alınmalıdır.

Kadınların işyerlerinde maruz kaldıkları riskler ve bunlardan etkilenmeleri nedeniyle ortaya çıkan sağlık sorunları da görünmezdir.

- İşe devamsızlık
- İş kazaları
- İş stresi
- Kas iskelet sistemi hastalıkları
- Kronik hastalıklar
- Fertilite sorunları olarak sıklıkla karşımıza çıkmaktadır.



## ÖNLEMLER:

- Mühendislik önlemleri
- İdari önlemler
- Kişisel koruma (kkd)
- Eğitimler

İşçi sağlığı ve güvenliği kapsamında alınacak önlemler bu başlıklarda gruplanabilir. Tüm önlemler ele alınırken, değerlendirmeler yapılırken kadınların işyerlerindeki eşitsiz konumu, işyeri risklerinden daha fazla ve farklı etkilenmesine neden olacağı göz önüne alınarak yapılmalıdır.

- İşyeri Sağlık Güvenlik Birimi
- İşe Giriş (Uygun İşe Yerleştirme) Ve Periyodik Muayeneler (Tarama)
- İSG Eğitimi
- Risk Değerlendirmeleri
- Ortam Ölçümleri
- İsg Kurulu
- İş Kazası Ve Meslek Hastalıkları, Ramak Kala Değerlendirmesi

Tüm aşamalarda kadın sağlıkçıların yer alması ve müdahale etmesi gerekmektedir. İşyerlerinde kadınlar eşitsizlikleri ortadan kaldırmaya yönelik müdahaleleri risk değerlendirmelerine ekletebilir, iş kazalarının analizi ve ramak kala analizinde kadınların lehine düzeltici önleyici faaliyetlerin planlanması sağlanabilir.

Tarih boyunca toplumsal cinsiyet rollerinin şekillenmesini belirleyen ataerki olmuştur. Sağlıkta kapitalist üretim ilişkileri, hizmetlerin metalaşması, sağlık hizmet üretimi ve hızının artması, güvensiz ortam ve davranışa yol açan nedenlere ve iş kazaları ve meslek hastalıklarına yol açmaktadır.

O halde;

Kadın özgürlüğü için

Sosyal ve siyasal iyilik hali için

Ataerki ve kapitalizme karşı mücadeleye devam etmeliyiz.



### **KAYNAKLAR:**

1. Nalbantoğlu, Deniz. "Denizli İl Merkezinde Yaşayan Kadınların Ruh Sağlığı Durumları Ve Etkileyen Faktörler" 2011 Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
2. World Health Organization (WHO) "Women and Health" WHO 2009, Switzerland, s.53.
- 3.
4. Çağlayan, Çiğdem." Ergonomi ve Kadın İşçiler" Mesleki sağlık ve güvenlik dergisi sayı: 57 Sf:23-28
5. Davaş, Aslı. "Kadın Sağlık Çalışanlarında Meme Kanseri Meslek Hastalığı Olarak Kabul Edilmeli mi?" Mesleki sağlık ve güvenlik dergisi sayı: 57 Sf:19-23



## Canlı Tartışmalar

**DELAL ALAGÖZ (Aydın) :** İzmir de iş sağlığı güvenliği eğitiminde gönüllü katılımcı olmak istediğimi belirttim. Ama bana haber verilmedi. Aydınla geldikten sora iş ortamında gürültü kirliliğinin olduğunu söyledim ama bu durum dikkate alınmadı. Yoğun bakımda çok kablo olduğundan bu kablolarla sürekli takılma sorunu yaşıyoruz. Uyku düzenimiz çok bozuluyordu. Yoğun bakımda bakım hizmeti olduğu için daha fazla yorucu oluyor ve baş ağrısı boyun ağrısı oluyordu. Beslenme sorunu da yaşıyorduk. Dışarıdan yemek alıyorduk ya da orada yemek yapıyorduk ama malesef o da yasaklandı. Sonra ihraç oldum yaklaşık 8 aydır ihracım boyun ağrısı ve baş ağrısı yaşamıyorum fakat psikolojim bozuldu şimdi de için huzursuz bacak sendromu yaşamaya başladım

**ZUHAL GÜLER (Malatya) :** Cihazların sesi hastalara bir şey olacak korkusu olduğundan stres oluşturuyor. Görünmeyen emek kısmı çok önemli her şeyi planlıyorsunuz ama hiçbiri görünmüyor fakat bir şey aksadığında sorumlusu siz oluyorsunuz. Yaptığınız şeyin duygusal anlamda bir karşılığı yok. Düzeni sağlıyorsunuz ama yetkiniz yok. Duygusal emek kısmını biraz daha açar mısınız. Hasta yakınından hastadan şiddette görüyoruz. Hemşire her alanda çalışır deniliyor ama bir servisten diğer servise giderken bir eğitim dahi verilmiyor. Yoğun bakımda uzun süre çalışan bir hemşireyi ameliyathaneye verebiliyor herhangi bir eğitim verilmeden.

**YASEMİN BAKIR (İstanbul) :** Emeğimiz için nereden ve Sağlık politikasına nereden söz söylememiz gerekiyor bu panelde çok güzel anlatıldı. Bu yıl hayata geçen eğitimler meselesi online eğitime dönüştü biz o eğitimleri yüz yüze yapılması için ısrar ettik ve kazandık. Sendikayı sadece yasalara sıkıştıran halimiz var ama söz söyleme ve fiili meşru mücadele etme hakkımız



da var. Ne ürettiğimiz konusunda çok sıkıntımız yok üretiyoruz fakat KHK ve güvenlik soruşturmaları ile var olan kadroları bize kapattılar. Yöntemsel olarak bizden daha iyiler. Dar alana sıkışmadan mücadelemize devam etmeliyiz.

**DERYA MUAZZEZ AKAR (Zonguldak) :** Sağlık konusunda bırakın rutin kontroller hasta olduğumuzda poliklinikte hasta sırasına girmemizi bekliyorlar. Sağlık personelleri bu durumdan mağdur oluyorlar. İş yerinde çalıştığım erkek arkadaşlar tarafından şiddette maruz kaldığım da... Kim bilir ne dedin ki bu duruma düştün ,birazda kendin de sorunu ara gibi eleştirilere maruz kaldım.. Anjio da önceden hastalara HİV testi gibi araştırmalar varken şu an kaldırıldı. Siz her hastada HİV varmış gibi yaklaşın diyorlar. Alanlarda branşlaşmamamız dan dolayı bunu yönetim biz çalışanlara karşı çok güzel kullanıyor.

**YASEMİN YILDIRIM ( Hatay) :** Dismonore hastasıyım sosyal hizmetlerde çalışıyorum Regl dönemlerimde izin var mı?

**FULYA YEĞİN( Elazığ) :** Bilmemize rağmen iş günü artırıldığı için iş güvenliği bilgi formlarını doldurmuyoruz. Online bile olsa ben evde bir iki saatimi bu eğitimlere ayırmak istemiyorum. Diğer günlerde de iş yoğunluğundan bu formları dolduramıyoruz.

**ÇİLEM DEMİREL ( İstanbul) :** Eğitimler planlandığında okuma yazma bilip bilmediği, bilgisayar kullanmayı bilip bilmediğine bakılmaksızın eğitim konuları ve yöntemi her yerde birebir aynı. Ama kurum yöneticileri için eğitim gereksiz. Eğitimde verimlilik yok zaman kaybı çok sadece yapmış olmak için yapılıyor.

**ZEHRA AYATA (Antalya) :** Eğitimler sağlıklı planlanmıyor ve iş yerinde tek olduğum için gitme olanağım olmuyor. Çok kötü tıbbi malzeme alınıyor. Bütün tıbbi atıklar ayrı. Eldivenleri kı-





sıtlı kullanıyorsun. Tahliller kısmında hastalıklarda kısıtlı oluyor. Alınan malzemeler kalitesiz olduğu için hastalara zarar veriyor ve bizde daha fazla uğraşyoruz. Kimyasal faktörler çalışılan her alanda solunum problemleri yaratıyor.

**DİLEK ŞENTÜRK (Antalya) :** Kadın sağlık çalışanların sorunları sadece kadınları mı ilgilendiriyor. Bu tür kurultaya erkekleri de çağırarak daha doğru olmaz mı?

**NURSEL YÜCESOY (İzmir) :** Yasa koyucular maalesef erkek olduğu sürece kadın sağlığı kadın hakları ile ilgili bir çözüm bulacaklarını sanmıyorum. Yasa koyucuların erkek olmaması gerekiyor.

**FADİME KAVAK (İstanbul) :** İlk yardım eğitimler meselesi uygulamıyorum ben bu eğitimi bu şekilde almayacağımı belirtiyorum. Belli para karşılığında bu eğitimi bizim adıma yapılacak sektörü var. Ekstra bir zaman verilmediğinin eğitimi almıyorum. Hekim ağırlıklı bu eğitime girmeyenler. Eğitimi almak şu açıdan önemli kendimizi güvende hissetmediğimiz alanda çalışmama hakkımız var. Ben çalışmıyorum hakkımı herkesin bilmesi önemli. Her ay kurul toplanmadan önce taleplerimizi bildiriyoruz. Her ay takip ediyoruz. Yaşadığımız her şeyden en önemli mesele örgütlü olmak meselesidir.

**ÖZGE GÖNCÜ (Mersin) :** Erkeklerle ne yapacağız peki erkekler ne yapacak... kadın kadına toplantı yapma pratiği öznelleşme süreciliğiyle önemli bir şey gelip bizim yerimize söz söylemelerini istemiyoruz. Şiddetin özellikle erkeklerle tartışılmaması gerekir. Şiddetin çözümü içinde erkeklerle bir arada olmaya hayır tabi ki..Kadın kadına nasıl politika üretiyorsak kadına önük her türlü şiddeti yine bu mekanizmalarda tartışmamız ve politika üretmemiz gerekiyor. Peki erkekler ne yapmalı oturup kendilerine öncelikle öz eleştiri yapmaları daha doğru olur.Bizim öznelliğimizi ne kadar tanıyorlar önemli olan bu.



**NADİDE TOKER (Mersin) :** İşçi sağlığı ve güvenliği açısından kadın emekçilerin sağlığı sendikalarının gündeminde yok bunun için ayrı bir çalıştay düzenlenebilir.

**KADİME ARSLAN (İstanbul) :** Kurumda ki eğitimlerin konularını bile anlamadan ,benimsemeyen form doldurulup idareye veriyoruz. Hiç kimse slaytlar dan bir kelime dahi öğrenmiyor.

**NECMİYE ÖZTÜRK (Antalya) :** İlçe hastanelerinden yaşadıkları sorunlarını bildirmelerini istedik. Bu sorunları toparlayıp bir milletvekili danışmanı ile birlikte toplantı yaptık ve ilettik. İllerimize döndüğümüzde kendimize bu kurultayda öğrendiklerimizin ışığında görevler edinerek dönelim.

**DELAL ALAGÖZ (Aydın) :** Nöbet paraları artırıldığı için nöbetlere talep arttı bu da kadın sağlık sorununu daha da artırmakta. Eğitimdeki formlar formalite olarak dolduruluyor. Kemapoterapi hemşireleri hekim onayıyla nöbete sokuyorlar.

**FİGEN ÇOLAKOĞLU (Van) :** İhraçken özel sektörde çalışırken örgütlenmenin önemini bir kez daha fark ettim. Khk ile ihraç edildik ve açlığa sürüklendik , zaten asıl amaçları da bu idi. Onun için özeldeki arkadaşlar işlerini kaybetmemek için sendikaya üye olmak istemiyorlar. Bu noktada onları anlıyorum fakat bunu aşmanın bir yolunu bulmalıyız. Emekçiler olarak kenetlenebileceğimiz bir güç olmak zorundayız.Bu güçte sendikadır.

**DENİZ NALBANTOĞLU (Panelist) :** Bir kere herkese aynı eğitim yapılamaz yüz yüze eğitim gerekiyor. İşitme ve konuşma engellilere bile o dili bilen kişiler tarafından ve hatta anadilde eğitim verilmesi gerekiyor. Çünkü iş yerinde yabancı çalışanlar da var. Duygusal emek ile ilgili her ne olursa olsun hep iyi görünmek zorunda oluyoruz. Örgütlü olarak sorunlarımızı dile getirmemiz gerekiyor. İşçi sağlığı ve güvenliği kurultayında müdahil olmamız gerekiyor.



**PINAR ABDAL (Panelist) :** Kriz dönemlerinde kayıt dışı çalışma artıyor. İş kazalarında azalma olmuyor. 7 Haziran seçimi döneminde iktidar iş yeri denetimini durdurdu. Çünkü işverenin ceza ödemesini istemedi bu durum tamamen politiktir. İşçinin çalışmaktan kaçınma hakkı kullanılabilmesi emek alanında ki bu güvensiz ortamda pekte mümkün değil. Suçlu kabul edilen doğrudan işçi, işyeri hekimi ya da iş güvenliği uzmanı oluyor işveren bu mekanizmada suçlu olmuyor. İşçinin güvencesini ve güvenliğini toplu sözleşmelerle daha etkin hale getirmeli. İSİG ile ilgili yerel meclis oluşturulmalı. Biraz sendikaların yasalara bağlı kalarak değil de aşarak düşünölmeli. Yasa koyucunun tek başına kadın olması belirleyici bir şey değil. Her türlü yasa değişikliğinde onun yasal sürecini devlete bırakıyorsak kaybediyoruz. Toplu sözleşmede, Regl izini ile ilgili talebimiz var.



# FORUM

---

Kolaylaştırıcı: GÖNÜL ERDEN



## FORUM

**GÖNÜL ERDEN (MYK) :** Kurultay çok verimli geçti, hem nitelik hem de nicelik olarak. Biraz ne yapmamız gerektiğini bu kısımda netleştirmemiz gerekiyor. Tarihsel dönemi de var bu kurultayın, burada mücadelenin tarihini ve perspektifini oluşturuyoruz. Biraz somut ve önümüzdeki döneme iş koymak amacıyla kurultayın bu kısmında söz alalım.

**YASEMİN YILDIRIM( Hatay) :** iki gün boyunca dikkatimi çeken şeyleri sizinle paylaşacağım; evdeki adam, okuldan alınacak çocuk... Dilimizin heteronormatif şekilde kurulduğunu tespit etmek lazım. Kadın kurultayında dilimizin heteronormatif olmayan şekilde nasıl oluşturabileceğimizi düşünelim. LGBTİ mücadelesi artık perifer bir konu değil. Aslında ikincil ya da önemsiz olduğunu düşündüğümüzde yanımızdaki kadın arkadaşımızı kaybetme ihtimalimiz var. Ben yüksek lisansımı LGBTİlerin cinsel sağlık sorunları üzerinden yaptım. En net sorunlardan biri görünmezlik sorunu idi. Kamusal yaşamda görünmez oldukları gibi, sendikada da görünmezlik sorunu var. Yönelim konusu öyle grift bir konu ki, trans olmak, muhalif olmak çok turnusol bir alan. Bizler kimsenin cinsiyet kimliğini belirleyemeyiz. Söylemlerimizde 'heteroseksüel arkadaşlarımız' demek ile bir kapı, bir soru açar. Bu tanım, sağlık çalışanını da herkesi de güvende hissettirecek bir şey. Dilimizi böyle kurmak, heterosexizmi de yeniden kurmak, desteklemek anlamına geliyor olabilir. Mobilize olamama sorunumuzun temelinde acaba aile kavramını eleştirmekten imtina etmemiz mi var? Heteroseksüel kadınlar da aile dışında kalmak isteyebilir, hiç çocuk yapmak istemeyebilir. Bu normlar üzerinden konuştuğumuzda bu normları yeniden ürettikçe, normların dışında kalmayan kadınların konuşma ihtimali ortadan kalkıyor. Bir konudan bahsetmemek de homofobiye giriyor. Selma Güngör ün sunumu hakkında; sağlıkçı seçerken cinsiyet tercih ediyormusunuz ? Önemli bir soru oldu. Bu sorunun her iki cevabı da cinsiyetçiliği açığa çıkarma potansiyeline sahip. Buraya eklenebilecek temel bir soru da yoldaşımız da olabilecek olan sağlık çalışanlarının şid-



det gösterme potansiyelleri. Sağlık çalışanının cinsiyetini seçmek her şekilde muhafazakarlığa tekabül etmez. Yani cinsiyeti seçmek muhafazaklığa referans vermek yerine taciz ve şiddet meselesini yeterince konuşmadığımız hakkında bilgi verir bize. Bir anti homofobik, cinsiyetçi olmayan bir bilgi bankası oluşturabilir miyiz? Bu vasfa sahip olmak isteyen insanları bu tip eğitimleri önermek olabilir.

**GÖNÜL ERDEN (MYK) :** liste oluşturmak çok mümkün değil. Bizde çocuk istismarı çalıştayı yaptık. Bu konuda bir psikolog listesi dahi yapamadık.

**YASEMİN YILDIRIM ( Hatay) :** Hekimin iyiliği kavramı da çok üzerine tartışılması gereken bir kavram. Evli misin bekar mısın sorusunun ayrımcılığı örneği gibi...

**FADİME KAVAK (İstanbul) :** Evli misin bekar mısın sorusunu böyle mi ele almalıyız bilmiyorum.

**AYLİN AKÇAY (MYK) :** Jinekolojik şiddet kavramını tartışmaya başlamak çok elverişli bir yöntem olabilir...

**RAİFE ALKIŞ ÇAMCI (Diyarbakır) :** Sanırım ilk kez sağlık kurtayı yapıyoruz. Mutlaka bunun devamı gelmeli. Biz bir politika üretiyoruz ama biz sağlıklı mıyız ve sağlıklı bir ortamda mı çalışıyoruz soruları çok önemli. Özellikle sağlık çalışanlarının sağlığı konusu üzerine koymaya devam etmemiz gereken bir konu. Eksik bulduğum bir noktayı ifade edeyim; koruyucu sağlık hizmetinden bahsediyoruz. Mesela mültecilerden bahsettik, savaştan bahsetmemiz gerekiyor. Sorunun kaynağını da konularımıza dahil etmemiz, gündemimize almamız lazım. Ben 40 yaşındayım, 40 yıldır savaşın çocuğu olarak yaşadım ve bu ortamda da sağlıklılık yapıyorum. Zorunlu göç, ırkçılık, ucuz işgücü olmak, anadilini kullanamama, devlet şiddeti gibi bir çok sorun yaşadık. 112 ambulanda çalışıyorum ben. Savaş ortamında sağlıklı olmayı da konuşmalıyız. Biz bir göreve gi-



derken, dönüp dönmeyeceğimizi bile bilmiyoruz. Bu psikoloji ile çalışıyoruz. Biz aylarca beyaz bayraklı sağlık hizmeti sunduk. Bu travmalar la ilgili bir yazı da yazdım ve savaş, toplumsal cinsiyeti pekiştiriyor. Savaş ve kadın bedenine saldırı, her savaş bir ulu deredir söylemleri savaşın kadınların üzerinde etkileri çok önemli. BM kadına yönelik şiddet savaş suçudur diyor. 6284 'ü de konuşmalıyız. Şiddete karşı yöntem önerim olarak öz savunmayı da tartışmalıyız. Bu kadar kadın cinayetine katliama karşı, özgünlüğü, özneliği ve öz savunmayı tartışmalıyız. Toplantılar da kadın partisi, kadın bakanlığı her ne ise tartışmalıyız. Sendikalarda kadınların durumu da tartışılmalı.

**ZELAL BİLGİN (Diyarbakır) :** Bir çok şeyin yüzeysel kaldığını düşünüyorum. Kadının bedenine yabancılaşması üzerinden derinlemesine bir çalıştay yapalım. Muhafazakarlık ve kadın üzerinde ki etkileri ve sağlığa erişim üzerinden bir çalıştay yapalım. Modern ve geleneksel sağlık yöntemleri hakkın da ne düşünüyörüz, Alternatif tıp vb meselesine dair derinlikli bir tartışma yürütmeliyiz. LGBTİ meselesinde de yerellerde bu eğitimleri yapabiliriz, üzerine konuşabiliriz.

**ZUHAL GÜLER (Malatya) :** Çalışma çok verimliyi, sorularla ve donanımla gidiyor ve alanımıza yansıtılabilmemiz lazım. LGBTİ konusu üzerinde daha da fazla konuşmaya ayrı konu başlığı olarak ele almamız gerekiyor. LGBTİ lerin sağlık örgütlerinden ve sağlık çalışanlarından çok ciddi beklentileri var. Bu konuyu eksik bırakıyoruz, bunun üzerine çalışalım. Ötekinin ötekisi olarak biz bir ötekileştirilmesinin öznesi olmak çok çelişkide olduğumuz bir konu. Dil üzerinden çalışmamız lazım.

**SELMA ATABEY (MYK) :** Uzun zamandır kadın sağlık kurultayını yapmayı hedefledik fakat 15 temmuz sözde darbe süreci OHAL ve KHK ler genel ve yerel seçimler derken şimdi gündemimize alabildik. Eylül ayında 5 kişilik bir komisyonla işe başladık..Kadın sağlığı gerçektende geniş yelpazesi olan bir alan, hazırlık komisyonunda birçok konu başlığı tartışıldı ve iki sac ayağı oluşturduk. Akademisyen arkadaşlardan aldığımız





desteklerin yanın da şube ve temsilciliğimizin de oluşturduğu posterler de konu başlıklarımızı tamamlayan bir yerde duruyor. İki gündür kurultayda yapılan tartışmalar ve salonumuzda ki 25 poster kadın sağlığının ekonomik,siyasal,toplumsal,psikolojik ve en başta kapitalist ataerki sisteminden bağımsız düşünemeyeceğimizi bir kez daha ortaya koymuştur.Kadın Sağlık Kurultayının ilkinin yaptık ve yapılan tartışmalar sonucun da bunun zaten son olması da mümkün değil..Bu kurultayda en azından bir zemin oluşturduk kadın sağlık kurultayını peryodik olarak kurultay olur ,çalıştay olur ve ya atölye çalışmalarıyla tartışmaya devam edeceğiz..SÇS örgütün iki yıldır gündeminde ve bununla ilgili eğitim çalışmaları yapıldı. SÇS çalıştayını da gerçekleştirildi. Ama kadın işçi sağlığı ve güvenliği meselesini örgüt olarak gündemimize almaya ihtiyaç olduğu da anlaşılmalıdır. Göç ve mülteci konusu tartışılırken tabi ki bunun nedeninin savaş olduğu ve savaşın en çok kaybedeninin yine biz kadınlar olduğumuz gerçeğinden yola çıkarak çerçevesini daha da büyüterek tekrar konuşacağız. LGBTİ hakkın da örgütün bir hafızası var .Belki eğitim çalışmalarını genişletmeye ihtiyaç olabilir.

**ÇİĞDEM DEHŞET (Şanlıurfa):** Teşekkürler her şey için, çok kıymetli bir çalışma. Afişlerle ve konu zenginliği ile ufuk açıcı oldu. Cezaevindeki kadınların sağlık, fiziksel ve ruhsal sorunlarını da konuşabiliriz ilerisi için. Ayrıca çalışan kadın ve çocuk psikolojisi kapsamında bir tartışma yürütülebilir.

**GÖNÜL ERDEN (MYK) :** Bizler bu başlıkları ilk kez tartışıyoruz ama bu kurultay bize perspektif sunar. Her bir başlık için sözümüzü tüketmek anlamında değil, yol açıcılık anlamında algılayalım.

**EMEL AYDIN (Denizli) :** Bir katkı ama aynı zamanda kafa karıştırıcı bir sözüm var. LGBTİ çalışmaların kadın çalışmaları içinde mi var olmalı? Eril zihniyet bizi dar bir alana mı hapsediyor sorusu geliyor aklıma?



**MİYASER KELEKÇİLER (Diyarbakır) :** Her şey için çok teşekkürler, çok verimli bir çalışmaydı. Değınmek istediğım iki nokta var. Ailedeki erkek mesela bir umutsuzluk ve kabullenmişlik sezdim. Değışim dönüşümde bence gayet iyi bir noktadayız. Örgütlenme den bahsedeceğim bir de, deneyim paylaşımı konusunda daha da fazla şey beklemiştim. Biz gençler bu konuda deneyim aktarımına ihtiyacımız var. Örgütlenme konu başlığı da eklenebilirdi.

**YASEMİN BAKIR (İstanbul) :** Sözümüzü ve tartışmaları çok güzel biriktiriyoruz, çok güçlü bir birikim var. Çok ileri tartışmalar yürütüyoruz, kadın konu başlığını artık 8 mart gibi kadın özgünlünde etkinliklerde değil her konu başlığında böyle bir perspektifle bakarak yürüteceğiz. Bu muazzam bir şey.

**GÖNÜL ERDEN (MYK) :** SÇS bizim için uzun süredir eğildiğımız, stratejik bir alan. Kadın SÇS çalışmasının daha da detaylandırılmasını öneriyorum. Özel bir çalışma yapalım.

**DENİZ NALBANTOĞLU (Denizli) :** Buna ihtiyaç var mesela risk değerlendirmesinde kadınlar için yalnız çalışma başlığı konabilir mi? vb Bir günlük bir SÇS önerileri oluşturma çalışması yapalım.

**NECMİYE ÖZTÜRK (Antalya) :** Önümüzdeki süreçte periyodik çalıştaylar yapalım. Sorunları derinlemesine tartışma ve çözüm önerisi üretme çalıştayları yapalım.

**ZUHAL GÜLER (Malatya):** Kadın kampı yapalım :)

**YASEMİN YILDIRIM ( Hatay) :** Sosyal hizmetlerdeki ve sağlık alanındaki kadınların sorunları farklı farklı. Sosyal hizmet çalışanı kadınların sorunlarına dair bir çalışma yapalım.



**AYLİN AKÇAY (MYK) :** SÇS devasa bir alan. Özel bir kadın işçi sağlığı meselesine eğilelim. Ağır çalışma koşulları, gönüllü nöbet gibi ağırlaşan koşullar var. Temel konu başlıkları ile kampanya da yapabiliriz.

**NAZAN KARACABEY (Ankara) :** Emeği geçen herkese teşekkürler... Dünden beri çok şey tartıştık... Kadın sağlığı hakkın da ne yapabiliriz? Biz kadınların neden baskı altında olduğumuzu, bilgiyi biriktirdiğimiz bir alanda neden kadın sağlık hareketini başlatamıyoruz? Özellikle yerelerde doğum kontrolü, doğum bilgisinin aktarımı gibi konularda çalışmalar yapalım. Sizin neoliberal muhafazakar ataerkil politikalarına karşı biz de kadın sağlık hareketini başlatıyoruz.diyelim...

**SEMAHAT GÖKALP ÇINAR (Antalya) :** İşyeri temelli çalışmalara eğilmeliyiz. Zorunlu gönüllülüğü konuşalım. İyi ve kaliteli yemeğe ulaşım çok sorunlu. Kreş meselesi çok önemli bunları daha fazla gündemleştirmeye ihtiyaç var.

**GÖNÜL ERDEN (MYK) :** Birikimlerine yenilerini ekleyerek güçleneceğiz. Önce sonuç bildirgemizi hazırlayacağız ve paylaşacağız. Daha sonra bu çalışmayı kitaplaştıracağız. Bu hem arşiv anlamında çok önemli, hem de bilginin yayılması, sözmüzü kaydetmek anlamında çok önemli. Bunun bir başlangıç olması çok önemli. Kadın sağlığı hareketi 1.ve2. dalga feminizmle tartışılan bir konu. Jane kolektifi örneğin, hem örgütleniyor hem de kürtaji yaygınlaştırmaya çalışıyor. Belki tartışmayı şu iki koldan ele alabiliriz. Bir çalışanların kadın sağlığı alanı var bir de hizmeti alan kadınların sağlığı var. Kadın sağlığını üreme sağlığına indiren söyleme karşı bir şey üretebiliriz. Kadın sağlığı mücadelesi aynı zamanda güçlü bir kadın mücadelesidir. Nazan'ın önerisi üzerine, yerel kadın platformları ile kürtaj üzerinden bir çalışma yapılabilir. Tıbbın eril hali, hem kadın mücadelesi hem de sağlık mücadelesidir. Yerel kadın platformları ile birlikte yürütmeliyiz. Hem sağlık mücadelesi hem de genel bir özgürlük mücadelesidir bu!



## KADIN SAĞLIK KURULTAYI'NDA ÖNE ÇIKAN TALEP VE ÖNERİLER

1- Siyasi iktidar, halihazırda var olan isteğe bağlı kürtajın önüne geçmek amacıyla fiili engellemeleri içinde barındıran kimi uygulamaları hayata geçirmiş ve devlet hastanelerinde çalışan doktorlar oluşturulan bu fiili durumdan dolayı risk almamak için kürtaj yapmamaktadırlar. Yerel kadın platformları ile kürtaj üzerinden bir tartışma yürütülmeli ve yerelerde veriler toparlanarak kamuoyuyla paylaşılmalı, bu çalışmalar merkezileştirilebilir.

2- SÇS sendikamızın uzun süredir üzerine eğildiğimiz, stratejik bir alandır. SÇS çalışmasının daha da detaylandırılarak kadın işçi sağlığı konusunda bir çalışma yapılmalıdır. Alanımızda ağır çalışma koşullarına, zorunlu rızaya dönen nöbetlere, kimyasalların ve gazların kadın sağlığı üzerindeki etkilerinin ayrıca tespitinin yapılmasına ve İSİG risk değerlendirilme raporunda bu kapsamda ayrı bir başlık oluşturulması için kampanya yürütebilir.

3- Kadın çalışmaları ve diğer karma çalışmalarında dilin heteronormatif olmayan şekilde oluşturulabilmesi çok önemli. LGBTİ konusunda sağlık ve sosyal hizmet alanına yerellerin belirlediği başlıklar da yerel yada merkezi eğitim çalışmaları yapılabilir.

4- Cinsiyetçi, gerici muhafazakar iktidar politikaları bütün kurumlarımıza sirayet etmiş durumdadır. Çalıştığımız kurumlarda kurum yöneticilerinden kaynaklı her kurumda farklı uygulamaların olduğunu biliyoruz. Kurumlarımızda ne gibi cinsiyetçi muhafazakar politikaların olduğuna dair tespitler yaparak bu politikaların çalışma hayatımızı, kadın sağlık hizmetini ve sağlığını nasıl etkilediği konusuna yerelde çalışma yapılabilir.

5- Cezaevi koşullarının son dönem de anti demokratik uygulamalardan kaynaklı daha da zorlaştığını biliyoruz. Kadının eşitlik ve özgürlük mücadelesi ile birlikte kadın tutukluların sa-



yısında büyük bir artış mevcuttur. Kadınların çocuklarıyla birlikte tutuklu olmaları ,cezaevi koşullarının fiziksel ve mekansal olarak uygun olmadığı, aynı koğuşta çok sayıda kadın ve çocuğun yaşamak zorunda bırakıldığı, hijyen ve gıda sorunlarının yaşandığı cezaevlerinde diğer kurumlarla birlikte ortak bir çalışma yapılarak belli periyotlarda raporlar hazırlanabilir.

6- Emekçi kadınlar, ağır çalışma koşullarından kaynaklı çocuklarıyla istedikleri düzeyde kaliteli zaman geçirememektedirler. Anne ve çocuk ilişkisine doğru temelde yön verebilmek ve bağı güçlendirmek için Anne ve çocuk psikolojisine yönelik birlikte katılabilecekleri drama ,atölye çalışmalarının yapılabilirliği üzerinden bir tartışma yürütülebilir,

7- Sosyal hizmetlerde çalışan kadın emekçilerle sağlık alanında çalışan kadınların sorunları oldukça farklı, iktidarın özellikle oy devşirmek için suiistimal edip kullandığı bu alana yönelik sendikamız bir çalıştay yaptı. Fakat sosyal hizmet çalışanı kadınların sorunları konuşulmuş olsa da yeterli değil ayrı bir tartışma zemini veya çalıştay yapılabilir.

8- Ortadoğu da ulus devletlerin bitmeyen rant ve toprak paylaşımı savaşları halkları yıllardır mülteci konumuna getirmekte ve bu durumdan da en çok kadınlar taciz tecavüz ve yoksullukla mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Mülteci sorununa biraz da ha eğilmek ve savaşların açtığı yaralar ve savaşın kadın üzerinde ki etkilerini ayrı bir gündemle tartışmaya ve gündeme getirilebilir.

9- Modern tıp , geleneksel tıp ,alternatif tıp ve doğal tıp kavramları üzerinden kadın sağlığını önceleyen tartışmaların açılması ve bu tartışmalar doğrultusunda tahakkümsüz, eril olmayan ve kadın sağlığını önceleyen ilkesel bir perspektif oluşturulması önemlidir. Eril tıbbın elimizden çaldığı sağlık bilgisi , kadının eşitlik ve özgürlük mücadelesini birleştiren bir temelden kadın sağlık hareketi tartışmalarını yürütmek için olanaklar yaratılabilir.

10- Sağlık alanı gittikçe muhafazakarlaştırılmaya çalışılan bir alandır. Cinsiyetçi yaklaşım ve ayrımcılığa en çok LGBT+ birey-



ler ve kadınlar olarak maruz kalmaktayız. Bu kapsamda jinekolojik şiddet kavramını tartışmaya başlamak gerekir . Örneğin jinekolojik muayenede evli misin bekar mısın sorusunun sorulması ve verilen cevaba göre sağlıkçının tutumu ve hastanın yaşadığı şiddet gündemleştirilerek atölye çalışması yapılabilir.

11- Sağlık sunumunda anadilin önemi mültecilerle birlikte bir kez daha ortaya çıkmıştır. Oysa ki yaşadığımız coğrafyada Türkçe bilmeyip sağlık hizmeti almaya çalışan ve o dili bilmeden sağlık hizmeti sunmak durumunda kalan emekçilerin anadilde sağlık bir haktır ilkemizin sendikamız tarafından yeniden gündemleştirilmesi ile ilgili bir çalıştay yapılabilir.

12- Kadın eğitimleri; örgütteki kadın eğitim ihtiyaçları tespit edilerek, eğitim konuları güncellenerek ,sürekliliği sağlanmalı. Bu eğitimlerin daha etkili ve kapsayıcı olması için de her yıl farklı şehirlerde kamp şeklinde planlanabilir.

13- Kadın hareketinin , Kadın sağlığının sadece üreme sağlığına indirgeyen söylem ve tutuma karşı kadın sağlık mücadelesinin örgütlenmesinde deneyim paylaşmaya ve yeni yöntemler belirlemek için kadın sağlığının örgütlenmesi başlığı ile tartışılmalar yürütülmeli ve sürekli gündeme getirilmesi için çaba sarfedilebilir,

14- Tıbbın erilleşmesine karşı Kadının eşitlik özgürlük ve sağlık mücadelesi bir bütündür. Bu bütünlük içerisinde biz kadınların dilde, söylemde, eylem ve etkinliklerde nasıl bir öz savunma geliştirmemiz gerektiği konusunda şubeler ile birlikte merkezi çalışmalar yapılabilir.

# ŒUBE VE TEMSİLCİLİKLERİMİZDEN GELEN POSTER VE TEBLİĞLER

---







## MUHAFAZAKAR POLİTİKALARIN KURUMLARIMIZA ve HASTALARA YANSIMALARI

NAZAN KARACABEY  
ANKARA SES ŞUBE KADIN SEKRETERİ

### Muhafazakârlık

Siyasi literatürde 19.yüzyıldan beridir kullanılmakta olan muhafazakârlık terimi, kelimenin kökünden de anlaşılacağı üzere koruma ve muhafaza etme anlamlarına gelmektedir. Çağdaş siyasi ideolojilerden biri olan muhafazakârlık, mevcut statükonun korunmasını, reformlara ve yeniliklere mesafeli yaklaşması nedeniyle değişime karşı direnen bir siyaset ideolojisi olarak görülmesine neden olmaktadır. <sup>(1)</sup>

Bir ideoloji olarak muhafazakârlık, aydınlanma felsefesi ile onun sosyal ve siyasal sonuçları olan Fransız Devrimi ve Sanayi Devrimi'ne tepki olarak doğmuştur. Bu anlamda muhafazakârlar aydınlanmanın ürünü olan birçok kurum ve kavrama karşı mesafeli davranmışlardır. (Akıl, ilerleme, değişim, demokrasi, insan hakları, özgürlük vs.)

Muhafazakârlığın bir siyasal ideoloji haline gelmesini sağlayan çeşitli ilke ve özellikleri vardır. İlk olarak her siyasal ideolojide olduğu gibi muhafazakârlıkta da insan doğası ve birey hakkında çeşitli görüşler vardır.

-Muhafazakârlık organizmacı toplum görüşüne sahiptir.

-Muhafazakârlık birey ve bireycilik yerine toplumu tercih eder. Bu anlamda muhafazakârlar, bireyi salt kendine güvenip dayanan, her zaman kendi menfaatini ön planda tutan değil, aksine bağımlı ve güven arayışı içinde olan varlıklar olarak görürler.

-Muhafazakârlık, eşitlikten ziyade hiyerarşi vurgusu yapar.

-Muhafazakârlığın özgürlüğe bakışı da onun bir diğer önemli özelliğidir. Muhafazakâr düşüncede özgürlük toplum, toplumsal otorite ve toplumsal düzen gibi kavramlarla anlam



kazanabilir. Özgürlük, varlığını topluma ve onun kurumlarına borçludur. Gelenek, aile, din, tarih ve otorite özgürlüğü belirleyip şekillendiren en temel unsurlardır. <sup>(2)</sup>

## Sağlıkta Muhafazakârlaşma

Yukarıda bahsedilen özellikleri düşünülünce muhafazakârlığın en görünür uygulama alanlarından biride sağlık hizmetleridir. İktidara gelirken kendini muhafazakâr demokrat olarak tanımlayan AKP, sağlıkta dönüşüm projesini 2003 yılında başlattı. 1980'lerin devam siyasetinin parçası olan bu dönüşüm Dünya Bankası'nın desteğiyle hayat buldu. Performansa dayalı ücretlendirme, sosyal güvenlik sistemlerinin tek çatı altında toplanması, aile hekimliği sistemine geçiş gibi neoliberal politikaların şekillendirdiği değişimler gerçekleştirildi. Zamanla iktidar yürütücülerinin özellikle kadın bedenine yönelik doğurganlık üzerinden gelen söylemleri de bu politikaların eseridir. Aynı zamanda esnek çalışma, doğum parası gibi çalışan kadınlara yönelik müdehaleler de beraberinde geldi.

Sağlıkta dönüşüm programı kabaca dört başlıkta toplanabilir; sosyal güvenlik sistemlerinin tek çatı altında toplanarak genel sağlık sigortası sistemine geçilmesi, birinci basamakta sağlık ocağından aile hekimliği sistemine geçilmesi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kurumlarının sağlık işletmesi olarak modelize edilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici bir rol kazandırılması yönündeki yenilikler ise reformun son koludur. Türk sağlık sisteminin son reform projesi olan SDP dört kollu bir yapı arz etmektedir (DB, 2003). Bunlardan ilki sosyal güvenliğin dizaynıdır. Bu dizayn SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın birleştirilerek sosyal güvenlikle ilgili tek bir kuruma (SGK) dönüştürülmesidir (5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu). SGK'nın oluşturulmasının ardından 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" (SSGSSK) ile toplumun tamamının dahil edildiği Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya konmuştur. Sağlık ocaklarının aile hekimliğine evrilmesi reformun ikinci kolunu oluşturmaktadır. Reform projesinin üçüncü kolu, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kurumlarının sağlık işlet-



mesi olarak modelize edilmesidir. Sağlık Bakanlığı'nın düzenleyici ve denetleyici bir rol kazandırılması yönündeki yenilikler ise reformun son koludur. (Ataay, 2008:170).

16 yılda birinci basamak sağlık sisteminde koruyucu sağlık hizmetlerinden aile hekimliğine, yeşil karttan 11 kalemde katkı ve katılım paylarına, Genel Sağlık Sigortası sisteminden tamamlayıcı sağlık sigortasına dek geniş çapta değişiklikler hayata geçirildi. Stabilizasyonu sağlanamayan sağlık sistemini ayakları üzerinde tutmak amacıyla hemen her ay Sağlık Uygulama Tebliği'nde değişiklik yapıldı.

Neoliberal muhafazakâr devletin kadına müdahalesi!

Kadın bedeni üzerinden yürütülen politikalar

Doğurganlığın kontrolü

Doğum kontrolünün kısıtlanması

Kürtaj karşıtlığı

Doğumların şeklinin tartışılması

Kadın emeği üzerinden yürütülen politikalar

Cinsiyete dayalı işbölümünün pekiştirilmesi

Hane içi ücretsiz emeğin sosyal politika aracı haline gelmesi

Eril iktidarın hane içi sonuçları

Kadına yönelik şiddet

Kadın cinayetleri

(1) Şeyhanlıoğlu, H. (2011).Türk siyasal muhafazakârlığının siyasallaşması ve Demokrat Parti. Ankara:Kadim Yayınları.

(2) <https://tarihbilgi.org/muhafazakarlik-nedir/>



# Muhafazakâr Politikaların Kurumlarımıza ve Hastalara Yansımaları

## Sağlıkta Muhafazakârlaşma

Muhafazakarlık ve neoliberal sağlık politikaları birlikteliğiyle, kadın sağlığını bütüncül ele alan yaklaşımdan çok annelik ile ilişkili sağlık hizmetleri öne çıkarılmıştır.

Bilimsel olarak dayanaktan yoksun bir biçimde doğurganlığı teşvik eden bir politikaya geçilmiş, aile planlaması hizmeti ihmal edilmiş, kürtaj hizmeti fiilen verilemez hale gelmiştir.

Kadın cinselliğinin üremeye indirgenmesi, kadınların cinsel sorunlarını görülemez hale getirmektedir. Türkiye'de yaşamı şekillendiren ataerkil normlar, kadınların bedensel sağlığının yanı sıra ruhsal sağlığını da bozmakta, farklı cinsel kimliklerin yok sayılmasına yol açmaktadır.

*Neoliberal muhafazakar sağlık politikalarının gaspettiği kadın bedeni kırkırtılan sağlık talebini sömürü alanı olmuştur.*

*Geleneksel bilgi aktarıcılığından uzaklaştırılan kadınlar bedenlerine yabancı hale getirilmiştir. Tamamlayıcı tıp ile yeni bir sömürü aracı keşfedilmiştir. Şifacılığı kadın olan kadınlar genici politikaların hem uygulayıcısı hem uygulanıcısı haline getirilmiştir.*

*Biz sağlık emekçileri "kadın sağlık hareketini" yükselterek kadını bu sömürü alanında kendi bedeninin yeniden keşfinin mimarı yapmak zorundayız.*

## Kadın sağlığının sömürücüleri

- . Muhafazakarlık
- . Ataerkil
- . Neoliberal politikalar

- Pronatalist politikalar

-En az 3 çocuk !

-Her kürtaj bir Uludere !

-Kreş eken Huzurevi biçer !

- Koruyucu sağlık hizmetlerinin yoksunluğu
- Aşı karşıtlığı
- Kadına karşı işlenen erkek şiddetinin artışı
- Kadın sağlığı üzerinden yürüyen medikalizasyon ( Gebelik, Doğum, Menopoz )
- Kadının emeğini ve bedenini hedef alan GETAT Uygulamaları ( vajinal sülük vb. )
- Manevi destek birimleri

Bu politikalar kadının Anne ve Eş rolünü yeniden tanımlayarak "Makbul Kadın" yaratmanın peşindedir. Bu durum kadın sağlık emekçilerini de olumsuz etkilemektedir

SES

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası  
ANKARA ŞUBESİ





## MÜLTECİLERİN 2118 TNSA VERİLERİNE GÖRE SAĞLIK DURUMLARI

ZEHRA AYATA

ALANYA TEMSİLCİLİK EŞ BAŞKANI

Sendikamız SES savaşın başta kadın ve çocuklar olmak üzere insan sağlığı üzerine olumsuz etkilerinin sadece üreme sağlığı üzerinden değerlendirilmesinin eksik bir yaklaşım olduğunu savunur.

Mülteci kadınlar ve çocuklar bireysel, ailesel ayrılık ve yoksunluk yaşamalarının yanı sıra şiddet ve diğer nedenlerle fiziksel ve ruhsal travmalara da maruz kalmaktadırlar. Mülteciler güç yaşam koşulları, barınma, beslenme, sağlık hizmetlerine ve sosyal hizmetlere ulaşımında güçlükler, güvenlik, eğitim, şiddet, işsizlik (iş bulsa bile güvencesiz ve düşük ücretle uzun saatler çalışma), taciz, tecavüz vb. pek çok nedenle sağlık açısından en savunmasız gruplar arasındadır. Kadınların büyük çoğunluğu Türkçe bilmemektedir. Kurumların çok azında dil bilen personel vardır. Tercümanlar ya da ikinci hatta üçüncü şahıslar üzerinden iletişim kurulması mahremiyetin kaybolmasına belki de kişinin kendisini doğru bir şekilde ifade etmesine engel olmaktadır.

Literatüre ve uluslararası raporlara göre sığınmacı ve mültecilerin sağlık sorunları arasında en çok öne çıkanlar şunlardır:

- Beslenme bozuklukları
- Çocuklarda büyüme ve gelişme gerilikleri
- Anemi
- İshal, kızamık, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları vb. bulaşıcı hastalıklar
- Fiziksel şiddet ve buna bağlı yaralanmalar



- Cinsel istismar
- HIV/AIDS dâhil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)
- İstenmeyen gebelikler, riskli gebelikler
- Düşükler, doğum komplikasyonları
- Kronik hastalıklar ve komplikasyonları
- Depresyon, kaygı bozuklukları, uyku bozuklukları ve post-travmatik stres bozukluğu başta olmak üzere ruhsal sorunlar
- Diş sağlığı sorunları

Mültecilerin yaşadığı kronik stres, ruh sağlıklarını olumsuz etkilemektedir.

