



**TÜRKİYE'DE YAŞAYAN KADIN GENİTAL
MUTILASYONA MARUZ KALMIŞ SOMALİLİ
KADINLARIN YAŞAM, SAĞLIK VE OBSTETRİK
SORUNLARINA EBELİK PERSPEKTİFİNDEN
BAKIŞ**

**2023
YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK**

Hawa Hussein AHMED

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Namık BİLİCİ**

**TÜRKİYE'DE YAŞAYAN KADIN GENİTAL MUTİLASYONA MARUZ
KALMIŞ SOMALİLİ KADINLARIN YAŞAM, SAĞLIK VE OBSTETRİK
SORUNLARINA EBELİK PERSPEKTİFİNDEN BAKIŞ**

Hawa Hussein AHMED

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Namık BİLİCİ**

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalında
Yüksek Lisans Tezi
Olarak Hazırlanmıştır**

**KARABÜK
Mayıs 2023**

Hawa Hussein AHMED tarafından hazırlanan “TÜRKİYE'DE YAŞAYAN KADIN GENITAL MUTILASYONA MARUZ KALMIŞ SOMALİLİ KADINLARIN YAŞAM, SAĞLIK VE OBSTETRİK SORUNLARINA EBELİK PERSPEKTİFİNDEN BAKIŞ“ başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Namık BİLİCİ

.....

Tez Danışmanı, Ebelik Anabilim Dalı

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Ebelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Namık BİLİCİ (KBÜ)

.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz ALTUNER (KBÜ)

.....

Üye : Prof. Dr. Emine YILMAZ CAN (BEÜN)

.....

KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Müslüm KUZU

.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

“Bu tezdeki tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak elde edildiğini ve sunulduğunu; ayrıca bu kuralların ve ilkelerin gerektirdiği şekilde, bu çalışmadan kaynaklanmayan bütün atıfları yaptığımı beyan ederim.”

Hawa Hussein AHMED

ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

TÜRKİYE'DE YAŞAYAN KADIN GENİTAL MUTILASYONA MARUZ KALMIŞ SOMALİLİ KADINLARIN YAŞAM, SAĞLIK VE OBSTETRİK SORUNLARINA EBELİK PERSPEKTİFİNDEN BAKIŞ

Hawa Hussein AHMED

Karabük Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Namık BİLİCİ

Mayıs 2023, 151 sayfa

Kadın sünneti Afrika kıtasında çok yaygın olmakla beraber Ortadoğu ve Uzakdoğu başta olmak üzere birçok ülkede 200 milyondan daha fazla kadına uygulanan bir dünya gerçeğidir. Dünyada değişik ülkelerde çok farklı şekillerde yapılmaktadır. Kadın cinsel organında anatomik doku kaybı meydana getirildiği için ömür boyu fizyolojik, psikiyatrik ve obstetrik sorunlar kaçınılmaz olmaktadır.

Bu çalışmada Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların ne miktarda mutilasyona uğradıkları, obstetrik açıdan sorunları ile davranış ve tutumları incelenmiştir. Bunun için; Karabük ili araştırmanın merkezi olmak üzere toplam 15 ilde 190 Somalili kadının durumu ortaya konulmuştur. Kadın sünneti birçok parametre açısından karşılaştırılarak araştırılmış ve istatistiki olarak Chi-square testleri ile Sürekli nicel yapıdaki değişkenler normalite testlerinde değerlendirilmiştir. Bu amaçla

Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk sonucuna bakılarak, veriler parametrik ya da non-parametrik testler ile ortaya konulmuştur. Türkiye'de yaşayan Somali'li kadınların mutilasyona uğrama bakımından dünya ortalamasının çok az altında olsa da hemen tamamının sünnet olduğu tespit edilmiştir. Sünnetin ekonomik durum, eğitim, kültürel gelenekler ve aile yapısı ile yakından ilgili olduğu ortaya konulmuştur ($p<0,05$).

Mutilasyona maruz kalmanın birçok obstetrik ve psikiyatrik sorunlara neden olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların kendi kız çocuklarını sünnet ettirme konusunda tutumları eğitim düzeyi, hane halkı geliri, bilinç ve iletişim imkanlar arttıkça sünnete ilişkin tutumlarında da ciddi değişimlerin olduğu ortaya konulmuştur.

Anahtar Sözcükler : Genital Mutilasyon, Somalili Kadınlar, Obstetrik, Ebelik, Sağlık, Yaşam

Bilim Kodu : 10104.01

ABSTRACT

M. Sc. Thesis

A MIDWIFERY PERSPECTIVE ON LIFE, HEALTH AND OBSTETRICAL PROBLEMS OF SOMALI WOMEN LIVING IN TURKEY THOSE WHO EXPOSED TO FEMALE GENITAL MUTILATION

Hawa Hussein AHMED

**Karabuk University
Institute of Graduate Programs
Department of Midwifery**

Thesis Advisor:

Assist. Prof. Dr. Namık BİLİCİ

May 2023, 151 pages

Although female genital mutilation is very common in Africa, it is a worldwide fact that it is practiced by more than 200 million women in many countries, especially in the Middle and Far East. It is performed in different ways in different countries around the world. Lifelong physiological, psychiatric, and obstetric problems are inevitable due to anatomical tissue loss in the female genitalia.

In this study, the extent of mutilation of Somali women living in Turkey, their obstetric problems, and their behaviors and attitudes were investigated. For this purpose, the situation of 190 Somali women in 15 provinces, of which Karabuk is the center of the study, was investigated. Female genital mutilation was examined using numerous parameters, and statistically, chi-square tests and continuous quantitative variables were evaluated in normality tests. For this purpose, data were presented considering

Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk results with parametric or non-parametric tests. It was found that almost all Somali women living in Turkey are circumcised, although they are slightly below the global average in terms of mutilation. Circumcision was found to be closely related to economic situation, education, cultural traditions, and family structure ($p < 0.05$).

It was found that mutilation leads to numerous obstetric and psychiatric problems. It was found that the attitudes of Somali women living in Turkey towards the circumcision of their daughters changed significantly with increasing levels of education, household income, awareness and communication opportunities.

Key Word : Genital Mutilation, Somali Woman, Obstetrics, Midwife, Health, Life
Science Code : 10104.01

TEŞEKKÜR

Herşeyden önce bana okumayı nasip eden yüce Allaha hamdi olsun. Bu çalışmayı yürütürken benimle değerli bilgilerini paylaşmış, tez konusu seçerken benim isteklerime önemseyerek kaynak seçiminde yardımcı olan, her danıştığım da değerli vaktinden tasarruf etmiş ve bana yardımcı olmak için elinden gelenin en iyisini sabırla ve büyük bir ilgiyle yapıp herhangi bir sorun olduğunda tereddüt etmeden kendilerine ulaşabildiğim, değerli bilgilerine ve samimiyetinden beni hiçbir zaman esirgemeyen saygıdeğer danışman hocama Dr. Öğr. Üyesi Namık BİLİCİ'ye sonsuz teşekkür eder, şükranlarımı sunarım. Ayrıca hocamın bana verdiği değerli bilgiler gelecekteki meslek hayatımda etkin ve yatkın bir şekilde yapmama yardımcı olacağına inanıyorum bundan da değerli hocama teşekkür ederim. Ayrıca çalışmamızda istatistik kısmı yardımcı olan değerli hocam Ahmet MUSMUL teşekkür ederim.

Bana büyüttüen sevgili ailem, annem Adeda Bare, babam Hussein Ahmed, abilerim, ablalarım ve beni okuttan ikinci annem (halam) Dahabo Ahmed'e şükranlarıma sunarım. Ayrıca hayatımda ve bu çalışma boyunca bana her zaman madi ve manavi her konuda destekleyen sevgili eşime Mohamed I. ABDULLAHI ve kızım Bilan'a teşekkür ederim. Son olarak bana okuma fırsatı veren Türkiye Cumhuriyeti ve misafirperver Türk halkına teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL.....	ii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
İÇİNDEKİLER	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xvi
BÖLÜM 1	1
GİRİŞ	1
1.1. TANIM VE ÖNEMİ	2
1.2. AMAÇ.....	7
BÖLÜM 2	9
GENEL BİLGİLER	9
2.1. KGM'NUN EPİDEMİYOLOJİSİ.....	9
2.2. KGM'NUN TARİHÇESİ.....	17
2.3. KGM'NUN TERMİNOLOJİSİ.....	24
2.4. KGM UYGULAMA NEDENLERİ.....	25
2.3.1. Dini İnançlar.....	27
2.4.2. Kültürel Devamlılığı.....	28
2.4.3. Gerçek Olmayan İnanışlar	28
2.4.4. Sosyo-Ekonomik Durum	29
2.4.5. Psikoseksüel Durum	29
2.5. KGM TİPLERİ.....	30
2.6. KGM'NİN TIBBİLEŞTİRİLMESİ.....	33
2.7. KADIN EKSTERNAL GENİTAL ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ.....	34
2.7.1. Kadın Eksternal Genital Organların Innervasyonu	37

	<u>Sayfa</u>
2.7.2. Kadın External Genital Organların Kan Dolaşımı.....	38
2.7.3. Kadın External Genital Organların Fizyolojisi.....	39
2.7.4. Kadın Eksternal Genital Organların KGM'na bağlı Cerrahi Uygulamalar	40
2.7.4. 1. Klitoral Rekonstrüksiyon	40
2.7.4.2. Epizyotomi	40
2.7.4.5. Deinfilyasyon	41
2.8. KGM'NİN SAĞLIK ÜZERİNDEKİ RİSKLERİ	42
2.8.1. Kısa Vadeli Komplikasyonları	44
2.8.2. Uzun Vadeli Komplikasyonları	45
2.8.3. Jinekolojik Sorunlar	45
2.8.4. Enfeksiyon	45
2.8.5. Genital Organ Anormallikleri	46
2.8.6. Anormal Yara İzleri	47
2.8.7. Menstruasyon ile İlgili Sorunlar	48
2.8.8. Üriner Semptomlar	48
2.8.9. Obstetrik Sorunlar	48
2.8.10. Psikolojik Sorunlar	49
2.8.11. Cinsel İlişki ile İlgili Sorunlar	50
BÖLÜM 3	51
SOMALİ'NİN TARİHSEL ARKA PLANI.....	51
3.1. SOMALİ COĞRAFİ KONUMU	51
3.2. TOPLUMSAL YAPISI (DEMOGRAFİ YAPISI) VE SAVAŞ	52
3.3. İKTİSADİ VE GELİŞME DURUMU	54
3.4. SOMALİDE SAĞLIK DURUMU VE SUNUMU	56
3.5. SOMALİ'DE KADIN GENİTAL MUTILASYON (KGM) DURUMU.....	58
BÖLÜM 4	65
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	65
4.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	65
4.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ	65
4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	66
4.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	66

	<u>Sayfa</u>
4.5. VERİLERİN TOPLANMA YÖNTEMİ	66
4.6. VERİLERİN ANALİZ VE DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER	67
4.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	68
4.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	68
BÖLÜM 5	69
BULGULAR	69
BÖLÜM 5	114
TARTIŞMA	114
BÖLÜM 6	124
SONUÇ VE ÖNERİ	124
KAYNAKÇA	125
EK AÇIKLAMALAR A. ANKET FORMU	136
ÖZGEÇMİŞ	151

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1.1. 15-49 yaş aralığında Afrika'da FGM prevalansı haritası.	3
Şekil 2.1. 29 ülkenin çoğunda KGM, ergenler arasında daha az yaygındır. 45 ile 49yaş arası kadınların yüzdesi, orta yaşlı kadınların kızlardan daha fazla KGM maruz kalmışlardır	11
Şekil 2.2. Kadın Genital Mutilasyon uygulamsının ortaya çıkışı.....	20
Şekil 2.3. KGM Nedenleri.....	27
Şekil 2.4. KGM tipleri. Kaynak: https://www.fgmeducation.com/what-is-fgm-3/	32
Şekil 2.5. Kadın External genital Sinirsel Dağılımı.....	38
Şekil 2.6. (ABC) A. Frenüler kist.....	63
Şekil 2.7. B. Klitoral güdük kisti.....	47
Şekil 2.8. C. Glansüler kist.....	47
Şekil 3.1. Tüm Somali Bölgelerin Kadın Genital Mutilasyon 2020 Prevalansı,.....	59
Şekil 4.1. Katılımcıların yaş aralığı durumu	69
Şekil 4.2. Katılımcıların eşlerin yaş durumu	70
Şekil 4.3. Katılımcıların eğitim durumları	70
Şekil 4.4. Katılımcıların eşlerin eğitim düzeyleri.....	71
Şekil 4.5. Katılımcıların meslek ve iş durumu	72
Şekil 4.6. Katılımcıların eşlerine meslek durumu	72
Şekil 4.7. Katılımcıların aile tipleri	73
Şekil 4.9. Katılımcıların aylık gelir miktarı	74
Şekil 4.11. Katılımcıların Somali'de doğum yerleri	75
Şekil 4.12. Katılımcıların oturduğu evin mülkiyeti	75
Şekil 4.14. Katılanların ilk evlilik yaşları	78
Şekil 4.15. Katılımcıların gebe kalma yaş araları	79
Şekil 4.16. Katılımcıların gebe kalma durumu	79
Şekil 4.17. Katılımcıların kaç kare gebe kaldıkları durumu	80
Şekil 4.18. Katılımcıların ölü bebeklerin olma durumu.....	80
Şekil 4.19. Katılımcıların düşük yapma durumu	81
Şekil 4.20. Katılımcıların kaç defa düşük yaptıkları durumu	82
Şekil 4.21. Katılımcıların kürtaj yapma durumu.....	82

Şekil 4.22. Katılımcının çocuk sahibi olma durumu.....	83
Şekil 4.23. Katılımcıların şu anda kaç tane çocuğu olduğunu	83
Şekil 4.24. Katılımcıların ilk doğum şekli	84
Şekil 4.25. Katılımcıların kız çocuk sahibi olma durumu.....	84
Şekil 4.26. Katılımcıların kaç tane kız çocuğu olduğunu	85
Şekil 4.27. Katılımcıların KGM den haberdar olma durumu.....	87
Şekil 4.28. Katılımcıların KGM hakkında bilgi sahibi olma durumu.....	87
Şekil 4.29. Katılanların KGM uygulaması geçirme durumu	88
Şekil 4.31. Katılımcıların uygulamadan geçirdiği yaşlar arası	89
Şekil 4.32. Katılımcıların uygulamayı kime yaptığı	90
Şekil 4.33. Katılımcıların uygulamaya nerede maruz kaldığı	91
Şekil 4.34. Katılanların hangi tip KGM'ye maruz kaldıklarını	91
Şekil 4.35. Uygulama anında anestezi kullanma durumu	92
Şekil 4.36. Katılımcıların uygulamadan sonra ayaklarda bağlanma durumu	93
Şekil 4.37. KGM'den sonra ilk âdet kanamasında ağrı durumu	94
Şekil 4.38. KGM uygulamasından sonra ilk cinsel deneyim ağrı durumu	94
Şekil 4.39. KGM uygulamasından sonra normal doğum yapma durumu.....	95
Şekil 4.40. Uygulamadan sonra doğumda kesi uygulanma durumu.....	96
Şekil 4.41. Uygulamadan sonra doğumda ölen bebeğin olma durumu.....	96
Şekil 4.42. Katılımcıların KGM uygulaması doğru görme durumu	98
Şekil 4.43. Katılımcıların KGM kızlara yapılması olumlu bakma durumu ya da kızı olursa uygulamayı yapma durumu	99
Şekil 4.44. Katılımcıların KGM uygulamasının neden yapıldığı düşünce durumu. 100	
Şekil 4.45. KGM aile üzerinde olumsuz etkileri olduğu düşünce durumu	101
Şekil 4.46. Katılımcıların uygulamanın olumsuz etkilerinin neler olduğu	102
Şekil 4.47. KGM kadın cinsel doyumu etkilenme durumu.....	103
Şekil 4.48. KGM'nun kadının cinsel doyumu nasıl etkilediği durumu	104
Şekil 4.49. Katılımcıların erkek olsalar KGM olmamış kızla evlenme durumu.....	104
Şekil 4. 50. Katılımcıların uygulamayı son verilmeyi destek verme durumu.....	105
Şekil 4.51. Katılımcıların Türkiye'ye geldikten sonra uygulama hakkında fikirlerinin değişme durumu	106
Şekil 4.52. Katılımcıların eşlerinin uygulama hakkındaki fikri.....	106
Şekil 4.53. Katılımcıların KGM bir şiddet olarak algılanma durumu.....	107
Şekil 4.54. Katılanların uygulama bekarette koruduğu inanma durumu	108

Sayfa

Şekil 4.55. Katılanların KGM uygulamsını dini bir vecibe olarak görme durumu..	108
Şekil 4.56. Katılımcıların daha önce uygulama ile ilgili bir eğitim alma durumu...	109
Şekil 4.57. Katılımcıların uygulamaya son vermek için toplum içinde kimleri dinleyebileceği.....	110
Şekil 4.58. Katılanlar DSÖ'nun bu uygulamadaki fikirlerine katıp katılmama durumu.....	111
Şekil 4.59. Uygulamanın kanunlardaki yeri.....	111

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 2.1. Anket Verileri Mevcut Ülkelerde KGM Maruz Kalan Kadınların Sayısına İlişkin 1997 Yılı Tahminleri,.....	15
Çizelge 2.2. Somalili 15-49 Yaş Arası Kızlar Ve Kadınlar Arasında, İkamet Ve Servet Yüzdeleri Dilime Göre Kadın Sünneti Yaygınlığı	16
Çizelge 2.3. KGM Tipleri	30
Çizelge 3.1. KGM Tiplerin yüzdeleri	61
Çizelge 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikler.....	76
Çizelge 4.2. Katılımcıların Doğurganlık Özellikleri	86
Çizelge 4.3. Katılımcıların KGM deneyimleri.....	97
Çizelge 4.4. Katılımcıların KGM Uygulaması Tutumları	112

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FGC	: female genital cutting
UNİCEF	: United Nations Children's Fund
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
KGM	: Kadın Genital mutilasyon (sakatlama)
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HSV	: Herpes Simpleks Virüs
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
SHDS	: Somali Sağlık Demografik Araştırması
SOWDA	: Somali Women's Democratic Association
SPSS	: Statistics Package for Social Sciences
TİKA	: Türk İş birliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı
TL	: Türk Lirası
BM	: Birleşmiş Milletler
UNFPA	: United Nations Population Fund(Dünya Nüfus Formu)
PESS	: Population estimation surveys
MICS	: Multiple Indicator Cluster Surveys
MCH	: Maternal and child health
TBA	: Traditional Birth Attendants (geleneksel doğumcular)

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Mutilasyon; tıbbi açıdan hiçbir faydası olmayan, gereksiz bir uygulama olarak bilinmesine rağmen dünya üzerindeki bir kısım coğrafyada kız çocuklarına ve kadına yönelik uygulanan cinsel organın yaralanması, kesilmesi, delinmesi veya başkaca herhangi bir yöntem ile zarar verilmesi prosedürü olarak bilinir. Her yıl dünya çapında 3 ile 4 milyon kız çocuğu bu ilkel zulüm ve işkenceye maruz kalır. Son 50 yıldır nispeten azalmış ve günümüzde iletişim imkânlarının artmasıyla hızla düşüş trendine yönelen bu uygulama maalesef hala devam etmekte olan temel insan haklarının aleni bir ihlalidir. Kadınlara yönelik horlanma, küçük görülme ve şiddetin toplumsal olarak yerleşik bir vaka olduğu toplumlarda, derindeki kökleri sökülememiş bir sosyodramdır. Bu uygulamanın arkasında kadınlığa geçiş, mitsel ritüeller, cinselliğin bastırılması, toplumun ataerkil töreleri, namus kavramı, inanç gereksinimi ve toplumsal mahalle baskısı yer alır. Hiçbir tanrısal dinde yeri olmayan iğrenç uygulama milattan önce 5 binli yıllardan beri yapıla gelmektedir. Ne hazindir ki dünya çapında 30'dan fazla ülkede 200 milyondan çok kız çocuğu ve kadın bu uygulamaya maruz bırakılmıştır. 2030 yılına kadar ortadan kaldırılması planlanıyor ise de kendi coğrafyasında sosyodemografik yapılara eğitim ve iletişim imkânları ile ikna edilerek vazgeçirilmesi mümkün olmazsa daha büyük felaketlere yol açabilir.

Bu uygulama Somali'nin de bir gerçeğidir. Uygulamanın olduğu diğer ülkeler gibi ekonomik, toplumsal ve idari olarak sorunları devam eden ülkelerde göç yaygındır. Bu tez Somali'den Türkiye'ye farklı nedenlerle göç eden Somalili kadınlarda bu mutilasyonun ne kadar sıklıkta görüldüğünü tesbit etmek için ebelik perspektifinden bir bakışını sunmaktadır. Bu çalışma ulaşılan sayı ve konu kapsamı bakımından ilk ve geniş kapsamlı bir çalışmadır.

1.1. TANIM VE ÖNEMİ

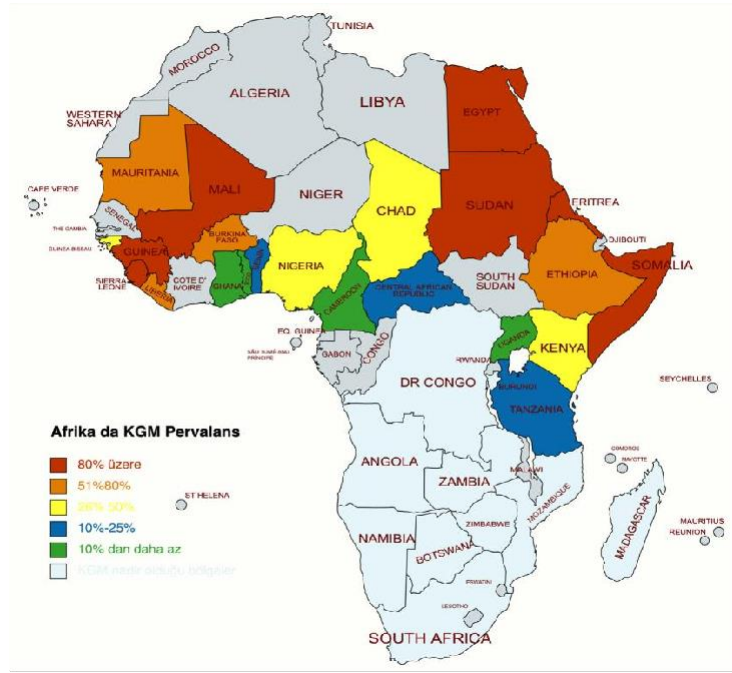
Kadın Genital Mutilasyonu (KGM), female circumcision (FC), Kadın Sünneti, female genital cutting (FGC) Genital Kesimi veya Kadın Genital Sakatlaması olarak da bilinen KGM tıbbi olmayan nedenlerle kadın dış genital organının kısmen ya da tamamen çıkarılmasını veya kadının genital organlarına başka bir şekilde zarar verilmesini içeren bütün uygulamalar olarak tanımlanır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) KGM için ‘‘Kadın sünnetinin sağlığa hiçbir faydası yoktur ve işlemin yapılması için tıbbi hiçbir sebep yoktur’’. Birleşmiş Milletler (BM) kurumları ile DSÖ Kadın genital mutilasyonunu zararlı, hak ihlali ve kasten yaralama içerikli bir uygulama olarak tanımlanmaktadır (DSÖ,2014). Küçük yaşta kızların uygulamaya maruz bırakılması, çocuk haklarına karşı işlenmiş bir suç olarak tanımlanırken aynı zamanda kadın hakları ihlali olarak da kabul edilir. KGM ayrıca bir cinsiyet eşitsizliği eylemi olarak da tanımlanmaktadır. Bugün 21. asırda modern dünyada insanlığı yüreğini kanatan kirli bir jilettir.

Adette köklü ve kültürel bir uygulama olarak yıllardır devam eden kadın genital mutilasyon zaman içerisindeki değişimini ölçmek oldukça güçtür. Kırsal kesimlerde sert bir uygulama olarak sürdürülen bu kötü gelenek için bütün verilerin elde olması mümkün değildir. Elde edilen veriler tarih süreci içerisinde netleşmekle beraber olayın gizli tutulması, aile içi bir uygulama olması, efsanelere, mitlere ve inançlara dayalı olması utanç ve namus kavramları ile eşdeğer görülmesinden dolayı % 100 değerlendiriliyor olması mümkün görünmemektedir. Fakat son yıllarda karşı duruşta, direnmede, uygulamayı reddetmede çok büyük ilerleme kaydedilmiştir.

Bununla birlikte verileri olan ülkeleri değerlendirmek bugün için mümkündür. DSÖ ve BM başta olmak üzere birçok sivil toplum kuruluşu ve yerel sivil topluluklar ile aktivistler bu konuda öncü bir rol oynamıştır. Kesin sayı ve miktarı belli olmamakla beraber yapılan anketler ve az gelişmiş ülkelerin güvensiz verilerine rağmen ciddi bir veri dökümantasyonu oluşmuş durumdadır (Çizelge-1). Buna göre; KGM, 2016 yılı tahminlerine göre 27 Afrika ülkesi, Endonezya, Irak ve Yemen olmak üzere 30 ülkede bu zararlı uygulamaya maruz kalmış 200 milyonu aşkın kadın yaşamaktadır

(UNİCEF2016). KGM çoğunlukla genç kızlar üzerinde bazen bebeklik ve ergenlik arasında bazen de yetişkin kadınlarda gerçekleştirilir. Uygulama esas olarak Afrika'nın batı, doğu ve kuzeydoğu bölgelerinde, Ortadoğu ve Asya'da yapılmaktadır. Ancak bu bölgelerdeki nüfus yoğunluğu fazla, yaşam koşulları çetin, ekonomik sosyal ve siyasi sorunları olan bölgelerdir. Bu bölgelerdeki salgın hastalık açlık ve terörden dolayı gelişmiş ülkelere göç eden topluluklar arasında da yaygın olduğu bilinmektedir.



Şekil 1.1. 15-49 yaş aralığında Afrika'da FGM prevalansı haritası. Kaynak: Data compiled from multiple sources by World Bank OurWorldInData.org/violence-against-rights-for-children/ CC BY(Erişim tarihi 12.9.2022).

KGM'yi gerçekleştirmek için bir dizi kültürel-sosyal, efsanevi mitlere dayalı faktörler mevcuttur. Bu bölgelerde sosyal bir norm olarak değerlendirilir ve toplumsal bir baskı aracı olarak da kullanılır. Bundan dolayı da güçlü bir sosyal motivasyon üzerinden uygulanır. Bazı toplumlarda örneğin, Somali'de neredeyse evrensel olarak bilinir. Toplumun hemen hemen tamamı bu uygulamadan geçmiştir. Daha da önemlisi uygulama sorgulanamaz şekilde bir sosyal baskı aracı ve vazgeçilemez mitolojik efsanevi bir kuraldır. Sosyal gerekçe olarak; genellikle kız çocuğunu büyütmenin bir parçası, gerekliliği, yetişkinliğe hazırlama prosedürü olarak tanımlanır. Bu kadar güçlü kılınmış bir sosyal norm muhakkak inançlarla desteklenip motive edilmelidir. Nitekim

uygulamanın yapıldığı coğrafyalarda Müslüman, Hristiyan, Animistler gibi diğer birçok dinden kabile ve topluluklar arasında dini kılıfları bulunmuş, efsaneleri uydurularak kültürel bir mit şekline sokulmuş ve güçlendirilmiştir.

Tamamının ortak inancı bekaret ve evlilik sadakati sağlamak, libidoyu azaltmak, evlilik dışı faaliyetleri yok etmek, kadınsı olmayan parçaları kadına ait olmadığı için uzaklaştırmak, kirlerden arındırmak gibi birçok sosyal destek unsuru ile efsaneler eşliğinde desteklenmiştir.

Kadın genital mutilasyonu hakkında dünya üzerinde verilen bütün rakamlar tam, kesin ve net rakamlar değildir. Bunun da nedeni toplumsal ahlak, kadına özel bölgelere ait bir uygulama olması, utanma, yalnızlık hissi gibi duygulara bağlı olarak ifade edilememesi gibi nedenlerdir. Kadın sünnetinin sosyal bir olgu olarak gündeme getirilip üzerine gidilmesininve azaltılması için etkin çalışılması Avrupa ve gelişmiş ülkelere olan göçlerle beraber meydana gelmiştir. Göçlerle gelen kadınların doğum esnasında meydana gelen komplikasyonlara tıbbi müdahale gerektiğinde mutilasyonlar görülmüş, ya da KGM'ye bağlı ağrı, sancı, adet düzensizliği, psikolojik travmalar ile fizyolojik herhangi bir sorun ile karşı karşıya gelince sağlık kuruluşlarında farkına varılmıştır.

