



Bir Paradigma Olarak Kesişimsellik Teorisi ve Hemşirelik

The Theory of Intersection and Nursing as a Paradigm

Cansu KARADENİZ BENLİ¹, Özen KULAKAÇ²

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
• cansu.2206@gmail.com • ORCID > 0000-0002-9944-2233

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
• ozenkulakac@gmail.com • ORCID > 0000-0002-3698-5126

Makale Bilgisi / Article Information

Makale Türü / Article Types: Derleme / Review

Geliş Tarihi / Received: 19 Mart / March 2021

Kabul Tarihi / Accepted: 27 Mayıs / May 2021

Yıl / Year: 2021 | **Cilt – Volume:** 6 | **Sayı – Issue:** 2 | **Sayfa / Pages:** 211-234

Atıf/Cite as: Karadeniz Benli, C. ve Kulakaç, Ö. "Bir Paradigma Olarak Kesişimsellik Teorisi ve Hemşirelik - The Theory of Intersection and Nursing As A Paradigm." Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi- Journal of Samsun Health Sciences 6 (2), Ağustos 2021: 211-234. <https://doi.org/10.47115/jshs.899007>

Yazar Notu: Bu çalışma, I. Lisansüstü Hemşirelik Araştırmaları Sempozyumunda (26-29 Kasım 2020, Samsun) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Sorumlu Yazar: Cansu KARADENİZ BENLİ

Copyright © Published by Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi – Ondokuz Mayıs University, Faculty of Health Sciences, Samsun, Turkey. All rights reserved.



BİR PARADİGMA OLARAK KESİŞİMSELLİK TEORİSİ VE HEMŞİRELİK

ÖZ:

Toplumsal cinsiyet, cinsiyet, cinsel kimlik, ırk, sınıf gibi kavramlar toplumda eşitsizliklere konu olan sınıflamalardır. Eşitsizliklerin doğası toplumdan topluma, zamandan zamana değişiklik göstermesine rağmen insanlık tarihi boyunca hep varolmuştur. Siyah kadınların yaşadıkları çoklu dezavantajı, ırk ve cinsiyeti, baskıcı bir deneyim olarak kavramsallaştıran kesişimsellik, siyah eleştirmen, düşünür ve aktivistler tarafından geliştirilmiştir. Kesişimsellik günümüzde yalnız siyah kadınları değil diğer marjinal grupların yaşadıkları eşitsizlikleri de ele almakta ve toplumdaki ırkçılık, cinsiyetçilik, doğurganlık ve homofobi gibi kavramların birbirinden bağımsız olmadığını söylemektedir. Kesişimsellik, sağlık eşitsizlikleri için nispeten yeni olmasının yanında, son 20 yıldır feminist ve sosyal bilim alanında sağlam bir yer edinmiştir. Kesişimsellik yaklaşımının yardımıyla, sağlık alanında ırk, sınıf, cinsiyet ve cinsellik başlığı altında ortaya çıkan eşitsizlik ve güç yapılarının çok sayıdaki karmaşık boyutu açıklanabilmektedir. Kesişimsellik paradigması, hemşireleri uygulamalarında özellikle farklı güçsüzlük veya ötekileştirme biçimleriyle karşılaşabilecek kadınlara bakım sağladıkları zamanlarda, yetkinlikleri üzerine düşünmeye davet etmektedir. Hemşirelik alanında, uygulamanın etik boyutunun bir parçası olarak hemşirelerin, cinsiyet, ırk, kültür veya cinsellikten bağımsız olarak herkese eşit davranacağı söz verilmektedir. Kesişimsellik kuramı, hemşirelerin uygulama, yönetim ve araştırmada bu sözü tutabilmesi için uygun bir kavramsal çatı sunmaktadır. Kesişimselliğin hemşirelik bakımında kullanılması, bakımı alan bireylerin sosyal konumlarının altında yatan ve yaşamlarını nasıl etkilediğinin farkında olunmayan yapıların hemşirelik müdahaleleri ile ortaya çıkarılması mümkün olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bakım; Hemşirelik; Kesişimsellik kuramı (İAB); Paradigma



THE THEORY OF INTERSECTION AND NURSING AS A PARADIGM

ABSTRACT:

Concepts such as gender, gender, sexual identity, race, and class are classifications that are subject to inequalities in society. Although the nature of inequalities varies from society to society and from time to time, it has always existed throughout human history. Conceptualizing the multiple disadvantages of black women, race and gender, as an oppressive experience, the intersectionality was developed by black critic, thinker, and activists. Intersectionality deals with not only

black women but also the inequalities experienced by other marginalized groups today and says that concepts such as racism, sexism, fertility and homophobia in society are not independent from each other. Intersectionality, while relatively new to health inequalities, has established itself firmly in the field of feminist and social science over the past two decades. With the help of the intersectionality approach, the many complex dimensions of inequality and power structures that arise under the heading of race, class, gender and sexuality in health can be explained. The intersectionality paradigm invites nurses to reflect on their competencies in their practice, especially to women who may face different forms of weakness or marginalization. In the nursing oath, it is promised that nurses will treat everyone equally, regardless of gender, race, culture or sexuality, as part of the ethical dimension of the practice. Intersectional theory provides an appropriate conceptual framework for nurses to keep this promise in practice, management, and research. Using intersectionality in nursing care, it will be possible to reveal the structures that underlie the social positions of the individuals who receive care and who are unaware of how they affect their lives with nursing interventions.

Keywords: *Care; Intersectionality theory; Nursing; Paradigm*



GİRİŞ

Toplumsal cinsiyet, cinsiyet, cinsel kimlik, ırk, sınıf gibi kavramlar toplumda eşitsizliklere konu olan sınıflamalardır. Eşitsizliklerin doğası toplumdaki topluma, zamandan zamana değişiklik gösterse de ne yazık ki insanlık tarihi boyunca hep varolmuştur. Cinsiyet tartışmasız tüm toplumlarda ötekileştirmenin en fazla deneyimlendiği bir alan olup, kadınlar eşitsizlikten en çok etkilenen tarafı oluşturmaktadır. Endüstri Devrimi ile birlikte dünyada kadın özel alandan kamusal alana geçiş yapmış olmasına karşın bu değişim kadının anne olma ya da evde ücretsiz bakım veren sorumluluklarını ortadan kaldırmamış, bu sorumluluklara çalışma hayatının sorumlulukları da eklenmiştir. Kadının ev dışı ücretli işte çalışmaya başlamasının gerektirdiği toplumsal değişim, aile içi rollerin eşle eşit ya da en azından dengeli paylaşımı aynı hızda gerçekleşmemiştir. Dolayısıyla kadınların aleyhine, eşit ve hakkaniyetli olmayan yeni bir toplumsal düzen ortaya çıkmıştır.

Çeşitli feminist teoriler bu eşitsizliği değişik boyutlarla ele almışlardır. Liberal feministler, kadınlara daha eşit ekonomik ve siyasal haklar sağlanması için çaba sarf ederken, Marksist feministler eşitsizliğin sınıf odaklı kapitalist sistemden kaynaklandığını savunmuşlardır (Kartal, 2016; Güneş, 2017). Radikal feministler ise eşitsizlikten kurtulmanın yolunun kadın ve erkek kimliklerinin yeniden düzenlenmesi ve ataerkil toplum yapısının dönüştürülmesi olduğunu söylemişlerdir

(Donovan, 2014). Çünkü onlara göre aile, ataerkil erkek egemen görüşün, kendini yeniden yapılandığı bir kurum olarak görülmektedir (Güneş, 2017).

Feminist söylemler annelik ve yeniden üretim konularıyla yakından ilgilenmektedirler. Onlara göre çocuk büyüme ve bakma işinin sadece kadınlara verilmesi bir cinsiyet eşitsizliğidir ve cinsiyetler arası rol dağılımı sonucunda ortaya çıkmıştır. Oysa çocuk bakma işi kadınların kaderi değildir ve erkeklerle paylaşılması durumunda eşitsizliğin önüne geçilebilir. Görüldüğü üzere feminizm, eşitsizlikleri cinsiyet açısından ele almış fakat kadınlar arasındaki farklılıklara neden olan ırk, sosyoekonomik durum, sınıf gibi değişkenlere yeterince değinmemiştir. Bu açıdan kadınlar için eşitsizlik yaratan nedenleri bütüncül açıdan ele almak için Kesişimsellik Kuramını anlamak önem kazanmaktadır. Bu derlemede hemşirelikte bir paradigma olarak kesişimsellik kuramını kullanmanın önemi anlatılmıştır.

KESİŞİMSELLİK KURAMI

Kesişim kuramı, sosyal bilimler literatüründe insanların birliği ve çeşitliliğini, çok kültürlü olmayı, ırkçılık karşıtlığını, melez olmayı, kimlik ve milliyetçilik gibi kavramları kullanarak analiz edilmektedir. Kesişimsellik, çoklu toplumsal boyutlar ve toplumsal ilişkilerin biçimleri arasındaki ilişkiler olarak tanımlanabilir. Kuram, tek ve sabit bir sosyal hiyerarşi fikrine meydan okumaktadır. Bu nedenle sosyal konumlandırmayı, kesişen güç eksenleri matrisinde bir nokta olarak algılamaktadır. Crenshaw (2011) tarafından ortaya atılan bu kuram, eşitsizliğe konu olan cinsiyetin “kadınlar” olarak tek bir çatı altında toplanmasına, farklı kadın gruplarının sorunlarının aynı potada eritilerek görünmez olmasına tepki göstermektedir. Crenshaw (2011)’a göre siyah kadınların deneyimleri beyaz kadınlardan farklıdır. Çünkü onlar hem kadın hem de siyah olmanın getirmiş olduğu eşitsizliklerle karşı karşıyadır. Kesişimsellik, siyah feministlerin orta sınıf beyaz feministleri eleştirdiği bu noktada ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla kesişimsellik kuramı, marjinal grupların farklılıkları ve bu farklılıkları daha iyi anlamayı olanaklı kılmaktadır (Carbado et al 2013).

