

Tıbbın Cinsiyeti ve Biyoetik Açısından Kadın

BERNA ARDA

Tıp bir bilgi ve beceri bütünü, bir meslek, bir uygulama alanı, kimi özellikleriyle bir sanat olarak en eski insan etkinliklerinden birisidir. Onun, bütün bu farklı niteliklerinin yanı sıra, cinsiyetçi yaklaşımlar açısından da çözümleyici bir bakış açısıyla değerlendirilmesi gereklidir. Türkiye’de tıp eğitimine kadının girmesi de, daha sonra kliniklerde kendine yer edinebilmesi de “izin verildiği” kadarıyla olmuştur. “Cam tavan” kuramının işlediği alanlardan birisi de tıptır. 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 örneklerdir. 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 oluştuğu görülmektedir.

Tıp fakültesine girerken yöreklendirilen kadın hekimlerin uzmanlık alanını seçerken toplumsal cinsiyet rollerine daha uygun alanlara yönelindikleri, 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. Genel olarak kadınların, organizasyonların üst yönetim düzeylerine ilerlemelerini önleyen yapılar şeffaf (cam) tavan olarak adlandırılmaktadır. Bu kavram, kadınların ilerlemelerini engellediği açıkça görülmeyen, yazılı olmayan kuralları ve engelleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Şeffaf tavan, kadınlar ile üst yönetim arasında yer alan, onların başarılarına ve liyakatlerine bakmaksızın ilerlemelerini engelleyen, hem açıkça görülmeyen hem de aynı zamanda aşılamayan engellerdir.

Okuyacağınız yazıda, yukarıda kısaca ana hatlarıyla özetlenen genel durumun, tıptaki görünümüne kadın açısından yer verilerek genel bir değerlendirme yapılacaktır. Bu, ana çerçeveyi oluşturacak, biyoetik açısından tıp ve kadına ilişkin bir değerlendirme de ayrıca yapılacaktır.

Kadının Tıptaki Yeri ve Konumu Üzerine

Kadınların işgücü piyasasındaki konumlarının var olan toplumsal cinsiyet rolleri, geleneksel ataerkil değerler, cinsiyet ayrımcılığına dayalı öğeler tarafından belirlendiği bilinmektedir. Çalışan kadınların çoğunlukla belirli meslek alanlarına ve mesleklerinde de belirli pozisyonlara sıkışmış oldukları görülmektedir. Kadınlar çalıştıkları hemen tüm iş kollarında ataerkil sistemden olumsuz bir biçimde etkilenmektedirler. “Erkek işi” olarak tanımlanan işler daha saygın ve daha fazla ücretli olurken, bir işin kadın cinsiyetiyle tanımlanıyor olması, onun rahatlıkla “düşük statülü, düşük ücretli” olmasına yol açabilmektedir. Kadınların sayısının geleneksel olmayan istihdam alanlarında her geçen gün artmasına karşın, bu konuda yapılan yasal düzenlemeler kadının toplumdaki rolüne ilişkin zihniyet yapılarını ve geleneksel yaklaşımları köklü bir biçimde değiştirmek açısından yeterli görülmemektedir (Toksöz, G., 2004).

Tıbbın genel görünümü tanı koyucu ve tedavi edici merkezli bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Binlerce yıllık bir tarihsel süreç içerisinde, kadın ile erkeğin yan yana ve bir arada yürüttüğü bir uygulama olma niteliğini ancak 20. yüzyılda bir ölçüde kazanabilmiş bir meslekten söz edilmektedir. Elbette binlerce yıllık uzun süreçte kadınların iyileştirici olma özelliğini taşıdıkları dönemler de yaşanmıştır. Genelde kocakarı hekimliğinden ya da bize özgü bir örnek olarak da Osmanlı sarayında, haremde hizmet veren kadın iyileştiricilerden söz etmek mümkündür. Ancak, tarih boyunca karşılaştığımız bireysel başarı örnekleri ya da “sporadik kadın hekim” örnekleri bu uygulamanın genelleştirilmesini sağlamaktan oldukça uzaktır. Hekimliğin çoğu kez otoriter, kimi zaman aristokrat kimliği çağlar boyunca onun, aynı zamanda genellikle de bir erkek mesleği olarak yürütmesine neden olmuştur.

Türkiye’de ilk kez 1922 yılında on kız öğrenci tıp fakültesine kabul edilmiş; ancak kadının tıp mesleği içindeki yerine ilişkin tartışmalar sürmüştür. Kadınların tıp fakültesine kabul edilmelerinden 27 yıl sonra bile, *Ulus* gazetesinin 1949 yılına ait bir sayısında kadınların hekim olamayacağına ilişkin yazıları görmek ilginçtir (Genç Kuzuca, 2007). 1928 yılında İstanbul’daki tıp fakültesinden altı kadın hekimin mezun olduğunu görüyoruz: Dr. Suat Rasim Giz (genel cerrahi ihtisası yapmış ve ardından Türkiye’nin ilk göğüs cerrahı 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).

Bu hekimleri 1929-1939 yılları arasında mezun olan, sayıları 2 ila 27 arasında değişen öteki kadın hekimler izlemiştir. Bu eğilim yıllar içerisinde artarak

sürmüştür. Günümüzde 2009-2010 ders yılı verilerine bakıldığında, Türkiye’de toplam 38.536 tıp öğrencisinin içerisinde %42,62’sini kız öğrencilerin oluşturduğu görülmektedir (TTB Raporu, 2010).

1928 yılında tıp fakültesinden mezun olan ilk kadın hekimlerden üçünün cerrahi uzmanlık alanı olarak seçmiş olması, günümüzün cerrahi alanlardaki kadın hekim azlığına karşıt biçimde çarpıcı görünmektedir. Pek çok araştırmacının belirttiği gibi, bu durum yeni kurulan Cumhuriyet’in kadına bakışının ve kadına biçtiği yeni rolün sonucudur (Durakpaşa A., 1998).

Kemalist ideolojinin öngördüğü biçimde; kadının kamusal alanda, eğitimde, akademik yaşamda yer alması çok hızlı bir şekilde gerçekleşmiş ve o dönemin, hatta günümüzün gelişmiş toplumlarına göre bile kadın oldukça iyi bir konuma yerleşmiştir.

Ülkemizin köklü tıp fakültelerinden birisi olan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, kadın öğretim üyesi açısından da dikkate alınabilecek bir örnek oluşturmaktadır. Genç Cumhuriyet’in başkentinde, İstanbul’dakinin yanı sıra yeni bir tıp okulunun açılması düşüncesi, 1 Kasım 1936 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’ni açarken Mustafa Kemal Atatürk’ün yaptığı konuşmada somut biçimde karşımıza çıkmaktadır:

“Yüksek tahsil için, Ankara Üniversitesi’ni tesis etmek yolunda, Tıp Fakültesi’ne de başlayarak, yeni ve en külfetli hamlenin atılmasını dilerim” (TBMM, Zabıt Ceridesi, 1936).

Bu konuda, 1937 yılına ait 3.228 numaralı bir yasa da bulunmaktadır. Ancak fakültenin hayata geçmesi 2. Dünya Savaşı’nın patlak vermesiyle gecikmiş, ancak 2. Saraçoğlu Hükümeti sırasında dönemin Milli Eğitim Bakanı Hasan Ali Yücel’in de katkılarıyla ivme kazanabilmiştir. Böylece 19 Ekim 1945 günü yapılan açılış töreniyle Ankara Tıp Fakültesi, Türkiye’nin Cumhuriyet döneminde açılan ilk tıp fakültesi olarak hayata geçiyordu. Ankara Üniversitesi’nin kuruluş yıllarında kadın öğretim üyelerinin değerlendirmesini yapmak için ilk öğretim üyesi kadrosuna bakmak gerekecektir. Fakültenin Kurucu Dekanı olan Prof. Dr. Abdülkadir Noyan’ın başkanlığında İç Hastalıkları Kliniği’nde iki, Cerrahi Kliniği’nde iki, Çocuk Hastalıkları, Fizyoterapi ve Hidroloji, Üroloji, Radyoloji, Göz Hastalıkları, İntaniye, Psikiyatri, Kadın-Doğum, Ortopedi, Asabiye, Kulak Burun Boğaz, Histoloji, Anatomi ve Adli Tıp alanlarında birer profesör ile kurulmuş kadro, fakültenin ilk akademisyen grubunu oluşturuyordu. Bu 19 kişilik gruptaki tek kadın öğretim üyesi Histoloji Profesörü Dr. Kamile Aygün idi. Fakültenin “Morfoloji Bilgilerinin Tıp Bilgisindeki Önemi” konusundaki ilk açılış dersini veren de, bir başka deyişle bu başlangıçtaki eğitici kadronun vitrininde görünen, yine bu tek kadın hoca, Dr. Kamile Aygün olmuştur (Arda, 1996).