Kadının bu şekilde sakatlanması kuzey doğu Afrika boynuzunda olduğu kadar Mısır, Sudan, Ortadoğu'da da az-çok mevcuttur. Toplumsal olarak uygulamanın yaygın olduğu bölgelerde insanlar erkek çocuklarının sünneti ile kız çocuklarının sünnetini sembolik ve sosyokültürel olarak benzer tutarlar. Oysaki bütün inançlarda (kutsal dinler ve diğerleri) sosyal bir bilgi olarak erkek sünnetinin kadın sünnetinden farklı olduğu bilinir. Ancak, her nedense kadın için "diğer cins" değerlendirmesi, fiziki zayıflığından dolayı güçsüzleştirilmiş olması, sosyal kararlarda sözüne itibar edilmemesi öncelikli nedenlerdendir. Fakat, özellikle Afrika'da anaerkil topluluklarda da KGM uygulaması yaygın olarak bilinir. Bunun ise aktarılan kültürel mitolojik inançlarla sabitlendiği muhakkaktır.

KGM kadın ve erkek arasındaki toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve güç dengesizliklerinden kaynaklandığını düşünenler de az değildir. Cinsiyet eşitsizliği

kadınların insan haklarından tam ve eşit bir biçimde faydalanmasını engellemektedir. KGM'nun kadın sağlığı üzerinde birçok riskleri vardır. Bunlar arasında obstetrik sorunlar, jinekolojik sorunlar, cinsel birleşmede sorunlar ve fiziksel sağlık sorunlarının yanı sıra psikolojik sorunlara da yol açmaktadır. (Farah, 2016; Aksoy ve Aslan, 2020). KGM 'nin uygulanma nedenlerinden biri, KGM'nin bir kızı, kadını ve temiz hale getirdiği inancıdır. Çünkü birçok kültür klitoris erkekle bağdaştırır ve bu sebeple kızların klitoristen kurtarılmasının onları kadın yaptığına inanılır. Buna ek olarak, birçok toplum kadınların cinsel arzuları olmaması gerektiğine inanmaktadır. Bu nedenle kadınların fazla cinsel arzulara sahip olmalarını önlemek için bu uygulamalar yapılmaktadır. Toplumsal baskı KGM uygulamasının devam edilmesine katkıda bulunan ana faktördür.

KGM yüzyıllardır var olan geleneksel bir uygulamadır. Genellikle Sahra Altı Afrika ülkelerinde, Mısır ve bazı Asya ülkelerinde uygulanmaktadır. Ayrıca bu memleketlerden Avrupa ülkelerine ve Amerika Birleşik Devletleri'ne (ABD) göç eden kadınlar ve aileler arasında da yaygın olarak rastlanır. Küresel olarak 140-200 milyon arasında kadının KGM'ye maruz kaldığı ve yılda 3 milyon kız çocuğunun risk altında olduğu tahmin edilmektedir. UNİCEF'e göre her yıl tüm dünyada yaklaşık 4 milyon kız çocuğu ve kadın KGM geçirme riski altındadır. Genellikle kız çocukları 15 yaşına gelmeden önce bu uygulamaya maruz bırakılmaktadır (UNİCEF, 2016).

Toplumları uygulamaya iten nedenler değişiktir. Bazı toplumlar kızların kadınlığa geçiş ve evlenmeye hazırlanma olarak görürken, başka bir toplum da bunu bir kadının cinselliğini bastırmanın bir yolu olarak görmektedir. Birçok topluluk, bir kızın gelecekteki evliliğini veya aile namusunu koruyacağı inancıyla KGM'yi uygulamaktadır. Bir başka toplum KGM'yi dini inançlarla ilişkilendirir. Ancak hiçbir kutsal kitabın metni bu uygulamanın yapılmasını emretmemektedir (Karaman, 2017). Nedeni ne olursa olsun, KGM cinsiyetler arasındaki köklü eşitsizliği yansıtmaktadır. Bu yönü ve KGM'nin sosyo-kültürel faktörlerle çevrili olması, tamamen ortadan kaldırılmasını veya anlayışın silinerek yok edilmesini son derece zor hale getirmiştir. Bununla birlikte, KGM 'yi dünya çapında ortadan kaldırmak için mücadeleler ve kademeli stratejiler devam etmektedir.

Kadın genital mutilasyonuna maruz kalma yaşı değişik ülkelerde farklı olup uygulama zamanları da değişkenlik gösterir. Örneğin; Afrika ülkelerinden bazıları mesela Somali’de 4-10 yaş veya 5-8 yaş, Etiyopya ve Nijerya’da kız bebeği yenidoğan 8 günlük iken, Mısır’da 3-8 yaş, Sudan’da bebek doğar doğmaz 5-8 gün ve diğer pekçok ülkede ise 5 ile 8 yaşları arasında uygulamaya maruz bırakılmaktadır.

Kadın genital mutilasyonunun yaygın olduğu ülkelerde neredeyse bütün nüfus tarafından kabul edilmektedir. Bu uygulama herkesin yaşı insanların bile hatırladığı kadar uzun süredir uygulanmaktadır. Aynı zamanda bu uygulama bazı ülkelerde şenlikler, kutlamalar veya toplanmalar öncülüğünde kutlamalar şeklinde yapılmaktadır. Toplu halde ve törenler şeklinde kutlamalara dönüştürülen bu zalimane uygulama ailenin onuruna, kızlarının gelecekte eş olarak alınabilecek temiz bir varlık olmasına, ailenin namusunu kirletmeyeceğine, ailenin itibarını koruduğuna, eşini daha çok mutlu edeceğine, müstakbel eşinin istediği şekilde ve istediği miktarda çocuk sahibi edeceğine bir garanti, toplumsal sözleşme, ailenin sosyal ahitleşmesi olarak bakılmaktadır (Klein et al. 2018).

Törenlerle yapılan bu kutlama; cinsiyete dayalı eşitsizlik, insanlık dışı aşığılayıcı bir ceza, ulaşılabılır standartların hepsinden mahrum kalmak, sağlık hakkına sahiplilik, vücut- beden bütünlüğünün hakimiyeti, fiziksel ve zihinsel bütünlük hakkı hatta yaşam hakkı ihlal edilerek yapılır. Uluslararası kuruluşlar, ulusal kurumlar, sivil toplum kuruluşları ve aktivistlerin bütün çabalarına rağmen 2019 yılında 4,1 milyon kız çocuğunun kadın sünneti riski altında olduğu ve önlem alınamazsa 2030 yılına kadar 4,6 milyon kız çocuğunu, yaşamını tehdit eden bu olayla yüz yüze gelineceği kaçınılmaz olarak görülmüştür. Eğer etkili önlemler alınamaz ise KGM rutin olarak uygulandığı ve ilgili verilerin mevcut olduğu 30’dan fazla ülkede 2015 ile 2030 arasında tahminen 68 milyon kız çocuğu sünnet edileceği ön görülmüştür. (UNFPA,2019).

KGM törenle yapılırken şiddetli bir acının, genital doku inflamasyonunun, ateşin, tetanoz benzeri enfeksiyonların, idrar sorunlarının, yara iyileşme problemlerinin, çevresel genital dokularda meydana gelen yaralanmadan kaynaklı genital komplikasyonların, şok ve ölüm gibi hayatı tehdit eden ciddi problemlerin sünnet

edilen kız çocuğunu beklediğinin farkında bile değillerdir. Uzun vadede idrar sorunlarının oluşacağı, vajinal problemlerin meydana geleceği, sağlık sorunlarının had safhada olacağı, bölgesel keloid ve neuromadan kanser olunabileceği ve ömür boyu ağrı riskinin olacağı, cinsel sorunlar yaşayacağı, ciddi doğum komplikasyon riskinin oluşacağı, ömür boyu psikolojik sorunlarla; örneğin depresyon kaygı, travma sonrası stres bozukluğu, düşük benlik, psikoz hali gibi sorunlarla yüzleşmek durumunda kalacakları hakkında bir bilgi ve kültüre sahip değillerdir. Erken bebeklik döneminde yapılan sünnnetlerde anestezi yapılmadığı için şok ve komplikasyonlu ölüm oldukça fazla olmakla beraber kırsal kesimlerde olduğu, töre içinde yapıldığı için gizlendiği, aile içinde gizli kalması gerektiği, kız çocuğu olduğu için ayıp sayıldığı ve benzeri nedenlerden dolayı sayı ve miktar bilinmemektedir. Yaşadığımız bu modern çağda böylesine ilkel ve yaşamı tehdit eden aile onaylı vizüel gösterimi olan gizli bir cinayetin işlenmesi bütün insanlık için ‘insan değeri’ ilkesini sorgulaması için yeterli bir nedendir

1.2. AMAÇ

Türkiye’de farklı amaçlar için çok sayıda Somalili kadın yaşamaktadır. Bu kadınların veya kızların, kadın genital mutilasyon uygulaması deneyimleri, obstetrik sorunları ve durumları araştırılacaktır. Bu araştırmanın amacı; Türkiye’de bulunan 15yaş ve üstü Somalili kadınlardan genital mutilasyona uğramış bayanların sağlıkproblemleri ve genital mutilasyona bağlı sorunlarının; yaşam, sağlık ve obstetrik sorunlarına ebelik perspektifinden bakılarak ele alıp incelenmesidir. Bu çalışma ile aynı zamanda mutilasyonun sebep olduğu kişisel sağlık problemleri ile toplumsal sağlık sorunları bilgi eksikliğinin giderilmesine bilimsel katkı sağlanacaktır. Türkiye’de yaşayan Somalili bayanların, ileride memleketlerine geri döndüklerinde kendi kız çocuklarını ve sosyal çevrelerindeki çocukları bu tehlikeli uygulamadan korumaları için farkındalık oluşturulması hedeflenmiştir. Bu konuya ilişkin Türkiye’de birçok vilayette yapılmış bir çalışma mevcut değildir. Bu çalışma, coğrafikapsayıcılık ve sayı bakımından Türkiye’deki Somalili kadınların KGM’ye yaklaşımlarını da detaylı bir şekilde ortaya koyacaktır. Ayrıca bu çalışma geniş bir coğrafyada kısa süreliğine bulunan bireylerde ciddi bir tespit, çalışılmamış bir hususungün yüzüne çıkarılmasını ve bilimsel olarak yapılacak kapsamlı araştırmalara da bir alt yapı teşkil etmesi

bakımından önem arz eder. Daha sonra yapılacak olan derin ve daha kapsamlı araştırmalara yol gösterip ışık tutması da hedefleri arasındadır.

BÖLÜM 2

GENEL BİLGİLER

İkinci bölümünde araştırma konusuyla alakalı literatür çalışmaları incelenip yazılanlar konu konu ele alınarak ve özetlenerek anlatılacaktır. KGM'nun epidemiyolojisi, tarihçesi, yapılmasının sebepleri, kız çocuk ve kadın sağlığın üzerindeki olumsuz etkileri literatürdekilerle özetlenecektir.

2.1. KGM'NUN EPİDEMİYOLOJİSİ

KGM, kültürel ve etnik kimlikle güçlü bağları olan yüzyıllardır süre gelen insanlık dışı bir gelenektir. Ulusal sınırları olmayan, mitler ve geleneksel küntlere dayalı icra edilen insanlık hakkı ihlali bir uygulamadır. Uygulama; coğrafi dağılım, yerleşik kültürel küntler, gelenekçilik, inanç bağımlılığı, ananevi durumlara göre ulusal, bölgesel veya yöresel bazda değişiklikler gösterir. Aynı ülkenin değişik bölgelerinde farklı tipler uygulanabilirken bölgesel olarak kabile, klan veya yerleşik efsanevi mitlere göre hem tipi hem de KGM oranı değişmektedir. Bu uygulama bazen, Somali'de olduğu gibi ülke çapında olabilirken belirli etnik gruplara karşılık gelen bazı bölgelerde yoğun olarak görülmektedir. KGM, orta ve Doğu Afrika'da, Endonezya, Malezya, Basra Körfezi'nin bir kısmı, Yemen, Umman, İran, Irak'taki bazı etnik azınlıklar arasında da mevcuttur. Avrupa, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya ve Yeni Zelanda'daki göçmen toplulukları arasında da bulunmaktadır. DSÖ 2008 yılında, dünyada 100 ila 140 milyon kadının, kadın genital mutilasyon geçirdiğini ve Afrika'da her yıl yaklaşık 3 milyon kadın /kız çocuğunun sakatlandığını tahmin etmiştir. En yüksek yaygınlığa sahip ülkeler; Somali (% 97,9), Mısır (% 95,8), Gine (% 95,6), Sierra Leone (% 94), Cibuti (% 93,1), Mali (% 91,6) ve Eritre'dir (% 88,7). Hindistan, Endonezya, Irak, İsrail, Malezya ve Birleşik Arap Emirlikleri gibi ülkelerde resmi tahminlere ulaşılmamaktadır (Farouki et al. 2022; DSÖ, 2008).

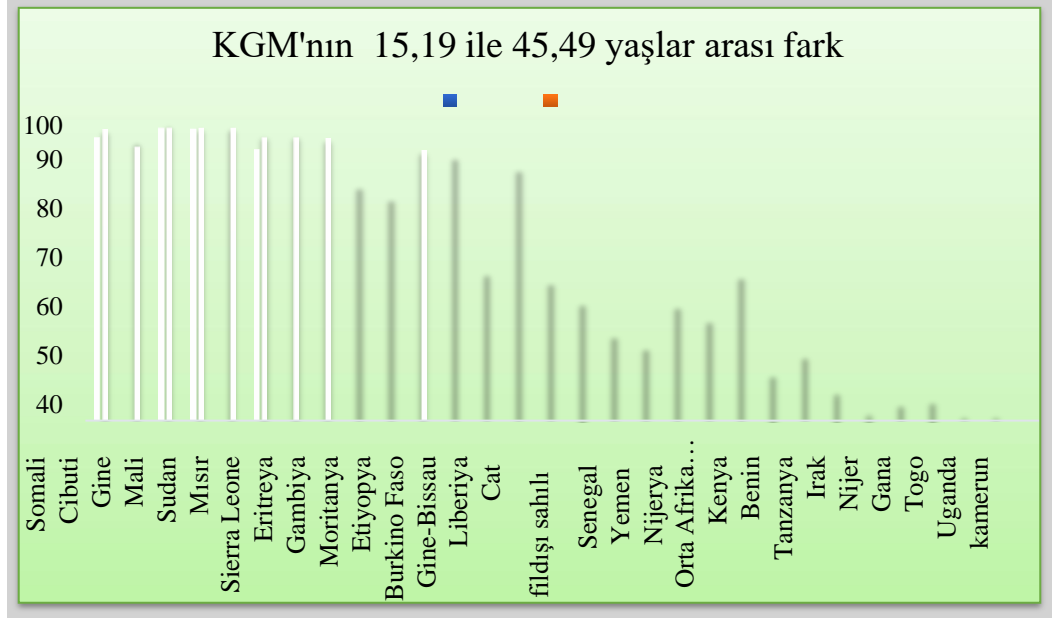
Feminist grupların aktivizmi, yerel yönetimlerin harekete geçmesi ve sivil toplum örgütleri ile uluslararası örgütlerin öncülük ettiği kampanyalar sebebiyle vaka boyutları her yıl değişmektedir. Geleneksel toplumlarda ayıp, günah veya geleneklere aykırı olması hasebiyle zaten gizli tutulmakta olan bu insanlık dışı uygulama için verilerin net olarak toplanması olası değildir. Güvenlik gerekçesiyle özellikle Afrika ülkeleri başta olmak üzere kentsel bölgelerin dışına özellikle kırsal ve Göçebe kesime yönelik yapılmış çalışmalarda genel olarak tahminlere dayalıdır (DSÖ, 2010).

İsviçre'de 2001 yılı tahmini, KGM'nin yapıldığı ülkelerden gelen 10 501 Afrikalı kadının % 72'sinin 15 yaşından büyük olduğunu göstermiştir. Bu 10 501 kadından yaklaşık 6000'inin KGM'ye tabi olduğu tahmin edilmektedir. Kendi ülkeleri en yaygın KGM tipinin infibülasyon olduğu yüksek yaygınlık bölgeleri olan Somali, Etiyopya ve Eritre'dir. Geleneksel töreler ile örgütlü olan mitsel inanışlara bağlı olarak tek, tek kontrol edilmedikçe sadece ifade ile ve beyan üzerine anlaşılabilir. Dolayısı ile istatistiki verilerin tamamı beyan esaslıdır (Abdulcadır et al. 2017).

KGM'ye sadece Afrika'da görülen bir fenomen olarak bakılsa da bu tür uygulamalar bütün kıtalarda çeşitli derecelerde mevcut. Değişik ülkelerde farklı oranlarda yavaşlayarak da olsa 2012'den beri Birleşmiş Milletler raporlarına göre ciddi azalma eğilimindedir. Ancak ortadan kaldırılması biraz daha zaman alacaktır. Kırsal ve göçebe alanların eğitim problemlerinin çözülmesi kabile, klan topluluk içi mitsel törelerin regrese edilmesi uzun vadeli düşünülebilir bir plandır. Bunun dışında yönetimlerin ya da yerel yönetimlerin otoriter yasalar ile önlemler alması ve bu önlemlerin uygulanabilirliği işin bir başka boyutudur. Yeterli miktarda sağlık hizmetinin verilmesi ve sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması ile Ebe hizmetlerinin yaygınlaştırılması sayesinde uzun planda önlenilebilir bir insanlık dramı olarak görülebilir.

UNICEF 2016'da 30 ülkede en az 200 milyon kız çocuğu ve kadının sakat kaldığı tahmininde bulunmaktadır. Büyük çoğunluğu Afrika'da 27 ülkeden olmak üzere coğrafi dağılım olarak bütün dünyada az veya çok rastlanmaktadır. Bu Afrika ülkelerine Yemen, Irak ve Endonezya'da ilave edildiğinde coğrafi dağılım;

uygulamanın yaygınlığı, ülkelerin coğrafi ve sosyolojik şartlarına bağlı demografik ağırlığı ile ilişkilidir. En büyük nüfus oranıyla Endonezya % 51, akabinde Etiyopya % 74 ve Mısır % 92 ile ilk sıralarda yer alıyor gibi görünmektedir. Daha çok görülen Afrika kıtasında batıdan doğuya doğru geniş bir bant şeklinde değişik formasyonlarda yapılmaktadır (UNİCEF,2016; Muteshi, 2016).



Şekil 2.1. 29 ülkenin çoğunda KGM, ergenler arasında daha az yaygındır. 45 ila 49yaş arası kadınların yüzdesi, orta yaşlı kadınların kızlardan daha fazla KGM maruz kalmışlardır Kaynak:https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/fgm_trends/en/ (Erişim tarihi: 18.04.2022).

Ülkelere göre yaygınlık rakamları kendi içerisinde coğrafi farklılıklara da bağlanmaktadır. Örneğin, Mali'de güneyden kuzeye doğru geçildikçe KGM'nin oranı düşmektedir. Ülkelerin de iç savaş, ulusal karışıklıklar, yönetsel problemler, eğitim kısıtlılığı, ulaşım imkânlarından yoksun olma, salgın hastalıklar gibi nedenlerden dolayı oluşan göç dalgaları içerisinde bu kötü uygulamayı derinlemesine hesaplamak ya da analiz etmek tam olarak mümkün görünmemektedir. Bu göç dalgalarının model ülkelere örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde 500 binden fazla kız çocuğu ve kadın yine Avrupa'da 500 000 Afrikalı göçmen kız ve kadının bu durumdan etkilendiği ya da tehdit altında olduğu değerlendirilmektedir.

Afrika'da KGM uygulaması bulunan ülkelerin hemen hemen tamamında nesiller boyunca azalan oranlar gözlenmektedir. Bu azalma; yaygınlığı daha az olan ülkelerde daha hızlı gibi görünmektedir. Yaygınlığı yüksek olan ülkelerde (örneğin Somali'de, ilk sırada gelir) merkezi hükümetlerin almış olduğu yasal normlara rağmen gelenek, sözde cinsel gereklilik, efsanevi mit ve uygulamaya inanmışlık prevalansı yükseltmektedir. Buna karşılık Burkina Faso'da % 50 ve Liberya'da % 79 oranları nesiller boyunca istikrarlı bir şekilde düşmüştür. Liberya'da 45-49 yaşındakilerin dörtte üçüne karşılık 15-19 yaşındaki kadınların sadece üçte biri KGM ile sakat kalmaktadır. Fildişi Sahili, Kenya, Nijerya ve Orta Afrika Cumhuriyeti gibi kadınların daha az etkilendiği ülkelerde, düşüşler daha sert olmuştur. Bu ülkelerde, uygulamaya daha az değer verilmekte ve nüfusun büyük çoğunluğu artık bunu sosyal bir yükümlülük olarak kabul etmemektedir. Bilişim altyapısının güçlendirilmesi haberleşme ve iletişim araçlarının yaygınlaştırılması insanların bilgiye ulaşımının evrensellştirilmesi zaman içerisinde yeni nesillerde mutilasyona karşı ciddi bir tolerans geliştirebilir. Ancak asıl tehlike göç alan ülkelerde göçmenlerin kökenlerine bağlılık noktasında bir süre daha direnmeleridir. Belki sosyal normlarda çelişkiler yaşayabilecek olan birinci jenerasyondan sonra KGM oranı çok fazla miktarda düşecek ve zaman içerisinde sosyal bir norm olmaktan çıkacaktır (Andro and Lesclingand 2017).

Kadın ve erkek bireylerin Dünya üzerinde değişik coğrafyalarda KGM'ye bakışları da son derece farklıdır. Bilgi çağının baskın Eğitimi ve iletişim araçlarının etkin kullanılması ile birlikte bu kötü uygulama hakkında daha çok bilgi edinme ve doğruları öğrenme imkân ve kabiliyetine sahip olacaklardır. Örneğin Mısır'da 1995'te 15-49 yaş grubundakiler her 10 kadından 8'i uygulamanın devam etmesini onaylar iken 2008 yılına geldiğinde 10 kadından sadece 6'sı uygulamanın taraftarı olarak kalmaktadır. Dünyanın birçok ülkesinde hükümetlerin almış olduğu kararlar ile beraber yasadışı ilan edilmiş olmasına rağmen töre içi norm olması bakımından uygulamaya karşı çıkmak ya da uygulamayı sıfırlamak mümkün görünmemektedir. Kadın sünnetinde etnik köken eğitim düzeyi yaşam standartları, yaşanan coğrafya sosyal karışımı, bilişim araçlarına ulaşılma imkânı şehirselleşen ya da kentsel olmayan bölgelerde yaşam, dini inanış gibi birçok farklı parametre tarafından etkilenmektedir. Çoğu müslüman ülkede mevcut olması her ne kadar sadece müslüman ülkelerde varmış gibi

gösteriliyorsa da uygulamanın aslı milattan önce 5 binli yıllara dayanmakta olup müslüman hristiyan animist ve değişik inançlara sahip birçok etnik grup tarafından uygulanabilmektedir (Andro and Lesclingand 2017).

KGM'nin Yaygın olarak kullanıldığı birçok ülkede dini inanış ile net olarak bir bağlantı kurmak oldukça güçtür. Ancak afrika ülkelerinde KGM 'nin yaygın olarak yapıldığı ülkelerin çoğunluğu Müslüman nüfusa sahip olan ülkelerdir. Tabiki etkilenen bu ülkeler içerisinde Hristiyan, Yahudi, Animist geleneksel dinlere sahip birçok topluluk vardır ve bu topluluklarda da Müslüman toplumlara eşdeğer şekilde ve aynı oranda kadın sünneti uygulanmaktadır. Kadın sünnetinin meşrulaştırılması noktasında din geleneksel bir dayanak olarak kullanılmaktadır. Bu, İslam toplumlarında olduğu gibi İslam dışı diğer topluluklarda da aynıdır. Gerçekte bu uygulamanın kökeni eski Mısır uygarlığına kadar dayanmakta olup Somali, Cibuti, Etiyopya gibi ülkelerde "firavun sünneti" ya da kısaca "firavun " olarak isimlendirilmektedir. Bu isimlendirme coğrafya içindeki Müslümanlarda olduğu kadar diğer dinlere sahip topluluklarda da mevcuttur. Bu isimlendirmeden de anlaşılacağı gibi uygulama İslam dinine ait bir ritüel değildir. Tamamen töre ve geleneklere bağlı kendi içinde kabilelerin uygulamış oldukları insanlık dışı bir dramdır. Ancak gelenekler içerisinde buna bir kılıf uydurmak icab ettiğinde en basit uydurma yolu dinin emirlerinden biri gibi gösterilmesidir. Hem insanların inanmaları bakımından hem de toplumların ikna edilmeleri ve sürüklenme değeri bakımından sosyolojik bir gerçek olarak ortada durmaktadır.

KGM uygulaması; kendi tarihi içerisinde öncelikle 18 yaş üstü kadınlarda yapılmış olmakla beraber zaman içerisinde yaş sınırı giderek küçültülmüş ve bugün için 10 yaşa kadarki süre zarfında 6 yaş ideal olarak yapılma yaşı kabul edilmektedir. Avrupa'ya göç eden uygulamayı maruz kalmış kadınlar arasında yapılmış araştırmalarda verilerin bulanık görünümü nispeten berrak hale getirilmiştir. Tıbbileştirilmiş ya da tabii olarak uygulanan sünnetin kronik komplikasyonları fizyolojik ve psikiyatrik olarak Avrupa'da yapılmış çalışmalarda net ve bariz olarak ortaya konulmuştur. Fakat bu veriler de daha ziyade erişkin Kadınlara yönelik çalışmalar oldukları için kızların ergenlik ve çocukluk dönemlerini etkileyen sağlık sorunları büyük ölçüde açığa çıkarılamamıştır.

Ulusal anketlerin tıbbileştirilmiş KGM uygulaması; Irak, Yemen, Endonezya, Umman, Ürdün, Suriye, Birleşik Arap Emirlikleri, Mısır, Suudi Arabistan, Malezya'dan daha ziyade azınlıklar arasında gözlendiğini, birçok ülkenin yasal olarak yasak statüsünde tutmakla beraber uygulamanın devam ettiğini Kamerun, Gambia, Endonezya, Liberya ve Mali'nin henüz yasal olarak da net sınırlar çizmediği görülmektedir. Bunun yanı sıra yasalarla sınırlandırılmış örneğin Gana'da 1994 ten beri yasaklanmış olmasına rağmen Kuzey bölgeleri ve yukarı doğu bölgeleri kabile yaşamı ile kısmen Göçebe ve geleneklerine de çok bağlı oldukları için uygulama halasürdürülmektedir (Sakeah et al. 2018).

KGM'nin yaygın olduğu bütün ülkelerde kaydedilen veriler ciddi çalışmaların sonuçları olmakla beraber ülkelerin kendi hükümetleri ve kendi bilimsel verileri içerisinde yapılmış çalışmalar değildir. Dolayısı ile nüfusun tamamının sistematik ve bilimsel olarak tarandığı veriler elde yoktur. Durumun çok özel olması, araştırmaya konu kadının cinsel organı olması, bütün toplumlarda ortak olarak kabul edilen ahlaki normlar içerisinde gizlenmesi gereken fenomen olması az gelişmiş ülkelerde çoğu toplulukların sosyolojik verileri sunmakta direnç sahibi olması gibi pek çok faktör sağlıklı doğru veriler elde edilmesini güçleştirmiştir. Çok erken yaşta KGM uygulaması yapıldığı için göçmen nüfuslarda da doğru ve sağlıklı bir sayım yapabilmemekte dolayısıyla net bir istatistik tutmak hemen, hemen mümkündeğildir. Ulusal ve uluslararası kuruluşlar başta olmak üzere araştırmacılar dahil olmak üzere yapılan bütün çalışmalarda ankete dayalı bir çalışma düzeni yürütülmektedir. Ankete dayalı çalışmalar da da sosyokültürel olarak kapanmış toplumların farklı zamanlarda farklı cevaplar verebilecekleri öngörülebilir. Dolayısıyla raporlamaları da kesin net % 100 olarak düşünmek mümkün değildir. Afrika ülkelerinin hemen birçoğunda yapılmış çoğu çalışmada farklı zamanlarda kadınların anketlere vermiş olduğu cevaplar değişiktir. Yasal olarak yasaklanmış ülkelerde kanun çıkmadan önceki yapılmış çalışmalar ile kanun çıktıktan sonra uygulama devam ettiği halde verilen cevaplar tamamen farklıdır. Parametrelere rağmen 1979'da Hosken raporu, Afrika kıtasında kadın sünneti olan kızların ve kadınların toplam sayısının ilk ölçümleri verilmiştir. Ülke yaygınlık oranları, vaka çalışmaları temelinde tahmin edilmeye çalışılmış ve daha sonra doğrudan kadınsayısına uygulanmıştır. Prevalansı tahmin etmeye yönelik bu ilk çalışma günümüz çalışma düzeyinde metodolojik olarak kaba

görünse de o dönemin şartları göz önünde bulundurulduğunda KGM'nin yaygınlığının ve etkilerinin ortaya çıkarılmış olması uluslararası bir farkındalık oluşturulması ve bunun bir rapor şekline getirilerek yayınlanması Afrika kıtası adına yapılmış en büyük iyiliklerden biridir. Fran Hosken, KGM geçirmiş yaklaşık 80 milyon kadın olduğunu tahmin ediyordu. Ancak Afrika kıtasında 1995'teki veriler nüfus artış oranları temelinde güncellendiğinde kadınsünneti olan kadın ve kızların tahmini sayısı 150 milyona ulaştığı tahmin edilmektedir (Hosken, 1995; UNICEF, 2016) yılında bu sayının 200 milyona ulaştığını nüfus artış oranları temelinde güncellemiştir (UNICEF, 2016).