Kesişimsellik kuramı, ikinci dalga feminizm hareketi ile kurulmuş olup üçüncü dalga feminizm hareketi ile güçlenmiştir. 1960’lı yıllarda ortaya çıkan ikinci dalga feminizmde kadınların sahip olduğu sorunlar bütün kadınlarda eşit olarak kabul edilirken, 1990’lı yıllarda ortaya çıkan üçüncü dalga feminizmde bu bakış açısı eleştirilmiş ve kadınlar arasındaki farklılıkların yalnız ataerkillik bağlamında değil ırk, etnisite gibi boyutlarla çok yönlü ve ilişkisel olarak düşünülmesi gerektiği savunulmuştur (Bilge, 2010; Avcil, 2020). Kesişimsellik yalnız siyah kadınları değil diğer marjinal grupların yaşadıkları eşitsizlikleri de ele almakta ve toplumdaki ırkçılık, cinsiyetçilik ve homofobi gibi kavramların birbirinden bağımsız olmadığına vurgu yapmaktadır (Hankivsky & Christoffersen, 2008). Cinsellik, ırk, toplumsal

cinsiyet, yaş, milliyet, etnisite gibi farklı kavramlar kesişerek kadını farklı boyutlarda etkilemektedir. Dolayısıyla kadın üzerinde kurulan baskı tek bir türde olmayıp birçok farklı baskı türü hep birlikte daha büyük bir eşitsizlik durumu oluşturmaktadır (Rogers & Kelly, 2011; Hankivsky, 2012).

Kesişimsellik kuramı, farklı bilim insanları tarafından karmaşıklık (McCall, 2005), süreklilik (Mehrotra 2010), bir mercek (MacGregor 2010), bir paradigma (Hulko 2009; Winker & Degele 2011), eksen ya da eksenler (Yuval Davis, 2006) gibi farklı şekillerde tanımlanmıştır. Feminist akademisyenler ise feminist kesişimselliği cinsiyeti anlamada önemli ve eleştirel bir kuram, bir araştırma alanı, sosyal bilimlerde teorik ve metodolojik bir araştırma yaklaşımı, sağlık ve sağlık-taki eşitsizlikleri anlama ve araştırma yaklaşımı olarak çeşitli şekillerde tanımlamaktadırlar. Kullanımından bağımsız olarak, kesişimsellik perspektifinin üç ilkesi vardır. Kelly (2009)'nin belirttiğine göre bu ilkeler: (1) hiçbir sosyal grup homojen değildir, (2) insanlar, heterojen sosyal yapılar tarafından oluşturulmuş olan güç ilişkilerinin keşiştiği noktada konumlandırılırlar ve (3) birden fazla sosyal grupla özdeşleşmenin benzersiz çarpım etkileri bulunmaktadır.

Hankivsky ve Christoffersen (2008)'in aktardığına göre kesişimsellik kuramı, siyah feministlerden Crenshaw, Collins ve Hooks'un öncülük etmesiyle oluşmuş bir kuramdır. Crenshaw (2011), Amerika'da siyah kadınların beyaz kadınlardan farklı uygulamalara maruz kaldıklarını savunmuş olup, bu durumu dört yolun keşiştiği bir kavşağa benzetmiş ve ancak kesişimde bir kaza olduğunda eşitsizliklerin ortaya çıkardığı zararın görülebileceğini söylemiş ve siyah kadınların bu kavşak noktasında ırk veya cinsiyet eksenlerinin birleştiği noktada daha fazla zarar gördüğünü belirtmiştir (Kings, 2017). Crenshaw (2011), cinsiyet ve ırk olmak üzere iki eksen tanımlamış ve eksenlerden birini sabit tutarak diğer değişkenle bir ölçüt sunmuştur. ırk eksenini sabit tuttuğunda ayrımcılığı biyolojik cinsiyet ve sınıf durumu ile açıklarken cinsiyet eksenini sabit tuttuğunda ayrımcılığı ırk ve sınıf durumu ile açıklamıştır. Crenshaw (2011), eksenlerin kesişim noktasında daima siyah kadının olduğunu savunmuştur. Ona göre siyah kadın hem cinsiyet hem de ırk ekseninde çifte ayrımcılığa maruz kalmaktadır.

Collins, kesişimsellik kuramının bir grubun etnik bağlam, cinsel yönelim, sınıf, yetenek, menşei ulus, din ve toplumsal cinsiyete göre ayrıcalık ve baskı kesişimlerini ele almak için uygun bir kavramsal çerçeve olduğuna işaret etmektedir (Akt. Hernandez & McDowell, 2010). Collins (2002), kesişimselliğe sadece siyahlık üzerinden açıklama yapmamakta, bunun yanı sıra siyah kadının ırk ayrımcılığı nedeniyle yaşamış olduğu fiziksel ve ruhsal boyutları da ele almaktadır. Günümüzde siyahlara yönelik ırkçılığın hala devam ettiğini savunmakta, Afrika kökenli kadınların özellikle vahşi bir cinsellikle ilişkilendirildiğini, ötekileştirilen Latin ve siyah kadınların birer cinsel obje olarak görüldüğünü ve yuva yıkan-kötü kadınlar olarak

tanımlandığını söylemektedir (Collins 2002). Bell Hooks (2000) ise siyah kadınların ırk ve cinsiyet değişkeninden dolayı sorun yaşadığından hep bahsedildiği ancak bu duruma bir çözüm önerisi sunulmadığını eleştirmektedir.

Collins (2002), küreselleşmeyle birlikte siyahi kadınların ırk ve cinsiyet ayrımcılığının yanı sıra bir de etnisite kavramının ortaya çıktığını söylemektedir. Bu etnisite kavramı dünyada halkları birbirine karşı kutuplaştırmaktadır. Bir uçta istediği her şeyi yapabilen elitler yer alırken diğer uçta batılı ve beyaz olmayan, yerel işyerlerinde ucuza çalıştırılan diğerleri bulunmaktadır. Günümüzde ayrıca lezbiyen, gay, biseksüel siyahların heteroseksüel siyahlara göre daha dezavantajlı durumda olduğu görülmektedir (Hankivsky & Christoffersen, 2008; Carbado et al 2013; Kapilashrami et al 2015; Gkiouleka et al 2018).

Kesişimsellik kuramı, her ne kadar siyah kadınların içerisinde buldukları durumu anlatmak için ortaya çıkmış olsa da çeşitli grupların arasında benzerlik ya da farklılıklar arasında bağ kurması, gücün konumu, bir gruba atılmanın getirdiği avantajlar/dezavantajlar gibi konuları da ele aldığı için Latinler, Aborjinler, Romanlar, Lezbiyen, gey, biseksüel, trans, queer, interseks, aseksüel ve + normatif olmayan cinsel yönelimi (LGBTQIA+) olan bireyler, göçmen işçiler, etnik gruplar gruplar için de kullanılabilir (Atewologun, 2018; Overstreet et al 2020). Kesişimsellik bir paradigma değişimi olarak psikoloji alanında (Overstreet et al 2020), küresel HIV salgını, travma sonrası stres bozukluğu, kadın sünneti ve kalp-damar hastalıkları gibi durumlarda da kullanılabilir (Hankivsky et al 2017).

LGBTQIA+ bireyler stigma, ayrımcılık, sağlık hizmetlerinden yararlanamama gibi birçok olumsuz koşullu kesiştiği bir konumda yaşamaktadır. Kesişimsellik kuramı, LGBTQIA+ bireylere sahip oldukları kimlikleriyle bakmak yerine yetenek, ırk/etnik köken, sınıf ve cinsiyet gibi sosyal eşitsizlik deneyimlerini şekillendiren marjinal kimliklerinin kesişimlerine bakmayı sağlamaktadır (Mink ve ark., 2014; Wagaman, 2014; Overstreet et al 2020). Bunun yanı sıra yaş, uyruk, ırk, cinsel yönelimler, sınıf insanların çalışırken karşılaştıkları fırsatlar ve engeller için önemli faktörlerdir (De Los Reyes, 2017). Latin göçmenlerin düşük ücretli ve sürekli değişen mesleklerde çalışması, onları hem kendilerine hem de ailelerine karşı dezavantajlı duruma düşürmektedir. Latin kadınlar ise çalışma hayatında Latin olmayan beyaz kadın, erkek ve Latin erkeklerden daha dezavantajlı durumda bulunmaktadır (Flippen, 2014).

Feminist akademisyenler kesişimsellik kuramını çalışmalarına entegre ederek, sosyal kimliğin cinsiyet, ırk ve sınıf gibi tek tip analiz kategorilerinin ötesine geçmektedirler. Onlar, ırk/etnik köken, cinsiyet, sınıf, cinsellik ve yetenek gibi kategorileri sosyal olarak yapılandırılmıştır. Kesişimsellik kuramı, sosyal konumların ve yapısal güçlerin insan deneyimlerini şekillendirmek ve etkilemek için nasıl etki-

leşime girdiğini incelemeye odaklanmaktadır. Kesişimsellik kuramı yalnız sosyal adaleti desteklemek için marjinalize edilmiş veya dezavantajlı grupların ilerlemesine yönelik değildir, aynı zamanda sosyal yapının tüm yaşamımızı nasıl şekillendirdiğini açıklamak için de önemlidir (Hankivsky, 2012).

KESİŞİMSELLİK KURAMI VE SOSYAL EŞİTSİZLİKLER

Kesişimsellik kuramının sosyal alanda kullanılması, konulara çok boyutlu bakış açısı getirmeyi sağlamakta, marjinalleşmenin görünmeyen yönleri açığa çıkarılmış olmaktadır. Kesişimsellik kuramıyla konular ele alındığında cinsiyet ve ırksal eşitsizliklerle birlikte eğitim, kimlik, yapı, sosyal aktivizm gibi birçok faktörün birbiriyle kesiştirilmesi olayların farklı şekilde yorumlanmasını sağlamaktadır. Sosyal eşitsizlikler, kadınların doğurganlığı ve evlilik homogamisi (benzerlik ilkesi) yani benzerlerin birbirini çekmesi boyutu kesişimsellik kuramı ile ele alınabilir (Clarke & McCall, 2013).