Bu kadar olumsuzluğun üstüne sağlık hizmetlerine erişimin çok zor olduğunu eklemek gerekir. Mülteciler sadece kayıtlı oldukları illerde ücretsiz sağlık hizmeti alabilmektedirler. Ülkemizde ücretsiz olarak sadece birinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet sunulmaktadır. En çok hizmet alabilecekleri kuruluşlar koruyucu hizmetler olması dolayısıyla Aile Sağlığı Merkezleridir. Üstelik hizmet için ücret ödemeleri gerekmemektedir. Aile Sağlığı Merkezlerinde hizmet, kayıtlı nüfus üzerinden, performans puanına dayalı yürütülen bir hizmettir. Performans puanı dolayısıyla sağlık çalışanları mültecileri kesin kayıt altına almak istememektedir. Hizmetler misafir hasta olarak verilmektedir. Misafir hasta statüsündeki kişilerin verileri bakanlıktan çekilemediği için gelen kişinin geçmiş sağlık kayıtları görülmeden hizmet sunumu yapılmaktadır. Gebelik izlemine gelmiş kişinin sağlık geçmişini bilmemek, aşı kartı kaybolduysa önceki uygulanan aşıları sağlık çalışanının görmemesi sakıncalı bir durumdur. Bu merkezlerde tercüman yoktur. Aile hekimliğinde kaydı bulunmayan mülteci bir kadın KETEM'in hizmetlerinden faydalanamamaktadır. KETEM'lerin hasta kayıt verilerini direk aile hekimliği kayıtlı nüfusundan



çekmesi CYBE yönünden riskli grup olan mülteci kadınların bu hizmeti almasına engel olmaktadır. Bakanlık aile hekimliği sistemine kayıt işlemlerini hekimin tercihinine bırakmıştır. Hekimlere ister al ister alma demektedir. Aynı bakanlık yeterince göçmen sağlığı merkezini hizmete açmamıştır. Sağlıklı Hayat Merkezleri açmış ama bu merkezlerin içinde poliklinik, aşılama, gebe ve bebek izlemi gibi birimleri faaliyete geçirmemiştir.

Kayıtlı oldukları il dışında hastanelere ücret ödemeleri sosyal güvencesi olmayan, işsizlik ve yoksullukla boğuşan mülteciler için ciddi bir sorundur. Mültecilerin barınma koşulları düşünüldüğünde hastanelere ulaşımda da zorlanmaktadırlar. Turizm bölgelerindeki hastanelerde bile İngilizce, Rusça, Almanca vb. dilleri bilen tercümanlar varken çoğu Arapça konuşan mülteciler için tercüman yoktur.

Türkiye'deki mevcut yasalara göre sığınmacı kabul edilseler de ülkemizdeki Suriyeli mültecilerin durumu literatürü doğrulamaktadır.

Hacettepe Üniversitesi TNSA 2018 verilerine göre;

2018 TNSA Suriyeli Göçmen Örneklemi sonuçlarına göre kadınların sadece %3'ü zayıfken (BMI<18.5) %60'ı fazla kilolu ya da şişmandır (BMI  $\geq$  25.0) (fazla kilolu %28, şişman %32) Eğitim düzeyi arttıkça fazla kilolu olma ve şişmanlık azalmaktadır. Eğitimi olmayan veya ilkokulu tamamlamamış Suriyeli kadınların %70'i fazla kilolu veya şişman iken, lise veya daha yüksek eğitim almış olanların %49'u fazla kilolu veya şişmandır.

Aynı araştırmada kadınların çalışma hayatına katılımı da sorulmuştur. Araştırmadan önceki son 12 ay içinde 15-49 yaş grubundaki halen evli Suriyeli kadınların çok küçük bir oranının (%8) çalıştığını, kadınların 15-49 yaş grubundaki eşlerinin ise %89'unun çalıştığını ortaya koymaktadır. Hiç evlenmemiş Suriyeli kadınlarda temel çalışmama nedeni öğrenci olmak ve ailelerinin çalışmaya izin vermemesi (sırasıyla %33 ve %24) iken, ev kadını olmak ve çocuk bakımı (sırasıyla %50 ve %27) halen evli Suriyeli göçmen kadınların temel çalışmama nedenlerinden-





dir. Çalışmamasının temel nedeni olarak ev kadınlığına atıfta bulunan Suriyeli kadınların oranı eğitim düzeyinin artması ile azalmaktadır (ilkokuldan az eğitimi olan kadınlar için %55, lise ve üzeri eğitimi olan kadınlar için %31).

Bütün verilere baktığımızda sadece eğitim seviyesinin yükselmesinin bile aşılama, doğum öncesi ve sonrası bakım alma, doğurganlık oranları, aile planlamasında modern yöntem kullanımı, obezite, çalışma hayatına katılımı bakış açısının değişmesinde pozitif etkiye sahip olduğunu görebiliriz.

Mülteci kadınların ve çocukların uğradığı şiddet, taciz, tecavüzle ilgili bir araştırma yapıldı mı bilmiyoruz. Savaşın ruh sağlıklarında yarattığı yıkımın boyutlarını da. Evine misafir olduğum Suriye’li Özcan Manna isminde bir kadın Halep’te kalan kız kardeşini yıllardır görmediğini, en son telefonda görüntülü konuştuklarında kız kardeşinin saçlarının bembeyaz olduğunu, abla “savaş beni büyüttü” dediğini söylemişti. Siz olgunlaştı mı diyorsunuz, ben de büyüdüm demişti. “Geceleri hala dört çocukla sınırdan nasıl geçeceğiz, yolda başımıza ne gelecek, hazırladığım bavul vs. yaşadıklarım aklıma geliyor uyuyamıyorum, kendi kendime konuşuyorum, çocuklar uyardı, sürekli sağlık ocağına muayene olmaya gidiyorum” diye anlatmıştı. Gerçekten büyümüşü. Ortaokul mezunuydu ama bizim televizyonlarda ahkam kesen hocalardan daha iyi anlatıyordu savaşın zenginleri etkilemediğini, olanın yoksullara olduğunu, emek sermaye çelişmesini...

Sosyologlar tarihte hiçbir göçün tersine olmadığını söylemektedir. Yüzyüze görüştüğüm hiçbir Suriyeli kadından ülkelere geri gideceklerine dair bir söylem duymadım. Çoğunun kendisi gitmek istese bile çocukları gitmek istemiyor. Yasalar mülteci olarak kabul etmese de mülteci olarak geldikleri ülkemizde çoğu kalıcıdır.

Başta sendikamız SES olmak üzere emek ve meslek örgütleri, mültecilere yönelik acil, özel bir sağlık politikası geliştirilmesi için mücadeleyi önüne koymalıdır. Sorun artık sadece mültecilerin sağlık sorunu olmanın ötesine geçmiştir.





KESK'li yoldaşlarımızdan da şu anda Avrupa'da mülteci olarak yaşamak zorunda kalanlar vardır. Savaş politikaları devam ettiği sürece bizlerin de mülteci olmayacağının ya da ülkemize daha fazla mülteci gelmeyeceğinin garantisi yoktur. Başta Suriye'deki savaşa olmak üzere Ortadoğu'da ve ülkemizde savaş, kapitalizme, emperyalizme karşı mücadele yükseltilmeden sorunun çözülmeyeceği aşikardır. Savaş en çok biz kadınların hayatını etkilemektedir. Bu sebepten ötürü de en çok biz kadınların mücadele etmesi gerekir. Tarihe baktığımızda Hypatia'yı, Jeaanne D'arc'ı, Clara Zetkin'i, Rosa Lüksemburg'u, Mirabel Kardeşleri, Leyla Halid'i, Ayşenur Şimşek ve adını saymadığım nice kadın önderi görürüz. Kadınların öncülük etmediği bir mücadelenin başarıya ulaşma şansı yoktur. Bu sebeple bir kez daha çağrımızı yineliyoruz.

# MÜLTECİLERİN 2018 TNSA VERİLERİNE GÖRE SAĞLIK DURUMU

1826 Ailede 15-49 yaş aralığında 2216 kadının görüşülmüş cevaplama oranı hane halkları için %95 kadınlar için %93 tür.



Bazı yerlerde göçmen sağlığı merkezi aktif olarak yok. Aile Hekimleri Suriyeli kadınları ve çocukları kesin kayıt altına almak istemiyor. Misafir hasta olarak işlem yapıyor. İkametgah değişikliğinde e-devlet üzerinden verilen hizmetleri göremedikleri için hizmette eksikler yaşıyorlar Kayıtlı oldukları II dışında hastaneler ve ilaçlar ücretli. Anadillerinde iletişim kurulamadığı için hasta mahremiyeti kayboluyor buda hizmetin niteliğine yansıyor.

Ortalama 5,3 çocuk doğuruyorlar. Adölesan gebeliği yaygın.15-19 yaş aralığındakilerin % 39'u ya anne olmuş yada ilk bebeğine hamile. 15-17 yaş aralığındakilerin % 20 'si ya doğurmuş yada ilk çocuğuna hamile.

Ortanca ilk doğum yaşı 25-49 yaşlarındaki Suriyeli kadınlar için 21,4'tür. Lise veya üzeri eğitime sahip 25-49 yaş aralığındaki kadınlar hiç okuma yazması olmayan ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlardan 2,4 yıl sonra çocuk doğurmaya başlamıştır (sırasıyla 23,6 ve 21,2). Kamplarda yaşayan kadınlar ilk çocuklarını kamplarda yaşamayan kadınlardan yaklaşık 1 yıl sonra doğurmaya başlamıştır (sırasıyla 22,1 ve 21,3).

Kadınların %94'ü en az bir modern aile planlaması yöntemi bilmektedir. Gebeliği önleyici yöntem kullanımındaki yaygınlık oranı, 15-49 yaş arasındaki halen evli Suriyeli kadınlarda % 43'tür.Yöntem kullanımı kamplarda kalanlarda daha düşüktür. Eğitim seviyesi arttıkça yöntem kullanımı artmaktadır. Kadınların %21'inin karşılanmamış aile planlaması ihtiyacı vardır.

Kadınların %93'ü doğum öncesi bakımı bir sağlık görevlisinden almıştır (doktor, hemşire veya ebe). %7'si doğum öncesi bakım almamıştır. Kadınların %74'ü önerildiği gibi gebeliklerinin 4. ayından önce ve %64'ü dört ya da daha fazla doğum öncesi bakım almıştır. Niteliğine bakıldığında kadınların %70'inin tansiyon ölçümü, %71'inin kan tahlili ve %95'inin ultrason çekimi gerçekleşmiş.%82'si hamilelikleri boyunca demir takviyesi almış. Doğum öncesi bakım alan kadınların sadece %30'u son doğumlarında tetanosa karşı aşılanmış. Araştırmadan önceki iki yıl içerisinde canlı doğum yapan %89 doğumdan sonraki 41 gün içinde %86 sı ise doğumdan sonraki ilk 2 gün içinde doğum sonrası bakım almıştır. %10'u doğum sonrası bakım almamıştır.Verilerin arasındaki farklar hizmetin niteliğini sorgulamayı gerektirir.



*Mültecilere yönelik özel acil bir sağlık politikası geliştirmemiz gerekir.*

*Kimsenin Mülteci almadığı Bir Dünya Dileğiyle...*

Araştırmadan önceki 5 yıllık dönemde bebek ve 5 yaş altı ölüm hızları sırası ile bin canlı doğum için 22 ve 27 dir. Bebek ve 5 yaş altı ölüm hızı 20 yaşından önce ve önceki doğumu ile 2 yıldan az aralığı olanlarda daha yüksektir. Anne ölümlerine ait veriler açıklanmamıştır.



SES ANTALYA ŞUBESİ





## 2018 TNSA VERİLERİNİN SÖYLE(ME)DİKLERİ ve KADIN SAĞLIĞI

ZEHRA AYATA

ALANYA TEMSİLCİLİK EŞ BAŞKANI

TNSA 2018 verilerine göre isteyerek düşük yapılan yerler sorulduğunda verilen cevaplar beraberinde soru sorulmasını da getirmiştir. 2013 yılında kadınlar aynı soruya %61,9 özel sektör, % 33,6 ile kamu (devlet/numune/üniversite hastaneleri ve diğer) diye cevap vermişlerdir. Aynı soruya 2018 yılında özel sektörde düşük yaptık diyenlerin oranı %12'lik bir düşüşle %48,9 olmuştur. Halkın gelir seviyesi düştüğü için mantıklıdır. Kamu kuruluşlarında kürtaj yaptıranın bu kadar zorlaştığı (neredeyse yok denecek kadar az) bir ortamda kamu kuruluşlarında isteyerek kürtaj yaptırdık diyenlerin oranı %51'dir. Kadınlar gerçekten kamu sağlık kurumlarında isteğe bağlı kürtaj olmuşlar mıdır ya da soruyu doğru olarak cevaplamışlar mıdır?

Türkiye doğum sonu bakım alma verilerine dikkatlice bakarsak izlem protokolüne göre doğum sonu ilk bir saatte on beş dakikada, ikinci saatte otuz dakikada, ikinci saatle altıncı saat arası saatte bir yapılması gereken izlemin ve sekizinci saatte hemogram takibinin protokole uygun yapılamadığını görürüz. İş yükünün yoğunluğu, çalışan sayısının yetersizliği göz önüne alınırsa yapılması da olanaklı değildir. Resmiyette bebek dostu sağlık kuruluşu belgesi olan kuruluşlarda bile durum çok da değişmemektedir. Bebek dostu belgesi olan hastanelerde ilk bir saatte bebek hemşiresi annenin yanına emzirme eğitimi için gelir. Bebek hemşiresinin olmadığı hastanelerde doğumhanede görevli ebeler bu işi yaparlar. İlk bir saatte emzirme oranlarına bakıldığında erkek bebekler için oran %67, kız bebekler için %75,2 dir. Lohusanın yanına gelip kontrolü yapılmadan mı emzirmeye geçilmiştir zira kadınların %66'sı ilk dört saatte bakım aldık demektedir. Sezeryanla doğum oranının (%51,5)



yüksek olduğu ülkemizde ameliyat olmuş annelere bile yeterli hizmet veremediğimiz ortadadır.

Sağlık Bakanlığı “2017 Yılında 25198 olan aile hekimliği birim sayısını 2018 yılında 26.252’ye çıkardık” diye açıklama yapıyor ama dolu ve boş olan birimlerin sayısını açıklamıyor. İsterse-niz birim sayısını 50000 ‘e çıkarın. Alt yapısı hazırlanmamış, mimari açıdan ne kadar uygun olduğu tartışmalı (apartman altlarındaki dükkanlarda hatta cami altında bile) bu birimlerde nitelikli bir sağlık hizmeti nasıl verilebilir ki? Devletin yapması gereken bütün alt yapı hizmetlerinin orada çalışmayı tercih eden hekim tarafından karşılanması, hekimlerin ve yardımcı sağlık çalışanlarının buralarda çalışmayı tercih etmemelerine dolayısıyla birimlerin boş kalmasına neden oluyor. Süreli geçici görevlerle (aylık, haftalık, günlük) nitelikli bir sağlık hizmeti verilemez.

Yıllardır iktidarın en çok dillendirdiği Sağlıkta Dönüşüm Programının geldiği noktada 2019’un ilk 8 ayında 2391 kızamık vakası görülmüş. 23000 aile aşı yaptırmayı reddetmiş. Halbuki DSÖ verilerine göre 2016 yılında sadece 9,2017’de 69, 2018’de 716 kızamık vakası görülmüş. Yılın sonuna kadar kaç kızamık vakası görüleceğini, kaç ailenin daha aşığı reddedeceğini bil-miyoruz. Aşılama oranlarının %67'lere kadar düşmesi önümüzde duran ciddi bir halk sağlığı sorunudur.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin piyasaya açılmasının ilerde ne tür sorunlara yol açacağını daha önce birinci basamak sağlık hizmetlerini piyasaya açan ve aile hekimliği sisteminin uygulandığı ülkelere bakarak anlamak mümkün.

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı sadece hastalığın olmaması değil fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlar.

Fizyolojik olarak iyi olabilmek sağlıklı beslenmek, sağlığa uygun bir evde barınmak, sağlıklı bir çevrede yaşamak, sağlıklı bir çalışma ortamının olması gerekir. Emekçilerin milli gelirden



aldığı pay düşünülduğünde (kadınlar erkeklerden çok daha azını alıyorlar) nasıl sağlıklı beslenecekler, nasıl barınacaklar? Televizyonda Canan Karatay'ın aklımızla alay eder gibi anlattığı beslenmeye kıt kanaat geçinen halkın maddi gücü yetmez. Kontrolü iyi yapılmamış gıdaların üstündeki pestisit oranlarından çoğumuzun haberi yok. SES olarak hazırladığımız afişlerin birisinde hamile bir kadın resmi hatırlıyorum. Sağlık hakkı doğumla başlar diyordu, yanlış hatırlamıyorsam. Daha anne karnındayken zehirlenmeye, yetersiz beslenmeye başlayan bizlerin yetişkinlikte sağlıklı olmasını beklemek gerçekçi değildir. Zorunlu gıda harcamalarına bütçesi yetişmeyen insanlar sağlığa uygun konutlarda oturmayı sadece hayal edebilirler. Çalışma yaşamına gelince kadın emekçilerin en fazla hizmet sektöründe ve tarım işçisi olarak çalıştığını görürüz. Ücretsiz yaptıkları ev işçiliği, çocuk, hasta ve yaşlı bakımı kadınların görünmeyen emeğidir. Mesai saati kavramı bile neredeyse yoktur. Her yanımızın taşocakları, maden sahaları, otoyollar, baz istasyonları ve benzerleriyle kuşatıldığını görürüz. Çayırova'da çevre kirliliğinin kanser vakalarının artışı da beraberinde getirmesi tesadüf değildir.

Psikolojik olarak iyi olmak için öncelikle can ve mal güvenliği, iş güvencesinin olması, barış, demokrasi pek çok şey gerekir. Ülkemizde ne can, ne mal güvenliği vardır. Polis kurşunuyla da ölebilirsiniz, 6,8 şiddetindeki depremde enkaz altında kalarak ta. Biz kadınların öldürülmesi daha kolay (eski eş, eski sevgili, tecavüzcü, Ceren Damar'ın katili gibi öğrencimiz) İş güvencesimiz ortadan kaldırıldı. Artık seçilmiş belediye başkanları da dahil hiçbirimizin iş güvencesi yok. KHK olmadı il disiplin kurulu kararıyla işten atılabiliriz. Facebook paylaşımlarımız gerekçe gösterilerek tutuklanıp cezaevine girebiliriz. Çevremizdekiler damgalanırım benimde başım belaya girer korkusuyla selam vermezler. Kadına ve çocuklara yönelik şiddet, taciz, tecavüz son yıllarda tesadüfen artmamıştır. Eskiden gece bir yere giderken sesini çıkarmayan 13 yaşındaki oğlum artık kontrol ediyor. Sürekli telefon açmasından usandığım için sorduğumda



“kadınlara tecavüz edip öldürüyorlar, ben korkuyorum” dedi. Sokağa geç saatte yalnız çıkıp özellikle de tenhaysa etrafı kontrol etmeden yürüyüp gidebilen kadın sayısı azdır. Böyle bir ortamda kadınların ve çocukların psikolojilerinin sağlıklı olmasını beklemek haksızlıktır.

DSÖ sosyalleşmenin de sağlıklı olmak için gerekli olduğunu söylüyor. Gazete, kitap, dergi okumak, arkadaşlarla buluşup bir çay içmek, sinemaya, tiyatroya, konsere gitmek için bütçeden para ayırmak gerekir. Ortalama ücret düşünülduğünde sosyalleşmek lüks tüketim gibi bir şey emekçiler için. Tiyatro, sinema gibi şeylerde iktidarın muteber artistlerinin oyununa gitmezsek oda sorun oluyor. Muhalif gazeteleri ve kitapları okumayı saymıyoruz bile. Kadınlar eve yemekli misafir gelirse ne ikram edeceğim korkusunu yaşıyorlar.

Emperyalist kapitalist düzen önce sağlığımızı bozuyor, sonra da parayla bize sağlık satıyor. Sağlığımızın bozulmasından sorumlu olan devlet burada da bizi suçluyor. Sağlığımızı bilerek ve isteyerek kendimiz bozmuşuz gibi.

Sağlığımızı bozan bu düzen değişmeden yapılacak her düzenleme palyatif tedavi gibidir. Biz kadınlar, kendimizin ve çocuklarımızın sağlığını bozan, geleceğini karartan iktidarı yıkıp, yerine kendi iktidarımızı koymayı hedefleyen bir mücadele hattı örmek zorundayız. Kapitalizm doğası gereği “gölgesini satamadığı ağacı keser” 8 Mart 1857’de sekiz saatlik iş günü, ekmek ve gül mücadelesini örgütleyen kadınların mirasçıları olan bizlerin aynı ruhla mücadeleye önderlik etmesi gerekmektedir. Yeter ki inanalım. Mücadele edenler her zaman kazanırlar da kazananlar hep mücadele edenler olmuştur.

**KADINLAR EL ELE HEP BİRLİKTE MÜCADELEYE!**











## JEOTERMAL YETTİ GARİİ!

HALE DALKIRAN

SES AYDIN ŞUBE

Yenilenebilir enerji olarak bilinen Jeotermal enerji temiz olarak bilinmesine rağmen doğru kullanılmadığında çevresel etkileriyle önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Sondaj süresinde ekosistemin bozulması, kuyu sondaj boyunca Jeotermal sıvı ile su ve toprağın kirlenmesi, tesisin işletilmesi sürecinde karbondioksit ve hidrojen sülfid emisyonları, üretim boyunca basınç ve sıcaklık değişimleri kimyasal denge bozulmasına sebep olmaktadır.

Jeotermal santrallerin % 80'i Aydın'da yer alıyor. Aydın bu yönüyle jeotermale bağlı enerji sektörünün merkezi konumunda bulunuyor. Yenilenebilir enerji dünyadaki örneklerinin tam tersine, yoğun bir kar hırsıyla çevreye ve insan sağlığına verdiği zararları ortadan kaldırmadan, telafisi güç tahribatlar vererek kullanılıyor. 2014 yılında Aydın, Türkiye'nin hava kirliliği en yüksek 8. ili oldu. Aydın'da hava kirliliği Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği sınır düzeyin 5 kat üstünde ve bundan jeotermal santrallerden salınan buharın ciddi etkisi söz konusudur. Çünkü Aydın'ın kirli havası, içinde en fazla kükürt dioksit bulunan 2 kentten birisidir. Jeotermal, doğru kullanıldığında temiz bir enerji kaynağıdır. Ancak yaşam alanlarına, tarım alanlarına kurulmamalıdır. İşlenen havanın yeryüzüne verilmemesi gerekir. Bu temel kurallara uyulmazsa zarar verir. Bu bölgede yoğun olarak kurulan jeotermallerde bu temel kurallara uyulmuyor. Geçmişte tarım ürünleriyle meşhur olan Aydın ili tarımda tükenme noktasına gelmiştir. Halk da bundan dolayı direngen bir tepki gösteriyor. Açıkçası Aydın' da geri dönülemez bir yola girilmiştir.

Ülkede bulunan 48 jeotermalin 27'si Aydın'da bulunuyor. 25 tane de jeotermal hazırlığı var. Germencik'te bulunan 16 jeotermalden 11 tanesinin işyeri açma ve çalıştırma ruhsatı yok.



İki tanesinin de yapı kullanma izin belgesi yok. Aydın'da bir mahalle arasında çorbacı açmak isteyenden ruhsat istenirken Germencik'te 10 yıldan beri ruhsatsız JES işletilmektedir. Ruhsatsız kuyular en çok Germencik'te var. Nasıl olur da jeotermal kuyusunun ruhsatı olmaz! Devlet bu kuyulara nasıl izin vermiş? Denetimleri kimler, nasıl yapıyor? Enerjiye karşı değiliz ama çevreye verdiği zararları da göz ardı edemeyiz. Politikaların değişmesi, halk ve toprak yararına yeniden düzenlenmesi gereklidir.

Yüksek sıcaklığı ve kimyasal kompozisyonu ile jeotermal akışkanlar yer altı ve yer üstü suları için önemli kirleticilerdir. Jeotermal akışkanlar arsenik, kurşun, çinko, bor, kadmiyum, karbonat, silika, radon, sülfat, klorür vb. pek çok toksik kimyasallar taşımaktadır. Aydın'da jeotermal santrallerden çıkan akışkanlar, yeniden yüzeyin derinliklerine reenjekte (geri aşılama) edilmesi gerekirken toprağa, derelere ve nehirlerle bırakılıyor. Yapılan ölçümlerde Menderes'te yüksek oranda kimyasal bulunuyor ve bu durum Menderes'i, Menderes'ten sulanan tarım arazilerini, oradan elde edilen gıda maddelerini, hatta Menderes'in denize kavuştuğu kıyılardaki deniz suyunu tehdit ediyor. Anayasanın 17. Maddesi: "Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir" sözlerini içermektedir. Aydın'da çevrenin taşıma kapasitesi üstünde olan kirlilik, insanların, tüm canlı varlıkların yaşamlarının devamı için tehdit oluşturur hale gelmiştir. Tarıma dayalı yaşam ve sanayisi olan Aydın'da bu yaşam damarları, çevre kirliliği nedeni ile kuruma sürecine girmiştir. Anayasanın 56'cı maddesi : "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir" demektedir.

Aydın'da sülfür dioksit ortalama değerinin, yaz ve kış mevsimleri boyunca Türkiye ortalama değerinin çok üstünde olmasının tek sebebi jeotermal santrallerdir. Sülfür dioksit havada suyla birleşince sülfirik asit oluşturarak insanların, bitki, sebze ve meyvelerin üstüne asit yağmurları olarak yağmaktadır. Jeotermal gazlar içinde karbondioksit, hidrojen sülfür,



sülfür dioksit, civa, azot, amonyak, hidrojen, bor, metan, etan, Radon vs. bulunmaktadır. Adnan Menderes Üniversitesi (ADÜ) Jeotermal Enerji Araştırma ve Uygulama Merkezi yayınlarına göre, jeotermal santral bacalarından sızan gaz içinde hidrojen sülfür, 1000-2000 ppm arasında yer almaktadır. Hidrojen sülfür havadan ağır olduğu için atmosfere uçup gitmez, 42 gün havada asılı kalır, salındığı 1 bacadan 26 kilometrelik mesafeyi etkiler ve sonra yeryüzüne çöker. İnsanı etkilemeye başladığı en düşük düzey ise 2 ppm'dir.

JES'in havaya saldığı zehirli maddeler arasında bor, arsenik ve hidrojen sülfür gazı en tehlikeliler sınıfındadır. 1 ppm olması gereken Bor oranı Büyük Menderes'te 50-60 ppm civarlarındadır. Bölgede 35 adet JES olduğunu düşündüğümüzde verdiği zararın ne boyutta olduğunu siz hesap edin.

Çevresel faktörler, DSÖ ne bildirilen tüm hastalıkların %80 den fazlasında sorumludur. Yine Dünya'daki tüm ölümlerin %25 i çevresel nedenlere bağlanmaktadır. Kanser hastalığının kalıtsal faktörler, virüsler, radyasyon, kimyasal maddeler, hava-su-toprak yani çevresel faktörler, beslenme alışkanlıkları, sigara gibi pek çok sebebi vardır. Ancak kanser oluşumunda çevresel faktörlerin etkisi %85-90 dır. Türkiye'de kanser oluşumunda çevrenin etkisi ise dünya ortalamasına göre 700 kat daha fazladır. Dünya'nın bugün itibarı ile mücadele ettiği en önemli sağlık problemi kanserdir. 2010-2013 döneminde Türkiye'de kanser oranları %18, Aydın'da ise %42 artmıştır.

Çevresel faktörlere bağlı ölümlerde çocuklar ve kadınlar ilk sırada yer almaktadır. Çocuk ve kadın ölümleri, erkeklere göre 14 kat daha fazla gerçekleşmektedir. Kirlilik oranı yüksek olan bölgelerin ortak özelliği ise yoksulluktur. Yani gelir dağılımına baktığımızda çevre kirliliği daha çok yoksulları öldürmektedir.

Ölüm oranlarına baktığımızda en çok dolaşım sistemi hastalıkları, kanser, solunum sistemi hastalıkları, endokrin, beslenme, metabolizma hastalıkları başı çekmektedir. Özellikle Menderes Nehri'nin suyuyla sulanan topraklar, Menderes Nehri ve Menderes Ovası'nda yetişen ürünler temiz değildir ve bu



alanlarda yaşayanlarda kanser oranının oldukça arttığı bildirilmiştir. Bu gerçeklikle birlikte Menderes havzasında toplu balık ölümlerinin sıkça yaşanmasına rağmen Aydın Cumhuriyet Savcılığı, bu durumun nedeninin çevresel faktörler olmadığına kanaat getirmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2016 yılına ilişkin açıkladığı ölüm istatistiklerine göre; 2016 yılında Aydın'da toplam 7 bin 651 kişi hayatını kaybetti. Hayatını kaybedenlerin toplamının 4 bin 319'unu erkekler, 3 bin 332'sini kadınlar oluşturdu. Toplam ölüm oranı içerisinde Aydın'da 2016 yılında 75 intihar gerçekleşti. Aydın'da, 2011 yılında 69, 2012 yılında 73, 2013 yılında 62, 2014 yılında 68, 2015 yılında 66, 2016 yılında ise 75 intihar gerçekleşti. Ege Bölgesinde 2016'da gerçekleşen toplam intihar sayısı 546 iken Aydın, İzmir'den sonra en fazla intiharın gerçekleştiği il oldu. Yüz bin nüfus başına düşen intihar sayısını ifade eden kaba intihar hızı sayısı Aydın'da 7,07 oldu. Bu oran Ege Bölgesi'nin en yüksek sayısı olarak kayıtlara geçti. Bin kişi başına düşen ölüm sayısını ifade eden kaba ölüm hızı oranına baktığımızda ise Aydın, Ege Bölgesinde Denizli, Muğla ve İzmir'i geride bıraktı. 2016 yılı verilerine göre Aydın'da kaba ölüm hızı 7,2 olarak belirlendi. Bin canlı doğum başına düşen bebek ölüm sayısını ifade eden bebek ölüm hızı ise Aydın'da geçen yıl 7,8 oldu. Türkiye İstatistik Kurumunun yayınladığı 2018 yılı Doğum İstatistikleri kapsamında TÜİK Denizli Bölge Müdürü Ali İhsan Yücedağ tarafından verilen bilgiye göre Aydın'da canlı doğan bebek sayısı azaldı. Verilere göre, Aydın'da canlı doğan bebek sayısı 2017 yılında 14 bin 63 iken bu sayı yüzde 5,1 azalarak 2018 yılında 13 bin 344 olarak gerçekleşti.

Yüzlerce sondaj kuyusunun, onlarca JES santralinin kurulduğu Aydın'da hava ve su ağır metallerle zehirlendi. Hatta iklim bile değişti. Ağır metal zehirlenmesi, kurşun, kadmiyum, alüminyum, civa, bakır, bor ve arsenik tarafından vücudumuzda oluşan olumsuzluklar ve hastalıklar olarak tanımlanıyor. Dışarıdan alınan bu maddeler, biriktiği organa, etkilediği sisteme bağlı olarak psikolojik rahatsızlıklardan, fizyolojik sorunlara



kadar geniş bir yelpazede hastalık oluşturabiliyor. Jeotermal akışkan salınımının yapıldığı yerlerde ağır metaller normal değerlerin binlerce kat üzerindedir.

Kabaca son yirmi yılda artan hastalıklar ile Aydın'ın uğradığı çevresel felaketler arasında bir bağlantı dikkati çekiyor. Örneğin artan intihar vakalarının altında sinir sistemimizi ve beyin fonksiyonlarımızı etkileyen ağır metaller mi var? Çünkü bu ağır metallerin ortak özelliği, biriktiği organlar ve sistemler üzerinde nörofizyolojik ve nörokimyasal hasarlar yaratmasıdır.

Aydın'da ölümler en fazla Menderes havzasında nehre en yakın yerleşim yerlerinde görülmektedir.

Dolaşım sistemine bağlı ölümler Türkiye genelinde yüzde 21, Aydın'da yüzde 31,5,

Kansere bağlı ölümler Türkiye genelinde yüzde 18, Aydın'da yüzde 41,7,

Solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler Türkiye genelinde yüzde 46, Aydın'da yüzde 57,3,

Endokrin-beslenme-metabolizma hastalıklarına bağlı ölümler Türkiye genelinde yüzde 5, Aydın'da yüzde 17,4 artmıştır.

2010-2013 yılları arasında Türkiye'de ölümler %21, Aydın'da %30 artmıştır. 2013 yılında Türkiye'de yaşayan 206 kişiden 1, Aydın'da 159 kişiden 1 tanesi ölmüştür.

Çürük yumurta çukuru Aydın' da en çok çocuklar, kadınlar ve yoksullar etkileniyor!

JES'in zararları ortada. Yönetenler de bunun farkında. Bilimsel araştırmalar da mevcut. Fakat yönetenler çevresel kirliliğin sebep olduğu ölümlerin, JES yapılan bölgelerde artan kanser vakalarının ve intihar sayılarının araştırılmasını engelleyerek suç ortaklığı yapıyor. Ölümlerin gerçek nedeni olan JES'in zararları gizleniyor...

Hidrojen  
sülfür

Amonyak

JEOTERMAL  
YENİ  
GARI

Karbondiyoksit

Borik asit

Cıva

## Kadın Sağlık Kurultayı 7-8 Aralık 2019

Yenilenebilir Enerji olarak bilinen Jeotermal enerji, doğru kullanılmadığında ekolojik bir yıkımdır. Jeotermal gazlar, yoğun ve kontrolsüz olarak ortama salınıncaya yarattıkları sera etkisi, global ısınma, asit yağmurları, koku, vücutta birikici etkileri ile ölüme kadar varan sağlık problemleri yaratmaktadır. Jeotermal akışkan içinde insan ve hayvan sağlığını tehdit eden arsenik, cıva, kadmiyum, bor, kurşun, krom ve bunun gibi diğer ağır metaller vardır. Tüm Dünya'da sağlığa yönelik ilk 10 risk faktöründen biri hava kirliliğidir ve Türkiye hava kirliliğine bağlı erken ölümlerin en yüksek oranda olduğu ülkelerden biridir. Dünya Sağlık Örgütüne(DSÖ) bildirilen hastalıkların yüzde 80, kanserin yüzde 90, ölümlerin yüzde 25 sebebinin çevresel faktörler olduğu görülmektedir.

Kanser dünyada ölüme en fazla sebep olan 2'ci hastalıktır. Adnan Menderes Üniversitesi (ADÜ) Hastanesinde yapılan çalışmada, 2009 yılında kanser, ADÜ Hastanesinde birinci ölüm sebebi olarak bulunmuş. ADÜ Hastanesinde kansere bağlı ölümler 2008-2009 sürecinde yüzde 38 artmış. Yine ADÜ Hastanesinde kansere bağlı ölümler Türkiye'deki tüm Sağlık Bakanlığı Hastanelerine göre 2008 yılında yüzde 63, 2009 yılında yüzde 133 daha fazla meydana gelmiş. 2018 yılı Aydın ölüm nedenlerine baktığımızda, Türkiye ortalamasına göre Aydın'da dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümler yüzde 30, solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümler yüzde 38, kansere bağlı ölümler yüzde 15, toplam ölümler yüzde 28 daha fazla meydana gelmiştir.



TÜİK verilerine göre Aydın'da yaşayan nüfus başına ölümler ve ölüm artışları Türkiye ortalamasından fazladır. 2009-2018 dönemine baktığımızda Aydın'da dolaşım sistemi-solunum sistemi-kanser hastalıklarında bağlı ölümler ile nüfus başı toplam ölümler de Türkiye ortalamasından fazla olmuştur. 2016 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre de Aydın'da bebek ölümleri, beş yaş altı çocuk ölümleri, anne ölümleri Türkiye ortalamasından fazla meydana gelmiştir.



Çevresel faktörlere bağlı ölümlerde çocuklar ve kadınlar ilk sırada yer alıyor. Çocuk ve kadın ölümleri erkeklerle göre 14 kat daha fazla. Kirlilik oranı bölgelerin ortak özelliği de yoksulluk. Yani gelir dağılımına baktığımızda çevre kirliliği daha çok yoksulları öldürüyor.

Aydın'da kansere bağlı ölümler hakkında bilgi veren Halk Sağlığı İl Müdürü Dr. Kasım Çetin, "Kanser vakası ile ilgili olarak Türkiye İstatistik Kurumunun 2014 yılı ölüm nedenleri istatistikleri incelendiğinde kanserlere bağlı ölümler ülkemizdeki tüm ölümlerin yüzde 20,67 oluşturmaktadır. İlimizde ise yüzde 20,47 olarak gerçekleşmiştir." Sonuç olarak Aydın'da 5 kişiden biri kanserden ölüyor.



AYDIN ŞUBESİ



## İKTİDAR VE BEDEN POLİTİKALARI

AMED SES KADIN MECLİSİ

Beden her şeyin başladığı noktadan bakar gözlerimizin içine: Tüm varlık ve yokluktan, bireysellikten ve toplumsallıktan, iktidarın kurulum ve yıkım alanından... Ve tam da bu alanlarda iktidar bedenimize tecavüz ettiği, bedenimizi düzenlediği ve denetlediği yerde bizi ele geçirir.

İktidar, toplumsal cinsiyet ve cinsellik konularında erkek egemen zihniyetiyle yürür. Bu, bedeni denetleme ile başlar ki toplumun en küçük ve “kurucu” birimi olan ailede vücut bulur. Ardından bunu okullarda ders kitaplarındaki kadınlık ve erkeklik rollerini pekiştiren tablolarla birlikte kız ve oğlan çocuğu olarak öğretmenler tarafından da ayrıştırılmaya tabi tutulurlar.

Hemen sonrasında kışlalarda, militarizm ile erkeklik bedenlere kurulur ve askeriye de erkekliğin en açık biçimde öğretildiği kurumlardandır.

Evlilik kurumlarında da bedensel ritüeller meşrulaştırılarak “süper kadın”lar kurulur ki o’da hiçbir zaman tamamlanmayan sürekli performe edilen cinsiyet ve cinsellik kimliğidir.

Çalışma hayatında ise yine kadınların belli bir kademedен sonra yükselmemiyor oluşları yani cam tavan denen şey aslında kadınların yetersiz olarak da kurulduğuna işaret eder.

Ve tüm bunlar da erkek iktidarının üstünlüğünü kanıtlarken kadınlığı da tek kutsallığı “annelik” olmak dışında görmezden gelinen bir nesne haline getirir. Oysaki tüm bunların ışığında kadın ve erkek bedeninin, iktidarı kurma gerçeği dışında hiçbir farkı yoktur. İkisi de nesne ikisi de imkansız iktidardır.

Bedeni sahiplenme ve denetleme üzerinde devlet kurumlarının ve onun uzantısı olan aile kurumunun kolları oldukça





uzundur. Zira burada yine tahakküm altına alınan kadın nedenidir.

Cumhurbaşkanı Erdoğan'ın doğum kontrolünü (vatana) ihanet olarak niteleyen son sözleri kadın bedeni ve en çok da rahim üzerinde (erkek) devlet kontrolünü arttırmaya yönelik yoğunlaşan propagandanın en yeni tezahürü oldu.

Daha önce ideal çocuk sayısı, sezaryen, kürtaj konularında kadının üreme kapasitesinin (aile, toplum ve/ya devlet tarafından) kontrolüne yönelik açıklamalardır.

Erdoğan'ın bu ve benzeri sözleri, kadınların hayatını direkt olarak etkileyen, sınırlayan, hatta tehdit eden toplumsal yargıları ve halihazırda sürdürülen veya planlanan devlet politikalarını haklı göstermeye yönelik politik söylemlerde. Bu sözler kadınlara ve egemen heteropatriyarkal cinsiyet rejimine uymayan herkese, karşı baskıyı ve şiddeti meşrulaştıran nefret söylemleri. Dahası üreme sağlığına dair haklar konusunda ciddi sıkıntılar yaşandı. Örneğin, iktidarın arzu ettiği ya da dayattığı değişiklikler kadınların güçlü sesiyle (en azından şimdilik) engellenmiş olsa da, kürtaja erişimde fiili engeller yaşandı (4). Böylesi kısıtlamaların kadınların, bilhassa yoksul kadınların, hayatını tehdit ettiğini tarihsel tecrübelerden çok iyi biliyoruz. Feminist bakış açısından yakıcı ve acil olan bu hayatiyeti gizliyor, özel olan, bedensel olan politiktir. İktidardakiler/devlet özel alanını "özel" kılar.

Bu temelde, en özel alana, insan bedenine, manipüle edilecek bir nesne olarak yönelen biyopolitik tahakküm yöntemlerinin niteliğini belirleyen en önemli etkenin, sınıf mücadelesindeki güçler dengesi olduğunu söyleyebiliriz.

Biyopolitik tahakküm biçimlerinin veya beden politikalarının tarih içindeki dönüşümüne kısaca göz atarsak: Batıda 17. yy'dan önce bedenin denetimi ağırlıklı, toplum, devlet, kilise gibi iktidar odaklarınca, acımasız fiziksel şiddet aracılığıyla yapılmaktaydı. Günahkar bedenlerin yakılması, parçalanması, işkencesi, toplumun gözü önünde törensel olarak yerine getirilirdi. İşkence, yaygın kabul gören, yasal bir cezalandırma





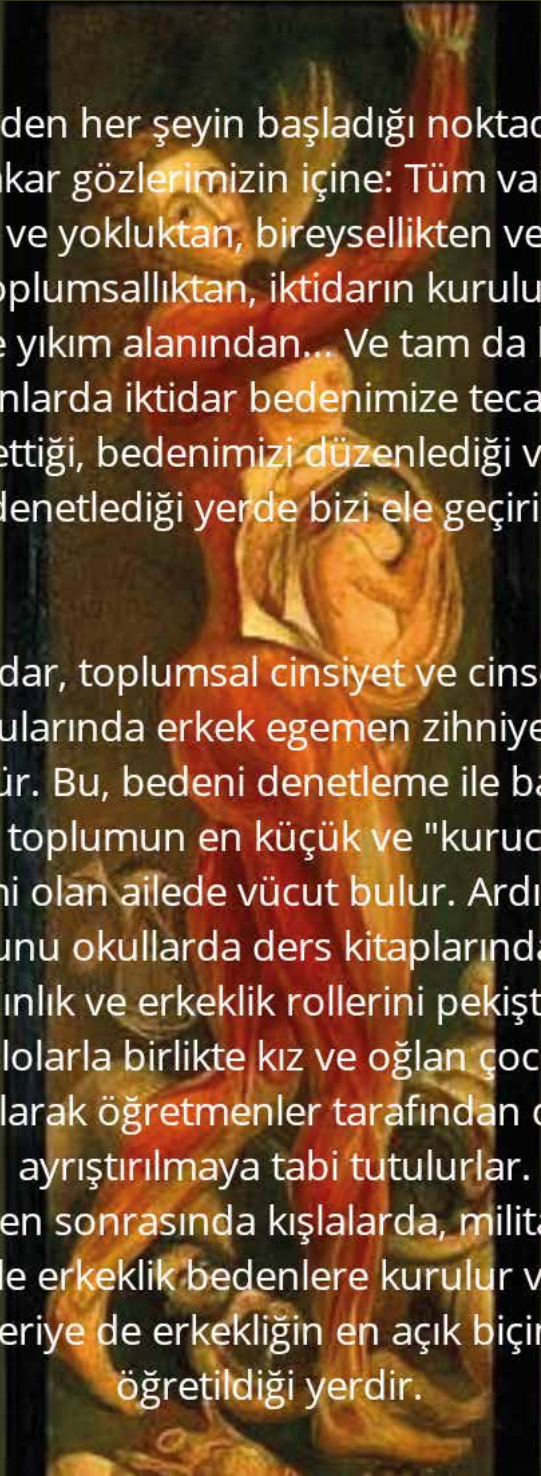
yöntemiydi. Kilise için beden, “uslanmaz öteki” idi. (kadınların” cadı” diye yakılması)

18. yy sonundan başlayarak bedeni şiddet ve zor yoluyla uysallaştırma uygulamaları, yerini, daha incelmış beden teknolojilerine bıraktı.

Gelişmekte olan kapitalizm, evde, okulda, fabrikada, kışlada, hapishane, hastane ve tımarhanede, disiplin altına alınmış üretken ve uysal bedenler arzuluyordu. Artık beden ve arzu politikalarının veya biyo-iktidarın temel aracı disiplindi. Disiplinci iktidar, simgesel iktidarını, bedenini, arzunun sınırlarını belirleyerek, normal ve/veya sapkın olanı tarif edip yaptırıma tabi kılarak uygular. Disiplin toplumunda bedensel ceza azalır, bunun yerine, beden, eğitilir, idman yaptırılır ve gözetim altında tutulur. Disiplin toplumunun, üretim dışı disiplinsiz serserilere, başı bozuklara, kaçıklara, çapulculara tahammülü yoktur.