Çizelge. 2.1. Anket Verileri Mevcut Ülkelerde KGM Maruz Kalan Kadınların Sayısına İlişkin 1997 Yılı Tahminleri, Kaynak: (Andro, Lesclingand, Grieve, & Reeve, 2016).

Kaynak	Kadın ve kızların sayısı(milyon)	Bölge	Çalışma türü
Hosken, 1979	80	26 Afrika ülkeleri	Vaka çalışması
Hosken, 1982	84	26 Afrika ülkeleri	Vaka çalışması
Hosken, 1995	150	26 Afrika ülkeleri	Vaka çalışması
Carr, 1997	30	6 afrika ülkeleri (fil dışı sahil, misir, eritrea, mali, Orta Afrika Cumhuriyeti, sudan	Demografik sağlık araştırması
Yoder And Khan,2008	92	27 Afrika ülkesi	Demografik sağlık araştırması
Yoder et al, 2013	100	27 Afrika ülkesi ve Yemen	Demografik sağlık araştırması MİCS and US census buruea data
UNİCEF, 2013	125	27 Afrika ülkesi, Yemen and İraq	Demografik sağlık araştırması MİCS and US census buruea data
UNİCEF, 2016	200	27 Afrika ülkesi, Yemen, İraq ve Endonezya	Demografik sağlık araştırması MİCS and US census buruea data

Menşe ülkelerde daha fazla araştırma yapıldıkça yaş kategorilerindeki kadınlar ve 15 yaş altı kızlarda bu uygulamanın yaygınlığına ilişkin yepyeni veriler elde edilmeye başlanmıştır. En son ve kesin olarak belgelenmiş tahminlerde (2008 ve 2013) kullanılan hesaplama yöntemi, ilk olarak, her ülkede KGM geçirmiş olan kadınların oranına

dayanmaktadır. Bu, örnek popülasyonların sadece 15-49 yaş arası kadınları içermekte olup 15 yaş altı ve 49 yaş üstü kadınlara ilişkin veriler bu sistematik düzlemüzerinde istatistiki olarak elde edilmiştir. Göç ülkelerinde doğrudan tahmin oldukça imkânsızdır. Bu ülkelerde KGMuygulaması modülü içeren bir nüfus ve sağlık anketi karşılaştırması yapılamadığı ve nüfus kaydı olmayan ülkelerde nüfusu belirlemenin imkânsız olması temel iki nedendir. Bu nedenle çeşitli göç ülkelerinde yaygınlığı tahmin etmek ya da sayımını yapmak açıkça tanımlanmış homojen bir metodolojiye sahip değildir. Avrupa Birliği parlamentosu 2009 yılında yaklaşık 50 0000 kadın sünneti olduğunu tahmin etmiştir. Göç edilen ülkelerde komünler halinde yaşamdan dolayı Avrupa Birliği 2009 tahminlerine göre 180 000 kızın kadın sünneti riski altında olduğu tahmin edilmektedir (Çizelge 2.2).

Çizelge 2.2. Somalili 15-49 Yaş Arası Kızlar Ve Kadınlar Arasında, İkamet Ve Servet Yüzdelerine Göre Kadın Sünneti Yaygınlığı (Kaynak: UNİCEF <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/> (Erişim tarihi 9.10.2022)).

Kaynak	KGM maruz kalmış kadınların sayısı	Ülke	Çalışma türü
Andro ve lesclingand, v2007	53,000	Fransa	Kombine çalışma, Nüfus sayımı DSC
Ministero delle pari opportunita, 2009	35,000	İtalya	Nüfus kayıtları, DHS
Hanselmann et al, 2011	24,000	Almanya	DHS, Kombine çalışma
Dubourg Richard, 2011	13,000	Belçika	Ülke nüfus sayımı, sığmacı ve göç sayımı, doğum kayıtları ve DHS
PRB, 2013	507,000	ABD	Nüfus sayımı ve DHS
Ekterkate, 2013	29,000	Hollanda	Nüfus sayımı, göç sayımı ve DHS
Macfarlane ve dorkenoo 2014	137,000	İnglitre ve Galler	Nüfus sayımı, doğum kayıtları ve DHS

Ülke	Kadınlar arası KGM prevalans	Yerleşim yeri		Gelir durumu			Yıl	Veri kaynağı
Somali	99	Kent	Kır	Az gelirli	Orta gelirli	Yüksek gelirli	2020	DHS
		99	99	99	100	100		

Kendine has sosyal normlar ve gerekçeleri ışığında bireylerin kadın sünnetinigruptaki herkesin içselleştirmesi, toplumsal yaptırımlara yol açan bir kural ve norm olarak sünnet edilmemiş kadınların pis ve müstehcen görülmesi, sosyal yaklaşımın kültür dışında bir dinamik olması nedeniyle değişemeyeceği öngörülmektedir. Yasal çerçeveler ve bireysel eğitimler kısmen işe yarasada en kritik düzey eğitimin öncelenmesidir. Kadın sünnetine ilişkin yasal çerçeve çoğu ülkelerde yarım yamalak uygulanıyor olsa da işe yaramadığı söylenebilmektedir. Fakat yasal olarak kapalı toplumların çok, çok özel bu tür durumlarının cezai müeyyidelerle kurallara bağlanması imkânsızdır. Dünya çapında bütün ülkelerde yaygınlığı düşmekle beraber yakın bir sonlandırılması imkân dahilinde değildir. KGM'nin yaygın olduğu ülkelerde özellikle radikal terör grupları fikir ve ideolojik olarak bu tür uygulamaların devamından yana toplum üzerinde birer baskı aracı olmaya devam etmektedir. İdeolojik araçlar toplumların daha çok içe kapanmaları, iletişim biçimlerinin kontrol altına alınması, kendilerince kabul edilmeyen düşünce ve fikirlerin eğitim yoluyla verilmesine karşıdırlar. Kronik ve akut riskler de dahil olmak üzere uygulamanın bütüncül sosyolojik norm haline gelmiş kalıbı toplumun özeli olarak değerlendirilmekte ve eğitimin bu özeli ortadan kaldırmaya çalışıldığı düşünülmektedir. Uygulamanın devam ettiği birçok ülkede devlet yönetimleri birçok bölgeyi kontrol etmekte zorlanmakta dolayısıyla eğitimin yapılması ve kadın genital mutilasyonuna ilişkin sağlık hizmeti sunumu da çok düşük düzeyde kalmaktadır.

2.2. KGM'NUN TARİHÇESİ

Tarihçiler KGM'nin başlangıç hakkında aynı fikirde olmamalarına rağmen, başlangıç tarihinin M.Ö. en az 1500 yıllarına dayandığı konusunda hemfikirdirler. KGM'nin tarihine ilişkin değişik görüşler olsa da 5800 yıl önce Antik Mısır'da var olduğu belgelerle kanıtlanmıştır. Kadın sünnetinin en eski çeşitli uygulamalarının Mısır'da yapıldığı bilinir (Devereux, 1981). Bugün için Afrika'da yapılagelen bir uygulama şekline "firavun" denilmesi tarihi süreç içinde hem Mısır'ı işaret etmekte hem de geleneğin tarihine esas bir kanıt olarak ortada durmaktadır. Kimine göre kölelerin, cariyelerin değişik amaçlar için işaretlenmesi, kimine göre kadın arzularının fazlalığı azaltılması, doğurganlığın artırılması gibi birçok sebepten ötürü kadim, arkaik bir uygulama

olduğu su götürmez bir gerçektir (Günaydın ve Hüsniye, 2015; Nour, 2008; Perron et al. 2013).

Kadın genital mutilasyonu bölgeden bölgeye ülkeden ülkeye değişmekle beraber şu şekilde kabaca özetlenebilir.

TİP-I: Kenya, Etiyopya, Eritre de uygulanmaktadır.

TİP-II: Batı Afrika'da Benin, Sierra Leone, Gambiya ve Gine gibi bölgelerde daha yüksek yoğunlukta bulunur.

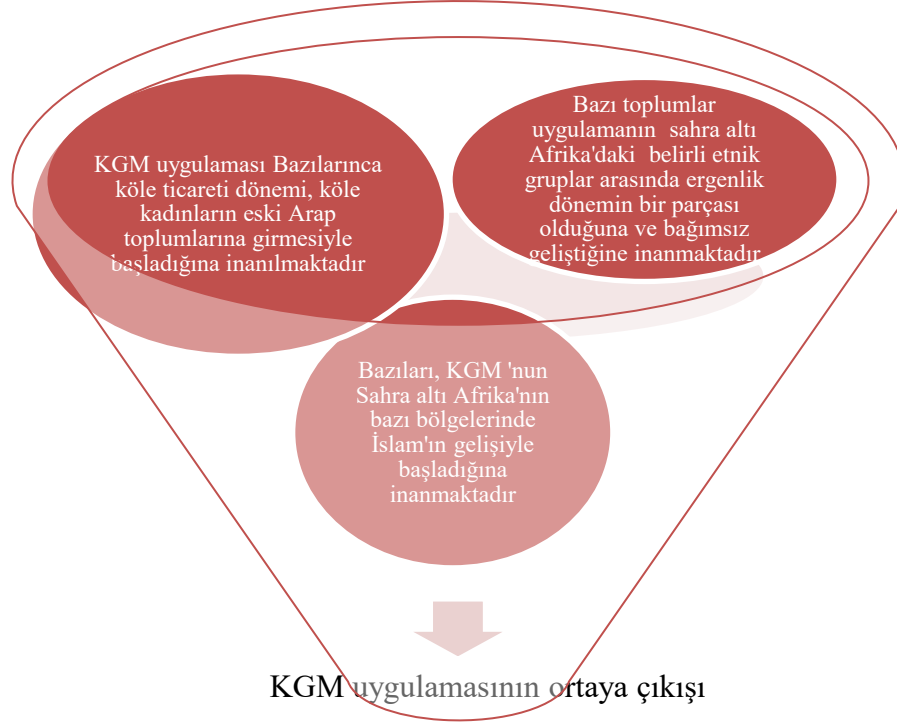
TİP-III. Sudan'ın Kuzey bölgeleri, Cibuti ve Somali gibi Sahra altı Afrika ülkeleri tip-3'ü çocuklarına uygular.

TİP-IV: Kuzey Nijeryalılar vajinaya aşındırıcı maddeler sokmak suretiyle (bölgesel adı ile "Gishiri" olarak isimlendirilir) ya da vajina deliği kazımak suretiyle (angurya) uygularlar.

Tarihi olarak bütün gizemlerini taşımakla beraber eski Mısır uygarlığına ait olduğu günümüz kayıtlarında kesin gibidir. Eski Grek İmparatorluğu'nda yapıldığına dair bir kısım kayıtlar mevcuttur. Ortadoğu'da her İmparatorlukta; Hititler'de, Çin'de eski Mezopotamya uygarlıkları içinde yer, yer farklı şekillerde olsa da benzer uygulamaların olduğuna dair kanıtlar mevcuttur. Bu uygulama dini, coğrafi, sosyal ekonomik ve ahlaki durumu aşan bir uygulamadır. Dolayısıyla ilahi dinler ile beraber gelmiş ve emredilmiş olması mümkün değildir. Günümüzde elimizdeki mevcut Tevrat, İncil ve son kitabımız Kur'an-ı Kerim'de bunu işaret eden ya da olmasına yönelik tavsiye ve benzeri bir cümleden bahsetmek mümkün değildir. Üç büyük dinin peygamberlerinin söylemiş oldukları günümüzde az veya çok kitaplarda kayıtlı olup hiçbirinde ahlakı aşan bu tür bir uygulamanın varlığı bildirilmemiştir. Afrika'da ve Ortadoğu'da eksik, kanıtlanamayan ve hiçbir örneği-şekli ile dayanağı olmayan şekilde İslam dinine mal edilmektedir. Her ne şekilde olursa olsun hiçbir toplumda genel geçer ahlak kurallarının kabul edemeyeceği bir uygulamayı ilahi bir veri olarak kabul etmek en hafif anlamı ile o dine olan saygısızlık olarak düşünülebilir.

KGM milattan önce 500 yıla kadar Mısır'da kanıtlı takip edilebilir coğrafi dağılımı belli bir uygulama olarak bilinmektedir. Ancak milattan önce 5800'lü yıllardan itibaren geriye doğru yapıla geldiği bilinmektedir. Toplumsal kırsal kültürün nesilden nesile aktararak geldiği göz önünde tutulduğunda Tip-III KGM'nin "Firavun" olarak bilinmesi hem anlamlı hem de bilimsel olarak kanıtlıdır. Firavunlar dönemi Mısır İmparatorluğu'ndan mumyalar günümüze kadar bütün haşmetiyle korunmuş olarak geldiklerinden çok net birer kanıttırlar. Mumyalar üzerine yapılan çalışmalarda kadın mumyalarının infibule edildiği gösterilmiştir. Milattan önce 163 tarihli bir Yunan papirüsü tarafından desteklenen ve British müzesinde bulunankanıtlar bunu doğrular niteliktedir. Milattan önce 2. asra ait olan yine bir Yunanlı tarihçi tarafından yazılan belgelerde Kızıldeniz'in Doğu kıyısında geniş bir grubun kabileler halinde (Mısır tipi) KGM uygulamasına başvurulduğu ve bazı kabilelerin bebeklik döneminde jilet veya keskin cisimlerle uygulamayı yerine getirdiği bilinmektedir. Ne ilginçtir ki günümüzde Somali, Cibuti, Sudan, Mısır'da firavun sünneti olarak tip-III mutilasyon isimlendirilmektedir. 1609'da Dos Santos, Somali'nin Mogadişu yakınlarındaki bir grubun " kızlarını ve bayanları özellikle genç ve güzel olanların gebe kalmalarını önlemek için mutilasyon yaptıkları ve dikiş attıkları bilinmektedir. Bu kölelik tarzı bir belirteç olup hem onların sözde iffetlerini korumak hem de sahiplerinin güveni için daha pahalıya cariye satmak için önemli bir nedendir. Browne 1799'da Mısırlıların kadınlarda ve kölelerde hamileliği önlemek için kadın sünneti ve infibulasyon uyguladıklarını belirtir. Böylelikle Afrika bölgesindeki köle ve cariyeleri İslam medeniyetinden Yüzyıllar önce Kızıldeniz üzerinden Basra Körfezine işgücü olarak daha ziyade Bizans'a taşımışlardır. Bazı kaynaklarda Afrikalı bir kısım kabilelerin çobanlarının genç kadın ve çobanları tecavüze uğramaktan ya dainsan kurban etme geleneğinin bir sonucu olarak korumak için uyguladıkları bilinmektedir (şekil 2). KGM'nin uygulandığı bu tarihi coğrafya göz önünde tutulduğunda bugün içinyengeç dönencesi ile Ekvator arasındaki Afrika kuşağı, batı Atlantik kıyısından Mısır'a, Doğu Afrika'da Kenya ve Tanzania'ya kadar gerçekleşen ve sürdürülen ampirik yerleşik bir uygulama olarak görülmektedir. Bugünkü uygulamaya bakıldığında aynı coğrafya üzerinde eski Mısır'a ait bir uygulama olduğu önemli bir kanıt olarak ortada durmaktadır. MÖ 163 civarında bir Yunan papirüsünün kadınlar sünnet olurken çeyiz alırken kaydettiğini gösteren arşiv belgelerinin bulunduğu bahsedilmektedir.

Aslında, Hıristiyanlığın ortaya çıkmasından önce yaygınlığından bahseden birkaç Yunan bilim adamı da mevcuttur (Hosken, 1981).



Şekil 2.2. Kadın Genital Mutilasyon uygulamasının ortaya çıkışı.

Genel olarak, uygulamanın, Frank P. Hosken'e göre sünnetli ve infibule mumyaların bulunduğu Mısır'da ortaya çıktığına inanılmaktadır. Arap tüccarlar vasıtasıyla kabileler arasında giderek Kızıldeniz kıyılarının mücavir bölgelerine yayılmıştır. Uygulamanın ilk olarak infibulasyon şeklinde yayılmış olduğuna inanılırsa zamanla klitoridektomiye evrilerek daha kabul edilebilir bir form haline gelmiştir. Firavunlar döneminde, Mısırlılar biseksüel özelliklere sahip tanrılara inanıyorlardı. Elizabeth Boyle bu özelliklerin ölümlülere yansıdığına inanıldığını, kadınların klitorislerinin eril ruhu, erkeklerin ise dişil ruhun önsezisinin olduğunu anlatmaktadır. Böylece sünnet, kadınlığın bir işareti ve erkeksi ruhundan ayrılmanın bir yolu olarak kabul edilmekteydi. Kadın sünneti, sosyo-kültürel bir norm haline geldikçe, eski Mısır'da kadınların evlenmesi, mülkün mirası ve sosyal kabul için en büyük kriter haline gelmekteydi. Kadının cinselliğini kontrol etmek suretiyle arzularının kontrol altında tutulabilecek cinsel açıdan mütevazî hale getirilebileceği nüfus kontrolünün de sağlanabileceği düşünülerek yapılmış veya başlanmış bir uygulamadır. Evlilik

öncesinde cinsel ilişki yaşamak tehlikesi ve evlilikten sonra eşini daha çok mutlu etmek kaygısı ilkel toplumsal önyargılardan biridir. Bütün bu sosyokültürel verilere bakıldığı zaman Eski Mısır'da hükümdarların yani firavunların KGM'yi uygulamakla bir taraftan tanrısal bir değer, diğer taraftan da hizmetçi ve cariyeye güvenliğini sağlamış oldukları düşünülebilir. Hamile kalması olasılığının azalması da bunlara ilave edilebilir. Bazılarına göre İslam'ın yükselme dönemlerinde Afrika'ya yaygınlaşmasının önünün alınması amacıyla bu uygulamanın hızlandığı prevalansının yükseldiği söylene de buna ilişkin herhangi bir kanıt mevcut değildir (Hosken,1981).

Her ne kadar Kurani bilgi ve sahih sünnet söylemlerinden uzak bir kısım İslam coğrafyası uygulamaları olsa da dini dayanak olarak herhangi bir kanıtları mevcut olmayıp tek kanıtları geçmiş kültürel baskınlıktır. Geçmiş kültürel baskınlık uygulamalarını İslam'dan sonraya taşıyan Yemen, Umman, Malezya, Endonezya, Ortadoğu ve Afrika'nın bir kısım ülkeleri içerisinde zamanla efsaneleşmiş uydurmalar şeklinde kanıtlarla icat edilmiş ve dini bir kılıf da bu şekilde bulunmuştur. Tıbbi uygulama şeklinde yapılan birinci tip KGM Uygulaması Kenya'da "Kuria", "Kikiyu", Masai ve Pokot halkı ile Tanzania'da "Zaramos", Mali'de "Dogon" ve "Bambara" adlarıyla halk arasında yaygındır. Bölgede yaşayan din bilginleri gelir getirici toplumun sosyal yapısını koruyucu geleneksel izah dışında herhangi bir kanıtla sahip değildir. Batı dünyasının köleleştirerek batıya naklettiği bireyler arasında da uygulama mevcuttur. 1950'lerde eşcinsellikten kadın mastürbasyonuna ve depresyona kadar uzanan 'doğal olmayan kadın cinsel davranışlarına' bir tedavi olarak bakılmıştır. Batı ülkelerindeki 'genital değişimler'e yapılan atıflar da yabancı değildir. Aslında, Obiora, 1800'lerin başında bu tür tartışmaları açıkça desteklediğini ifade eden İngiliz jinekolog Isaac Baker Brown'ın söylemlerinin olduğundan da bahsedilir (Totaro et al. 2011).

Hindistan bölgesine Kuzey Afrika bölgesinden ticaret yoluyla giden kervanların kendi kültürünü götürmesiyle oluşturulduğu düşünülmektedir. Bu bölgede eskiden beri bu uygulamayı bilen sünnetçi ya da tıp çalışanları tarafında daha hafif uygulandığı bilinmektedir.

KGM bütün evrimsel tarihi boyunca farklı nedenlere bağlı, çeşitli tezahürler şeklinde, değişik anlamlar ve anlatılar yüklenerek, kültürlerdeki efsane şiir ve mitolojik öğelerin de işin içine katılması suretiyle karışık bir antropolojik açıklamasının olabileceği düşünülmektedir. Sadece kadın genital mutilasyon üzerinde yapılmış ciddi antropolojik araştırmalar henüz çok eksiktir (Sweileh,2016). Kadın sünneti ile ilgili literatürün bibliyometrik analizi: (1930 – 2015) adlı makalesinde Toplam 1035 dergi makalesine bakıldığını bunların 688'i (% 66,47) araştırma, geri kalanı inceleme; (131; % 12,66), not (74; % 7,15), mektup (62; % 5,99), başyazı (31; % 3,0), kısa anket (28; % 2,71), konferans bildirileri (14; % 1,35) ve basında çıkan makaleler (7; % 0,68) şeklinde sınıflandırmıştır. Bu makalelerin 15 farklı dilde yayımlandığı; İngilizce (931; % 89,95) birincil dildi. Bunu Fransızca (31; %3,0) ve Almanca (22; % 2,13) izledi. Makale başına ortalama 7,73-7998 atıf aldığını ve makalelerin h-endeksinin 37 olduğunu belirtmiştir. FGM/C ile ilgili en eski yayınlar 1931'de *Lancet'te* yayınlanmıştır (Sweileh, 2016).

Sünnetin tarihi perspektifi üzerinde çalışma yapan hemen bütün bilim insanları erkek sünneti ile kadın sünnetinin hiçbir şekilde aynı potada değerlendirilemeyeceğini ifade ederler. Yahudi dininde sünnet Tanrı ile İbrahim'in arasındaki anlaşmayı sembolize etmek üzere kullanılır. Ancak en eski sünnetin Mısır'da MÖ 2300 yılına ait olduğu da unutulmamalıdır. İsa (A.S) her ne kadar sünnetli doğmuş olsa da erkek sünnetinin milattan binlerce yıl önce yapıla geldiği bilinmektedir. Kadının sünnetinde zarar verici yaralayıcı ve hayatı sağlık açısından tehlikeye düşürücü olan her uygulamayı ahlakın dışında kabul eden İslami inanışın bir parçası olması düşünülememelidir.

Latince circum (etraf) cision (kesmek) kelimelerinden müteşekkil olan bu uygulama olarak bilinir. İlk defa 1862'de Luksor'da bulunan Ebers papirüsü bir arkeolog olan Alman Georg Moritz Ebers (1837-1898) tarafından okunduğunda ortaya çıkan şey; Teb'deki bir mumyaya ait ve MÖ 3000'e dayanan sünnet fiilinin uygulanmasını anlatıyordu. İlginç olan Mısırlıların M.Ö. 3000 yılında sünneti dini bir ritüel olarak mı yoksa geleneksel bir faaliyet olarak mı yaptıklarıdır. Daha sonra yapılan çalışmalar Mısırlıların sünnetin, iyi bir hijyenini sağlamak için profilaktik bir hijyenik önlem olarak yapıldığı anlaşılıyor. Bunun bir ritüel şeklinde ilk dönemde sadece rahipler, soylular ve tabii ki kraliyet hanesinin erkekleri için özel olduğu anlaşılmaktadır.

Sünnete ilişkin benzer tarihi vesikalar Ortadoğu'da yaşayan Keldaniler, tarafından da uygulandığı Sir Henry tarafından bulunan kil tabletlerde belgelenmiştir. 1849'da Asurluların Ninova (bugün Irak sınırları içinde bulunan Musul vilayetine bağlı tarihi bir kent) Kraliyet sarayından alınarak şu anda Londra'daki British Müzede sergilenen tabletlerde; Kral Asurbanipal (MÖ 668-626) sünnet töreni ve bilgisi yer almaktadır. Yahudiler arasında yaygın inanışa göre M.Ö. 1600 yıllarında bile sünnet vardı ve hâlâ da öyle devam etmektedir. İncil'de de (Yaratılış, 34) açıkça bahsedilmiştir. Zaten "khatana" (sünnet) terimi, İbranice'de "erkek arkadaş", ergen anlamına gelen "hatan" kelimesinden türemiştir. Ayrıca, bu nedenle hala bugün Afrika'nın bazı bölgelerin kabileleri tarafından ergenlik döneminde gerçekleştirilmektedir.

Finikelilerin sünneti bildiği ve erkeklerini sünnet ettirdikleri bunun da hijyenik bir sebebe dayandırdıkları anlaşılmaktadır. Yine Yunanistan'da sünnet Herodot tarafından tarif edilmiştir. Antik Roma'da sünnet yaygın yapıyor idi. Ayrıntılı olarak açıkladığı "De Medicina" adlı eserinde erkek ve kadın cinsel organlarının hem anatomisi hem de patolojisi, fimosiz tedavisi anlatılmıştır. Celsus'un bu uygulaması Roma'da da yaygındı (Totaro et al. 2011). Her ne kadar tabletlerde Ebers Papirüslerinde daha ziyade erkek sünneti anlatılmış olsa da yer, yer kadın sünnetine de işaret edilmiş ve papirüslerde bu açıkça verilmiştir. Sıhhi ve hijyenik kaygılarla yapılan erkek sünneti kadın cinsel kesimi ya da yaralanması ile hiçbir şekilde insani ve ahlaki olarak kıyaslanamaz.

Uluslararası alanda ise KGM, 1979 yılında Hartum Semineri olarak bilinen Dünya Sağlık Örgütü Kadın ve Çocuk Sağlığını Etkileyen Geleneksel Uygulamalar isimli toplantıda çok uluslu taraflarca gündeme getirilmiştir (Soyer, 2014). Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Sözleşmesinin (1989) çocukları zararlı uygulamalara karşı koruma hükümlerini içermesi de bu tarihten sonra deklare edilmiştir (Akdemir, 2017). KGM ile birlikte dünyada çocukların maruz kaldıkları 11 şiddet türü, çocukların zorla evlendirilmeleri, çocuklar arasında ayrımcılık yapma, çocuk işçiliği, çocukların cinsel istismarı, aile bakımının yokluğu, evsizlik, aile içinde çocuklara yönelik şiddet, okullarda ve eğitim kurumlarında şiddet, silahlı çatışmalardaki çocuklar ve zararlı uygulamalardan çocukları koruma bu sözleşme ile etraflıca ele alınmıştır (Unicef, 2016).

2.3. KGM'NUN TERMİNOLOJİSİ

Kadın sünneti uygulaması için farklı terimler kullanılmaktadır. İngilizce konuşulan ülkelerde insanlar kadın sakatlama, kadın sünnet veya kadın genital kesmelerini kullanmaktadır. KGM 1880'lere kadar, İngilizce'de yaygın olarak kadın sünneti "female circumcision" olarak bilinirdi. Bu ifade şekli erkek sünneti ile ciddiye açısından bir eşdeğerlik anlamına gelmekteydi. Bu da gelişmiş ülkelere normal bir uygulama gibi algılanır, üzerinde ciddi bilimsel ve sosyal eğilmeye gereksinim duymadan bu şekilde sürdürülürdü. Kenya Misyoner Konseyi 1929'dan itibaren İskoçya Kilisesi misyoneri Marion Scott Stevenson'ın öncülüğünde bir grup tarafından bu işlem "kadınların cinsel sakatlanması" olarak dile getirildi. Uzun bir süre de bu isim altında zikredildi. KGM'ü uygulaması 1970'ler boyunca sadece "mutilasyon" olarak kısaltılarak kullanıldı. Kadın sünneti veya KGM olarak isimlendirilen bu genital uygulamanın ifadesindeki değişiklikler birçok farklı isimle anılmaktadır. Uluslararası toplumsal kuruluşlar bu uygulama için harekete geçince üzerinde daha çok çalışılıp, yıkılmış kişilikler çok daha fazla araştırma konusu edilir.

Birleşmiş Milletler bu uygulamalarla ilgili ilk çalışmalarını antropolojik bir yaklaşımla gerçekleştirerek DSÖ'nün de benimsediği "Kadın Sünneti" kavramını isim olarak kullandı. KGM'un bundan sonraki ifadesi de kahir ekseriyetle bu isimle devam edilmekteydi. Bununla birlikte uygulamanın olduğu toplumlarda birçok kişi bu terimin ötenazi yaptığına ve uygulamayı "normalleştirdiğine" inanır. Bunu da yaygın olarak kabul edilen erkek sünneti ile eş değer değerlendirilmesine bir tepki olarak ifade etmekteydi. 1970'lerin ortalarında, zamanın feminist aktivistleri bu geleneğin uygulanan bireyler üzerinde yaratabileceği zararlı sonuçları vurguladılar. Bunun kişisel sağlığa, psikolojik ruh haline, aile yapısına ve sosyal birey rolü bakımından bir insan hakkı kırımını olduğunu savunmaktaydı (Werunga et al. 2016).