Doğurganlık

Doğurganlık, kesişimsellik kuramıyla birlikte cinsiyet, sınıf ve ırk/etnik köken gibi değişkenlerle kesiştirilerek ele alınmaktadır. Bakıldığında doğurganlıktaki sınıfsal farklılıklar ırksal farklılıklardan daha büyüktür. Bunun anlamı fakir ve zengin kadın arasında çocuk doğurma yaşı ve sayısı açısından belirgin bir fark bulunduğuudur. Aynı şekilde üniversite eğitimi almış kadınların doğurganlıkları üniversite eğitimi almayan kadınlarınkinden daha düşüktür ve bu düşük doğurganlık ırk ve etnik kökene göre önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Örneğin, siyahi kadınlar eğitimlerine doğurganlıktan daha az zaman ayırmaktadır ve bu durum beyaz kadınların tam tersidir. Dolayısıyla hem siyahi olup hem de eğitim seviyesi düşük olan kadınların diğerlerine göre doğurganlık yaşları küçük ve doğum sayıları fazladır (Clarke & McCall, 2013).

Birçok feminist, doğurganlığa yönelik “ataerkil kemer” kavramını kullanmakta ve “geleneksel, kırsal, geniş aile” kavramına katkıda bulunmak için ataerkil sistemin yüksek doğurganlık hızını desteklediğini savunmaktadır (Patil, 2013). Dolayısıyla ataerkil sistem kadının doğurganlığını kontrol etmekte ve çeşitli yöntemlerle düzenlemektedir (Kohli, 2015). Asya’da erkek çocuk doğurmak için gen analizinin yapılması, herhangi bir engeli olan kadın için sağlam gen seçimi, yerli kadınlar için doğacak çocuktaki kabile kanının miktarı, Latinler için aile oluşturabilme ve doğurabilme, doğurganlık üzerine olan kontrol mekanizmalarıdır (Roberts & Jesudason, 2013). Bunun yanı sıra Çin’de tek çocuk politikası ve Japonya’da doğurganlık oranlarıyla ilgili sorunu çözebilmek için gebeliğin tıbbileştirilmesi ataerkil yapının cinsiyet üzerine etkisini göstermektedir (Lim, 2018).

Homogami (Benzerlik ilkesi)

Homogami, insanların dış görünüş ve genetik özellikler açısından kendilerine yakın ve benzer olanların seçimidir. Dış görünüş ve genetik özelliklerin yanı sıra yaş, kişilik özellikleri, manevi görüş, etnik köken de seçim kriterleri arasında yer almaktadır (Körük, 2019). Evlilik homogamisi ise benzer özelliklere sahip kişilerin evliliği olup etnik yapı, inanç durumu, sosyal olarak tanınır olma gibi değişkenler eş seçiminde önemli yer tutmaktadır. Dolayısıyla bu durum “benzeşenler buluşur” olarak tanımlanabilir (Akpınar, 2019). Türk toplumunda “davul dengi dengine çalar” deyimini de benzerliğin önemine işaret eden ve onaylayan bir söylemi desteklemektedir. Homogaminin, kültürel ve ekonomik kaynaklar olmak üzere iki temel bileşeni bulunmaktadır.

Ekonomik durum homogamisi, zenginlerin zenginlerle, fakirlerin fakirlerle evlendiği anlamına gelir ki bu da üstte daha yüksek bir gelir yoğunluğuna ve altta yoksulluğa yol açmaktadır (Clarke & McCall, 2013). Toplumlarda bu görüşü destekler nitelikte yapılandırılmakta hatta bu durum, “Zengin alma buyuramazsın, fakir alma doyuramazsın” gibi atasözlerine de yansımıştır (Dursun, 2015). Ekonomik durum homogamisi eş seçimlerini etkilemekte ve düşük sosyoekonomik duruma sahip bireylerin reddedilmesine yol açmakta (Clarke & McCall, 2013) böylece toplumsal sınıf ayrımlarını derinleştirici etki yapabilmektedir. Günümüzde kadınların hane halkı gelirine giderek daha fazla katkıda bulunması, okuryazarlık oranlarının ve meslek sahibi olma durumlarının artması ekonomik durum homogamisini ve toplumsal cinsiyet eşitliği için iyileştirici etki yapmaktadır. Kültürel homogami, çocuk yetiştirme, politik ve dini yaklaşımlar, iletişim kurma şekilleri, sanatsal ve estetik durumlar gibi yapıları içermektedir. Dolayısıyla benzer kültürel homogamiye sahip çiftlerin, birlikte daha uyumlu ve mutlu olacakları varsayılmaktadır (Körük, 2019).

KESİŞİMSELLİK KURAMI VE SAĞLIK EŞİTSİZLİKLERİ

Collins (2000), kesişimselliğin toplumda kesişen karmaşık sosyal eşitsizliklerin ve güç sistemlerinin temelini oluşturduğunu söylemektedir. Eşitsizlikler tarihsel olarak ortak, kültürel olarak spesifik olup zaman ve mekânda farklılık gösteren, eşit olmayan maddi gerçeklikler ve sosyal deneyimler yoluyla düzenlenmektedir (Gkiouleka et al 2018). Sağlık eşitsizlikleri irksal, etnik ve sosyoekonomik gruplar arasında sağlık ve sağlık hizmetlerinin kalitesindeki boşlukları ifade etmektedir (McCartney et al 2019). Dolayısıyla ırk, cinsiyet, sınıf ve cinsellik gibi konuların toplumsal yapılandırılması, sağlık ve sağlık hizmetlerinin sunumundaki eşitsizlikleri toplumun her alanına yaymakta ve ötekileştirilmiş grupların oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Ötekileştirilmiş olmaktan doğan baskının iç içe geçmiş doğası insanları toplumun ve sağlığın sınırlarında tutmaktadır. Dolayısıyla sağlık eşitsizliklerinin azaltılması ve ortadan kaldırılması için, sağlık hizmetlerinde sağlığın

kötüleşmesine katkıda bulunan birden fazla baskı biçiminin birbirine bağlı doğası tanınmalıdır (Rogers & Kelly, 2011).

Feminist kesişimsellik, sosyal konuların yanı sıra sağlık eşitsizliklerinin tanınması için de yararlı bir çerçeve olarak önerilmektedir. Bu yapı sağlık eşitsizlikleri için nispeten yeni olmasının yanında, son 20 yıldır feminist ve sosyal bilim alanında sağlam bir yer edinmiştir. Kesişimsellik yaklaşımının yardımıyla sağlık alanında ırk, sınıf, cinsiyet ve cinsellik başlığı altında ortaya çıkan eşitsizlik ve güç yapılarının çok sayıdaki karmaşık boyutu açıklanabilmektedir (Rogers & Kelly, 2011). Weber (2006) feminist kesişimsellik kuramının, sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılmasında yararlı olacağına işaret etmiştir. Yazara göre toplumsal eşitsizlikler ve adaletsizliklerin ortadan kaldırılması, bireylerin sosyal yapıya aktif olarak katılımlarının sağlanması, tek bir mutlak gerçeğin olduğu düşüncesinden vazgeçilmesi ve değişken yapının kabul edilmesi gerekmektedir. İktidar olan grubun ise sahip olduğu gücü, eşitsizliğe neden olabilecek farklılıkları tanıyarak, ekonomik ve sosyal kaynakların (eğitim ve sağlık gibi) eşit dağıtımı için kullanması, kesişimselliğin getirdiği çoklu olumsuz etkiyi ortadan kaldırmada faydalı olacaktır.

Kesişimsellik ve geleneksel biyomedikal anlayış arasında bir dizi anlayış ve yaklaşım farklılığı bulunmaktadır. Kesişimsellik değişken olan sosyal yapıyla ilgilenirken tıp cinsiyet, yaş gibi sabit ve ikili yapıya sahip olan (kadın/erkek) bağımsız değişkenlerle ilgilenmektedir. Kesişimsellikte birçok özellik birlikte ele alınmakta ve birbiriyle bir noktada kesiştirilmektedirken tıpta değişkenler tek tek ele alınmakta ve genellikle birbirinden ayrı değerlendirilmektedir. Kesişimsellikte farklılıklar önemliyken tıp homojenliğe önem vermektedir. Kesişimselliğin etkisi, biyotıbbaya göre çarpımsal olduğu için daha etkilidir. Tablo 1'de kesişimsellik ve geleneksel biyomedikal anlayış arasındaki farklılıklar özetlenmiştir.

Tablo 1. Kesişimsellik ve Biyomedikal Bakış Açısı

Kesişimsellik Kuramı	Biyomedikal Anlayış
Sosyal kimlikler birlikte ele alınır	Değişkenler birbirinden bağımsızdır (cinsiyet, yaş vb.)
Sağlık sosyal olarak yapılandırılmıştır	Sağlık önceden belirlenmiş, doğuştan ve doğal bir durumdur
Değişken ve niteliksel olan sosyal yapıyı dikkate alır	Statik, sabit, dikotom (ikili/iki şıklı) veya doğrusal değişkenleri (kadın/erkek gibi) dikkate alır
Sağlığı etkileyen yapılar çoklu ve ayrılmazdır	Sağlığı etkileyen yapılar tekil ve ayrılabilir
Etkisi çarpımsal	Etkisi toplamsal
Bağlam önemli ve dikkate alınması zorunludur	Bağlam ölçmeye dahil edilmez
Farklılığın tanınması için çaba gösterilir	Homojenlik için çaba gösterilir

Kelly, U. A. (2009). *Integrating intersectionality and biomedicine in health disparities research. Advances in Nursing Science*, 32(2), E42-E56.

Kesişimsellik, sağlık eşitsizlikleri ile ilgili çoklu avantaj ve dezavantaj katmanlarını anlamak için yararlı bir çerçeve sunarken, hakim olan literatür kesişimselliğin bu potansiyelini göz ardı etmektedir. Oysa sağlıkta kesişimsellik, kategoriler arasındaki farklılıkları görünür kılan üç sağlık eşitsizliğini birlikte ele almaktadır; bunların birincisi etnik köken/ırk, ikincisi cinsiyet, üçüncüsü de sınıftır. Aynı zamanda sosyoekonomik durum, göçmen statüsü, toplumsal cinsiyet de sağlık eşitsizliklerini etkileyen kategorilerdir.