Bu nedenle, hapishane, tımarhane gibi kapatma kurumları ve cezalandırma stratejileri, disiplin toplumunun vazgeçilmez unsurlarıdır.

Tüketim iştahı sınırsız olarak artan modern kapitalizmin artık imsak döneminin “uysal ve üretken beden”lerine değil, “tüketen beden”lere ihtiyacı vardır. Yeni biyo-iktidar, bedenlerin daha çok tüketmesini ve daha çok zevk almasını onaylayan ve bundan yararlanan bir iktidardır.



Beden her şeyin başladığı noktadan bakar gözlerimizin içine: Tüm varlık ve yokluktan, bireysellikten ve toplumsallıktan, iktidarın kurulum ve yıkım alanından... Ve tam da bu alanlarda iktidar bedenimize tecavüz ettiği, bedenimizi düzenlediği ve denetlediği yerde bizi ele geçirir.

İktidar, toplumsal cinsiyet ve cinsellik konularında erkek egemen zihniyetiyle yürür. Bu, bedeni denetleme ile başlar ki toplumun en küçük ve "kurucu" birimi olan ailede vücut bulur. Ardından bunu okullarda ders kitaplarındaki kadınlık ve erkeklik rollerini pekiştiren tablolarla birlikte kız ve oğlan çocuğu olarak öğretmenler tarafından da ayrıştırılmaya tabi tutulurlar. Hemen sonrasında kışlalarda, militarizm ile erkeklik bedenlere kurulum ve askeriye de erkeklığın en açık biçimde öğretildiği yerdir.

**SES AMED ŞUBE KADIN MECLİSİ**



# SAVAŞ VE ÇATIŞMALARDA ŞİDDETİN KURBANLARI KADINLAR

## WOMEN AS VICTIMS OF WAR AND CONFLICT

AMED SES KADIN MECLİSİ

### Öz

Savaş ve çatışmalarda genellikle kadınlar statüleri, rolleri, dinleri, etnik kökenleri ya da cinsiyeti nedeniyle cinsel ve toplumsal cinsiyet temelli şiddete maruz kalmaktadırlar. Kadına uygulanan şiddetin 1325 Sayılı Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi kararı ile ilk kez savaş suçu sayılması Yugoslavya ve Ruanda'da yaşanan olaylara dayanmaktadır. Konsey üye devletlere kadınların korunması konusunda sorumluluk yüklemesine rağmen kadınlara karşı şiddet gerek savaş ve çatışmalarda gerekse sonrasında hala devam etmektedir. Bu nedenle barış inşası sürecinde ve sonrasında şiddete maruz kalan kadınların yaralarını sarmak, korumak ve topluma yeniden kazandırmak için toplumsal cinsiyet temelli bir bakış açısı geliştirmek gerekmektedir. Şiddetin temel nedenlerinden biri olan kadın ve erkek arasındaki eşitsiz güç ilişkilerini en aza indirebilmek için kadınların da barış inşa sürecindeki ekonomik, politik ve sosyal karar alma süreçlerine dâhil olmaları sağlanmalıdır. Bu çalışma, çatışma mağduru kadınların ihtiyaçlarını dile getirmek, sorunlarını çözmek, topluma yeniden kazandırmak ve güçlendirmek için kadınların da barış inşa sürecine erkeklerle eşit şekilde katılmasının gerekliliğini feminist bakış açısından ortaya koymayı amaçlamaktadır.

### Giriş

Kadınlar tarih boyunca ataerkil sistemin getirdiği eşitsiz güç ilişkilerinden dolayı erkek şiddetine maruz kalmışlardır. Ancak kadınların savaş ve çatışma ortamında maruz kaldıkları şiddet barış zamanı da maruz kaldıkları şiddetten oldukça farklıdır. Böyle bir karışıklık ortamında kadına karşı şiddet din, ırk, ya da bağlı olduğu gruptan dolayı etnik temizlik ya da soykırıma kadar giden intikam ve hınç duygusuyla kadın bedenine verilen zarar şeklindedir. Bu nedenle daha acımasız ve insan haklarını ihlal eden kadına karşı cinsel ve toplumsal cinsiyet temelli şiddetin, ilk kez 31 Ekim 2000 tarihinde 1325 Sayılı Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi Kararı ile savaş suçu kapsamına alınması, 1990'lı yıllarda yaşanan olaylara dayanmaktadır (UNSC, 2000).



1992 yılında Bosna Hersek'in Yugoslavya'dan ayrıldığını ilan etmesiyle birlikte Sırp, Hırvatlar ve Bosnalı Müslümanlar arasında çıkan çatışmalar toplam üç yıl sürmüştür. Üç yıl boyunca 13,000–50,000 arasında Bosnalı Müslüman kadın Sırp ordusu tarafından 'tecavüz kamplarında' etnik temizlik amaçlı tecavüze uğramış ve işkence görmüştür. Çoğunluğu Sırp ordusunun geri çekilmesi esnasında meydana gelen tecavüzler neticesinde, 'Sırp etnik kimliği' ile yüzlerce bebek doğmuştur. Bu tür olayların savaş suçu kapsamına alınmasına sebep olan diğer bir olumsuz tecrübe de Ruanda'da yaşanan dramdır. 1990–1993 yılları arasında Ruanda'da gerçekleşen soykırımda sayıları 250,000–500,000 arasında değişen Tutsi kadınına, Hutular tarafından tecavüz edilmiştir, Tecavüze uğrayan kadınların sayılarının fazlalığında "Tutsi kadınlarının güzel ve iffetsiz olduğuna" ve "onlarla evlenen Hutulu erkeklerin başlarını öne eğmelerine neden olduklarına" dayanan Hutu propagandası etkili olmuştur. Tutsi kadınlara karşı gerçekleştirilen tecavüz olayları neticesinde, "nefretin çocukları" olarak adlandırılan toplam beş bin bebek doğmuştur, Birçok araştırmaya konu olan kadına karşı şiddet, Birleşmiş Milletler raporlarında da geniş yer almaktadır. Birleşmiş Milletler Mülteci Yüksek Komiserliği'nin 2003 yılında yayınladığı "Mülteciler, Geri Dönenler, Yerinden Edilmiş İnsanlara Karşı Cinsel ve Toplumsal Cinsiyet Temelli Şiddet" raporunda, kadınların karşı karşıya kaldığı cinsel ve toplumsal cinsiyet temelli şiddet türleri beş bölüme ayrılmıştır.

Bunlar;

Cinsel şiddet: Tecavüz, cinsel istismar, cinsel sömürü, cinsel taciz ve zorla fuhuş yaptırmak,

Fiziksel şiddet: Fiziksel saldırı, insan kaçakçılığı, kölelik,

Duygusal ve psikolojik şiddet: Aşağılama, hapsedme,

Zararlı geleneksel şiddet: Kadın sünneti, erken evlilik, zorla evlendirme, namus cinayeti, yeni doğmuş kız çocuklarını öldürme, eğitim hakkından mahrum etme,



Sosyo-ekonomik şiddet: Eğitim, sağlık ya da iş olanaklarında ayrımcılık yapmak, sosyal dışlama, yasal haklardan mahrum bırakma gibi alanları kapsamaktadır.

Görüldüğü gibi kadına karşı şiddet sadece fiziksel olarak zarar vermemekte, aynı zamanda duygusal, psikolojik, sosyal ve ekonomik olarak da zarar vermektedir. Bu açıdan sadece kadınları değil bütün toplumu ve o toplumun geleceğini de etkilemektedir. Bu nedenle tüm devletlerin kadınların şiddete karşı korunması için gerekli önlemleri alması gerekmektedir. 1325 Sayılı Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi Kararı, kadınların bu tür şiddet olaylarına maruz kalmalarını önlemek amacıyla üye devletlere çeşitli sorumluluklar yüklemesine rağmen, kadınlara karşı şiddet gerek savaş ve çatışmalarda gerekse çatışma sonrasında hala devam etmektedir. Kadınların 'kurbanlaştırıldığı' bu süreçte şiddet kaçınılmaz bir durum hatta bir kader olarak görülmektedir. Bu nedenle çalışma, savaş ve çatışmalarda kadınlara karşı cinsel ve toplumsal cinsiyet temelli şiddet türlerini ve kadına karşı şiddetin önlenmesini hedef alan uluslararası kararları irdeleyerek, çatışma sonrası dönemde kadınların barış inşasına yönelik karar alma süreçlerine katılmalarının artırılmasını bir çözüm olarak ileri sürmekte ve bu gerekliliğin nedenlerini toplumsal cinsiyet açısından ortaya koymayı amaçlamaktadır.

## **Toplumsal Cinsiyet**

Savaş ve çatışma ortamında kadınların toplumsal cinsiyet temelli şiddete uğramalarının çeşitli nedenleri vardır. Bunlardan ilki çatışma ve savaş ortamında devlet kurumlarının etkisizleşmesi, can ve mal güvenliği görevlerini yerine getirememeleridir. Bu fırsattan yararlanan gücü elinde bulunduran erillik, savunmasız kadınlara cinsel saldırıda bulunmaktadır. Bu saldırıların başında tecavüz gelmektedir. Uluslararası Ceza Mahkemesi Roma Statüsü (UCMRS), tecavüzü insanlığa karşı suç ve savaş suçu kapsamına almıştır. Uluslararası Ceza Mahkemesi, Ruanda soykırımı ile ilgili Akayesu kararında, tecavüzün oluşabilmesi için mağdurun bedeninin herhangi bir parçasının zorla, tehditle ya da rızasız bir şekilde ele geçirilmesi eyleminin



gerçekleşmesi gerektiğini belirtmiştir. Ele geçirme fiili, failin cinsel organını sokması ya da kurbanın cinsel organını herhangi bir cisim ile açması olarak tanımlanmaktadır. Sonuç olarak da devlet kurumlarının etkinliğini yitirmesi neticesinde, suç cezasız kalmakta ve giderek artmaktadır. Barış inşası sürecinde kadınların karar alma mekanizmalarında yer alması görüldüğü gibi savaş ve çatışmalarda kadınların uğradığı toplumsal cinsiyet temelli şiddete bir diğer sebep, 'toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin getirdiği asimetrik güç ilişkileri' olarak gösterilmektedir. Kurama göre, ekonomi, sağlık, eğitim ve yasal alandaki eşitsizlikler aynı zamanda toplumsal cinsiyet eşitsizlerini de ortaya çıkarmaktadır. Sadece yasal ya da biçimsel olarak cinsiyet eşitliğinin sağlanması yönünde bazı adımlar atılması, kadına yönelik şiddet olaylarını engellememektedir. Örneğin, savaşın ve çatışmaların yaşandığı Yugoslavya, Ruanda ve Sierra Leone, toplumsal cinsiyet eşitliği bağlamında diğer ülkelere örnek olabilecek durumdadır. Dünya genelinde kadınlar mecliste az temsil edilmelerine rağmen 1990'lı yıllarda eski Yugoslavya ve Ruanda'da durum çok farklıydı Hatta Ruanda başbakanı kadındı ve ekonomik bakımdan kadınlar erkekler hemen hemen eşitti. Eğitim alanında Yugoslavya'da kadın ve erkek arasında tam bir eşitlik söz konusuydu ve okuma yazma oranı % 100 idi. Bu durum Ruanda'da % 98 ve Sierra Leone'de ise bu oran % 63 idi. Yasal olarak ve görünüşte her üç ülke de eşit olduklarını savunurken, uygulamada hiç de öyle olmadıkları anlaşılmaktadır. Gerekçe, şiddetin temeli olarak kadın erkek arasındaki eşitsizliğe dayandırılmaktadır Savaş ve çatışma ortamında şiddetten kaçmak için sivil halk genelde kendilerini daha güvende hissedebilecekleri bir yerlere sığınmak ya da kaçmak isterler. Ancak kadınlara bu en savunmasız oldukları anda, kaçış esnasında da bir takım isyancı gruplar, sivil halk ya da diğer mülteci gruplar tarafından şiddet uygulanabilmektedir. Güvenlik için ulaştıkları mülteci kampları da her zaman kadınlar açısından korunaklı bir yer olmamaktadır. Mülteci kamplarının fiziksel şartları kadınlara karşı şiddeti oldukça artırmaktadır. Örneğin, kampların kalabalık oluşundan dolayı birkaç ailenin aynı çadırı paylaşmaları sonucu ailenin erkek üyelerinin diğer ailenin kadınlarını taciz etmeleri ya da çadırdan uzak yere kurulmuş



tuvalet ve banyoya giderken yol üzerinde erkek mülteciler tarafından tacize uğramaları.

### **Bariş İnşası Sürecinde Toplumsal Cinsiyet Hassasiyeti**

Bariş inşası süreci başladıktan sonra da kadınların şiddete maruz kalmalarının önlenmesi gerekmektedir. Örneğin, gelecekte aile reisi rolünü işsizlikten dolayı kaybetmiş erkek, esine ve çocuklarına şiddet uygulayabilmektedir. Şiddete maruz kalan kadın, esinden ya da diğer aile üyelerinden korktuğu için polise müracaat etmemektedir. Bu nedenle her türlü şiddete maruz kalan kadınların kolaylıkla güvenlik güçlerine ulaşmalarının sağlanması ve güvenlik güçlerinin de durumu ciddiye alıp bu durumu rapor etmeleri gerekmektedir (UNSC, 2010) Bu nedenle gerek kadınların korunması gerekse barış inşası sürecinde karar alma mekanizmalarından dışlanmamaları için 'yedi nokta eylem planı' geliştirilmiştir. Plana göre kadınlar;

Çatışma çözümü: En üst karar alma seviyesine toplumsal cinsiyet uzmanı atamak,

Çatışma sonrası planlama: Kadınların ve genç kızların özel ihtiyaçlarının her seviyede planlanarak toplumsal cinsiyet ayrımcılığının önlenmesini sağlamak,

Çatışma sonrası finansal yatırım: Toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların güçlendirilmesi için sermayenin faydalı kılınması,

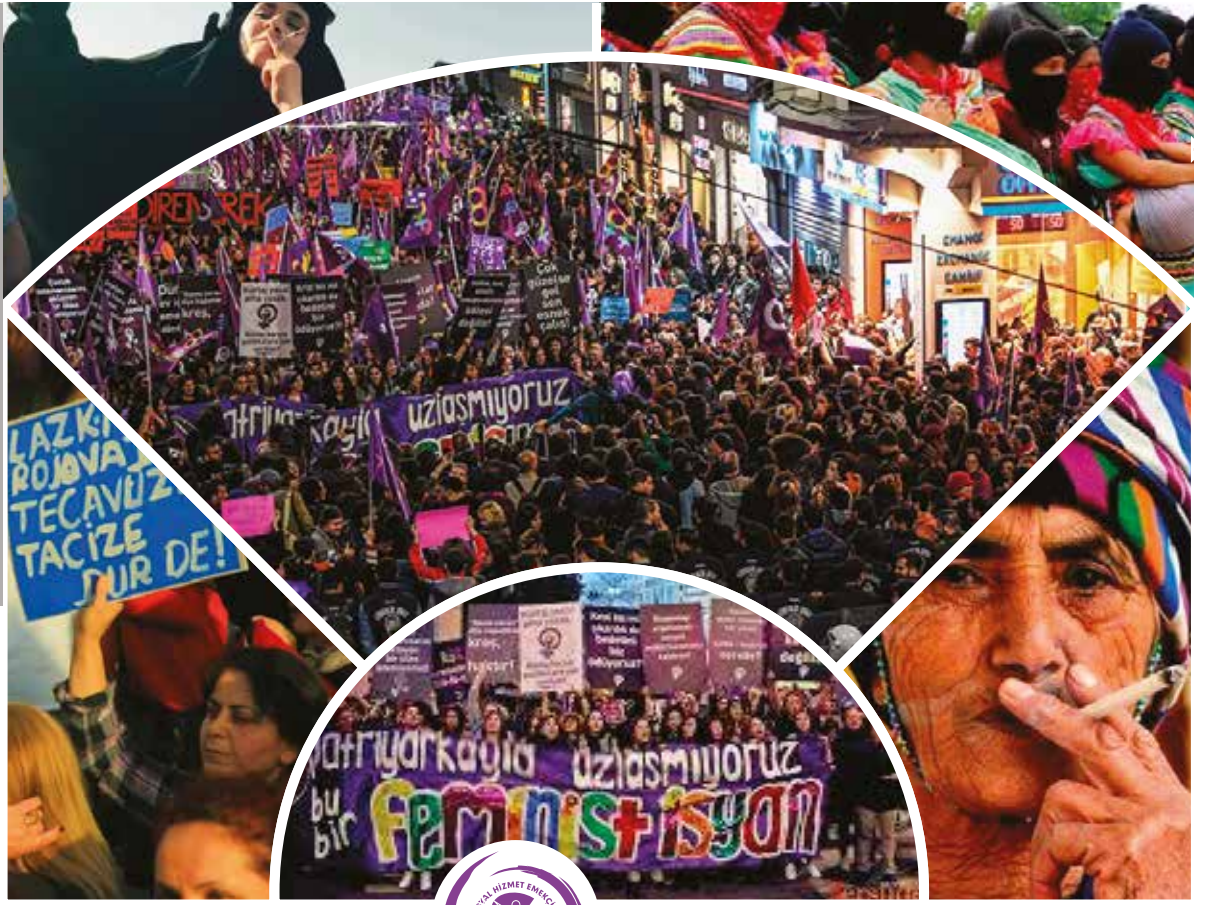
Toplumsal cinsiyet duyarlı sivil kapasite: Çatışma sonrası kurulan devlet kurumlarına kadınların kolay ulaşmalarını sağlamak,

Çatışma sonrası devlet yönetiminde kadınların temsil edilmesi: Devletin her kademesinde kadınların yer alması ve karar alma süreçlerinde etkinliklerinin artırılması,

Hukukun kuralları: Kadınların ve genç kızların güvenlik ve adalet arayışları için kanunların uygulanmasını sağlamak,

Ekonomik iyileşme: Kadınların sağlık, eğitim, tarım, doğal kaynakların yönetimi gibi yerel ve bölgesel alanlarda iş bulmalarının sağlanması süreçlerinde yer almaları gerekmektedir (UNSC, 2010).





# KADIN SAĞLIK KURULTAYI

7-8 ARALIK 2019



## SAVAŞ ve KADIN

Savaş ve çatışmalarda genellikle kadınlar, statüleri, rolleri, dinleri, etnik kökenleri ya da cinsiyeti nedeniyle cinsel ve toplumsal cinsiyet temelli şiddete maruz kalmaktadırlar. Kadına uygulanan şiddetin 1325 Sayılı Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi kararı ile ilk kez savaş suçu sayılması, Yugoslavya ve Ruanda'da yaşanan olaylara dayanmaktadır. Konsey, üye devletlere kadınların korunması konusunda sorumluluk yüklemesine rağmen, kadınlara karşı şiddet gerek savaş ve çatışmalarda gerekse sonrasında hala devam etmektedir. Bu nedenle barış inşası sürecinde ve sonrasında şiddete maruz kalan kadınların yaralarını sarmak, korumak ve topluma yeniden kazandırmak için toplumsal cinsiyet temelli bir bakış açısı geliştirmek gerekmektedir. Şiddetin temel nedenlerinden biri olan kadın ve erkek arasındaki eşitsiz güç ilişkilerini en az indirebilmek için, kadınların da barış inşa sürecindeki ekonomik, politik ve sosyal karar alma süreçlerine dâhil olmaları sağlanmalıdır. Bu çalışma, çatışma mağduru kadınların ihtiyaçlarını dile getirmek, sorunlarını çözmek, topluma yeniden kazandırmak ve güçlendirmek için kadınların da barış inşa sürecine erkeklerle eşit şekilde katılmasının gerekliliğini feminist bakış açısından ortaya koymayı amaçlamaktadır.

SES AMED ŞUBE KADIN MECLİSİ





# TÜRKİYE’DE CİNSİYET KİMLİĞİ YA DA CİNSEL YÖNELİM TEMELLİ AYRIMCILIK VE SAĞLIĞA YANSIMALARI

YASEMİN YILDIRIM  
HATAY SES ŞUBE ÜYESİ

LGBTİ+ (Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans, İnterseks): hakim ve kabul görünen olan heteroseksüel yönelimin dışındaki cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimleri işaret eden çatı kavramdır. “+” ise çeşitli kimlik ifadelerinin tamamını işaret etmek için kullanılmaktadır.

## LGBTİ+’lara Dönük Ayrımcılık

Toplumsal cinsiyet normları üzerinden bireyler, ikili cinsiyet kategorisine hapsedilerek toplum tarafından istenilen rol ve davranışları gerçekleştirmeye, kendilerini ifade ettikleri cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimlerini saklamaya zorlanmakta, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği konusunda açık olan bireyler ise damgalanmakta ve toplumsal hayattan dışlanmaktadır. LGBTİ+’ların toplumsal hayata uyum sağlayamaması ve toplumsal hayattan dışlanmasına neden olan ayrımcı tutumlar, sağlık alanında da kendini göstermektedir. Bu açıdan Türkiye’de sağlık alanı, toplumsal cinsiyet rollerinin ve cinsiyet farklarının yeniden üretildiği bir kurum olma özelliğini göstermektedir. LGBTİ+’ların sağlık hizmetlerine erişimlerinin sağlanması ve bu hizmetleri alırken yaşadıkları sorunların ortadan kaldırılması için sağlık hizmeti öznelerinin konuya dikkatlerini çekebilmenin önemli olacağı düşünülmektedir. Bu sebeple LGBTİ+’ların sağlık hizmeti erişimlerinin önündeki engelleri tartışmanın ve anlamanın hem LGBTİ+’ların toplumsal hayattaki görünürlüğüne hem de LGBTİ+’lara dönük ayrımcılıkla mücadeleye katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Gruplar arası eşitsizliğin hüküm sürdüğü toplumlarda, bazı gruplar diğerlerine oranla daha baskın, hakim ve güçlü olup diğer zayıf grupları damgalamakta ve etiketlemektedir. (Çayır,



2012). Ayrımcılık dil, din, etnisite, yaş, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği, engellilik, ekonomik, statü gibi farklı alanlarda kendini gösterebilmektedir. Bir toplumda hiyerarşik örgütlenme, adaletsizlik, gücün inşası, güçle ilgili söylemsel yapı ne kadar baskınsa, dezavantajlı gruplara yönelik önyargı ve ayrımcılık o ölçüde ortaya çıkacaktır (Göregenli, 2012, s.22).

Şüphesiz ki bütün cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği biçimlerine karşı bir ötekileştirme şeklinde tezahür edebilen toplumsal öğretileri irdelemeden, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği temelli ayrımcılığın boyutlarını kavrayabilmek zordur. Bu öğretilerden biri heteroseksizmdir. Heteroseksizm, “doğal olanın heteroseksüel olduğu varsayımına dayanan, herkesin heteroseksüel olması gerektiği kuralını temel alan ve cinsel kimliklerini başka türlü tanımlayan insanlara karşı kalıp yargılar, yanlı tutumlar ve ayrımcı davranışlar bütünüdür” (Boratav, 2006). Bir diğer toplumsal öğreti olan heteronormativite, insanların heteroseksüel kadınlar ve heteroseksüel erkekler olarak ikiye ayrıldığını, cinsiyete dayalı her türlü ilişkinin sadece karşıt cinsiyete sahip kişiler arasında olabileceğini ve her cinsiyetin kendine özgü değişmez rolleri olduğunu iddia eden inançlar, normlar ve politikalar bütünü olarak ifade edilebilir (Kaos GL, 2016a). Homofobi ise eşcinsellik, biseksüellik ve transseksüellik gibi cinsel yönelim ve cinsiyet kimliklerine dönük olumsuz duygular, tutumlar ve/veya davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Budak, 2003). Heteroseksüelliğin dışında hiçbir yönelimi normal kabul etmeyen bu toplumsal öğretilerin tümü, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği odaklı ayrımcılığın en temel nedenini oluşturmaktadır.

2010 yılında yayınlanan Türkiye’de Cinsel Yönelim veya Cinsiyet Kimliği Temelinde Ayrımcılığın İzlenmesi Raporunda istihdam, eğitim, sağlık hizmetleri, barınma, mal ve hizmetlere erişim konularında LGBTİ+’lara dönük ulusal ve uluslararası hukuki düzenlemeler, hükümetin eylem politikaları, ayrımcılığı yasaklayan ve ayrımcılığa yol açabilen mevzuat incelenmiş, tespit edilen ayrımcı vakalar ifade edilmiştir. Raporda LGBTİ+’ların görünür biçimde ayrımcılığa uğradıkları alanların başında düşünce, ifade ve örgütlenme özgürlüklerine yö-



nelik ihlallerin geldiği ifade edilmiştir. Özellikle transların mal ve hizmetlere erişimde büyük ölçüde sıkıntı yaşadıkları vurgulanmıştır. Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği temelinde ayrımcılığının suç sayılmaması, ayrımcılığa maruz kalan LGBTİ+'ların adalete erişemeyecekleri kaygısı taşımalarına sebep olduğu ve ayrımcılık vakalarını yasal mercilere taşımalarını engellediği ifade edilmiştir. Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Yeteneği Yönetmeliği'nin eki Hastalık ve Arızalar listesinde yer alan eşcinsellik, travestilik ve transseksüel psikoseksüel bozukluk olarak tanımlaması sebebiyle ordu da görev almasının engellendiği, askerlikten muafiyet raporu almak isteyen eşcinsel ve biseksüel erkeklerin ise, rapor alma sürecinde ayrımcılığa uğradıkları, askerlik ile ilgili alınan raporların gizliliğinin sağlanamaması sebebiyle de çalışma hayatlarında ayrımcılığa yeniden uğradıkları ifade edilmiştir (Güner ve diğ., 2010).

2016 yılında yayınlanan Cinsel Yönelim ve Cinsiyet Kimliği Temelli İnsan Hakları İzleme Raporu'na göre medyaya yansıyan; 9 nefret cinayeti, 16 nefret saldırısı (12'si birden fazla kişi tarafından, 4'ü polis eliyle) ve 2 tehdit 2 intihar vakası yaşandı; medyaya yansıyan 6 ayrımcılık vakası yaşandığı, bu vakalardan 1'inin hapisanede, 1'inin çalışma hayatında gerçekleştiği; Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Kanunu'nda cinsel yönelim, cinsiyet kimliği ve interseks durum temelli ayrımcılığın koruma kapsamı dışında bırakılması ile devlet eliyle ayrımcılık meşrulaştırıldığı; 5 nefret söylemi vakasının 1'inin siyasi figür tarafından sarf edildiği, LGBTİ'leri hedef gösteren afişlerin üniversite ve sokaklara asılmasına rağmen konuya ilişkin herhangi bir cezai ya da idari soruşturma yapılmadığı; Valilik tarafından İstanbul, Ankara ve İzmir'de LGBTİ'lerin yürüyüşlerinin engellendiği bildirilmiştir (Kaos GL, 2016b).

Medyaya yansıyan ihlallerin raporlaştırılması, LGBTİ+'lara dönük ayrımcılıkla mücadele edilmesinde çok önemli bir işlev sahiptir. Fakat Türkiye'de yaşanan insan hakları ihlallerinin tamamını yansıtmadığı kolaylıkla söylenilebilir çünkü yaşanan birçok ayrımcılık vakası mağdurlar tarafından toplumun LGBTİ+'lara dönük önyargısı nedeniyle ifade edilememekte,



mağduriyetlerin ifade edilemeyişi ile ayrımcılık da yeniden üretilmektedir.

## **LGBTİ+'lara Dönük Ayrımcılığın Sağlık Alanındaki Yansımaları**

Türkiye'de LGBTİ+'lara yönelik toplumsal algının, tarihsel süreç içerisinde birtakım değişikliklere uğramakla birlikte, uzun zaman büyük gelişim göstermediği görülmektedir. Türkiye'de eşcinselliği yasaklayan yasalar yoktur; buna karşılık medeni kanunda "cinsel yönelim" gibi bir ifade de yer almamaktadır. Her ne kadar eşcinsellik yasal olarak bir suç olmasa da, siyasal iktidarlar eşcinselliği kamusal alanda ya yok saymışlar ya da eşcinsellere karşı düşmanca tavırlar sergilemişlerdir (Erdoğan; Köten, 2014, s. 101).

Türkiye'de LGBTİ+'lar toplum içinde yaygın olarak ahlaksız, sapık, hasta, anormal gibi kavramlarla ayrımcılığa maruz kalmakta, bu ayrımcı dil ise çoğunlukla medya, devlet ve yargı makamları tarafından pekiştirilmektedir. Mevzuatta eşcinsellik, travestilik, transseksüellik yasak ve suç kapsamında değilken, kanunlarda bulunan genel ahlakla ilgili sınırlandırmalar ve iffet, ahlak, utanç verici hareket gibi kavramların somut tanımlamaları yapılmadığı için düzenlemelerde oluşan boşluk, mahkeme kararlarında LGBTİ+'lar aleyhine yorumlanabilmektedir. Bununla birlikte kanunlarda cinsel yönelim veya cinsiyet kimliği temelinde ayrımcılık açık bir biçimde yasaklanmamıştır (Güner ve diğ., 2010). Yine 2010 yılında Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanı Selma Aliye Kavaf'ın eşcinselliği bir hastalık olarak nitelendirmesi LGBTİ+'lara dönük ayrımcılığın resmi makamlarca pekiştirilmesine örnek teşkil etmektedir.

İlgili haber, erişim tarihi: 23.11.2016. <http://t24.com.tr/haber/arsiv,113694>

Lobotomi: Beynin ön tarafındaki sinir lifleri kesilerek eşcinsel dürtülerin yok edildiğine inanılan yöntem.

"17 Mayıs 1990 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün eşcinselliği akıl hastalıkları listesinden çıkarmasının yıldönü-



mü anısına 2004 yılından itibaren her 17 Mayıs, Uluslararası Homofobi ve Transfobi Karşıtlığı Günü olarak dünya genelinde etkinliklerle kutlanmaktadır.” <http://dayagainsthomophobia.org/> adresinden erişildi. (Erişim tarihi: 31.11.2016)

LGBTİ+’lara dönük ayrımcılığın radikal bir biçimde beslendiği ve yeniden üretildiği alanlardan biri de sağlık alanıdır. Tıp alanında “Homoseksüel” terimi ilk kez 1869 yılında bir hastalık olarak kullanılmış, mastürbasyonla birlikte insanın bedensel ve ruhsal dejenerasyona uğramasına neden olan hastalık olarak tanımlanmıştır (Candansayar, 2009, s. 71). 19. yüzyılın sonlarından itibaren doktorlar tarafından eşcinselleri tedavi etmek amacıyla; evlilik terapisi, dağlama, cinsel perhiz, hipnoz, psikanaliz, radyasyon tedavisi, hormon tedavisi, elektrik şokuyla tiksindirme tedavisi, lobotomi gibi başarılı olunamayan yöntemler geliştirilmeye çalışılmıştır (Baird, 2004, s. 103). Eşcinsellik hastalık sınıflandırmasından, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafınca 1973 yılından başlamak üzere (aşamalı olarak), Ruhsal Bozukluklarının Tanı ve İstatistiksel El Kitabı-IV (1994’te yayınlanan DSM-IV) ile 1992 yılında ise Dünya Sağlık Örgütü tarafınca (WHO) “Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması” ile çıkarılmıştır. Transeksüellik ise 2013’te yayımlanan DSM-V ile cinsel kimliğinden hoşnut olmama başlığı altında değerlendirilmiştir.

Tarihsel süreç içerisinde hem tıp alanında hem de uluslararası hukuki düzenlemelerde cinsel yönelim ve cinsiyet temelli ayrımcılığa karşı olumlu gelişmeler olmasına rağmen hala dünyanın pek çok ülkesinde LGBTİ+’lar ayrımcılık ve şiddetle yaşamak zorunda kalmakta en temel haklardan biri olan sağlık hakkına erişimde ciddi problemler yaşamaya devam etmektedirler. Türkiye’de de LGBTİ+’lar, sağlık alanında çeşitli problemler yaşamaktadır. Güner (2015), sağlık personellerinin her hastayı heteroseksüel varsaydığını ve bu durumun LGBTİ+’ların sağlık hizmetine erişimini zorlaştırdığını; homofobik ruh sağlığı uzmanlarının eşcinselliği tedavi edilebilen bir hastalık olarak görüp danışanlarının cinsel yönelim ve cinsiyet kimlikleriyle barışmalarını engellediklerini, onarım terapisi adı altında uygulanan yöntemlerin eşcinsel, biseksüel ve transları mağdur ettiğini ifade etmiştir.



LGBTİ+'ların fiziksel olarak yaşadıkları sağlık sorunları cinsel yolla bulaşan hastalıklar (bel soğukluğu, hepatit a, hepatit b, hiv vb) cinsiyet geçiş süreci sorunları olarak ifade edilebilir.

Bununla birlikte ailenin, toplumun baskıcı ve ayrımcı tutumları, bu ayrımcı tutumları izleyen şiddet nedeniyle de LG-BTİ+'lar alkol ve madde bağımlılığı, intihar düşüncesi, özgüven düşüklüğü, mutsuzluk ve yalnızlık hissi gibi psikolojik sağlık sorunları yaşamaktadır (Eydi, Günkaya, Yasak, Kaplan, Simek ve Bozarlan, 2015). LGBTİ'lerin cinsel ve ruhsal sağlık sorunlarının belirlenmesi amacıyla, karşılaştırmalı olarak 210 LGBTİ ve 226 heteroseksüel kişi ile gerçekleştirilen bir çalışmada, LBGTİ'lerin kontrol grubuna göre daha fazla para veya madde karşılığında cinsel ilişkiye girdiği ve cinsel yolla bulaşan hastalığa sahip olduğu, cinsel şiddete maruz kaldığı, cinsel yaşamla ilgili sorun yaşadığı ancak sorun yaşayan kişilerin daha az oranda yardım aradığı belirlenmiş ve çalışmada Genel Sağlık Anketi açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Boyacıoğlu-Elçin, N.; Dinç, H.; Şahin-Bayram, A.; Özcan-Keser, N., 2015).

LGBTİ+'lar birbirinden farklılaşan çeşitli tıbbi sorunlar yaşayabilmekte ve bu sebeple sağlık hizmetlerine bazı alanlarda daha çok ihtiyaç duyabilmektedirler. Lezbiyen ve biseksüel kadınların cinsel sağlık, serviks sağlığı, üreme sağlığı gibi özel spesifik alanlarda da sağlık bakım gereksinimleri vardır (Roberts 2006; Akt: Çelik ve Şahin, 2012, s. 21). Eşcinsel ve biseksüel kadınların cinsel sağlıklarına ilişkin farkındalığın olmaması sebebiyle jinekoloji alanında ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar (Güner, 2015). Hoton ve Bilgiç (2016), lezbiyen kadınların sağlık bakım hizmetlerinde eşitsizliğe ve ayrımcılığa maruz kaldığını bunun sonucu olarak lezbiyenlerin rutin sağlık hizmetlerinden ve sağlık tarama hizmetlerinden yararlanmadan kaçındığını ifade etmiştir. Bununla birlikte sağlık profesyonellerinin sağlık kuruluşlarındaki eşitsizlikler ve lezbiyenlerin sağlık sorunlarının çözümünde önemli bir role sahip olduklarını vurgulamıştır. Bu konuda sağlık profesyonellerinin cinsel yönelim konusunda kültürel yetkinlik geliştirmeleri, çalışma ortamlarında bütün kadınların heteroseksüel olmadığını farkında olduklarını gösterecek şekilde açık davranılması gerek-



tiğini ifade etmiştir. Lezbiyen, biseksüel kadınların jinekolojik hizmet sırasındaki yaşantılarını araştıran ve 424'ü biseksüel, 192'i lezbiyen kadınla yapılan bir çalışma jinekoloji alanında yaşadıkları sorunları ortaya koymaktadır. Araştırmaya katılan lezbiyen ve biseksüel kadınların % 37.5'inin cinsel yönelimlerini doktorlarına açıklamanın, alacakları sağlık hizmetini olumsuz yönde etkileyeceğine inandığını, % 21'inin böyle bir açıklamanın hizmeti iyileştireceğine inandığını, kadınların üçte birinin ise, hekimlerine açılmak istediklerini ama bunu yapmaktan çekindiğini ifade etmiştir (Smith, 1985; Akt: Arık, 2014).

Translar da yaşadıkları sağlık sorunları açısından, bazı alanlarda sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duymalarına rağmen bu haklarına erişme konusunda zorluklar yaşamaktadırlar. Trans geçiş sürecinde, Medeni Kanunu'nun 40. maddesinde yer alan "cinsiyet değiştirmek için üreme yeteneğinden yoksun olunması" şartı ve hastanelerde maruz kalınan aşağılama, kimlikte geçen isimleriyle çağırılma gibi önyargı ve baskılar nedeniyle birçok trans sağlık hizmetinden yararlanmayı tercih etmemekte, trans geçiş sürecine başlayana kadar hastaneye başvurmamakta ve mağduriyet yaşamaktadır (Güner, 2015, s.30). Diğer taraftan toplumsal önyargılar nedeniyle eğitim ve çalışma hayatında ayrımcılığa maruz kalan transların bir çoğu zorunlu seks işçiliğine yönelmekte, seks işçilerinin insan hakları, mevzuat ve politikalarla korunmamakta, büyük kısmı kayıtsız, güvencesiz, cinsel veya ekonomik istismara, şiddete ve nefret suçlarına açık koşullarda çalışmakta bu koşullar sebebiyle HIV/AIDS ve diğer hastalıklara karşı korunmasız bırakılmaktadır. Transların kişisel açıdan hassas verileri ve önceki isimleri ifşa edilmekte, cinsiyet geçiş ameliyatları ve hormon tedavileri sağlık güvencesi kapsamında bulunmamaktadır. Çalışma hayatındaki ayrımcılıkla beraber, LGBTİ+'ların sağlık korumasından ve sosyal güvenceden yoksun olması yaşadıkları sorunları daha da derinleştirmektedir. (Kaos GL, 2016a). Lambdaistanbul LGBT Dayanışma Derneği'nin (2010), 2008 yılında, İstanbul'da ikamet eden 116 trans kadınla yapmış olduğu, araştırmada; katılımcıların %79,3'ünün sağlık sigortasının olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte sağlık kuruluşlarında; %50'sinin



dışlama-görmezden gelme, %32,8'inin hizmet vermeme, tedavi etmeyi reddetme, %32,8'inin aşağılama, hakaret, küfür, %17,2'sinin cinsel şiddet, %16,4'ünün kovulma, %10,3'ünün tehdit, şantaj gibi ayrımcı tutumlarla karşılaştıkları saptanmıştır.

LGBTİ+'ların sağlık alanında yaşadığı sorunlardan biri de HIV/AIDS gibi hastalıkların eşcinsel hastalığı olduğuna ilişkin önyargının var olmasıdır. Bu önyargı eşcinsel, biseksüel ve transların cinsel sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırmaktadır (Güner, 2015). Hekimler İçin LGBTİ Sağlığı (2016) broşüründe, HIV enfeksiyonu ve AIDS'in; cinsel yönelim, cinsiyet kimliği, cinsiyet, yaş ve ırk değişkeleri fark etmeksizin her insanda görülebileceği, HIV ile eşcinsellik arasında doğrudan bir ilişki olmadığı, güvenli seks pratiğinde olmayan her bireyde riskin yüksek olduğu, bu nedenle bu enfeksiyonla mücadelede risk gruplarının değil riskli davranışların vurgulanması gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca enfeksiyonun yaygınlığı ile ilgili verilerde, yıllar içinde enfeksiyon yaygınlığındaki artış hızının heteroseksüellerde eşcinsellerden daha yüksek olduğu, geylerin yüksek riskli varsayılmasının sebeplerinden birinin anal ilişki olduğu fakat anal ilişkinin vajinal ilişkidən, vajinal ilişkinin oral seksten daha riskli olması gibi bir sıralamanın korunmasız, prezervatif kullanılmayan ilişkiler için geçerli olduğu ifade edilmiş ve anal ilişkinin sadece eşcinsellerin tercih ettikleri bir ilişki olmadığı ve tüm eşcinsellerin anal ilişkiye girmediği de belirtilmiştir.

LGBTİ+'ların sağlık alanında yüz yüze kalabilecekleri sorunlardan biri de kişisel bilgilerinin paylaşılması ihlalidir. Sağlık verisi ile birlikte kişilerin ırkı, etnik kökeni, cinsel yönelimleri ve cinsiyet kimlikleri gibi bilgiler hassas veri kategorisindedir ve bu bilgilerin korunmadığı, uygunsuz şekilde kullanıldığı, kayıt edildiği durumlarda kişilerin ayrımcılık ve çeşitli tehlikelerle karşılaşma ihtimalleri yükselecektir (Küzeci, 2016).

Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği temelli yaşanan ayrımcılık, toplumsal hayattaki diğer ötekileştirilme biçimleriyle birleştiği zaman daha da derinleşmektedir. Kaos GL'nin (2016c) hazırladığı, Sağlık Bakanlığı İçin LGBT Hakları El Kitabı'nda cinsel yönelimleri ya da cinsiyet kimlikleri nedeniyle ülkelerinde ya-





şadıkları şiddet ve zulümden kaçan veya kitlesel göç hareketleri içindeki LGBTİ+ mültecilerin, ayrımcılığın daha derinleşen yüzüne maruz kaldıkları; LGBTİ mültecilerin, alıkonulma merkezlerinde veya uydu kentlerde diğer mülteciler, kamu görevlileri veya özel taraflarca hem şiddete maruz kaldıkları hem de sağlık hizmetlerinden yararlanamadıkları ifade edilmiştir.

Yılmaz ve Göçmen'in (2015), 2014 yılında kendisini LGBT olarak tanımlayan 2875 kişiyle gerçekleştirdiği araştırmada katılımcıların; % 50,3'ü (1447 kişi) cinsel sağlık hizmetlerine nereden ve nasıl ulaşabileceğini bilmediğini, % 43,2'si (1218 kişi) hayatında en az bir kez intiharı düşündüğünü, %7,6'sı (219 kişi) ayrımcılığa uğrayacağı korkusu ile tedavi olmadığı ya da tedavisini geciktirdiğini, % 7,2'si (208 kişi) sağlık personeli tarafından eşcinsel ve/veya trans kimliğinin tedavi edilmeye çalışıldığını, %23,9'u (686 kişi) ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaçları olması rağmen bu hizmetler pahalı olduğu için hizmete erişemediklerini, %14,1'i (400 kişi) herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olmadıklarını ifade etmiştir.

Eydi ve ark. (2015) tarafından, Ankara'da yaşayan LGBTİ'lerin, sağlık haklarına erişimleri konusunda karşılaştıkları problemlerinin araştırıldığı çalışmada; 65 katılımcıdan %49,2'sinin sağlık hizmetlerine erişim sırasında problem yaşadığını belirtmiştir. Yine, sağlık problemleri yaşarken, toplumun ve sağlık çalışanların homofobik/transfobik tutumlarından dolayı sorun yaşayan bireylerin oranının % 41 olması bir diğer bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim esnasında problem yaşayan bireylerin oranına bakıldığında 29 katılımcıdan % 48,3'ü hiçbir yere başvurmamıştır. % 3,4' lük oranla yalnızca 1 kişinin sosyal hizmet uzmanına başvurduğu görülmektedir. Katılımcıların en çok ihlal edilen sağlık haklarının ne olduğuna dair bilgiye baktığımızda ise eşitlik hakkının ihlaline dair oran % 30,4; saygı görme hakkının ihlaline dair oran %29,6; mahremiyet hakkının ihlaline dair oran ise % 26,1'dir.

Yapılan çalışmalar LGBTİ+'lara dönük önyargılı, ayrımcı ve dışlayıcı davranışların sıklıkla doktor, hemşire veya diğer sağlık çalışanlarından geldiğini ortaya koymaktadır. Sağlık profesyo-



nelleri tarafından ayrımcılığa maruz kalan LGBTİ+'lar ise yeniden ayrımcılığa maruz kalma korkusuyla sağlık kuruluşlarına başvurmamakta veya sağlık çalışanlarından cinsel yönelimlerini gizlemektedirler. Bu durum ise LGBTİ+'ların sağlığa erişimleri önündeki en büyük engeli yaratmaktadır. Bu sebeple sağlık çalışanlarının eğitim süreçlerinde tabi olduğu her türlü müfredatın LGBTİ kişilerin haklarına, eşitliğine ve özel ihtiyaçlarına duyarlı hale getirilmesi gerekmektedir (Kaos GL, 2016b).

Sonuç: Sağlık personellerine ve sağlık alanında eğitim gören öğrencilere yapılan tutum çalışmaları ve raporlar LGBTİ+'lara yönelik ayrımcılığın boyutlarını ortaya koymaktadır. Başta sağlık eğitimi veren kurumlarda zorunlu toplumsal cinsiyet derslerinin verilmesi ve bununla birlikte aynı eğitimlerin sağlık profesyonellerine hizmet içi eğitimlerle verilip bu konuda farkındalık geliştirilmesinin LGBTİ+'lara dönük ayrımcılığı azaltmada kuvvetli bir etki yaratacağı düşünülmektedir. Ayrıca sağlık alanında yapılacak LGBTİ+'lara dönük tutum çalışmaları ve raporların; ayrımcılığın boyutlarını ortaya koyacağı ve diğer kültürel pratiklerle olan ilişkiselliğini belirleyeceğinden bu alana dair daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç olduğu öngörülmektedir.