Buna göre, normal, sağlıklı dokuya verilen hasarı tanımlamak için, "sünnet" yerine "sakatlama" terimini kullanmaya başlanmıştır. Zaman içerisinde KGM'yü yüklenen bu anlamın da haklı olduğu benimsendi ve ifade içerisinde "sakatlama" terimi kullanılmaya başlandı. Genel olarak 1990'lardan beri, "Kadın Genital Mutilasyon

(KGM)’’ kavramı uluslararası çapta kabul görmüştür. Bu da literatüre resmi bir tanım olarak bu haliyle geçmiştir (Cutner, 1985; Banks et al. 2006).

Kadın sünnetinin yaygın olduğu ülkelerde uygulama, genellikle arınmayı imaeden düzinelerce terimle ifade edilir. Mali dili olan Bambara dilinde ‘bolokoli’(ellerini yıkamak), doğu Nijerya'daki İbo dilinde ‘isa aru’ veya ‘iwu aru’ (banyo yapmak), Somali’de ‘qodob’ (dikmek) ve Arapçada arınma en yaygın kullanılan terimlerdir. Başka bir Arapça terim olarak erkek ve kadın sünneti (tahur ve tahara) şeklinde kullanılmaktadır. Bu uygulama bin yıllık geleneği olan Afrika yerlilerinde hemen her kabile için farklı tanım, isimlendirme, anlam yükleme, lakap üzerinden isimlendirme olmak üzere çok çeşitli kelime dizgeleri ile ifade edilegelmektedir. İfadesi her nasıl olursa olsun Afrika genelinde ve Arap ülkelerde iki tip mutilasyondan bahsedilebilmektedir (Devereux, 1981). Bazı toplumlarda biri bazılarında da ikisi birden mevcuttur. Bunlardan biri, bilim nomenklatüründe “’infibülasyon’’ olarak bilinen “firavun sünneti’’ dir. Daha ziyade bu isim ile ünlüdür. Zaman içerisinde kısaltılmış olarak, kısaca ‘Firavun’’ olarak bilinir, söylenir. Diğer de uygulamanın olduğu toplumlarda sadece "sünnet’’ olarak adlandırılmaktadır. Sünnet kelimesi de her dilde kendi linguistiğine göre ima ve tanımı algı olarak küçük değişimler gösterebilir pratikteki karşılığı KGM uygulamasıdır (Abdalla, 2006; WHO, 2007; Yoder & Khan, 2008). Uygulamanın ortadan kaldırılması ve genç kızların korunması hususunda dilsel ve anlamsal kavramların ayrımının yapılmasıönemlidir.

2.4. KGM UYGULAMA NEDENLERİ

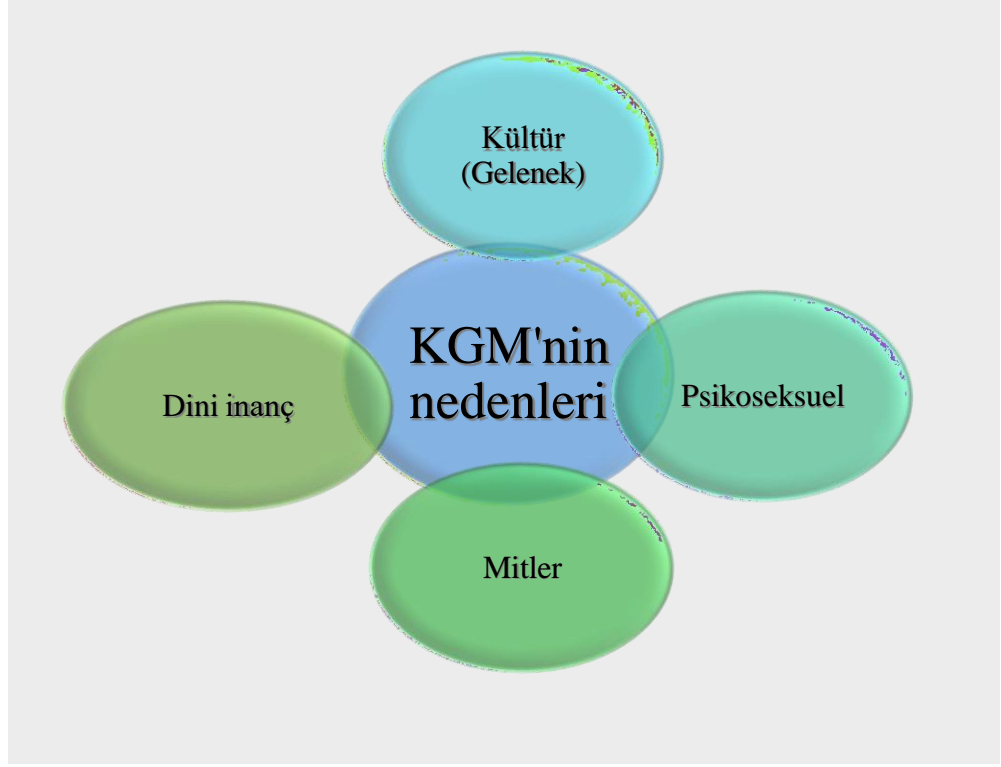
KGM bir ailenin toplumlar tarafından kabul edilebilmesi için toplumsal normlar yaratan derin sosyolojik köklere sahip olması gerekir. Aileler kızlarını, bu normların kurallara uyararak kurban etmektedir. Kızlarına bu uygulamayı yapan aileler toplum tarafından onurlu bir aile olarak görülmektedir. Bu ailenin kızı temiz, edepli ve evlenilebilir biri olarak görülmektedir (Klein et al. 2018).

KGM nedenleri toplumdan topluma değişmektedir. Genellikle gelenek devamlılığı, dini inançlar, temizlik, güzellik, sosyoekonomik, kadın arzusunun kontrol edilmesi ve

erkeklerin cinsel hazzını artırdığı düşüncesi uygulamanın devamlılığını sağlayan bazı an etkenler olarak gösterilir (şekil 3)

KGM genellikle bebeklik döneminde ve 15 yaş öncesi kız çocuklarına yapılmaktadır. Sosyal baskı ve dini nedenlere bağlı inançlardan dolayı yapılmaktadır. Başka bir nedeni de güzellik ve saflık fikirleri gibi kültürel ve sosyal nedenlerin bir karışımı olan uygulamadır. KGM geçmişinin Hristiyanlık ve İslam'ın yükselişinden öncesine dayandığı bir gerçektir. KGM cinsiyetler arasındaki köklü eşitsizlikleri ortaya koymaktadır. Her zaman erkekler kadınları kontrol etme gücü bulmuş ve bu uygulamada bir erkek egemenliğini göstermektedir. Bu uygulama yaygın olduğu ülkelerde, KGM genellikle sorgusuz sualsiz hem erkekler hem de kadınlar tarafından desteklenmektedir. Bu normlara uymayan aileler veya bireyler de kınama, nefret ve toplumdan dışlanma ile karşı karşıya kalabilmektedir. Ailelerin toplumun desteği olmadan bu uygulamadan vazgeçmesi zordur. Uygulamanın kız çocuklarına zarar verdiği bilindiği halde uygulanmaktadır. Çünkü uygulamanın algılanan sosyal yararları dezavantajlarından daha yüksek olduğu uygulayıcılar tarafından bile kabul edilmektedir (UNFPA, 2020).

Daha önce yapılan bir anket çalışmasında, katılımcıların arasında kadın ve erkeklerin bulunduğu bir grup sünnet derisi çıkarılmadığı zaman najis ve safsızlık olduğunu ifade etmişlerdir. Anketteki genç erkekler ise, bu uygulamanın kadınların daha temiz olmasını sağlayacağını ifade etmiştir. Kadınların erkeklerden daha fazla najisi olduğunu fikrini taşımaktalar. Çalışmaya katılan bazı ebeveynler bu geleneği sünnetçi tarafından 'saflaştırma' olarak adlandırmakta ve bunun herhangi bir kesimi içermediğini açıklamıştır. Başka bir düşünce ise KGM'nin kadınları hastalıklardan koruduğuna inanmaktadır (Tasneem, 2021).



Şekil 2.3. KGM Nedenleri

2.3.1. Dini İnançlar

KGM dini bir uygulamadan ziyade kültürel bir uygulamadır. Aslında, birçok din lideri bu uygulamayı kınamaktadır. KGM uygulayıcıları arasında bunun dini bir gereklilik olduğu yönünde yaygın bir görüş vardır, yaygınlık oranları genellikle coğrafyaya göre değişmekle birlikte uygulamanın devamının özel, sosyal baskı, sağlık hizmeti bilgisi eksikliğinden ve kadının toplumdaki konumundan ne ölçüde etkilendiği konusunda devam eden bir tartışma vardır. Bu uygulama hiçbir fayda sağlamamakta ve ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır.

KGM ağırlıklı olarak belirli Müslüman toplumlarda uygulanmaktadır. Ancak bazı Hristiyan ve animist gruplar içinde de mevcuttur. Uygulama İslam'ın çoğu biçimi tarafından gerekli değildir. Fetvalar KGM'yi yasaklamak yerine kararı ebeveynlere bırakarak aleyhine tavsiyelerde bulunur. KGM ne İslam ne de Hristiyanlık tarafından onaylanmasa da sözde dini doktrin genellikle uygulamayı haklı çıkarmak için kullanılır.

KGM belirli bir din tarafından gerekli değildir ve hiçbir din KGM'yi desteklemez veya göz yummaz. Yine de verilerin mevcut olduğu 14 ülkeden dördündeki kız ve kadınların yarısından fazlası KGM'yi dini bir gereklilik olarak görmektedir. KGM genellikle İslam'la bağlantılı olarak algılsa da birçok İslami gruplar KGM'yi uygulamamaktadır. Bazı Hristiyanlar, Etiyopya Yahudileri ve bazı geleneksel Afrika dinlerinin takipçileri de dahil olmak üzere birçok İslami olmayan grup da bunu yapar (UNFPA, 2020).

2.4.2. Kültürel Devamlılığı

KGM, yaygın olduğu ülkelerde çok eski asırlardan beri devam eden bir gelenek olduğundan, uygulamanın zararlarından daha çok faydaları olduğuna inanılmaktadır. KGM, kız çocuğunun ileride toplum içinde değer görebilmesi için vazgeçilmez olarak görülmektedir. KGM, bir kızın kadınlığa kabulünün bir parçası ve bir topluluğun kültürel mirasının içsel bir parçası olarak görülür. Yapılan bir çalışmada onur temelli şiddetin bir alt ölçeği olarak kadınlara bakılması ile kadın genital sünneti arasındaki ilişki olumlu ve anlamlı görülmektedir. İkinci faktörde, kadınlar için bu faaliyetlerin onurlarını korumaya yönelik bir faaliyet olmasıyla kadın genital sünneti arasında olumlu ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada cinsel önyargı ve kadın genital sünneti arasında önemli bir ilişki gözlemlenmiştir (Mahmoudi and Hosseini, 2018).

2.4.3. Gerçek Olmayan İnanışlar

Dünyada farklı ülkelerde eski çağlardan itibaren kulaktan dolma bilgiler günümüze kadar gelmiştir. Bazı etnik gruplarda, kadın cinsel organı kirli ve çirkin olarak kabul edilir ve görünürde hijyen ve estetik çekiciliği teşvik etmek için KGM uygulaması yapılmaktadır (UNFPA, 2020).

KGM uygulamasının arkasındaki nedenler gelenek ve kültürel miras içinde derinden yerleşmiş ve bu nedenle karmaşık ve açıklaması zordur. Gündümler toplumlar arasında değişmekle birlikte ortak temalar mevcuttur. KGM'nin genellikle dini bir kökene sahiplik veya belirli dinlerin bir gereği olduğuna inanılmaktadır. Ancak, durum böyle

değildir. Bazen kadın cinsel organı hakkındaki mitler (örneğin, kesilmemiş bir klitoris penis boyutuna kadar büyüyeceği veya KGM'nin doğurganlığı artıracığı veya çocuk hayatta kalmasını teşvik edeceği) uygulamayı sürdürmektedir

2.4.4. Sosyo-Ekonomik Durum

Birçok toplumda KGM evliliğin ön koşuludur. Somali içinde durum böyledir. Kadınların büyük ölçüde ekonomik olarak erkeklere bağımlı olduğu durumlarda, ekonomik gereklilik önemli güç olabilir. KGM uygulayıcılar için de önemli bir gelir kaynağı olmaktadır. Bugün dünyada KGM tıbbileştirilmiş ve sağlık çalışanları ücret karşılığı bu uygulamayı yapmaktadır. Sağlık çalışanının bu uygulamayı yapması daha güvenli olsada DSÖ uygulmanın zararlı olduğundan sağlık çalışanlarını uyarmaktadır (DSÖ ,2010; Morhason et al. 2020).

2.4.5. Psikoseksüel Durum

KGM, cinsel organın bazı kısımlarının, özellikle klitoris çıkarılmazsa doyumsuz olduğu söyleyen kadınların cinselliğini kontrol etmenin bir yolu olarak gerçekleştirilmektedir. Evlilik öncesi bekaret ve sonrasında sadakati sağladığı ve erkek cinsel zevkini arttırdığı düşünülmektedir. Kadın genital sünneti (KGM), bunu uygulayanlar tarafından, kadının libidosunu azalttığına ve bu nedenle "yasadışı" cinsel eylemlere direnmesine yardımcı olduğuna inanılmaktadır. Örneğin, "daralmış veya kapalı" bir vajinal delik açmanın acısının korkusu (tip III KGM'nin bir sonucu olarak) dışarıda bu tür KGM ile yaşayan kadınlar arasında "yasadışı" cinsel ilişkiden vazgeçirmesi beklenmektedir (Okomo et al. 2017).

KGM evlilik için önemli bir araç olarak hesaba katılmaktadır. Anket sonuçlarına göre, genç erkekler çok daha fazla uygulamayı yaptıran kızları tercih etmektedir. Bu, gençlerin çoğunluğunun KGM'nin adet, cinsel doğurganlık veya doğumla ilgili sorunlara neden olabileceğini düşünmediği anket sonuçları ile ortaya çıkmıştır (Tasneem, 2021).

2.5. KGM TIPLERİ

KGM'nin çeşitli sınıflandırmaları vardır. Dünyada farklı tiplerde yapılmaktadır. Bu tiplere göre kadın sağlığı üzerindeki etkileri de değişmektedir. Bütün dünyada kullanılan meşhur sınıflandırmayı 1997'de DSÖ, UNICEF ve UNFPA, ortak olarak dört majör tip (Çizelge 5). Sınıflandırma yapmış ve bir bildiriyle yayınlamıştır (DSÖ, UNICEF ve UNFPA, 1997).

Bu sınıflandırma yıllardır kullanılmaya devam etmektedir. KGM'nun farklı tipleri daha detaylı olarak ele alınabilmesi için KGM'nin tipleri alt bölümlerine ayırmaya ihtiyaç duyulduğu için yeniden sınıflandırılmıştır. Uygulama yapılırken hasar gören doku miktarı ve yaygınlığı yanı KGM tipiyle, kişinin sağlığı üzerindeki etkisi riskleri ile ilişkilidir. Son sınıflandırma dört ana KGM tipi ve bunların alt türleri aşağıdaki gibidir.

Çizelge 2.3. KGM Tipleri (Kaynak: DSÖ 2018. Erişim Tarihi: 24.01.2023)

Tipi	Ana sınıflandırma
Tip 1	Klitoris kısmi veya tamamen çıkarılması (klitoridektomi) veya sadece çok nadir vakalarda prepuce (klitorisi çevreleyen mukoza kıvrımının) çıkarılmasıdır.
Tip 2	Klitoris ve labia minoranın kısmi veya tamamen çıkarılması, labia majora eksizyonunu da içerebilir. (Eksizyon)
Tip 3	Vajinal açıklığın bir kapama oluşturarak daraltılması (infibülasyon). Klitoris çıkarılması veya çıkarılmadan iç veya dış labiyanın kesilmesi ve kesilmeden yeniden konumlandırılması. Sadece menstrüel kanın ve idrar geçişine izin verecek kadar küçük bir delik oluşturulmasıdır.
Tip 4	Kadın genital bölgesine bir cisim batırma, delip çıkarma, kazıma ve dağlama gibi tıbbi olmayan amaçlarla kadın genital organına verilen bütün zararlı uygulamaları içermektedir.

Tip I. Klitoridektomi veya ‘‘sunna’’ olarak da bilinen klitorisin kısmi veya tamamen çıkarılması (klitoridektomi veya sadece çok nadir vakalarda prepuce (klitorisi çevreleyen mukoza kıvrımının çıkarılmasıdır.

Tip I KGM’nun büyük versiyonları arasında ayırım istendiğinde aşağıdaki küçük versiyonları kullanılabilir:

Tip I.a. Sadece (prepus) klitoral başı çevreleyen derinin çıkarılması.

Tip I.b. Prepus ile klitoral başın çıkarılması.

Tip II. Klitoris ve labia minoranın kısmi veya tamamen çıkarılması; labia majora eksizyonunu da içerebilir. (Eksizyon) Tip II KGM'nin büyük versiyonları arasında ayırım yapmak istendiğinde aşağıdaki küçük versiyonları kullanılabilir.

Tip II.a. Sadece labia minoranın çıkarılması.

Tip II.b. Klitoral glans ve labia minoranın kısmen veya tamamen çıkarılması. (Prepus etkilenebilir).

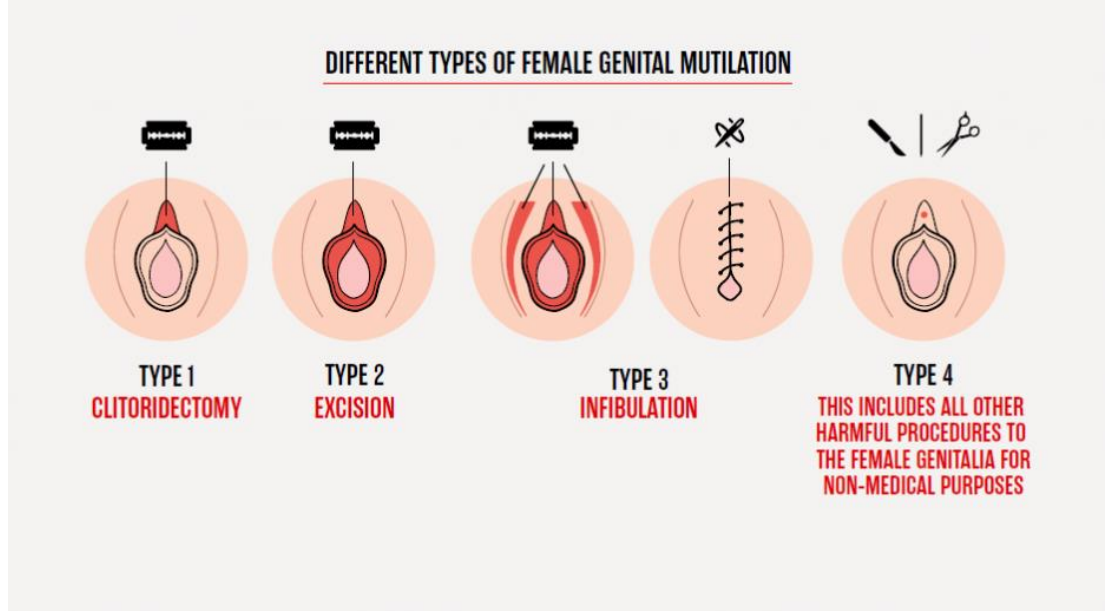
Tip II.c. Klitoral başın, labia minör ve labia majorun kısmen veya tamamen çıkarılması

Tip III. En şiddetli tip olan Tip III, infibülasyon veya ‘‘pharaonic’’ olarak da bilinen, vajinal açıklığın bir kapama oluşturarak daraltılmasıdır (infibülasyon). Klitorisin çıkarılması veya çıkarılmadan iç veya dış labianın kesilmesi ya da kesilmeden yeniden konumlandırılmasıdır. Sadece Menstrüel kan ve idrar geçişine izin verecek kadar küçük bir delik bırakılmasıdır. Tip III KGM’nun büyük versiyonları arasında ayırım yapmak istendiğinde aşağıdaki alt bölümler kullanılmaktadır.

Tip III.a. Labia minoranın çıkarılması ve yeniden konumlandırılması.

Tip III.b. Labia majoranın çıkarılması ve yeniden konumlandırılması.

KGM komplikasyonlarının anlaşılması ve tedavi edilmesi için son yıllarda bu sınıflandırma kullanılmaktadır. Vakaların yaklaşık %15'inde KGM'nin en şiddetli formu olan infibülasyon, labianın çıkarılması ve vulva ile birlikte dikilmesini içerir. Bu uygulama kadının hayatını riske atar.



Şekil 2.4. KGM tipleri. Kaynak: <https://www.fgmeducation.com/what-is-fgm-3/>

KGM bazı ülkelerde sağlığa zararlı bir uygulama olduğunun farkında olunmadan sadece atalarının yolundan ilerlemek adına yapılabilmektedir. Kültürel gereksinimlerini yerine getirerek ve dini gerekçe göstererek bu acı verici uygulamayı kızlarına reva görmektedirler. KGM gelişmiş ülkelerde hiç duyulmamış olabilirken, diğer ülkelerde uygulama kızlara % 95 oranında veya daha fazla yapılmaktadır. Tip I çoğunlukla Etiyopya, Eritre ve Kenya'da uygulanmaktadır. Tip II, Benin, Sierra Leone, Gambiya ve Gine gibi Batı Afrika'nın bazı ülkelerinde gerçekleştirilmektedir. Somali, Kuzey Sudan ve Cibuti'de genellikle tip III yaygın olarak yapılmaktadır. Kuzey Nijerya'da vajinaya aşındırıcı "*gishiri*" denen bir yabancı cisim sokarak "*angurya*" olarak bilinen bir işlem yapılarak, vajinal deliği kazıyarak KGM'nun tip- IV gerçekleştirilmektedir (MANDARA, 2004; NOUR, 2008). Dünya genelinde tip II KGM, tüm uygulama vakaların tahmini %80'ini temsil eden en sık uygulanan tip olarak karşımıza çıkarken Tip III, Afrika'da toplam KGM'nun yaklaşık % 10'unda uygulanmaktadır.

2.6. KGM'NİN TIBBİLEŞTİRİLMESİ

DSÖ'ye göre, KGM'nin tıbbileştirilmesi; toplum sağlığı çalışanı, ebe, hemŐire veya doktor gibi sağlık persoli tarafından bir sağlık kuruluşu tarafından gerçekleştirilmesi anlamını gelmektedir. Tıbbileştirilmiş KGM, kamu veya özel bir klinikte, evde veya başka bir yerde yapılabilmektedir. Uygulama tıbbileőtirilse bile sonuçları itibariyle bu durum kadının vucuduna müdahale etmenin dışında bir anlam ifade etmemektedir. KGM tıbbileştirilmesi uluslararası kurumlar, Birleşmiş Milletler tarafları ve temsil ettikleri ye devletle arasındaki uzlaŐmayı yansıtmamaktadır.

Aynı zamanda, 2030'a kadar KGM'nin tüm biçimlerini ortadan kaldırmaya yönelik küresel çalışmalara ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerini olumsuz etkilemektedir. KGM'nin tıbbi geçmiŐi olmayan biri tarafından değil de yetenekli bir sağlık çalışanı tarafından yapılması kimilerince güvenli görülse de sonuçta bu uygulamanın asla güvenli olmadığı sonucuna varılmıştır. İŞlem steril bir ortamda ve bir sağlık uzmanı tarafından yapıldığı zaman bile, hemen veya daha sonra ciddi sağlık sorunları doğurabileceği görüŐü hakimdir. Tıbbileştirilmiş KGM yanlış bir güvenlik hissi vermektedir. Tıbbileştirilmiş uygulama dahil olmak üzere KGM'nin her türlüsü kişi sağlığının üzerinde ciddi riskler taŐımakta ve hiçbir faydası yoktur. Kız çocuklarının ve kadınların genital organlarının kesilmesinin veya zarar görmesi için her türlü zararın savunulması ve sağlık personelinin bunu gerçekleőtirmesi gerektiğinin ne sürülmesi halk sağlığı ve insan hakları açısından kabul edilemezdir. Kadın genital mutilasyonunu yapan eğitilmiş sağlık profesyonelleri, kız çocuklarının ve kadınların yaşam, fiziksel bütünlük ve sağlık haklarını ihlal etmektedir. Ayrıca "zarar vermemek" için temel tıp etiğini ihlal olarak kabul edilmektedir. Uygulamanın ok Şiddetli tiplerinden daha az Şiddetli ve küçük bir kesim daha az zarar verir inancı da kanıtlanmamıŐtır. Daha önce yapılan alıŐmalarada aileler önceki uygulamada memnun kalmadıkları için kızlarına yeniden infubilasyon yaptıklarını bildirmiŐlerdir. Sağlık personeli KGM yaptığında, uygulamanın kadın sağlığını faydalı yönde meŐrulaŐtırmaktadır. Sağlık personeli genellikle toplumda g, yetki ve saygıya sahip olduğundan, prosedürü daha da kurumsallaŐtırabilmektedir (WHO, 2010).

2.7. KADIN EKSTERNAL GENİTAL ANATOMİ VE FİZYOLOJİSİ

Vulva, kadın eksternal genital organını yapan tüm yapıları tanımlayan yaygın bir terimdir. Labia minora, klitoris, vestibüler ampuller ve üretranın toplamı ile labia majora ve vestibule tarafından oluşturulur. Bu yapılar, ön perine bölgesindeki kasık senfonisinin arkasında, ürogenital diyaframın altında bulunur. Kadın erektil organlarının anatomisi ve fizyolojisi bilgisi, kadınların cinsel sağlığı açısından önemlidir.

Mons Pubis, kasık kemiklerinin hemen ön kısmında bulunan yağdan oluşan birdoku kabarcığıdır. Bu doku kabarcığı kadınlarda belirgindir ve genellikle kasık kıllarıyla kaplıdır. Mons pubis, cinsel ilişki sırasında yastıklama kaynağı olarak işlevyapar. Mons pubis ayrıca cinsel ilişki sırasında feromon salgılayan yağ bezlerini içermektedir.

Labia Majora, vulval yarıkların lateral boyuna sınırlarını oluşturan önemli bir çift kütanöz cilt kıvrımıdır. Labia majora, labia minora, klitoris, vulva vestibule, Bartholin bezleri, Skene bezleri, üretra ve vajinal açıklığı kaplayan kıvrımları oluşturur. Labia majora kıvrımlarının ön kısmı, mons pubis'in hemen altındaki ön labiaları oluşturmak için bir araya gelir. Labia majora'nın arka kısmı bir araya gelerek arka labiaları oluşturur.

Labia Minora, klitoriste başlayan ve aşağı doğru uzanan bir çift küçük kütanöz kıvrımdır. Labia minora'nın ön kıvrımları, klitoral kaputu oluşturan klitorisi ve klitorisin frenulumunu çevreler. Daha sonra labia minör, vulva vestibülün sınırlarını oluşturan eğik ve aşağı doğru iner. Sonunda, labia minora'nın arka uçları, labia minora'nın frenulum adı verilen bir cilt kıvrımı ile birbirine bağlanır ve sona erer. Labia minora, vulva vestibuleyi kuşatacak ve labia majora ile vulva vestibule arasında sona erer. Cinsel uyarılma ile labia minora kanla kaplanır ve ödemli hale gelir.

Klitoris, tıp tarihinde eksik anlatılması ile beraber hep var olmuştur. Klitoris evrensel olarak kabul edilen görevi kadın cinsel zevkini sağlamaktadır. İç ve dış yapılardan oluşan karmaşık bir anatomi yapıya sahip olan bir genital organdır. Bununla birlikte,

klitoris yüzyıllardır görevinden dolayı olumsuz tartışmalarla yüzleşmiştir. Hipokrat dönemine kadar uzanan kadın cinsel işlevine olan ilgiye rağmen, klitoral anatomi ve fonksiyonları ile ilgili bilgiler yeni çalışmalarla değişmiştir. Klitoris ile ilgili çalışmalar son zamanlarda önemli ilerleme kaydetmiştir. Klitoris erkek benzerleri ile karşılaştırıldığında kötü karakterize bir yapı olarak düşünülmektedir. Klitorisin tıbbi metinlerde etiketlenerek 1950'lerden 1970'lerdeki feminist hareketlere kadar bir sembolik yapı niteliğine büründürülmüştür (Mazloom, 2014). Klitoris; tıp ve anatomik metinlere döndüğünde, etiketler genellikle çok basitti. Kadın cinsel organının tasvirleri büyük ölçüde erkek cinsel zevklerine odaklanarak tasarlanmıştır. Ancak mevcut yüzyılda klitoris, KGM karşı yürütülen kampanyalarda kadın haklarının savunuculuğunun bir sembolü haline gelmiştir. Klitoris olgusu, gelişimi ve bu önemli organın düzgün bir şekilde anlamak için daha fazla araştırma yapılmıştır. Ayrıca, ultrason, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve kadavra diseksiyonları kullanılarak klitorisi birden fazla görüntüleme mahareti anatomisini karakterize etme yeteneğini artırmıştır (Mazloom, 2014).