1998 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi örneğinde yapılmış bir çalışma ile; kadın oranı açısından öğrenci düzeyinde %45 olan oranın, asistanlık aşamasında

%41'e, öğretim üyesi düzeyinde ise %37,2'ye inmekte olduğu saptanmıştır (Arda ve Bökesoy, 1998). Benzer tablo ülkemizde kadınların tıp alanında çalışacakları alanların belirlenmesinde ve daha sonra akademik hayata devam etmeleri sırasında da kendisini göstermektedir. Tıpta uzmanlık alanı olarak tanımlanmış 28 alanın 12'sinde kadın hekimlerin oranı kritik eşik kabul edilen %33'ün altındadır. Söz konusu 28 uzmanlık alanının tamamında erkekler %33 ve üzerinde temsil edilmektedir. Bu sonuçtan hareketle ülkemizde kadınlara özgü bir tıpta uzmanlık alanının bulunduğu söylenemezken, aksine erkeklere özgü alanların bulunduğu ortaya çıkmaktadır. Kadınlar mesai saatleri düzenli olan, nöbeti olmayan, akademik ilerlemelerinde 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. Dolayısıyla eğitim ve meslek hayatları boyunca kadınların cinsiyete bağlı ayrımcılıkla karşılaştıkları, hem niceliksel hem de niteliksel olarak da ortaya konmuştur. Hekim dağılımlarındaki farklılıklar ayrımcılığı sayısal olarak ortaya koymaktadır. Tıp fakültesine giriş aşamasından başlayarak, uzmanlık dallarının seçiminde, kariyer basamaklarında cinsiyet olgusuna bağlı bir tercih farklılığı belirgin biçimde yaşanmaktadır. Niteliksel veriler de cinsiyet faktörüne bağlı olarak bir ayrımcılık olduğunu göstermektedir. Kadınlar bu ayrımcılığı, değişik aşamalarda, bir üst basamakta olan meslektaşlarından, hocalarından, eş kıdemli meslektaşlarından, yardımcı sağlık personelinde ve hastalardan görmektedirler. (Genç Kuzuca ve Arda, 2010).

Bu bağlamda; ülkemizde genel olarak akademik hayatın, özelden de sağlık bilimleri alanının kadınlar için tercih edilmekte olan bir çalışma alanı olduğu anlaşılmaktadır. Nitekim daha yeni tarihli rakamlara bakıldığında; örneğin 2008-2009'da Türkiye'de üniversitelerde, dörtte biri profesör düzeyinde olmak üzere 40.861 kadın akademisyen bulunduğu, bunun da genel akademisyen grubu içerisinde %41 oranına ulaştığı; ülkemizde doktora eğitimi yapan kadınların %55 oranında sağlık bilimlerinde yer aldıkları görülmektedir. 7. Çerçeve Programı kapsamında gerçekleştirilmiş son çalışmalarda, Türkiye 2004 yılında profesör oranı %20'yi aşan Avrupa'daki beş ülkeden birisi olarak görülmektedir. Dolayısıyla pek çok gelişmiş ülkelerdeki hemcinslerine göre, kadınların ülkemizde akademik hayata daha yüksek oranda katıldıklarını söylemek mümkündür.

2010 yılı verilerine göre (Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Raporu, 2010):

UNVAN	SAYI	ORAN (%)
PRATİSYEN HEKİM	31.978	28,75
UZMANLIK EĞİTİMİNE DEVAM EDEN HEKİM	20.975	18,86
UZMAN HEKİM	58.258	52,38
TOPLAM	111.211	100

TABLO 1. Türkiye’de hekimlerin unvanlarına göre dağılımı.

KURUM	SAYI	ORAN (%)
TC SAĞLIK BAKANLIĞI	63.622	57,20
ÜNİVERSİTELER	25.015	22,49
ÖZEL SEKTÖR	22.574	20,29
TOPLAM	111211	100

TABLO 2. Türkiye’de hekimlerin görev yaptıkları kuruma göre dağılımı.

Tıbbın da içerisinde bulunduğu sağlık bilimlerinin iç yapılarına ve kendi alt bölümlenmelerine bakıldığında kadın cinsiyetine ilişkin birtakım önyargıları ve buna dayanan fırsat eşitsizliklerini görmek mümkündür. Bu bölümler altında hemşirelik mesleğinin salt kadın cinsiyetine dayalı bir meslek olarak yapılandırılmış bulunması ya da kadınların tıpta uzmanlık alanlarının “kadına uygun” diye nitelendirilerek etiketlenmiş kimi alanlarda daha fazla, buna karşın daha saygın ve kazanç düzeyi daha yüksek olan alanlarda oldukça az sayıda bulunması cinsiyetçi tutumlarının varlığını göstermektedir.

Bu konuya biraz daha yakından bakıldığında, kimi rakamlara başvurmanın bir bilanço çıkarmamızda yararlı olacağını düşünmek mümkündür.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde görev alan uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre cinsiyet dağılımı, 2006 yılı verilerine göre TABLO 3’te oldukça görünür durumdadır:

Sağlık Bakanlığı ve üniversite ayrımı dikkate alınmaksızın tüm uzmanlık dallarında cinsiyet dağılımı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak alanlar arasında anlamlı derecede farklıklar bulunduğu saptanmıştır ($\chi^2=7696,681$ $p<0,001$). Bu durum, saptanan manzaranın rastlantıyla ortaya çıkmamış olduğunu ve rakamların birbiriyle karşılaştırılmasında belirlenen farkın bilimsel olarak kayda değer bir manidarlık sergilediğini göstermektedir (Genç Kuzuca, 2007).

Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerindeki kadın uzman hekimlerin en

UZMANLIK ALANLARI		ERKEK	KADIN	TOPLAM
AİLE HEKİMLİĞİ	SAYI	755	635	1390
	%ORAN	54,3	45,3	100
ANESTEZİ	SAYI	1152	1422	2574
	%ORAN	44,8	55,2	100
BEYİN VE SINIR CERRAHİSİ	SAYI	1123	64	1187
	%ORAN	94,6	5,4	100
KLİNİK BİYOKİMYA	SAYI	511	639	1150
	%ORAN	44,4	55,6	100
ÇOCUK CERRAHİSİ	SAYI	303	83	386
	%ORAN	78,5	21,5	100
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	SAYI	2054	1756	3810
	%ORAN	53,9	46,1	100
DERMATOLOJİ	SAYI	360	655	1015
	%ORAN	35,5	64,5	100
ENFEKSİYON HASTALIKLARI	SAYI	460	521	981
	%ORAN	46,9	53,1	100
FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON	SAYI	541	874	1415
	%ORAN	38,2	61,8	100
GENEL CERRAHİ	SAYI	3276	238	3514
	%ORAN	93,2	6,8	100
GÖĞÜS CERRAHİSİ	SAYI	356	54	410
	%ORAN	86,8	13,2	100
GÖĞÜS HASTALIKLARI	SAYI	676	758	1433
	%ORAN	47,1	52,9	100
GÖZ HASTALIKLARI	SAYI	1321	627	1948
	%ORAN	67,8	32,2	100
HALK SAĞLIĞI	SAYI	106	125	231
	%ORAN	45,9	54,1	100
İÇ HASTALIKLARI	SAYI	2842	1169	4034
	%ORAN	70,4	29,6	100
KADIN HASTALIKLARI	SAYI	2313	1361	3674
	%ORAN	63,0	37,0	100
KALP DAMAR CERRAHİSİ	SAYI	815	78	893
	%ORAN	91,3	8,7	100
KARDİYOLOJİ	SAYI	956	197	1153
	%ORAN	82,9	17,1	100
KBB HASTALIKLARI	SAYI	1565	319	1884
	%ORAN	83,1	16,9	100
KLİNİK MİKROBİYOLOJİ	SAYI	371	465	836
	%ORAN	44,4	55,6	100

NÖROLOJİ	SAYI	686	730	1416
	%ORAN	48,4	51,6	100
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ	SAYI	1947	31	1978
	%ORAN	98,4	1,6	100
PATOLOJİ	SAYI	364	707	1071
	%ORAN	34	66	100
PLASTİK CERRAHİ	SAYI	449	92	541
	%ORAN	83,0	17,0	100
RADYOLOJİ	SAYI	1486	986	2471
	%ORAN	60,1	39,9	100
RUH SAĞLIĞI	SAYI	733	641	1374
	%ORAN	53,3	46,7	100
ÜROLOJİ	SAYI	1749	13	1762
	%ORAN	99,3	0,7	100
DİĞER	SAYI	853	591	1443
	%ORAN	59,1	40,9	100
GENEL TOPLAM		30123	15857	45980
$\chi^2=7696,681$ P<0,001		65,5	34,5	100

TABLO 3. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde görev alan uzman hekimlerin uzmanlık alanlarına göre cinsiyet dağılımı.

fazla sayıda olduğu ilk 10 bölümdeki sayıları ve kadın uzman hekimler içindeki yüzdelik oranları araştırılmıştır. Sayısal olarak en çok kadın uzman hekim Çocuk Hastalıkları alanında yer almaktadır (%11,1). Bu uzmanlık alanını Anestezi ve Reanimasyon (%9), Kadın Hastalıkları ve Doğum (%8,6), İç Hastalıkları (%7,5) ve diğer alanlar izlemektedir. Kadın uzman hekimlerin sayısal olarak en fazla olduğu ilk 10 uzmanlık alanıyla, kadın hekim/erkek hekim oranına göre kadın hekimlerin ağırlıkta olduğu ilk 10 uzmanlık alanı farklıdır. Çocuk Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, İç Hastalıkları ve Radyoloji dalları sayısal olarak kadın uzman hekimlerin çok olduğu alanlar olmasına karşı bu alanlarda erkek uzman hekim sayısı daha fazladır.

Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde kadın hekim/erkek hekim oranına göre kadın uzman hekimlerin en fazla sayıda olduğu ilk 10 uzmanlık dalı sayıları ve yüzdelik oranlarına bakıldığında çocuk hastalıklarında kadın hekim sayısal olarak en fazlayken, kadın hekim/erkek hekim oranına göre yapılan sıralamada kadın uzman hekim oranının en fazla olduğu dallar Patoloji, Dermatoloji, FTR ve Mikrobiyoloji dallarıdır. 2006 yılında Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerindeki hekimlerin unvanlarına göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde, unvanlar içinde kadın hekimlerin erkek hekimlere oranında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Genç Kuzuca, 2007). Klinik şefi, profesör, doçent ve yardımcı doçent kadrolarında kadın hekim oranı daha düşük olarak saptanmıştır. Buna karşılık klinik şef yardımcısı, baş asistan, asistan öğretim görevlisi, araştırma görevlisi kadrolarında kadın hekim oranlarının toplam kadın hekimlerin oranlarına göre fazla olduğu saptanmıştır.

Bu tablonun güncellenmiş verilerde de benzer biçimde sürdüğünü söylemek yanlış olmayacaktır.

Türk Tabipler Birliği'nin 2010 yılı Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporuna göre, ülkemizde tıp fakültelerindeki profesör sayısı toplam 4.976'dır. Bunlardan 1.442'si kadındır (%28,97). Buna karşılık 3.534'ü %71,02 gibi ağırlıklı biçimde erkeklerden oluşmaktadır. Toplam 2.781 olan doçent sayısına cinsiyete göre bakıldığında; kadın oranının %34,69'a yükseldiği (toplam 965 kadın doçent), erkeklerin oranının ise profesörlükte göre %65,30'a gerilediği (toplam 1.816 erkek doçent) görülmektedir.

Ülkemizde tıp fakültelerindeki yardımcı doçent sayısı toplam: 2656'dır. Bunların 917'si kadınlardan (%34,52) 1739'u ise (%65,47) erkeklerden oluşmaktadır.

Profesör, doçent ve yardımcı doçentlerin tüm tıp fakültelerindeki toplamı 10.413 gibi bir rakamla ifade edilmektedir. Bu öğretim üyelerinin içerisinde kadınların %31,92 gibi bir oranda olduğu ve bu oranın sayısal olarak 3.324 kadın öğretim üyesince oluşturulduğu, dolayısıyla öğretim üyelerinin %68,07 gibi ağırlıklı oranının 7.089 erkek öğretim üyesince temsil edildiği saptanmaktadır. Buna karşılık öğretim üyelerine öğretim görevlisi, uzman ve araştırma görevlileri de dahil edilerek tüm öğretim elemanlarının tıp fakültelerinde sergilediği manzaraya bakıldığında, toplam öğretim elemanının sayısının 2010'da tüm tıp fakültelerinde 25.812 olduğu, bunlar arasında kadınların 10.307 kişi ile oranlarının neredeyse %40'a yükseldiği anlaşılmaktadır (%39,93). Bu durum da kadınların "akademik hiyerarşinin aşağıdaki basamaklarında daha çok yer almakta oldukları"na ilişkin görüşlerle uyumlu bir saptamadır (TTB Raporu, 2010).

Yardımcı doçentlikten profesörlüğe uzanan basamaklarda kadın hekimlerin oranları azalmakta ve her üç aşamada da ortalamanın altında kalmaktadırlar. Bu durum, benzer konuda yapılmış olan ve kadın hekimlerin %54'ünün, yönetici kadınların ise %73'ünün işyerlerinde cinsiyete dayalı ayrımcılık olduğunu belirttikleri; özellikle yönetici konumundaki kadınların ayrımcılığı daha çok hissettiklerini vurguladıkları bir başka çalışma ile de uyumlu görülmektedir (Bekata-Mardin, 2000).

Üniversitelerde kadın hekimlerin ağırlıkta olduğu ilk on dalda unvanlara göre cinsiyet dağılımı incelendiğinde, unvanlar arasında cinsiyet dağılımları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmaktadır.

Kadın hekimlerin yoğun olarak yer aldığı uzmanlık alanlarının belirgin özellikleri şunlardır:

- Nöbeti olmayan ya da diğer uzmanlık alanlarına göre daha az nöbeti olanlar,
- Hastayla doğrudan iletişim kurulmayan, “işin mutfağı” denilebilecek, hastalıkların tanılarına destek veren, ama hastaların hekimi genellikle görmediği uzmanlık alanları,
- Hastaların süreğen (kronik) hastalıklar yaşadığı ve yoğun bakım gerektiren uzmanlık alanları olmalarıdır (Genç Kuzuca, 2007).

Tüm bu saptamalar ışığında, cerrahi bilimlerde kadın hekimlerin erkek hekimlere göre çok daha az yer aldığı, dahili bilimlerde ve temel tıp bilimlerinde ise kadınların daha fazla yer aldığı saptamasının altında yatan temel gerekçeler arasında sosyal ve kültürel olarak yeterli destek sistemlerinin bulunmadığı bir ortamda, her şeye rağmen mesleğini yürütmek isteyen kadın hekimlerin tıp içerisindeki varlıklarını sürdürebilmeye ilişkin bir çözüm yolu olarak geliştirdikleri söylenebilir.

Kadınların bir alanda var olup olmadıkları kadar önemli olan noktalardan birisi hiç kuşkusuz, bu varlığın niteliği ve olanaklarıdır. Dolayısıyla salt sayısal veriler tek başına anlamlı olmayıp, daha ayrıntılı bir çözümleme yapmak da gerekli görülmektedir. Kadınların ülkemizdeki yüksek öğrenim kurumlarında; bütün uzmanların %43’ünü ve bütün okutmanların %55’ini oluşturacak bir biçimde; bir başka deyişle, kariyer olanakları kısıtlı, akademik statü olarak önu kapalı ve gelişme şansı bulunmayan bu gibi unvan kademelerinde yığılma göstermeleri önemli bir ögedir. Niteliğe ilişkin bir başka ölçüt de, akademik hayatta yönetici durumundaki kadınların sayıca son derece sınırlılık göstermeleridir. Bu durum genel olarak hayatın öteki alanlarında görülen kadın yönetici, milletvekili ya da bakan olan kadın sayısı ile de uyum gösterecek ölçüde azdır. Bir başka deyişle, kadının TBMM’deki 2010 yılına ait %4,2’lik sembolik temsiliyetinde olduğu gibi, akademik hayatın yönetim kademelerinde de kadın temsiliyeti son derece azdır. Hekimliğin tek başına yürütülebilir bir uygulama olmaktan çıkması ile buna koşut gelişmeye başlayan “ekip anlayışı” ve hemşirenin sağlık hizmeti üreten ekibin ayrılmaz bir üyesi olarak nihayet kabul edilir olması günümüzün önemli kazanımlarıdır. Ancak yine de, 21. yüzyılda kadının tıptaki yerini sağlamlaştırması için, özlük hakları, çalışma koşulları, kadına ilişkin destek düzeneklerinin geliştirilmesi gibi temel yönlerden daha atılacak çok adım bulunduğu açıktır.

Biyoetik Açısından Kadın

Biyoetiğin çeşitli düzeylerde tanımlanması ve sınırlarının belirlenmesi olanaklıdır. Biyoetik, dar anlamda tıp uğraşında ortaya çıkan değer sorunlarını belirleyen, tartışan ve çözüm önerileri sunan, yeni normlar arayan bir akademik alandır.