*Bu makale, Researcher: Social Science Studies adlı dergide yayınlanmıştır. <https://studylibtr.com/doc/3710963/researcher--social-science-studies>.*

## KAYNAKLAR

- Anık, F. (2014). Lgbt bireylerin stigma yaşantıları ve eşit yurttaşlık talepleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Baird, V. (2004). Cinsel çeşitlilik: yönelimler, politikalar, haklar ve ihlaller. (H. Doğan, çev.) İstanbul: Metis.
- Budak, S. (2003). Psikoloji sözlüğü (ikinci basım). Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Borotav, H. (2006). Psikolojide cinsel yönelim ve eşcinsellik tartışmaları. <http://www.lambdistanbul.org/s/etkinlik/psikolojide-cinsel-yonelim-ve-escinsellik-tartismalari/> adresinden erişildi. (Erişim Tarihi: 19.11.2016)
- Boyacıoğlu-Elçin, N. ve Dinç, H. ve Şahin-Bayram, A. ve Özcan-Keser, N. (2015). Lgbti bireylerin cinsel ve ruhsal sağlık sorunlarının belirlenmesi. 1. LGBTİ Ruh Sağlığı Sempozyumu. İstanbul. <http://docplayer.biz.tr/10658518-1-oturum-normal-ve-hastalik-kavramlari-uzerinden-lgbti-kimlikler.html> adresinden erişildi. (Erişim Tarihi: 01.12.2016)
- Candansayar, S. (2009). Bir ötekileştirme pratiği olarak cinselliğin tıbbileştirilmesi ve eşcinsellik. Anti-homofobi kitabı 1 içinde (s. 69-72). Uluslararası Homofobi Karşıtı Buluşma, Ankara: Ayrıntı.



- Çayır, K. (2012). Gruplararası ilişkiler bağlamında ayrımcılık. Ayrımcılık: çok boyutlu yaklaşımlar içinde (5-15), der. M. Ceyhan, & K. Çayır, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Çelik, D. ve Şahin, N. (2012). Cinsel yönelimler: sağlık personelinin yaklaşımı. [http://www.literatursempozyum.com/index.php?cat=article\\_summary&PID=3](http://www.literatursempozyum.com/index.php?cat=article_summary&PID=3) adresinden erişildi. (Erişim Tarihi: 01.12.2016)
- Erdoğan, B. ve Köten, E. (2014). Yeni toplumsal hareketlerin sınıf dinamiği: Türkiye lgbt hareketi. *Siyasal Bilimler Dergisi*, Cilt 2, Sayı 1, Mart, 93-113.
- Eydi, A. ve Günkaya, A. ve Yasak, D. ve Kaplan, M. ve Simek, Ö.F. ve Bozarslan, S. (2015). Lgbt'lerin sağlık haklarına erişimleri konusunda karşılaştıkları sorunlar. *Uygulamalı Araştırma Raporu*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Güner, U. (2015). Heteroseksist ayrımcılığın eşcinsel, biseksüel ve trans yaşamlara yansımaları. Y. Tar. (Der.) *Çalışma yaşamında ayrımcılık içinde* (s. 23-35). Ankara: Kaos GL Yayınları.
- Güner, U. ve Kalkan, P. ve Öz, Y. ve Özsoy, E. C. ve Söyle, F. (2010). Türkiye'de cinsel yönelim veya cinsiyet kimliği temelinde ayrımcılığın izlenmesi raporu, İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Hakları Hukuku Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul. [http://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/docs/Cinsel\\_Yonelim\\_veya\\_Cinsiyet\\_Kimligi\\_Izleme\\_Raporu.pdf](http://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/docs/Cinsel_Yonelim_veya_Cinsiyet_Kimligi_Izleme_Raporu.pdf) adresinden erişildi. (Erişim Tarihi: 22.11.2016)
- Göregenli, M. (2012). Temel kavramlar: önyargı, kalıpyargı ve ayrımcılık. Ayrımcılık: çok boyutlu yaklaşımlar içinde (17-27), M. Ceyhan, & K. Çayır (der.), İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Hekimler İçin LGBTİ Sağlığı (2016). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Hotun, S. M. ve Bilgic D. (2016). Toplumda eşcinsellere yönelik tutumlar ve lezbiyen kadınlarda sağlık eşitsizliği. *HSP* 2016; 3(3): 216-225. <http://www.journals.istanbul.edu.tr/iuhsp/article/view/5000153301> adresinden erişildi. (Erişim Tarihi: 02.12.2016)
- Kaos GL. (2016a). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı için lgbt hakları el kitabı, Ankara: Kaos GL Yayınları.
- Kaos GL, (2016b). 2016 cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği temelli insan hakları izleme raporu. [http://www.kaosgldernegi.org/resim/yayin/dl/medya\\_izleme\\_raporu\\_2016.pdf](http://www.kaosgldernegi.org/resim/yayin/dl/medya_izleme_raporu_2016.pdf) adresinden erişildi. (Erişim Tarihi: 02.05.2017)
- Kaos GL (2016c). Sağlık Bakanlığı için lgbt hakları el kitabı. Ankara: Kaos GL Yayınları.
- Küzeci, E. (2015). Türkiye'de sağlık verilerinin korunması: hukuksal bir çerçeve. *Kişisel Sağlık Verileri Ulusal Kongresi*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. 19-20 Aralık 2015. İstanbul. s. 14.-20 <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/ksvkongre2016.pdf> adresinden erişildi. (Erişim Tarihi: 03.12. 2016)
- Lambdaistanbul LGBTT Dayanışma Derneği (2010), İt iti ısırmaz!-İstanbul'da yaşayan trans kadınların sorunları. <http://www.lambdaistanbul.org/s/etkinlik/it-iti-ısırmaz-nihayet-internette/> adresinden erişildi. (Erişim Tarihi: 02.12.2016)
- Yılmaz, V. ve Göçmen, İ. (2015). Türkiye'de lezbiyen, gey, biseksüel ve trans bireylerin sosyal ve ekonomik sorunları araştırmasının özet sonuçları. 4(6), 94-101, Türkiye Politika ve Araştırma Merkezi (Research Turkey). <http://researchturkey.org/tr/summary-results-of-the-social-and-economic-problems-of-lesbian-gay-bisexual-and-transsexual-lgbt-individuals-in-turkey-research/> adresinden erişildi. (Erişim Tarihi: 26.11.2016)

# LGBTİ SAĞLIĞI

## SES HATAY ŞUBESİ

MERYEM AVCI & YASEMİN YILDIRIM



Toplumsal cinsiyet normları üzerinden bireyler ikili cinsiyet kategorisine hapsedilerek toplum tarafından istenilen rol ve davranışları gerçekleştirmeye zorlanmakta, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği konusunda açık olan bireyler ise toplum tarafından damgalanma ve toplumdaki dışlanmaktadır. **LGBTİ** lerin toplumsal hayata uyum sağlayamaması ve toplumsal hayattan dışlanmasına neden olan tutumlar sağlık alanında da kendini göstermektedir. **LGBTİ** lerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin sağlanması ve bu hizmeti alırken yaşadıkları sorunların ortadan kaldırılması **LGBTİ** görünürlüğüne, cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim temelli ayrımcılıkla mücadeleye katkı sağlayacaktır.

Tıp alanında "Homoseksüel" terimi ilk kez 1869 yılında bir hastalık olarak kullanılmıştır.

Eşcinselliği hastalık sınıflandırmasından;

Amerikan Psikiyatri Birliği 1994'te yayınlanan DSM-IV ile,

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise 1992 yılındaki "Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması" ile çıkarmıştır.

Transeksüellik ise 2013'te yayınlanan DSM-V ile cinsel kimliğinden hoşnut olmama başlığı altında değertendirilmiştir.

**LGBTİ** lerin sağlık alanında yaşadığı sorunlar:

Sağlık çalışanlarının her hastayı heteroseksüel olarak kabul etmesi sağlık hizmetine erişimi zorlaştırmaktadır

Homofobik yaklaşımlar eşcinselliği tedavi gerektiren bir hastalık olarak görüp kişilerin cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimleri ile barışmalarını engellemektedir

**LGBTİ** lerin kişisel bilgilerinin paylaşılması ihlali

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

Cinsiyet geçiş sürecinde yaşadıkları sorunlar

Ayrımcılığa ve dışlanmaya maruz bıraktıkları için yaşadıkları ruhsal sorunlar

### Sağlık hizmeti nasıl olmalı

- Sağlık hizmeti için uygun ortam sağlanmalı
- Kurumlarda **LGBTİ** dostu semboller, posterler, duvar çıkartmaları asılabilir
- **LGBTİ** lerin sağlık gereksinimleri temel sağlık hizmetinin bileşeni olarak görülmeli
- Ayrımcılık içermeyen iletişim yöntemi belirlenmeli
- Sağlık çalışanının eğitimi ve farkındalığı sağlanmalı
- Öykü alma formlarında evlilik yerine ilişki, eş yerine partner sözcüğü kullanılmalı
- Cinsel öykü alırken nötr bir dil kullanılmalı
- **LGBTİ** örgütleri ile bilgi alışverişinde bulunmalı





## NEDEN KADIN SAĞLIK HAREKETİ?

YASEMİN BAKIR

SES AKSARAY ŞUBE

ELİF İŞCAN KOCAMIŞ

SES ANADOLU ŞUBE

Toplumsal sorunların kökeninde kadın erkek ilişkilerindeki sorunsallık yatar. Sağlıkta algı ve hizmetler düzleminde yaşanan çarpıtmanın kökeni de aynı sorundan beslenir. Bu indirgemeci bir yaklaşım değil, tarihsel akış içinde açığa çıkan bir gerçekliktir.

### **Doğal topluma karşı erkek egemen sınıflı toplum ve kadın kırımı**

Diğer canlılardan farklı olarak İnsan toplumsallaşarak kendini var etmiştir. Toplumsallaşmanın dinamik öznesi kadındır. Kadın eksenli gelişen ilk toplumsallaşma kolektiviteye dayalı, doğa ile ilişkinin özdeşlik temelinde kurulduğu, çoğullaşmanın ve farklılaşmanın zenginlik olarak kucaklandığı, duygusal zekânın gelişkin olduğu bir zihniyet dünyasını yansıtır. Biliniyor ki insanlığın maddi ve manevi üretiminin çok çeşitli ve zengin ilk örnekleri bu toplumsal dönemde geliştirilmiştir.

Kadın eksenli bu toplumsallaşmadan ilk kopuşu/sapmayı ifade eden hiyerarşik toplum, üretilen bu değerleri gasp etme üzerine şekillenmiştir. Erkek egemen tahakküm ve sömürü düzeni bu ilk kırılmadan, sınıflı uygarlığın son aşaması olan kapitalist moderniteye kadar da, birbirinin üstüne yığılan bir süreç olarak kurumlaşmasını güçlendirmiştir. Her toplumsal sistem bir öncekinin yarattığı sorunlara çözüm üretme iddiasıyla ve diğerinin reddi üzerine gelişirken, kadın üzerinde gelişen erkek egemen denetim politikaları bir toplumsal sistemden diğerine devredilmiş ve üzerine eklenerek günümüzde çok katmerli bir yapıya dönüşmüştür.



## **Doğal sağlığa karşı kapitalist modernist tıp ve kadın kırımı**

Toplumsallaşmanın dinamik öznesi olan kadın, sağlığında öznesi olmuştur. Toplumsallaşma dinamikleri sağlıkta da yaşama geçmiştir. Doğal toplumda temel bir kadın etkinliği olarak yürütölen sağlık, doğa ile uyumlu, cinsiyetçi olmayan, bütöncöl, hiyerarşı geliştirmeyen özellikleriyle öne çıkar.

Kapitalist modernite de tıp algı ve hizmetler düzeyinde bağımlı kılan, ayrımcı, tek tip, toplumdaki soyutlanmış, metalaşmış ve toplumdaki çok hegemonun varlığını ve iktidarını sürdürmesine hizmet eden bir niteliğe bürönmüştür.

Sağlık temel olarak bir kadın etkinliği/eyleyişi iken, kadınlar neden bilinçli olarak sağlıktan dışlanmıştır? Bu soruya verilecek cevap, çarpıklıkların analizini doğru yapmanın önkoşulu olmak yanında alternatifin yaratılması içinde bir zorunluluktur. Çünkü her iki sağlık anlayışi birbirinden farklıdır. Doğal sağlıktaki algı ve uygulama yaklaşımını modern tıp açısından tehdit olarak görölmüştür.

## **Doğal sağlık ile modern tıp arasındaki farklar**

Kadınlar sağlığı bir kimsenin bir başkasına yaptığı bir şey olarak değil, karşılıklı ilişkiye dayalı bir süreç olarak görürler. Bu ilişki aracılığıyla kurulan bağ her iki taraf içinde yaşam veren ve yaşamı zenginleştiren bir şeydir. Bedeni aklı ve ruhu insanın ayrılmaz doğası olarak görür ve sağlığın bu üçlü doğanın her bir öğesini etkilediğine inanırlar. Hastalığın, başka şeylerin yanı sıra, hem duygusal hem de ruhsal gelişme için katalizör olduğunu düşünürler. Bu kadınlar bütönlüğu arayan diğerlerine eşlik etmeyi, yardım etmeyi, öğretmeyi ve özen göstermeyi seçmiştir\*. Bu biçimiyle modern tıptaki hekim – hasta ilişkisinin tersine hiyerarşik bir ilişki değildir, bağımlı kılmaz ve toplumsallaşmaya hizmet eder. Bu niteliğiyle iktidar tekellerinin özgürlöklere karşı giriştiği savaşta toplumun öz savunmasını güçlendirir.





Geleneksel olarak kadınlar sağlıkta bakım ve sağaltım birbirinden ayrılmaz bir bütünlük içinde görürken, modern tıp birbirinden ayırmış, daha önemli görülen sağaltım erkek hekimin işi olurken emek yoğun bakım işleri kadına ait görülmüştür. Bakım ve sağaltımın parçalanarak birbirinden ayrılması hizmeti verenler arasında bir hiyerarşi yaratmış, sağaltımdan sorumlu erkek hekim karar verici pozisyonuyla otorite konumuna yükseltilirken, kadınlar sağaltımdan dışlanarak erkek hekimin yardımcı pozisyonuna hapsedilmiş, emeği değersizleştirilmiştir.

Dişili içeren sağaltım bilinci hepimizin yaşayan, soluyan küresel bir varlığın parçaları olduğumuzu kabul eder. İnsan bedeni akli ve ruhuyla bu bütünü parçasıdır.\*Modern tıbbın dayandığı paradigma bu bütünlüğü ikili karşıtlık temelinde parçalayarak insanı doğanın karşısında/üstünde konumlandırır. Aynı yöntem insanın bedeni ve ruhunun parçalanmasında da kullanılır. Yani bütünlük ve uyum hem mikro hem de makro düzeyde parçalanarak yok sayılır. Böylelikle ruhundan koparılan, makineleştirilen bedene insanın dışında bir doğa kavrayışı ile hem beden ve hem de doğa her türlü denetime ve sömürüye açık hale getirilir.

Temel farklılıklardan biri de sağlık bilgisinin üretimi ve kullanımına ilişkindir. Kadınların bilgileri kendi bedenlerinin ötesinde yaşamın dönüştürülmesi için gerekli ve hayatiydi ve kadınlardan kadınlara aktarılan bilgi, bir tür ağ vazifesi de görmekteydi. Modern tıp beslendiği akademik pozitivist bilim aracılığıyla gerçeği sadece laboratuvar ortamında elde edilmiş bilgiye indirgemmiştir. Ancak elde edilen bu bilgi hem toplum dışı, hem eril, hem de devlet egemenlikli bilgidir.\* Bir merkezden sunulan bu bilgi tekleşmeyi/tekelleşmeyi getirmiştir. Tekelleşen sağlık bilgisi en çok ta kadının kendi bedenine dair sağlık bilgisini elinden almıştır. Kadın ve bedeni arasına sızan iktidar bir yandan kadın bedeninin doğal süreçlerini tıbbileştirerek hastalık olarak tanımlamış diğer yandan da doğurganlığını denetim altına almıştır.



Tıbbın/sağaltımın kadınlardan alınıp, erkek hekim iktidarına verilmesi, çokça söylendiği gibi bilimin gücüyle değil, kadına karşı girilen büyük ve kapsamlı bir cins kırımıyla mümkün olmuştur. Bu şiddete dayalı cinsiyetçi kuruluşuyla tıp algı ve hizmetler düzeyinde bağımlı kılan, ayrımcı, tek tip, toplumdaki soyutlanmış, metalaşmış ve toplumdaki çok hegemonun varlığını ve iktidarını sürdürmesine hizmet eden bir niteliğe bürünmüştür. Bu haliyle de toplumsallaşma karşıtıdır.

Bu nedenle, binyıllarca biriktirdiği bilgi ve deneyimi zorla gasp edilen ve sağlıktan dışlanan kadınların yeniden sağlıktaki eski saygın konumuna dönmesi mücadelesi, yalnızca bu alandaki cinsiyet hiyerarşisini ortadan kaldırmayı değil, aynı zamanda kadınların ürettiği değerlerin sağlığa girmesiyle tıbbın yeniden toplumsal niteliğine kavuşturulmasını hedefleyecektir.

Doğal sağlığın inşasında esas aldığımız yaklaşım, tamamıyla geçmişin tekrarı değil Gelenek ve bilimin içindeki iktidarcı öğelerden arındırarak dengeli bir bütünlük kurmak ve sağlığı yeniden toplumsal niteliğine kavuşturmadır.

Alternatifin kuruluşunda ana eksen, demokrasi-ekoloji ve kadın özgürlüğüne dayalı yeni toplumsal paradigma, öncüsü ise kadındır.

### **Kadın sağlık hareketi ilkesel olarak**

Cinsiyetçilikten, sömürüden, iktidardan/devletten, endüstriyel hegemonyadan arındırılmış;

Geleneksel birikimi de kapsayan, anti hiyerarşik, doğayla uyumlu, toplumsallığı esas alan bir harekettir.

**DTK 1. SAĞLIK KONGRESİ BELGELERİ**



# NEDEN KADIN SAĞLIĞI HAREKETİ

Toplumsal sorunların kökeninde kadın erkek ilişkilerindeki sorunsallık yatar.

Sağlıkta algı ve hizmetler düzleminde yaşanan çarpıtmanın kökeni de aynı sorundan beslenir.

**Toplumsallaşmanın dinamik öznesi kadındır.**

Sağlıkta algı ve hizmetler düzleminde yaşanan çarpıtmanın kökeni de aynı sorundan beslenir. Diğer canlılardan farklı olarak insan toplumsallaşarak kendini var etmiştir.

Toplumsallaşmanın dinamik öznesi olan kadın, sağlığın da öznesi olmuştur.

Doğal toplumda temel bir kadın etkinliği olarak yürütülen sağlık; doğa ile uyumlu, cinsiyetçi olmayan, bütüncül, hiyerarşi geliştirmeyen özellikleriyle öne çıkar.

Binyıllarca biriktirdiği bilgi ve deneyimi zorla gasp edilen ve sağlıktan dışlanan kadınların yeniden sağlıktaki eski saygın konumuna dönmesi mücadelesi, yalnızca bu alandaki cinsiyet hiyerarşisini ortadan kaldırmayı değil, aynı zamanda kadınların ürettiği değerlerin sağlığa girmesiyle tıbbın yeniden toplumsal niteliğine kavuşturulmasını hedefleyecektir.

Kadınların bilgileri kendi bedenlerinin ötesinde yaşamın dönüştürülmesi için gerekli ve hayatiydi ve kadınlardan kadınlara aktarılan bilgi, bir tür ağız vazifesi de görmekteydi.

Kadın ve bedeni arasına sızan iktidar bir yandan kadın bedeninin doğal süreçlerini tbbileştirerek hastalık olarak tanımlamış diğer yandan da doğurganlığını denetim altına almıştır

Kadınlar sağlığı bir kimsenin bir başkasına yaptığı bir şey olarak değil, karşılıklı ilişkiye dayalı bir süreç olarak görürler.

Bu ilişki aracılığıyla kurulan bağ her iki taraf içinde yaşam veren ve yaşamı zenginleştiren bir şeydir. Bedeni aklı ve ruhu insanın ayrılmaz doğası olarak görür ve sağlığın bu üçlü doğanın her bir ögesini etkilediğine inanırlar.

Hastalığın, başka şeylerin yanı sıra, hem duygusal hem de ruhsal gelişme için katalizör olduğunu düşünürler.

Bu kadınlar bütünlüğü arayan diğerlerine eşlik etmeyi, yardım etmeyi, öğretmeyi ve özen göstermeyi seçmiştir. Bu biçimiyle modern tıptaki hekim – hasta ilişkisinin tersine hiyerarşik bir ilişki değildir, bağımlı kılmaz ve toplumsallaşmaya hizmet eder.

**Kadın sağlık hareketi ilkesel olarak cinsiyetçilikten, sömürüden, iktidardan/devletten, endüstriyel hegemonyadan arındırılmış; geleneksel birikimi de kapsayan, anti hiyerarşik, doğayla uyumlu, toplumsallığı esas alan bir harekettir**





## TOPLUMSAL CİNSİYET VE KADIN RUH SAĞLIĞI

ELİF İŞCAN KOCAMIŞ

SES ANADOLU ŞUBE

MELTEM GÜNBAÇ

SES SAMSUN ŞUBE

Ruh sağlığı kendilik değeri, otonomi, fiziksel, cinsel ve ruhsal güvenlik duygusu ile yakından ilişkilidir. Bunlardan birinde oluşacak bir bozulma ya da değişiklik ruh sağlığını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Genetik etkenler, biyolojik etkenler, endokrin etkenler, immünolojik etkenler, kişilik özellikleri ve ruhsal toplumsal etkenler ruh sağlığını etkileyebilecek nedenlerdir.

Ruhsal toplumsal etkenleri; ekonomik nedenler, ailevi sorunlar, iş yaşamında ki çatışmalar, evlilik sorunları, fiziksel hastalıklar, psikososyal olaylar, çocukluk çağı ihmal ve travmaları etkileyebilmektedir. Ruh sağlığını etkileyen tüm etkenler bakıldığında kadınların erkeklere oranla bu etkenlere daha çok maruz kaldığı düşünülmektedir. Bu duruma bağlı olarak kadınların erkeklere oranla daha çok ruhsal bozukluk yaşadığı da anlaşılabilir.

Bilinmektedir ki kadın ruh sağlığı, toplumun sağlığı ve geleceği açısından kritik bir öneme sahiptir. Kadın ruh sağlığı açısından toplumsal cinsiyet eşitsizliği de ruhsal toplumsal etkenler içinde yer almakta ve ruh sağlığını etkilemektedir.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği kadınlar da erkeklere oranla daha fazla fiziksel ve psikolojik zararlar vererek, kadınların sosyal açıdan kendilerini geliştirmelerini engellemekte ve bir çok hak yönünden dezavantajlı olmasına neden olarak ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir.

İdeal beden isteği, gebelik ve lohusalık dönemi, aile üyelerinin bakımı ve çocuk yetiştirme, kadına yönelik şiddet kadınları etkileyen toplumsal cinsiyet eşitsizlikleridir.



İdeal beden isteği; toplumun kadın bedeni üzerinde yarattığı 90-60-90 algısı, yine kapitalist modernitenin dayattığı tüketime de dayalı olan estetik kaygısı kadın ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu sebeplere bağlı olarak kadınlar da yeme bozukluğu görülme olasılığını kadınlar açısından artırmaktadır.

Gebelik ve lohusalık dönemi kendi içinde barındırdığı özel biyolojik nedenler dışında kadınların kendi bedeni ve geleceği hakkında kendi seçimlerini özgürce yapamaması ve dayatılan annelik özellikle fedakar annelik rolleri açısından kadınları etkileyip motivasyon ve başarı kaygısı da yarattığı için kadınlar da depresyon ve tükenmişlik görülme olasılığını kadınlar açısından artırmaktadır.

Aile üyelerinin bakımı ve çocuk yetiştirme toplumsal cinsiyetçi açıdan kadın görevi olarak görüldüğü için kadınların üzerinde ki sorumluluk ve görevlerin artmasına sebep olduğu için kadınlar açısından duygu durum bozukluğu yaşama oranını artırmaktadır.

Kadına yönelik şiddet gelişimsel süreç başta olmak üzere geçmiş olumsuz deneyimler sebebiyle başarısızlığı içsel sebeplere bağlama, suçluluk hissi, cinsiyet rolleri sebebiyle sorunları değiştirilemez bulma gibi nedenlerin de etkisi ile travma sonrası stres bozukluğu olasılığını kadınlar açısından artırmaktadır.

Tüm bu örneklerde görüldüğü gibi kadınların kadın olmanın yanı sıra toplumsal cinsiyete eşitsizliğine dayalı kadınlık algısından kaynaklı özellikle de belli dönemlerde yaşadıkları sorunlar ruh sağlığı açısından stres kaynağı olabilmektedir. Toplumun sağlığı açısından kritik bir öneme sahip olan kadın ruh sağlığı için toplumsal cinsiyet konusunda ki eşitsizlikler giderilmeye çalışılmalıdır.

Kaynak: Kadınların yaşamı ve ruh sağlığı -2013

Kadına yönelik şiddet: toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi-2018

# TOPLUMSAL CINSİYET VE KADIN RUH SAĞLIĞI

Ruh sağlığı; kendilik değeri, otonomi, fiziksel, cinsel ve ruhsal güvenlik duygusu ile yakından ilişkilidir.

Genetik etkenler, biyolojik etkenler, endokrin nedenler, immünolojik etkenler, kişilik özellikleri ve ruhsal toplumsal etkenler ruh sağlığını etkileyen nedenlerdir.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ruhsal toplumsal etkenler içerisinde yer alarak kadınları erkeklere oranla daha çok etkileyen stres kaynaklarındandır.

**KADINA YÖNELİK ŞİDDET GELİŞİMSEL SÜREÇ BAŞTA OLMAK ÜZERE GEÇMİŞ OLUMSUZ DENEYİMLER SEBEBİYLE BAŞARISIZLIĞI İÇSEL SEBEPLERE BAĞLAMA, SUÇLULUK HISSİ, CINSİYET ROLLERİ SEBEBİYLE SORUNLARI DEĞİŞTİRİLMEZ BULMA GİBİ NEDENLERİN DE ETKİSİYLE KADINLARDA TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU YAŞAMA ORANINI ARTIRMAKTADIR.**

**GEBELİK VE LONUSALIK; BEDENİ VE GELECEĞİ HAKKINDA KADINLARIN KENDİ SEÇİMLERİNİ ÖZGÜRCE YAPAMAMASI VE ANNELİK ROLLERİ AÇISINDAN TOPLUMSAL ROLLER YÜKLEDİĞİ İÇİN KADINLARDA DEPRESYON YAŞAMA ORANINI ARTIRMAKTADIR.**

**AİLE ÜYELERİNİN BAKIMI VE ÇOCUK YETİŞTİRME KADINLAR ÜZERİNDEKİ SORUMLULUK VE GÖREVLERİN ARTMASINA SEBEP OLDUĞU İÇİN KADINLARIN DUYUCU DURUMU BOZUKLUĞU YAŞAMA ORANINI ARTIRMAKTADIR.**

**İDEAL BEDEN İSTEĞİ; TOPLUMUN KADIN BEDENİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ VE MEDYANIN OLUMSUZ ROLÜ İLE KADINLARDA YEME BOZUKLUĞU YAŞAMA ORANINI ARTIRMAKTADIR.**

TÜM BU ÖRNEKLERDE GÖRÜLDÜĞÜ GİBİ TOPLUMSAL CINSİYET EŞİTSİZLİĞİNDEN KAYNAKLI DURUMLAR VE ROLLER KADINLAR İÇİN BAŞ EDEMEDİKLERİ STRES KAYNAKLARINDANDIR.

TOPLUMUN SAĞLIĞI VE TOPLUMUN GELECEĞİ AÇISINDAN KRİTİK BİR ÖNEME SAHİP OLAN KADIN RUH SAĞLIĞI İÇİN TOPLUMSAL CINSİYET KONUSUNDA KI EŞİTSİZLİKLER GİDERİLMEMEYE ÇALIŞILMALIDIR.

**ELİF İŞCAN KOCAMIŞ - MELTEM GÜNBEÇİ**







## KENT VE KADIN

SES ANADOLU ŞUBE KADIN MECLİSİ

Kentleşme ve sanayileşme öncesi toplumda üretimin büyük bir kısmı ev içinde gerçekleşip, herkes üretime katılırdı. Ancak üretimin evin dışına çıktığı kent yaşamında kentler eril ve erkek merkezli hale getirildi. Erkeklerin dışarıya çıkarak üretime katıldığı kentlerde ev içinde kalan kadınlar anne, evlat, eş olarak tanımlanarak kadınlık benliklerinden uzaklaştırılmaya çalışıldı ya da kamusal alana ev işlerinin uzantısı olarak görülen ve kadınlık görevi olarak tanımlanan işler olan dokuma, giysi-yemek imalatı, bakım verme gibi geleneksel üretim becerileri ile işçi olara çıktılar. Ancak kadınlar dışarıda üretime katıldıkları halde artık ürettikleri hakkında söz haklarını kaybettiler.

Kentleşme sonrasında; kent ve toplumunda para ve toplumsal itibar birbiriyle ilişkilendirilip, paraya ulaşımı sınırlanan kadınlar toplumsal itibardan yoksun bırakılarak erkeklere bağımlı hale gelmeye başladı. Ücretsiz ev içi emek olarak görülen ya da kamusal alanda ürettikleri üzerinde söz hakkı olmayan kadınlar öğrenilmiş çaresizlik ve tükenmişlik yaşamaya başladı.

Biyolojik olarak bir çift meme ve bir rahim ile donatılmış kadınların bakım verme, temizlik, yemek yapma gibi ayrıca donanımları yoktur. Dolayısıyla herkesle ilgilenmek onlar için doğal ve doğuştan değildir.

Kadınlar stadyum, sokak başı, kahvehane, dükkan, sinema salonu, mutfak, banyonun cinsiyeti olmadığı; ürettikleri üzerinde söz hakkı olduğu kentler de yaşamak istiyorlar.

Kaynak : Toplumsal Cinsiyet " Bize Yüklenen Roller" Kamla Bhasin



# KENT VE KADIN

SES KADIN SAĞLIK KURULTAYI

*Kentleşme ve sanayileşme öncesi toplumda üretimin büyük bir kısmı ev içinde gerçekleşip, herkes üretime katılırdı. Ancak üretimin evin dışına çıktığı kent yaşamında kentler eril ve erkek merkezli hale getirildi.*

*Ücretsiz ev içi emek olarak görülen ya da kamusal alanda ürettikleri üzerinde söz hakkı olmayan kadınlar öğrenilmiş çaresizlik ve tükenmişlik yaşamaya başladı.*

*Kent toplumunda para ve toplumsal itibar birbiriyle ilişkilendirilip, paraya ulaşımı sınırlanan kadınlar toplumsal itibardan yoksun bırakılarak erkeklere bağımlı hale gelmeye başladı.*

SES ANADOLU ŞUBE  
KADIN MECLİSİ

*Bir çift meme ve bir rahim ile donatılmış kadınların bakım verme, temizlik, yemek yapma gibi ayrıca donanımları yoktur. Dolayısıyla herkesle ilgilenmek onlar için doğal değildir.*

*Kentlerde ev içinde kalan kadınlar anne, evlat, eş olarak tanımlanarak kadınlık benliklerinden uzaklaştırılmaya çalışıldı ya da kamusal alana; dokuma, giyisi - yemek imalatı, bakım verme gibi geleneksel üretim becerileri ile işçi olarak çıktılar. Ancak kadınlar artık ürettikleri hakkında söz haklarını kaybettiler.*

*Kadınların stadyum, sokak başı, kahvehane, dükkan, sinema salonu, mutfak, banyonun cinsiyeti olmadığı, ürettikleri üzerinde söz hakkı olduğu kentlerde yaşamak istiyorlar*







## EMEK HAREKETİNDE TOPLUMSAL CİNSİYET ALGISI

SES ŞİŞLİ ŞUBE KADIN MECLİSİ

Sendikalarda kadın hareketi hem dünyada yükselen kadın hareketi hem de kadın meclislerinin birçok kazanımı ile güçleniyor. Önergelerle tüzükte yaratılan değişiklikler, eylemlerde, etkinliklerde söylem ve bildirilerde yer bulmak gibi olumlu pek çok somut adım atıldı. Bütün bu olumlu adımlar, kamuda ki emek mücadelesinde nasıl yer buluyor, kadınlar neler hissediyor?

Bu çalışma kamuda kadınların sendikada erkek egemenliğine karşı fikirlerini araştırmak, faaliyetlerde bulunurken neler yaşadıklarını, hissettiklerini, nelere maruz kaldıklarını öğrenmek, erkek egemen yapının emek mücadelesi veren kurumlarda nasıl hissedildiğini tartışmak için yapılmıştır. İstanbul' da KESK' e bağlı sendikalı kadınlarla, 32 soruluk, 2 adet açık uçlu soru içeren anket uygulanarak yapılmıştır. Çalışmaya KESK'e bağlı farklı işkollarından 117 kadın alınmıştır.

Çalışmaya katılan sendikalı kadın üyelerin 18-25 yaş arası aktif rol almazken, 45 yaş ve üstü daha aktif rol alıyor. Bunların %43,1' i bekar, % 50,5'i çocuk sahibi. Sendikalarda iş bölümlerinin cinsiyete dayalı mı sorusuna %43,2 si uyarılarla düzeltiliyor derken 34,2 si evet toplantı, eylem ve etkinliklerde çok sık rastlayabilirsiniz cevabını vermiştir. Sendikalardaki davranış kalıpları talep ve ifadeler eril midir sorusuna % 35,5 evet, toplantı ve eylemlerde çok sık rastlıyoruz, %12,7 Hayır, %50,9 bazı durumlarda karşılaşıyoruz cevabını vermiştir. Kadın sorunları sizce sendikaların ne kadar gündemindedir sorusuna 25 Kasım - 8 Mart gibi günlerde gündemde %46, sadece iş kolunda yaşanan herhangi bir sorunda gündeme geliyor %15,9, politika üretmek kısmında ciddi eksiklikler var %32,7, uğraşan birilerinin varlığı gündeme girmesini sağlıyor (%38,9) cevapları verilmiştir. Sendikada ki kadın yöneticiler için; kadın sorununu sen-



dikal işler dışında arta kalan zamanlarda destek veriliyor (%20,9), kapsatmak için sürekli birilerinin tetikte olması gereken (%49,1) bir durum cevabı verilmiştir. Özellikle sendikalardaki toplumsal cinsiyet eşitsizliği sorununda sizin zihninizde ki sendikal anlayış ile uyuşmayan sendikal pratiklerle ilgili söz ve eylemlerde bulunuyor musunuz sorusuna; Evet %37, Hayır% 15,7 Kısmen %47,2 olmuştur. Hayır ve kısmen cevaplarının nedenleri ise bir şeylerin değişebileceğine inanmıyorum (%25,5), eleştiriye açık bir yapı yok (%40,4), söylesem de dikkate alınacağımı düşünmüyorum (%21,13), Söylüyorum değişen bir şey olmuyor (%27,7), Sert bir dille karşılaşmaktan çekiniyorum (%17) cevapları verilmiştir. Sendika yöneticilerinin tüzüğe rağmen kadınlara davranışlarında ve dillerinde düzelmeye yönelik çabaları var (%57,4), çok abartıyorsunuz cümlelerini duymak mümkün (%15,7), bazılarına sık sık hatırlatmak gerekir (%34,3) cevapları verilmiştir. Kadınların sendikaya katılımını arttırmak için uygulanan kota uygulamaları, kota olmasa kendimize yer bulamayacağız (%25,7) ve kota uygulamasını önemli buluyorum fakat zihinlerin değişmesi gerekli (%77,1) cevapları ağırlıkta. Kadınların hayatının herhangi bir döneminde yaşadığı hukuki bir sorunda sendika hukuki destek; evet %46,8 hayır % 7,2 ve tüzüğün belirlediği sınırlar dahilinde destek veriliyor % 45,9 denmiştir. İstanbul'daki KESK şubeleri için bir kadın avukat varlığı, tüzüğe takılan her sorunda güçlü bir çözüm yolu olabilir.

32 soruluk anketimizde elde ettiğimiz bulgular daha önce sendikalar ile ilgili yazılmış yazılarla benzerlik göstermektedir. Ciddi bir değişim var olumlu yönde fakat daha kat etmemiz gereken yol çok. KESK te erkek tavırlar işleyiş, eylem ve örgütlülük sırasında, yönetici kadrolarında toplantılarda ve önemli gündemlerde karar alınırken daha çok açığa çıkmaktadır. Pratik iş yüklerinin kadınlar üzerinden yürümesi, ince, detay işlerin kadınların planlaması ya da otomatik onlara kalması gibi ciddi problemler kadın emeğinin görünmezliğinin sendikalardaki yansımasıdır. Bir gün bilinçaltımıza kazınmış kodlardan kurtulduğumuz, cinsiyet ayrımı gözetilmeden her alanda eşitliği yaşayacağımız bir dünyaya inancımızla...



**ÖNERİLER:** Toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamada sendikaların yapabilecekleri ve alabilecekleri önlemleri genel olarak; farkındalık yaratma, iş yerlerinde eğitimleri arttırma, tüzükte var olan eksikliklerin tartışılarak giderilmesi, hukuki destek konularındaki eksikliklerin giderilmesi şeklinde özetlenebilir. KESK içerisinde toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin giderilmesi konusunda olumlu gelişmeler kaydedilmekte, uyarılar, önlemler dikkate alınmakta fakat geliştirilmesi gerektiği yönünde bulgular vardır.

- Klasik söylemlerin, dilimize pelesenk olmuş alışkanlıkların acilen değişmesi için toplumsal cinsiyet eşitliği eğitimleri sendika içinde, iş yerlerinde arttırılmalıdır.

- Tüzükte kadın sorunu ile ilgili olan kısımlar daha net, kapsayıcı ve kişilerin inisiyatifine bırakılmayacak halde olmalı, kadın meclislerinde tartışılarak güçlendirilmeli, eksiklikler acilen giderilmelidir.

- Kadın sekreterlikleri 8 Mart ve 25 Kasım gibi etkinlikler dışında da desteklenmeli, arta kalan zaman, önemli! görülen işler yokken vb durumlarda yapılan işler olarak algılanmaktan vazgeçilmeli, kadın sorunu konusunda politikalar üretilmeli, siyasetler üstü bir kadın hareketinin şekillendirme konusuna kafa yorulmalıdır.

- Çalışmalar için bütçe ayrılması tüzükte yer almalı, eylem ve etkinliklere göre değişken olmamalı, şube yöneticilerinin inisiyatifine bırakılmamalıdır.

- Kadın Meclislerine, kadın çalıştaylarına daha çok kadının gidebilmesinin önü açılmalı, şube sayı kotaları kaldırılmalıdır.

Kadın üyelerimizin eylem ve etkinliklere katılımının önünde sıkıntı olarak dillendirdikleri çocuk sorumluluğundan dolayı her şubede oyun odası açılmalı, aktif hale getirilmelidir. Çocuk ebeveyn sorumluluğudur söylemi daha sık dillendirilmeli, iş yerlerinde kreş sorunu daha çok gündeme getirilmelidir.



• Kadınların iş hayatında yaşadığı sorunları derinlikli ele alarak sahada yürütülecek sohbet ve toplantılarla sorunlar tartışılmalı mücadele yolları bu tartışma içinden çıkarılmalıdır.

• İşyerlerinde kadınların yaşadığı sorunlarda, örgütlü davranış gerektiren her sorun her olay detaylıca ele alınarak kadınlara yol ve seçenek sunulabilmeli yönlendirme yapılabilecek mekanizmalar oluşturulmalı.

• İşyerinde kadınlara dayatılan baskı, sömürü ve cinsiyetçi uygulamalara karşı mücadeleyi ve kazanma stratejilerini oluştururken kadınların ev içindeki gelenekselleşmiş kadın cinsiyet rollerini irdeleyerek bu rolü parçalayıcı çözüm üretme arayışında olunmalıdır.

• Şubeler arası iletişim, tecrübe aktarımı arttırılmalı, iller arası eylem ve etkinliklerde kadınların bir araya gelebilmesini desteklemek ve güçlendirmek için Genel Merkezden bütçe arttırılarak, kota uygulamasına son verilmelidir.

SES üyelerinin dipnot olarak düştüğü cümlelerine yer vermeden geçmek istemedik. Aktivistlerinin çoğunluğunu kadınlar oluşturduğu halde, kadınların sendikada görünürlükleri daha azdır. SES şube ortamlarında cinsiyetçi davranışlara daha az maruz kalmanın ana nedeni erkeklerin örgütlülüğünün çok düşük düzeyde olması, sahadaki çalışmaların büyük oranda kadın emeği üzerinden yürütülmesi şeklinde ifade edilmiştir. Fakat yine kadınlar daha geri planda, daha az görünür şekilde ifade edilmiştir. Sağlıkta farklı disiplinlerin bir arada çalışması, hiyerarşi gibi sebepler cinsiyetçi uygulamaları arttırmakta, bu durum sendikal ilişkilerimizde de varlığını hissettirmektedir. İş hayatına da yansıyan cinsiyetçi iş bölümü ve bunun getirdiği sonuçlar için toplumsal cinsiyet ve kadın sorunu daha sık ele alınmalı, kadınların yalnız değil ortak mücadele ile destekleneceği güveni sendikalı her kadına hissettirilmelidir.



## KAYNAKLAR

1. <https://catlakzemin.com/kadinlar-ve-sendikalar-tablo-vahim-ama-umut-suz-degil/>
2. Yeğen, Mesut: "Sendikalar ve Kadın Sorunu: Kurumsal Gelenekler ve Cari Zihniyetler", Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, No: 4, 2000
3. "Sendika İçi Kadın Örgütlenmeleri: Karanlık Tablodan Yansıyanlar" Sınıf İlişkileri Sureti Soldurulmuş Bir Resim mi, Der. N. Sualp, A. Güneş, T. A. Sualp, Bağlam, İstanbul, 2011
4. Türkiye'de Kriz Kadın Emeği, Hükümet Söylem ve Politikaları", Politik İktisat Kriz ve Kalkınma, Ed. İ. Şiriner, F. Morady, J. Mika, M. Aydın, Ş.A. Koç, H. Kapucu, E. Doğan, IJOPEC, London, 2011
6. Witheford N.D: Siber Marx: İleri Teknoloji Çağında Sınıf Mücadelesi, Aykırı, İstanbul, 2004
7. [http://www.genel-is.org.tr/turkiyede-kadinlar-ve-kadin-emeği\\_raporu](http://www.genel-is.org.tr/turkiyede-kadinlar-ve-kadin-emeği_raporu) Erişim: 09.04.2019
8. Selma James; Cinsiyet, Irk, Sınıf; Syf. 65, bgst yayınları
9. <https://www.birgun.net/haber-detay/konuk-yazar-necla-akgokce-sendikalar-cinsiyet-ezilmesini-kesfediyor-78521>
10. TempState/Downloads/118\_sendikalarin\_toplumsal\_cinsiyet\_esitligini\_gozetme\_yukumlulukleri%20(1).pdf

# KAMUDA EMEK MÜCADELESİNDE TOPLUMSAL CİNSİYET ALGISI

**AMAÇ:** Sendikalarda kadın meclisleri, tüzüğü yerleştirilen kurallar ve yaptırımlar, eylem ve etkinliklerde söylem ve bildirimlerde yer bulmak gibi olumlu pek çok somut adım atıldı. Bütün bu olumlu adımlar kamuda ki emek mücadelesinde nasıl yer buluyor? Bu çalışma kamuda kadınların sendikada erkek egemenliğine karşı fikirlerini araştırmak, faaliyetlerde bulunurken neler yaşadıklarını, hissettiklerini, nelere maruz kaldıklarını öğrenmek, erkek egemen yapının emek mücadelesi veren kurumlarda nasıl hissedildiğini tartışmak için yapılmıştır.

**YÖNTEM:** İstanbul’da KESK’e bağlı sendikali kadınlarla 32 soruluk, 2 adet açık uçlu soru içeren anket uygulanarak yapılmıştır. Çalışmaya KESK’e bağlı farklı işkollarından 117 kadın alınmıştır.



## BULGULAR

Çalışmaya katılan sendikali kadın üyelerin 18-25 yaş arası aktif rol almazken, 45 yaş ve üstü daha aktif rol alıyor. Bunların %43,1'i bekar, %50,51 çocuk sahibi.

Sendikalarda iş bölümlerinin cinsiyete dayalı mı sorusuna %43,2 si uyarılarla düzenliyoruz yanıtı verirken, %34,2 si evet toplandı, eylem ve etkinliklerde çok sık rastlayabilirsiniz cevabını vermiştir. Sendikalarındaki davranış kalıpları talep ve ifadeler enil midir sorusuna %35,5 evet, toplandı ve eylemlerde çok sık rastlıyoruz, %12,7 Hayır, %50,9 bazı durumlarda karşılaşıyoruz cevabını vermiştir.

Kadın sorunları sızce sendikaların ne kadar gündemindedir sorusuna 25 Kasım - 8 Mart gibi günlerde gündemde %46, sadece iş kolunda yaşanan herhangi bir sorunda gündeme geliyor %15,9, politika üretmek kısmında ciddi eksiklikler var %32,7, uğraşan birilerinin varlığı gündeme girmesini sağlıyor %38,9 cevabları verilmiştir.