SAĞLIKTA ETNİK KÖKEN/IRK EŞİTSİZLİKLERİ

Sağlıkta eşitsizlik, sadece önlenemez değil aynı zamanda haksız, adaletsiz olarak düşünülen farklılıklardır. Burada önemli olan sağlıkta etnik eşitsizliğin de adaletsiz ve önlenemez olmasıdır. Etnik köken dil, kültür, paylaşılan tarih ve ortak ata gibi unsurları içeren kolektif bir sosyal kimlik biçimidir. Birçok ülkede, farklı etnik grupların sağlık durumlarındaki eşitsizlikler, sosyoekonomik sağlık eşitsizlikleriyle kıyaslanabilir düzeydedir. Çünkü ırk/etnik köken, sosyal statü, sosyoekonomik durum insan yaşamının kalitesini, yaşam süresini, sağlık hizmetine ulaşabilme durumunu etkileyen değişkenlerdir (Weber & Fore, 2007). Örneğin, Avustralya yerlileri yerli olmayanlardan 10-12 yıl ve Yeni Zelanda yerlileri yerli olmayanlardan yedi yıl daha uzun süre yaşamaktadır (Smith et al 2016). Dolayısıyla etnik ayrımcılık ve ırkçılık, artan bir şekilde sağlıktaki eşitsizliklerin önemli-belki de temel-bir nedeni olarak kabul edilmektedir (Weber & Fore, 2007). Oysa Dünya Sağlık Örgütü, “Ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanmak, ırk veya sosyal koşul ayrımı yapılmaksızın her insanın temel haklarından biridir” açıklamasını yapmaktadır (Blom et al 2016).

Kesişimsellik, ırksal/etnik kategorilerle ilişkili farklı sosyal-tarihsel süreçleri göz önünde bulundurmaktadır. Dünyada meydana gelen genişleme ve küresel hakimiyet, farklı ırktan nüfusların şiddet, sömürü ve zorla yerinden edilme gibi durumlarla karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır. Dolayısıyla ırk/etnisite terimi, sağlık eşitsizliklerinin incelenmesi için önemli bir kategori olarak ortaya çıkmaktadır. Dünyada farklı ırk/etnisiteye sahip bireylerin fiziksel şiddet, ayrımcılık ve sağlık hizmetlerine erişimindeki kültürel ve kurumsal engeller hala devam etmektedir. Bütün bu faktörler beyaz ve beyaz olmayan, yerli ve yerli olmayan ırklar arasında sağlık eşitsizliklerinin belirleyicisidir (Kapilashrami et al 2015). Janevic ve arkadaşlarının (2011) Sırbistan'da yaptıkları çalışmada, Roman olan kadınların öz sağlıkları, Roman olmayan kadınlara göre iki kat daha düşük olarak bulunmuştur. Avcı ve arkadaşlarının (2018) yapmış oldukları çalışmada Roman kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma oranları yüksek olarak elde edilmiştir. Ancak aile planlaması kullanımına yönelik tutumlarının olumsuz olduğu ve kullanılan yöntemlerin öncelikle kadınların kullandığı aile planlaması yöntemleri olduğu bulunmuştur.

Sağlık eşitsizliklerine yönelik olarak yapılan çalışmalarda, etnik olarak azınlıkta olan kadınlara hastalık tanısının, hastalık ilerleyince konulduğu ve bu kadınlarda morbidite ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kim et al 2006). Benzer şekilde siyah kadınlarda, serviks kanserine 3. evreden önce tanı konulması beyaz kadınlara göre %30 daha düşüktür (Smith, 2005). Siyah kadınların tarama programlarına katılması ya da asemptomatik hastalık ile sağlık merkezlerine başvurma olasılıkları, beyaz kadınlardan daha düşük olarak elde edilmiştir (Merkin et al 2002). Benzer bir çalışmada etnik olarak azınlıkta olan kadınlara, meme kanseri taraması için mamogram, serviks kanseri taraması için Pap Smear testi yapılmasının, beyaz kadınlara oranla daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır (Quan et al 2006). Yine siyah yetişkin kadınlarda diyabet gelişme riski, beyaz kadınlardan iki kat daha fazladır (Brancati et al 2000). Türkiye’de etnik köken ve ırk temelli ayrımcılığa ilişkin ayrıntılı çalışmalara, ulaşılabilen literatürde rastlanılmaktadır. Türkiye’de sağlık istatistikleri daha çok bölge halkı bağlamında tanımlanmaktadır. TNSA (2018)’ya bakıldığında Doğu Anadolu’da, kadınlarda eğitimi olmayanların daha çok (%25,4) ve çalışma oranlarının (%16,6) daha düşük ve herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmama durumunun ise daha yüksek(%60,5) olduğu görülmektedir. Eğitim ve çalışma durumu pek çok araştırmada üreme sağlığı, anne ve çocuk sağlığı dahil olmak üzere genel olarak sağlığı etkileyen temel değişkenlerdir ve kesişimsellik bakış açısıyla ele alınabilirler. Aynı araştırmada diğer bazı özelliklerin başka bölgelerde Batı (adölesan doğumlar, düşük yapmış kadın oranları) yüksek oluşu da kesişimselliğin konusu olabilecek niteliktedir.

SAĞLIKTA SINIF TABANLI EŞİTSİZLİKLER

Toplumda tabakalaşma, birbirinden farklılaşan katmanların oluşturduğu bir sosyal yapı olup toplumun güç ve refahlarına göre bölünmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bilindiği gibi toplumda insanlar eşit olmayan sosyoekonomik değişkenlere sahiptir ve bu durum sosyal tabakaların oluşmasına neden olmaktadır. Tabakalaşma, toplumsal bir özellik olarak kuşaklar boyu devam etmektedir. Tabakalaşma, kölelik, kast, zümre ve sınıf olmak üzere dört başlık altında ele alınabilir (Berber, 2003; İnce, 2017; Sunar, 2018).

Sınıf tipi tabakalaşma, modern toplum ve onun kapitalist sistemden etkilenmesiyle ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla sınıf sistemleri hareketli olup ekonomi temellidir. Bu tabakalaşmada burjuva ve proleterya kavramları oluşmuştur. Burjuva, sermaye sahibi kişileri tanımlarken proleterya, işçi yani alt sosyal sınıfı tanımlamaktadır. Günümüzde yaygın bir şekilde kullanılan tabakalaşma şekli sınıfa dayalı sistemdir. Burada işçi sınıfı, yönetici sınıfı, beyaz yakalılar, sermaye sahipleri yer almaktadır. Dolayısıyla toplumlar sınıf sistemi ile birlikte alt (düşük gelirli işçiler), orta (profesyoneller ve beyaz yakalılar) ve üst tabaka (mülk sahipleri) olmak üzere üçe ayrılmaktadırlar. Bu sınıf sistemlerine göre bireyler çeşitli eşitsizliklere maruz kalmaktadırlar (İnce, 2017; Sunar, 2018).

Sınıf, servet (bireyin sahip olmuş olduğu mallar), meslek (el işçiliği, vasıfsız servis işleri, düşük seviyeli bilgiye dayalı işler, profesyonel işçilik vb.), ikamet edildiği yer (işçi sınıfı mahallesi, orta sınıf mahalle), eğitim (erken yetişkinlik döneminde bireyin ulaştığı eğitim düzeyi), sosyal ağ (orta sınıf insanlar orta sınıf insanlarla, işçi sınıfı insanlarla işçi sınıfı insanlarıyla sosyalleşme eğilimindedir), tüketim alışkanlıklarında (uygun maliyette olan bir süpermarketten yiyecek satın almak ve sağlıklı ve organik ürünler satan bir yiyecek satın almak) kendini göstermektedir (Block & Corona, 2014). Bu durumda işçi, kadın ve mülteci ya da Roman olan bir bireyde eşitsizliğin etkisini artıran birçok özellik keşmiş olmaktadır.

Sınıf tabanlı sistem özellikle Hindistan'da sağlığı ve refahı etkileyen sosyoekonomik eşitsizliklerin önemli bir belirleyicisidir (Baru et al 2010). Borooah (2010), sağlık çıktılarındaki sınıf temelli farklılıkları (ortalama ölüm yaşı gibi), toplumda etkili bir şekilde işlev görme yeteneğinde bozulma ve sağlığın kötü etkilenmesine bağlamaktadır. Sınıf küçüldükçe okuma yazma bilen sayısında azalma, şiddet görme, aşağılanma ve yetersiz beslenme oranları artmakta ve su, yakıt ve sanitasyon gibi kaynaklara erişim azalmaktadır (Nayar, 2007; Acharya, 2010; Irudayam et al 2011).

Türkiye'de zaman içerisinde yaşanan sektörel değişimler ve eğitim oranlarının artmasına bağlı olarak orta ve üst sınıf mesleklerin sayısında artış gözlenmiştir. Bu duruma göre orta sınıfın yaygınlığı artmış ancak eşitsizliğin derinliği azalmamıştır. Bu dönemde özellikle işçilik koşullarında eşitsizlikler meydana gelmiştir (kamu/özel/sigortalı/sigortasız, ana firmaya bağlı/taşeronu bağlı) (Sunar, 2018). Türkiye'de düşük olan eğitim düzeyi, işçi sınıfına doğru daha da azalmakta, özellikle bu gruplarda kadınların eğitim düzeyinin erkeklerden daha düşük olduğu görülmektedir. Sınıflar arasında var olan bu durumun eğitimde belirgin eşitsizliklere neden olduğu sunulmaktadır (Kılıç, 2014).