Klitoris üç bölümden oluşmaktadır, bu bölümler, Klitoris glans, korpus ve krusgövdesi olarak tanımlanır. Klitorisi yapan alttaki doku korpus kavernözdür. Korpus kavernöz, birleşen ve glans klitoris olarak vulvanın dış kısmına çıkıntı yapan bir tür erektil doku olarak tanımlanır. Proksimsal olarak, dokunun iki ayrı ucu klitorisin klitoris bacakları veya kanatları ve klitoris gövdesinin kanatlarını oluşturmaktır.

Glans klitorisi klitorisin tek görünür kısmıdır. Glans klitoris sinirler tarafından oldukça içselleştirilir ve birçok kan damarı tarafından perfüzyona uğrar. Glans klitorisinin tam sayı olmasada sekiz bin sinir ucu ile içselleştirildiği tahmin edilmektedir. Glans klitorisi çok içselleştirildiğinden, cinsel uyarılma sırasında kanla dolar ve kanla kaplanır. Klitoris, erkeğin glans ve corpora kavernöza'nin homologudur. Klitoris dış bir organdır ve çoğu cildin altında bulunan üç erektil doku(glans, vücut ve crura) parçasına sahiptir. Klitoris, organın serbest kısmında, vücuttan ve labia tarafından oluşturulan prepusun içinde bulunan glanslardan oluşur. Klitorisin büyüklüğü önemli ölçüde değişir. Sarkık durumdaki klitoral gövde 1–3 cm 'dir. Glans çapı 3 ila 8 mm arasında değişir ve en yaygın çap 4-5 mm'dir (Puppo, 2010).

Klitoris tanımlamak için glans, prepuce, vücut (veya corpora), crura, ampuller, suspensory ligament ve kökten oluşan bireysel bileşenlerine bölündüğünde anlaşılır. Bu elementler ile nörovasküler cinsel diğer kaynakların fonksiyonel işleyişteki rolü çok önemlidir. Klitoris bileşenleri glans ve korpus 2,4 cm ve krura 9 mm uzunluğundadır. Yapılan çalışmalarda Oral kontraseptiflerin yaşı, boyu, ağırlığı ve mevcut kullanımının klitoral boyut üzerinde hiçbir etkisi olmadığı bulunmuştur; ama parite, nulliparous kadınlarla karşılaştırıldığında daha büyük glans uzunluğu ve genişliği ile ilişkili bulunmuştur. Klitoriste ortadan birbirine yapışkan erektil yapılar olan korpus kavernozum vardır ve bilateral kruralar ile devam eder. Glans klitoris labia minorun devamı gibi görünür. Her korpus kavernozum, kollajen lifler ve vasküler düz kas trabekülleri ile çevrili laküner sinuzoidleri kaplayan kalın fibroz konnektif doku (tunika albuginea) ile çevrilidir. Tunika albuginea penisteki bilaminar yapının aksine unilaminar yapıdadır. Klitorisin iki ayrı krurası ischiopubikrami boyunca pubisin alt yüzeyinde bilateral perineuma doğru uzanır. Klitoral Dupleks ultrasonografi çalışmaları, cinsel stimülasyon boyunca klitoris uzunluk ve çapının arttığını ve kanlanmanın hemen hemen iki katına çıktığını göstermektedir.

Kadın cinsel işlevi için gerekli olan klitoris bu yapının köküdür. Çünkü bu tüm erektil organların birleştiği noktadır. Bu alan son derece duyarlı olup doğrudan stimülasyon, cilt yüzeyine yakın konumdadır lokalize erektil doku ile kaplıdır. Kökün posterior kısmı üretral açıklığa yakındır. Doğrudan stimülasyon, cilt yüzeyine yakın konumuna ve lokalize erektil dokunun kapsamına ikincil uyarın olabilir.

Vestibulumun altında cilt bölgesi klitoris köküdür. Bu alan, kadın cinselliği için büyük önem taşır. Klitoris diseksiyon çalışmalarında, bu bölüm yüzeysel damartarafından işaretlenir. Pars intermedia olarak adlandırılan küme, ayrıca corpus spongiosum ve kök olarak adlandırılır (Mazloom, 2014).

Klitoris, bumerang şeklinde çok düzlemlili bir organdır. Klitoris başı (glans) prepus tarafından kaplanan klinik olarak görülebilen tek kısımdır. Klitoris gövdesi klitorisin süspansiyon bağı ile kasık simfizisine bağı ve crura'dan ischiopubik rami'ye bağı iki derin gövdedir Ampuller, uyarılma sırasında ve labia'nın altında bulunan diğer iki dışi erektil yapıdır. KGM, labia minora veya majora'nın (tip II veya III) kesilmesini

içerebilir ve bu yapıları riske atabilir. Bununla birlikte, ampuller yüzeyselperineal fasya ve bulbokavernöz kasları ile kaplıdır. Uygulma sırasında derin kesimle ulaşırsa, kızda ölümcül veya çok ciddi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Vulvanın diğer cinsel olarak duyarlı dokuları, labia minora epitelinin hemen altındaki vasküler doku ve üretranın korpus spongiosum adı verilen üretral lümenin etrafındaki süngerimsi dokudur. KGM tip II ve III, labia minoranın kesilmesini içerir ve vasküler dokusuna zarar verebilmektedir. KGM komplikasyonları arasında üretral meatus lezyonları içermektedir (Abdulcadir et al, 2015A).

Bartholin Bezleri; Bartholin bezleri daha büyük vestibüler bezler (erkeklerde bulbourethral bezlere homolog) olarak da bilinir. Vajina açıklığında hafif yan ve arka konumda bulunan iki bezeye büyüklüğündedir. Bu iki bez vajina ve labia minora sınırları içinde mukus benzeri bir madde salgılamak için işlev görür. Bu mukus, cinsel ilişki sırasında sürtünmeyi azaltmak için yağlayıcı ve vulva için nemlendirici görevi görür (Quaresma, 2023).

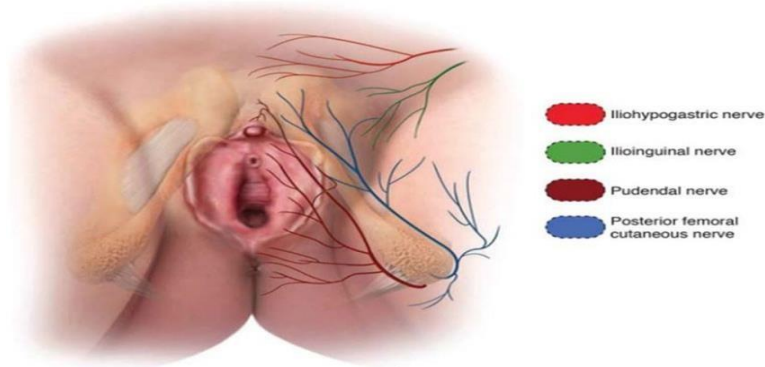
Skene'nin Bezleri; Daha az vestibüler bezler (erkeklerde prostat bezlerine homolog) olarak da bilinen Skene bezleri üretranın her iki tarafında bulunan iki bezdir. Bu bezlerin üretra açıklığını sağlamak için bir madde salgıladığına inanılmaktadır. Bu maddenin aynı zamanda bir antimikrobiyal olarak hareket ettiğine inanılmaktadır. Bu antimikrobiyal idrar yolu enfeksiyonlarını önlemek için kullanılır. Skene bezinin işlevi tam olarak anlaşılamamıştır, ancak cinsel uyarılma sırasında kadın boşalma kaynağı olduğuna inanılmaktadır (Desmarais, 2015).

2.7.1. Kadın Eksternal Genital Organların Innervasyonu

Dış kadın genital organının motor, duyu ve sempatik sinir innervasyonu pudendal sinirden kaynaklanır. Pudendal sinir ikinci, üçüncü ve dördüncü sakral omurga köklerinden oluşmaktadır. Pudendal sinir pelvise daha az siyatik foramen ile girer. Daha az siyatik foramen geçtikten sonra, pudendal sinir pudendal kanalda iskiyal dikenlere doğru hareket eder. Pudendal sinir daha sonra iskiyal omurgayı çevreleyen perine ve dış genital organı içselleştiren dallar oluşturur. Pudendal sinir üç ana dala dallar: klitoris için sırt siniri, dış genital organlar için perineal sinir ve alt rektal sinir.

Klitoris dorsal siniri klitoral ereksiyon için afferent kısmı sağlar. Klitorisin dorsal sinirine ek olarak, klitoris'in kavernöz dokusu, uterovajinal pleksustan gelen kavernöz sinirler tarafından içselleştirilir. Perineal sinir dalına gelince, arka labial sinirler aracılığıyla dış genital organlara duyusalına sağlar. Perineal sinir ayrıca dış üretral sfinktere motor innervasyon sağlayan bir dal verir. Perineal sinir ayrıca perine kaslarını içselleştiren kas sinir dallarını da verir. Son olarak, inferior rektal sinir perianal cilde ve dış anal sfinktere innervasyon sağlar. Labia majora ayrıca ön labial sinirlerden (ilioinguinal sinir dalları) ilave innervasyon alır. Mons pubis ayrıca genitofemoral sinirden ek duyusal innervasyon alır.

Doğum sırasında pudental siniri uyuşturmak yaygındır. Anestezi enjeksiyonu için dönüm noktası iskiyal bölgedir. Önce vajinal kanalın içinden iskiyal omurga için palpe yapılır. Daha sonra anestezi, pudental sinirin duyusal bölgesini bloke etmek için iskiyal omurgaya doğru enjekte edilir. Bu, çocuk doğumu sırasında ağrı hissini azaltmak, perineyi epizyotomiden önce uyuşturmak veya kronik pelvik ağrı sendromlarının giderilmesi için yapılabilir. KGM uygulaması yapanlar bu karmaşık nöronal ve vasküler yeri olan kadın dış genital organlarından doğacak tehlikeden habersiz olabilir (Nguyen, 2021).



Şekil 2.5. Kadın External genital Sinirsel Dağılımı Kaynak: Mazloom, 2014. (Erişim tarihi:25.12 2022).

2.7.2. Kadın External Genital Organların Kan Dolaşımı

Kan dolaşımı ve Lenfatik Dorsal klitoral arterler, perineal arterler ve derin arterler, glans ve vücudun erektil dokularına kan akışı sağlarken, prepus dış pudental arterden elde

eder. Perineal arterler bulbar ve üretral dallara ayrılır. Erektile dokunun venöz drenaj yaşı, vesical venöz pleksus içine boşaltılan derin dorsal damar tarafından yapılır.

Arter, iç pudental arter dış kadın cinsel organının çoğunu perfüzyonuna neden eder. İçpudental arter, iç iliak arterin bir koludur. Pudental arter iç iliak arterden dallanınca dış cinselorgana doğru iner. İç pudental arter daha sonra kadın dış genital organına baskın kan kaynağı görevi yapar. Labia majora ayrıca yüzeysel dış pudental arterden kan alır. Yüzeysel dış pudental arter femoral arterin bir koludur. Dış kadın cinsel organının venöz drenajı dış ve iç pudental damarlar yoluyla yapılır. Dış pudental damar büyük saphenous damara doğru akar. Saphenous damar tekrar femoral damar içine akar. Femoral damar yükseldikçe kasık bağını geçtikçe dış iliak damar haline gelir. İç pudental damar iç iliak damara geri akarken hem dış hem de iç iliak damarlar yükselerek ve birleşerek ortak iliak damarları oluşturur. Vücudun her iki tarafından yaygın iliak damarlar, dördüncü bel omurunun seviyesine yükselir. Dördüncü bel omurunun seviyesinde, yaygın iliak damarlar birleşerek venöz kanı alt vena kavaya geri boşaltır. Aşağı vena kava kalbe doğru yükselir. Kalbe ulaştıktan sonra, alt vena kava venöz kanını sağ kulakçığa geri boşaltır (Azadzoı, 2010).

2.7.3. Kadın External Genital Organların Fizyolojisi

Kadın dış cinsel organı büyük ölçüde değişir. Mons pubis, klitoris, labia majora, labia minora ve vajina deliğinin şekli, boyutu ve rengi kadından kadına farklıdır. Varyasyonların nedeni, gelişim sırasında östrojen etkisi miktarından kaynaklanmaktadır. Daha fazla östrojen varsa, bu yapılar daha büyük ve kalın olma eğilimindedir. Östrojen eksikliği dış cinsel organında ince ve daha küçük olmasına neden olabilir. Örneğin, mons pubis östrojenden ağır etkilenir. Mons pubis, daha az östrojen hormonuna sahip kadınlarda daha az belirgin bir mons pubis ile karşılaştırıldığında daha fazla östrojen hormonuna sahip kadınlarda daha büyüktür. Kadın dış cinsel organında en fazla varyasyona sahip yapıya gelince, labia majora ve labia minora' dır. Labia majora ve labia minora, kadınlara karşılaştırırken boyut, renk ve uzunluk bakımından büyük ölçüde değişen yapılar olma eğilimindedir.

Bazı kadınlar da görsel olarak daha belirgin labial kıvrımlara sahiptir. Bazı kadınlarda, klitoris ve klitoris kaputu görsel olarak daha büyük ve daha belirgin olabilir. Bu yapıların çoğu büyük ölçüde değişebilir. Genel olarak, bu yapıların işlevselliği değişmemektedir. Kadın dış genital organındaki bu varyasyonlar yaşlanma ve östrojen eksikliğinden de kaynaklanabilir. Menopoz döneminde kadınlarda östrojen üretiminde azalma olmaya başlar. Östrojendeki bu azalma kadın dış cinsel organının atrofiye olmasına neden olabilmektedir (Nguyen, 2021).

2.7.4. Kadın Eksternal Genital Organların KGM'na bağlı Cerrahi Uygulamalar

Ameliyatta, kadın dış cinsel organının anatomisi hakkında bilgi, cinsel organların onarılması, yeniden yapılandırılması veya istenmeyen kusurların önlenmesi söz konusu olduğunda çok önemlidir. Kadın dış cinsel organına yapılan bazı yaygın prosedürler epizyotomi, labioplasti ve vajinoplastidir. KGM uygulamasından sonra yapılan ameliyetler hastanın tedavi etmek amacıyla yapılmaktadır. Bunlar klitoral rekonstrüksiyon, deinfibulasyon, tomürler, neoromalar ile kistlerin çıkarılmasıdır.

2.7.4. 1. Klitoral Rekonstrüksiyon

Klitoral rekonstrüksiyon, KGM maruz kalmış yara skarın ağrısı, klitrol kist şikayetlerine cevap veren bir cerrahi yöntemi olarak tanımlanır. Klitoral rekonstrüksiyon, ilk olarak Thabet denen bir araştırmacı tarafından ve daha sonra başka araştırmacılar tarafından tanımlanan modern yeni bir cerrahi tekniğidir. Klitoral ağrıyı azaltmak ve KGM geçirmiş kadınlar arasında cinsel hazzı artırmak için uygulanabilir ve etkili bir strateji olduğu bildirilmiştir (Abdulcadir et al. 2015A).

2.7.4.2. Epizyotomi

Epizyotomilerde vajinal açıklık, vajinal açıklığın yırtılması ve zarar görmesi riski taşıyan bir çocuğun doğumu sırasında orta çizgi veya yanal olarak yapılan bir kesi ile büyütülür. Kesi orta çizgide yapılırsa, perineal vücut kesinin hedefi olacaktır. Lateral epizyotomi enine perineal kası hedeflerken epizyotomilerin gerçekleştirilmesinin nedeni, perine kaslarını ve rektumu potansiyel olarak içerebilecek yırtık bir vajinal

açıklığın aksine, bir kesi kolayca onarılabilir ve iyileşme süresini azaltabilir. Büyük bir çocuk doğumu nedeniyle yırtılmış bir vajinal açıklığın onarımı daha uzun bir iyileşme süresine sahiptir.

Epizyotomiler, büyük yavruların vajinal doğumuna ve vajinal yırtılmanın diğer perine yapılarına dağılmasının önlenmesine yardımcı olacak prosedürler olarak yapılır (Barjon, 2022).

2.7.4.5. Deinfibulasyon

Infibule edilmiş tip-3 KGM geçirmiş bir kadının daraltılmış veya kapalı vajinal açıklığının kesilerek açılması uygulamasına denilmektedir. Bu, genellikle cinsel ilişkiye izin vermek veya doğumu kolaylaştırmak için yapılır ve genellikle kadının sağlığını iyileştirmek için gereklidir. Sağlık risklerine rağmen, bazı kadınlar doğum sırasında deinfibule edildikten sonra vajinal açıklıkların da tekrar daraltılmasına istemektedir. Bu kadınların yaşam boyunca bir dizi tekrarlayan infibülasyon ve deinfibulasyon geçirebilecekleri anlamına gelmektedir (Abducadır et al. 2018).

İnfibülasyon, klitoris çıkarılması veya çıkarmadan, labia minör ve labia majora kesilmesi, sonrada birbirine dikilmesi ile gerçekleştirilen yapay bir örtü oluşturarak vajinal deliğin daraltılması anlamına gelir. KGM tip II'den sonra labiaların kendiliğinden yapışmasından da kaynaklanabilmektedir. Araştırmalarda klitoris Doğu Afrika'dan gelen kadınlar arasında sağlam bulunmuştur. KGM ile yaşayan kadınların ve kızların yaklaşık %15'i, vulva vestibülün daralması nedeniyle önemli ürojinekolojik, Obstetrik ve psikoseksüel komplikasyonlardan sorumlu olan tip III'e, maruz kalmıştır. İnfibulasyonun neden olduğu komplikasyonlar için etkili tedavi defibülasyondur. İki tip deinfibulasyon vardır, kısmi defibülasyon daha önce dikilen izini açan ve vulvar vestibül, vajinal delik, eksternal üretral meatus ortaya çıkarılır, total deinfibulasyon ile klitoris ortaya çıkarılır nihayetinde labia minora ve labia majora yeniden yapılandırır (Abducadır et al. 2018).

Deinfibulasyon ve ilişkili ameliyat öncesi ve sonrası bakım, cerrahi tekniğe ve ilgili sosyokültürel konulara aşina olmayan düşük ve yüksek gelirli ülkelerin sağlık

profesyonellerinin müfredatına nadiren dahil edilmektedir. Konuyla ilgili bazı yazılı ve çevrimiçi kaynaklar mevcut olmasına rağmen, deinfibülasyon için ameliyat öncesi, intraoperatif ve postoperatif bakıma odaklanan kanıta dayalı, kapsamlı bir görsel ve referansöğrenme aracı yoktur (Crista et al. 2007).

2.8. KGM'NİN SAĞLIK ÜZERİNDEKİ RİSKLERİ

KGM'nun sağlık üzerindeki riskleri kısa ve uzun süreli komplikasyonlar da dahil olmak üzere hem fiziksel hem de psikolojik sonuçlar doğurur. Uygulmanın yapıldığı ekipman, yer ve yöntem kısa süreli komplikasyonların şiddetini belirleyebilir. Uygulama steril ekipman, antiseptik ve antibiyotik gibi koruyucular kullanılarak sağlık çalışanı tarafından yapılır ise komplikasyon riski azalmış olabilir. KGM prosedürleri genel olarak herhangi bir anatomik ve cerrahi eğitimden yoksun geleneksel ebeler veya doğumcu kişiler tarafından jilet, mutfak bıçağı, keskin taş, sıcak kaya, makas ve cam gibi aletler kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Bu ilkel ve hala süregelen uygulama şekli esnasında, bu aletler yıkanmadan, sadece bir bezle silinerek ard arda birkaç kız çocuğuna kullanılabilir. Kanamayı durdurmak için anestezi ve dikişler nadiren kullanılmaktadır (Mazloom, 2014).

Primer enfeksiyon sonuçları arasında stafilokok enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonları, fazla ve kontrol edilemeyen ağrı ve kanama meydana gelebilmektedir. Sekonder enfeksiyonlar arasında da insan immün yetmezlik virüsü (HIV), Klamidya trachomatis, Clostridium tetani, Herpes Simpleks Virüsü (HSV) enfeksiyon riski daima mevcuttur. Kısa vadeli komplikasyonlar ortaya çıktıkça, ekonomik durumu kötü olan ülkeler ve mevcut olan sınırlı sağlık hizmetleri nedeniyle ölüm riski artmaktadır. KGM maruz kalan kız çocuklarının ölüm oranlarına belirleyen veriler bilinmemektedir. Ancak, her 500 sünnetten 1'inin ölüm ile sonuçlandığı tahmin edilmektedir. Yara iyileştikten sonra da hem fiziksel hemde psikolojik komplikasyonlar ve obstetrik riskler de uygulamanın uzun vadeli sağlık sonuçları arasında sayılmaktadır. En çok görülen uzun vadeli komplikasyonlardan bir tanesi de kesilen bölge üzerinde keloid skar dokusunun gelişmesidir. Bu fiziksel görünüm bozukluğu, KGM ile yaşayan kadınlar için bir endişe ve utanç kaynağı olabilmektedir. Nöromalar, özellikle ilişki sırasında şiddetli ağrıya yol açan yara izi içindeki sinirlerin kapanmak suretiyle baskılanmış ve

gerilmiş olması nedeniyle gelişebilmektedir. İlk cinsel ilişki ancak uygulama sonrası bırakılan küçük açıklığın kademeli ve ağırlı bir şekilde genişlemesinden sonra gerçekleşebilmektedir. Sudan'da yapılan bir araştırmada, KGM uygulamasına maruz kalan kadınların %15'i penetrasyon sağlanmadan önce infibule edilen yerin yeniden deinfibulasyon yapılmasının gerekli olduğunu bildirmiştir (Lightfoot-Klein, 1989).

KGM'nun diğer sağlık sonuçları arasında kistler, disüri, tekrarlayan idrar enfeksiyonları ve olası kısırlık mevcuttur. İnfibulasyon geçirmiş kadınlar da doğumda çok büyük bir zorluğu ortaya çıkar. Çünkü uygulamanın neden olduğu riskler en çok doğum sırasında ortaya çıkar. Bu riskler nedeniyle anne ölüm oranları önemli ölçüde daha yüksektir. Doğum sırasında, canlı ve sağlıklı bir bebeği dünyayı getirebilmek için daralmış ve infibule edilmiş bölgenin yeniden deinfibule edilmesi gerekmektedir (Klein et al. 2018).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), anksiyete, depresyon, nevrozlar ve psikozlar KGM ile ilişkili sık görülen gecikmeli komplikasyonlardır. Mutilasyon yapılan ülkelerde bu koşulların düzenli olarak tanımlanması ve takibi oldukça güçtür. Bu gelişen psikolojik travmaların tedavi edilmemesi, yaşamın ilerleyen zamanlarında zihinsel kaygılara hatta kalıcı hasarlara yol açabilir (Rushwan, 2000).

KGM, kız çocuklarında hayatı tehdit eden per-akut komplikasyonların yanı sıra ömür boyu yanlarında taşımak zorunda kalacakları çok ağır sağlık sorunları riskiyle karşı karşıya bırakır. KGM sırasında şiddetli kanama veya sonrasında kontrol edilemez enfeksiyonlar gelişebilir. Her ikisi de derhal tedavi edilmezse ölüme yol açabilir. Hayatı tehdit eden bu uygulamada tıbbi komplikasyonlar gelişmese bile ömür boyu şiddetli ağrı ve travma yaşatabilirler.

Bu kötü uygulama işlemi ayrıca kronik karaciğer hastalığına ve hatta HIV'e neden olabilecek hepatit gibi viral enfeksiyonların bulaşmasına yol açabilir. Kadınlar tekrarlayan enfeksiyonlar, ağrı ve idrara çıkma ile ilişkili tıkanıklık gibi komplikasyonlara maruz kalabilirler. Ayrıca, KGM geçirmiş kadınlarda ömür boyu ağırlı adet, ilişkide ağrı, pelvik enfeksiyon ve gebe kalmada zorluk riski daha yüksektir (Ivazzo and Gkegkes, 2013).

2.8.1. Kısa Vadeli Komplikasyonları

Hemen ortaya çıkan komplikasyonlar; genellikle anestezi kullanılmadığından aşırı ağrı, şok, idrar akışında zorluk, enfeksiyon, sepsis, aynı cerrahi aletin sterilizasyon olmadan kullanılması HIV'in bulaşma riskini artırmakta, psikolojik sonuçlara ve ölüm neden olabilmektedir.

Şiddetli ağrı genellikle hemen ortaya çıkar ve şoka neden olacak kadar kötü olabilir; kanama genellikle işlem sırasında veya hemen takip ederek meydana gelmektedir. KGM uygulamasının çoğunda, genital anatomi bilgisi olmayan veya çok az bilgi sahibi olan geleneksel uygulayıcılar tarafından steril olmayan aletler ve ortamda anestezi kullanılmadan uygulanmaktadır. Bu nedenle işlem anında ve kısa bir süre sonrasında kanama ve ağrı gibi fizyoloji problemler kaçınılmaz olmaktadır. Daha önce yapılan çalışmalarda KGM tipleri arasında doğrudan uygulamanın bağlı komplikasyon riskinde olası anlamlı istatistiksel farklılıkları analiz eden hiçbir çalışma tespit edilmemiştir. Bununla birlikte farklı yaş ve KGM tiplerinden 133 515 kadın üzerinde sekiz ana acil tıbbi zarar türü; kanama, şok, genital doku şişmesi, ateş, enfeksiyonlar, idrara çıkma ve yara iyileşmesi ile ilgili sorunlar rapor edilmektedir. Literatür arasında Acil komplikasyonların hakkında büyük farklılık mevcuttur. Uygulamanın sebep olduğu kısa sürede ortaya çıkan komplikasyonlar hakkında az bildirim yapıldığına dair açık belirtiler vardır (Berg et al. 2014).

Kanama, aşırı ağrı, şok, idrar akışında zorluklar, enfeksiyonlar ve uygulama anında çocukta uygulanan baskıdan dolayı kemik yaralanması işlem sırasında ortaya çıkan komplikasyonlardır. KGM işlemine takip eden günler de ortaya çıkan soruların bir kısmı şu şekilde sıralanabilir. Vulvanın yarasından kaynaklanan travma sonrası ödem, klitoris ve labia'ya uygulanan geçiş engel olarak dikilen dokuların şişmesi ve idrar akışının etkilenmesi, üretranın kan pıhtısı veya dikilen dokular tarafından engellenmesi, üretranın kendisinin yanlışlıkla dikilmesi, korku ve ağrıdan psikosomatik idrar tutulması bunların ilk akla gelenleridir.

2.8.2. Uzun Vadeli Komplikasyonları

KGM'nun uygulanması bir kişinin yaşam süresi boyunca birlikte yaşadığı komplikasyonlara neden olmaktadır. KGM'nun neden olduğu uzun süreli komplikasyonlar; Jinekolojik sorunlar, obstetrik sorunlar, cinsellik sorunlar ve psikolojik sorunlar olarak 4 kategoriye ayrılabilir. KGM ile bağlantılı uzun süreli jinekolojik kaygılar arasında enfeksiyon, yara izi, keloid, adet zorlukları, idrar semptomları ve kısırlık sayılabilir.

2.8.3. Jinekolojik Sorunlar

Jinekolojik sorunlar; başta enfeksiyonlar, infertilite, genital bölge ile ilgili sorunlar, menstrual dönem sorunları ve üretranın yaralanması sayılabilir.