Sendika yöneticileri için kadın sorununu sendikal işler dışında arka kalan zamanlarda destek veriliyor (%20,9), kapsatmak için süreki birilerinin tetikte olması gereken (%49,1) bir durum cevabı verilmiştir.

Ozellikle sendikalarındaki toplumsal cinsiyet eşitsizliği sorununda sizin zihninizde ki sendikal anlayış ile uyuşmayan sendikal pratiklere ilgili söz ve eylemlerde buluyoruz musunuz sorusuna; Evet %637, Hayır%15,7 Kısmen %47,2 olmuştur. Hayır ve kısmen ise cevaplarının nedenleri ise bir şeylerin değişebileceğine inanmıyorum %25,5, eleştiriyi açık bir yapı yok %40,4, söylesem de dikkate alınacağına düşünmüyorum (%21,13), Söylüyorum değişen bir şey oluyor %27,7, Sert bir dille karşılaşılmaktan çekiniyorum %17 cevabları verilmiştir.

Sendika yöneticilerin tüzüğe rağmen kadınlara davranışlarında ve dillerinde düzelmeye yönelik çabaları var %57,4, çok abartıyorsunuz cümlelerini duymak mümkün %15,7, bazılarında sık sık hatırlamak gerekir %34,3 cevabları verilmiştir.

Kadınların sendikaya katılımını arttırmak için uygulanan kota uygulamaları, kota olmasa kendimize yer bulamayacağız (%25,7) ve kota uygulamasını önemli buluyoruz fakat zihinlerin değişmesi gerekli (%77,1) cevabları ağırlıkta.

Kadınların hayatının herhangi bir döneminde yaşadığı hukuki bir sorunda sendika hukuki destek; evet %46,8 hayır %7,2 ve tüzüğün belirlendiği sınırlar dahilinde destek veriliyor %45,9 denmiştir.

## ÖNERİLER

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğini sağlama sendikaların yapabilecekleri ve alabilecekleri önlemleri genel olarak; farkındalık yaratma, farkındalık yaratma, iş yerlerinde eğilimleri arttırma, tüzükte yer olan eksikliklerin tartışılarak giderilmesi, hukuki destek konularındaki eksikliklerin giderilmesi şeklinde özetlenebilir.

KESK içerisinde toplumsal cinsiyet eşitsizliğini giderme konusunda olumlu gelişmeler kaydedilemekte, uyarılar, öneriler dikkate alınmakta fakat daha da geliştirilmesi gerektiği yönünde bulgular vardır. Klasik söylemlerin acilen değişmesi için toplumsal cinsiyet eşitliği eğilimleri sendika içinde, içinde iş yerlerinde arttırılmalıdır.

Kadın meclis eylem ve etkinliklerine ayrılan bütçe konusunda tüzüklerde eksikliklerin olduğu, sadece tüzükte olmayacağına zihinlerde değişimin şart olduğu bildirilmiştir.

Kadın meclisleri eylem ve etkinliklerine ayrılan bütçe konusunda tüzüklerde eksikliklerin olduğu, sadece tüzükte olmayacağına zihinlerde değişimin şart olduğu bildirilmiştir.

Kadın sekreterlikleri 8 Mart ve 25 Kasım etkinlikleri dışında da desteklemek, bu zamanların dışında, kadın sorunı konusunda politikalar üretmek, siyasi yapıların kadın programlarına göre sendikada kadın hareketini şekillendiren eğilimlerin vazgeçilmesi

Net bir şekilde çalışmaları için bütçe ayrılmazsa tüzükte yer almalı, eylem ve etkinliklere göre değişken olmalıdır.

Kadın Meclislerine, kadın çalıştaylarına daha çok kadının gelebilmesini önü açılmalı, şube sayı kotaları kaldırılmalıdır. Kadın üye olmak için her güdüde oyun odası açılmalı aktif hale getirilmeli, iş yerlerinde kreş sorunu daha çok gündeme getirilmelidir.

Kadınların iş hayatında yaşadığı sorunları derinlikte ele alarak sahada yürütülecek sohbet ve toplantılarla sorunlar tartışılmalı mücadele yolları bir tartışma içinden çıkarılmalıdır.

İşyerlerinde kadınların yaşadığı sorunlarda, örgütlü davranış gerektiren her sorun her olay dâhilinde ele alınarak kadınlara yol ve seçenek sunulabilmesi yönlerinde yapılabilecek mekanizmalar geliştirilmelidir.

İşyerinde kadınlara dayatılan baskı, sömürü ve cinsiyetli uygulamalara karşı mücadeleyi ve kazınma stratejilerinin oluşturulurken kadınların ev içindeki gelenekselleşmiş kadın cinsiyet rollerini indestirerek bu rotayı parçalayıcı çözüm üretme arayışında olmalıdır.

Subeler arası iletişim, tecrübe aktarımı arttırılmalı, iller arası eylem ve etkinliklerde kadınların bir araya gelebilmesini desteklemek ve güçlendirmek için Genel Merkezten bütçe ayrılmaları, kota uygulamasına son verilmelidir.

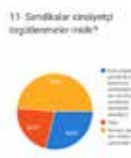
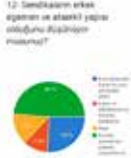
SES, aktivistlerin çoğunluğunu kadınlar oluşturduğu halde, sendikada görülenler daha azdır. SES şube ortamlarında cinsiyetçi davranışlara maruz kalmamızın ana nedeni erkeklerin örgütülüğünün çok düşük düzeyde olması, sahadaki çalışmaların büyük oranda kadın emeği üzerinden yürütülmüştür, fakat yine daha geri planda görünüyordur.

Saldırıları baskı dışlarının bir arada çalışması, hiyerarşi gibi sabitler cinsiyetçi uygulamaları arttırmaktadır. İş hayatında yaşanan cinsiyetçi iş bölümü ve bunun getirdiği sonuçlar için toplumsal cinsiyet ve kadın sorunu daha sık ele alınmalıdır.

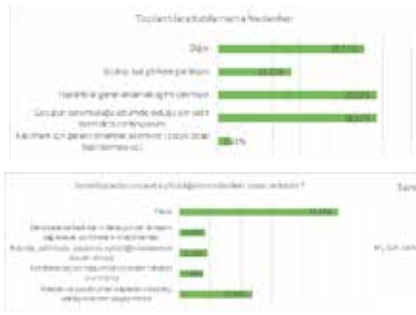
Kadınların yalnız değil ortak mücadele ile destekleneceği güvenini sendikal her kadına hissettirmesi gerekir. Bir gün cinsiyet ayrımlı gözetilmeye her alanda eşitliği konuşacağız bir dünyaya inancımızda...



Son söz söyleme, farklı davranışlara maruz kalma hissi yaygın hissedilen bir davranış.



Çocuğun bakım yükümlülüğü, iş çıkışı evde olma zorunluluğu gibi konular kamuda çalışan kadınlarda da farklılık gösteriyor.



Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin nedenleri emek mücadelesi veren sendikalarda da farklılık göstermiyor.

Dünyada ve ülkemizde yükselen kadın hareketi sendikaları da olumlu yönde etkilemektedir.



1. SES, Türkiye İşverenleri Konfederasyonu (TİSK) ve Türkiye İşçileri Konfederasyonu (TİS-K) tarafından oluşturulmuş bir sendikadır. SES, Türkiye İşverenleri Konfederasyonu (TİSK) ve Türkiye İşçileri Konfederasyonu (TİS-K) tarafından oluşturulmuş bir sendikadır. SES, Türkiye İşverenleri Konfederasyonu (TİSK) ve Türkiye İşçileri Konfederasyonu (TİS-K) tarafından oluşturulmuş bir sendikadır.



## BİYOPSİKOSOSYAL BİR OLGU OLARAK İNFERTİLİTE (KISIRLIK)

AYNUR AYHAN

İSTANBUL SES AKASARAY ŞUBE

Erkek egemenlikçi sistem tarih öncesi çağlardan beri mitoloji, din, felsefe ve bilimsel yöntemlerle kendini var etmiş, ancak çoğu zaman bu gücünü kadınların farklı yaşamsal pratiklerinde bir sömürme aracı olarak kullanmaktan geri kalmamıştır. Bu pratiklerden biri olan tıbbi olarak infertilite diye adlandırılan çocuk sahibi olamama durumu biyopsikososyal açıdan yazın akışı boyunca ele alınacaktır.

Kadın ve erkeğin doğuştan fizyolojik olarak farklı yapılara sahip olması biyolojik cinsiyet olarak tanımlanırken toplumsal cinsiyet kavramı, tüm cinsiyet algılarının toplum tarafından sosyal olarak inşa edilen rolleri, davranışları ve faaliyetleri ifade etmektedir. Çocukluktan yetişkinliğe doğru uzanan süreçte toplumsal cinsiyet rolleri maruz kalınan tüm pratiklerde ilmek ilmek örülmektedir. Kız ve erkek çocuğun oynadığı oyunlarda kız çocuğuna araba yerine oyuncak bebeğin verilmesi doğal bir süreç olmayıp yetişkinlikteki kadın ve erkeğe cinsiyetinden beklenen rollere hazırlık mahiyetindedir. Bu nedenle evliliğe yeni adım atan bir çifte çevrenin “Ne zaman çocuk sahibi olacaksınız?” sorusunu yöneltmesiyle üremek bir çiftin ortak bir kararı olmaktan çıkmaktadır.

Üreme, çoğalma bir canlının neslini sürdürmesi için gerçekleşen doğal bir olaydır. Üremeye ait ilk kaynaklar antik çağlara kadar uzanır. Bu kaynaklardan biri olan İncil’de “verimli (üreten) olun ve çoğalın” emri yer almaktadır. Asırlar öncesi dönemlerde Tanrı, fertilité ve infertilitenin kaynağıydı. Bir kadının üreme yeteneği kadınlığın ölçüsü iken infertilite sorunu kadının verimsizliği, Tanrı’nın yanlış davranışı cezalandırması olarak görülmekteydi (Sexton 2010).

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin en az bir yıl boyunca haftada üç dört kez korunmasız cinsel ilişkide bulunmalarına



rağmen gebeliğin oluşmaması ya da gebeliği sürdürememe olarak tanımlanmaktadır (Mosher ve Prett 1991).

Dünyada ortalama her 10 kadından biri, Türkiye’de ise evli her 6 kadından biri bu sorunu yaşamaktadır (Koçyiğit 2012). Aktürk’ün (2006) aktardığı Türkiye’de 1990 nüfus sayımı sonuçlarına göre; 15–49 yaş aralığında olan evli kadın oranının %23 olduğu ve bu oranın yaklaşık 31,3 milyon kadına karşılık geldiği tespit edilmiştir. Söz konusu kadınların %8,5’i infertilite olup yaklaşık 1,5 milyon kadın ve eşleri de hesaba katıldığında 3 milyon kadar insanın infertiliteden direkt olarak etkilendiği görülmektedir. İnfertilite, yüksek prevelansta görülmesi ve infertil çiftlerin yaşadıkları problemler nedeniyle ülkemiz ve diğer gelişmekte olan ülkeler için önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Beklenmedik ve ani bir yaşam krizi şeklinde ortaya çıkan infertilite, beklenilmediği gibi bazen açıklanamayan, tanısı ve tedavisi uzun yıllar alan, yüksek düzeyde stresli ve uyum sağlamada bireyi zorlayan bir haldir. İnfertilite söz konusu olduğunda bireyin bir doktor, avukat veya bilim insanı olması değil infertil olması ön plandadır (Taşçı 2008).

İnfertilite sadece kadına ait nedenler %37, sadece erkeğe ait nedenler %28, her ikisine ait nedenler %25, açıklanamayan nedenler ise %10 oranındadır. Görüldüğü gibi sadece kadına ait nedenler %37’lik bir oran olmasına rağmen etken erkek faktörü olsa dahi, karmaşık tedaviler ve girişimsel işlemlere maruz kalan, toplumun ve sosyal çevrenin damgalayıcı tutumlarıyla karşılaşan genellikle kadınlardır. İnfertilite sorunun kendisiyle beraber tanı öncesi, tanı sırası ve uzun yıllar alabilen tedavi süreci, kadınlar için duygusal, fiziksel ve maddi olarak stres yüklü bir deneyim olmaktadır. Araştırmalara göre bu süreçte infertil kadınların yaşadıkları stres düzeyi ve depresyon şiddeti HIV-pozitif, kanser, kalp rahatsızlığı olan kadınların yaşadığı stres düzeyi ve depresyon şiddetinden daha yüksektir (Kainz 2001).

Çocuk, çoğu kültürde ekonomik, psikolojik ve sosyal değer boyutları olan, kişilere ayrıcalık ve itibar kazandıran bir faktördür. Bu nedenle toplumların çocuksuzluğa yükledikleri anlamlar da farklılıklar göstermektedir (Sexton 2010).





Çad Cumhuriyeti'nde yaşayan Sara toplumundaki kısır kadınlar, atalarından birinin veya eşinin isteğini yerine getirmemiş, dini görevlerini yerine getirmemiş olarak kabul edilmektedir. Keza Zaire'deki Yaka toplumunda da kadınların kısır kalmasına atalarının büyü yapması, beddua etmesi veya kendisinin sosyal hatalarının sebep olduğuna inanılmaktadır (Layne 1999, Leonard 2002).

Afrika'da infertilite sık görüldüğü için bu nedenle boşanmalar da fazladır. İnfertilite kadından kaynaklandığında erkek eşini boşayabilmekte ancak infertilite erkek kaynaklı olduğunda kadın eşini boşama hakkına sahip olmamaktadır (Leke ve diğ. 1993).

Kenya'da üreme sağlığı ile ilgili problemler açısından Afrika ülkeleriyle benzerdir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar nedeniyle infertilite oranları yüksek olup üreme davranışları üzerinde sosyo-kültürel etkenler rol oynamaktadır. Toplumun üremeye ilgili yaptığı baskıların çoğu erkek çocuk sahibi olma yönündedir. Bir erkek, ilk eşi infertil olduğunda erkek çocuk sahibi oluncaya kadar bir veya daha fazla eş almak zorundadır. Kadın sadece kız çocuk doğuruyorsa; eşinin memnuniyeti için erkek çocuk sahibi oluncaya kadar çocuk doğurmalıdır (Leke ve diğ. 1993).

Türkiye'ye bakıldığında geleneksel Türk kültüründe evlilik, çocuk sahibi olmakla eş tutulmaktadır. Soyun devamlılığını sağlama, çocukken aileye ekonomik katkısı ve anne- babaya yaşlılık güvencesi olma rolleri nedeniyle çocuğun ailede gerekli ve önemli bir yeri olduğu düşünülmektedir. Türk atasözlerinden "Çocuk evin meyvesidir", "Çocuksuz ev tütmeyen ocak gibidir" sözleri de toplumun genel anlayışına çanak tutmaktadır. İnfertil kadınlarla ilgili "Çocuksuz kadın meyvesiz ağaca benzer", "Evladı olmayanda merhamet olmaz", "Oğlanı kızı olmayan avrattan, eski hasır yeydir" gibi değerlendirmelerin yanında kızla erkek çocuk doğuran kadınlarla ilgili "Oğlan doğuran övünsün, kız doğuran dövünsün", "Oğlanı her karı doğurmaz, er karı doğurur" gibi sözlerle karşılaşılmaktadır. (Ergan 2006).

Çiftler, infertiliteyi yaşamlarındaki en zor deneyim olarak bildirmektedirler (Jisha ve Thomas 2016). Yapılan bir çalışmada çiftlerin %83.3'ü bir çocuğa sahip olma baskısını hissettiklerini



belirtmişlerdir (Taşçı ve diğ. 2008). Bu baskının ilk adımı evlendikten sonra toplumun “Ne zaman çocuk yapacaksınız?” şeklindeki sorularıyla gerçekleşmektedir. Arkadaşları, yakın aile üyeleri ve yabancıların doğrudan veya dolaylı olarak yaptıkları baskı, her infertil çiftin çocuksuzluğa bağlı yaşadıkları sıkıntılarını kat kat arttırır. Aile büyüklerinin eleştirel ve horlayıcı imaları, arkadaşların dikkatsizce soruları, sağlık görevlerinin fikirleri, yabancıların düzenli olmayan direkt soruları ile çiftler baskıyı farklı biçimlerde deneyimlemektedirler (Koçyiğit 2012, Kızılkaya 1987).

Literatürde yapılan birçok çalışmada infertil kadınların erkeklerden daha çok sosyal baskıya maruz kaldığı belirtilmektedir. Koçyiğit'in çalışmasında görüşülen her iki kadından birinin doğrudan sosyal baskıya uğradığını belirtmesi bu farklılığa en çarpıcı örnek teşkil etmektedir. Kadınlar çocuksuzlukla ilgili sorulara yoğun olarak ve zaman içinde artan şekilde karşılaşmaktadır. Bu sorulara karşılık kadınların çocuklarının olamayışını anlatmak durumunda kalmaları, çocuklu ortamların verdiği stresi yaşamaları, çocuklarını seven çiftleri görünce özenmeleri, eşlerini başkalarının çocuklarını severken gördüğünde kendilerini eksik ve yetersiz hissetmeleri, aynı dönemlerde çocuk sahibi olmayı deneyen yakın arkadaşı, kardeşi veya yaşitlarının çocuklarının olması, özellikle eltilerle yarış halinde olma hissi, kayınvalidelerin boşanma ve/ya kuma tehditlerinin kadınlar üzerinde birer baskı unsuruna dönüştüğü görülmektedir. Eşlerinin sadakatsiz davranışları da bazı kadınların muzdarip olduğu diğer baskılardan olmaktadır. Çocuk sahibi olamayan kadın, anne rolünü yerine getirmediğinden toplum tarafından “verimsiz toprak”, “kuruyan ağaç” olarak görülmektedir (Koçyiğit 2012).

Kadın açısından çocuksuzluk; doğuramama, bedeni isteklerine uymadığından kontrol kaybı, annelik içgüdüsünün doyurulamaması nedeniyle psikolojik eksiklik, kendini kadın toplumunun dışında hissetme, duygusal olarak evlat desteğini alamadığı için kendisini yalnız ve değersiz hissetme, benlik değerinde düşme, yaşlılıkta kendisine bakacak kişinin olmaması, sosyal rol eksikliği (anne, hamile kadın, loğusa, kayınvalide, büyük anne) anlamlarını taşımaktadır (1998 alıntı Sezgin ve Hocaoğlu 2014).



Kadınlar kendilerini bir aileyi yaratmaktan sorumlu gördükleri için bunun gerçekleşmemesi durumunda hayatlarının amacını kaybederler. İnfertilite kimden kaynaklanırsa kaynaklansın tüm kadınların kendilerini “çorak/verimsiz”, “deforme olmuş”, “kusurlu/eksik/özürlü”, “boş” gibi kelimelerle tarif ettikleri görülmektedir. Kadınlar kayıp olarak gebelik ve doğum yaşantısına kendi yetersizlikleri olarak bakarlar (Nachtigall ve diğ. 1992). Bu nedenle kadınlar, çocuk sahibi olabilmek için tıbbi uygulamalar dışında dinle ilgili olsun veya olmasın her türlü öneriye açık olmaktadır. Çocuksuzluğa yönelik çare arayışındaki kadınlara çoğunlukla kadınların ve eşlerinin aileleri ile yakın akrabaları çeşitli önerilerde bulunmaktadır. Bu öneriler; çeşitli bitki, sebze, meyvelerden oluşturulan karışımları yeme veya içme, çeşitli buğulara oturma, bele bardak koyma, bel/göbek çektirme, kaplıcalara girme, cinsel ilişkiden sonra en az yarım saat dinlenme, karınlarının üzerine çiğ et veya sebze koyma vb. şekilde olmaktadır. Yapılan uygulamaların yarısının jinekolojik sorun yaşayan kadınların biyolojik sağlığını tehdit edebilecek nitelikte olduğu belirtilmektedir (Koçyiğit 2012). Türkiye'nin birçok yerinde türbeler, ziyaret yerleri çocuğu olmayanların çocuk sahibi olmayı dilemek için gittikleri yerler arasındadır. Koçyiğit (2012)'in araştırmasında kadınların birçoğu gebe kalabilmek için türbeleri ziyaret ettiğini, her altı kadından biri hocalara giderek hocalar tarafından önerilen muska taşıma, belli duaları okuma, üzerine dua okunan suyu içme gibi pratikleri uyguladığını belirtmişlerdir.

Yaşamsal bir tehdit olmamasına rağmen bir hastalık olarak nitelendirilen ve anlatıldığı üzere özellikle kadınların yaşamının tüm alanlarında bir kangrene dönüşen çocuk sahibi olamama günümüz çağında eğitim durumu, sosyal yaşantısına bakmaksızın kadınlar için kanayan bir yara olmaya devam etmektedir. Tarihin tüm dönemlerinden bu yana taşıdığı yaşam coşkusuyla devam eden kadın mücadelesinde yer alan kadınların kendi bedeni, yaşamıyla ilgili özgürce karar verebileceği günlere bir an önce kavuşmasını diliyor, tüm emekçi kız kardeşlerimi 8 Mart'ta alanlarda kendi sesimizle isteklerimizi daha yüksek sesle haykırmaya davet ediyorum.



## KAYNAKÇA

Aktürk F.S. Türk Toplumunun Yardımcı Üreme Tekniklerine Bakışı. Yüksek lisans tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.

Ergan NG. Türk Atasözleri ve Deyimlerinde Aile ve Akrabalık Anlayışı. 2006, Çukurova Üniversitesi Türkoloji-Makale Bilgi Sistemi. Erişim: 14 Şubat 2019, <http://turkoloji.cu.edu.tr/YENI%20TURK%20DILI/14.php>

Jisha PR, Thomas I. Quality of Life and Infertility: Influence of Gender, Years of Marital Life, Resilience, and Anxiety. *Psychol Stud.* 2016; 61(3): 159-169, doi: 10.1007/s12646-016-0358-6.

Kainz K. The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Womens Health Issues*, 2001; 11: 481-485.

Kızılkaya N. İnfertil çiftlerin bilgileri, uygulamaları ve infertilitenin psiko-sosyal değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1987.

Koçyiğit OT. İnfertilite ve sosyokültürel etkileri. *İnsanbil Dergisi*, 2012; 1(1):27- 38.

Layne LL. Fertility, gender and health: contributions toward a comparative anthropology of reproduction. *Reviews in Anthropology*, 1999; 28: 33-52.

Leke RJI, Oduma JA, Bassol-Mayagoitia S ve diğ. Regional and geographical variations in infertility: effects of environmental, cultural and socioeconomic factors. *Environmental Health Perspectives. Supplements*, 1993; 101(2): 73-80.

Leonard L. Looking for children: the search for fertility among the Sara of southern Chad. *Medical Anthropology*, 2002; 21: 79-112.

Mosher WD, Pratt WF. Fecundity and infertility in the United States: incidence and trends. *Fertil Steril* 1991; 56: 192-193.

Nachtigall RD, Becker G, Wozny M. The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertil Steril*, 1992; 57(1): 113-21, (doi:10.1016/S0015-0282(16)54786-4).

Sexton MB, Byrd MR, O'Donohue WT ve diğ. Web-based treatment for infertility-related psychological distress. *Archives of Women's Mental Health*, 2010; 13(4), 347-358. doi:10.1007/s00737-009-0142-x.

Sezgin H, Hocaoğlu Ç. İnfertilitenin Psikiyatrik Yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014; 6: 165-84.

Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O ve diğ. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 2008; 5 (2) 105-10.

Zola, I. K. (1994). Sağlık ve Köreltilci Tıp. Profesyoneller İktidarı içinde (s. 43 – 68). I. Illich, vd. (Der.). Cevdet Cerit (Çev.). İstanbul: Pınar Yayınları.



## MUHAFAZAKAR POLİTİKALARDAN KAYNAKLI TÜRKİYE'DE KÜRTAJ VE ERİŞİMİ

SEMRA USTABAŞ, NURSEL YÜCESOY  
İZMİR SES ŞUBE KADIN SEKRETERİ

Kürtaj, ister yasalar çerçevesinde legal görünümlü olsun isterse yasalar ile düzenlenmemiş olsun eril iktidarın kadın bedeni üzerindeki tahakkümü çerçevesinden maalesef çıkmamıştır ve kadın hareketleri için bir mücadele alanı olmaya devam etmektedir. Konu dönem dönem çeşitli ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de ele alınmış fakat özellikle Türkiye'de kadınlar tartışmaların dışında bırakılmıştır. (Dipnot-1 ) Kadınların dışlandığı bir kürtaj tartışmasının legal formülasyonu olan bir kürtaj düzenlemesi, kadınların gerçekliğine de yabancıdır. Zira bu ve buna benzer düzenlemelerin tümü iktidarların çeşitli arzu ve ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla dışında bir anlam ifade etmemektedir ve pratikte de kadınlara bir fayda sağlamamaktadır.

Nüfusun düzenlenmesi kadınların üreme kapasitelerinin düzenlenmesiyle doğrudan ilintilidir ve kürtaja ilişkin yasal düzenlemeler de -ister yasaklama isterse izin verme biçiminde olsun- kadınların bedenlerinin devlet denetimine açılmasına işaret etmektedir. Devletler, egemenlik kurdukları topraklardaki demografik değişkenleri belirlemek ve denetlenmek için kapsamlı nüfus politikaları geliştirirler. Aile planlama politikaları ve Kürtaj düzenlemelerinin önemli bir kısmı kadın doğurganlığının ve dolayısı ile bedeninin devlet denetimi altında yönetilmesi amacı ile oluşturulmaktadır. Bu politikalar ve yasalar, en baştan kürtaj tartışmalarının çerçevesini çizerek, yasa koyucu devletin kadın bedeni üzerinde kurduğu tahakkümün tarafı ve hatta garantörü hâline gelir. Türkiye'de geçmişten bu yana yapılan kürtaj düzenlemeleri, kürtajın cezaya tabi tutulmasından sınırlı ve şartlı serbestisine kadar, kürtaj söylemlerini ve kürtaja ilişkin politik ve kültürel tasarruflarımızı derlemeye ve tahayyüllerimizi şekillendirmeye çalışır.



Türkiye Cumhuriyeti, Osmanlı nüfus politikalarını devralırken dönüştürmüş ve kürtajın tıbbi zaruret durumlarında pratiğini serbest bırakmıştır; ancak bu kısıtlı serbestlik hukuki ve tıbbi bir gerilim haline gelmiştir. 1926'da yürürlüğe giren ve 1899 İtalyan Ceza Kanunu esas olarak oluşturulan Türk Ceza Kanunu (TCK), kürtaj düzenlemeleri "Kişilere Karşı İşlenen Cürümler" başlığı altında ele alınmıştır ve "çocuk düşürme ve düşürtme cürümleri" hapis ve para cezası olarak düzenlenmiştir.

1936 yılında TCK'da yapılan bir değişiklik ile söz konusu "çocuk düşürme ve düşürtme" suçları "İrkin Tümlüğü ve Sağlığı Aleyhine Cürümler" başlığı altına alınmıştır.

1970'li yıllar hem dünyada hem de Türkiye'de kürtaj tartışmalarının yoğunlaştığı ve kürtaj hakkına ilişkin taleplerin yükseldiği yıllar olmuştur. Yükselen yasallaşma dalgasıyla, farklı ülkelerde çeşitli düzenlemelere tabi tutularak kürtaj serbest bırakılır. 1980'e geldiğimizde ise "üreme hakları" kavramı ve kürtaj yasaklarının kaldırılması kadın hareketinin ana taleplerinden birini oluşturur.

Bu gelişmeler ışığında, 1971 Şubat ayında toplanan Sağlık Şurası "bedava kürtaj" hakkını benimsediğini duyurmuştur.

Bugün Türkiye'de kürtaj, yani gebeliğin sona erdirilmesi veya mevcut yasada anılan şekliyle rahim tahliyesi, 24 Mayıs 1983 tarihli ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu'nca düzenlenmektedir. 15 maddeden oluşan bu kanun yasanın amacını, kapsamını, yöntemini ve yasanın ihlali durumunda uygulanacak cezaları belirler. Genel hatlarıyla bu yasa, isteğe bağlı kürtaj hizmetini gebeliğin onuncu haftasına kadar mümkün kılarken, bu hizmetin ediminde eş veya kadının reşit olmaması durumunda veli rızası aranmasını da şart koşar (Nüfus Planlaması Kanunu No: 2827).

Kürtajın kısıtlı serbestisine uygun olacak şekilde, Türk Ceza Kanunu (TCK) da yeniden düzenlenir. TCK'nın 99. ve 100. maddeleri, "çocuk düşürme" ve "çocuk düşürtme" suçlarını düzenler ve yönetmeliği ihlal eden kürtaj operasyonları için hapis veya adli para cezası öngörür. 2005 yılında TCK'da yapılan bir değişiklik, kadının mağduru olduğu bir suç neticesinde hami-



le kalması durumlarında, süresi 20 haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmeyeceğini bildirmiştir. TCK Madde 99/6 bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerektiğinin belirtir (TCK 5237).

Kürtaj yasası, kürtaj kararının verilmesini eşin veya ebeveynin iznine bağlayarak, kürtaj hakkının kullanımında kadınları ikinci plana itmektedir. Bugün hâlen yasanın öngördüğü kürtaj serbestisindeki süre kısıtlaması, kürtajın gitgide tıbbileştirilmesi ve cezai yaptırımların devamlılığ, başlıca sorgulanması gereken ögeler olarak varlığını sürdürmektedir. Bunun yanında ileride değineceğimiz Kürtaja erişimin kısıtlanması, tıbbi düşük/medikal kürtajın engellenmeye çalışılması ve hizmetlerin özelleştirilmesi, bugün kürtaj mücadelesini yeni bağlamlara yerleştirmektedir. (Dipnot – 2 )Bugün yasaya rağmen kürtaja erişimin zorlaştırılması iktidarın sistemli bir politikasıdır. 2012 yılında dönemin başbakanı Recep Tayyip Erdoğan'ın 34 kişinin ölümüyle sonuçlanan Uludere katliamının ardından yaptığı "Her kürtaj bir Uludere'dir" açıklaması, yirmi yılı aşkın süredir yürürlükte olan kürtaj yasasına rağmen kürtaj tartışmalarını yeniden alevlendirmiştir. Başbakanın açıklamaları ardından Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın kürtajı sınırlandıracak bir kürtaj düzenlemesi hazırlığında olduklarına dair açıklamıştır. Bununla birlikte, 2012 yılında kürtaj hapı olarak bilinen Misoprostol'ün "amaçdışı" kullanıldığı gerekçesiyle yasaklanması, hükümetin kürtaj karşıtı ajandasının somut bir adımı olarak ifade bulmuştur. (Dipnot - 3)

2015 yılında Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı'nın İstanbul'daki kamu hastanelerinde yaptığı "kürtaj yoklaması", sadece 3 kamu hastanesinin isteğe bağlı kürtaj yapmakta olduğunu, 12'sinin hiçbir şekilde kürtaj yapmadığını ve 17'sinin ise yalnızca tıbbi zaruret hâllerinde heyet kararı ile teröpatik kürtaj yaptığını göstermiştir. İsteğe bağlı kürtaj yaptığını söyleyen hastanelerden sadece 1 tanesi 10. haftaya kadar kürtaj yaptığını teyit etmiş, diğer ikisi ise bu sürenin 8. haftaya kadar olduğunu kaydetmiştir. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı, yayınladıkları basın bülteninde kürtaj talebi reddedilen kadınların, özel hastanelere gitmek zorunda bırakıldığı ve kürtaj hizmeti için yüksek meblağalar



ödediğini belirtmiştir. Basın bülteninde, kürtaja erişimin yasaya rağmen kısıtlanmasının, en çok alt gelir grubundaki kadınları mağdur edeceğinin altı çizilmiştir (Morçatı 2015).

Ailenin sosyal politika aracı haline getirilmesi ve kadınların aile içerisinde tanımlanması “kutsal aile” ve “kutsal annelik” söylemiyle meşrulaştırılmakta ve böylece, kadınlardan ekonominin gereksinim duyduğu “genç ve dinamik nüfusun üreticisi” rolünü benimsemeleri beklenmektedir. Kadınlara ilişkin bu yaklaşım “en az üç çocuk” talebiyle somutlaşmaktadır. En az üç çocuk talebinin dile getirildiği her konuşmada görülen “güçlü ekonomi, güçlü Türkiye” vurgusu, kadınların bedenlerinin denetimiyle, daha doğrusu kadınların rahimlerinin bir kez daha devlete ait kılınmasıyla sonuçlanmaktadır. İlk kez 2008 yılında Uşak’ta Kadınlar Günü toplantısında dile getirilen ve daha sonra “vatana çocuk hibe etme” (Radikal, 8 Ağustos 2013) biçimine dahi bürünen bu talep, kadınların, ulusun biyolojik yeniden üretiminin aracı olarak görüldüğünün ve kadın bedeninin neoliberalizm, muhafazakârlık ve milliyetçiliğin kesiştiği noktada devletin denetimine (bir kez daha) açıldığının göstergesidir.

Zira nüfus artışının bir devlet politikası haline getirilmesinin gerisinde, ‘Demografik fırsat penceresi’ olarak tanımlanan 15-65 yaş arası çalışabilir nüfus oranını yüksek tutmak, yani emek piyasasındaki rekabeti canlı tutmak, Kürt ve Türk nüfus arasındaki dengeyi korumak, oransal olarak Kürt nüfusun artmasını engellemek ve kadınların esas işlevinin annelik olduğunu vurgulamak” (Özkan-Kerestecioğlu, 2013: 18) amaçları yatmaktadır.

## DİPNOTLAR;

1. Avrupa’da gebeliğin erken aşamalarında sona erdirilmesi, 19. yüzyıla dek genellikle kadınların denetiminde ve özel alana ait sayılan bir mesele olmuştur (Peterson, 2012). Ancak, Foucault’nun belirttiği gibi, 18. yüzyıl sağlık politikaları çerçevesinde devletin tıp ve hijyen pratikleri toplumsal denetimin aracı haline gelmiş; salgın hastalıkları engellemek, ölümleri azaltmak ve yaşam süresini uzatmak için otoriter tıbbi müdahaleler ve denetimler başlamıştır. Bu çerçevede daha önce yasak olmayan bazı uygulamalar da suç kapsamına alınmıştır ki bunlardan biri de kürtajdır (Foucault’dan akt. Ertem, 2011: 47). 19. yüzyılın ortalarından itibaren nüfusun azalması endişesine koşut bir biçimde önce Avrupa’da, daha sonra ABD’de kürtaj yasaklan-





maya başlanmış ve kadınların bu süreç içerisinde sahip oldukları denetim yetkisi ellerinden alınarak tamamen hekimlerin denetimindeki bir uygulama haline getirilmiştir. Avrupa'da özellikle Fransa bu konuda öncü bir rol oynamış, 1791 yılında gebe kadınların düşük yapmasına katkıda bulunanlar cezalandırılmış, 1810 yılında ise düşük yapmak isteyen kadınlar da ceza kapsamına alınmıştır. İngiltere'de ise ilk olarak 19. yüzyılın hemen başında, 1803'te fetüsün can kazanmamış olma ilkesi muhafaza edilerek isteğe bağlı düşük yapmak suç olarak düzenlenmiştir (Çokar, 2006: 54-55). 1861 yılında ise kürtaj tamamen yasaklanmıştır. ABD'de kürtajın yasaklanması 1860'larda başlamış ve 1880'lere gelindiğinde hemen tüm eyaletlerde yasaklama süreci tamamlanmıştır. 20. yüzyıl başında Batı Avrupa ülkeleri ile ABD'de gebeliğin tüm aşamalarında kürtaj yasaktır (Peterson, 2012).

2. Türkiye'de yapılan sağlık araştırmaları da, kürtaja erişim sorununun farklı boyutlarını göstermektedir. 2013 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçları, her on kadından dördünün (yüzde 40) kürtaj olmaya eşleriyle birlikte karar verdiğini, kadınların yüzde 17'sinin bu kararı tek başına aldıklarını ve yüzde 3'ünün de eşlerinin kararı doğrultusunda hareket ettiklerini kaydetmiştir. 2008-2013 yılları arasında gerçekleşen kürtaj operasyonlarının yüzde 62'si özel doktor muayenehanesi veya özel hastanelerde ve yüzde 34'ü kamu sağlık kuruluşlarında gerçekleşmiştir (TNSA 2013). Görüldüğü üzere, kürtaj talebi çoğunlukla özel hastanelerde karşılanırken, pek az ihtimalle kadının kendi kararına dayanmaktadır. Bununla birlikte, kürtaja erişimin kırsalda ciddi şekilde kısıtlandığına dikkat çekmektedir. Yasa uyarınca kürtaj operasyonlarının yalnızca jinekologlar veya onların gözetimi altında yapılmak zorunda olması, uzman doktorların kırsal kesimlerde nadiren bulunması sebebiyle, kürtaja erişimde kır-kent eşitsizliği yaratmaktadır (ibid 2008, 372).

3. Bugün, kürtaj operasyonundan bağımsız olarak, kürtaj kararı çoğu durumda teknik tıbbi bir bilgi gerektirmemektedir (Sheldon 1998, 49). Bununla birlikte çeşitli araştırmalar, medikal kürtajın/tıbbi düşüğün bir hastahane veya tıbbi klinikte gerçekleşmek zorunda olmadığını ileri sürerek kürtajın demedikalizasyonunu tartışmaya açmaktadır. Örneğin; 2012 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bir çalışma, 12. haftaya kadar olan gebeliklerde medikal kürtaj/tıbbi düşük yapılmasının, ilaçların kadınların kendileri tarafından bir sağlık merkezine gitmek zorunluluğu olmaksızın, verilen talimatların takip edilmesi kaydıyla, güvenli ve etkili olduğunu doğrulamıştır (WHO, 2012). Sheldon (1998), söz konusu tıbbileştirilmeyi feminist bir kürtaj politikasının en acil ve öncelikli sorunu olarak nitelendirir: Bu durum-tıbbileştirilme-, kürtajın siyaset dışına itilmesine ciddi bir şekilde katkıda bulunmuş ve kadınların kürtaj hizmetlerine erişimini dış saldırılardan korumaya hizmet etmiştir. Ancak aynı zamanda, -kürtaja- erişimi sıkı sıkıya tıbbi takdirle kuşatmıştır (...) Tıbbi kontrolün kürtaj üzerindeki tasarrufu, bu hizmete erişimi keyfileştirirken, göreceğimiz muameleyi de tıbbi iyi niyete bağlı kılar.

# Muhafazakar Politikalarda Kürtaj ve Erişebilirlik



1983

Türkiye'de kürtaj yasal hale geldi



2008

En az   söylemleri



2012

Kürtaj cinayettir, her kürtaj bir Uludere'dir

«İsteğe bağlı kürtaj butonunun» kaldırılmasıyla 1983 yasasında değilse de uygulamada hayata geçirilmiş ve kürtaj fiili olarak yasaklanmıştır

Kürtaj yasağı olan ülkeler ile olmayan ülkeler arasında kürtaj oranları birbirine çok yakındır.

Kadınlar istenmeyen gebeliklerini sağlıksız, güvencesiz ve yaşamını tehdit eden yerlerde sonlandırmaya mecbur bırakılmıştır.

**Kürtaj yasağı bir insan hakkı ihlalidir.**





## İNSAN YAPARKEN DİŞİNDEN OLMAK

PERİŞAN AKIN

TEKİRDAĞ SES TEMSİLCİLİĞİ

Ağız ve diş sağlığı tedavileri eşitsizliklerin en yoğun yaşandığı sağlık alanlarından biridir. İsveç'te 2004 yılında yapılan bir halk sağlığı çalışmasında bir sosyoekonomik dezavantaj indeksi geliştirilmiş ve bu indeksin her bir artan düzeyinde hem ağız sağlığının hem de hizmet kullanımının kötüleştiği saptanmıştır [1]

Yine İzmir Bornova'da 2013 yılında gebelerin ağız ve diş sağlığı hizmet gereksinimi ve bu hizmetlerden yararlanma düzeyinin sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisi incelenmiş ve çalışma bölgesindeki gebelerin büyük oranda sağlık hizmet gereksinimlerinin karşılanmadığı ve diş hizmetlerine erişimde gelir düzeyine bağlı eşitsizlik yaşandığı tespit edilmiştir. [2]

Benzer çalışmalar baz alındığında nitelikli sağlık hizmetine sosyoekonomik olarak daha dezavantajlı grupların erişiminin kısıtlı olduğu görülmektedir. Sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerin ağız ve diş sağlığına etkisini yansıtan çalışmalar kanıt olarak alındığında yaşanan eşitsizliklerin gebelik döneminde de söz konusu olması beklenen bir durum. Bu tablo gebelerde ağız ve diş hastalıklarına fizyolojik yatkınlıkla beraber daha da çarpıcı bir hal alıyor.

Gebelerde hormonal ve vasküler değişikliklerin özellikle de östrojen artışının diş etlerinde hiperemi, enflamasyon, kolay kanama ve bunun ardından gelişen bakteriyel enfeksiyonla diş kaybına kadar gidebilen dişeti hastalıklarına yol açtığı bilinmektedir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar her üç anne adayından birinde gebelik gingivitis (diş eti hastalığı) geliştiği saptanmıştır. [3]

Yine gebelik döneminde fetüse kalsiyum takviyesinin her ne kadar plazmadan ve kemikten sağlandığı belirtilse de bu



durum tartışma konusudur. Dişten kalsiyum kaybı söz konusu olmasa da fetüse yoğun kalsiyum akışı nedeniyle total anne plazma ve dolayısıyla tükürük kalsiyum seviyesinin düşüşü, fosfatla birleşip kalsiyum fosfat olarak dişe geçmesi gereken mineral miktarını azaltmaktadır. Bu durum gebelik döneminde diş çürümelerinde artışa sebep olmaktadır.

Düşük gelirlili birçok kadının kapitalist işe ek olarak ev içi sınırsız ve güvencesiz çalıştırılması, çocuk ve yaşlı bakımı gibi yükümlülükler altında ezilmesi genel sağlığa paralel olarak ağız hijyeni ve ağız sağlığı konularında da problemlere yol açmaktadır. Buna bir de yukarıda bahsettiğimiz gebeliğin fizyolojik etkileri eklenince gebeler potansiyel diş hastalarına dönüşmektedir.

Artan dental sağlık problemlerine karşın gebelerin ekonomik, toplumsal ve fiziki kısıtlılıklar nedeniyle sağlığa erişimleri oldukça güçtür. Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde on dakikayla sınırlı seansların ve hekimleri puan toplayıcısına dönüştüren performans sisteminin sağlıklılık haline etkileri ortadayken koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi bilhassa gebeler açısından elzemdir.

İnsan ırkına yeni bir birey kazandıran gebeler, insana can verirken kapitalist yaşam koşulları, ataerkil aile yapısı ve mevcut sağlık sistemi cenderesinde dişlerinden, sağlıklarından olmaktadır.

[1] Wamala S, Merlo J, Boström G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005.

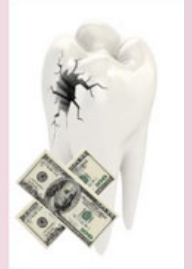
[2] İzmir-Bornova'da Gebelerin Ağız-Diş Sağlığı Hizmeti Gereksinimi Ve Bu Hizmetlerden Yararlanma Düzeyinin Sosyoekonomik Değişkenlerle İlişkisi\* Ayşe Nur USTURALI MUT, Zeliha Aslı ÖCEK, Ummahan YÜCEL, Meltem ÇIÇEKLİOĞLU, Ece EDEN 2013 Nisan-Haziran

[3] Ferris GM. Alteration in female sex hormones: their effect on oral tissues and dental treatment. Compendium 1993;14:1558-64, 1566; quiz 1571.

# Ağız ve Diş Sağlığı Problemlerinin Düşük Gelirli Gebelerde Görülme Prevelansı

Ağız ve diş sağlığı eşitsizliklerin en yoğun yaşandığı sağlık alanlarından biridir. Ağız ve diş sağlığı sorunları yoksullarda daha yaygınken nitelikli bir hizmete sosyoekonomik olarak daha avantajlı gruplar erişebiliyor. Bu tablo ağız ve diş hastalıklarına fizyolojik olarak yatkın olan gebelerde daha da çarpıcı bir hal alıyor.

Gebelerde hormonal ve vasküler değişikliklerin; özellikle de östrojen artışının dişetlerinde hiperemi, enflamasyon, kolay kanama ve bunun ardından gelişen enfeksiyonlarla diş kaybına kadar gidebilen dişeti hastalıklarına yol açtığı bilinmektedir. Reflü ve kusma ile artan ağız içi asidik ortama ek olarak fetüse anneden kalsiyum geçişine bağlı plazma kalsiyum seviyesinin düşüşünden tükürük kalsiyumunun etkilenmesi ve bunun sonucunda dişlerin çürüğe daha yatkın hale gelmesi de tartışma konusudur. 2006 yılında Amerika'da yapılan bir çalışmada her 3 anne adayından 1'inde gebelik gingiviti (dişeti hastalığı) geliştiği saptanmıştır.



Düşük sosyoekonomik seviyeden bir çok kadının kapitalist çalışma koşullarına ek olarak ev içi sınırsız ve güvencesiz çalıştırılması, çocuk ve yaşlı bakımı gibi yükümlülüklerinin olması; sağlıksız yaşam koşullarına paralel olarak ağız hijyeni ve ağız sağlığı konularında da problemlere yol açıyor. Buna bir de yukarıda bahsettiğimiz gebeliğin fizyolojik etkileri de eklenince gebeler potansiyel diş hastalarına dönüşüyor.