SAĞLIKTA SOSYOEKONOMİK DURUM EŞİTSİZLİKLERİ

Sağlık eşitsizliklerine çok farklı boyutlardan bakılmış olup sağlığın kilit sosyal belirleyicisi olan sosyoekonomik duruma baskın bir vurgu yapılmıştır. Sosyoekonomik durum genellikle gelir, meslek veya eğitim seviyesi ile tanımlanmakta, çoğu zaman cinsiyet gibi diğer değişkenlerle de kontrol edilmektedir. İlgili bulgular, sosyoekonomik konumu daha iyi olan kişilerin ekonomik kalkınma düzeylerine bakılmaksızın farklı toplumlarda daha sağlıklı olduklarını göstermektedir (Gkiouleka et al 2018). Çünkü sosyoekonomik durum, kaynaklara erişimdeki eşitsizlikleri ve ayrıcalıkları belirginleştirmektedir.

İlk defa Çin'in Wuhan şehrinde Aralık 2019 tarihinde tespit edilen korona virüs 2019 (Covid-19), yeni bir korona virüsün neden olduğu bir solunum yolu

hastalığıdır. Hastalık son derece bulaşıcı olup temel klinik semptomları ateş, kuru öksürük, yorgunluk, kas ağrısı ve nefes darlığıdır (Zhong et al 2020). Covid-19 için risk faktörleri ileri yaş, erkek cinsiyet, hipertansiyon, diyabet, obezite, eşlik eden kardiyovasküler hastalıklar (koroner arter hastalığı ve kalp yetmezliği dahil) olarak belirlenmiştir (Shi et al 2020). Bu risk faktörlerine ek olarak sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerde kaynaklara erişimde eşitsizlikler nedeniyle Covid-19'un yayılım ve ölüm oranı daha yüksektir (Sy et al 2020). Örneğin, Chicago'da Covid-19 vakalarının yarısından fazlasını ve Covid-19 ölümlerinin yaklaşık %70'ini siyah bireyler oluşturmaktadır (Yancy, 2020).

Birleşmiş Milletler Kadın Birimi Türkiye Ofisi (2020) tarafından yapılan "Türkiye'de COVID-19 Etkilerinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi" araştırmasının sonuçlarına göre, COVID-19 virüsünün yayılmasından sonra işini kaybeden kadın oranı (%18.8), erkeklere (%14.2) kıyasla daha yüksek olarak elde edilmiştir (UN Women, 2020). Benzer şekilde İngiltere ve Amerika'da sosyoekonomik düzeyi düşük ve geçici işi olan bireylerin salgından daha yüksek etkilendiği söylenmiştir (Meçik & Aytun, 2020). Dolayısıyla işsizlik ve yoksulluk gibi salgının dezavantajlı gruplar üzerinde neden olduğu olumsuz durumlar sonucunda sağlık hizmetlerine erişimde zorlanmalar görülmektedir. Böylelikle, sigortası olmayan ve test yaptırmaya olanakları düşük olan yoksul insanların salgına yakalanma oranları yükselmektedir (Kocabaş, 2020).

SAĞLIKTA GÖÇMEN STATÜSÜ EŞİTSİZLİKLERİ

Sağlığın sosyal belirleyicisi olarak göç, tıbbi bakımın yanı sıra sosyal ve ekonomik politikalar, eşitsizlikler tarafından belirlenen ve sağlık üzerinde önemli etkileri olan yapısal faktörlere odaklanmaktadır (Castañeda et al 2015). Dolayısıyla göçmen statüsü, kesişimsellik bakış açısıyla sağlık eşitsizlikleri araştırmalarına entegre edilmesi gereken ayrı bir kategori olarak ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda göçmenliği sınıf, ırk, cinsiyet ve sosyodemografik bağlamların kesişimleriyle ele almamız gerekmektedir.

Göç genellikle sağlığa zarar veren koşulların (örn. yoksulluk, savaş) bir sonucudur ve hareketin kendisi fiziksel ve psikolojik travmaya neden olabilmektedir. Bir statü olarak göçün, bireylerin göç etmiş oldukları toplumlarda bir dizi sivil, siyasi ve insan haklarına erişimleri üzerinde belirli etkileri vardır ve özellikle bugünlerde yükselen yabancı düşmanlığı (ırkçılık gibi) göçmenlerin ayrımcılık deneyimlemelerine ve günlük mikro-saldırlara uğramalarına neden olmaktadır (Castañeda et al 2015). Bu durumlar göçmen bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. İsveç'te, Güney Avrupa'dan gelen göçmenlerin diğer bölgelerden gelen göçmenlerden daha yüksek kardiyovasküler hastalık riskine sahip oldukları bulunmuştur. İngiltere'de, Bangladeş, Karayipler, Pakistan ve Hindistan'dan gelen göçmenler, sağlık

durumlarını kötü olarak bildirmişlerdir (Huijts & Kraaykamp, 2012).

Göçmenlikle cinsiyeti keştiirdiğimizde özellikle kadın göçmenlerin, iş bulma, sağlık hizmetlerine erişme, güvenlik gibi durumlarda erkeklere göre daha savunmasız ve erkeklere bağımlı oldukları görülmektedir (Gkiouleka et al 2018). Ev sahibi ülkede sosyal dışlanma ve sosyal destek eksikliğiyle “çoklu mağduriyeti” yaşayan Asyalı göçmen kadınlar, giysi dikimi, elektronik montaj, tırnak bakımı ve evde bakım gibi düşük ücretli ve sosyal olarak değer kaybetmiş işlerde çalışmakta, yaşamlarının her günü sömürgecilik, savaş, ırkçılık, cinsiyetçilik, emek sömürüsü ve dil baskısının kümülatif etkilerine tanıklık etmektedir (Chun et al 2013). Aynı şekilde bazı ülkelerde hem kadın hem erkek göçmenlerin çalışma izni gibi bazı sosyal yardımlardan dışlandıkları görülmektedir (Gkiouleka et al 2018). Ayrıca savaş nedeniyle göçe zorlanan göçmen bireylerin psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları ise bir gerçektir.

SAĞLIKTA TOPLUMSAL CİNSİYET VE CİNSİYET EŞİTSİZLİKLERİ

Toplumsal cinsiyet ve cinsiyet, topluma önemli düzenlemeler getiren kavramlardır. Bu kavramlar, genellikle kadınlarla eşanlımlı olarak yorumlanmakta olup erkeklerin toplumsal cinsiyet ve cinsiyetle ilgili durumları pek ilgi görmemektedir (Hankivsky, 2012). Çoğu ülkede kadınlar, genel olarak sağlık hallerini erkeklerden daha kötü olarak bildirmektedir. Bu durum kadın ve erkek arasındaki biyolojik, davranışsal ve psikolojik farklılıklara bağlanmış olsa da, radikal feminist yaklaşımlar ataerkilliğin etkisine işaret etmektedirler. Ataerkillik ya kadınların toplumsal kaynaklara erişimini azaltan, toplumsal cinsiyet rollerini dayatan bir güç olarak görülmekte ya da kurumlar ve sosyal ilişkiler arasında örgütlenmiş, maddi kaynakların ötesinde haklar ve sorumluluklar açısından erkekleri kadınlara göre ayrıcalıklı kılan karmaşık bir iktidar sistemi olarak işlev görmektedir (Gkiouleka et al 2018).

Ostlin ve arkadaşları (2001), sağlıkta cinsiyet eşitsizliklerini, erkeklerin ve kadınların toplumdaki eşit olmayan konumunu yansıtan birbiriyle bağlantılı iki fikirle ilişkilendirmişlerdir: (i) erkeklerin ve kadınların toplum içinde farklı sosyal, ekonomik ve politik pozisyonlara sahip olması; (ii) bu farklılıkların, sosyal temelli, önlenemez ve (dolayısıyla) haksız olan sağlık eşitsizliklerine yol açmasıdır. Başka bir deyişle, aynı sosyal gruptaki kadınların ve erkeklerin yaşamlarındaki bariz benzerliklere karşın, sağlıklarında ve refahlarında belirgin farklılıklar bulunabilir. Cinsiyet ve sosyoekonomik konum arasındaki bağlantılar incelendiğinde, gelirdeki farklılıkların kadınların sağlığına erkeklerden daha fazla etkisi olduğu gösterilmiştir.

Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini tek boyuttan ele almak doğru değildir. Bakıldığında bu kavramlar sosyal yapılarla karşılıklı ilişki halindedir. Kes-

şimsellik boyutunda da cinsiyet ve toplumsal cinsiyetin tek bir eksenle ele alınması eşitsizliğin kültür, sınıf, ırk/etnisite gibi yapılarla kesiştirilmesi gerekmektedir (Hankivsky, 2012). Örneğin, kadına yönelik yalnız cinsiyetçi güç ilişkileri açısından değil aynı zamanda ırk/etnisite, sınıf, yaş, heteroseksizm açısından da değerlendirilmelidir (Nixon & Humphreys, 2010). Aynı şekilde kardiyovasküler hastalık üzerine yapılan araştırmaların, yalnız cinsiyet ve toplumsal cinsiyete odaklanması, bu hastalığın yaş, cinsiyet, etnik grup, sosyoekonomik durum gibi yapılarla kesiştirilmemesi, farklı ırk/etnisite, düşük sosyoekonomik durum gibi gruplar üzerinde nasıl bir etki oluşturacağını öğrenmeyi engeller nitelikte olacaktır (King et al 2007).