Daha geniş bir çerçevede; biyoetik, tedavi edici hekimlik uygulamalarında ya da tıp araştırmalarında ortaya çıkan değer sorunlarını da kapsamına almaktadır. En geniş anlamıyla biyoetik; bellibaşlı insan uğraşlarının içinde buldukları topluma karşı taşıdıkları etik sorumluluğun konu edildiği bir alandır.

Bu farklı anlamların birbirleriyle keşiştiği ya da örtüştüğü görölmektedir. Tıp alanının merkezde bulunduğu bir biyoetik kavramında tıp etiğinin uğraştığı sorunlar; insan deneyleri, gebeliğin yapay olarak sona erdirilmesi, doğum öncesi tanı yöntemleri, genetik danışmanlık, üremeye yardımcı teknikler, ölümin tanımlanması ve organ aktarımları gibi konularda ortaya çıkan değer sorunlarıdır. Buna karşılık en geniş anlamıyla biyoetiğin kapsamına iletişim etiği, yönetim etiği ya da çevre etiği gibi konular da dahil edilebilir.

Biyoetiğin önemli özelliklerinden birisi, disiplinlerarası bir niteliğinin bulunmasıdır. Genel anlamda tıp ve biyolojide ortaya çıkan değer sorunlarına felsefenin, hukuğun, sosyal tıbbın, sosyolojinin ve antropolojinin farklı bakış açılarıyla yaklaşılması, bu sorunların çözümlüne yönelik normların üretilmesini de olanaklı kılacaktır. Tek tek hastanelerin etik kurullarında, hekim örgütlerinin etik kuruluşlarında, Dünya Hekimler Birliği'nde, Avrupa Konseyi'nde, UNESCO'da varılmaya çalışılan nokta, hep söz konusu sorun alanlarında kullanılabilir, yol gösterici olabilecek kuralları belirleyebilmektir.

Hakların gözetilmesi ve bireysel onurun korunması, günümüzün biyoetik yaklaşımının omurgasını oluşturmaktadır. Bu açıdan biyoetik perspektifinden kadına bakmak, tıp ve sağlık ile ilgili oluşumların, düzenlemelerin içerisinde kadının yerinin ne olduğunu irdelemek ve tartışmak demektir.

Bu bağlamda, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı'nda sürdürölen bir ders olan "Biyoetik ve Kadın" dersinin genel çerçevesine kısaca yer vermek fikri verici olacaktır. Tıp gibi teknik bir disiplinden beslenmekle birlikte, çıkış noktası tıp etiğinin ve biyoetiğin, disiplinlerarası çalışma ile yürütölebilecek bir alan olduğu gerçeğine dayanmaktadır. Dolayısıyla dersin ana konu başlıkları olan "Etik, Tıbbi Etik, Biyoetik Kavramları", "Tıbbın Evrimsel Çizgisinde Kadın: Kocakarı Hekimliğinden Cadı Avcılığına, Hemşirelikten Kadın Cerrahliğa", "Laiklik ve Kadın", "Hekim-Hasta İlişkisinde Kadın Olmak", "Kadının İstismarı, Kadına Yönelen şiddet ve Hekim", "Hekimlikte Sır Saklama ve Kadın", "Bekâret Muayeneleri ve Hekimlik", "Bilimsel Araştırmalar ve Kadın", "Yaşamın Başına İlişkin Etik Konularda Kadın" (Nüfus Planlaması, Abortus, Üremeye Yardımcı Teknikler, Cinsiyet Belirleme Yöntemleri), "Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Konular" (Ötanazi, Tedaviyi Reddetme, Geriatrik Döneme İlişkin Başlıklar...), "Mobbing Olgusu ve Kadın" konuları biyoetik açıdan cinsiyetin temellendirilmesini, irdelenmesini hedeflemektedir (UNESCO, Geobs veritabanı, 2007). Bu yazı bağlamında biyoetik açıdan kadın, kimi temel başlıklar

açısından ele alınacaktır.

Kadın ve Zedelenebilirlik

Zedelenebilirlik/örselenebilirlik, bazı sözlüklerde “Fiziksel ya da psikolojik yaralanmalara açık oluş” olarak tanımlanmaktadır. Tıbbın genel uygulamaları, tanı, tedavi ya da araştırma süreçleri dikkate alındığında zedelenebilirlik kavramının büyük önem taşıdığı fark edilmektedir. Zedelenebilir grupları kimlerin oluşturduğu sorusu dikkate alındığında, dünya üzerinde birtakım temel olanaklara ulaşabilme ve bunlardan yararlanabilme konusunda sıkıntıları olan kadınların bu gruplardan önemli bir tanesini oluşturmakta olduğu anlaşılabacaktır. Bu nedenle insan onurunun ve haklarının korunması başlığı altında kadınların öncelikle gözetilmeyi gerektirdiği açıktır. Kadının temel sağlık hizmetlerine ulaşabilirliği, koruyucu hizmetlerden yararlanmada ana-çocuk sağlığının ve “gebelik” durumunun yarattığı öncelikli oluş durumu, yoksulluk olgusunun kadının zedelenebilirliğini artıran bir öge olarak karşımıza çıkması önemli satır başlarıdır.

Üreme sağlığı açısından ulusal birtakım verilere bakıldığında, (Arda ve Mammadov, 2008) Türkiye Demografi ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre 15-49 yaşları arasındaki 8.075 kadınla görüşülmüş; kadınların 1/3’ünün 30 yaş altında olduğu, %95’inin evli ve %17’sinin en az lise mezunu olduğu saptanmaktadır. Bu örnekleme göre; doğurganlık açısından beklenti, menapoza kadar 2,2 çocuğa sahip olmaktadır. Evlenme yaş ortalamasında artış görülmektedir. Aile planlaması bilgisinin oldukça yaygın olduğu, en çok bilinen yöntemlerin rahimiçi araçlar ile doğum kontrol ilaçları olduğu saptanmıştır. Kadınların %90’ı yaşamı boyunca en azından bu yöntemlerden birisini kullanmış olduğunu belirtmektedir. Bu konuda hizmet alınan kurumlar, genellikle kamuya aittir. Çocuk ölüm oranı binde 29,5 yaş altındaki ölüm oranı ise binde 37’dir. Annelerin %81’i hamilelikleri boyunca doğum öncesi tıbbi bakım almakta ve izlenmektedirler. Bu rakamın %75’i bir hekim tarafından verilen antenatal bakımı ifade etmektedir. Kadınların %71’i hamileliğinin 6. ayından önce bakım almış, kadınların yarısı da en az dört kez takibe gelmiştir. Ancak ülkenin batısı ve doğusu dikkate alındığında, bu oranlar arasında önemli farklar bulunmaktadır.

Tüm doğumların %78’i bir sağlık kurumunda gerçekleştirilmektedir. Ağır-lıklı olarak kamuya ait sağlık kurumları kullanılmakta, doğumların %83’ü bir doktor ya da eğitilmiş bir sağlık personeli yardımıyla gerçekleştirilmektedir. Her yüz doğumdan 21’i düşükle sonuçlanmaktadır, bunlardan da 11 tanesinin kürtaj olduğu belirlenmektedir. Doğuda ve kırsal kesimde yaşayan kadınların en az bir kez kürtaj olduğu, ana gerekçenin çocuk sahibi olmayı durdurmak olduğu ve hamileliğin ilk ayı içerisinde gerçekleştirildiği anlaşılmaktadır. Bu işlem için genellikle özel sağlık kurumları tercih edilmektedir. Ne tür olursa olsun, düşük sonrasında aile planlaması konusunda tıbbi danışma ihtiyacı hissedildiği

vurgulanmaktadır.

Çocuk sağlığı açısından, 12-23 aylık dönemde aşılama takvimi ancak %54 oranında gerçekleşmektedir; 12 ayda aşılı çocukların oranı ancak %48'tir. Yine ana sağlığında olduğu gibi, çocuk sağlığında da göstergeler doğuda, güneydoğuda ve kırsal kesimde bozulmaktadır (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003).

Üreme Olgusuna İlişkin Etik Konularda Kadın

Bu başlık altında Gebeliğin Sonlandırılması, Cinsiyet Belirleme Yöntemleri, Aile Planlaması, İnfertilite ve Üremeye Yardımcı Teknikler konularındaki etik tartışmalar kısaca özetlenecektir.