2.8.4. Enfeksiyon

KGM, kronik genital apseler (su birikmesi), vajinal enfeksiyonlar ve Hepatit B ve HIV gibi kan kaynaklı enfeksiyonlar dahil olmak üzere uzun süreli enfeksiyonların bulaşma riski vardır. Daha önce yapılan sistematik bir incelemede her hangi bir tip uygulanmış bireylerde KGM'li 22 052 Afrikalı bayanın enfeksiyon oranlarını incelenmiştir. Sonuçunda da tanımlanan enfeksiyon türleri arasında idrar yolu enfeksiyonları, genitoüriner sistem enfeksiyonları, apse oluşumu, septisemi ve HIV sayılabilir. Tip III KGM uygulananlarda enfeksiyonlar daha sık rastlanmaktadır. KGM uygulamanın daha şiddetli formlarının daha yüksek enfeksiyon sıklığı ile ilişkili olması, KGM'nun enfeksiyonlar için bir risk faktörü olduğunu öne sürülmüştür. Ayrıca KGM uygulamalarının kanıtı olarak 1966 ile 2006 yılları arasında yayınlanan makalelerin literatür taramasında, KGM'nun genitoüriner bozukluklar için özel bir risk faktörü olduğunu ortaya koymaktadır. Gambiya'nın kırsal kesimindeki bir grup kadında KGM'yi takip eden komplikasyonlar üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların % 36,8'inin KGM'leriyle ilgili komplikasyonları olduğu ve bu gruptaki kadınların % 63,2'sinde bu komplikasyonların uzun süreli olduğu ve enfeksiyonları içerdiği bulunmuştur. KGM'nin hepatit B, C ve HIV'in bulaşma riskini, steril olmayan ve paylaşılan aletlerin kullanımıyla arttığı ileri sürülmektedir. KGM uygulaması

yüksek olduğu ülkelerde Hepatit B endemiktir ve HIV oranları yüksek olabilmektedir (Yount and Abraham, 2007). Enfeksiyon türlerinden bazıları aşağıdaki gibidir;

- Tetanoz: Cl. tetani toksinlerince oluşturulan ciddi bir toxo-enfeksiyondur. Kasılma, kas rijiditesi ile karakterize kasılma varlığı, opistotonos pozisyonu ile karakterizedir,
- Alt idrar yollarının tekrarlayan enfeksiyonları,
- Üretral mukus ve/veya sistit enfeksiyonu,
- Septisemi: Ölümcül sistemik enfeksiyöz evre ile kanın bakteriler tarafından kolonizasyonu,
- Vulvovajinit: Leucorrhoea (vajinal akıntı) olsun veya olmasın döküntüye bağlı yanmalar, kaşıntı, kızarıklık ve ekscoriasyon ile karakterize vajinal mukus akut iltihabı (Kaplan et al. 2011).

2.8.5. Genital Organ Anormallikleri

Genital skar KGM'una maruz kalan kadınların en yaygın uzun süreli komplikasyonların bir tanesidir. Ancak uygulama esnasında alınan dokunun boyutu ve enfeksiyon gibi acil komplikasyon nedeniyle çok değişken olabilir. Yapılan çalışmalarda keloid nedeniyle ağrılı ve çirkin yara izleri bildirilmiştir. Klitoral bölge üzerindeki kistleri vajinayı tıkayabilir ve bazen de ağrıya neden olabilmektedir. Bazen Çok büyük olabilirler ve cerrahi eksizyon gerektirabilirler. Labial aglutinasyon (labiaların yapışması), hipertrofik skar veya keloidler, klitoidal tutma kistleri, dermoid kistler KGM uygulaması sonrası ortaya çıkan diğer bazı genital sorunlardır.



Kaynak; Thabet and Thabet (Erişim tarihi 20.02.2023).

şekil 2.6. (ABC) A. Frenüler kisti.

şekil 2.7. B. Klitoral güdük kisti



Kaynak; Thabet and Thabet (Erişim tarihi 20.02.2023).

şekil 2.8. C. Glansüler kist.

2.8.6. Anormal Yara İzleri

Fibrozis: Anormal bir yara izi veya kesiklerin sikatrizasyonu nedeniyle cinsel organda lifli dokunun patolojik oluşumu, yani kesim bölgesi ile sınırlıdır.

Keloidler yeni iyileşmiş bir cilt lezyonu yerinde skar dokusunun aşırı büyümesi ile meydana gelir. Kesme yerinde dokunun anormal bir büyümesi ile karakterizedir.

Synechia: Majör veya minör labianın kısmi veya toplam olabilecek yapışma ve anormal füzyonudur.

Doku dönmesi: Anormal yara izi ve anatomik bölgelerin geri çekilmesi ile kaybedilen doku nedeniyle oluşur (Kaplan et al. 2011).

2.8.7. Menstrasyon ile İlgili Sorunlar

Adet döneminde ağrılı ve uzun süreli dönemler geçirilmesi KGM uygulamasının sorumlu olduğu düşünülmüştür. Ancak nasıl bir mekanizma izlediği bilinmemektedir. Çok dar bir vajinal açıklığın menstrasyon kanının akışını yavaşlatması ve hematokolpos vaka raporlarının mevcut olması mümkündür (Lurie et al. 2020).

2.8.8. Üriner Semptomlar

KGM sırasında üretranın hasar görmesi fistül ve üretral darlıklara yol açabilir. KGM'si takip eden kadınların % 22'sinde kötü idrar akışı ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları bildirilmiştir. Bunun vajinayı kapatan skar dokusu ile üretral açıklığın tıkanmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Skar dokusunun kesildiği deinfibülasyon ile bu semptomların hafiflemiş olmasını beklemek mantıklı görünebilir, ancak bunu doğrulayacak hiçbir çalışmaya rastalanmamıştır (Almroth et al. 2005).

2.8.9. Obstetrik Sorunlar

KGM uygulaması ile yaşayan kadınların gebelikte, doğum anında ve doğum sonrası dönemde uygulamanın sorumlu olduğu komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Yetersiz doğum öncesi bakım ve kötü genel sağlık hizmeti mevcut ülkelerde uygulamanın sağlık üzerindeki zararları daha da fazla olmaktadır. Afrikada sahra altı ülkelerinde KGM maruz kalmış 28.000 kadın üzerinde bir çalışma yapılmıştır. KGM'nun uzun süreli komplikasyonlar olarak doğumda, doğum sonrası kanama, perineal travma yırtıklar gibi ve sezaryen risklerini artırdığı bulunmuştur. Bunu ek olarak KGM'nun 100 doğumda fazladan 1-2 perinatal ölüme yol açacağı düşünülmektedir. Yenidoğan resüsitasyonu, düşük doğum ağırlığı, ölü doğum ve erken yenidoğan ölümü riski

artmıştır. Sağlık hizmeti iyi olan ülkeler bile KGM'nun neden olduğu doğumla ilgili komplikasyonlarla karşılaşılması mümkündür. 2013'ten itibaren yaklaşık 3 milyon katılımcıyı içeren büyük bir sistematik incelemede, ABD ve Avrupa'dan çalışmaları içermektedir. KGM geçiren kadınların uzun süreli komplikasyonları, zor doğumdan daha sık muzdarip olduğunu, daha yüksek obstetrik yırtılma oranına sahip olduğunu, daha sık enstrümantal doğum gerektirdiğini ve obstetrik kanama oranlarının arttığını göstermiştir. Bunun nedeni kısmen skar dokusunun elastikiyetini kaybetmesinden olabilir. Bunun sonucunda KGM'nin daha istilacı formlarının doğumun ikinci aşamasında daha fazla yara izi ve daha fazla gecikmelerine neden olduğuna dair kanıtlarla desteklenmektedir. Başka bir çalışmada da özellikle Tip III (infibulation) ile perineal yırtılmaları oranının ve yüksek epizyotomi oranlarının arttırdığı bildirilmiştir. Tip 3 KGM'da deinfibülasyonun perine travmayı azaltması muhtemeldir, ancak bunu doğru olduğunu kanıtlayan herhangi bir çalışma yoktur. Sonuç olarak KGM uygulmasının neden olduğu obstetrik sorunlar; uzamış doğum süresi, perineal yırtılma, sezaryen, epizyotomi, enstrümantal doğum, kanama, zor doğum olduğu literatürü yaygındır (Reisel and Creighton, 2014).

2.8.10. Psikolojik Sorunlar

KGM'nun neden olduğu psikolojik sorunlar olması literatür arasında var olsa da bunu destekleyecek çok az yüksek kaliteli araştırmalar mevcuttur. Depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanımlanan psikolojik sorunlardır. Senegal'da yapılan bir çalışmada 47 Senegalli kadınla zihinsel sağlık durumlarını değerlendiren yapılandırılmış klinik görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu kadınların 23'ü çocukken, en sık 4 ila 10 yaş arasında KGM geçirmiştir. Uygulama ile yaşayan kadınlarda hafıza problemleri (% 47,9) dahil olmak üzere travma sonrası stres bozukluğu (% 30,4) ve diğer psikiyatrik sorunların yüksek prevalansı bulmuştur. Ayrıca çalışmada KGM uygulaması maruz kalan kadınlar da ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığı karşılaştırma konularına göre istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur (Erick et al. 2012).

2.8.11. Cinsel İlişki ile İlgili Sorunlar

KGM'nun cinsel fonksiyonları kötü yönde etkilediğine dair artan kanıtlar mevcuttur. Klitoris ve labialar gibi cinsel duyarlılık dokusunun çıkarılması cihetinde bakıldığında da bu mantıklı görünecektir. Bununla birlikte KGM uygulaması sonrası cinsel işlev üzerine yapılan çalışmalar küçük, genellikle uygun standartlaştırılmamış anketlerden ve uygun kontrol gruplarından yoksundur. Suudi Arabistan'ın Cidde kentinde uygulamaya maruz kalmayan 130 cinsel açıdan aktif kadın ve uygulamaya maruz kalan 130 cinsel olarak aktif kadın katılımcı alınmıştır. Sonuçlarda ortalama istek puanında veya ağrı puanında grup farkı gösterilememiştir. Bununla birlikte, iki grup arasında uyarılma, yağlama, orgazm ve memnuniyet puanlarının yanı sıra genel cinsel işlev skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (Alsibiani and Rouzi, 2010).

KGM uygulamasının prevalansı yüksek olan 13 Afrika ülkesinden gelen İngiltere'de yaşayan kadınlar üzerinde yapılan küçük bir çalışmada, Cinsel Yaşam Kalitesi ölçen bir anketine dayanarak önemli ölçüde azaltılmış bir cinsel yaşam kalitesi bulunmuştur (Andersson et al. 2012).

Toplam 15 çalışma ile yedi farklı ülkeden 12 671 katılımcıyı incelenen bir sistematik derlemede KGM sonrası cinsel sorunların araştırması yapılmıştır. İnceleme sonuçlarına, uygulamaya maruz kalan kadınların dispareuni yaşama olasılığının % 52 daha fazla olduğunu, cinsel arzunun yokluğunu bildirme olasılığının iki katından fazla olduğunu ve alıcıların üçte birinin cinsel doyumun azaldığını bildirdiği gösterilmiştir. Son errahi raporlar klitoral rekonstrüksiyonun cinsel fonksiyonu geri getirebileceği iddia edilmektedir. Bununla birlikte, mevcut çalışmalar uzun süreli takip ve psikoseksüel değerlendirme eksikliği nedeniyle engellenmektedir. Şu anda iyi planlanmış bir araştırma çalışması dışında bu tür bir ameliyatın sunulmasını destekleyen hiçbir kanıt mevcut değildir (Oluchukwu, 2005; Abdulcadir et al. 2016).

BÖLÜM 3

SOMALİ'NİN TARİHSEL ARKA PLANI

Çalışmanın bu bölümünü Somali ülke profiline bahsedilecek fakat bu araştırma KGM hakkında olduğu için Somali'nin kısa bir tarihi ve savaşın etkilerinin kısa bir özeti esastır. Somali'nin: tüm tarihini gözden geçirmemiz mümkün olmadığı gibi, ayrıca bu araştırma için gerekli olmadığını kabul edip sadece sömürgecilikten bugüne kadar kısa bir Coğrafi konumu, tarih, iktisadi durumu ve sağlık durumu üzerinde durulacaktır. Sonrasında da Somali'de çok yaygın olan kız çocuklarının sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan KGM uygulamasının durumundan bahsedilerek sonlandırılacak.

3.1. SOMALİ COĞRAFI KONUMU

Somali doğu Afrika'da yer alan bir kıyı ülkesidir. Daha açık söylessek Somali Afrika'nın en doğu ucunda yer alıp, Kuzeybatıda Cibuti, güneybatıda Kenya, kuzeyde Aden Körfezi ve Yemen, doğuda Hint Okyanusu, batıda Etiyopya ile sınır paylaşmaktadır. Ayrıca Somali hem Hint Okyanusu hem de kızıl denizle de çevrilir. Ülkenin kıyı şeridi 3333 km civarında olup Afrika'nın en uzun sahiline sahiptir. Ülkede 18 büyük il merkezi mevcut olup bunlardan birisi de başkent Mogadişu'dur.

Coğrafi olarak Somali'nin kuzey bölgesi tepeliktir ve birçok noktada rakım deniz seviyesinden 900 ila 2 000 metre arasında değişmektedir. Güney ve orta alanlarsa, deniz seviyesinden ortalama yüksekliği 180 metrenin altında olan, çoğunlukla yaylalar ve düz ovalar olmak üzere ikiye bölünmektedir. En alçak noktası 0 m ile Hint Okyanusu, en yüksek noktası ise 2.416 m ile Shimbiris dağıdır. Shebelle ve Juba Nehirleri Etiyopya'dan başlanarak doğrudan güneye ülke boyunca seyredip Hint Okyanusu'na akar. Shebelle sadece şiddetli yağmur mevsimlerinde denize ulaşır. Somali, 1884 yılında Berlin konferansında sömürgeciler tarafından diğer Afrika ülkeleri gibi nasibini almış ve 5 bölgeye bölülmüş ve 1960 yılına kadar böyle

kalmıştır (<http://www.everyculture.com/Sa-Th/Somalia.html>. (Erişim tarihi 12.03.2023).

3.2. TOPLUMSAL YAPISI (DEMOGRAFİ YAPISI) VE SAVAŞ

Somali'nin toplumsal yapısı hakkında doğru ve tutarlı bir bilimsel çalışma yapılması güçtür. Bunun sebebi ülkenin siyasi durumu ve göçebe yaşam tarzıdır. Bu nedenle Somali için nüfus sayısını doğru bir şekilde araştırmak halihazırda imkansız gibidir. Ancak bazı tahminlere, hükümetin yaptığı varsayımlarına göre Somali nüfusu 15 milyon civarındadır. Somali'nin etnik yapısı ve insanların yüzde seksen beşi etnik köken olarak Somalilidir. Diğer % 15 ise Bantu ya da Somalili olmayan başka bir etnik kökenidir. Dil olarak tüm Somalililer Somalice konuşmakta ve benzer kültür ve geleneğe sahiptirler. Bunun için Somali dünyanın en homojen ülkelerinden birisidir. Somali klan ve kabilelerden oluşmaktadır. Somali nüfusunun yüzde altmışı sığır, koyun, keçi veya deve yetiştiren göçebe yapıdadır. Nüfusun diğer bir % 25'i ise, çoğunlukla toprağın daha verimli olduğu Juba ve Shebelle nehirleri arasında yaşayan çiftçilerdir. Nüfusun geri kalanı şehirlidirler (Apak, 2009; Lewis, Understanding of Somalia And Somaliland, 2010).

16. yüzyılın başında Etiyopya ile Somali arasında Ogadin bölgesi üzerine çatışmalar yaşanmıştır. Bu savaşlar devam ederken her iki ülke de dışarıdan askeri destek almıştır. Etiyopya imparatorluğu, döneminin sömürgeci imparatorluğu ve Kızıldeniz'de bir güç olmaya başlayan Portekiz'in desteğini alırken, Somali ise Osmanlı imparatorluğu tarafından desteklenmiştir. 16. yy'de Müslüman bir general olan Ahmed ibn İbrahim el-Gâzi (Axmed Gurey) (1506-43) Osmanlı imparatorluğun desteğiyle bugün Etiyopya diye isimlendirilen Habeş İmparatorluğu üzerine yürümüş ve Ogaden bölgesinin hâkimiyetinin altına almıştır (Alegoz, 2013). Ahmed Gurey savaştan zaferle çıkarak bölgenin bir kez daha Müslümanların eline geçmesine sağlamıştır. Bu bölgede yaşayan Somalililer genel olarak göçebe ve hayvancılıkla uğraşmaktadır. Müslüman göçebe Somalililerin sayesinde İslam tekrar hızla Habeşistan imparatorluğun bölgesinde yayılmaya başlamıştır. Bu hakimiyet uzun süre yaşamadan tekrar Habeşistan İmparatorluğu 1542 yılında Portekiz desteğini alarak 1300 askerle Müslümanlara saldırmıştır. Bu ansız saldırı sonucunda Ahmed ibn

İbrahim el-Gâzi öldürülmüş ve Habeşistan İmparatorluğu kaybettiği bölgeleri tekrar almıştır (Othman, 2011).

1884-1885 yılları arasında Berlin şehrinde düzenlenen konferans sonucu (Berlin Konferansı) neredeyse Afrika kıtasının tamamında olduğu gibi, Somali halkının yaşadığı bölgelerdeki etnik nüfus dikkate alınmaksızın, Etiyopya, Fransa, Kenya, İngiltere ve İtalya'ya aralarında beş ana bölgeye bölünmüştür. Bu bölgeler Kenya ve Etiyopya sınır komşusunda bulunan Ogaden Bölgesi, İtalyan Somalisi, İngiliz Somalisi, Kuzey Sınır Bölgeleri ve Fransız Cibuti bölgesidir. Somali ile komşuların arasında meydana gelen sınır çatışmaları büyük ölçüde Berlin konferansının neticesidir. Konferansta bölgedeki topraklar etnik birliği dikkate alınmadan sömürgeci güçlerin arasında paylaşılmış ve halen çatışma potansiyeli yüksek olan yapay sınırlar çizilmiştir. Ayrıca sömürge imparatorlukları tarafından bölgedeki kabileler birbirlerine düşman edilmiş ve ellerine verilen modern silahlarla bu şiddet tırmandırılmıştır Kaynak: <https://www.everyculture.com/Sa-Th/Somalia.html#ixzz7zp7jKd1D> (Erişim tarihi 12.03.2023).

Ogaden bölgesini uluslararası arenaya tanıtan ilk kişi 1855 yılında İngiliz kâşif Richard Burton olmuştur. Burton'a göre o bölgedeki halkı (Somaliler) barbar insanlardı ve itaat altına alınmadıkları sürece sorun çıkarabilirlerdi. Burton çok geçmeden bölgenin stratejik önemi kavramıştır. Ona göre bölge iki nedenlerden dolayı mühimdi: a) Hindistan'a yakın olması dolayısıyla İngiliz birliklerine gıda yardımı yapılabilmesi ve b) Süveyş kanalına giden yolda kritik bir yerde bulunması. Ogaden bölgesinin bir kısmı bugünkü Kenya sınırları içinde yer almaktadır. Bölgede 1963 yılında referandum yapılmıştır. Referanduma göre bölgedeki halkın % 86'sı Somali'ye katılmak istemiştir. Fakat İngiltere duruma müdahale ederek bölgenin Kenya'da kalmasını sağlamıştır (Alagöz, 2013).

Tarih kaynaklarına göre İngilizlerin Somali'deki varlığı 19. yy'a kadar uzamaktadır. 1840 yılında Doğu Hindistan İngiliz Şirketi bölgede hüküm süren Tajura Sultanlığı ile ticaret yapmıştır. Fakat İngilizlerin, özellikle Kuzey Somali'deki hâkimiyeti 1886 yılında bölgedeki bazı kabile liderlerin İngiliz egemenliğini benimsemesiyle başlamıştır. İngiltere'nin bölgedeki hâkimiyeti, 1900-1920 yılları arasında İngilizlerin

isimlendirdiği şekliyle “Mad Mullah” lakaplı Mohamed Abdullah ve askerleri tarafından 20 yıl boyunca tehdit edilmiştir.

Seyid Mohamed Afrika genelinde sömürgecilere karşı en güçlü direniş gücünü Somali’de kurmuştur. Bu direniş gücünün adı literatürde “Derviş Devleti” olarak da bilinmektedir. Derviş Devleti sömürgecilere karşı 20 yıla yakın bir sürede sömürgecilerin Somali’de hakimiyet kurmalarına en büyük engel teşkil etmeydi. Bu silahlı mücadele, Abdullah’ın Taleex’deki en büyük karargâhının İngiliz savaş uçakları tarafından bombalanmasıyla son bulmuştur. Sömürgeci İngilizlerin tarihinde ilk defa bir Afrika ülkesine hava saldırısına düzenlemişler. 1960’ta İngiliz sömürgesi altında olan kuzey bölgesi ve İtalyanların elinde olan güney bölgesi birleşerek ve diğer üç bölgeye de daha sonra katılmak niyetinde bağımsız Somali cumhuriyetini kurdular. Bunun anlamı Somali’deki batı sömürgeciliği 1960 yılında son bulmuştur (Abdullahi, 2019).

3.3. İKTİSADİ VE GELİŞME DURUMU

Somali ekonomi ve teknoloji açısından gelişmemiş ülkelerden birisidir. 1991 yılındaki devrim ve devamında getirdiği iç savaşlar kazanılan sanayileşmelere ciddi zarar vermiştir. Bununla birlikte ülkedeki nitelikli insanlar iç savaşlardan kaçarak dünyanın farklı ülkelerine iltica etmek zorunda kaldılar. Bu da Somali’nin ekonomisinin çökmesine sebep olmuştur. Bundan dolayı da Somali dünyanın gelişmemiş ülkelerin ilk sıralarında yer almaktadır. Ancak, 2000 yılından sonra, ülkede küçük ölçekli işletmeler yayılmaya başladı. Ekonomik gelişmeyi engelleyen faktörlerin en büyüğü ülkedeki güvenlik sorunları ve ulaşım yetersizliğidir. İç çatışmalardan dolayı ülkedeki telekomünikasyon sistemleri büyük ölçüde zarar görmüştür. Ancak, 1999’da bazı şehirlerde bağımsız iş insanları, uydu telefon sistemleri ve elektrik üreten tesisler kurmuşlardır. Bunun için son zamanlarda Somali’deki bankacılık sistemleri ve telefon bankacılığı sektörleri az da olsa gelişmiştir (<https://www.everyculture.com/Sa-Th/Somalia.html> (Erişim tarihi 12.03.2023)). Aslında, hayvancılık Somali’nin ekonomisinin en önemli gelir kaynağıdır. 9 milyon insanın yani Nüfusun yaklaşık yüzde 60’i büyük ölçüde göçebe veya yarı göçebe denilen pastoral üretime ve hayvancılığa bağlıdır. Aynı zamanda nüfusun az bir kısmı hem tarım hem de hayvan

yetiştiriciliği yapmaktadır. Dahası, Somali halkından önemli sayıda insan Somali’de hayvan ticaretine bağımlıdır. Ayrıca, Somali’nin bu sektörü, tüm Arap yarımadasına genel olarak hem canlı hayvanları hem kırmızı et ihracatı yapmaktadır. Bu da doğal beslemesiyle Suudi Arabistan gibi ülkelerce en çok tercih edilmektedir. Bu; Arap yarımadasında tüketilen kırmızı etin % 38’ine tekabül etmektedir. Somali için de ciddi bir gelir kaynağı oluşturmaktadır (Mohamed A., 1999). Somali, uzun süre sömürgecilerin hâkimiyetinde de küçük ekonomik gelişmeler gerçekleşmiştir. Özel sektör faaliyetleri büyük ölçüde, muz ekim tarlalarının kurulması ve diğer sulu bitkilerin yetiştirilmesiyle sınırlıydı. Her iki bölgede (İtalyan ve İngilizler) sömürge dönemlerinde kendi ellerindeki hükümetler ce çok az sayıda sosyal gelişim programı sunulmuştur. İtalyanlar 1950lerde liberal ekonomiyi desteklemek için bazı çabalar gösterdiği için 1950’ten bu yana yedi yıllık sektörel programlar uygulamaya konulmuştur. Bu programlar genel olarak Birleşmiş Milletler ve Birleşik Devletler uluslararası iş birliği yönetimi tarafından geliştirilen planlara dayanmaktadır. Bu dönemdeki başlıca ekonomi başarıları hayvancılık ve tarım sektörlerinde gerçekleştirilmiştir. İki nehrin geçtiği yerlerdeki arazileri ekebilme için ziraatle uğraşlara bir nevi destek sağlamışlardır. Diğer taraftan hayvancılıkla uğraşanlar için de kuyu açma ve su depolaması için sayılı çalışmalar yapılmıştır. Somali ekonomisi, ağırlıklı olarak hayvancılık ve tarıma dayalıdır. Örneğin, 1990 yılında tarım, GSYİH’nın yaklaşık % 60’ına katkıda bulunmuştur, bunun % 63’ünden fazlası hayvancılık, % 38’i mahsul ve % 1’i ormancılık ve balıkçılıktan kaynaklanmaktadır. Göçebeler, deve, sığır, koyun ve keçi yetiştirirler. Deve, özellikle kıt su kaynakları olduğu bölgelerde otlatma ve hayatta kalma yetenekleri için değerlidir. Ayrıca deve , süt, et, yük taşımacılığı gibi bir ticari hizmet ifa eder. Agro-göçebeler, genellikle kendi taşınabilir çadırlarına ek olarak daimî bir evleri vardır. Genellikle küçük ölçekli çiftçiler tarafından yetiştirilen gıda ürünleri, sorgum, mısır, susam, börülce, şeker kamışı ve pirinç vardır. Ticari ürünler muz, narenciye (esas olarak greyfurt ve limon), sebzeler, pamuk, salamura ve sarı sakızdır (Putman and Noor, 1993). Somali, iç kargaşalardan dolayı gelişmemiştir. Bunun için ülkede işsizlik, düşük ücrette çalışanlar ve aşırı yoksulluk altında yaşayanlar çok fazladır. Bu nedenle bazı araştırmalara göre halkın yaklaşık % 43 ile % 73 oranında yoksulluk ve aşırı yoksulluk koşullarının da altında yaşamaktadır (Abdiasis, 2015).

Somali nüfusunun yaklaşık beşte dördü geçimini hayvancılık ve agro-göçebeden sağlamaktadır. Ülkenin kuzey bölgesi kurak ve sert iklime sahiptir. Kuzeyde yaşayanlar daha çok hayvancılıkta uğraşmaktadır, çünkü kuzey bölge kurak olduğu için tarıma pek müsait değildir. Güney bölge ise yumuşak iklime sahip olup tarıma uygundur. Ayrıca güney bölgede genel olarak kuraklık ve su sıkıntısı yaşanmamaktadır. Dahası güney bölge en büyük iki nehrin geçtiği bölgedir. Genel olarak nehirlerin geçtiği yerlere en ekime uygun olan bölgedir. Özetleyecek olursak Somali zengin doğal kaynaklara sahiptir. Doğal kaynaklara sahip olduğu ifade edilmektedir. Hayvancılık, tarım ve küçük işletme sektörlerindeki gelişmeler ile yurt dışından gelen para transferleri ile ülke ekonomisi ayakta tutulmaktadır. 2010 yılı verilerine göre, GSMH'de tarım yüzde 60,2, sanayi yüzde 7,4 ve hizmetler yüzde 32,5 oranındadır. Özellikle hayvancılıktan elde edilen gelirler GSMH'nin yüzde 40'ına, ihracat hacminin ise yüzde 50'sine kadar olduğunu tahmin edilmektedir (Putman and Noor, 1993).

3.4. SOMALİDE SAĞLIK DURUMU VE SUNUMU

Somali halkının sağlık sunumu belki de Afrika'nın en kötülerini arasındadır. Somali dünyadaki en yüksek anne ve çocuk ölüm oranlarından birine sahiptir. Somali hükümeti 1991'de çöktü ve ülke iç karışıklık başlangıcına girdi. O zamandan beri barış yaratmaya yönelik bir düzine girişimlere rağmen, Somali modern zamanlarda güçlü ulusal hükümeti kurulması çabaları hala devam etmektedir. Somali nüfusu 1975'teki son nüfus sayımından bu yana önemli ölçüde artmıştır. Somali için En Son Nüfus Tahmini Araştırması (PESS), Somali'de % 51'i erkek ve % 49'u kadın olmak üzere 12,3 milyon nüfus tahmin edilmektedir (UNFPA, 2014). Toplam kadın nüfusunun yaklaşık % 50'si 15-49 yaş arası çocuk doğurma çağındadır ve kadın başına 6,2 ile doğum oranı yüksektir. Toplam nüfusun yüzde 40'ı, erkeklerin % 44'üne kıyasla % 36 oranında kadın okuryazardır. Çalışma çağındaki nüfusun yaklaşık % 50'si (15 – 64) ekonomik olarak hareketsizdir ve çalışma çağındakilerin sadece % 40'ı ekonomik olarak aktiftir. Ülkedeki çatışma ve kuraklık nedeniyle, nüfusun sırasıyla % 80 ve % 84'ünün kentsel ve göçebe bölgelerde yaşadığı tahmin edilmektedir.

Somali'nin kalkınma göstergeleri dünyanın en düşükleri arasında yer alır. Somali nüfus tahmini araştırmasına (PESS) göre, Somali nüfusunun % 75'i otuz yaşın altındadır (UNFPA, 2014). Yüksek düzeyde güvensizlik ve iş olanaklarının yetersizliği, birçok genci ya El Şebab gibi milis gruplarına katılmaya ya da istikrar çabalarını baltalamaya ya da ülkeyi terk etmeye karşı savunmasız bırakmıştır. Somali İnsani Gelişme Raporu 2012'de belirtildiği gibi, gençlerin % 60'ı daha iyi yaşamlar için ülkeyi terk etme niyetine sahiptir. 14-29 yaş arası gençlerin işsizlik oranı % 67'dir. Gençler için yaş bağımlı işsizlik oranı % 90'ı erkek, % 85'i kadındır. İleri yaşlar için bu oran % 4'ü erkek, % 3'ü kadındır. (UNDP, 2012).