Kesişimsellik kuramı, ırk/etnik köken, cinsiyet, cinsel yönelim, sosyal sınıf, sosyoekonomik durum ve sosyal eşitsizliğin diğer kritik boyutları arasında sağlık eşitsizliklerini ortadan kaldırmaya yönelik eylemleri etkin bir şekilde yönlendirebilecek ve bunun için yeni bilgiler sağlayabilecek potansiyele sahiptir. Sağlıkta eşitsizlik ve kesişimsellik arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için belli özelliklerin tanımlanması ve analiz edilmesi gerekmektedir (Hankivsky & Christoffersen, 2008): Birincisi, kesişimsellik, bir kategorinin diğerine göre daha önemli olduğunu varsaymaz. Sağlık eşitsizliklerinin herhangi bir belirleyiciye indirgenmesi, güç ilişkilerinin şekillenmesinde rol oynayan diğer birçok boyutu görünmez kılacaktır. Örneğin, yalnız cinsiyete gösterilen dikkat tüm kadınlara aynı şekilde davranma riskini taşımaktadır. Oysa sağlıkta ekonomi, ırk, yetenek, coğrafya, cinsellik ve diğer etkilerin cinsiyetle şekillenme ve kesişme yollarını gözden geçirmek gereklidir (Hankivsky & Christoffersen, 2008). İkincisi, kesişimsellik her zaman sağlık eşitsizliklerinde birden çok faktörün etkili olduğunu öne sürmekte ve bir dizi nedenden kaynaklanabileceği varsayımının ötesine geçmektedir. Kesişimsellik, herhangi bir dezavantaj durumunu daha iyi anlamada bir dizi farklılık eksenini göz önünde bulundurmak için kimliklerin, deneyimlerin ve sosyal konumların altındaki incelemelerin bağlamsal bir analizinin yapılmasını teşvik etmektedir (Hankivsky & Christoffersen, 2008). Üçüncüsü, kesişimsellik, farklı deneyimleri anlama çabası içinde yalnız sosyal kategorileri birbirine eklemekle kalmaz. Bunun yerine, kesişimsel paradigmanın metodolojisi, çeşitli ayrımcılık ve otorite biçimleri de dahil olmak üzere deneyimlerin çakışmasını ortaya çıkarmaya çalışır. Ancak bunu, bu ilişkilerin önceden belirlenmiş olduğunu varsaymadan yapar. Başka bir deyişle, birçok farklı ama birbirine bağımlı ve güçlendirici sosyal kimlik ve sistemin etkileşimli sonuçlarının önemini açığa çıkarmaya çalışır. İktidar eksenlerinin birbirini nasıl etkilediği ve nasıl çeşitli iktidar deneyimleri olduğu hakkında eşzamanlı olarak yeni bilgiler verir. Bununla birlikte kesişimsellik, insan sağlığı da dahil olmak üzere insan deneyimlerini etkileyen kümülatif, birbirine bağlı dinamiklerin nasıl daha iyi kavramsallaştırılacağını ortaya koyarak sağlık belirleyicilerinin baskın analizlerine meydan okumaktadır (Hankivsky & Christoffersen, 2008).

KESİŞİMSELLİK KURAMI VE HEMŞİRELİK

Kesişimsellik, hemşireyle birey arasındaki terapötik iletişim kurmayı, mesleğin kendi içerisindeki ve uygulama ortamındaki ayrıcalık ve baskı etkileşimini incelemeyi içermektedir (Van Herk et al 2011). Kesişimsellik paradigması, hemşireleri uygulamalarında yetkin durumları üzerine özellikle de farklı güçsüzlük veya ötekileştirme biçimleriyle karşılaşabilecek kadınlara bakım sağladıkları zamanlarda düşünmeye davet etmektedir. En önemlisi de hemşireler bu kişilerin yalnız farkında olmamalı, aynı zamanda sahip oldukları bakış açılarını bakımın sunulmasına entegre ederek süreçleri tanımlamaları ve kolaylaştırmaları gerekmektedir (Chulach & Gagnon, 2013). Kanada Hemşirelik Derneği'nin Etik Yönergesi'ne göre, etik uygulamaların bir parçası olarak hemşireler, cinsiyet, ırk, kültür veya cinsellikten bağımsız olarak herkese aynı şekilde davranmalıdır. Aynı şekilde Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) ve Türk Hemşireler Derneği'nin hemşirelik andında da "Yüklenmiş olduğum sorumlulukların bilincinde geliştirdiğim anlayış ve becerilerimle herhangi bir ırk, inanç, renk, siyasi veya sosyal durum ayrımı gözetmeksizin hastalarımı bakacağıma..." ifadesi yer almaktadır. Görüldüğü üzere ICN ve THD andlarında cinsiyet ifade edilmemiş olup bu açıdan Kanada'nın yönergesi özgün bir nitelik taşımaktadır. Dolayısıyla kesişimsellik kuramı hemşirelik uygulaması, yönetimi ve araştırması için iyi bir kavramsal çatı oluşturabilecektir.

Hemşirelik uygulamasında kesişimsellik, bir kişinin sağlığı ile ilgili ele alınması gereken faktörlerin değerlendirilmesinde ve elde edilmesinde onları etkileyebilecek veya sınırlandırabilecek bireysel (mikro), sosyal (mezo) ve sistem (makro) gibi güçlere odaklanarak kullanılabilir (Chulach & Gagnon, 2013). Örneğin, mülteci kadınlar toplum içinde hem yüksek sağlık gereksinimlerine hem de düşük hizmet kullanımına sahip bir grubu oluşturmaktadır. Bu özel kadın grubuna bakım sağlayan hemşireler, erişim sorunlarını ve sağlık eşitsizliklerini ele almak için kesişimsellik kuramını kullanabilirler. Bengiamin ve arkadaşları (2010), ırksal/etnik, göç ve sosyal güvence farklılıklarının doğum öncesi bakımın başlatılması ve sürdürülmesi üzerindeki etkisini incelerken kesişimsel bir çerçeve kullanmışlar ve kesişimsellik kuramının, sağlık eşitsizlikleri ve yaygın sosyal eşitlikleri ortadan kaldırmada yeni bir yol sağladığını söylemişlerdir. Rice ve arkadaşları (2018), AIDS ve AIDS'le yaşamaya ilişkin etiketlenmenin cinsiyet, sosyoekonomik durum, kültür ve cinsellik gibi bireyi marjinalleştiren boyutlarıyla nasıl kesiştiğini incelemek için kesişimselliği kullanmışlardır. Varcoe ve Dick (2008) ise Aborijin kadınların deneyimlerini araştırmış ve cinsiyet, kırsal yaşam, yoksulluk, ırkçılık ve sömürgeciliğin, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV'e yakalanma riskini artırdığını göstermişlerdir.

Hemşirelikte yöneticiliğe yönelik mevcut yaklaşımların birçoğu, çalışma ortamlarını kolaylaştırıcı bir faktör olarak güçlendirmeye odaklanmaktadır. Ancak

hiçbiri cinsiyet, ırk, sınıf, cinsellik gibi değişkenlerin hemşirelerin güçlendirme algılarını ve deneyimlerini nasıl etkileyeceğine yönelik kesişimleri yeterince ele almamışlardır. Kesişimsellik yaklaşımı, yönetici hemşirelerin gelişmesini engelleyecek her türlü yapıya ışık tutarak güçlenmelerini sağlayacak yapıya sahiptir (Aspinall et al 2019). Hemşirelerin lider olduğu kurumlarda daha güvenli sağlık hizmetleri sunulduğu kanıtlanmıştır, bu nedenle uluslararası düzeyde “tüm” hemşirelerin sağlık kuruluşlarının tüm düzeylerinde liderlik göstermesi yönünde çağrılar bulunmaktadır. Dolayısıyla, hemşirelerin klinik liderliği daha güvenli hasta bakımına yol açarken, kurumsal karar alma süreçlerine katılmalarıyla hasta deneyimleri daha iyi olmaktadır (Patrick et al 2011).

Güçlendirme, herhangi bir düzeydeki tüm hemşirelerin lider olmasını sağlayan değerli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte her hemşirenin, güçlendirme fırsatına eşit erişimi bulunmamaktadır (Aspinall et al 2019). Örneğin, ırkçılık Yeni Zelanda, Amerika, Avustralya ve Kanada'daki hemşirelerin karşılaştığı bir sorun olarak tanımlanmaktadır (Huria et al 2014). Ayrıca, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ndeki sağlık personeli arasında beyaz Amerikalılara karşı daha olumlu bir tutum sergilenmektedir. İngiltere ve Kanada gibi ülkelerde de siyah hemşire yöneticiler çeşitli ayrımcılıklara maruz kalabilmektedirler (Aspinall et al 2019). Bu duruma bir örnek olarak siyahi hemşire olan Sarah Woodbine'in ifadelerine yer verilebilir. Woodbine, okulundan başarıyla mezun olan bir hemşiredir ve İngiltere'ye göç etmek zorunda kalmıştır. Woodbine, başarılı bir öğrenci olmasına karşın karşılaştığı ırkçı önyargılar yüzünden mesleğinde zirveye ulaşamamıştır. Ancak bu durum onu yolundan yıldıramamış ve azmi sayesinde “Sorumlu hemşire” olmayı başarabilmiştir. Bir makalede Woodbine'in durumu şöyle ifade edilmektedir: “Sorumlu hemşireler, beyaz olmayan hemşirelerle ilgilenmemektedirler. Onlar, İngiliz hemşirelerin en iyisi olduğunu düşünmekte ve kendi kurumları için ellerinden gelenin en iyisini yapmanın onların görevi olduğunu söylemektedirler. Hemşire olarak beyaz olmayan kadınların ise sadece kapasitesine vurgu yapılmaktadır. Woodbine, ırkın sorumlu hemşire olabilmek için bir engel olmaması gerektiği görüşünü savunmaktadır.” (<https://www.rcn.org.uk/news-and-events/blogs/sarah-woodbines-story-racism-and-victorian-nurses>)

Bunun yanı sıra hastanelerdeki ataerkil hiyerarşi, beyaz erkeklere üst düzey liderlik sağlarken çok az sayıda hemşireye (ağırlıklı olarak kadın grubu) yönetim kurullarında görev hakkı sunmaktadır (Sundean & Polifroni, 2016). Hatta hekim ve diğerleri ayrımı yapılarak hekim olmayan sağlık çalışanları görünmez kılınmaktadır. Kesişimsellik bakış açısı hemşirelerin uğradığı ayrımcılık ve eşitsizliklerin doğasının çok yönlü olarak ortaya konmasına ve bu doğrultuda strateji geliştirilmesine olanak sağlayacaktır. Dolayısıyla mesleki dezavantajlı durumlardan kurtulma yolunda hemşireler, özgürleştirici bilmeden yararlanacaklardır. Böylece sözü geçen ataerkil ve hiyerarşik yapının, hemşirelik ve liderlik üzerine etkisi de özgür-

leştiri bilme yoluyla anlaşılacaktır (Aspinall et al 2019).