Gebeliğin Sonlandırılması

“Uterus içindeki canlının yaşamının sonlandırılması” anlamında kullanılan *abortus* (kürtaj), çok eski çağlardan beri tartışılmakta olan bir konudur. Farklı yönleriyle gündeme gelen konuyla ilgili olarak merkezde bulunan iki öge; uterus içindeki hayatın “bir insan bireyinin hayatı” ile benzer sayılıp sayılamayacağı ile bu canlının yaşama hakkının hamile kadının kendi bireysel haklarına göre ne durumda olduğudur (Arda ve Aydın, 2002). Abortusu düzenlemeye yönelik yasal düzenlemelerin bulunması, konuya ilişkin değer sorunlarının bütünüyle çözümlenmiş olduğu anlamına gelmemektedir. Ülkemizde ebeveyn isteğine bağlı olarak 10. gebelik haftasına kadar rahmin tahliye edilebiliyor olmasında, yasal düzenlemenin merkezinde bulunan öge, “annenin sağlığını korumak”tır.

Günümüzde prenatal tanı yöntemlerinin kullanımında ve bunlara ilişkin karar verme süreçlerinde annenin asıl belirleyici olmasını tartışan öge, “Maternal Haklar” başlığı altında biçimlenmektedir. Doğrudan fetusa yönelik girişimlerin, aslında onu bedeninde taşıyan anneye yapılan girişimler olarak ele alınması mümkündür. Annenin fetus ile birlikte bizzat yaşayacağı tıbbi girişimlerin ve buna bağlı olarak alacağı risklerin, olası sonuçların farkında olması gereklidir. Bu farkındalık bir yerde hasta ya da sakat olduğu saptandığı halde o fetusu dünyaya getirmeye karar vermeyi de, tedavi ekibi olarak alınan karara saygı duymayı ve yönlendirici olmamayı da beraberinde getirecektir. Feminist bakış açısından anne adayının bedenine yönelik böyle bir kararı tek başına alabileceği ve dolayısıyla babanın onayının aranmasına gerek duyulmaması gerektiği vurgulanırken, “değer harcama” açısından *abortus* eyleminin fetusun manevi kişiliğine yönelik bir eylem olarak görülmesi de söz konusudur. *Abortus*'la ilgili olarak kimilerince, “annenin özerkliği” ile “fetusun yararı”nın karşı karşıya geldiği savunulsa da, burada sorunun bir başka düzeyi, “toplum yararı”nın da önemli bir başka parametre olduğudur. Çünkü tam görünür olmasa bile, çağlar boyunca *abortus*'a karar verdirten ve eyleme geçiren ögenin; bir başka deyişle “*abortus*'a evet, ama, kimin yararına?” sorusuna verilen yanıtın, toplumların belirlediği

“iyiye ulaşmak” yönünde olduğu kabul edilebilir. Bu nedenle kimi toplumlarda örneğin kız bebek olmanın ya da kimi toplumlarda farklı düzeylerde “*malformé*” oluşun getirdiği *abortus*, sonucu üzerinde çok da fazla düşünülmeyen, çünkü o toplumlarda onaylanan ve vicdanların müsterih olduğu bir konumdadır. Yasal düzenlemenin açıkta bıraktığı sorunlardan birisi, patolojik durumlarda “hangi üst hamilelik haftası sınırına kadar” tıbbi *abortus*’un yapılabileceği, bir başkası da, çoğul gebeliklerde hangi fetusa yaşama şansının tanınacağıdır. Prenatal dönemde biri sağlam, öteki/ötekiler hasta birden fazla fetusun varlığının saptanması durumunda, hangi fetusun yaşamına izin verileceği ya da hangilerine “fetosid” uygulanacağı sorusu ortaya çıkmaktadır. Maternal hakkın, uterus içi mülkiyet hakkı gibi bir kavramı da armağan ettiği günümüzde, anne adayını kadın başta olmak üzere aile ile tedavi ekibinin iletişimi, durumdan kadın ve eşinin haberdar edilerek bilgilendirilmeleri son derece önemlidir. Çünkü daha sonra yapılacak girişimler için onların verecekleri aydınlatılmaya dayalı onamları (rıza) gerekli ve belirleyici olacaktır. Zamanla yarışılan günlük tıp uygulamasında, tedavi ekibi kısa sürede bir karar vermek ve bunu uygulamak zorundadır. Bu sürece ailenin de katılması ve çizilecek sınırı onlarla birlikte belirlemede yarar olacaktır. Bu konulara özgü etik kurulların oluşumu ve retrospektif olarak yapılacak etik vaka çözümlenmeleri özel bilgi ve deneyim birikimini sağlayacaktır.

Cinsiyet Seçimi ya da Cinsiyet Belirleme Yöntemleri

Cinsiyetlerimiz, bizi insan kılan özelliklerimizin sadece bir bölümüdür. Ancak kimi gerekçelerle, cinsiyetlerden birinin tercih edilmesi ve ötekine üstün tutulması etik açıdan, bireyler arasında var olan ayrımcılığı körükleyen ve pekiştiren bir öge olarak değerlendirilmektedir. Cinsiyet seçimi konusu akla üç farklı uygulama biçimini getirmektedir; “cinsiyet seçimine yönelik *abortus*”, “cinsiyet seçici embriyo aktarımı” ve “cinsiyet seçimine yönelik dölllenme” bu olgunun farklı türleridir. Tıbbi teknolojinin, sözü edilen cinsiyetlerden birini doğum öncesinde belirleyebilmek ve istenmeyen cinsiyet saptandığında ise fetusu ortadan kaldırmak amacıyla kullanıldığı ülkeler bulunmaktadır. Özellikle geri kalmış ülkelerde, sosyokültürel tercihin erkek cinsiyeti olması son derece belirgindir. Ultrasonografi gibi nispeten kolay ulaşılır ve anne açısından da zarar verici olmayan bir tekniğin, bu açıdan, asıl amacına aykırı bir biçimde son derece yaygın olarak kullanıldığı belirtilmektedir. Aynı yazarlar, dünya nüfusundan toplam 60 ila 100 milyon kadının bu yolla eksildiğini, bu rakamın 29 milyonunun Çin’e, 23 milyonunun ise Hindistan’ a ait olduğunu belirtmektedirler. Cinsiyet seçimini etik açıdan onaylamayan görüşler, bu işlemlerin tümüyle ve son derece yoğun bir “değer yitimi” yaşanmasına neden olduğu noktasından hareket etmektedirler. Eldeki bilimsel-teknik olanakların bu yönde taleplerin hizmetine verilmesi, aynı zamanda başka tür ebeveyn isteklerine de kapı açmak-

tadır. Dolayısıyla cinsiyet dışındaki öteki birçok özellik de, zaman içinde birer “ısmarlama konusu” olabileceklerdir. Bu durum, tıbbın günümüzde yüklediği işlevi yeniden gözden geçirmeyi sorgulatacak kadar vahim bir tablo yaratmaktadır. Oysa tek başına cinsiyetin bir hastalık olmadığı ve bu nedenle de prenatal dönemde belirlenmesine yönelik emek, para ve zaman harcamanın, bir başka deyişle tıbbın olanaklarını cinsiyet ögesine karşı seferber etmenin anlamsızlığı, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sınırlı kaynakların kullanımında etik dışı bir tercih olarak görülmektedir. Bu konuda ulusal düzeyde çeşitli görüşler TTB Etik Kurulu ve Türkiye Genetik Derneği tarafından ortaya konmuştur (Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu Görüşü, 1994). Avrupa Konseyi’nin Oviedo Sözleşmesi’nin 14. maddesinde olduğu gibi, etik açıdan cinsiyet seçiminin yanlışlığı ve kabul edilemezliği ile ilgili uluslararası düzeyde de metinlere rastlamak mümkündür.

İnfertilite (kısırlık) Olgusu ve Üremeye Yardımcı Teknolojiler

“Üreme sağlığı,” bütüncül bir yaklaşım ile üreme sisteminin tüm işlevlerine ilişkin bir iyi olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Üreme sağlığı, insanların doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşamları, üreme yetenekleri ve bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları ve ne zaman, ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlükleri olması demektir. Üreme sağlığı hizmetleri de üreme sağlığı sorunlarını önleyerek ve ortaya çıkanları da çözerek üreme sağlığına ve iyi olma durumuna katkıda bulunan yöntem, teknik ve hizmetler dizisi olarak tanımlanmaktadır. Bu aynı zamanda yalnızca üreme ve cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili danışmanlık ve hizmetleri değil, amacı yaşamı ve kişisel ilişkileri zenginleştirmek olan cinsel sağlığı da içermektedir. Bu tanımlamalardan da görüldüğü gibi üreme sağlığı kişisel hakları temel alan bir kavramdır.