1960'taki bağımsızlık sürecinden bu yana Somali, Etiyopya'nın doğu kesimindeki Ogaden bölgesi üzerinde 1964'te Etiyopya ile yapılan savaş ve 1977'de başlayan iç savaş ve 80'lerin başında başlayan ve 1991'de merkezi hükümetin çöküşüyle sonuçlanan iç savaş da dâhil olmak üzere bir dizi silahlı çatışmaya maruz kalır. Somali yirmi beş yıldan fazla bir süredir işleyen bir hükümete sahip olmayan ve bunun sonucunda çatışma ve güvensizlik yoğun bir coğrafyadır. Bu tekrarlayan çatışma ve güvensizlik, şiddetli kuraklık ve güçlü merkezi hükümet eksikliği ile birleştiğinde en kötü kıtlık ve insani krize neden olmuştur.

Ulusal Kalkınma Planı'na (2017-2019) göre Somali sağlık sektöründe yeni bir dönem ortaya çıkmaktadır. Son zamanlarda sağlık sonuçlarında yavaş ama kalıcı iyileşme belirtileri vardır. DSÖ'lerin tahminlerine göre, doğumda ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 732 civarındayken, 2015 yılında çocuk ölüm oranı 1000 canlı doğumda 137'dir.

Bulaşıcı hastalıklar, üreme sağlığı ve yetersiz beslenme koşulları morbidite ve mortaliteye en büyük katkıda bulunanlardır. Her 18 kadından birinin hamilelik sırasında ölüm riski vardır. Ülke 6,7 ile dünyadaki en yüksek toplam doğurganlık oranlarından birine sahip iken karşılanmamış doğum aralığı ihtiyacı % 26'dır. Kadınların % 98'i kadın genital sünneti/kesimi ile ciddi obstetrik ve jinekolojik komplikasyonlara yol açtığı tahmin edilmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ruhsal bozukluklar da artmaktadır. Zatürre ve ishal, beş yaşından küçük çocuklarda en büyük öldürücü hastalıklar arasındadır. Çocuk felci bulaşması 2015 yılında aşı ile

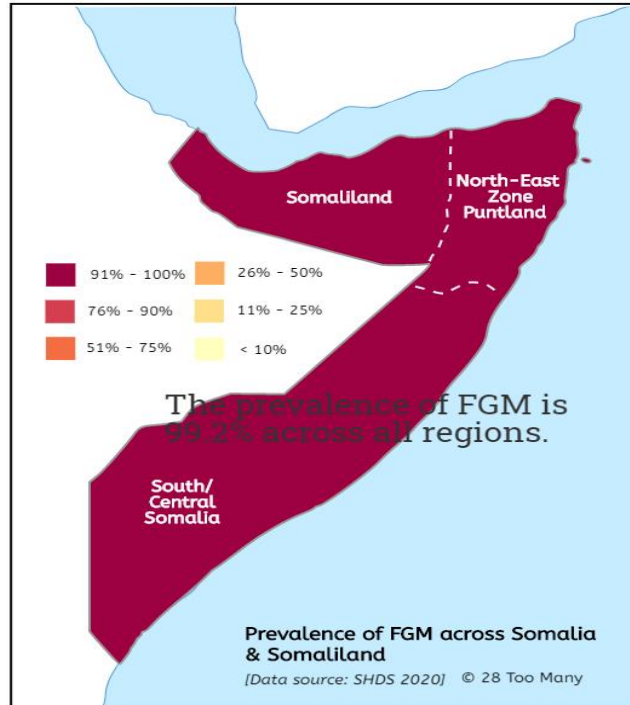
kesintiye uğratılmıştır. Ancak çocukların sadece % 46'sı 2015 yılında 3 doz pentavalent aşı olmuştur. Örneğin, % 43 sadece kızamık aşısı aldığı için rutin bağışıklama kapsamı çok düşük kalmaktadır. Sıtma ülkenin bazı bölgelerinde endemiktir ve 2014 yılında 610.000'den fazla sıtma vakası vardı. Tüberküloz, yıllık 30.000 yeni vaka ile yaygındır ve bunların yarısından azı tespit edilir. HIV salgını yaklaşık % 1'lik bir yaygınlık ve yüksek riskli gruplar arasında daha yüksek prevalans ile artmaktadır (<https://somalia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Population-Estimation-Survey-of-Somalia-PESS-2013-2014.pdf>) (Erişim tarihi:10.06.2022).

3.5. SOMALİ'DE KADIN GENİTAL MUTILASYON (KGM) DURUMU

Kadın Genital Mutilasyonu (KGM) uygulaması Somali'de çağlardır uygulanmaktadır. KGM uygulaması zararlı olarak kabul edilir, çünkü buna maruz kalan kadınların ve kızların sağlığı ve refahı için potansiyel bir risk oluşturmaktadır. Uygulama Çocuk Haklarına ihlali olarak kabul edilmektedir. Somalililer, Somali'de Kenya'nın kuzeydoğu Somali bölgesi, Etiyopya'nın Somali bölgesi ve Cibuti Cumhuriyeti de dahil olmak üzere Afrika boynuzunda yaşayan Somali'ce konuşan tüm nüfusu kapsar. Kadın genital mutilasyon Somali halkı tarafından eskiden beri uygulanmaktadır. Uygulama 28 Afrika ülkesindeki insanlarla paylaşılan bir gelenek olmasına rağmen dünyada KGM'nun Somali'den daha yaygın olduğu hiçbir ülke yoktur. Somalililer uygulamayı iki biçimde sınıflandırır: Sünni formu (*gudniinka sunnigaah*) denilen ve infibulasyonlardan daha az olan her şeyi içeren en sert form, yani Tip III'ü içeren *Pharoanic (gudniinga fircooniga ah)*. Bu uygulama genellikle 4-10 yaş arasındaki Somalili kızlarda bir tıp doktoru, ebe veya çoğu zaman geleneksel doğum yardımcıları veya geleneksel sünnetçi kadın tarafından gerçekleştirilir. Diğer uygulama yapılan ülkelerde KGM 'nun daha hafif formlarının (Tip I-II) baskın olduğu ve tüm KGM'nin % 85'ini oluşturduğu bilinmektedir. Somalide durum farklıdır. Somalide kızların büyük çoğunluğu (% 80-90) uygulamanın en ağır ve en zararlı tipine maruz kalır. Dünya Bankası 2014 Kadın sünnetinin etnik ve klan bağımlı olduğunu bildirirse de Somali'de tüm klanlarca uygulanmaktadır (Morison et al. 2004).

Somali'de KGM hakkında soru sorulan insanlar her yaştan genelde benzer cevaplar verirler. Herkesin vakıf olduğu bir durumdur. Kızlarına KGM uygulaması yapılmayan

aileler küçük bir azınlıktır. KGM kısaltması (gudniin, tahur) Somali'ce de yalnızca bir tür KGM'ye atıfta bulunacak şekilde yorumlanmıştır. Erkek ve kadın sünneti için kullanılan Somali terimi olan "Gudniin" terimi, uygulamanın tüm formlarını ifade etmek için kullanılan temel terimdir. Somali'deki tüm bölgelerde, sünneti terimi, Tip I, Tip II veya Tip III'e aynı kelime ile atıfta bulunulabilir. Bu geniş yorum, sünnet teriminin diğer ülkelerde kullanılan sünnet kelimesinden farklıdır. Müslüman nüfuslu ülkeler, BM ve DSÖ tarafından sadece Tip I KGM'ya atıfta bulunmak için bu terim kullanılmaktadır. Tip III KGM'nun iki varyasyonu bildirilmiştir: Yerel olarak (Sunnah Kabiir) olarak bilinen daha az dikiş içeren bir infibulasyon şekli ve (Fadumo Hagoog), Tip III KGM'nun bir formu eksizyon içerir ancak dikiş içermez. Toplumdaki istişarelerde ve tartışmalara katılan kadınlar ve kızlar, KGM'nun tipleri kendi bildirdikleri formlarda güvenilirlik eksikliği olduğunu söylenmektedir. Kesin olan şudur ki; kadınlar ve kızlar, maruz kalmış olabilecekleri uygulama biçiminin her zaman farkında değildirler: Kadınların ve kız çocuklarının maruz kaldıkları KGM tipi hakkında kendi kendilerini bildirmeleri doğru karşılanmaz, çünkü insanlar KGM hakkında eğitilmiş değillerdir (Gele et al. 2013).



Kaynak: Somali sağlık Demografik Araştırması, (28 Too Many)

Şekil 3.1. Tüm Somali Bölgelerinin Kadın Genital Mutilasyon 2020 Prevalansı,

Somali de yapılan 2020 Somali demografik sağlık araştırması (SHDS) sonuçlarına göre Genel olarak, kadınların yüzde 72'si uygulamanın geleneksel-dini bir gereklilik olduğuna inanmaktadır. Kadınların inançlarında yaşa göre çok az değişiklik vardır, çünkü 15-19 yaş grubundaki kadınların yüzde 76'sı, 45-49 yaş grubundakilerin yüzde 73'ne kıyasla, bunun geleneksel-dini bir gereklilik olduğuna inanmaktadır. KGM uygulaması hakkındaki inançların, çalışmaya katılanların ikamet ettikleri yere göre farklılaşması azdır. Kentsel alanlardaki kadınların yüzde 67, kırsal alanlardaki kadınların yüzde 72'si ve Göçebe bölgelerden gelen kadınların yüzde 78'i kadın sünnetinin töresel-dini bir gereklilik olduğuna inanır (SHDS, 2020).

Eğitim açısından kadınlar arasındaki görüşlerde kayda değer bir farklılık vardır – eğitimi olmayan kadınların yüzde 74', aynı inanca sahip olan daha yüksek eğitim seviyesine sahip olanların yüzde 44' ile karşılaştırıldığında, bunun dini bir gereklilik olduğuna inanmaktadır. Gelir durumu, kadınların uygulama hakkındaki inançlarını şekillendirmede rol oynamaktadır: En düşük gelire sahip beşte birlik veya en fakir hane halklarından kadınların yüzde 77'si, aynı inançlara sahip en yüksek gelirli beşte birlik veya en zengin hane halklarından yüzde 59'a kıyasla, kadın sünnetinin töresel-dini bir gereklilik olduğuna inançları kesindir.

Genel olarak, Somalili kadınların yüzde 99'u kadın sünnetine maruz kalmıştır. Daha önce 2014 yapılan çalışmalarda da Somalide KGM en yaygın tip olan 3.tip yani infibulasyondur. Ordaki kızların yüzde 80-90 fıravun tip sünnet geçirmekteydi. En son çalışmalarda da 2020 yeni en yüksek uygulama tipi Firavun tipidir ancak yüzdeler dşmüş durumdadır. Yani oran kız ve kadınların % 64,2'ye düşmektedir. Diğer tiplere baktığımızda kadınların % 12,3 2. tip olan orta tipten geçtiğini, % 21,6 'sinin ise Sünni tipten yani klitoridektomi geçtiği bulunmuştur. Yüzde ikisi yakın hayatlarının başlarında geçirdikleri KGM uygulama türünü bilmemektedir (izelge.3.1).

Çizelge 3.1. KGM Tiplerin yüzdeleri

	Yüzde
Tip.1	% 21,6
Tip.2	% 12,3
Tip.3	% 64,2
Bilmeyen	% 1,9

Kaynak; Somali Sağlık Demografik Araştırması,2020 (28 Too Many)

Diğer taraftan sünni tipte (kiltoridektomi) uygulanan kadınların en yüksek oranı yüzde 28 ile kentsel alanlardan, bunu yüzde 21 ile kırsal alanlardan gelen kadınlar ve en düşük yüzde 14 ile göçebe bölgelerden gelenlerde izlenmektedir. Çalışmanın sonuçları arasında eğitim ile KGM uygulaması tiplerinin bir ilişki vardır. Eğitimi olmayan kadınların yüzde 70'inin en kötü kadın sünneti türünü yani infibulasyon geçirdiğini göstermektedir. En yüksek eğitim seviyesine sahip kadınların yarısından biraz fazlası (% 52), kadın sünnetinin daha az şiddetli biçimine maruz kalmıştır. Bu ilişkiyi anlamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır, çünkü katılımcılar kadın sünnetine tabi tutuldukları sırada, velileri örneğin ebeveynler veya büyükanne ve büyükbabalar, yapılacak kadın sünnetinin türüne karar vermişlerdir. Somalide Kadın genital mutilasyon tıbbileştirme yaygındır. Aileler kızlarına bireysel olarak KGM uyguladıklarında, ya geleneksel doğum katılımcıları, geleneksel ebeler, sünnetçi gibi gitmeyi ya da klinik ortamlara gitmeyi seçebilmektedir. Puntland bölgesinde KGM'nun klinik ortamlarda meydana geldiğinden bahsedilmemiştir. Ancak hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin evleri ziyaret ettiği ve uygulamayı gerçeğe taşıdığı bildirilmiştir. Somaliland ve ülkenin Güney ve Orta bölgelerde, KGM uygulamasını sunan bazı hastaneler ve klinikler mevcuttur. Güney Merkez'de, Mogadişu'nun dışındaki kırsal köylerde, kızlara KGM yerel ebeler tarafından uygulanmaktadır. Puntland ve Somaliland'da danışılan topluluklar, KGM'nin tıbbileştirilmesinin bir eğilim olduğunu, ancak Güney Merkez'de yaygın olduğunu düşünüldüğünü belirtmişlerdir. Mogadişu'da, KGM 'yı klinik bir prosedür olarak sunan sağlık uzmanları, tam infibulasyonlar yapmayı reddederek kendilerini geleneksellikten ayırmaktadırlar. Kadınlar hastanelere ve kliniklere gidebilir ve kızlarının sahip olmasını istedikleri KGM türünü alabilirler. Bazı doktorlar hangi

formu istediklerini soracak, ancak doktorların en şiddetli formu (Firavun infibulasyonu) uygulamadıklarını da iddia edecektir. İstenirse bir dereceye kadar infibulasyon yapacaklarını söyleyebilmektedir. Doktorlar ailelerin istedikleri yapmayabilir fakat gelenekselciler ne istenirse uygulamaktadır. Re-infibulasyon ve de-infibulasyon Tip III KGM uygulanan kadın ve kız çocukları, cinsel ilişkiden ve doğumdan önce vajinal açıklığın boyutunu arttırmak için vajinayı örten yapay vulvar skar dokusunun kesilmesini gerektirmektedir. Deinfibulasyon terimi, vulvar skar dokusunda, infibulasyon boyunca dikey bir insizyon yapıldığında ifade edilir. Bazı kadınlar yeniden infibule edilmeyi seçer. Bu, infibulasyon skarının kısmen veya tamamen yeniden dikilmesi bir prosedürdür, bu nedenle vajinal introitus ilk infibulasyonda olduğu kadar dardır. Somalının tüm bölgelerde çalışma alanlarında da kadınların deinfibulasyonu yaygındır. Firavun yöntem Hiiran bölgesinde o kadar yüksektir ki, neredeyse tüm genç kızların kendileri Firavun infibulasyonunu onur kabul ederler. Doğum yapmak için gelen sünnet olmamış bir kadın doğum sırasında ebelerce klitorisinin büyük ve çirkin olduğunu ve doğumdan sonra dahada büyüklüğü artacağını söylerler. Böylece kadın re-infibulasyon olmasına ikna edilir. Ülkenin bazı bölgelerinde Sünnet olan ve doğum yapmaya gelen rızası olsun veya olmasın infibule edilmektedir (Ibe et al. 2011).

Somalide kadın, evliliğin ilk gecesinden önce bir sağlık uzmanı tarafından deinfibulasyon girişiminde bulunabilir, böylece cinsel ilişki veya zorla penetrasyon nedeniyle ağrı ve vajinal yırtılmalar önlenmiş olur. Bazı durumlarda kırsal alanlarda kocalar bıçak kullanır ve dar vajinal orifise olan bir kadına zorla şiddetle infibulasyon izi boyunca kesmektedir. Bazı kadınlar hamileyken veya doğum yaparken, tıkanmış doğum, fistüller ve diğer Tip III KGM ile ilişkili doğum komplikasyonlarını önlemek için deinfibule edilmektedir. De-infibulasyon, bazı sağlık görevlileri tarafından düğün gecelerinden önce genç kızlara önerilmektedir. Veya sağlık komplikasyonlarını tedavi etmek için önerilebilir. Her ne kadar olası olumsuz sağlık sonuçlarından kaçınmak için kızların ve kadınların açılması önerilebilse de evlenmemiş bir bakirenin deinfibulasyonu Güney Orta ve Puntland'daki çalışma alanlarında utanmazlık ve ayıp olarak görülmektedir. Somaliland'da, bir kızın düğün gecesine hazırlanmak için deinfibüle edilmesinin diğer alanlardan daha sosyal olarak kabul edilebilir olduğu bildirilmiştir. Kadınlara danışılmış olmasına rağmen, Tip III KGM ile ilişkili çok

sayıda dezavantaj ve sağlık komplikasyonu olmasına rağmen, kadınların yara izlerine yeniden re-İnfibulasyon standart bir uygulama hale gelmiştir. Re-infibulasyonun aşağıdaki durumlarda tüm bölgelerde meydana geldiği bildirilmiştir. Doğum yaptıktan sonra kadınlar genellikle kısmen veya tamamen yeniden infibule edilmeyi talep ederler. Bazı boşanmış kadınlar infibulasyon izlerini revize eder, böylece vajinal açıklıkları bir bakireninkine kadar daralır ve kendilerini evlenebilir kılmak için uygular. Kadın tecavüz mağdurlarının ebeveynleri onlara yeniden talepte bulunabilir. Güney Orta bölgelerdeki bir Somali Bantu topluluğunda, kadınlar yeniden olmayı seçiyorlar. Kocaları uzun süre seyahat ettiğinde onu aldatmadıklarını kanıtlamak için re- infibule gereklidir demektedirler. Birçok kadının neden yeniden infibule edilmeyi seçtiğinin başlıca nedenlerinden biri, kaynaşmış labia ile uzun yıllar yaşadıktan sonra, açık bir yara izi ile yaşama hissinin rahatsız edici ve anormal olarak hissedilmesidir (Ibe et al. 2011).

Somaliland ve Güney Merkez'deki en düşük sosyo-ekonomik geçmişlerden gelen kadınların yeniden infibulasyon yapmayı seçmedikleri bilinir. Mesafe ve maliyetler nedeniyle klinik bakıma kolayca erişemedikleri için bu mümkündür. Cinsel şiddet mağdurları, yeniden infibulasyona uğradığı bildirilen başka bir gruptur. Tecavüz mağdurları genellikle ebeveynleri tarafından yeniden düzenlemeye zorlanır. Mogadişu'da, ebeveynlerin tecavüz mağdurlarını kızlarının onurunu geri kazanmak için yeniden düzenlemeye zorlayacağı bilinmektedir. Yeniden infibulasyonun gerekçesinden bağımsız olarak, tüm çalışma alanlarında danışılan topluluklar tüm bölgelerde klinik ortamlarda prosedürü uygulayan sağlık çalışanlarının olduğunu da bir gerçektir. Daha önce yapılan bir çalışma, gelişmiş bir eğitim, kentleşme ve uygulamanın zararlı etkileri hakkında artan farkındalık da dahil olmak üzere çağdaş sosyal değişimin, insanların uygulamaya yönelik algılarını etkilediğini göstermektedir. Bununla birlikte, Somali'de uygulamayı sona erdirmeye çabalarının başlamasından bu yana otuz yıldan fazla bir süre geçti ve Somalililerin KGM'nun karşı tutumunun iyileşip iyileşmediği sorusu, ne yasık ki 1980'lerde olduğu gibi bugün de geçerlidir (Gele et al. 2013).

Eski Somali rejimi KGM 'ye 1970'lerden başlayarak, karşı açıkça bir duruş sergiledi ve çeşitli yaklaşımlar kullanarak uygulamayı ortadan kaldırmayı amaçlayan çok sayıda

kampanyayı destekledi. Somali Demokratik Kadın Birliği (SOWDA), Somali'deki uygulamayı ortadan kaldırmak için tasarlanan KGM karşıtı projeleri uygulamak için kuruldu. Bu çabalar rağmen, KGM 'ye karşı hükümet 1991'de askeri rejimin devrilmesiyle çöktü. O zamandan beri Somali'deki KGM programları uluslararası ve yerel kadın örgütlerinin çabalarına dayanmaktadır. Bu programlar genellikle toplumun uygulamaya yönelik tutum ve davranışları üzerindeki etkilerini değerlendirmek için çok az çaba sarf edilerek uygulanmıştır (Askew, 2005). Bunun nedeni, uygulayıcı kuruluşların birçoğunun, müdahale programlarının nasıl ve neden çalıştıklarına ek olarak, işe yarayıp yaramadığını değerlendirmek için gerekli temel araştırma yöntemlerine ve deney ilkelerine aşina olmayabileceğidir. Sonuç olarak, Somali'de KGM ortadan kaldırmayı amaçlayan onlarca yıllık programlama çabalarının bu uygulamaya yönelik bir tutum değişikliğini mümkün kılmada çok başarılı olup olmadığı konusunda yaygın olarak ifade edilen bir şüphe vardır (Obermeyer, 2005).

BÖLÜM 4

GEREÇ VE YÖNTEMLER

4.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Türkiye'de yaşayan genital mutilasyona maruz kalmış somalili kadınların yaşam, sağlık ve obstetrik sorunlarına ebelik perspektifinden bakılarak incelenmesi Araştırmanın tipi kesitsel tanımlayıcı tipi olarak yapılmıştır.

4.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırmada 2021-2022 eğitim öğretim yılları tarihleri arasında. Çalışmada veri toplama aşaması ocak- şubat-Mart 2022 aylarında gerçekleştirildi. Çalışmanın veri analizleri ve istatistikleri 2022 Haziran ayında yapıldı.

Araştırmada merkez olarak Üniversitemizin bulunduğu Karabük İli seçildi. Bunun nedeni üniversitemizin Türkiye'deki en çok yabancı öğrenci bulunduran dolayısıyla en fazla Somalili öğrencinin olduğu üniversite olmasıydı. Türkiye genelini taramak ve daha iyi bir tahminde bulunmak için Somalili bireylerin yaşadığı 15 vilayet resmi kaynaklardan öğrenilerek araştırma yapılacak vilayetler olarak seçildi. Bu iller sırasıyla; Ankara, Adana, Antalya, Burdur, Bursa, Eskişehir, İstanbul, İzmir, Isparta, Konya, Kütahya Mersin, Samsun ve Trabzon olarak kararlaştırıldı. Bu 15 vilayet gerek kendilerinde bulundurdukları üniversitelerdeki öğrenci miktarı ve gerekse Ticaret, iş imkanları, sağlık turizmi ve Görevli olarak somalili ailelerin bulunmaları en yüksek olduğu iller idi.

4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Türkiye 'nin Somalili topluluğu yoğun olduğu illerde ikamet eden 15-18 yaş Somalili kızlar ve 18-49 yaş kadınlardan oluşturmaktadır. Bu iller araştırma merkezi olan Karabük ve Ankara, Adana, Antalya, Burdur, Bursa, Eskişehir, İstanbul, İzmir, İsparta, Konya, Kütahya Mersin, Samsun ve Trabzon olarak kararlaştırıldı Araştırmayı katılmayı gönüllü olarak kabul eden, bu ilçeler de yaşayan 15 yaş üstü Somalili kızlar ve kadınlardan oluşmaktadır. Çalışmamızda Türkiye 'de yaşayan 15 yaş üstü en az 180 Somalili kız ve kadına anket uygulanmıştır

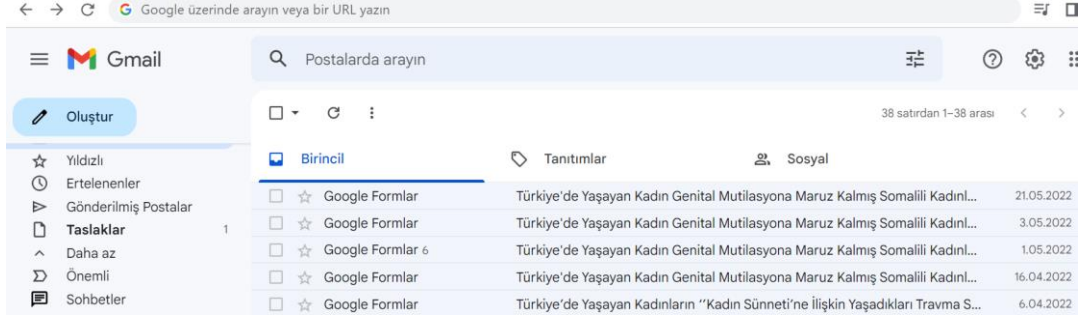
4.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veriler araştırmacı tarafından literatüre taranarak oluşturulmuş veri toplama formu ile toplanmıştır. Birde Google formlardan elektronik anket hazırlandı. Bu anket üç bölümden oluşmaktadır. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, obstetrik özelliklerini ve kadın genital mutilasyona yönelik 61 soru bulunmaktadır.

4.5. VERİLERİN TOPLANMA YÖNTEMİ

Çalışmada anket formu ve Google formu anket kullanılarak, yüz yüze ve yöntemiyle veriler toplandı. Veri toplama aşamasında Somalililere ait olan restoranlar, marketler ve güzellik salonları gidilerek her bir anket için en az 25-35 dakika bir süre toplandı. Yine üniversitemiz rektörlüğümüz vasıtası ile Türkiye'de bulunan 209 üniversiteye (bunların 131 adeti Devlet, 78 adedi özel ve Vakıf Üniversitesi olmak üzere) resmi yazı ile Somalili öğrenciler tarafından doldurulmak üzere elektronik anketler paylaşıldı. Üniversitemiz en çok Somalili öğrenci barındıran üniversite olması sebebiyle öğrencilerimiz aracılığıyla Türkiye'de bulunan tanıdık ve yakınlarına da ulaşıldı.

Google formlar (1. <https://forms.gle/SrUYpLyyFPHFTUL18>) <https://mail.google.com/mail/u/1/#inbox> üzerinden anket hazırlanarak adres ve eğitim bilgileri üzerinden e-posta adresine ulaştığımız Somalili kadınların mail adreslerine iletilerek online cevapları alındı <https://mail.google.com/mail/u/1/#inbox/FMfcgzGpFzxSgltLvFHDMNHRBFjRgzIX>).



Veri toplama aşamasında Somalililere ait olan restoranlar, marketler ve güzellik salonları gidilerek her bir anket için en az 25-35 dakika bir süre toplandı.

4.6. VERİLERİN ANALİZ VE DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Çoğu yüzyüze olmak üzere kısmen de Google formlar üzerinden gelen anketler tek, tek dikkatlice incelenerek bir Excel formatına alındı. Böylece veri havuzu hazırlandı. Anket sorusunu ilgilendirmeyen cevaplar ayıklanarak sadece sorular üzerinden değerlendirmeye gidildi.

Chi-square testleri ile Sürekli nicel yapıdaki değişkenler normalite testlerinde değerlendirildi. Bu amaçla Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk sonucuna bakılarak, veriler parametrik ya da non-parametrik testler ile ortaya konuldu.

Öncelikle araştırmamız için güç analizi yapıldı (Küçük Gürbüz, 2019). Güç analizinde Two-Sample T-Test Power Analysis kullanıldı. % 99 istatistiki doğruluk ile belirlenen en az 190 adet 15 yaş üstü bayan alt sınır olarak alındı. Grup örneklem büyüklüğü için 87'lik iki grup arasında 1,1'lik bir farkı tespiti için % 99 doğruluk belirlendi. Tahmini grup standart sapmaları 1,9 ve 1,6 ile 2,2 anlamlı sayıldı. Çift taraflı iki örneklili t testi kullanılarak 0,05000 düzeyi referans olarak belirlendi. İstatistiki olarak toplam n=174 için % 99,99 doğruluk kabul edildi (Machin, Campbell, Tan, & Tan, 2011; Zar, 1999). Araştırma da n=190 olarak gerçekleştirildi

4.7. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Türkiye'de bulunan 15 yaş üstü Somalili kadınların mutilasyon durumları, bunu etkileyen faktörler ve sağlıklı bir yaşam için obstetrik sorunlara ne düzeyde sebep olduğunun öğrenilmesi amaçlandı. Bu sorunlara ebelik mesleği perspektifinden yaklaşım hedeflendi. "Türkiye'de yaşayan genital mutilasyona maruz kalmış somalili kadınların yaşam, sağlık ve obstetrik sorunlarına ebelik perspektifinden bakış " adını verdiğimiz bu çalışma öncesinde Karabük Üniversitesi Rektörlüğü, Girişimsel Olmayan Klinik Araőtirmalar Etik Kurulundan 15.12.2021 tarihinde E-77192459-050.99-88241 sayı numara ve 2021/777 karar numarası ile izin alındı. Beraberinde bilgilendirilmiş gönüllü olan formu da hazırlanarak onaylandı.