Kesişimsellik hemşirelik araştırmacılarını, bilime özgü bireysel bakış açısının ötesine geçmeye teşvik etmektedir. Araştırmalara kesişimsellik kuramını dahil etmek, araştırmacıları, olguları yalnızca kendi bakış açısından değil, başkalarının dünya görüşünden de bakmaya teşvik etmektedir. Ayrıca kesişimsel araştırmalar, sosyal kimliklerin kadınların yaşamlarını nasıl şekillendirdiği ve çeşitli düzeylerde (mikro, mezo ve makro) kadınların sağlık, hastalık ve yaşam geçişleri (hamilelik gibi) hakkındaki deneyimlerini ortaya çıkarmaya ilgilidir. Hemşirelikte kesişimsel araştırma, henüz incelenmemiş olan alanlara ışık tutma potansiyeline sahiptir (Chulach & Gagnon, 2013). Bu tür yöntemler genellikle hemşirelerin 'kültürel olarak duyarlı' bakım sağlamaları için gerekli bilgi, beceri, tutum ve davranışları kazanmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Gustafson, 2007). Kültürel olarak duyarlı bakım sunmada kesişimselliğin kullanılması, hemşirelerin uygulama, eğitim, yönetim ve araştırma alanlarında birey ve kurumlar için sağlık eşitsizlikleri açısından stratejiler oluşturmasına katkı sağlayacaktır.

Sağlık uygulamalarında kesişimselliği uygulama, araştırma ve yönetimde hayata geçirmek önemli bir yer tutmaktadır. Bunun için; (1) eşitsizlikleri aktif olarak ele alan politikalar ve prosedürler, (2) eşitsizlikleri ele almak için eylemi teşvik eden mevcut yapılar, (3) eşitsizlikleri ele alan mevcut eğitim ve mesleki gelişim fırsatları, (4) toplumun her kesimini (dil, din, ırk, etnik köken, cinsiyet vb.) temsil edecek sağlık çalışanlarının istihdam edilmesi, (5) toplumun her kesimini (dil, din, ırk, etnik köken, cinsiyet vb.) temsil edecek sağlık çalışanlarının elde tutulması gerekmektedir (Fisher-Borne et al 2015). Gustafson (2007) hemşirelerin ve özellikle beyaz hemşirelerin bu sosyal imtiyaz ve baskı söylemlerine meydan okumaları gerektiğini savunmaktadır. Bununla birlikte Gustafson (2007)'in belirttiğine göre beyaz hemşirelerin bu kazanılmamış ayrıcalığı tanımamasına veya hemşirelik uygulamasında 'normallik olarak beyazlık' yaygınlığının farkında olmasına yardımcı olan çok az kaynak bulunmaktadır. Pharris (2009), hemşirelik okullarına bilinçli olarak siyahi öğrencilerin yönlendirilmediğini, aynı zamanda lisansüstü eğitime beyaz öğrencilerin kabul edildiğini söylemiş ve yapılan ırkçılığı anlatmıştır. Pauly ve arkadaşları (2009), hemşirelik öğrencilerinin etnik azınlıklar, düşük gelirli ya da homoseksüel bireylerle karşılaşma durumlarına yönelik olarak fırsat ve engelleri daha fazla araştırmaya gereksinim olduğunu savunmaktadır. Türkiye'de artık pek çok üniversitenin çok sayıda uluslararası öğrencisi bulunmaktadır. Bu öğrenci grupları içerisinde çeşitli özellikleri nedeniyle dezavantajlı olanların araştırılmasında kesişimsellik uygun bir kavramsal çerçeve sağlayacaktır. Pek çok uluslararası öğrencinin düşük gelirli olduğu, tarım, inşaat ya da diğer sektörlerde işçi olarak çalıştıkları gözlemlerimiz arasındadır. İşçi sosyal sınıfına öğrenci ve yabancı olma eklendiğinde birçok olumsuzluğa davetiye çıkardığı söylenebilir. Hemşirelik eğitiminde de bu farklılıklar ve çeşitlilikler göz önünde bulundurulması hem eğitim ve

sağlıkta eşitsizlikleri göz önüne sermek hem de ortadan kaldırmak için bir fırsat sunacaktır.

Sonuç olarak, hemşirelik, bireysel seçimlere odaklanan davranış temelli sağlığı geliştirme modellerini kullanmak yerine, dünyamızı oluşturan iktidar söylemlerinin karşılıklı ilişkisini eleştirel olarak analiz etmelidir. Bunlar, insanların kendileri için sağlıklı seçimler yapma ve farklı popülasyonlar arasında sağlıkta eşitsizlikler yaratma yeteneğini etkileyen küreselleşme, kolonizasyon, marjinalleştirme, ırk ve cinsiyet ve sınıf etkileşimlerini içermektedir. Irkçılık, sınıfçılık, cinsiyetçilik vb. konular genellikle hemşirelikte ele alınması gereken alanlar olarak kabul edilmez; ancak öyle olması gerekmektedir. Hemşireler kesişimsellik kuramını, hemşireliğin uygulama, eğitim, yönetim gibi birçok alanında kullanabilirler. Kesişimselliğin hemşirelik bakımında kullanılması, bakımı alan bireylerin sosyal konumlarının altında yatan ve yaşamlarını nasıl etkilediğinin farkında olunmayan yapıların fark edilmesine ve bakımın bağlam dikkate alınarak gerçekçi planlanmasına katkıda bulunacaktır.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir maddi yardım alınmamış olup herhangi bir kişi veya kurum ile ilgili çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazar Katkısı

Fikir/kavram: ÖK; Tasarım: CKB, ÖK; Denetleme: ÖK; Litaretür taraması: CKB; Makale yazımı: CKB, ÖK; Eleştirel inceleme: ÖK.

KAYNAKLAR

- Akpınar, B. (2019). Farklı Teoriler Çerçevesinde Eş Seçimi Ve Evlilik Uyumu Konularının İncelenmesi. *Çizgi Kitabevi*, 164-172.
- Aspinall, C., Jacobs, S., & Frey, R. (2019). Intersectionality and Critical Realism: A Philosophical Framework for Advancing Nursing Leadership. *Advances in Nursing Science*, 42(4), 289-296.
- Atewologun, D. Intersectionality Theory and Practice. *Oxford Research Encyclopedia of Business and Management*. Retrieved 24 May. 2021, from <https://oxfordre.com/business/view/10.1093/acrefore/9780190224851.001.0001/acrefore-9780190224851-e-48>.
- Avcı, I. A., Cavusoglu, F., Aydın, M., & Altay, B. (2018). Attitude and practice of family planning methods among Roma women living in northern Turkey. *International journal of nursing sciences*, 5(1), 33-38.
- Bengiamin, M. I., Capitman, J. A., & Ruwe, M. B. (2010). Disparities in initiation and adherence to prenatal care: impact of insurance, race-ethnicity and nativity. *Maternal and Child Health Journal*, 14(4), 618-624.
- Berber, Ş. (2003). Modern Bir Olgu Olarak Sosyal Sınıflar. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (9), 223-232.

- Bilge, S. (2010). Recent feminist outlooks on intersectionality. *Diogenes*, 57(1), 58-72.
- Block, D., & Corona, V. (2014). Exploring class-based intersectionality. *Language, Culture and Curriculum*, 27(1), 27-42.
- Blom, N., Huijts, T., & Kraaykamp, G. (2016). Ethnic health inequalities in Europe. The moderating and amplifying role of healthcare system characteristics. *Social science & medicine*, 158, 43-51.
- Brancati, F. L., Kao, W. L., Folsom, A. R., Watson, R. L., & Szklo, M. (2000). Incident type 2 diabetes mellitus in African American and white adults: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Jama*, 283(17), 2253-2259.
- Carbado, D. W., Crenshaw, K. W., Mays, V. M., & Tomlinson, B. (2013). Intersectionality: Mapping the movements of a theory. *Du Bois review: social science research on race*, 10(2), 303-312.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual review of public health*, 36, 375-392.
- Chulach, T., & Gagnon, M. (2013). Rethinking the experience of HIV-positive refugee women in the context of pregnancy: Using an intersectional approach in nursing. *Research and theory for nursing practice*, 27(4), 240-256.
- Chun, J. J., Lipsitz, G., & Shin, Y. (2013). Intersectionality as a social movement strategy: Asian immigrant women advocates. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 38(4), 917-940.
- Clarke, A. Y., & McCall, L. (2013). Intersectionality and social explanation in social science research. *Du Bois review: social science research on race*, 10(2), 349-363.
- Collins, P. H. (2002). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. routledge. New York: Taylor&Francis e-Library.
- Crenshaw, K. (2011). "Demarginalising the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Anti-discrimination Doctrine, Feminist Theory, and Anti-racist Politics", 25-42.
- De Los Reyes, P. (2017). Working life inequalities: do we need intersectionality?. *Society, Health & Vulnerability*, 8(sup1), 1332858.
- Donovan, J. *Feminist Teori*, Bora Aksu (çev.), İletişim Yayınları, İstanbul 2014.
- Dursun, A. (2015). Türkiye Türkçesi Atasözlerinde Sözlü Hukuk. *Journal of International Social Research*, 8(38), 151-160.
- Fisher-Borne, M., Cain, J. M., & Martin, S. L. (2015). From mastery to accountability: Cultural humility as an alternative to cultural competence. *Social Work Education*, 34(2), 165-181.
- Flippen, C. A. (2014). Intersectionality at work: Determinants of labor supply among immigrant Latinas. *Gender & Society*, 28(3), 404-434.
- Gkiouleka, A., Huijts, T., Beckfield, J., & Bamba, C. (2018). Understanding the micro and macro politics of health: Inequalities, intersectionality & institutions-A research agenda. *Social Science & Medicine*, 200, 92-98.
- Gustafson, D. L. (2007). White on whiteness: Becoming radicalized about race. *Nursing Inquiry*, 14(2), 153-161.
- Güneş, F. (2017). Feminist Kuramda Ataerki Tartışmaları Üzerine Eleştirel Bir İnceleme. *Firat University Journal of Social Sciences/Sosyal Bilimler Dergisi*, 27(2), 245-256.