Çoğu insanın bilgi yetersizliği, niteliksiz üreme sağlığı hizmetleri, yüksek riskli cinsel davranışlar, ayırıcı toplumsal uygulamalar, kadınlara karşı ayırıcılık ve birçok kadının kendi cinsel yaşam ve üreme yaşamları üzerindeki etkinliklerinin sınırlı olması gibi nedenlerle üreme sağlığına ilişkin haklarını kullanamadıkları dikkati çekmektedir. Kadınlar için yaşamlarını doğrudan etkileyen bir öneme sahip olduğu, kadınların öncelikli bir grup oluşturdukları söylenebilir. Gebelik, doğum ve düşüğe bağlı sağlık sorunları sadece kadınları etkilemektedir, kadınlar cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma yönünden daha yüksek riske sahiptirler, genital yol enfeksiyonları kadınlarda daha ciddi geç komplikasyonlara neden olmaktadır ve annedeki HIV/AIDS ve benzeri enfeksiyonların bebeklere de bulaşması söz konusudur. Üreme sağlığı, cinselliği de kapsayan bir bütün olarak ele alınmalı, kadın-erkek, genç-yaşlı bütün bireylerin temel haklarından birisi olarak kabul edilmelidir.

İnfertilitenin etik açıdan değerlendirmesini yaparken, toplumsal düzeyde tartışılması gereken başlıklardan birisi, sağlık alanındaki sınırlı kaynakların

kullanımı yönünden bu konunun ele alınmasıdır. Sağlık bütçelerinin belirlenmesinde, hangi hastalıklara ne düzeyde pay ayrılacağı önemli bir etik tercih olarak görünmektedir. Bu bağlamda koruyucu hekimlik hizmetlerine mi, yoksa tedavi edici hekimlik hizmetlerine mi öncelik ve önem verileceğine ilişkin kararlar da başlı başına etik öğeler içeren niteliktedir. Dolayısıyla toplumsal düzeyde sağlık politikalarını oluşturma bağlamında infertilite ayrıca ele alınabilir ve tartışılabilir.

İnfertilite açısından dikkate alınması gereken bir başka nokta da, kişilerin neden çocuk sahibi olmak istediklerine ilişkin saptamalardır. Tanımı gereği “aile” olmanın gerektirdiklerinden birisi de çocuk sahibi olmaktır. Ya da klasik anlamda, ancak anne ve baba olmakla aile olunabilmektedir. Çocuklar kimilerine göre, bizim geleceğe bıraktığımız eserlerimizdir, bizim yapmak isteyip de yapamadıklarımızın kendilerinden bekleneceği varlıklar, ya da düşkünlük-hastalık durumlarında bize bakmalarını, destek olmalarını bekleyeceğimiz evlatlarımızdır. Her durumda çocuk sahibi olmanın altında yatan pek çok bireysel, psikolojik yatırım ve manevi beklentinin bulunduğu açıktır. İnfertilitenin çözümü aşamasında çiftlerin sadece sağlıklı bir çocuk mu istedikleri, yoksa mutlaka erkek ya da mutlaka kız çocuk mu istedikleri önemli bir başka başlıktır. Bu bağlamda infertilite konusunu etik açıdan ele alırken, cinsiyet belirlenmesine yönelik uygulamaların da ayrıca irdelenmesi gerekmektedir.

Özellikle geri kalmış ülkelerde, *erkek cinsiyet* sosyokültürel ve ekonomik belirleyicilere bağlı tercih olarak belirgin bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Bu ülkelerde prenatal dönemdeki tanı yöntemlerinin fetal defektlerin belirlenmesine yönelik olmaktan daha çok, fetusun cinsiyetinin belirlenmesi amacıyla kullanıldığı bildirilmektedir. Bu amaçla, özellikle ultrasonografinin yaygın kullanıldığına değinilmekte ve bu durumun birçok Asya ülkesinde nüfusun kadın-erkek oranını bozacağı vurgulanmaktadır; örneğin Hindistan’ın bazı bölgelerinde kadınların sayıca daha şimdiden erkeklere göre belirgin biçimde az olduğu bilinmektedir.

Prenatal tanı olanaklarının, hekim işgücünün ve zamanın tıbbi bir gerekçe olmaksızın (cinsiyet kromozomuna bağlı geçiş gösteren bir genetik hastalık bulunmadığı halde) fetus cinsiyetinin saptanması amacıyla kullanılması etik ilkelerle bağdaşmamaktadır. Bu karşı çıkışın başlıca gerekçesi, cinsiyet öğesinin önceden bilinmeyi gerektirecek bir öğe olmamasıdır. Çünkü tek başına cinsiyet, insanı insan kılan sayısız nitelikten sadece birisidir, bir hastalık değildir. Tedavi gerektirmeyen bu durum için de zaman, para ve emek harcamak özellikle sınırlı kaynakların paylaşımı açısından etik dışı görülebilir. Adalet ilkesi açınsındansa bu hizmete daha fazla gereksinim duyanları bu olanaktan yoksun bırakmak olarak görülecektir. Fetusa ve anneye, tıbbi gerekçesi bulunmaksızın bir risk getirmesi de yararlılık ve zarar vermeme ilkeleri açısından ayrıca değerlendirilebilir.

Teknolojinin bu gibi amaçlarla kullanımı, cinsiyet ayrımı yönündeki var olan yaklaşımları ve düşünceleri pekiştirici olacağı için sakıncalı görünmektedir.

Prenatal tanı yöntemlerinin cinsiyet seçimi gibi bir gerekçeyle kullanılmasının kaygan bir zemin yaratabileceği ve estetik temele dayalı başka özellikler (göz, saç, deri rengi veya başka fenotipik özellikler) için de tıbbi başvurulabileceği dile getirilmektedir. İnfertilitenin kişisel ve toplumsal boyutlarının etik açıdan ele alınmasında bu konuların dikkate alınması, çıkacak sorunların çözümüne de katkıda bulunacak ve ışık tutacaktır.

10. haftanın üzerindeki gebeliklerin tıbbi gerekçe ile sonlandırılabilmesi hastalıklar söz konusu yasal düzenleme ile tanımlanmış ve bu durumlar ayrıca listelenmiştir. Bunlar arasında ruh hastalıklarına bağlı nedenlerin bulunduğunu da görüyoruz; oligofreni gibi, kronik şizofreni, uyuşturucu bağımlılıkları, kronik alkolizm, vb durumların, süresine bakılmaksızın gebeliğin sonlandırılabilmesi durumları olarak belirlendiğini görüyoruz. Pekiyi, izin kimden, nasıl ve hangi yolla alınacaktır? Burada “akıl maluliyeti nedeniyle şuur serbestisine sahip olmayan gebe kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz” ifadesi bulunmaktadır.

Elbette tarih boyunca konuya nasıl bakıldığı, yargılarımızın ve algılamalarımızın böylece nasıl oluştuğu/etkilendiği önemlidir. Bu önyargılardan birisi, zihinsel engelli bireylerin cinsel ilişkide bulunmaları sonucu zekâ geriliği sıklığının artacağı gibi bir düşüncenin hâkim olmasıdır. Bu nedenle zekâ geriliği olan bireylerin sayıca çoğalmasını önlemek için kimi zaman bazı toplumlarda zorunlu sterilizasyonların yapıldığını, evliliklerinin yasaklandığını, zihinsel engellilerin kaldıkları kurumların cinsiyetlere göre düzenlendiğini görüyoruz, ama hepsinin sonucunda ulaşılan nokta zihinsel engelli bireylerin toplumda itilen ve sosyalleşmeleri engellenen bir grup olmalarıdır. Araştırmalara bakılınca ağır zekâ geriliği gösteren bireylerin cinselliğe nadiren ilgi gösterdiği, hafif derecede zekâ geriliği olanların da normal ya da normale yakın bir cinsel ilgi sergiledikleri saptanmıştır. Ama elbette cinsel eğitimi olmayan bireylerde davranışlar yanlış değerlendirilebilmektedir ve ayrıca bu bireylerin genel olarak yoğun bir sevgi gereksinimi, hatta şefkat açlığı yaşadıklarını biliyoruz, yaşadıkları cinsel eylemin ayırdına varamama, anlattıklarına inanılmayacağını düşünülmesi nedeniyle de bu bireyler ve özellikle de kadınlar cinsel tacize uğrama bakımından risk altında bir grup olarak görülmektedir. Pekiyi, zihinsel engelli bir kadın gebe kalırsa bu durumda ne olacaktır? Nasıl bir davranış sergilenecektir? Böyle bir gebeliğin doğumla sonuçlandırılıp sonuçlandırılmayacağı tartışmalıdır. Bir kez gebeliğin zamanında anlaşılması bile bir sorun olabilir, ondan sonra da elbette doğacak çocuğun sağlıklı biçimde bakım görmesi ve yetiştirilmesi son derece ciddi bir başka sorun yaratabilir.