Artan ağız ve diş sağlığı problemlerine karşın gebelerin ekonomik, toplumsal ve fiziksel kısıtlılıklar nedeniyle sağlığa erişimleri oldukça güçtür. Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde 10 dakikayla sınırlı seansların ve hekimleri puan toplayıcısına dönüştüren performans sisteminin sağlıklılık haline etkileri ortadayken bu hizmetlerin erişilebilirliği bile oldukça güçtür. Öte yandan fahiş ücretler talep eden özel sektörde de düşük gelirli gebelerin diş tedavi hizmeti alması bir hayalden öteye geçemiyor.

**İnsan ırkına yeni bir birey kazandıran gebeler; insana can verirken kapitalist yaşam koşulları, ataerkil aile yapısı ve mevcut sağlık sistemi cenderesinde dişlerinde olurlar.**

**S E S TEKİRDAĞ ŞUBE**







## LAVİNİA DOCK & YERLEŞKE HAREKETİ VARDIK! VARIZ! VAR OLACAĞIZ!

URFA SES KADIN MECLİSİ

İlk toplulukların ortaya çıktığı günden bu yana kadınlar sağlık alanında hep var oldular. Köklü bir tarihsel/toplumsal birikimi ifade eden şifa geleneğini yaratanlar, nesilden nesle aktaranlar kadınlar oldu. Topluluk şifacılık sanatını icra eden bu kadınlara duyduğu saygının göstergesi olarak onlara kutsallık atfetti. Sağlık alanı bugün de kadın emeğinin yoğun olduğu, kadın emeği üzerinden yürüyen bir ala, ancak bugün kadının sağlıktaki yeri, özne olduğu kadim zamanların oldukça uzağında.

Bu dönüşümün zaman içinde tıp biliminin gelişimine paralel olarak kendi doğalında yaşanmadığını artık biliyoruz. Kadınların tahakküm altına alınmasını ve sömürsünü mümkün kılan, yeniden üreten her türlü düşünce kalıbını, toplumsal ilişkiyi ve kurumu mücadelesinin hedefi haline getiren, mevcut olanı bu haliyle reddederek kendi gerçekliğini kuran kadın mücadelesi sayesinde, kadının sağlıktaki mevcut konumunun büyük oranda zor aracılığıyla yaratıldığını görebiliyoruz.

Bu gerçekliğin tespiti mevcut durumun kadınlarca kabul edildiği anlamını taşıyor elbette, kadın sağlık hareketi güçlü bir mücadele birikimi ile tarihsel akışına devam ediyor. Lavinia Dock ve arkadaşlarının öncülük ettiği Yerleşke Hareketi bu akışta açığa çıkan en güzel örneklerden biri.

### HEMŞİRELİK POLİTİKTİR

Dock, hemşireliğin politik olduğuna inanıyordu. Onun için demokrasi, sağlıklı olmak demektir. Bir kadın ve bir sağlıkçı olarak, toplumdaki sağlık ve özgürlük sorunlarını birlikte ele alarak, toplumun sağlığına kavuşması için tüm egemenlik araçları ile savaştı. Bu kapsamda, yerine göre dinle, yerine göre



patriarkal anlayışıyla, yerine göre hekimlik otoritesi ve devlet ile çatışmayı göze aldı.

Dock'ın sağlık anlayışına göre özgür kadın, sağlıklı kadındı. Dock ve içinde bulunduğu, aktivist olarak rol aldığı tüm toplumsal hareketlerde, sağlıklı toplum hedeflenmiş, kolektif bilinç geliştirilmiş, kadına farkındalık kazandırılmış ve sağlık ile özgürlük ayrı iki değer olarak değil; iç içe geçmiş bir bütün olarak ele alınmış ve yorumlanmışlardır. Kadın duyarlılığı, özgür toplum ve sağlık anlayışları ile sistemin ve iktidarın dışında hareket alanları yaratarak, toplumun sağlığına kavuşması için mücadele ettiler.

Lavinia Dock hemşirelik sorunlarının kadın sorunlarından bağımsız olmadığını düşünüyordu. Ona göre; geçmişte hemşirelerin karşılaştığı zorlukların çoğu, özellikle kadınları etkileyen sosyal, ekonomik ve eğitimle ilgili sorunlardan kaynaklanıyordu. Hemşirelik Tarihi eserinde, sağlık ve bakım konularının tarihten bu yana sadece erkekler üzerinden yürümediğini, ana karakterin erkek olmadığını savundu. Dock, Sağlık bilgisini meşru olarak elinde tutan hekimlere karşı çıktı ve hemşireliğin meslek olarak meşruluğu üzerinde durdu.

Dock, hemşireliğin, hekimlikten bağımsızlaşması için hemşirelik eğitimi, halk sağlığı hemşireliği gibi konular üzerine çalıştı. Hemşireliğin, hekim emri ve denetimi olmadan çalışılabilecek bir meslek gurubu olduğuna inanıyordu. Özellikle bu nedenle, hemşirelerin yaptıkları ilaçların etkilerini bilmeleri için farmakoloji ile ilgili bir kitabı yazdı. Bu kitap, hemşirelik eğitimlerinde kullanıldı.

## **PATRIARKAL KAPİTALİZME VE TIBBIN ERİL İKTİDARINA BİR CEVAP: YERLEŞKE HAREKETİ**

19. yüzyıl sonlarında dönemin en zor koşullarını yaşayan işçi mahallelerindeki sağlık sorunlarını çözmek için, hemşirelerin öncülük ettiği sağlık yerleşkeleri kuruldu. Bunun ilk örneği, 1893 de Lilian Wald ve Mary Brewster tarafından kurulan Henry





Street Yerleşkesi oldu. 1896 da Dock, onlara katıldı. Henry Street Yerleşkesi New York'ta Kadın Koleji içeren beş ana yerleşken biriydi.

Bu kurumlar, kar amacı güderek çalışan kurumlar değildi. Dönemin en büyük sorununun barınma alanları olduğu düşünüldüğünde (sanayide işçi olmak için kent merkezlerine göçüp gelen kesimin ev koşulları oldukça sağlıksızdı), bir sağlık kurumu insanlara barınak da olmalıydı. Yerleşkelerde birçok aile bir arada yaşıyordu.

Yerleşkeler aynı zamanda hemşire okullarıydı, hemşireler yerleşkede yaşıyor, uygulamalı bir şekilde eğitim alıyordu. Sorunları komşuluk ilişkisi içinde birlikte çözülmüyordu. Örneğin; yemek ve çocuk bakımı işleri ortak yapılıyordu. Yerleşkede çalışan kadın işçiler, diğer işçilerle birlikte sınıf mücadelesi veriyor aynı zamanda kadınlık bilincini yükseltiyorlardı Yerleşke, hem bu evlerde çalışan kadınları hem de komşuları olumlu etkiliyordu. Burada yaşamak, bilginin zenginleşmesi, paylaşımı ve insan ilişkilerinin gelişmesi konusunda hayal edilemez fırsatlar yaratıyordu.

Kadın toplulukları, hemşireler, hekimler, verem ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek için, tüm yeteneklerini ve bilgilerini birleştirerek halka eğitimler verdiler. Antibiyotik henüz keşfedilmemesine rağmen, bu hastalıkların yaygınlığını azaltmayı sağlık bilgilerin paylaşarak başardılar. Hijyen ile ilgili eğitimler yaptılar. Yerleşkede koruyucu sağlığın gerektirdiği şartları sağladılar. Nasıl güvenli cinsel ilişki kurulması gerektiği konusunda açık tartışmalar yürüttüler.

Çalışmalarını yaparken, ırk, din, dil, cinsiyet farkı gözetmediler. Örneğin; Henry Street Yerleşkesinin Batı yakasındaki kolu zenci topluma da hizmet veriyordu. Göçmenlere ve yoksullara koruyucu ve tedavi edici bakım sağlarken, özgür ve eşitlikçi bir toplumsallaşma kültürü kazanmalarını sağlıyordu. Dock ve diğer yerleşke işçileri, toplumun sağlık durumu, yaşam koşulları, toplumsal baskı, emek konuları vs. birlikte ele aldılar. Biliyorlar-



dı ki, uzun saatler çalışma, kötü koşullarda çalışma, çocuk işçilik devam ettiğinde sağlıksızlık devam edecekti. Tüm bu çabalar sayesinde, Çocuklar ve yetişkinlerin ölüm oranlarını düştü. Örneğin; 1914 deki resmi kayıtlara göre; Henry Street yerleşkesinin personeli, tüm yaşlarda 3.535 zatürre hastasına bakarken, ölüm oranı % 8.05 ti. Aynı dönem, Tüm New York'taki Hastanelerin baktığı 1.612 zatürre vakasından % 31,2 si ölmüştü.

Komünal toplum inşasındaki bu kolektif çabalar, bir anlamda demokrasinin eylem forumuydu. Bu kuruluşlar, bir kadın destek sistemi sağladı ve hemşirelere, emekçilere, süfrajetlere, barış yanlılarına, sosyalistlere dönemin toplumsal reformlarında aktif rol almalarına izin verdi. Bu kadınlar, pratikle de ortaya koydukları yeni ideal ile patriarka ve özel alanı da tartıştılar. Dock ve Onunla birlikte hareket edenler, daha fazla demokrasinin geleneksel patriarkal eğitimi de dönüştüreceğine inanıyordu.

Dock, birlikte hareket ettiği kadınları tanımlarken; “Güçlü, net, cesur işçilerden oluşan, enerji dolu, inatçı kadınların getirdiği reforma, ilk bakışta hemşirelik reformu diyebiliriz. Onların işleri çok geniş bir alanda ev temizliği yapmaktı. Onlar sadece fiziksel kir ve hastalığa karşı değil, değersizlik ve sorumsuzluğa karşı, politik çürümeye karşı, rekabet ve düşmanlığın her formuna karşı mücadele ettiler” diyordu.

Kaynakça: <http://atasoyersaglikpolitikaokulu.org>

## HEMŞİRELİK POLİTİKTİR

### LAVİNİA DOCK & YERLEŞKE HAREKETİ

İlk toplulukların ortaya çıktığı günden bu yana kadınlar sağlık alanında hep var oldular. Köklü bir tarihsel/toplumsal birikimi ifade eden şifa geleneğini yarananlar, nesilden nesle aktaranlar kadınlar oldu. Topluluk şifacılık sanatını icra eden bu kadınlara duyduğu saygının göstergesi olarak onlara kutsallık atfetti. Sağlık alanı bugün de kadın emeğinin yoğun olduğu, kadın emeği üzerinden yürüyen bir alan. Ancak bugün kadının sağlıktaki yeri, özne olduğu kadim zamanların oldukça uzağında.

Bu dönüşümün zaman içinde tıp biliminin gelişimine paralel olarak kendi doğasında yaşanmadığını artık biliyoruz. Kadınlara tahakküm altına alınmasını ve sömürüsünü mümkün kılan, yeniden üreten her türlü düşünce kalıbını, toplumsal ilişkiyi ve kurumu mücadelesinin hedefi haline getiren, mevcut olanı bu haliyle reddederek kendi gerçekliğini kuran kadın mücadelesi sayesinde, kadının sağlıktaki mevcut konumunun büyük oranda zor aracılığıyla yaratıldığını görebiliyoruz.

Bu gerçekliğin tespiti mevcut durumun kadınlarca kabul edilmiş anlamını taşımıyor elbette, kadın sağlık hareketi güçlü bir mücadele birikimi ile tarihsel akışına devam ediyor. Lavinia Dock ve arkadaşlarının öncülük ettiği Yerleşke Hareketi bu akışta açığa çıkan en güzel örneklerden biri.



Dock, Hemşireliğin politik olduğuna inanıyordu. Onun için demokrasi, sağlıklı olmak demektir. Bir kadın ve bir sağlıklı olarak, toplumdaki sağlık ve özgürlük sorunlarını birlikte ele alarak, toplumun sağlığına kavuşması için tüm egemenlik araçları ile savaştı. Bu kapsamda, yerine göre dinle, yerine göre patriarkal anlayışla, yerine göre hekimlik otoritesi ve devlet ile çatışmayı göze aldı.

Dock'ın sağlık anlayışına göre özgür kadın, sağlıklı kadındır. Dock ve içinde bulunduğu, aktivist olarak rol aldığı tüm toplumsal hareketlerde, sağlıklı toplum hedeflenmiş, kolektif bilinç geliştirilmiş, kadına farkındalık kazandırılmış ve sağlık ile özgürlük ayrı iki değer olarak değil; iç içe geçmiş bir bütün olarak ele alınmış ve yorumlanmıştır. Kadın duyarlılığı, özgür toplum ve sağlık anlayışları ile sistemin ve iktidarın dışında hareket alanları yaratarak, toplumun sağlığına kavuşması için mücadele ettiler.

Lavinia Dock hemşirelik sorunlarının kadın sorunlarından bağımsız olmadığını düşünüyordu. Ona göre; geçmişte hemşirelerin karşılaştığı zorlukların çoğu, özellikle kadınları etkileyen sosyal, ekonomik ve eğitimle ilgili sorunlardan kaynaklanıyordu. Hemşirelik Tarihi eserinde, sağlık ve bakım konularının tarihten bu yana sadece erkekler üzerinden yürütmediğini, ana karakterin erkek olmadığını savundu. Dock, Sağlık bilgisini mesru olarak elinde tutan hekimlere karşı çıktı ve hemşireliğin meslek olarak meşruluğu üzerinde durdu.

Dock, hemşireliğin, hekimlikten bağımsızlaşması için hemşirelik eğitimi, halk sağlığı hemşireliği gibi konular üzerine çalıştı. Hemşireliğin, hekim emri ve denetimini olmadan çalışabilecek bir meslek gurubuna olduğuna inanıyordu. Özellikle bu nedenle, hemşirelerin yaptıkları ilaçların etkilerini bilmeleri için farmakoloji ile ilgili bir kitabı yazdı. Bu kitap, Hemşirelik eğitimlerinde kullanıldı.



19. yüzyıl sonlarında dönemin en zor koşullarını yaşayan işçi mahallelerindeki sağlık sorunlarını çözmek için, hemşirelerin öncülük ettiği sağlık yerleşkeleri kuruldu. Bunun ilk örneği, 1893 de Lillian Wald ve Mary Brewster tarafından kurulan Henry Street Yerleşkesi oldu. 1896 da Dock, onlara katıldı. Henry Street Yerleşkesi New York'ta Kadın Koleji içeren beş ana yerleşken biriydi.

Bu kurumlar, kar amacı güdererek çalışan kurumlar değildi. Dönemin en büyük sorununun barınma alanları olduğu düşünüldüğünde ( sanayide işçi olmak için kent merkezlerine göçüp gelen kesimin ev koşulları oldukça sağlıksızdı), bir sağlık kurumu insanlara barınak da olmalıydı. Yerleşkelerde birçok aile bir arada yaşıyordu. Bunlar aynı zamanda hemşire okullarıydı, hemşireler yerleşkede yaşıyor, uygulamalı bir şekilde eğitim alıyordu. Sorunları komşuluk ilişkisi içinde birlikte çözüldü. Örneğin; yemek ve çocuk bakımı işleri ortak yapılıyordu. Yerleşkede çalışan kadın işçiler, diğer işçilerle birlikte sınıf mücadelesi veriyor aynı zamanda kadınlık bilincini yükseltiyorlardı. Yerleşke, hem bu evlerde çalışan kadınları hem de komşuları olumlu etkiliyordu. Burada yaşamak, bilginin zenginleşmesi, paylaşımı ve insan ilişkilerinin gelişmesi konusunda hayal edilemez fırsatlar yaratıyordu.

Kadın toplulukları, hemşireler, hekimler, verem ve cinsel yolla bulaşan hastalıkları önlemek için, tüm yeteneklerini ve bilgilerini birleştirerek halka eğitimler verdiler. Antibiyotik henüz keşfedilmemesine rağmen, bu hastalıkların yaygınlığını azaltmayı sağlık bilgilerin paylaşarak başardılar. Hijyen ile ilgili eğitimler yaptılar. Yerleşkede koruyucu sağlığın gerektirdiği şartları sağladılar. Nasıl güvenli cinsel ilişki kurulması gerektiği konusunda açık tartışmalar yürüttüler.

Çalışmalarını yaparken, ırk, din, dil, cinsiyet farkı gözetmediler. Örneğin; Henry Street Yerleşkesinin Batı yakasındaki kolu zenci topluma da hizmet veriyordu. Göçmenlere ve yoksullara koruyucu ve tedavi edici bakım sağlarken, özgür ve eşitlikçi bir toplumsallaşma kültürü kazanmalarını sağlıyordu. Dock ve diğer yerleşke işçileri, toplumun sağlık durumu, yaşam koşulları, toplumsal baskı, emek konuları vs. birlikte ele aldılar. Biliyorlardı ki, uzun saatler çalışma, kötü koşullarda çalışma, çocuk işçilik devam ettiğinde sağlıksızlık devam edecekti. Tüm bu çabalar sayesinde, Çocuklar ve yetişkinlerin ölüm oranlarını düşü. Örneğin; 1914 deki resmi kayıtlara göre; Henry Street yerleşkesinin personeli, tüm yaşlarda 3.535 zatürre hastasına bakarken, ölüm oranı % 8.05 ti. Aynı dönem, Tüm New York'daki hastanelerin baktığı 1.612 zatürre vakasından % 31.2 si ölmüştü.

Komünal toplum inşasındaki bu kolektif çabalar, bir anlamda demokrasinin eylem forumuydu. Bu kuruluşlar, bir kadın destek sistemi sağladı ve hemşirelere, emekçilere, sūfrajetlere, barış yanlılarına, sosyalistlere dönemin toplumsal reformlarına aktif rol almalarına izin verdi. Bu kadınlar, pratikle de ortaya koydukları yeni ideal ile patriarka ve özel alanı da tartıştılar.

Dock ve Onunla birlikte hareket edenler, daha fazla demokrasinin geleneksel patriarkal eğitimi de dönüştürceğine inanıyordu.

Dock, birlikte hareket ettiği kadınları tanımlarken; "Güçlü, net, cesur işçilerden oluşan, enerji dolu, inatçı kadınların getirdiği reformu, ilk bakışta hemşirelik reformu diyebiliriz. Onların işleri çok geniş bir alanda ev temizliği yapmaktı. Onlar sadece fiziksel kir ve hastalığa karşı değil, değersizlik ve sorumsuzluğa karşı, politik çürümeye karşı, rekabet ve düşmanlığın her formuna karşı mücadele ettiler."

## URFA SES ŞUBE KADIN MECLİSİ





## MEVSİMLİK TARIM İŞÇİSİ KADINLARA CAN ALICI BİR BAKIŞ

URFA SES KADIN MECLİSİ

Kapitalist Ataerkil sistemin tarihsel gelişim sürecine baktığımızda kadın emeğinin bu sürecin her aşamasında görünmez kılındığını hepimiz biliyoruz.

Sistemin içine girdiği yeniden yapılanma sürecine paralel olarak ülkemizde son 17 yılda esnek, güvencesiz ve kayıt dışı çalışma biçimleri ülke tarihinde görülmemiş düzeyde artarak yasa ve yönetmeliklerle hayata geçirildi. Güvencesizlik yaşamın her alanında can alıcı bir şekilde yaygınlaştırdı.

Çünkü sistem için örgütsüz emek, düşük maliyet, ucuz iş gücü demektir. İnsan emeğinin kendisinin ve toplumun ihtiyaçlarını karşılamaktan çıkıp devletin ayrıcalıklı elit kesiminin yani ortağı olan sermayenin ihtiyaçlarını karşılaması demektir. Örgütsüz emek gücünün en yoğun olduğu alan ise kayıt dışı çalışanlardır. Kayıt dışı çalışma, Çalışma ilişkilerinin iş yasa-salarının korunması dışında kalması, sendikaların ve toplu iş sözleşmelerinin kapsamına girmemesi, doğru düzgün bir sözleşmeye dayanmaması, neredeyse hiç görünmeyen gölge ekonominin parçası olması demektir. Yoksullaşma ve hak gaspının en yoğun yaşandığı emek alanlarından biri de mevsimlik tarım işçilerinin alanıdır.

Emek alanında Ulusal ve uluslar arası faaliyet yürüten kurumların raporlarına baktığımızda Kayıt dışı kadın istihdamının en fazla olduğu alanların tarım ve ev eksenli çalışma olduğu görülüyor. Kayıt dışı çalışma oranı erkeklerde 69,7'i iken, kadınlarda bu oran %95'e çıkıyor.

Yani kayıt dışı güvencesiz çalışma biçiminin en büyük mağduriyetini kadınlar yaşıyor. Bu mağduriyeti de en derinden yaşayanlar ise mevsimlik tarım işçisi kadınlardır. Ve ülke gün-



demine sadece kamyon kasalarında taşınırken adına kaza denilen işçi cinayetlerine kurban giderken giriyorlar.

Mağdruyetin asıl nedeninin ise en başta da ifade ettiğimiz gibi emek gücünün sermaye çıkarlarına göre konumlandırılması ve bu uğurda devletler eliyle örgütsüzleştirme, taşerolan-tırma ve kayıt dışılıkla kadın bedeni ve kimliği üzerinden emek maliyetinin düşürülmesidir.

### **-Mevsimlik tarım işçiliği tüm dünyada yaşanan toplumsal bir sorundur. MTİ'nin genel olarak nedenlerine baktığımızda;**

- Neo-liberal tarım programları
- Bölgede çalışma alanlarının sınırlı olması, yoğun işsizlik
- Kırsal alandaki toprak dağılımının eşitsizliği,
- Topraksız köylülüğün yaygınlığı

-Mevsimlik tarım işçilerinin yüzde yetmişe yakını Kürt emekçilerden oluşmakta. Bunun sebebi ülkedeki mevcut Kürt sorunu, 90'larda ve yakın zamanda yaşadığımız çatışma ortamı, zorla köy boşaltmalarına bağlı olarak yaşanan göç. Göç sonucu çevre bölgelere ve ülkenin batısına gelenler buralarda emek yoğun sektörlerde çalışmak zorunda kaldılar. Ucuz iş gücü olarak ,kimlik sömürsüyle birlikte emek sömürsüne de maruz kaldılar. Mevsimlik işçilik sorunu en yoğun emek sömürsüdür. Başta ülkedeki çatışmalı süreç ve iç göçün sonucu yapısal birçok sorundan beslenen politik bir sorundur.

-Güvenlik gerekçesiyle verimli tarım arazilerine yapılan bazarlar da bölgede tarımı olumsuz etkilemiş, işsizliği artırmıştır, işsizlik nedeniyle göçü tetiklemiştir.

Mevsimlik Tarım işçiliğın başlık başlık sorun alanlarına bakacak olursak;

### **Mevsimlik Tarım işçilerinin sosyal güvenceleri yok!**

Bu alanda çalışan işçilerin neredeyse tamamına yakınının herhangi sosyal güvencesi yoktur. Sosyal güvenlik sisteminin



“hane gelirini esas alan” yaklaşımı nedeniyle “prim ödemek koşuluyla” sosyal güvenlik sistemine dâhil olma hakkı olan mevsimlik tarım işçileri çoğunlukla yetersiz kazanç nedeniyle prim ödeyememektedir.

Tek sağlık güvencesi olan Yeşil Kart uygulaması ise göç edilen bölgelerdeki işçilerin temel sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamamaktadır.

Mevsimlik Tarım İşçilerinin sayısı bilinmiyor!

Bunun en temel sebebi tabii ki kayıt dışı istihdam alanı olması. Basına yansıyan kimi verilere göre mevsimlik gezici tarım işçileri fiilen kayıt dışıdır ve çocukları ile birlikte en az 5 milyonluk bir nüfusu kapsadığı tahmin edilmektedir. Ancak bu nüfusun hareketlerini denetleyen, ihtiyaçlarını düzenleyen, verilerini il-bölge-yaş-cinsiyet vb. biçimde sunan bir sistem yoktur. Bu yönüyle sorunun toplumsal büyüklüğü tam olarak tespit edilebilmiş değildir. Mevsimlik tarım işçilerinin sayıları tam olarak bilinmediği gibi her yıl kaç mevsimlik tarım işçisinin yaşamını bu yolda yitirdiği dahi bilinmemektedir.

Öte yandan mevsimlik tarım işçiliğine aracılık edenler İŞKUR üzerinden kayıt altına alınabiliyorlar. Aracılara dair sorumlu kuruluş olan İŞKUR’un her herhangi bir kamuoyu bilgilendirmesi bulunmamaktadır. Aracılara ilişkin herhangi bir kamusal denetim de bulunmamaktadır. İşçilerin acılarıyla yaşadıkları sorunlar iş sözleşmesi olmadığından diyalog yoluyla çözülmeye çalışılmaktadır. Ücretlerin geç ödenmesi, düşük ücret veya ücretlerin hiç ödenmemesi durumunda yasal olarak hak talep edebilecekleri bir mekanizma bulunmamaktadır. Bu anlamda kamusal denetim yapılmamaktadır. Kaç tarım aracısı belgesinin iptal edildiği, kaçının yıllık faaliyetlerini kuruma sunduğu, kaçına yaptırım uygulandığı kamuoyunca bilinmemektedir. 3 yıl için verilen aracılık belgesinin uygulamada koruyucu hiçbir karşılığı bulunmamaktadır.



## Sağlık Hakkı ihlalleri

Mevsimlik tarım işçileri 12-13 saat çalışmaktan ve sürekli güneş altında kalmaktan ciddi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Öğlen araları ve dinlenme süreleri son derece kısıtlıdır. Çalışma ortamında dinlenme alanları bulunmamaktadır. Tarım alanında yaşam ve barınma koşulları nedeniyle sıkça karşılaşılan riskler; anayolların yarattığı tehlikeler, trafik kazaları, boğulma, kanala düşme, tarımda kullanılan kimyasallar nedeniyle zehirlenme, yabancı zehirli hayvanların ısırması şeklindedir. Dengeli ve temiz beslenememe sorunu nedeniyle sağlık yönünden riskli bir grup olmaktadır. Mevsimlik gezici tarım işçisi tarlada veya yaşam ortamında başına gelebilecek herhangi bir kaza ya da rahatsızlık karşısında kendi imkânlarıyla bir çözüm bulmak zorunda kalmaktadır. Barınma alanları kentin dışındadır. Mevsimlik tarım işçileri, sağlıklı zemin, temiz su, elektrik, çöp ve atık giderme, yol gibi temel altyapı gereksinimlerinin hiçbirini karşılamayan toplanma alanlarında, ilkel barınaklarda yaşamaya mecbur edilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanamıyorlar.

Çoğu zaman işçi sağlığı ve güvenliği açısından gerekli olan kişisel koruyucu donanımdan (giysi, ayakkabı, maske, gözlük, eldiven vb. gibi) yararlanmayan mevsimlik tarım işçilerinin insan onuruna yakışır ve güvenli bir şekilde çalışma koşulları sağlanmamaktadır.

Mevsimlik tarım işçilerinde en sık rastlanan sağlık sorunları, halsizlik, yorgunluk, bel ağrısı gibi kas iskelet sistemi yakınmaları; ishaller; solunum yolu enfeksiyonları; yara, çıban, egzama, uyuz, bit gibi cilt hastalıkları; güneş çarpması; baş ağrısı; tarım ilaçları ile zehirlenmeler; anksiyete, depresyon ve intihar girişimleri oluşturmaktadır.

Devletin birçok kurumu ve yerel yönetimler, bu barınma alanlarını hizmet götürme alanları olarak görmemektedir.





Yılın yaklaşık 8 ayını yerleşik oldukları bölgelerden uzak yerlerde yaşamak zorunda kalan ve mevsimlik tarım işçisi olarak çalışan yurttaşların çalıştıkları ortamın olumsuz koşulları dolayısıyla maruz kaldıkları sağlıksızlık durumu en temel sorunlarından biridir.

Yine sağlıksız ve zor çalışma koşulları nedeniyle düşük ve ölü doğum oranının en sık yaşandığı alandır tarım alanı. Doğum sonrası genel sağlık ve aşı hizmetinden de yararlanamamaları bebek ölümlerinin de ciddi şekilde artmasına neden olmaktadır.

Aile hekimliği sisteminde hekim ücreti, kesin kayıtlı hastalar üzerinden hesaplanmakta ve misafir hastalar bu hesaba katılmamaktadır. Dolayısıyla bir mevsimlik tarım işçisine misafir hasta statüsünde hizmet sunma hususunda parasal bir teşvik söz konusu değildir. Aile hekimi kaydına alınan gebenin ve bebeğin kontrol, takip ve izleminin gereği gibi yapılmaması hakkında ise hak edişinden kesinti yapılması yönünde bir performans cezası öngörülmüştür. Bu durum aile hekimlerin tarım işçilerinin bölgeyi terk etmeleri sonrası artık takiplerini yapamayacak olmalarından doğacak cezadan kaçınmak adına tespit ve takibe hiç başlamamayı tercih etmelerine yol açmaktadır.

Mevsimlik tarım işçisi kadınlar bebekleriyle sağlıklı vakit geçirmemektedirler. Bebeklerin dokunma, ilgi görme, göz teması kurma gibi daha duygusal ihtiyaçların karşılanması kısıtlıdır. Tarım işçisi anneler tarlaya gitmek zorunda olduğundan bebekler sıcak havada, kalın bir örtüyle sıkıca ve hiçbir hareket imkânı olmadan ya yere yatay pozisyonda bırakılmakta ya da saatlerce annenin sırtında durmaktadırlar.

Yine kurum raporlarına yansıyan verilere göre çalışma ve barınma bölgelerinde tarım işçisi kadınların açık alanda uygun tuvalet ihtiyacı giderme alanı bulmakta güçlük çekmekte ve buna bağlı idrar yolu enfeksiyonlarına yakalandığı belirtilmektedir. Çalışma alanında kadınlara özel lavabolar bulunmadığıın-



dan çalışan kadınlar taciz, cinsel istismar gibi ağır hak ihlallerine maruz kalmaktadırlar.

### **Eğitim Hakkı İhlalleri**

Mevsimlik tarım işçileri, “hane emeğinin” topyekûn arz edildiği bir sömürü çarkı içerisinde çalışmak zorunda kalmaktadır. Bu kapsamda çocuk işçiliği ve çocuk emeği sömürüsünün önlenememesi ve okul döneminde çocukların da iş başında olmaları bir yoksulluk döngüsüne neden olmaktadır. Yaşamlarının önemli bir kesimini tarla ve yakın çevresindeki sağlıksız koşullarda geçiren çocuklar bu ortamda büyümekte ve okulsuz kalmaktadır. **Mevsimlik Tarım İşçilerinin Temel Barınma Sorunu Mevcuttur!**

Mevsimlik tarım işçileri, çalışma saatleri dışında da çoğunlukla çadır ya da barakalarda elektrik, su, kanalizasyon, imkânları olmadan yaşamaktadırlar. Sağlıksız içme ve kullanma suyu, saklanamayan ve korunamayan gıdalar koşulların ne kadar sağlıksız olduğunu göstermektedir. Bu nedenle çalışmak için vardıkları yerlerdeki barınma koşulları en önemli sorun alanlarından biridir. İşçiler, mutfak, banyo ve tuvaletlerin bulunmadığı, temiz suya erişim imkanlarının kısıtlı olduğu yerlerde, naylon ya da bezden yapılan çadırlarda kalmaktadır. Söz konusu insan onuruna yakışmayan barınma koşullarının maliyet kaybıyla iyileştirilmemesi insana verilen değer anlamında ülkenin durumu can yakıcıdır. Barınma koşulları ile sağlık sorunları arasındaki bağlantının öngörülerek, mevsimlik işçi çalıştıracak işverenlerin öncelikle bu alanları insan onuruna yakışır şekilde oluşturmaları sağlanmalıdır. Bu alanları sağlamayan işletmelerin mevsimlik işçi çalıştırması yasaklanmalıdır.

### **Mevsimlik Tarım İşçilerinin Ulaşım Sorunu Yaşam Hakkı İhlallerine Neden Olmaktadır!**

Kitlesel ölümlere neden olan mevsimlik işçi ulaşım sorunu, her yıl onlarca insanın göz göre göre ölüme gönderilmesiyle devam etmektedir. Türkiye gündemine ancak kitlesel ölüm-



lerle girebilen mevsimlik işçilerin ulaşım sorunu, bunca yaşam kaybına rağmen halen çözülmeyi beklemektedir.

Mevsimlik tarım işçileri yaşadıkları illerde iş imkânı bulamayan, ulaşım masraflarını karşılayamadıkları için topluca kamyon kasalarına bindirilen ve trafiğe çıkması uygun olmayan araçlarla yaptıkları yolculuklarda yaşamlarını yitirmektedirler. 2009 yılında İçişleri Bakanlığı genelgesinde bu soruna dikkat çekilmiş ve çözüm bulunacağı yönünde düzenleme yapılacağı ileri sürülmüştür. Ancak yapılan düzenlemeler her zamanki gibi kağıt üzerinde kalmış, sağlıksız ulaşım koşullarına karşı kamusal denetimin yapıldığı bir mekanizma oluşturulmamıştır. her yıl artarak devam eden kazalar ve işçi ölümleri bunun en açık kanıtıdır.

Yoksulluk ve yokluk içinde kamyon kasalarında ucuz iş gücü olarak diğer kentlere taşınan ve çoğu Kürt olan yurttaşlar yollarda yaşamlarını yitirmektedir. Kamyon kasalarında başlayan yolculukları çoğu kez trafik kazalarında ölümle sonlanmaktadır. Mevsimlik işçilerin çalışma ve ücret koşulları son derece yetersiz olmakla beraber, yaşadıkları ulaşım sorunlarına çözüm bulunmaması halinde daha çok can kaybı olacağı açıktır. Bu kazalarda ölenlerin ve yaralıların da çoğu kadın işçi olup aralarında çok sayıda çocuk bulunmaktadır. Hükümetin mevsimlik tarım işçilerinin sorunlarına bütüncül bir çözüm sunmayacağı ortada olmakla birlikte, en azından mevsimlik gezici tarım işçilerinin, göç döneminde yolculuklarının güvenli ve sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi maksadıyla göç alan ve göç veren yerler arasında ulaşım ile ilgili koordinasyon sağlanmalı, trafik denetimleri arttırılmalı, araç ve trafik güvenliğinin gerektirdiği kontroller hassasiyetle ve sıklıkla yapılarak yaşanan trafik kazaları sonlandırılarak işçi ölümlerine engel olunmalıdır.

### **Mevsimlik Tarım İşçileri Özellikle de Kadınlar yoğun emek sömürsüne tabi tutuluyor!**

Mevsimlik tarım işçilerinin en temel sorunlarından biri de çok uzun sürelerle çalıştırılmalarıdır. Bu kapsamda hem düşük ücret verilmesi hem de günde 12-13 saate varan çalıştırıl-



manın olması bu ülkede emeğin en temel sömürü şekillerinden biridir.

Mevsimlik tarım işçileri çalışacakları yer, alacakları ücret ve çalışma koşulları hakkında hiçbir söz ve karar hakkına sahip değildir. Mevsimlik tarım işçileri tüm bu konularda “elçi, çavuş, dayıbaşı” gibi adlarla anılan İŞKUR tarafından “belgelendirilmiş” araçlara, komisyonculara bağımlıdır. Mevsimlik tarım işçiliğinde asgari ücret, azami 45 saat çalışma süresi, eşit işe eşit ücret gibi temel ilkelerin hiçbiri gözetilmemektedir. Kürt ve son zamanlarda “göçmen” mevsimlik tarım işçileri çoğunlukla asgari ücretin bile altında ücretlendirilmekte, kimi zaman günlerce durup dinlenmeksizin çalışmaya zorlanmaktadır. Ücretler geciktirilmekte, eksik ödenmekte ya da hiç ödenmemektedir. Araçlar, mevsimlik tarım işçilerinin simsarlığını yaparak kazanç sağladıkları gibi, ücret avans, peşin gıda ve su alımı, ulaşım araçlarının sağlanması gibi yollarla tefecilik ve karaborsacılık da yapmaktadır. Ayrıca aynı işi yapan mevsimlik tarım işçileri arasında etnik, coğrafi, yaşa ve cinsiyete göre ücret farklılıkları da uygulanmaktadır. Bazen aracı ile işçiler arasında “ara araçlar da” oluşmakta ve komisyon almaktadır.

Kadınlar “ücretsiz aile işçisi” statüsünde çalışırken, toplumsal cinsiyete dayalı işbölümünün bir sonucu olarak “evdeki kadın” ve “tarladaki ırgat” olarak tanımlanmaktadır. Tarlalarda günde 12-14 saat arası çalıştıktan sonra ev ve bakım işlerini de yerine getirmektedirler. Kadın, erkek ve çocuklara ödenen ücret cinsiyet ve yaş hiyerarşisi ile belirlenmektedir. Birçok durumda kadın işçilerin ücretleri erkek işçilere göre düşük tutulmaktadır. TÜİK’in 2016 yılı verilerine göre kadın işçiler günlük 33 TL, erkek işçiler 43 TL ücret almaktadırlar.

### **Mevsimlik Tarım İşçileri Sosyal izolasyona ve Etnik Ayrımcılığa maruz kalmaktadır!**

Mevsimlik tarım işçileri kente mesafeli yerlerde ifade edilen olumsuz yaşam koşulları içerisinde ortaya çıkan yeni bir kültürle yaşamını devam ettiren yüzbinler aslında bir sosyal izolasyona maruz bırakılmaktadır. Ölüm, cenaze, düğün, bayram,



akraba ziyaretleri vb. sosyal adetlerinden uzak kalan veya bu adetlerini kendi inandığı kadar yerine getiremeyen mevsimlik işçi nüfusu “seçme seçilme” “siyasal katılma” başta olmak üzere birçok yurttaşlık hakkından tam olarak yararlanamamaktadır.

Mevsimlik tarım işçilerinin karşılaştığı diğer bir sorun da, gittikleri yerlerde çoğu zaman Kürt kimlikleri nedeniyle dışlanmaya ve yer yer de şiddete hatta linç girişimlerine maruz kalmalarıdır. Bu işçiler çalışmaya gittikleri yerlerde, temel kamu hizmetlerinden faydalanma açısından ayrımcı muamelelere maruz kalmakta, birçoğu Kürtçe konuştuğu için toplumsal hayattan dışlanmakta, ırkçı linç girişimlerinin hedefi olmaktadır; devletin güvenlik kurumları ve yerli halkı tarafından “suç topluluğu” muamelesi görmektedir. Bu kapsamda medyaya yansımayan örneklerin çoğunlukta olduğu ifade edilmektedir. Hiçbir sosyal güvenceye sahip olmadan yoksulluk sınırının altında yaşayan mevsimlik işçiler, çoğu zaman bilmedikleri bir coğrafyada her türlü ırkçı ve sınıfsal aşağılanmanın da kurbanı olmaktadır.

# MEVSİMLİK İŞÇİLERİN SAĞLIĞA ERİŞİMİ VE YAŞAM KOŞULLARI

ulusal ve uluslararası faaliyet yürüten kurumların raporlarına baktığımızda kayıt dışı kadın istihdamında en fazla olduğu alan tarım ve ev eksenli çalışma olduğu görülmüştür. Erkeklerde %69,7 iken kadınlarda %95'e çıkar.



Mevsimsel tarım işçilerinin sosyal güvenceleri yok! Sosyal güvenlik sisteminin "Hane gelirini esas alan" prim ödeme koşulluyla sosyal güvenlik sistemine dahil olma hakkı olan işçiler yetersiz kazanç nedeniyle prim ödememektedir. Tek sağlık güvencesi yeşil karttır. Kayıt dışı çalışmaları için bir iş sözleşmeleri bulunmamaktadır. Gececi tarım işçileri fiilen kayıt dışıdır. Ve çocukları ile birlikte en az 5 milyonluk bir nüfusu kapsadığı tahmin edilmektedir. Her yıl kaç tarım işçisinin yaşamını bu yolda yitirdiği bilinmiyor.

## 7-8 ARALIK SES KADIN SAĞLIK KURULTAYI



Sağlık Hakkı İhlalleri

Mevsimsel tarım işçileri 12-13 saat çalışmaktadırlar sürekli güneş altında ciddi sağlık sorunlarıyla karşı karşıyalar. Öğlen araları ve dinlenme süreleri çok kısıtlı tarım alanında yaşam ve barınma koşulları nedeniyle riskler ana yolların yarattığı tehlikeler trafik kazaları, boğulmalar, kamula düşme, tarımda kullanılan kimyasallar nedeniyle zehirlenme, zehirli hayvanların ısırması vb. dengeli ve temiz beslenememe sorunu nedeniyle sağlık yönünden riskli bir grup olmaktadır. İşçilerin tarlarda veya yağmur ortasında başına gelebilecek her hangi bir kaza yada rahatsızlık karşısında kendi imkanlarıyla çözüm bulmak zorunda kalmaktadır. Barınma alanları kentin dışındadır. Sağlıkli zemin, temiz su, elektrik, çöp ve atık giderme yol gibi temel alt yapı gereksinimlerini karşılamayan toplanma alanlarında ilkel barınaklarda yaşamaya mecbur edilmektedirler. Koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanılmamaktadır. En sık kullanılan sağlık sorunları Halsizlik, yorgunluk, bel ağrıları, ishaller solunum ve idrar yolu enfeksiyonları yara, çibana, egzema, uyuz, bit gibi cilt hastalıkları; güneş çarpması baş ağrısı tarım ilaçları ile zehirlenmeler; anksiyete, depresyon ve intihar girişimini oluşturmaktadır.



Devletin bir çok kurum ve yerel yönetimler bu barınma alanlarına hizmet götürme alanları olarak görmemektedir. Yılın yaklaşık 8 ayını yerleşik oldukları bölgeden uzak yaşamak zorunda kalan mevsimsel tarım işçisi olarak çalışan yurttaşların çalıştığı ortamın olumsuz koşulları dolayısıyla maruz kaldıkları sağlıksızlık durumu en temel sorunlarıdır. Sağlık ve zor koşullar nedeniyle düşük, ölü doğum oranının en sık yaşandığı alanlardır. Doğum sonrası genel sağlık ve aşı hizmetinden yararlanamamaları bebek ölümlerinin de ciddi şekilde artmasına neden olmaktadır. Mevsimsel tarım işçisi kadınlar bebekleri ile sağlıksız vakit geçirmektedir. Anneleri tarlaya gitmek zorunda kaldığı için sıcak havada olumsuz koşullarda yada anne sirtında durmaktadırlar bu sağlıklarını ciddi bir şekilde etkiliyor. Çalışma alanlarında kadınlara özel lavabolar bulunmadığından çalışan kadınlar tuale ve cinsel ilişimarı gibi ağır hak ihallerine maruz kalmaktadırlar. İşçiler mutfak banyo ve tuvaletlerin bulunmadığı temiz suya erişim imkanının kasıtlı olduğu yerlerde maylon yada bezden yapılan çadırlarda kalmaktadırlar. Siz konusu insan onuruna yakışmayan barınma koşullarının maliyet kaygısıyla iyileştirilmesini insana verilen değer anlamında can yakıcıdır. İşçilerde, uygun olmayan barınma ve çalışma koşulları, yetersiz ve dengersiz beslenme, kaza ve yaralanma, zırai ilaçlar, aşırı sıcak ve soğuk maruz kalma, sağlık hizmetlerine erişimeme nedeniyle hastalık ve erken ölüme sebebiyet vermektedir. Bu nedenle tarım toplumlarında mevsimsel tarım işçileri özel risk grubuna dahil edilmektedir. Yaşanan sorunlar mevsimsel tarım işçisi kadınları daha fazla etkilemektedir. Yetersiz maaş koşulları, düşük sosyo-ekonomik düzey, genç yaşta evlenme ve adölesan gebelikler, tarım alanlarında doğum öncesi, sonrası ve sonrası sağlık hizmetine erişimeme annenin ve bebeğin sağlık risklerini artırmaktadır. Mevsimsel tarım işçisi kadınlarında düşük, ölü doğum, kasıtlı ve diğer türde doğum sorunları daha fazla görülmektedir. Ayrıca bu grupta bebek ölüm hızı, kaba doğum hızı, kaba ölüm hızı ve akraba evliliklerinin de ülke genelinden daha yüksek olduğu bilinmektedir. Türkiye genelinde ise akraba evliliği yapmanın sıklığı % 20,8, bebek ölüm hızı % 13, kaba doğum hızı % 16,9 ve kaba ölüm hızı % 5,2'dir. Mevsimsel tarım işçilerinde akraba evliliği sıklığı % 50,8 ile Türkiye genelinden yüksek olduğu saptanmıştır. Bebek ölüm hızı % 59, kaba doğum hızı % 39,5, kaba ölüm hızı % 22,6 olup Türkiye genelinden yüksektir.



SES ŞANLIURFA ŞUBESİ



## KADIN SAĞLIK HAREKETLERİ

VAN SES KADIN MECLİSİ

### Kadın ve Sağlık

Modern çağ öncesi toplumlarda yüzyıllarca sağlığın ve toplumsallaşmanın öznesi olmuş kadınlar sağlık alanından nasıl dışlandı? Sağlık temel olarak bir kadın etkinliği/eyleyişi iken kadınlar arasında bir karşılıklı ilişki biçimiyken, nasıl oldu da bugün profesyoneller ve “bağımlı” toplum arasında alınır-satılır bir meta özelliğine dönüştü?