- Hankivsky, O. (2012). Women's health, men's health, and gender and health: Implications of intersectionality. *Social science & medicine*, 74(11), 1712-1720.
- Hankivsky, O., & Christoffersen, A. (2008). Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health*, 18(3), 271-283.
- Hankivsky, O., Doyal, L., Einstein, G., Kelly, U., Shim, J., Weber, L., & Repta, R. (2017). The odd couple: using biomedical and intersectional approaches to address health inequities. *Global Health Action*, 10(sup2), 1326686.
- Hernández, P., & McDowell, T. (2010). Intersectionality, power, and relational safety in context: Key concepts in clinical supervision. *Training and Education in Professional Psychology*, 4(1), 29.
- Hooks, B. (2000). *Where we stand: Class matters*. New York: Taylor&Francis.
- Huijts, T., & Kraaykamp, G. (2012). Immigrants' health in Europe: a cross-classified multilevel approach to examine origin country, destination country, and community effects. *International Migration Review*, 46(1), 101-137.
- Huria, T., Cuddy, J., Lacey, C., & Pitama, S. (2014). Working with racism: a qualitative study of the perspectives of Maori (indigenous peoples of Aotearoa New Zealand) registered nurses on a global phenomenon. *Journal of Transcultural Nursing*, 25(4), 364-372.
- <https://eca.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/the-impact-of-covid19-on-women-and-men-rapid-gender-assessment-of-covid19-implications-in-turkey>, erişim tarihi: 01.07.2020
- <https://www.rcn.org.uk/news-and-events/blogs/sarah-woodbines-story-racism-and-victorian-nurses>, erişim tarihi: 06.05.2021
- İnce, M. (2017). Toplumsal Tabakalaşma ve Eşitsizlik. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 294.
- Janevic, T., Jankovic, J., & Bradley, E. (2012). Socioeconomic position, gender, and inequalities in self-rated health between Roma and non-Roma in Serbia. *International Journal of Public Health*, 57(1), 49-55.
- Kapilashrami, A., Hill, S., & Meer, N. (2015). What can health inequalities researchers learn from an intersectionality perspective? Understanding social dynamics with an inter-categorical approach?. *Social Theory & Health*, 13(3-4), 288-307.
- Kapilashrami, A., Hill, S., & Meer, N. (2015). What can health inequalities researchers learn from an intersectionality perspective? Understanding social dynamics with an inter-categorical approach?. *Social Theory & Health*, 13(3-4), 288-307.
- Kartal, F. (2016). Kadınların Yurttaşlığı ve Feminist Kuram. *Amme İdaresi Dergisi*, 49(3), 59-87.
- Kelly, U. A. (2009). Integrating intersectionality and biomedicine in health disparities research. *Advances in Nursing Science*, 32(2), 42-56.
- Kılıç, Y. (2014). Türkiye'de eğitimsel eşitsizlik ve toplumsal tabakalaşma ilişkisine dair ampirik bir çalışma. *Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 243-263.
- Kim, J., Ashing-Giwa, K. T., Kagawa-Singer, & Tejero, J. S. (2006). Breast Cancer Among Asian Americans: Is Acculturation Related to Health-Related Quality of Life? *Oncology Nursing Forum*, 33(6), 90-99.
- King, K. M., LeBlanc, P., Carr, W., & Quan, H. (2007). Chinese immigrants' management of their cardiovascular

- disease risk. *Western journal of nursing research*, 29(7), 804-826.
- Kings, A. E. (2017). Intersectionality and the changing face of ecofeminism. *Ethics and the Environment*, 22(1), 63-87.
- Kocabaş, A. (2020). COVID-19 Pandemisi ve Sağlığın Sosyal Bileşenleri, Türk Toraks Derneği COVID-19 E-Kitapları Serisi.
- Kohli, A. (2015). Forced and underage marriages in New Zealand: Some reflections on public and private patriarchy and intersectionality, 1(7), 58-70.
- Kossman, S. P. (2009). The power of nurse educators: Welcoming and unwelcoming behaviors. *Transforming nursing education: The culturally inclusive environment*, 27-60.
- Körük, S. (2019). Eşimizi Nasıl Seçeriz? Eş Seçimi Üzerine Bir Derleme. Tam Metin Kitabı Full Text Book.
- Lim HJ. (2018) Intersectionality and Storytelling in the Context of East Asian Mothers. In: *East Asian Mothers in Britain. Palgrave Macmillan Studies in Family and Intimate Life*. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-75635-6_3
- McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., & Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172, 22-30.
- Meçik, O., & Aytun, U. (2020). COVID-19 Döneminde Eşitsizlikler: Çalışma İçerikleri ve Ücretler. *Genel-İş Emek Araştırma Dergisi*, 11(18), 1-26.
- Merkin, S. S., Stevenson, L., & Powe, N. (2002). Geographic socioeconomic status, race, and advanced-stage breast cancer in New York City. *American journal of public health*, 92(1), 64-70.
- Meyer, W., Costenbader, E. C., Zule, W. A., Otiaashvili, D., & Kirtadze, I. (2010). 'We are ordinary men': MSM identity categories in Tbilisi, Georgia. *Culture, health & sexuality*, 12(8), 955-971.
- Mink, M. D., Lindley, L. L., & Weinstein, A. A. (2014). Stress, stigma, and sexual minority status: The intersectional ecology model of LGBTQ health. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 26(4), 502-521.
- Nixon, J., & Humphreys, C. (2010). Marshalling the evidence: Using intersectionality in the domestic violence frame. *Social politics*, 17(2), 137-158.
- Ostlin, P., George, A. and Sen, G. (2001) Gender, health, and equity: The intersections. In: T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya, M. Wirth and M. Whitehead (eds.) *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press, Ch 13, 174-189.
- Overstreet, N. M., Rosenthal, L., & Case, K. A. (2020). Intersectionality as a radical framework for transforming our disciplines, social issues, and the world. *Journal of Social Issues*, 76:779-795.
- Patil, V. (2013). From patriarchy to intersectionality: A transnational feminist assessment of how far we've really come. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 38(4), 847-867.
- Patrick, A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Finegan, J. (2011). Developing and testing a new measure of staff nurse clinical leadership: the clinical leadership survey. *Journal of Nursing Management*, 19(4), 449-460.
- Pauly, B. M., MacKinnon, K., & Varcoe, C. (2009). Revisiting "who gets care?": Health equity as an arena for nursing action. *Advances in Nursing Science*, 32(2), 118-127.

- Pharris, M. D., & Boshier, S. D. (Eds.). (2008). *Transforming nursing education: The culturally inclusive environment*. Springer Publishing Company.
- Quan, H., Fong, A., De Coster, C., Wang, J., Musto, R., Noseworthy, T. W., & Ghali, W. A. (2006). Variation in health services utilization among ethnic populations. *Cmaj*, 174(6), 787-791.
- Racine, L. (2003). Implementing a postcolonial feminist perspective in nursing research related to non Western populations. *Nursing Inquiry*, 10(2), 91-102.
- Rice, W. S., Logie, C. H., Napoles, T. M., Walcott, M., Batchelder, A. W., Kempf, M. C., ... & Turan, J. M. (2018). Perceptions of intersectional stigma among diverse women living with HIV in the United States. *Social science & medicine*, 208, 9-17.
- Roberts, D., & Jesudason, S. (2013). Movement intersectionality: The case of race, gender, disability, and genetic technologies. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, 10(2), 313-328.
- Rogers, J., & Kelly, U. A. (2011). Feminist intersectionality: Bringing social justice to health disparities research. *Nursing Ethics*, 18(3), 397-407.
- Shi, S., Qin, M., Shen, B., Cai, Y., Liu, T., Yang, F., ... & Huang, C. (2020). Association of cardiac injury with mortality in hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA cardiology*, 5(7), 802-810.
- Smith, K. E., Bamba, C., & Hill, S. E. (Eds.). (2016). *Health inequalities: Critical perspectives*. Oxford University Press.96-97.
- Sunar, L. (2018). *Sosyal Tabakalaşma-Kavramlar, Kuramlar ve Temel Meseleler*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Sundean, L. J., & Polifroni, E. C. (2016). A feminist framework for nurses on boards. *Journal of Professional Nursing*, 32(6), 396-400.
- Sy, K. T. L., Martinez, M. E., Rader, B., & White, L. F. (2020). Socioeconomic disparities in subway use and COVID-19 outcomes in New York City. <https://doi.org/10.1101/2020.05.28.20115949>.
- Van Herk, K. A., Smith, D., & Andrew, C. (2011). Examining our privileges and oppressions: incorporating an intersectionality paradigm into nursing. *Nursing inquiry*, 18(1), 29-39.
- Varcoe, C., & Dick, S. (2008). The intersecting risks of violence and HIV for rural Aboriginal women in a neo-colonial Canadian context. *International Journal of Indigenous Health*, 4(1), 42-52.
- Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y., & Abdulrahim, S. (2012). More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Social science & medicine*, 75(12), 2099-2106.
- Wagaman, M. A. (2014). Understanding service experiences of LGBTQ young people through an intersectional lens. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 26(1), 111-145.
- Walby, S., Armstrong, J., & Strid, S. (2012). Intersectionality: Multiple inequalities in social theory. *Sociology*, 46(2), 224-240.
- Weber, L. (2006). *Reconstructing the landscape of health disparities research: Promoting dialogue and collaboration between feminist intersectional and biomedical paradigms. Gender, race, class, and health. Intersectional approaches*. San Francisco: Jossey-Bass, 21-59.
- Weber, L., & Fore, M. E. (2007). Race, ethnicity, and health: An intersectional approach. In *Handbooks of the sociology of racial and ethnic relations* (pp. 191-218). Springer, Boston, MA.

Yancy, C. W. (2020). COVID-19 and African Americans. *Jama*, 323(19), 1891-1892.

Zhong, B. L., Luo, W., Li, H. M., Zhang, Q. Q., Liu, X. G., Li, W. T., & Li, Y. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1745.