Bu anlamda, zihinsel engelli kadınların çocuk doğurmalarını daha en baştan ve geriye dönüşsüz bir biçimde önlemek amacıyla onları kısırlaştırmak gerektiği düşüncesi tarihsel bir sorundur. Günümüzde bu kadınların kısırlaştırılmalarını,

uzaktan bakarak genel bir ifadeyle etik açısından her zaman uygun bulamaya-bileceğimizi vurgulamak istiyorum. Ancak, eğer bu zihinsel engelin gerçekten genetik geçiş göstermekte olduğu kanıtlanıyorsa, zihinsel engel, doğacak çocuğa gerekli desteğin, eğitimin ve bakımın sağlanamayacağı bir düzeyde ise, ancak bu gibi durumlarda belki kalıcı çözümlerin düşünülmesi tartışılabilir. Ama genel ilkeler çerçevesinde etik açısından karşı karşıya kalınan her durum tektir ve kendine özgüdür. Dolayısıyla, her tek durumun bütünlüğü ve kendine özgü bir gerçekliği olduğu da unutulmamalıdır (www.ttb.org.tr).

Çocuk Düşür(t)me (*Abortus*)

Osmanlı döneminde çocuk düşürtmenin yasak olduğu, Ceza Kanunname-i Humayun'a göre *abortus* uygulayan kişinin cezai işleme maruz kaldığı ve 6 ay ila 3 yıl arasında hapis cezasına çarptırıldığı bilinmektedir (Ceza Kanunname-i Humayun, 1858). Cumhuriyet'in kuruluş dönemlerinde pronatalist nüfus politikalarının egemen olduğu, ama 1970'lerden itibaren tüm dünyadaki antenatalist yaklaşımların ülkemizde de yaygınlaşmaya başladığı söylenebilir. Bugün Türkiye'de 1983 yılında yayımlanan 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun, 10. gebelik haftasına kadar, ebeveyn isteği ile rahim tahliyesine izin vermektedir (NPHK, 1983). Bu kanun, ülkemizde savaşlar sonrasında yeni işgücüne ihtiyaç duyularak üremeyi teşvik eden pronatalist yaklaşımın son bulduğunu göstermektedir. *Abortus* için, evli olanlarda eşin onayının alınması gereklidir. Bu durum sterilizasyon (kısırlaştırma) işlemlerinde de aynı şekilde işlemektedir, cinsiyete yönelik bir ayırım bulunmamaktadır. Yani ister kadın ister erkek için sterilizasyon söz konusu olduğunda eşin bilgisi ve onayının alınması gereklidir (Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük).

10. gebelik haftasına kadar rahmin tahliye ediliyor olması, yasa koyucu tarafından belirlenirken merkezde bulunan öge "ananın sağlığı" olmuştur. Günümüzde feminist etik, tıbbi *abortus* için de, prenatal tanı yöntemlerinin kullanımında da karar verme süreçlerinde asıl belirleyicinin anne olması gerektiğini "Maternal Haklar" adı altında vurgulamaktadır. *Abortus*'la ilgili olarak kimilerince, "annenin özerkliği" ile "fetus yararı"nın karşı karşıya geldiği savunulsa da, burada sorunun bir başka düzeyi, "toplum yararı"nın da önemli bir başka parametre olduğudur. Çünkü tam görünür olmasa bile çağlar boyunca *abortus*'a karar verdikten ve eyleme geçirdikten ögenin, bir başka deyişle "*abortus*'a evet, ama, kimin yararına?" sorusuna verilen yanıtın, toplumların belirlediği "iyiye ulaşmak" yönünde olduğu kabul edilebilir. Maternal hakkın "uterus içi mülkiyet hakkı" gibi bir kavramı da armağan ettiği günümüzde, anne adayları kadını başta olmak üzere aile ile tedavi ekibinin iletişimi, durumdan kadını ve eşinin haberdar edilerek bilgilendirilmeleri son derece önemlidir. Çünkü daha

sonra yapılacak girişimler için onların verecekleri onamları gerekli ve belirleyici olacaktır. Zamanla yarışılan günlük tıp uygulamasında, tedavi ekibi kısa sürede bir karar vermek ve bunu uygulamak zorundadır. Bu sürece ailenin de katılması, çizilecek sınırı onlarla belirlemede yarar olacaktır. Türkiye’de jinekoloji alanında çalışan hekimleri bu konuda en fazla zorlayan konulardan birisi, prenatal tanı yöntemleriyle “sakatlığı belirlenmiş” olan, 10. haftadan büyük fetusların tahliyesine yönelik bir üst zaman sınırının bulunmamasıdır. Miada yaklaşıldığı oranda bu tür vakalarda tek karar verici olmak, hekimleri bir vicdani baskı ortamına sürüklemektedir (Arda ve Aydın, 2004).

Sonuç Yerine

Günümüzde yönetimden bilime, iletişimden çevreye varıncaya kadar hemen tüm alanlarda dile getirilen, neredeyse “kerameti kendisinden menkul” sihirli bir konuma oturtulan etik kavramı için öncelikle anlambilgisel (semantik) bir çözümlemenin ve sınırları belirginleştirmenin gerekli olduğu açıktır. Bu bağlamda ontoloji, epistemoloji ve estetik gibi, etiğin de felsefe etkinliğinin dört temel alanından birisi olduğu vurgulanmalıdır. Tıp uygulaması içinde etkinlik gösteren ve tıptaki değer sorunlarının ele alındığı alan da tıbbi etik olarak adlandırılmaktadır. Temel tıp, koruyucu hekimlik, klinik tıp gibi, tıbbın bütün alanlarında ortaya çıkması olası değer sorunları tıbbi etiği ilgilendirmektedir. Bu bağlamda dilimizdeki “ahlak” sözcüğünün etikle eş anlamlı olmadığı da dile getirilmelidir. İlk kez 19. yüzyılın başlarında Jeremy Bentham tarafından önerilmiş ve “yükümlülükler bilgisi” karşılığı olarak kullanılmış olan deontoloji kavramı “ne yapmalı” ya da “ne yapmamalı” sorularına toplumun belirlediği ve ayrıca yaptırımlarla donattığı kuralların bilgisidir. Yani, deontolojinin dile getirdiği yükümlülükler tartışmasız ve zorlayıcı bir nitelik taşımaktadır. Bir başka deyişle, “deontoloji” terim olarak yeni olmakla birlikte, yazılı olsun olmasın kökleşmiş ilkeleri ve kuralları içeren ve bunları tartışmasız bir “normatif bilgi” olarak aktaran bir alandır. En dar kapsamlı olarak, yükümlülükleri içerdiğini söyleyebileceğimiz deontoloji alanı, daha çok manevi yaptırımlara sahip ahlaki yükümlülükleri içerirken, bunun yanı sıra yazılı ve sözlü mukaveleler, etiket kuralları, antlaşmalar, yemin gibi manevi yaptırım içeren yükümlülükler de aynı başlık altında değerlendirilebilir. Bu dar kapsamlı tanımın iki açıdan yetersiz kaldığını söylemek mümkündür. Bunlardan ilki “örfi”, “ahlaki” ve “sözleşmesel” yükümlülüklerin büyük çoğunluğunun günümüzde mevzuata girerek yasal yükümlülük haline gelmiş olması, ikincisi de normatif hale gelmemiş etik görüşlerin de yoğun biçimde deontoloji alanı içerisinde yer alıyor olmasıdır. Belki de bu nedenlerle “deontoloji” veya “deontolojik” sözcüklerini kullanırken, bunların dar ya da geniş anlamda kullanıldığının belirtilmesi gerekli görünmektedir.

Tıp etiğinin ayrımcılığa karşı duran bir yapısı ve genel işleyişi vardır, ancak başta kadınlar ve çocuklar olmak üzere “zedelenebilir” grupların varlığı ve bu gruplara yönelik özel duyarlılıkların geliştirilmesinin zorunluluğu da sıkça dile getirilmektedir. Bu açıdan genelde feminizmin “insan hakları” kavramının yerleşmesi konusunda önemli katkıları olduğunun kabul edilmesi bir yana, tıp etiği içerisindeki feminist bakışın da zedelenebilir grupların haklarını hayata geçirme ve onlara işlerlik kazandırmaya yönelik önemli bir rol üstlenmekte gibi görüldüğü söylenebilir.