Bedenler üzerinden işleyen biyopolitikalarla en çok da kadınların doğal süreçlerinin tıbbileştirildiğini ve kadın bedeni üzerinden kadınların sisteme bağımlı hale getirildiğini görüyoruz. Yani kadınlar için sağlık alanında ikili bir süreç işlemiş; kadınlar bir taraftan bedenleri üzerinden nesneleştirilirken, diğer taraftan da cadı avları gibi yöntemlerle modern tıbbın ortaya çıkış sürecinde asıl öznesi oldukları sağlık alanından dışlanmış, bilgileri ellerinden alınmış ve bağımlılık süreci çift taraflı işletilmiştir.

Jeanne Achterberg’in “Kadın Şifacılar” kitabında aktardığı şu bölüm biz kadınların sağlıktan dışlanmasının temel nedenlerini açıklaması açısından önemlidir;

*“Kadınlar sağlığı bir kimsenin bir başkasına yaptığı bir şey olarak değil, karşılıklı ilişkiye dayalı bir süreç olarak görürler. Bu ilişki aracılığıyla kurulan bağ her iki taraf için de yaşam veren ve yaşamı zenginleştiren bir şeydir. Bedeni aklı ve ruhu insanın ayrılmaz doğası olarak görür ve sağlığın bu üçlü doğanın her bir ögesini etkilediğine inanırlar. Bu kadınlar bütünlüğü arayan diğerlerine eşlik etmeyi, yardım etmeyi, öğretmeyi ve özen göstermeyi seçmiştir(1)”*

Kapitalist modernitede sağlık, algı ve hizmetler düzeyinde bağımlı kılan, toplumdaki soyutlanmış, metalaşmış ve iktidarın varlığını sürdürmesine hizmet eden bir aracı niteliğine bürünmüştür. Oysa şifacı kadınlar eliyle temel bir kadın etkinliği olarak yürütülen sağlık, doğa ile uyumlu, bütüncül, hiyerarşi ge-





liştirmeyen özellikleriyle öne çıkmıştır. Kadınların sağlık algısı ve uygulama yaklaşımı bu haliyle modern tıp açısından elbette tehdit olarak görülecekti.

Geleneksel olarak kadınlar sağlıkta bakım ve sağaltımı birbirinden ayrılmaz bir bütünlük içinde görürken, modern tıp birbirinden ayırmış, daha önemli görülen sağaltım erkek hekimin işi olurken emek yoğun bakım işleri kadına ait görülmüştür. Bakım ve sağaltımın parçalanarak birbirinden ayrılması hizmeti verenler arasında bir hiyerarşi yaratmış, sağaltımdan sorumlu erkek hekim karar verici pozisyonu ile otorite konumuna yükseltilirken, kadınlar sağaltımdan dışlanarak erkek hekimin yardımcı pozisyonuna hapsedilmiş, emeği değersizleştirilmiştir.

### **Dünyadan Kadın Sağlık Hareketi Örnekleri**

Tüm bu sömürgeleştirme süreçleri işlerken sağlıkta hem bedeni hem de emeği değersizleştirilen kadınlar direnişi sürdürmüştür, modern tıp ve erkeğin sömürüsüne karşı tarihin farklı zamanlarında farklı mekanlarında birbirinden bağımsız çok sayıda direniş sergilemişlerdir. Kadının beden politikalarına karşı mücadelesi, doğası gereği beraberinde gelen sağlık mücadelesini de içerir. Aslında birçoğu aynı zamanda birer kadın sağlık hareketi olma özelliği taşıyor.

Barbara Seaman ve Laura Eldridge “Kadın Sağlık Hareketinden Sesler” kitabının giriş yazısında kadın sağlığı aktivizminin özgünlüğünü şöyle tarifler;

*“...kadın sağlığı aktivizmi neredeyse hep kişisel tecrübelerden, genellikle beden üzerinden işleyen sosyal adaletsizlik örneklerinden doğar. Bunun farkında olmasa da doğası icabı radikaldir. İnsanlık tarihi boyunca kendi bedenlerinin ve sağlıkla ilgili seçimlerinin denetimini ellerine alan kadınlarla ilgili göz kamaştırıcı ve cesur örneklerle tanıştık. Bu tecrübeler genelde daha fazla özerklik ve eşitlik anlayışına yol açtılar. Bu, birçok açıdan özgün bir isyandır.”*

*“...vatandaşları denetlemenin en basit yollarından birinin sağlık hizmetlerine erişim olduğu dile getiriliyor. Kadınlar*





*bunu uzun süreden beri biliyorlar; bu denetim sistemini anlama ve bu sisteme karşı çıkma süreci, kendilerini en genel anlamda bağımsız özneler olarak görmelerini sağlıyor.(2)”*

Kendileri de kadın sağlık mücadelesi aktivisti olan Barbara Seaman ve Laura Eldridge 'in derlediği “Kadın Sağlık Hareketinden Sesler” kitabı, kadınların bedenlerini özgürleştirme mücadelelerinden örnekleri içerirken, aynı zamanda, tıbbın cinsiyetçi yapısını, sistemin kadın bedenini nesneleştirme politikalarını tartışıyor. 1800'lerin sonları, daha çok da 1900'lerde geçen kadın mücadelesini kapsayan kitapta kadın sağlık hareketlerinden çok sayıda örnek görmek mümkün. 1960'larda dönemin önemli örgütlenme yollarından biri olan bilinç yükseltme toplantılarında, kadınlar üzerlerindeki toplumsal baskının yanında sağlıkta aşırı tıbbileştirmenin de ele alındığını ve çoğunlukla; tıp, sağlık ve beden ilişkisinin tartışıldığını görüyoruz. Mayıs 1969'da Ekmek ve Güller Örgütü, “kadınlar ve bedenleri” başlıklı bir atölye çalışması sonrasında Kadın Sağlığı Kitap Kolektifi'ni kurarak “Kadınlar ve bedenleri” isimli kitabı yayınlıyorlar. O kadar etki yaratıyor ki, daha sonra adı “Bedenlerimiz, Biz” olarak değiştirilen bu kitap “kadınları yeniden üretim araçlarına el koymaya kışkırttığı için Kapital'den sonra yayınlanan en devrimci kitap” olarak tanımlanıyor (2).

1969 sonunda Barbara Sheaman yazdığı “Hapa Karşı Doktorlar” kitabıyla, oral kontraseptiflerin (OKS) güvenilirliğini sorgulayan çok sayıda kanıt sunarak ilaç endüstrisine ve profesyonel tıbbı meydan okur. Kadınların doğum kontrolü ile ilgili karar alabilmeleri için hap üreticilerinin ve doktorların OKS'lerin risklerine dair ellerinde bulunan bütün bilgiyi hastalarıyla paylaşmalarını talep eder. Bu talep görece yeni bir kavram olan aydınlatılmış onamın ameliyat odasıyla sınırlı kalmayıp, bütün doktor-hasta ilişkilerini kapsamasını içeriyordu. Kitap toplumda o kadar yankı bulur ki Birleşik Devletler Senatörü Gaylord Nelson kitapta yer alan bilgilerin araştırılması için OKS'lerle ilgili kamuya açık oturumlar başlatılmasına karar verir ama ilacın risklerini değerlendirmek üzere yine tamamı erkeklerden oluşan uzman tanıklar çağrılır. Barbara Sheaman'ın ancak basın danışmanı olarak katılabildiği toplantıda izleyici kadınlar durumu protesto ederler ve sonraki oturumlarda kadınların da



tanıklığına başvurulmak zorunda kalınır. Ve sonraki oturumun tartışılan temel meselesi de aydınlatılmış onam olur; FDA hap üreticilerine ilaçların paketine bilgilendirme konulmasını talep eder. Böylece OKS'ler; kadınların mücadelesiyle birlikte prospektüsü basılan ilk ilaçlar olur (2).

Bu direniş için Women's Liberation'dan kadınlar; "Doktorların bize istedikleri gibi müdahale edebilecekleri nesnelere gibi davranmalarına izin vermeyeceğiz. Beyaz önlüklü tanrıların bizi korkutmasına ve hayatlarımızı o steril tarzlarıyla yönetmesine müsaade etmeyeceğiz" diyerek bedenlerine sahip çıkıyorlardı.

1975'lerde de Wolfson ve Barbara Sheaman'ın; diğer kadın gruplarıyla birlikte; Kadınlar Ulusal Sağlık Ağı'nı oluşturmasına tanık oluruz. Kendi denetleyebildikleri sağlık merkezleri, savunuculuk grupları, eğitim ve eylem grupları oluşturmak üzere bir araya gelen grup "Bedenlerimiz, Biz" kitabı üzerinden birçok eyalet ve ülkede sağlık danışma merkezleri açtı ve bu merkezlerde profesyonel sağlıkçı olmayan kadınlar birbirlerine eğitim vererek milyonlarca kadına ulaştı (3).

Hindistanlı ekofeminist hareketin öncülerinden Vandana Shiva'nın vurgusuyla söylemek gerekirse, 1900'lerin ikinci yarısında 'Kuzey'de bu kadın sağlık hareketleri gerçekleşirken, 'Güney'de çarpıcı direnişler sergilenmektedir. Shiva'nın gösterdiği çok sayıda örnekte kadınların yürüttüğü ekolojik odaklı tüm çalışmaların aynı zamanda bir kadın sağlık çalışması olduğunu görmek mümkün. Örneğin Japonya'da örgütlenen "Seikatsu Kulübü", kadınların özellikle de anne kadınların örgütlediği bir üretici-tüketici kooperatiftir. 1970'lerin başında Minamata hastalığına tepki olarak PCB, katkı maddeleri ve benzeri maddelerden kaynaklı gıda kirliliği kaygılarıyla kurulmuştur. Ailelerini artık güvenli bir şekilde besleyemediklerini, atom enerjisinin çevreyi zehirlediğini ve tarımsal kimyasalların anne sütünü kirlendiğini fark etmişler ve ekolojik tarım uyguladığını bildikleri çiftçilerden süt almaya başlamışlardır. Bunlarla beraber tarım politikaları tartışmaya, gıdada kendine yeterliliği tartışmaya kadar ilerlemiş, 1989 yılında üye sayısı 170000 hane olacak genişlikte örgütlenmişlerdir. Kulüp çalışan kadınlara çocuk bakımı, sağlık eğitimi, gıda hazırlama gibi konularda destek olmak



için kadın işçi kolektifleri de kurmuştur. Seikatsu Kulübü sadece Japonya'nın tarımsal politikasını etkilemek ve pek çok insanın yaşam tarzını değiştirmekle kalmamış, özellikle kadınları yaşadıkları yerin siyasi ve toplumsal yaşamının şekillendirilmesinde etkin rol üstlenmek konusunda güçlendirmiştir (4). Bu örnek kadın sağlık hareketi ve kadın özgürlük mücadelesinin içiçe geçtiğini göstermesi bakımından çarpıcıdır.

## Sonuç

Tüm bu örnekler modern çağda kadınların bir araya gelecek bedenlerinin denetimini tekrar ele almak için oluşturdukları girişimlerin sadece bir kısmını oluştursa da bize kadınların yürüttüğü sağlık hareketi ile neler değiştirebileceğimizi gösteriyor. Bugün hala kürtaj yasalarına karşı yaratıcı ve örgütlü mücadelemizin tıp otoritelerini sarstığını görürken, kadınlar olarak gücümüzü ve yapabileceklerimizi hissediyoruz.

Binyıllarca biriktirdiği bilgi ve deneyimi zorla gasp edilen ve sağlıktan dışlanan kadınların yeniden sağlıktaki eski saygın konumuna dönmesi mücadelesi, yalnızca bu alandaki cinsiyet hiyerarşisini ortadan kaldırmayı değil, aynı zamanda kadınların ürettiği toplumsal değerlerle sağlığın yeniden toplumsal ve kültürel niteliğine kavuşturulmasını sağlayacaktır. Dünyadaki örnekler de göstermiştir ki kadın sağlık hareketi; cinsiyetçilikten, sömürüden, iktidardan, endüstriyel hegemonyadan arındırılmış, geleneksel birikimi ve kültürü de kapsayan, anti hiyerarşik, doğayla uyumlu ve toplumsallığı esas alan bir hareket olarak karşımıza çıkıyor (5).

## KAYNAKLAR

1. "Kadın Şifacılar", Jeanne Achterberg, Everest Yayınları, 2009.
2. "Kadın Sağlık Hareketinden Sesler 1", Laura Eldridge, Ayizi Kitap, 2014. 3. [www.ourbodiesourselves.org/](http://www.ourbodiesourselves.org/)
4. "Ekofeminizm", Vandana Shiva&Maria Mies 5. "DTK Sağlık Kurultayı Belgeleri 1". [www.atasoyersaglikpolitikaokulu.org](http://www.atasoyersaglikpolitikaokulu.org)



# KADIN SAĞLIK HAREKETLERİ

## Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası-VAN Subesi



### Giriş

Doğal toplumda temel bir kadın etkinliği olarak yürütülen sağlık, doğa ile uyumlu, cinsiyetçi olmayan, bütüncül, hiyerarşi geliştirmeyen özellikleriyle öne çıkar.



*"Kadınlar sağlıklı bir kimsenin bir başkasına yaptığı bir şey olarak değil, karşılıklı ilişkide dayalı bir süreç olarak görülür. Bu ilişki aracılığıyla kurulan bağ her iki taraf için de yaşam veren ve yaşamı zenginleştiren bir şeydir. Bedeni akli ve ruhu insanın ayrılmaz doğası olarak görülür ve sağlığın bu üçlü doğanın her bir ögesini etkilediğine inanılır. Bu kadınlar bütünlüğü arayan değerlerine eşlik etmeyi, yardım etmeyi, öğretmeyi ve özen göstermeyi seçmiştir(1)".*

Bu biçimile kadının yürüttüğü sağlık ilişkisi modern tıptaki hekim – hasta ilişkisinin tersine hiyerarşik bir ilişki değildir, bağımlı kılmaz ve toplumsallaşmaya hizmet eder. Bu niteliğiyle iktidar tekellerinin özgürlüklere karşı giriştiği savaşta toplumun öz savunmasını güçlendirir.

### Dünya Kadın Sağlık Hareketlerinden Örnekler

**1960'lar Sonrası Kadın Sağlık Hareketlerinden Örnekler (2);**

**1966:** Ulusal Kadın Örgütü (NOW) kuruldu.

**1969:** Bilinç yükseltme toplantılarında kadınlar üzerindeki toplumsal baskının yanında sağlıkta aşırı tıbbileştirme de ele alındı. Çoğunlukla; tıp, sağlık ve beden ilişkisi tartışıldı.

**Mayıs 1969:** Ekmek ve Güller Örgütü, "kadınlar ve bedenleri" başlıklı bir atölye çalışması sonrasında Kadın Sağlığı Kitap Kolektifi'ni kurarak "Kadınlar ve bedenleri" isimli kitabı yayınladılar. Daha sonra adı "*Bedenlerimiz, Biz*" olarak değiştirilen kitap "kadınları yeniden üretim araçlarına el koymaya kişikirttiği için Kapital'den sonra yayınlanan en devrimci kitap" olarak tanımlandı.

**1969 sonu:** Barbara Sheaman "*HAPA KARSİ DOKTORLAR*" kitabını yazdı. Oral kontraseptiflerin (OKS) güvenilirliğini sorgulayan çok sayıda kanıt sunan bu kitapla ilaç endüstrisine ve profesyonel tıbbı meydan okudu. Kadınların doğum kontrolü ile ilgili karar alabilmeleri için hap üreticilerinin ve doktorların OKS'lerin risklerine dair ellerinde bulunan bütün bilgiyi hastalarıyla paylaşmalarını talep etti. **Bu talep görece yeni bir kavram olan aydınlatılmış onanın ameliyat odasıyla sınırlı kalmayıp, bütün doktor-hasta ilişkilerini kapsamasını içeriyordu.**



**1970'ler. HAP OTURUMLARI ve Kadın Sağlık Hareketi:** Birleşik Devletler Senatörü Gaylord Nelson kitapta yer alan bilgilerin araştırılması için

OKS'lerle ilgili kamuya açık oturumlar başlatılmasına karar verdi. İlacın risklerini değerlendirmek üzere tamamı erkeklerden oluşan uzman tanıklar çağrıldı. Barbara Sheaman'ın ancak basın danışmanı olarak katılabildiği toplantıda izleyici kadınlar protestolar gerçekleştirdi. Sonraki oturumlarda kadınların da tanıklığına başvuruldu ve tartışılan temel mesele aydınlatılmış onam oldu; FDA hap üreticilerine ilaçların paketine bilgilendirme konulmasını talep etti. Women's Liberation'dan kadınlar "doktorların bize istedikleri gibi müdahale edebilecekleri nesnel gibi davranmalarına izin veremeyeceğiz. **Be Yaz önlüklü tanrıların bizi korkutmasına ve hayatlarımızı o steril tarzlarıyla yönetmesine müsaade etmeyeceğiz**" diyorlardı. **OKS'ler; kadınların mücadelesiyle birlikte prospektüsü basılan ilk ilaçlar oldu.**



**1975:** Wolfson ve Barbara Sheaman; diğer kadın gruplarıyla birlikte; **Kadınlar Ulusal Sağlık Ağı'nı** oluşturdular. Kendi denetleyebildikleri sağlık merkezleri, savunuculuk grupları, eğitim ve eylem grupları oluşturmak üzere bir araya gelen grup "*Bedenlerimiz, Biz*" kitabı üzerinden birçok eyalet ve ülkede **sağlık danışma merkezleri** açtı ve merkezlerde profesyonel sağlıkçı olmayan kadınlar birbirlerine eğitim vererek milyonlarca kadına ulaştılar.



### Sonuç

Bu örnekler modern çağda kadınların bir araya gelerek bedenlerinin denetimini tekrar ele almak için oluşturdukları girişimlerin sadece bir kısmını oluştursa da bize kadın sağlık hareketi ile neler değiştirebileceğimizi gösteriyor.

Binyıllarca biriktirdiği bilgi ve deneyimi zorla gasp edilen ve sağlıktan dışlanan kadınların yeniden sağlıktaki eski saygını konumuna dönmeye mücadelesi, yalnızca bu alandaki cinsiyet hiyerarşisini ortadan kaldırmayı değil, aynı zamanda kadınların ürettiği değerlerin sağlığa girmesiyle tıbbın yeniden toplumsal niteliğine kavuşturulmasını hedefleyecektir.

**Bu haliyle kadın sağlık hareketi ilkesel olarak;**

- cinsiyetçilikten,
- sömürden,
- iktidardan/devletten,
- endüstriyel hegemonyadan arındırılması;
- Geleneksel birikimi de kapsayan,
- anti hiyerarşik,
- doğayla uyumlu,
- toplumsallığı esas alan bir harekettir.

### Kaynaklar

- 1."Kadın Şifacılar". Jeanne Achterberg, Everest Yayınları, 2009.
- 2."Kadın Sağlık Hareketinden Sester 1". Laura Eldridge, Ayız Kitap, 2014.
- 3."DTK Sağlık Kurultayı Belgeleri 1". [www.atasonversaglikpolitikaokulu.org](http://www.atasonversaglikpolitikaokulu.org)
- 4.[www.ourbodiesourselves.org](http://www.ourbodiesourselves.org)



## BÖLGEDEKİ SOKAĞA ÇIKMA YASAĞI VE KADIN SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

ŞIRNAK SES KADIN MECLİSİ

Savaş, insanların yeryüzünde var olmasıyla ortaya çıkan ve özünde ülkelerin maddi ve manevi değerlere sahip olması dürtüsüne dayanan bir olgudur. Savaşlar veya çatışmalar çok sayıda insanın yaşamını yitirmesinin yanı sıra; dağılan aileler, yaralı insanlar, yakıp yıkılan binalar, yıkılan umutlar gibi bir tablo doğurmaktadır. Bu da daha çok kadını etkilemektedir. Bu durumda savaşta yaşanan travmanın doğrudan muhatabı kadındır.

Savaş öncesi ve sonrası süreçten en fazla etkilenen gruplar kadınlar ve çocuklar olduğu için özellikle savaş döneminde işsizlik, açlık, hastalık, psikolojik baskı gibi etkenler de en çok bu grupları mağdur etmektedir. Kadınlar kendi yaşadıkları psikolojik ve ekonomik travmaların yanı sıra çocukların savaş sonrası travmalarıyla da ilgilenmek zorunda bırakılmaktadır.

Ülkemizde son 40 yıldır kesintisiz süren savaş ve yoğun çatışmalı ortam, büyük insani ve ekonomik krizlerin yanında derin ekolojik ve kültürel tahribatlara, yaşam hakkı ihlallerine neden olmuştur. 2015-2016 yıllarında sokağa çıkma yasakları sırasında yaşananlar da özellikle kadınların yaşam hakkı ihlali nedeniyle olmuştur.

Bölgenin neredeyse bütününde uygulanan sokağa çıkma yasağı kapsamında Cizre'de yasak 4-12 Eylül 2015 tarihleri arasında uygulanmıştır. İkinci sokağa çıkma yasağı 13-14 Eylül 2015, üçüncü sokağa çıkma yasağı 14-15 Kasım 2015 ve kesintisiz en uzun sokağa çıkma yasağı ise 14 Aralık 2015-3 Mart 2016 tarihleri arasında uygulanıp 79 gün sürmüştür. Şırnak Valiliği tarafından yapılan sokağa çıkma yasağı ilanında vatandaşlarının



ihtiyaçlarının ne şekilde karşılanacağı, sağlığa erişim haklarının ne şekilde yerine getirileceği, güvenli tahliyenin ne şekilde yapılacağı, tahliyeden sonra vatandaşların evlerinin korunup korunmayacağı ile ilgili hususlara değinilmemiştir. 3 Mart 2016 tarihinde Şırnak Valiliği sokağa çıkma yasağını kısmi olarak kaldırarak, 05:00-19:30 saatleri arasında yasağın uygulanmayacağını bildirmiştir. Genelkurmay Başkanlığı tarafından 24 Şubat 2016 tarihi itibariyle Cizre’de katledilen kişi sayısı 665 olarak verilmiştir. Yasakla birlikte mahalleler gıda ve sağlık gibi temel ihtiyaçlara kapatıldığı gibi aynı zamanda STK ve gazetecilere de kapatılmıştır.

Savaş ve militarizmle beraber yükselen ırkçı, cinsiyetçi şiddetin egemen olması, ırkçılığın yer yer cinsiyetçilik üzerinden kendini ortaya koyması güvenlik güçlerinin kadınlara yönelik saldırganlıklarını ve tehditlerini artırmıştır. Ağır bombardıman altında her türlü insani ihtiyaçlardan yoksun bir şekilde yaşamı sürdürmeye çalışan kadınların etnik kimliklerinin yanı sıra cinsiyet kimlikleri yani kadın kimlikleri de kolluk güçleri tarafından birincil hedef haline getirilmiştir. Evlerin yağmalanması, kadın eşyalarının, kıyafetlerinin ifşa edilircesine parçalanması, ırkçı, cinsiyetçi duvar yazıları ve söylemleri halkın değerlerine ve hatıralarına hakaret edilmesi şeklinde her an her yerde şiddet ve baskı olarak ortaya çıkmıştır. İnsanlar aylarca dışarı çıkmamış, evlerinde mahsur kalmışlardır. Kadınları doğrudan hedef alan militarist cinsiyetçi eril saldırılar, kadınları çok boyutlu devlet şiddetinden en olumsuz etkilenen kesimi haline getirmiştir. Gündelik yaşamı sekteye uğratan bir diğer husus da gıda sıkıntısı olmuştur. Üç aydan fazla süren yasaklar çocukların yetersiz beslenmesine sebep olmuştur. Kadınlar ellerinde bulunan kısıtlı kuru gıdalarla günde bir defa yemek yaparak yaşamlarını idame ettirmişlerdir. Yasaklarda ilçelerin hemen hemen hepsinde hastaneler, sağlık ocakları ve okullar devlet güçleri tarafından karargah, yemekhane ve lojistik birimleri olarak kullanılmış, halkın sağlık hizmetlerine erişimi engellenmiştir. Ağır yaralanan insanların çoğu hastanelere kal-



dırılmadığı için yaşamını yitirmiştir. Bunun yanında çocuklar, kronik rahatsızlığı olan yaşlı hastalar kaderlerine terkedilmiştir. Bu süreçten en olumsuz etkilenenler gebe kadınlar olmuştur. Doğum zamanı gelen kadınlar hijyen olmayan ortamlarda, evlerinde doğurmak zorunda kalmışlardır. Cizre Devlet Hastanesi doğumhanesinde normal koşullarda günde 10-15 doğum olurken, sokağa çıkma yasakları boyunca bu sayı 1-2 doğuma gerilemiş veya hiç olmamıştır. Yasak boyunca evde doğum oranı %90'a yükselmiştir. Evde doğumlara bağlı olarak yeni doğum yapan kadınlarda bazı doğum sonrası komplikasyonlar gelişmiştir. Gerek savaş koşullarından kaynaklı ağır stres, gerekse sağlık hizmetlerine erişim hakkının engellenmesinden kaynaklı çok sayıda gebe kadın erken doğum ve düşük yapmıştır. Sağlık emekçileri tarafından sadece Cizre'de 154, Silopi'de ise 85 annenin düşük yaptığı tespit edilmiştir.

Bir yıllık çatışmalı süreçte 108'i çocuk,107si kadın olmak üzere toplamda 2425 kişi yaşamını yitirmiş, 2583 kişi de yaralanmıştır. İşkence ve kötü muamale iddiasıyla kurumlara 807 kişi başvuruda bulunmuş, fakat İHD'nin tespit ettiği işkence ve kötü muamale sayısı ise 6167 olmuştur. Yine 2 milyon kişi sokağa çıkma yasaklarından doğrudan etkilenmiştir, 1 milyonu aşkın insan da yaşam alanlarını terk ederek göç etmek zorunda kalmıştır.

Sokağa çıkma yasağı ve çatışma ortamı nedeniyle özellikle kadın ve çocuklarda travma sonrası yoğun stres bozuklukları, depresyon gibi sorunlar tespit edilmiştir. Hastaneye erişimin engellenmesinden en çok kadınları etkilediği, çok nadir olarak ellerinde beyaz bayraklarla hastaneye gidebildikleri basında da görülmüştür.

Hediye Şen, evinde bahçedeki tuvaletine çıktığı sırada bedeninin çeşitli yerlerine çok sayıda kurşun isabet etmesi sonucu hayatını kaybetmiş, Cizre'de 8 aylık gebe olan 32 yaşındaki Güler Yamalak doğrudan hedef alınıp açılan ateşle karnından vurularak ağır yaralanmıştır. Ameliyata alınan Yamalak bebe-





ğini kaybetmiş, sırtında kurşun yarası olan bebeğin görüntüsü zulmün boyutlarını ortaya koymuştur. Anne karnında vurularak öldürülen ceninlerden, anne kucağındakilere ve her yaştan öldürülen çocuklara rastlanmıştır. Miray bebek evin üst katından aşağı kata anne kucağında inerken vurulmuştur. Yaralı haldeyken Miray'ı hastaneye götürmeye uğraşan dedesi ve annesinin üzerine ateş açılmış, Miray olay yerinde yaşamını kaybetmiştir. Bir süre sonra anne ve dede hastaneye götürülmüşse de dede hastanede yaşamını yitirmiş, anne de sakat kalmıştır. Miray'ın cenazesinin defnedilmesine 27 gün izin verilmemiştir. Morgda yer olmadığı için başka bir cenazenin üzerinde bekletilmiştir. Bebeğin “terörist” olarak anıldığına yakınlarınca şahit olunmuştur. Bu süreçte Cizre Devlet Hastanesi'nde görevli sağlık emekçisi Hemşire Eyüp Ergen 27 Ağustos'ta hastanedeki nöbetinden evine dönerken kafasına isabet eden kurşuna bağlı olarak hayatını kaybetti. 25 Eylül'de Beytüşşebap'ta kaymakamın talimatıyla yaralı almaya giden ambulans şoförü Şeyhmus Dursun, polis noktasına yakın bir mesafedeyken açılan ateşle yaşamını yitirdi. Ve yine Cizre İlçesi'nde ayağından vurulup yaralanan yaşlı bir kadına yardım ettiği sırada ensesinden vurulan sağlık emekçisi Aziz Yural, 30 Aralık'ta hastaneye kaldırılırken hayatını kaybetti.

İnsani bir hak olan ölünün toprakla buluşması ve insanların cenazesini dilediği gibi defnetme hakkı bile engellenmiştir. Yasaklarda yaşamını yitiren insanların aylar sonra nereye gömüleceğinden, gömülürken kimlerin defin törenine katılabileceğine kadar ölümden sonraki her aşamada devlet baskısı görülmüştür.

Bölgede yaşanan çatılmalı süreçte yaşamını yitiren kadınların büyük çoğunluğu evinde, kapısının önünde, sokakta, hastaneye giderken, yemek pişirirken veya çocuklarıyla ilgilenirken yani gündelik yaşamın pratiklerini gerçekleştirirken yaşamını yitirmiştir.





Örneğin, 44 yaşındaki 5 çocuk annesi Selamet Yeşilmen Nusaybin'de evinin kapısının önünde doğrudan hedef alınıp öldürülmüştür.

Melek Apaydın, Sur 'da ki evinde kahvaltı sofrasında atılan tank mermisi sonucu feci şekilde yaşamını yitirmiştir.

Kadınlara yönelik yürütülen psikolojik savaşın bir yansıması da günlerce sokakta bekletilen kadın cenazeleridir. 19 Aralık gecesi 57 yaşındaki 11 çocuk annesi Taybet İnan yaşamını yitirdikten sonra cenazesi 7 gün boyunca çürümeye bırakılmış, cenaze ancak 25 Aralık Cuma günü alınabilmıştır.

Yasak sonrasında evlerine dönen Cizreliler evlerinin duvarlarına güvenlik güçleri tarafından hakaret ve cinsiyetçi yazılar yazıldığı, odaların içine ve eşyalara dışkı yapıldığı, eşyaların tahrip edildiği ve kötü kullanıldığı gibi sonuçlarla karşılaştı. Ev sahiplerinde bu fiillerin hakaret kastıyla yapıldığı ve evlerinin bilerek tahrip edildiği yönünde bir algı oluştuğu gözlemlendi. Özellikle Sur, Nur, Yafes ve Cudi mahallelerini çevreleyen alandaki birçok evin güvenlik güçleri tarafından uzun süreli olarak konaklama amacıyla kullanıldığı görülmüştür.

Cizre'de sokak ve ev içi duvar yazılarının sıklığı ve içeriğine bakıldığında yazılanların sokağa çıkma yasağı uygulanan diğer ilçelerdekiyle aynı ya da benzer içerik taşıdığı gözlemlenmiş, bu da duvar yazılama fiillerinin münferit olmadığı kanısını güçlendirmiştir. Sokağa çıkma yasakları boyunca devletin cinsiyetçi politikalarının yansımaları evlerdeki ve sokaklardaki cinsiyetçi, ağır hakaretler içeren yazılarda görebiliriz. Örneğin, duvarlara "Fistanla devlet kurulmaz", "Kızlar geldik yoktunuz", "Aşk bodrumda yaşanıyor güzelim", "Fistanını al da gel", "Fıstık biz geldik" gibi ifadeler yazılması, izinsiz bir şekilde evlere bayrak asılması sadece Cizre halkında değil aynı zamanda olayı takip eden ve tanıklık eden diğer Kürt vatandaşlarda da öfke ve nefret duygu-durumuna zemin hazırlamıştır. Sokağa çıkma yasaklarının sürdüğü günlerde duvar yazılarının sosyal med-



yadaki bazı hesaplar üzerinden paylaşılması bu fiillerin bilinçli yapılan ve onur kırıcı bir mahiyet taşıyan bir teşhircilik olduğu kanısını güçlendirmekte, toplumsal bağların güvenirliliğini yok eden bir durum arz etmektedir. Eril zihniyetin ürünü cinsiyetçi uygulamalar sadece duvar yazılamaları ile sınırlı kalmamıştır. Karargâh olarak kullanılan evlerde özellikle kadınların özel eşyalarının parçalanıp, iç çamaşırlarının ortaya atılması, kadın iç çamaşırlarının kapı kollarına asılması, duvarlara, aynalara vb. yerlere cinsiyetçi yazıların yazılması, “İŞİD biziz” ve “Bizden korkun kızlar” yazıları, etrafa kullanılmış-kullanılmamış kondomların bırakılması ve ev halkını rencide eden ırkçı içerikli notların bırakılması gibi pek çok yazıyla da kadınlar hedef alınmıştır. Kamu otoriteleri tarafından duvar yazıları için daha önce açılan soruşturmaların güvenlik güçleri nezdinde caydırıcı bir özellik taşımadığı ve cezasızlığın bu fiillerin sürdürülmesinde etkili olduğu çok açıktır. Kamu güvenliği amacıyla yapıldığı belirtilen bir operasyonda ortaya çıkan bu tür yazılar, çatışma mahallinde sivil ve kadına yönelik bu saldırıların düşman hukuku ile yürütüldüğü ve söz konusu saldırılarla yine kadın kimliğinin hedef alındığı çok açıktır.

Kapitalist sistemde ucuz işgücü ve cinsel bir meta olarak görülen kadın için yaşamın kendisi zaten fiili bir savaş. Tarih boyunca savaş ve çatışmalar kadına tecavüz, yıkım ve şiddetten başka bir şey vermemiştir. Bundan dolayıdır ki savaşlar özü itibarıyla erildir. Savaşta kadının bedenine sahip olmak, karşı tarafın toprağına ya da etnik kimliğine sahip olmakla eş değerdir. Buna karşı Virginia Woolf’un “Bir kadın olarak benim ülkem yoktur, bir kadın olarak bir ülke de istemiyorum. Bir kadın olarak tüm dünya benim ülkemdir.” sözü toplumsal cinsiyet perspektifinden değerlendirildiğinde, dişil anlayışın bu argümana dayalı olarak savaşı kabullenen ve ezilen taraf olmamak için biz anlayışıyla mücadele ederek, tüm yaşam alanlarını sahiplendiğini, eril anlayışın ise tüm yaşam alanlarını kendi özelinde sahiplenmek istediği söylenebilir.



Sonuç olarak sunu diyebiliriz ki savaşlarda toplumun yarısı olan kadınlar üzerinden toplumun bütünü hedef alınıp biat ettirilerek erk anlayışın hakim kılınması hedeflenmiş, buna karşın kadın mücadelesinin kararlı duruşunun önüne geçememiştir.

**KAYNAKÇA:** TiHV, İHD, Hukuk Büroları, MAYA-DER, Mazlum-Der, SES, İnsan Hakları İnceleme Heyeti, Güneydoğu Anadolu Belediyeler Birliği (GABB) Kadın Politikalar Müdürlüğü gibi kurumlar tarafından o dönemde hazırlanan raporlardan faydalanılmıştır.

# SES ŞIRNAK



2015-2016 yıllarında ilan edilen sokağa çıkma yasaklarında kolluk kuvvetlerince yaşam alanlarına yapılan saldırılar sonucunda, halkın temel hakkı olan barınma hakkı gasp edilmiştir. Tarihi alanlar yıkılarak toplumsal hafıza hedef alınıp yok edilmek istenmiştir. Yeni İnşa edilmeye çalışılan kentlerde kadın örgütlenmelerine dair izlere rastlanmazken ,eril zihniyetin bakış açısının hakim olduğu görölmektedir.

Yasak boyunca silah seslerine maruz kalan, çatışmalara şahit olan çocukların ruh sağlığı olumsuz bir şekilde etkilenmiştir. Seslerden irkilme , uyku düzeninde bozulma , uykusuzluk , kabus görme ve yoğun psikosomatik yakınmaların olduğu saptanmıştır.

# K ŞUBESİ



Şırnak'ta uygulanan sokağa çıkma yasaklarında şehirden ayrılmak zorunda kalan; konaklayacak yer bulamayan aileler merkeze yakın yerlere çadır kurarak 8 ay boyunca burada hiçbir sağlık hizmeti almadan , hijyenik olmayan ortamlarda hayatlarını sürdürmeye çalışmıştır.

Diğer kentlerde olduğu gibi Cizre'de de yasak süresince evlerin içindeki duvarlarda veya sokaklarda 'Fıstığın evi' 'Fistanla devrim olmaz.' 'Kızlar geldik İninize girdik.' şeklindeki duvar yazıları kadın kimliğinin aşağılanmasına, kadının sahip olduğu onur ve değerın ayaklar altına alındığının apaçık göstergesi olmuştur.



# BÖLGEDE SAVAŞIN KADIN SAĞLIĞINA ETKİLERİ

## SES ŞIRNAK ŞUBESİ

### savaş

- Kapitalist sistemde ucuz işgücü ve cinsel bir meta olarak görülen kadın için; yaşamın kendisi fiili bir savaş hali gibidir.
- Savaşlar özü itibariyle erildir.
- Savaşta kadının bedenine sahip olmak, karşı tarafın toprağına ya da etnik kimliğine sahip olmakla eşdeğerdir.
- Savaş, kadına tecavüz, yıkım ve şiddetten başka bir şey vermemiştir.

### kadın

- Cizre'de yaşanan sokağı çıkma yasaklarında kolluk kuvvetlerinin ev aramaları adı altında dağıttıkları evlerde kadın iç çamaşırlarının özellikle etrafa saçıldığı, kullanılmış prezervatiflerin bırakıldığı, aile fotoğraflarının yırtıldığı görülmüştür.
- Evlerin duvarlarına cinsel saldırı ve yaşam tehdidi içeren yazılar yazılmıştır.
- Savaş, cinsel şiddetin açık bir biçimi olarak karşımıza çıkmıştır.

### sağlık

- Cizre Devlet hastanesi doğumhanesinde normal koşullarda günde 10-15 doğum olurken, sokağı çıkma yasakları boyunca bu sayı 1-2 doğuma gerilemiş. Yasak boyunca evde doğum oranı % 90'a yükselmiştir. Evde doğumlara bağlı olarak yeni doğum yapan kadınlarda bazı doğum sonrası komplikasyonlar gelişmiştir.
- Sokağı çıkma yasağı sırasında halkın sağlık hizmetlerine ulaşması ciddi şekilde engellenmiştir. Bu engellenme, Sokağı çıkma yasağının olması, çıktığında kurşunlara maruz kalma olasılığı özellikle JÖH ve PÖH'ler tarafından karargah haline getirilmiş olan hastaneye ulaştığında şiddete maruz kalma, hakarete uğrama veya gözaltına alınma korku ve endişesinin de etkili olduğu söylenilebilir.



## ERKEKLİK VE KADIN SAĞLIĞI

HAMİDE İPEK

ZONGULDAK SES ŞUBE KADIN SEKRETERİ

Ataerki kelimesi ilk olarak karşımıza Weber'in metinlerinde çıkmaktadır. Weber yazılarında kelimeyi bugün bizimde kullandığımız anlamıyla kullanmaktadır. Daha çok otorite ilişkilerini temsil eden ataerki kelimesi hem ekonomik hem de akrabalık bağlarıyla birbirine bağlı olan gruplarda, hane halkı üzerindeki otoritenin babadan oğla geçmesini ifade eder.

İktidarın babadan oğla geçtiği ataerki sistemde erkeklerin ve erkekliğin kutsandığı, yüceltildiği hepimiz tarafından bilinen bir gerçektir. Erkekliği ve erkekleri kutsallaştıran ataerki sistemin yerleşik hayata geçilmesiyle beraber ortaya çıktığı söylemek mümkündür. Avcı-toplayıcı, komünal yaşam biçimlerinde kadınlar ve erkekler arasında eşitsizlik yaratacak bir iş bölümü olmadığı Engels'in çalışmalarında belirtilmiştir. Yerleşik hayata geçilmesiyle beraber mülkiyet kavramı ortaya çıkmış ve mülkiyet daha çok erkekler üzerinde dönmeye başlamıştır. Bu dönemden sonra kadına yönelik roller evde çocuklara bakılması, ev işleriyle ilgilenilmesi gibi kültürel yeniden üretimi kapsayacak roller verilmeye başlamıştır. Bu noktada karşımıza toplumsal cinsiyet eşitsizliği kavramı çıkmaktadır.

Toplumsal cinsiyet kavramı biyolojik bir farklılıktan öte cinsiyete göre rollerin dağılımını ifade eder. Toplumsal cinsiyet (gender) kavram olarak ilk defa, 1950'lerin ortalarında psikoloji alanında kişilik patolojilerinin tedavisi alanında kullanılmıştır. Bu kapsamda toplumsal cinsiyet, "kimlik" olarak kavramlaştırılmış ve "toplumsal cinsiyet kimliği" bir kişinin kadın ya da erkek olduğuna dair öz algısı olarak tanımlanmıştır (Marshall, 2000). Bununla birlikte, toplumsal cinsiyetin kavram olarak ilk kullanımının 1950'lerden daha öncelere denk geldiği görü-



şünde olanlar da bulunmaktadır. Örneğin Nellie Oudshoorn (1994)'a göre toplumsal cinsiyet ilk olarak 1930'larda, psikolojik karakterlerin fizyolojik cinsiyetten farklı olduğunu ortaya koymak üzere kullanılmıştır.

Baştan biyolojik kabullerin karşısında yer alanlar için bir insanın dişil ve erilden çıkıp kadın ve erkeğe dönüşmesi biyolojiyle değil, tamamen toplumsal kültürel gelişmelerle ilgilidir. Toplumsal cinsiyet biyolojik ayırmadan çok daha öte ve geniştir. "Bireyin biyolojik cinsiyetinin doğrudan bir sonucu olmak zorunda değildir" (Giddens, 2012: 505). En net haliyle "toplumsal cinsiyet, bireyi kadınsı ya da erkeksi olarak karakterize eden psikososyal özelliklerdir" (Rice ve Kohl'dan akt; Hepşen, 2010: 13). Kadınsılık ya da kadınlık, erkeksilik veya erkeklik tümüyle toplumsal ve kültürel hadiselerdir. Birbirinden değişik zaman ve yerlere göre farklılık gösterebilmektedir. Herhangi bir coğrafyada yaşayan bir topluluk ya da toplumun kadın ve erkekten beklediği roller, diğerlerinininkiyle birbirini tutmayabilir. Bu, kültürün habercisidir. Birtakım teoriler, kimi kadınlık ve erkeklik eğilimlerinin ve davranışlarının evrensel dolayısıyla biyolojik olduğunu savunmaktadır. Örneğin cinsellik veya üreme konusunda kadın tek eşlilik, erkek çok eşlilik yönünde hep aynı doğrultuda hareket etme meylindedir. ( Dergipark.com Toplumsal Cinsiyet Olgusu ve Türkiye'de Kadınlık)

### **Toplumsal Cinsiyet, Güç ve Adalet ile Nasıl İlişkilidir?**

Birçok kültürde, erkeklerin deneyimleri ve perspektifleri norm olarak kabul edilir. Heteroseksüel maskulin davranış ise standart olarak tanımlanır. Güç kullanımı, özellikle halka açık alanda, maskulin olarak algılanır. Birçok kültürde erkekler ailenin, grubun ve halkın reisi varsayılırken kadınlar takipçiler ve destekçiler olarak varsayılırlar. Bu tip varsayımlar, kadınların kendi hayatlarını etkileyecek kararlar üzerine çok az şey söyleyebilecekleri anlamına gelebilir. Ayrıca, bu geleneksel rolleri takip etmeyen erkeklerin de toplum tarafından eleştirilmesi anlamına da gelebilir. Toplumsal cinsiyetin sosyal olarak yapı-





lanmış bir fikir olmasından dolayı, kadın ve erkek rolleri hakkındaki baskıcı kanıları değiştirebilir ve zorlayabiliriz. Toplumsal cinsiyet adaleti dediğimiz de budur.

### **Kadın üreme sağlığı ve iktidar politikaları**

Kadının durumunun sağlıkta dönüşümle birlikte daha da kötü bir duruma geldiğini hepimiz biliyoruz. Önceden birinci basamak sağlık hizmetlerinde ana ve çocuk sağlığı merkezleri (AÇSAP) vardı ve sadece pratisyenler değil pediatristler ve kadın doğumcular da çalışırdı. Gebe takibi yapılırdı. Doğum yapmak istemeyen kadınlara da doğum kontrolü eğitimi verilirdi. Kadın için doğum kontrolü açısından hangisi uygunsa o yöntem uygulanırdı. Doğum kontrol hapı ve eşler için prezervatif dağıtılırdı. Şimdi sağlıkta dönüşümle birlikte sağlık ocaklarının hepsi kapatılırken AÇSAP'ların birçoğu da ya kapatıldı ya da işlevsiz hale getirildi. Bunun yerine ise aile hekimliği sistemini yerleştirildi. Aile hekimleri de birinci basamakta olan koruyucu hizmetlere çok zaman ayıramıyor ve devlet tarafından da bu merkezlere fazla destek sağlanmıyor. Bu yüzden koruyucu hizmetlere kolay ulaşım için imkan yaratılmıyor.