Yeryüzünde kadınların öncelik bekleyen ve ivedilikle çözüm gerektiren sorunları bulunduğu bir gerçektir hiç kuşkusuz. Aşağıda örneğini göreceğiniz perspektif ise, onların sağlık hakkını hayata geçirebilmekle bağlantılı bir bakış açısının ipuçlarını veriyor bizlere. Bu bakış açısı Hamburg’da Kasım 1997’de 49’uncusu toplanan Dünya Hekimler Birliği Genel Kurulu’nda dile getirilmiş ve benimsenmiştir. “Kadınların Sağlık Bakımına Ulaşmasını Yasaklayan ve Afganistan’da Kadın Hekimlerin Meslekten Menedilmesi Konusunda Dünya Hekimler Birliği Çözümü” başlığını taşıyan metin bir önsözden ve öneriden oluşmaktadır:

Yıllardan beri Afganistan’daki kadınlar ve kızlar onların haklarına yönelik artan saldırılardan yakınmaktadır; 1996’da 40.000’den fazla kadını etkileyen kadınlar tarafından uygulamanın gerçekleştirilmesi konusunda genel bir yasak uygulamaya konuldu. İnsan Hakları Derneği bunu Afganistan’daki kadınlar için, ‘insan haklarının çiğnenmesi’ olarak adlandırmaktadır. Kadınlar sosyal hayattan tamamen dışlanmakta, kızların okulları kapatılmakta, kadın öğrenciler üniversitelerden çıkarılmakta, kadınlar ve kızlar caddelerde taşlanmaktadır. Afganistan’daki insan hakları durumu konusunda Birleşmiş Milletler’den alınan bilgiye göre, uygulama yasağı öncelikle eğitim ve sağlık sektörlerinde çalışan kadınları etkilemektedir. Özellikle kadın doktorların ve hemşirelerin mesleklerini yapmaları önlenmiştir. Bu kısıtlamalar altında sağlık sektörü çökme noktasına gelmesine rağmen, çok az kolaylık sağlanmıştır. Kadın doktorlara ulaşmak dışında, kadın hastaların ve çocuklarının sağlık bakımına ulaşması mümkün değildir. Bugün bazı kadın doktorların mesleklerini yapmalarına ancak çok sıkı ve kabul edilemez bir denetim altında izin verilmiştir.

Böylece Dünya Hekimler Birliği ulusal üye birliklerinin hükümetlerine aşağıdaki konularda ısrar ve çağrı yapmalarını istemektedir:

Afganistan’daki kadınların temel insan haklarının ciddi olarak çiğnenmesini topluca kınamak; kadınların temel insan haklarını sağlamayı ve kadınların

mesleklerini yapmalarını yasaklayan engellemeyi kaldırmayı amaçlayan dünya çapında bir eylem yapmak; akut, subakut ve devam eden tedavileri içeren tüm tıbbi ve cerrahi hizmetlerde kadınların yeterli tıbbi bakım hakları konusunda ısrar etmek.

Yukarıdaki Dünya Hekimler Birliği metni hiç kuşkusuz Afganistan'da yaşanan yönetim değişikliği ile yaşanmaya başlayan; kadının hekim olarak mesleğini yapamaz, genel olarak da kadınların sağlık hizmetine ulaşamaz hale gelmesi üzerine oluşturulmuştur. Kadınların göçler, iç savaşlar gibi olağanüstü durumlarda çocuklarıyla birlikte ne kadar büyük sıkıntı yaşadıkları açıktır. Bu yazının önceki bölümünde de zedelenabilir bir grup olduğu vurgulanmış olan kadının, hiç kuşkusuz dünya coğrafyasının pek çok farklı parçasında; Filistin'de, Irak'ta, Suriye'de, Somali'de... ne denli kötü bir durumu yaşamaya mecbur kaldığı ortadadır. Bir toplumda, demokrasi ve insan hakları kavramlarının yerleşmesinin, belki de hayatlarını en çok değiştirebileceği grupların başında, hiç kuşkusuz kadınlar gelmektedir.

Kadının hasta olarak hak ihlallerinden korunabilmesi açısından hekimin konumu büyük önem taşımaktadır. Şiddete uğramış kadının hemen yanındaki bir profesyonel olarak, bu durumun belgelenmesinde ve kadının içinde bulunduğu kısır döngünün kırılmasında, toplumun baskısına karşı kadın güçsüzlüğünün önlenmesinde, adli olaylarda daha fazla ve tekrar tekrar mağdur edilmemesinde hekimlerin nasıl bir duruş sergileyecekleri önemlidir. Bu duruş, hem konu hakkında yetkin olmayı hem özen borcunun farkında olmayı hem de etik duyarlılık sergilemeyi gerektirmektedir.

KAYNAKÇA

- Arda, B. (1996) "Atatürk Türkiye'sinde İlk Tıp Fakültesinin Kuruluşu: Ankara Tıp Fakültesi," *AÜTF Mecmuası*, sayı: 49, s. 1-6.
- Arda, B. ve Aydın, E. (2002) "Abortion Policy in Turkey: Where Are We On, In the Light of Ethics?," 14th World Congress on Medical Law Book of Proceedings, s. 340-3, Maastricht, Hollanda.
- Arda, B. ve Aydın, E. (2004) "Abortion Policy in Turkey: Current Ethical Attitudes," *Medicine and Law*, sayı: 23(3), s. 665-70.
- Arda, B., Bökesoy, I. (1998) "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Kadın Öğretimi Üyelerinin Konumu Üzerine Niceliksel Bir Çalışma," *Sağlık Alanında Türk Kadını: Cumhuriyet'in ve Tıp Fakültesi'ne Kız Öğrenci Kabulünün 75. Yılı Sağlık Alanında Türk Kadını Sempozyumu Kitabı*, ed. N. Yıldırım, s. 254-64, İstanbul: Novartis, .
- Arda, B, Mammadov, V. (2008) "A Comparative Study on Maternal and Child Healthcare System in Turkey and Azerbaijan," sözlü sunum, 17. World Congress on Medical Law, Pekin, Çin.
- Atatürk, M.K. (1936) "1.11.1936 Tarihli Açış Konuşması," *Zabıt Ceridesi*, cilt: 13, s. 4, TBMM Matbaası, Ankara.
- Bekata-Mardin, N. (2000) "Sağlık Sektöründe Kadınlara Yönelik Tutum ve Davranışlar, Cinsiyete Dayalı Ayrımcılık," *Sağlık Sektöründe Kadın*, s. 101, Ankara: TC Başbakanlık Kadın Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayınları.
- Durakbaşı, A. (1998) "Cumhuriyet Döneminde Modern Kadın ve Erkek Kimliklerinin Oluşumu: Kemalist Kadın Kimliği ve 'Münevver Erkekler,'" *75 Yılda Kadınlar ve Erkekler*, s. 29-51, İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları.
- Etker, Ş. ve Dinç, G. (1998) "Cumhuriyet'in İlk Kadın Cerrahları," *Sağlık Alanında Türk Kadını: Cumhuriyet'in ve Tıp Fakültesi'ne Kız Öğrenci Kabulünün 75. Yılı*, ed. Nuran Yıldırım, s. 48-59, İstanbul: Novartis.
- Genç Kuzuca, İ. (2007) "Türkiye'de Tıpta Uzmanlık ve Akademisyenlik Aşamalarında Cinsiyetçi Yaklaşımlar," Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, basılmamış yüksek lisans tezi.
- Genç Kuzuca, İ. ve Arda, B. (2010) "What Can We Say About Gender Discrimination in Medicine? A Limited Research From Turkey," *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, sayı: 63(1), s. 1-8.
- Toksöz, G. (2004) "Gender Based Discrimination at Work in Turkey: A Cross-Sectoral Overview," *AÜ Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, cilt: 59, sayı: 4.
- Türkiye Demografi ve Sağlık Araştırması (2003) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, YÖK, Sağlık Bakanlığı ve Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Ankara,

Haziran 2010.

Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu 2010, der. İ. Sa-
yek, O. Odabaşı ve N Kiper, Ankara (Aralık 2010).

Ceza Kanunname-i Humayun (1858) *Düstur*, sayı: 1, s. 537.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun No. 2827, *Resmi Gazete* No. 18059,
27.5.1983 <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/587.html>, Erişim tari-
hi: 22 Nisan 2011.

Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenme-
sine İlişkin Tüzük. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5130.html>, Eri-
şim tarihi: 22 Nisan 2011

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu'nun Tıbbi Tekniklerin Cinsiyet Seçimin-
de Kullanımıyla İlgili Görüşü, Ankara, 20 Aralık 1994 ile öteki TTB Etik
Kurul Görüşleri metinleri için: www.ttb.org.tr

Unesco Geobs Ethics Education Database; <http://www.unesco.org/shs/ethics/geo/> Erişim tarihi: 21 Haziran 2011.

Teşekkür

Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları A.D. Yüksek
Lisans Programı'nda 2004-2005 eğitim döneminden bu yana, her bahar yarıyı-
lında "Biyoetik ve Kadın" dersimi alan, danışmanlıklarını yürüttüğüm Salime
Tarihçi Delice ve İlknur Genç Kuzuca başta olmak üzere, tüm öğrencilerime,
ders içeriğinin geliştirilmesine katkıda buldukları ve işleyişi zenginleştirdikleri
için gönülden teşekkür ederim.