### **Erdoğan: “Bunlar Türk Milletinin Kökünü Kazımak İstiyor”**

Dönemin Başbakanı Erdoğan, 7 Mart 2008 tarihinde Dünya Kadınlar Günü nedeniyle Uşak'ta düzenlenen bir panelde nüfusu artırmaları için kadınlara seslendi: “Sizinle bir Başbakan olarak değil, dertli kardeşiniz olarak konuşuyorum. Biz genç nüfusumuzu aynen korumalıyız. Bir ekonomide aslanan insandır. Bunlar Türk milletinin kökünü kazımak istiyor. Yaptıkları aynen budur. Genç nüfusumuzun azalmaması için en az üç çocuk yapın. (“Erdoğan: En Az Üç Çocuk Doğurun”, Hürriyet,7 Mart 2008)

4 yıl sonra, 25 Mayıs 2012 tarihinde Hilton Otel'de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programı'nın uygulanmasına ilişkin 2012 Uluslararası Parlamenterler Konfe-



ransı kapanış oturumunda Erdoğan, genç ve dinamik bir nüfusa ihtiyaç olduğu için en az üç çocuk istediğini belirtti: “Kürtajı bir cinayet olarak görüyorum. Buna kimsenin müsaade etme hakkı olmamalı. Ha anne karnında bir çocuğu öldürürsünüz ha doğduktan sonra öldürürsünüz. Hiçbir farkı yok. Buna karşı çok daha duyarlı olmaya mecburuz. Buna karşı el birliği içinde olmak zorundayız. Ben ülkemde en az üç çocuk istiyorum. Çünkü genç dinamik bir nüfusa ihtiyacımız olduğunu biliyorum ve bu çalışmayı sürdürüyoruz. (Erdoğan: Kürtaj Bir Cinayettir”, Milliyet, 26 Mayıs 2012)

### “Her kürtaj bir Uludere’dir”

“Kürtajı bir cinayet olarak görüyorum ve bu ifademe karşı çıkan bazı çevrelere, medya mensuplarına da sesleniyorum; yatıyorsunuz, kalkıyorsunuz Uludere diyorsunuz. Her kürtaj bir Uludere’dir diyorum. Anne karnında bir yavruyu öldürmenin doğumdan sonra öldürmeyle ne farkı var? Soruyorum size. Bunun mücadelesini hep birlikte vermeye mecburuz. Bu milleti dünya sahnesinden silmek için sinsice bir plan olduğunu biliyoruz. Bu milletin çoğalması için asla bu oyunlara prim veremeliyiz. Biz, siyasi rant peşinde değiliz. Bizim tek hesabımız var, bu millet muhasır medeniyetler seviyesinin üzerine çıkacak, çıkmalıdır. Bunun için de genç, dinamik nüfusa ihtiyacımız var. Bilesiniz ki insan ekonominin temelidir, insan varsa sermaye, emek var, insan varsa tüketim, üretim var. İnsan yoksa bunların hiçbiri yok. Onun için çok gayret edeceğiz, genç nüfusu artırmanın gayreti içerisinde olacağız. Aksi takdirde 2037’de ihtiyar bir nüfusla gerileme dönemine başlarız.” (AKP Genel Merkez Kadın Kolları 3. Olağan Kongresi’nde)

“Her kürtaj bir Uludere’dir” söylemi, kürtaj yaptıran kadınları, “öldürme-yaşamaya izin verme iktidarının” kullanıcıları olarak göstermenin bir yoludur. Çünkü 28 Aralık 2011’de Uludere’de yapılan bombardımanla otuz dört yurttaşın öldürülmesi, egemenin öldürme iktidarını kullanmasıdır. Bu söylem, kürtaj ya-sağını yeniden tanımlar. Yeni tanıma göre kürtaj, Uludere’de olduğu gibi iki seçenek sunar: Kadınlar, bebeklerini ya öldürür ya da yaşamalarına izin verirler.



2012’de Başbakanın “kürtajın sınırlandırılması için harekete geçilsin” talimatı üzerine, konu AKP’nin Merkez Karar Yönetim Kuruluna ve Sağlık Bakanlığı’na taşındı. 2012 yılında 2827 numaralı kanunun esası ve şekline bir değişiklik yapılmadı ama sağlık personeline kürtaj yapmama hakkı tanındı. Ayrıca yapılan değişiklikler arasında kürtaj için gelen anne-babaya dört gün düşünme süresi de verildi. Bu şekilde kürtaj, fiilen uygulanamaz ve yasak kılındı. Ve bu şekilde kadınlar, özellikle yüksek ücretle kürtaj yapan polikliniklere yönlendirildi. Ayrıca kadınların hastanelerden ziyade özel polikliniklere mecbur bırakılmasının bir diğer nedeni, hastanelere getirilen performans sisteminde riskleri fazla olan kürtaj operasyonunun doktorlara apandisit ameliyatından bile düşük bir puan (150.8) kazandırması ve risk-zaman-puan çerçevesinde doktorların aylık gelirlerini olumsuz etkilemesi oldu. (“Kürtaj Artık SGK Kapsamında”, Cumhuriyet, 19 Mart 2014)

İl	İlde Bulunan Kamu Hastanesi Sayısı	İsteğe Bağlı Kürtaj Yapan Hastane Sayısı	Gereğçeli Kürtaj Yapan Hastane Sayısı	Kürtaj Yapmayan Hastane Sayısı	Ulaşılamayan /Cevaplamayan Hastane Sayısı
Adıyaman	6	-	2	1	3
Ankara	30	3	10	12	5
Antalya	13	-	10	3	-
Bursa	14	-	2	9	3
Çanakkale	11	-	5	6	-
İstanbul	37	2	18	12	5
İzmir	22	4	3	15	-
Mersin	10	-	2	7	1
Muğla	9	-	5	3	1
Muş	7	-	2	5	-
Urfa	13	-	3	5	5
Van	12	-	3	4	5
<b>Toplam</b>	<b>184</b>	<b>9</b>	<b>65</b>	<b>76</b>	<b>28</b>

(Kamu Hastaneleri Kürtaj Uygulamaları Araştırma Raporu”, Kadın Sığınakları ve Da(ya)nışma Merkezleri Kurultayı Bileşen Örgütleri,) (“Kürtaj Yapıyor musunuz? “Hayır Yapmıyoruz”, Mor Çatı, 3 Şubat 2015)



## Erdoğan: ‘sezaryen cinayettir’

Üç çocuk, kürtaj ve **sezaryen** tartışmalarıyla patriarkal bir devlet söylemini sahiplenen AKP iktidarı, kadını özel alanda “aile” içinde kurgularken; kamusal alanda kadınların iş gücü piyasasına esnek çalışma biçimleriyle katılımını desteklemeyi temel alan neoliberal ve muhafazakâr” söylem içinde şekillendi.



AKP makbul kadın/eş/anne anlayışını dayatmaya çalışırken; “Çalışıyorum diye annelikten imtina eden bir kadın aslında kadınlığını inkâr ediyor demektir. Anneliği reddeden, evini çevirmekten imtina eden bir kadın iş hayatında ne kadar başarılı olursa olsun eksiktir, yarımıdır” (Hürriyet, 5 Haziran 2016) açıklamasında bulundu.

AKP iktidarı boyunca kadın emeğini, bedenini ve kadının gündelik hayatını denetim altına almaya çalışan “aile” odaklı politika ve söylemler üretmeye devam etmiştir. Özellikle belirtmesi gereken ise kadın bedenine yönelik müdahaleleriyle paralel bir biçimde kadına yönelik şiddetin de hızla arttığıdır. Zira aile bütünlüğü ve ailenin korunmasına yönelik söylemler, kadına yönelik şiddeti üreten toplumsal yapının devamlılığını güvenceye alıyor.

### ERİL TIP ve CİNSİYETÇİ İŞ BÖLÜMÜ

Türkiye’de tıp eğitimine kadının girmesi de, daha sonra kliniklerde kendine yer edinebilmesi de “izin verildiği” kadarıyla olmuştur. Dolayısıyla tıbbın gündelik hayatında, uzmanlık alanlarının belirlenmesinde ve işleyişinde, tıbbın araştırma boyutundaki işleyişinde, cinsiyetçi bir yaklaşımın egemen olduğunu belirtmek mümkündür. Genel olarak hekimler arasında uzmanlaşma oranının erkeklerde daha fazla olması; cerrahi dallarda kadın hekimlerin tercih edilmemesi çarpıcı örnek-



lerdir. Tıp fakültelerine girerken ve mezun olurken hekimlerin cinsiyet dağılımında bir farklılık görülmezken, tıpta uzmanlık alanlarının seçiminde aynı durumun sürmediği, kadın ve erkek hekimler arasında belirgin biçimde bir farkın olduğu görülmektedir. Tıp fakültesine girerken yüreklendirilen kadın hekimlerin uzmanlık alanını seçerken toplumsal cinsiyet rollerine daha uygun alanlara yönedikleri, uzmanlık aşamalarına geldikleri yaşlarda evlilik, annelik, ev sorumluluğu gibi toplumsal rollerin karşılarında birer engel olarak durduğu, kadınların iki rol arasında kalarak yürütülmesini daha uygun gördükleri uzmanlık alanlarını seçtikleri görülmektedir.

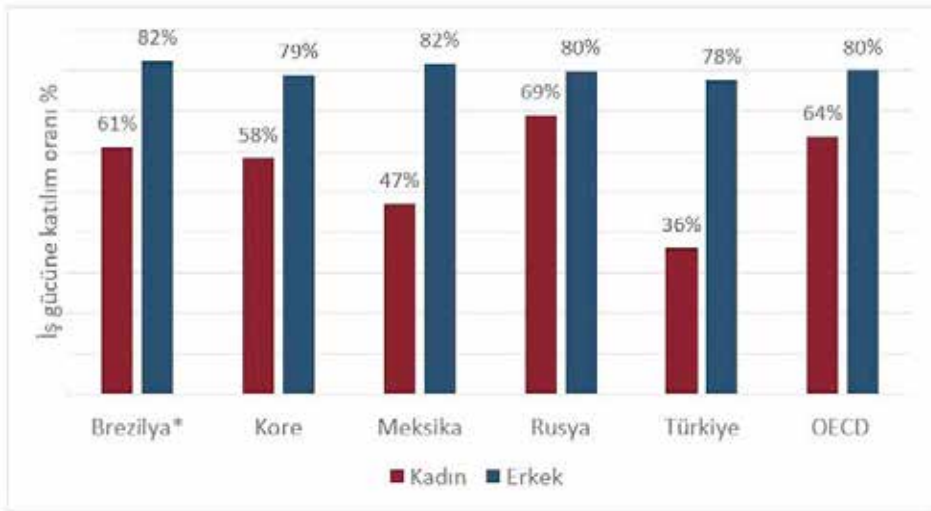
Kadının Tıptaki Yeri toplumsal cinsiyet rolleri, geleneksel ataerkil değerler, cinsiyet ayrımcılığına dayalı öğeler tarafından belirlenmektedir. “Erkek işi” olarak tanımlanan işler daha saygın ve daha fazla ücretli olurken, kadın işi olarak tanımlanması, rahatlıkla “düşük statülü, düşük ücretli” olmasına yol açabilmektedir.

Türkiye’de ilk kez 1922 yılında on kız öğrenci tıp fakültesine kabul edilmesine rağmen tartışmalar devam etmiştir. Sonrasında 1928 yılında İstanbul’daki tıp fakültesinden altı kadının mezun olmuştur: Dr. Suat Rasim Giz (genel cerrahi ihtisası yapmış ve ardından Türkiye’nin ilk göğüs cerrahisi olmuştur), Dr. Fitnat Celal Taygun (genel cerrahi), İffet Naim Onur (kadın hastalıkları, doğum ve genel cerrahi), Dr. Sabiha Süleyman Sayın (çocuk sağlığı ve hastalıkları) Hamdiye Abdurrahim (Rauf) Maral (dermatoloji, fizik tedavi ve radyoloji). Dahiliye uzmanı Dr. Müfide Kazım Küley, kadınların tıp fakültelerine girmesinin mücadelesini veren en etkin isimlerden birisidir ve ilk mezunlar içinde akademik kariyer yapan tek hekimdir. (Etker ve Dinç, 1998).

Tıpta uzmanlık alanı olarak tanımlanmış 28 alanın 12 sinde kadın hekimlerin oranı kritik eşik kabul edilen %33’ün altındadır. Bu sonuçtan hareketle ülkemizde kadınlara özgü bir tıpta uzmanlık alanının bulunduğu söylenemezken, aksine erkeklerle özgü alanların bulunduğu ortaya çıkmaktadır. Kadınlar mesai saatleri düzenli olan, nöbeti olmayan, akademik ilerle-



melerinde engel bulunmayan, dışlanmayacaklarını düşündükleri uzmanlık alanlarına yönelmektedirler. Özellikle cerrahi uzmanlık alanlarında kadınların sayısı sınırlıdır. Klinik şefi, profesör, doçent ve yardımcı doçent kadrolarında kadın hekim oranının, erkek meslektaşlarına göre daha düşük olduğu, buna karşılık klinik şef yardımcısı, baş asistan, asistan öğretim görevlisi, araştırma görevlisi kadrolarında ise kadın hekim oranlarının toplam kadın hekimlerin oranlarına göre fazla olduğu saptanmıştır. (Serpil Sancar vd - Birkaç Arpa Boyu 2.cilt.: Tıbbın Cinsiyeti ve Biyoetik Açısından Kadın BERNA ARDA)



Kaynak: OECD (2018), OECD Labour Force Statistics 2017, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/oeed\\_ifs-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/oeed_ifs-2017-en) ve <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=STLABOUR#> Son Erişim: 04.03.2018. \*Brezilya verileri 2015 yılı için geçerlidir.

## KADIN ve İSTİHDAM

Toplam iş gücü hesaplanırken toplumda önemli bir kesim iş gücüne katılabilecek kapasitede ve 15 yaş üstünde olmasına rağmen çeşitli nedenlerden dolayı katılım sağlayamıyor. Katılım sağlayamayanların oranları ve nedenleri arasında da cinsiyetler arası önemli farklar olduğu gözlemlenmekte. Örneğin, iş gücüne katılmama nedenleri başlıklı TÜİK verilerine göre 2016 yılında iş gücüne dâhil olmayan kadın nüfus yaklaşık 20 mil-



yonken, erkek nüfusu 8 milyon. İş gücüne katılım sağlamama nedenleri arasında ev işleri, emeklilik, engelli olma, iş arama gibi nedenler yer alıyor. Kadınların yaklaşık 11 milyonu, “ev işleriyle meşgul” olduğu için iş gücüne katılım sağlayamamış. Erkeklerde en yaygın iş gücüne katılım sağlayamama gerekçesi ise “emeklilik”. 2017 yılı içerisinde işgücüne katılım oranı erkeklerde %72,1, kadınlarda ise %33,8 olarak gerçekleşmiş.

Kadınların işsizlik oranı da erkeklerinkinden daha fazla. Erkeklerde işsizlik oranı %8,8 iken, kadınlarda bu oran %13,7.

EUROSTAT verilerine göre Türkiye’de yükseköğretim mezunu kadın istihdam oranında AB ülkeleri ile kıyaslandığında, içlerinde en düşük orana sahip. AB ülkelerine ait ortak en güncel veri dönemi 2017 üçüncü çeyreğe göre, Türkiye’de yükseköğretim mezunu kadınların %21,3’ü işsizken, 28 AB ülkesinin ortalaması sadece %5,1. Çalışan kadınların %65,2’si ücretli veya yevmiyeli, %1,4’ü işveren, %9,3’ü kendi hesabına ve %24,1’i ücretsiz aile işçisi olarak çalışıyor. Erkeklerde ücretli ve kendi hesabına çalışanların sayısı kadınlardan çok daha fazla.

Dünya Bankası’nın Girişimcilik Araştırması’na göre Türkiye’de kesin ve en güncel sayılar bilinmemekle beraber şirket sahipliğinde kadınlar sadece %25,4’lük bir yer tutuyor. Kadın çoğunluk yöneticilere sahip şirketlerin oranı ise %0,3. Şirketlerin sadece %5,4’ünde bir kadın üst düzey yönetici bulunan Türkiye’de, tam zamanlı çalışanların da sadece %21,9’u kadın.





## KADINA YÖNELİK ŞİDDET BİÇİMLERİ

“Şiddeti tanıyorum. Tanıdığımı sanıyorum. Niçin yapıldığı, törensel, sesli, sessiz, simgesel, fiziksel ya da atipik oluşu, başkasına ya da kendine yönelmesi, mazur görülen sebepler beni ilgilendirmiyor. Hepsi şiddet.” (Somersan, 1996)

**Fiziksel şiddet:** Yumruklama, tokat atma, vurma, ısırma, çimdikleme, tekmeleme, saç çekme, itip kakma, yakma, boğazını sıkma, bir aletle vurma.

**Ekonomik şiddet:** Ekonomik özgürlüğü kısıtlama, eve para bırakmama veya çok az bırakma, sürekli hesap sorma, parayı kullanarak aşağılamaya çalışma.

**Psikolojik şiddet:** Küsmek, baskı uygulamak, intihar etmekle tehdit, çocukları uzaklaştırma, arkadaşlarınıza, ailenize sizinle ilgili yalanlar söyleme, onları görmeyi engelleme, güveninizi kırma, bilgi saklama, kıskançlık, gözdağı verme.

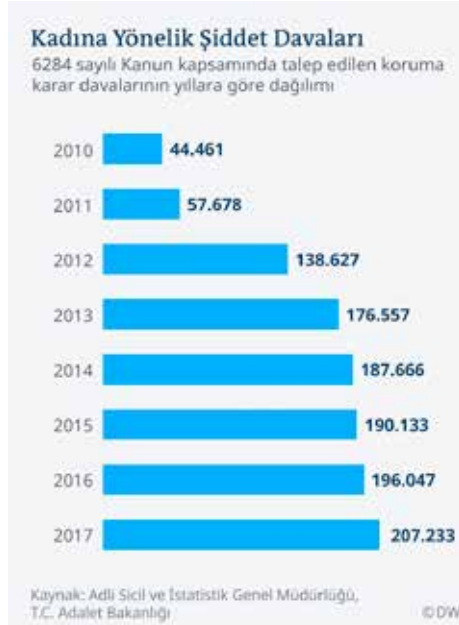
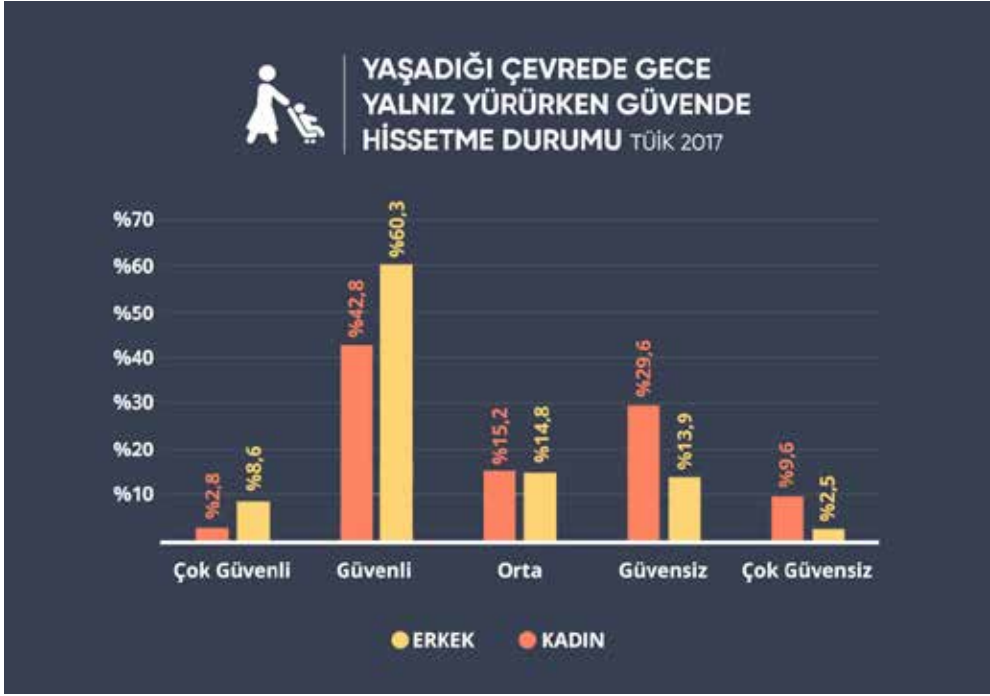
**Cinsel şiddet:** İstenmeyen cinsel davranışları yapmaya zorlama, istemediğiniz halde cinsel ilişkiye zorlama, cinsel yöneliminize bağlı davranışlarınızı değersizleştirme, taciz etme, cinsel ilişki sırasında güç kullanma.

**Siyasal şiddet:** Şiddet biçimlerine eklememiz gerektiğine inandığım ve yukarıda açıkladığım şiddet biçimlerine maruz kalmamıza sebep olan, günümüz iktidar siyasetinin sebep olduğu şiddet biçimidir. Örn: Muhalif olmak günümüzde siyasal şiddete maruz kalma sebebidir.

1 Ocak 2019 ile 20 Kasım 2019 tarihi arasında kayda geçen;

302 kadını öldürdü.
532 kadın ise fiziksel şiddet gördü.
833 bin kadın çalışan, erkek şiddetine maruz kaldı.
57 bin kadın da hane içi şiddet nedeniyle işine gidemedi.







## Kaynaklar:

<https://halagazeteciyez.net/2018/07/16/medya-raporu-4-temmuz-2018-akp-nin-15-yillik-iktidarinda-medya-ve-toplumsal-cinsiyet/>

<https://www.dogrulukpayi.com/bulten/2018-de-kadin-istatistikleri>

<http://siddetsizlikmerkezi.org/kavramlar/toplumsal-cinsiyet/>

Dergipark.com FEMİNİST KURAMDA ATAERKİ TARTIŞMALARI ÜZERİNE ELEŞTİREL BİR İNCELEME

Serpil Sancar vd - Birkaç Arpa Boyu 2.cilt.: Tıbbın Cinsiyeti ve Biyoetik Açısından Kadın- BERNA ARDA

TOPLUMSAL CİNSİYET PERSPEKTİFİNDE SAĞLIK VE TIBBİLEŞTİRME -Deniz SEZGİN\*

BAŞKA BİR AİLE ANLAYIŞI MÜMKÜN MÜ? 09-10 Kasım 2013 Düzenleyen: Heinrich Böll Stiftung Derneği Türkiye Temsilciliği

TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTLİĞİNE ERKEKLERİN KATILIMI UZMANLIK TEZİ- Handan SAYER

Toplumsal Cinsiyet Olgusu ve Türkiye'de Kadınlık Orhan BENGÖL Gümüşhane Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü

Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi The Journal of International Social Sciences Cilt: 27, Sayı: 2, Sayfa: 245-256, ELAZIĞ-2017 FEMİNİST KURAMDA ATAERKİ TARTIŞMALARI ÜZERİNE ELEŞTİREL BİR İNCELEME A Critical Analysis on Patriarchy Discussions in Feminist Theory Fatime GÜNEŞ\*

# Erkeklik ve Kadın Sağlığı-1

*Patriyarki*



*Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği*



*Kadın Sağlığı Hareketinde  
Hükümet Düzenlemeleri*



*Tıbbın Erilleştirilmesi ve Dindarlaşması*



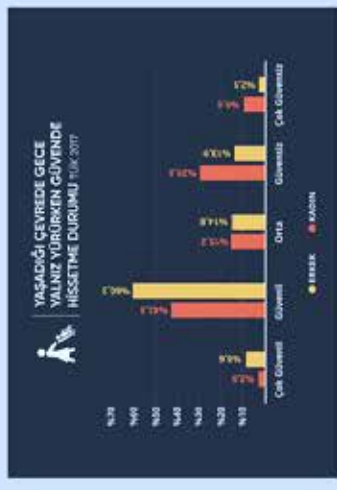
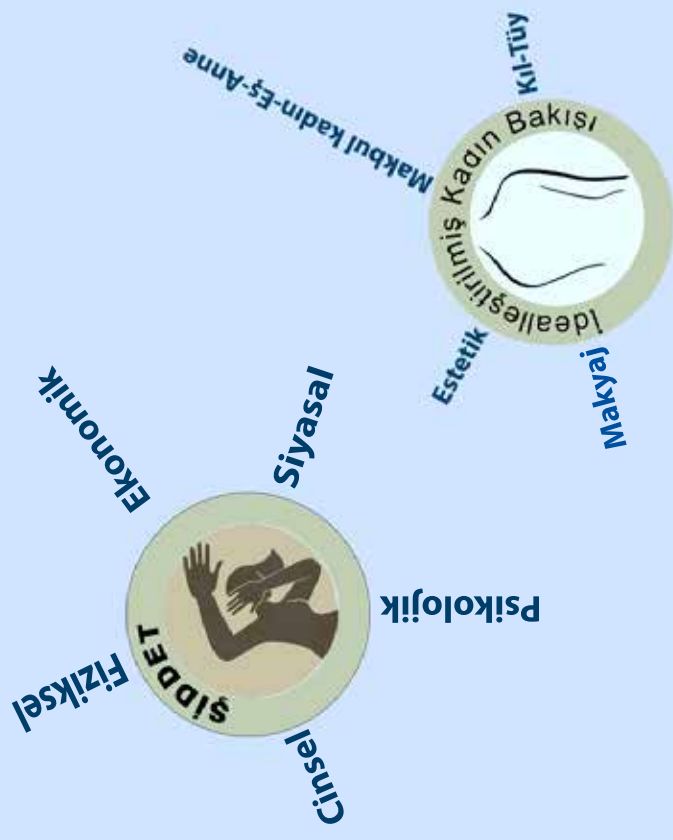
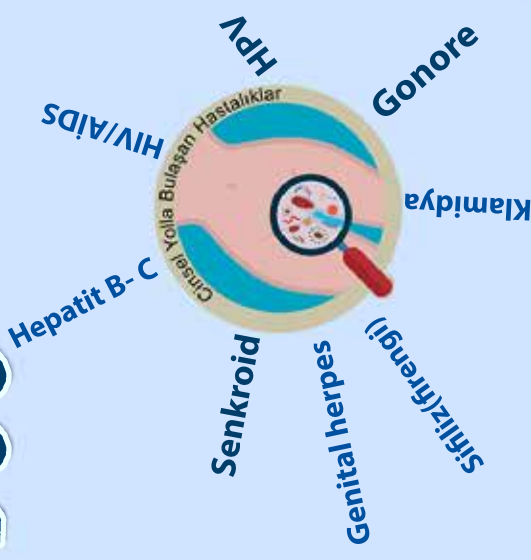
*Kurumlarda Kadın Çalışan  
Yönetici Sayısı-Durumu*



SES

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası  
ZONGULDAK ŞUBESİ  
Hamide İpek

# Erkeklik ve Kadın Sağlığı-2



SES  
Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası  
ZONGULDAK ŞUBESİ  
Hamide İpek

# EKLER

---

**Kurultay Katılımcıları ve Konuklar**  
**Kurultay Posterleri**  
**Kurultay Fotoğrafları**





## KADIN SAĞLIK KURULTAYI KATILIMCI ve KONUK LİSTESİ

NO	İLİ	ADI SOYADI
1	MYK	GÖNÜL ERDEN
2	MYK	PINAR İÇEL
3	MYK	AYLİN AKÇAY
4	MYK	SELMA ATABEY
5	AMASYA	MELAHAT ÖZTÜRK
6	ANKARA	NAZAN KARACABEY
7	ANKARA	MELAHAT YURTTAŞ
8	ANKARA	GÜLCAN PALOĞLU
9	ANKARA	GÖZDE ÇELİKSÖZ
10	ANKARA	MERYEM GÜNBE
11	ANKARA	ESRA AKARGİTMEZ
12	ANTALYA	NECMİYE ÖZTÜRK
13	ANTALYA	ZEHRA AYATA
14	ANTALYA	SEMAHAT GÖKALP ÇINAR
15	ANTALYA	DİLEK ŞENTÜRK
16	AYDIN	ÖZNUR ÖZAĞAÇ
17	AYDIN	DELAL ALAGÖZ
18	DENİZLİ	EMEL AYDIN
19	DENİZLİ	DENİZ NALBANTOĞLU
20	DİYARBAKIR	RAİFE ALKIŞ ÇAMCI
21	DİYARBAKIR	ZELAL BİLGİN
22	DİYARBAKIR	BERFİN ÖZDEMİR
23	DİYARBAKIR	MİYASER KELEKÇİLER
24	ELAZIĞ	FULYA YEĞİN
25	ELAZIĞ	AYNUR ÖĞÜT
26	HATAY	MERYEM AVCI
27	HATAY	YASEMİN YILDIRIM
28	HATAY	ZEYNEP KIRIKKAYA
29	İST/AKSARAY	YASEMİN BAKIR
30	İST/AKSARAY	İLKNUR AYIK
31	İST/ANADOLU	SOSİN FİSLİ



32	İST/ANADOLU	SEVGİ MERSİN
33	İST/ANADOLU	İLKAY SAĞLAM
34	İST/ANADOLU	TÜRKAN YAVUZ
35	İST/ANADOLU	HATİCE YAYLA
36	İST/ANADOLU	NİLGÜN KUTAY
37	İSTANBUL ŞİŞLİ	İPEK DENİZ
38	İSTANBUL ŞİŞLİ	ÇİLEM DEMİREL
39	İSTANBUL ŞİŞLİ	DİLEK TOK ÖZEN
40	İSTANBUL ŞİŞLİ	KADİME ARSLAN
41	İSTANBUL ŞİŞLİ	FADİME KAVAK
42	İZMİR	SEMRA USTABAŞ
43	İZMİR	HAMİDE İPEK
44	İZMİR	NURSEL YÜCESOY
45	MALATYA	ZUHAL GÜLER
46	MERSİN	NADİDE TOKER
47	MERSİN	ÖZGE GÖNCÜ
48	MERSİN	JULİDE AKGÜÇ
49	MUŞ	FATMA ROJİN ÖNGÜN
50	ŞANLIURFA	ÇİĞDEM DEHŞET
51	TEKİRDAĞ	PERİŞAN AKAR
52	VAN	FİGEN ÇOLAKOĞLU
53	VAN	DİLEK ŞAPKACI
54	VAN	MİZGİN KAYA
55	ZONGULDAK	DERYA MUAZZEZ AKAR
56	ZONGULDAK	PAKİZE GÜLÇİN CEYHAN
57	ZONGULDAK	DÖNDÜ TEMEL





## KONUKLAR

58	ANKARA	HABİBE EREN (BASIN-öğrenci)
59	ANKARA	DİREN YURTSEVER (BASIN-öğrenci)
60	ANKARA	NESLİHAN SEVİM (TDHB)
61	ANKARA	MÜBECCEL İLHAN (TTB)
62	ANKARA	VAHİDE BİLİR (TTB)
63	ANKARA	DENİZ CAN (ÖĞRENCİ)
64	ANKARA	EZGİ ORAK (ÖĞRENCİ)
65	ANKARA	FATMA ŞULE DAYANÇ (ÖĞRENCİ)
66	ANKARA	BEYZA AKINCI (ÖĞRENCİ)
67	KESK	GÜLİSTAN ATASOY TEKDEMİR

## PANELİSTLER

68	İSTANBUL	ÖZLEM ÖZKAN
69	İZMİR	MELDA YAMAN
70	ANKARA	PINAR ABDAL
71	ANKARA	SELMA GÜNGÖR
72	ANKARA	ŞEVKAT BAHAR ÖZVARIŞ
73	İSTANBUL	FERDA ÖZSAYGILIGİL
74	DENİZLİ	DENİZ NALBATOĞLU

## BEDEN DENETİMİ;

İktidarlar aracılığıyla kadın ve çocuk bedeninin tahakküm altına alınmasıdır. En başından aile kurumlarıyla kuşatılan bireylerin özellikle de kız çocukların bedenleri üzerinde denetleme ve yönetme stratejileriyle eyleme dönüştürülen ve istismlarla devam eden politikalar devlet politikasıdır. Devlet politikasında erkekler kadın ve çocuk bedeni üzerinde söz söyleme yetkisine sahip olurlar. Çünkü erkeklik iktidarın devamını sağlayan ve tahakküm kurma araçlarından en büyüğüdür. Militarizmle beslenen erkeklik insanlık tarihi boyunca asker ve kadın bedeni de korunacak toprakmış algısı ile yönetilmek istenmeye devam ediyor

### KADIN BEDENİ DENETİM ALTINA ALINIRKEN;

#### Annelik;

Kadının doğurganlığını kullanarak kadının cinselliğini de nesneleştirerek bakım sorumluluklarını yükleyen ve aile kurumu üzerinden toplumsal ahlak örgüsünü dayatan bir sistem kurma halidir.

#### Cinsellik;

Kadın doğurganlığını ve cinselliğini tahakküm altına alma biçimi olarak devlet politikalarının uygulanma biçimidir. Korunma yöntemlerinden kürtaja kadar birçok konu da devletin kanunlarla söz söyleme ve kısıtlama biçimidir.

#### Tıbbi söylem;

Sağlıklı ve zayıf beden söylemi üzerinden inceliğin güzellikle sağlıklı yer değiştirme biçimine gelmesidir. Diyet ve zayıflık algısı kadınları kısıtlayan ve kendi bedenlerine yabancılaşmaya yol açıyor.

#### Politika;

Bahsettiğimiz bütün kavramlarla ilişkilenen kadının bedeni denetiminin en kolay biçimlenmesini sağlayan olgudur. Doğurganlığın sorgulanmamasının, erke iktidarının, bakım sorumluluklarının yerine getirilmesinin ve toplumsal ahlakın gerekliliği koşulsuz kabul edilir.

#### Medya-Moda;

Toplumsal yıkımların var olan siyasi çöhrünün üstü kapatılarak kadınlara yönelik programlarla ve söylemlerle kültürel anlamda kadın algısının baskı altına alınmasıdır. Bunun moda vs. gibi algılarla tüketilmesidir.

#### Hukuk;

Uluslararası kabul edilen hiç bir sözleşmenin uygulanmaması ve öz savunma haline gelen kadın hiç bir kadının korunmadığı yasalar bize eril hukuktan medet umulmayacağı bir kez daha gösteriyor.

İş yerlerinde kadın olmaktan kaynaklı yaşanan mobbing vs. durumlarında da kadınların sığınacakları bir adalet sistemi yoktur. Yasalar eşitlik üzerinden düzenlenmiş olmakla birlikte uygulanırken sadece erke gözeten haldedir. Bugün taciz ve istismar vakalarının birçoğunun akıbeti gözler önündedir. Kadın örgütlerinin uzun yıllardır mücadeleleri sonucunda gözler önüne serilebildiler.



# SAĞLIKTA ŞİDDET

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (DSÖ) ÇALIŞMA HAYATINDA EN SIK PSIKOLOJİK VE FİZİKSEL ŞİDDET İLE KARŞILAŞILDIĞINI BİLDİRMIŞTİR. SAĞLIK SEKTÖRÜ DE EN FAZLA RISKLI OLAN SEKTÖRDÜR.

SAĞLIK ÇALIŞANI OLMAK ŞİDDETE MARUZ KALMA RISKINI ARTTIRMAKTADIR.

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET DÜNYA ÇAPINDA ARTMAKTA OLMASINA RAĞMEN SAĞLIK ÇALIŞANLARI BİLDİRİMDE BULUNMADIKLARI İÇİN ELDEKİ VERİLER BUZULUN SU ÜSTÜNDEKİ KISMINI OLUŞTURMAKTADIR.

SAĞLIKTA ŞİDDETE MARUZ KALINMASINA YÖNELİK YAPILAN ÇALIŞMALAR GENELLİKLE HEKİMLERE VE HEMŞİRELERE YÖNELİKTİR.

ŞİDDET VAKALARINA EN ÇOK DEVLET HASTANELERİNDE RASTLANIYOR.

2011 YILINDA YAPILAN BİR ÇALIŞMAYA GÖRE HEMŞİRELERİN ŞİDDETE MARUZ KALMA OLASILIKLARININ FAZLA OLDUĞU BİLİDİRİLMİŞTİR.

DEPRESYON, STRES GİBİ SIK GÖRÜLEN HASTALIKLARA KADIN ÇALIŞANLARDA DAHA ÇOK RASTLANIYOR.

KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARI HEM CİNSİYETLERİ HEM DE MESLEKLERİ NEDENİYLE ŞİDDETE DAHA ÇOK MARUZ KALABİLECEKLERİ İÇİN ERKEK SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ORANLA DAHA FAZLA RİSK ALTINDADIR

**SES ANADOLU ŞUBE KADIN MECLİSİ**







# SAĞLIK ALANINDA ÇALIŞAN KADININ SAĞLIĞINI ETKİLEYEN ORTAM FAKTÖRLERİ



## 1 ERGONOMİK FAKTÖRLER

İşyerinin erkek ergonomisi gözetilerek donatılmış olması, işyerindeki bütün alet ve araçların bu esasa uygun konumlandırılmış olması kadın işçinin sağlığını olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biridir. (Örneğin Anjiyo birimi)

## 2 KİMYASAL FAKTÖRLER

Kimyasal faktörlere maruz kalma sağlık çalışanı kadınlar da spontane düşük, doğumsal anomali oranlarında artışa ve fertilitede azalmaya neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda ameliyathane çalışanlarında düşük riskinin %40 civarında olduğu, doğumsal anomali görülme riskinin ise normal popülasyona göre 2-3 kat fazla olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra onkolojik ilaçlarla temas eden hemşirelerin idrarlarında mutajenite düzeyinin ve lenfositlerinde kromozom kırılmalarının arttığı yönünde bulgular mevcuttur. Bununla beraber astım, dermatit, kromozom tahribatları, kanser ve cıva zehirlenmesi gibi olumsuz etkileri olduğu saptanmıştır.

- Dezenfektanlar
- Antiseptikler
- Anestezi maddeler
- Latex
- Cıva
- Gluteraldehit
- Solvent
- Farmasötik maddeler
- Sitotoksik maddeler



## 3 FİZİKSEL FAKTÖRLER

**İşiklandırma –aydınlatma;**

Özellikle ameliyathanelerde yetersiz ,aşırı yada uygun olmayan aydınlatma görüş alanını olumsuz etkilemekte ve yorgunluk nedeni olabilmektedir. Bu durum kadınların evde de süren bakım yükümlüğünü göze önüne aldığımızda evde ve iş yerinde olağan kazalara yol açmaktadır. Çifte mesai çifte risk demektir.

**Gürültü;**

Diyaliz cihazları, yoğun bakım üniteleri, ortopedi ameliyathanesi, odyometrik testler yapılan birimlerde çalışan kadınların işitme kayıpları görülmektedir.

### İyonize radyasyon;

Radyasyon içeren birimlerde çalışan kadınlar kansere ,infertiliteye ve gebeliklerinin düşükle sonuçlanmasına ,mutasyonlara ve bunun sonucu genetik etkilere maruz kalmaktadır.

## 4 BIYOLOJİK FAKTÖRLER

İş yerinde maruz kalınan biyolojik etkenlerin ortama yayılmasından doğan ve insanda ciddi enfeksiyonlara ve hastalığa neden olabilecek kaza ve olaydır.

- Kan ve kan ürünleri
- Vücut sıvıları
- Enfeksiyonlar
- İnfluenza
- Rubella
- Kızamık

Gebelikte annenin bu enfeksiyonu bebekte malformasyonlara neden olabilir

- Varisella
- Tüberküloz vs.

Tb görülme riskinin normal popülasyona göre hekimlerde 3.1, hemşirelerde 6.7, yardımcı sağlık personelinde 3.9 kat fazla olduğu tespit edilmiştir.

## 5 PSIKOSOYAL FAKTÖRLER

### - İş stresi

Ebeveyn sorunu olan kreş sorununun kadın sorunu olarak görülmesi  
Fazla mesailerle çalışan kadınların ikincil yük olan bakım sorumluluklarını yerine getirememeye kaygısı  
Mesleki yıpranma ve karşılığını maddi ve manevi alamama

### - İş yükü

### - Liyakatsiz yerleştirmeler

Kadın çalışan sayısı fazla olan sağlık iş kolunda yönetim ve teknolojik birimlerde erkeklerin tercih edilmesi

### - Mobbing

### - Cinsiyetçi iş bölümleri

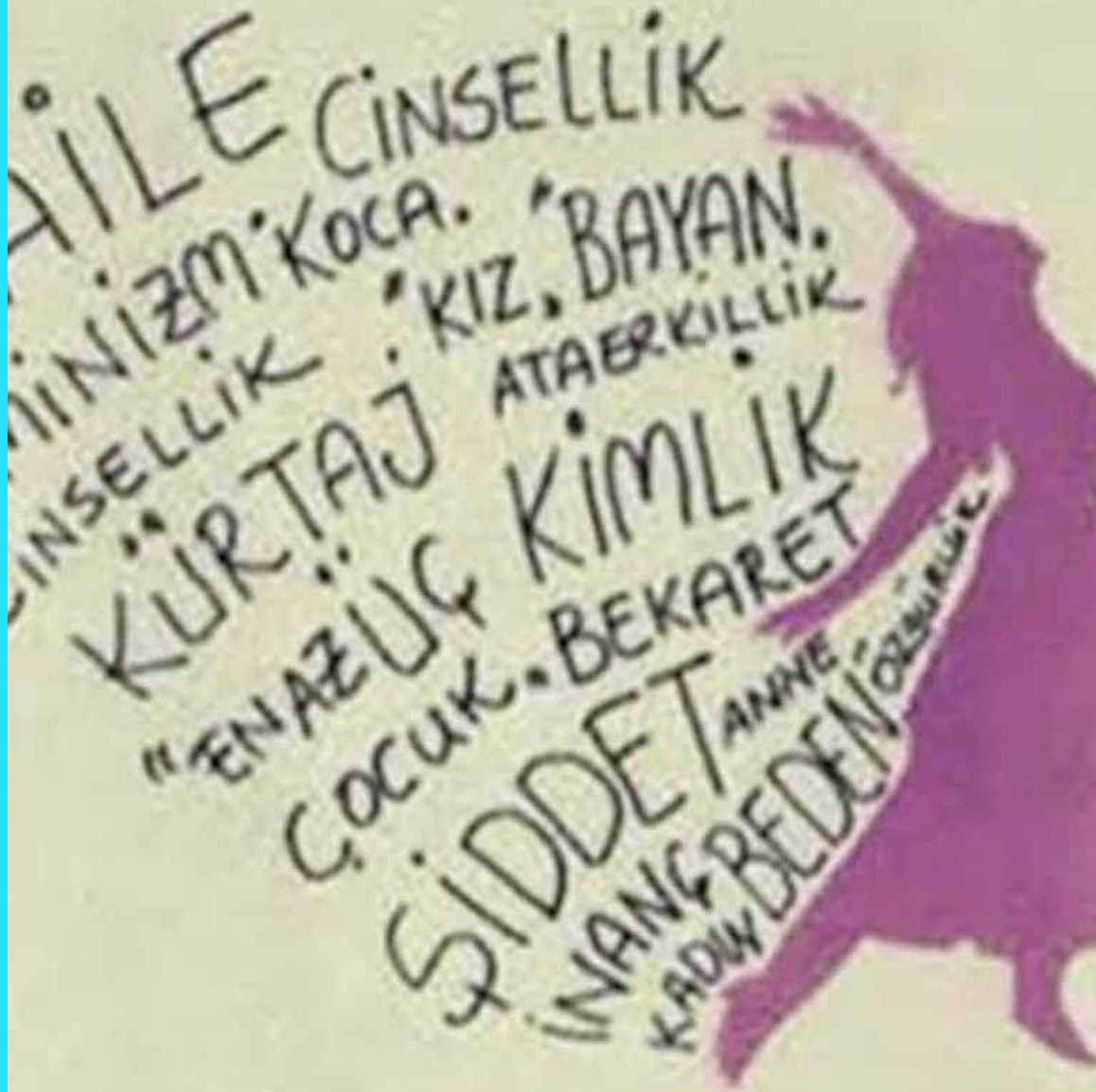
- Mesleki terfi ve atamalarda erkekleşmeyen kadınların göz ardı edilmesi

**SES ANADOLU ŞUBE  
KADIN MECLİSİ**





# BIYODENETİM



BIYOİKTİDAR ALGISI İKTİDAR SÖYLEMİNE GÖRE HASTALIKLAR  
YARATIR VE İKTİDAR SÖYLEMİNE GÖRE BEDEN TAHAKKÜMÜ  
KURAR V DOLAYISIYLA BIYODENETİM TANIMI EYLEME DÖNÜŞÜR

SES ANAD

**M**

'BEDENİN DENETİM ALTIN  
ALINMASI VE BEDEN BİLİNCİ  
ANCAK BEDENİN İKTİDAR  
TARAFINDAN ELE GEÇİRİLMESİYLE  
KAZANILMIŞTIR.'

**M.FOUCAULT**

\* KADIN BEDENİNİN  
HİSTERİKLEŞTİRİLMESİ

\* ÇOCUK CİNSELLİĞİNİN  
EĞİTİME DAHİL EDİLMESİ

\* DOĞURGANLIK  
DAVRANIŞININ  
TOPLUMSALLAŞTIRILMASI

\* SAPKIN HAZLARIN  
PSIKIYATRİLEŞMESİ

**DOLU ŞUBE KADIN MECLİSİ**

































## Notlar

A series of 20 horizontal dotted lines for taking notes.





# *Notlar*

A series of horizontal dotted lines for writing notes.













# Notlar



The page contains 30 horizontal dotted lines, evenly spaced, providing a template for handwritten notes.







Necatibey Caddesi No: 82 / 4 Kızılay - ANKARA

0312 232 61 22 | [www.ses.org.tr](http://www.ses.org.tr)

 /sesgm1996

 /sesgenelmerkezi

 /sesgenelmerkezi

ISBN 978-605-68848-7-0