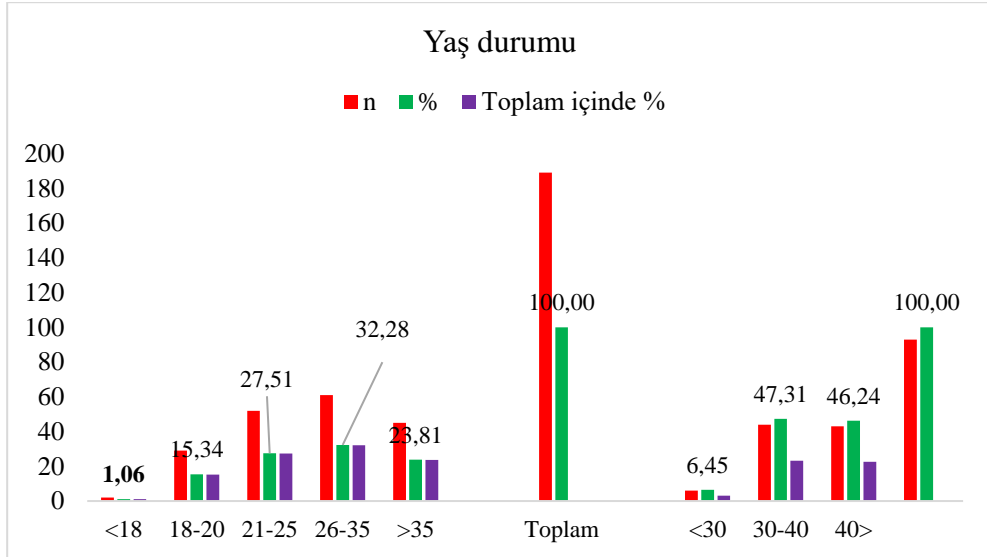
4.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmamıza 15 yaş altı olan kızlara ve 6 aydan az Türkiye'de ikamet edenlere araőtirmayı dahil edilmemiştir. Türkiye'de kadın genital mutilasyon uygulaması yaygın olmadığı bir ülke olmasından dolayı Somalili vatandaşların burada yaşamayı başladıktan sonra kadın genital mutilasyona yönelik tutumları deđiőmesine düşünölmüőtür. Bu yüzden araőtirmanın sonuçları Türkiye de yaşayan Somalililer ile sınırlandırıldı.

BÖLÜM 5

BULGULAR

Çalışmaya katılan 190 bireyin ağırlıklı yaş aralığı 26- 35'tir. Bunların ortalaması % 32,28 ve toplam içindeki oranları %32,11 dir. Diğerleri sırasıyla % 27,51 oranında (toplam içinde % 27,37) 21 ila 25 yaşlarındadır. 18 ile 20 yaş aralığında bulunan bireylerin oranı %15,34 ve toplam içinde % 15,26 dır. 35 yaşın üzerinde bulunan katılımcı oranı ise % 23,81 ve bunların da toplam içindeki yüzdesi 23,68 dir. Buna göre 30 ila 40 yaşları arasında katılımcı oranı % 47,31 ve toplam içinde % 23,16 ve 40 yaşın üzerinde katılımcı oranı % 46,24 (toplam içinde % 22,63) dır. 25 yaş dahil olmak üzere 25 yaşın altındaki katılımcı oranı % 43,92 olup toplam içindeki oranı % 43,68 dir (Şekil 4.1).

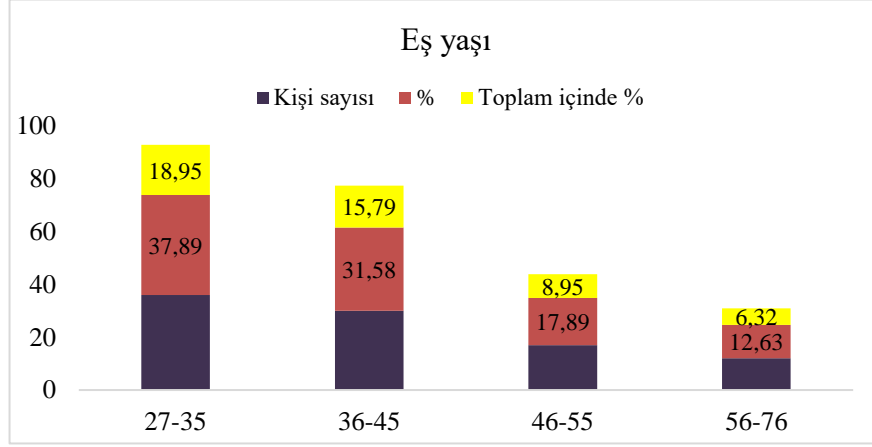


Şekil 4.1. Katılımcıların yaş aralığı durumu

Katılımcıların eşlerinin yaş durumu irdelendiğinde;

Eşlerinin yaşları 27- 35 yaş aralığında olanlar % 37,89, yaşları 36 - 45 aralığında olan eşlerin oranı %31,58 eşlerinin yaşları 46 ile 55 yaş aralığında olanlar % 17,89 son

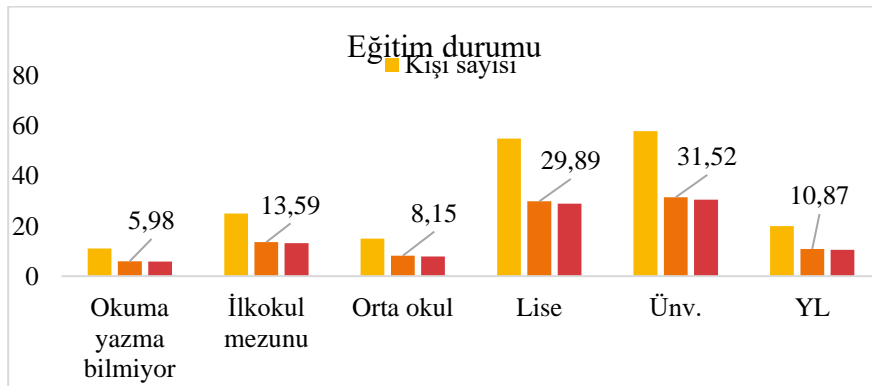
olarak 56 yaş ile 76 yaş arasında eş yaşına sahip katılımcı sayısı % 12,63 olarak tespit edilmiştir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Katılımcıların eşlerin yaş durumu

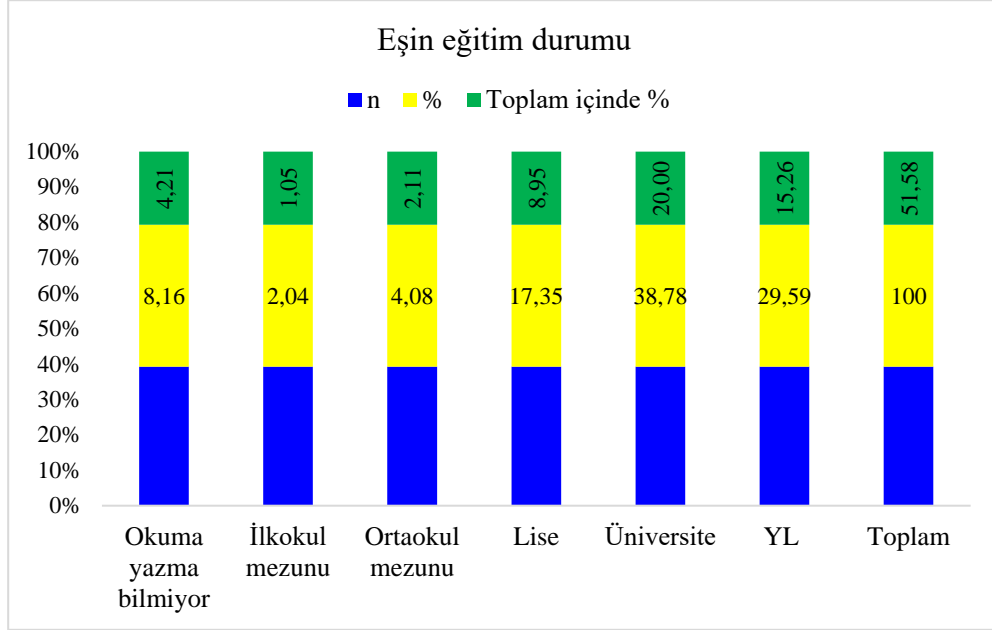
Eğitim Durumu;

190 katılımcıdan 6 tanesi hariç eğitim durumu hakkında bilgilendirme yapmışlardır. Eğitim bilgilerini sadakatle verenlerin durumu şu şekildedir; okuma yazma bilmeyenler, % 5,98 (toplam içinde % 5,79), ilkokul mezunu olanlar % 13,59 (toplam içinde % 13,16), ortaokul mezunu olanlar % 8,15 (toplam içinde % 7,89) lise mezunu olanlar % 29,89 (toplam içinde % 28,95) oranındadır. Üniversite okuyanların oranı % 31,52 olup toplam içindeki yüzdesi % 30,53 olarak tespit edilmiştir. Üniversiteden sonra yüksek lisans yapanların oranı % 10,87 ve bunların toplam içerisindeki durumu ise % 10,53 tür (Şekil 4.3).



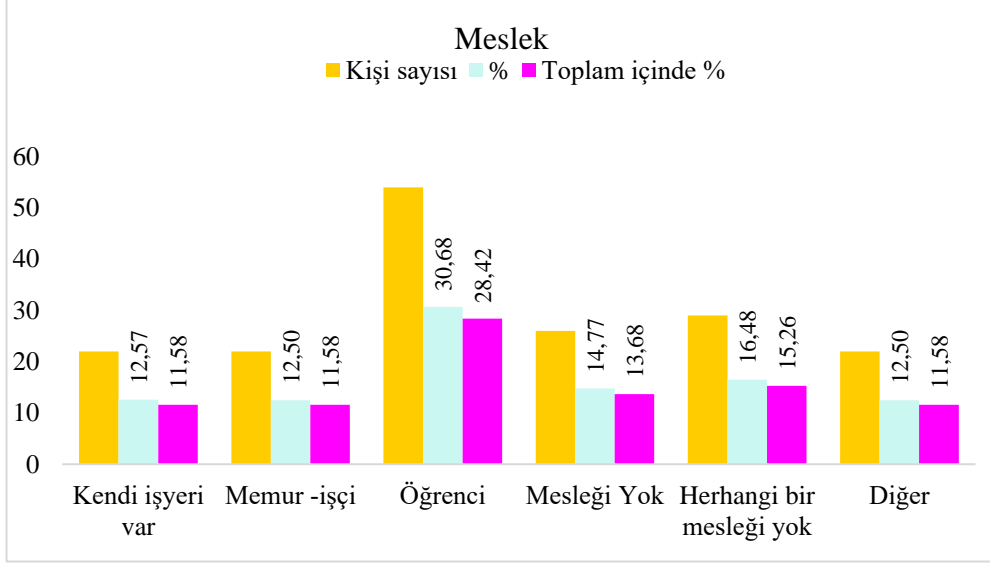
Şekil 4.3. Katılımcıların eğitim durumları

Katılımcıların eşlerinin eğitim düzeyleri de soruldu; Buna göre, okuma yazma bilmeyenlerin oranı % 8,16, ilkokul mezunu olanlar % 2,04 ortaokul mezunu olanlar % 4,08, lise mezunu olanlar % 17,35, üniversite mezunu % 38,78 ve yüksek lisans derecesine veya daha üstüne sahip olan eş sayısı oranı % 29,59 olarak tespit edildi (Şekil 4.4).



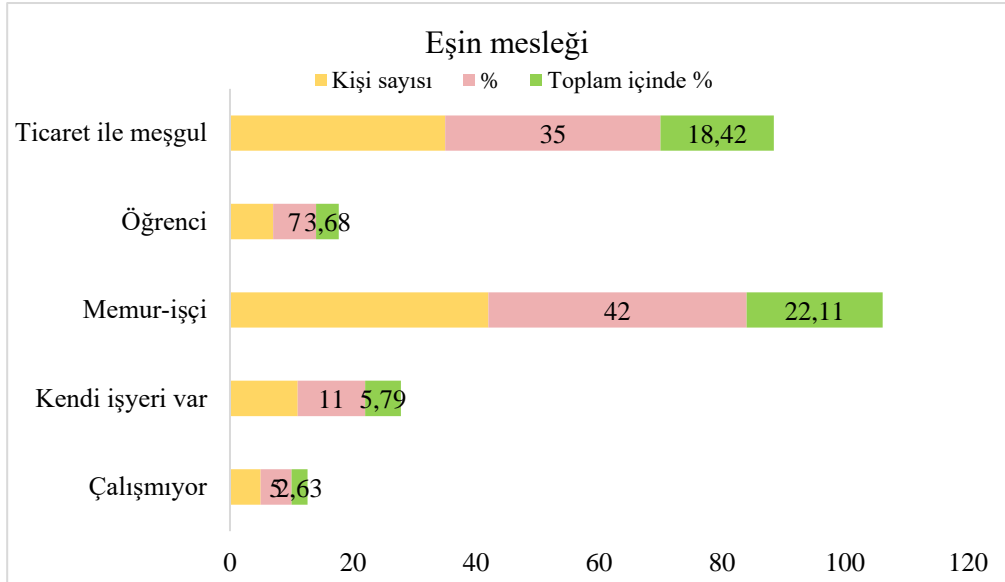
Şekil 4.4. Katılımcıların eşlerin eğitim düzeyleri

Katılımların meslek ve iş durumları sorgulandığında; Kendi işyeri olup da çalışan katılımcı sayısı % 12,57, memur ya da işçi olarak çalışanların oranı % 12,50, türkiye'de Eğitim amaçlı öğrenci olarak bulunanların oranı % 30,68, mesleği olmayanların oranı % 14,77 herhangi bir mesleği olmayıp herhangi bir işte de çalışmayanların oranı % 16,48 ve mesleği ya da eşi ile ilgili bilgi vermek istemeyen diğer olarak ifade edilebilecek meslek sahibi denek sayısı oranı % 12,50 olarak tespit edilmiştir (Şekil 4.5).



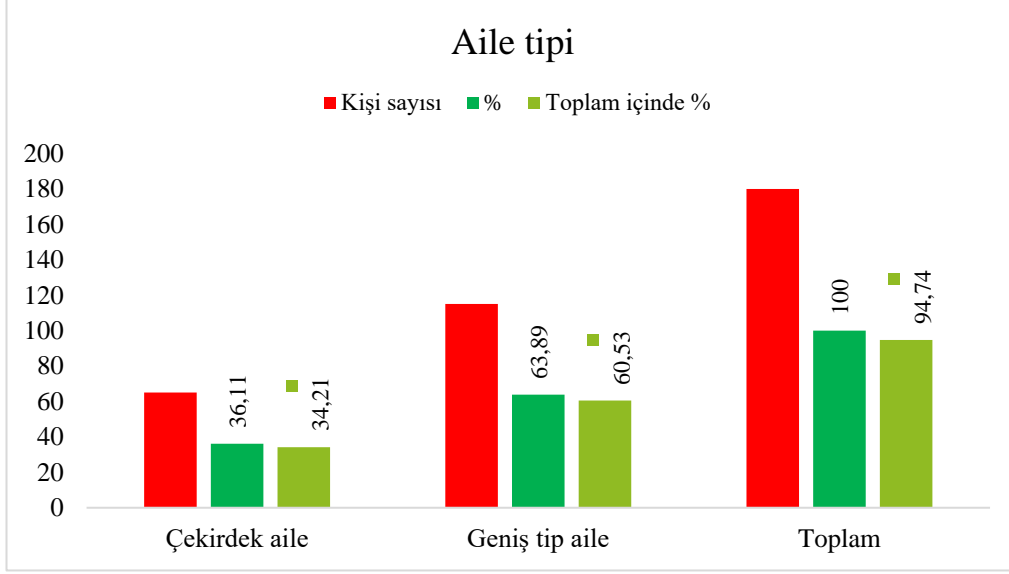
Şekil 4.5. Katılımcıların meslek ve iş durumu

Katılımcıların eşlerinin meslekleri araştırıldığında; Ticaretle meşgul olanlar % 35, öğrenci olarak Türkiye'de bulunanlar % 7, memur ya da işçi olarak çalışanlar % 42, kendine ait bir iş yerinin sahibi ya da ortağı olanlar % 11, ve herhangi bir işte çalışmayanların oranı % 5 olarak tespit edildi (Şekil 4.6).



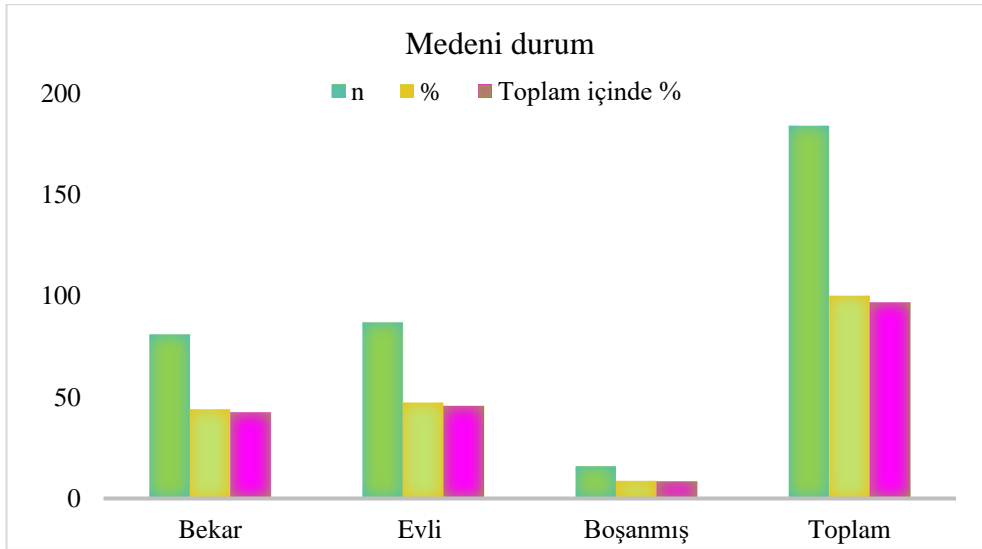
Şekil 4.6. Katılımcıların eşlerine meslek durumu

Aile tipi; Araştırmamıza katılan kadınların % 63,89 u geniş aile tipine sahip olup, % 36,11'lik kısmı çekirdek aile şeklindedir (Şekil 4.7).



Şekil 4.7. Katılımcıların aile tipleri

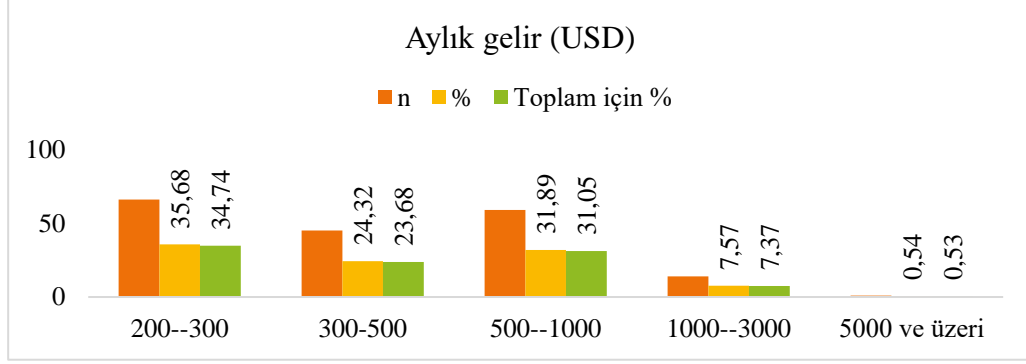
Araştırmamıza katılan Türkiye'de halihazırda yaşayan Somalili kadınların medeni durumları da araştırıldı; % 44,02 oranında bekar, % 47,28 oranında evli ve % 8,70 oranında ise boşanmış olarak tespit edildi. Katılımcıların 6'sı hariç bu soruya içtenlikle cevap verildi. (Toplam içindeki oranları aynı sıralama ile; % 42,63, % 45,79, % 8,42) şeklindedir (Şekil 4.8).



Şekil 4.8. Katılımcının medeni durumu

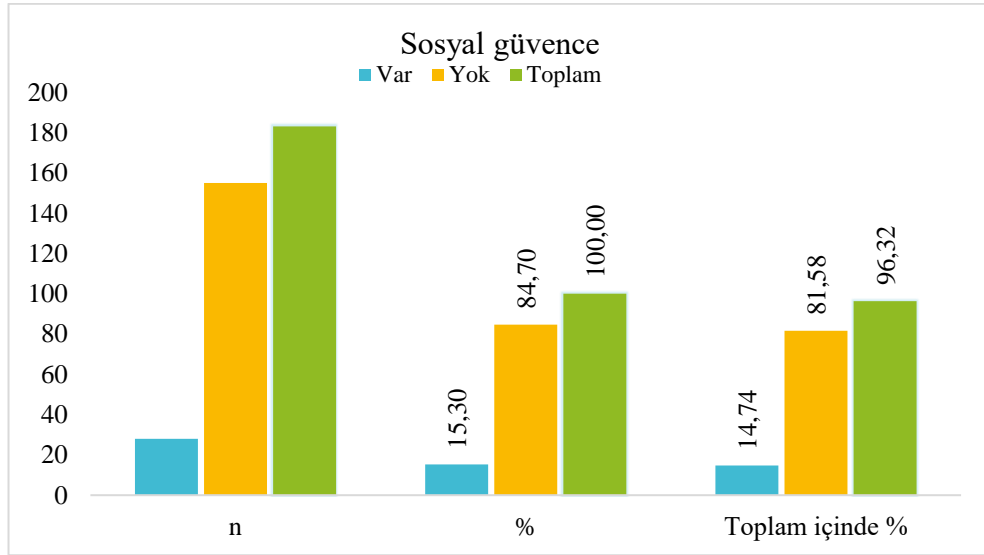
Araştırmamıza katılan Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların aylık gelirleri sorgulandığında; Aylık gelirleri 200 ila 300 dolar arasında olan birey oranı % 35,68,

aylık gelirleri 300- 500 dolar arası olanların oranı % 24,32, aylık gelirleri 500-1000 dolar arası olanlar % 31,89, aylık gelirleri 1000 ile 3000 arasında olan deneklerin oranı % 7,57 ve 5000 geliri bulunan birey oranı 0,54 yüzdelik oranda tespit edilmiştir. Gelir piramidi üçgeni tabandan tavana dar açılı ile keskin yükselmektedir (Şekil 4.9).



Şekil 4.9. Katılımcıların aylık gelir miktarı

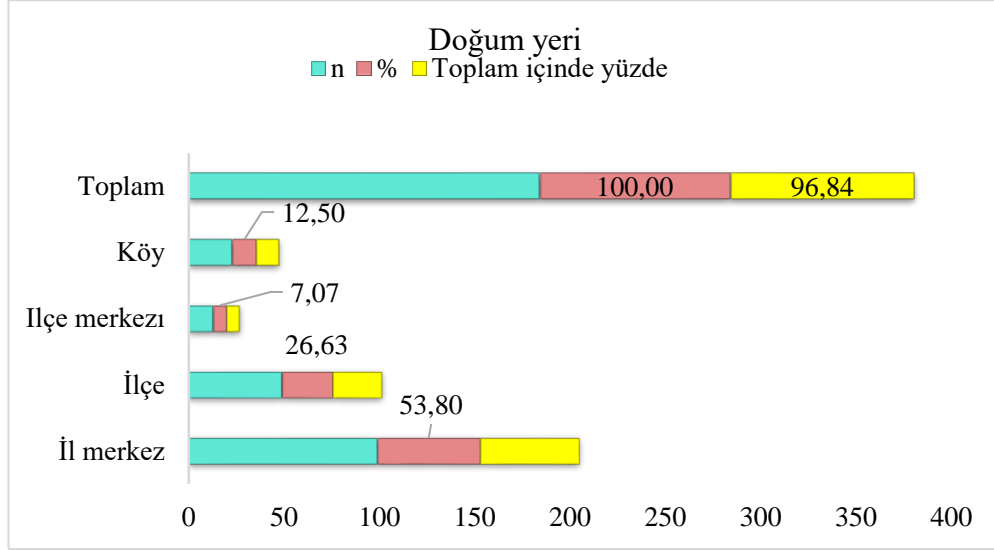
Katılımcıların sosyal güvence bakımından; Sadece % 15,30 luk kısmının Herhangi bir sosyal güvencesi mevcut olup geriye kalan % 84,70 'lik büyük çoğunluğunun herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı tespit edilmiştir (p=0,001) (Şekil 4.10).



Şekil 4.10. Katılımcıların sosyal güvencesi olup olmadığı

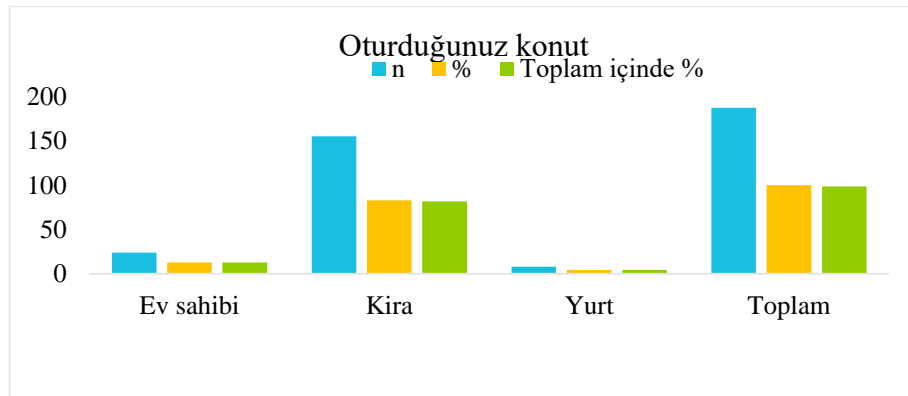
Doğum yeri; Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların yarısından fazlasını il merkezlerinde doğmuş ve orada yaşayan bireyler olduğu dörtte birinden biraz fazla

kısının da ilçe merkezlerinde doğup büyüdüktan sonra Türkiye'ye gelenlerden oldukları görülmektedir. Katılımcıların doğum yeri % 53,80 oranında il merkezleri olup toplam içinde % 52,11'e tekabül eder. İlçe merkezinde doğmuş olanlar % 26,63 ve (toplam içindeki oranı % 25,79) dur. Doğum yeri kırsal kesim ya da köye olanların oranı % 12,50 ve toplam içindeki oranı % 12,11 dir (Şekil 4.11).



Şekil 4.11. Katılımcıların Somali'de doğum yerleri

Katılımcıların ev sahibi ya da kiracı olma durumları da araştırıldı; Ev sahibi olanların oranı % 12,83, kiracı olanların oranı %82,89 ve öğrenci olup yurtlarda yaşayan kadın sayısı %4,28 olarak gerçekleşti. Toplam Katılımcılar içerisinde % 12,63 oranında konut olarak mülkiyet sahipliği mevcuttur (Şekil 4.12). Çalışmayı katılan Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların sosyo-demografik özellikleri (Çizelge 4.6).



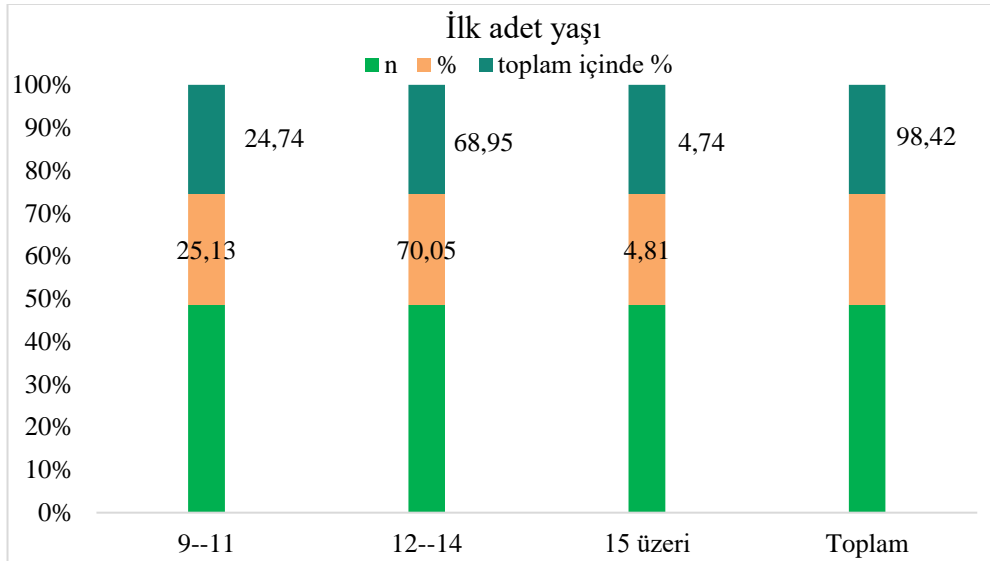
Şekil 4.12. Katılımcıların oturduğu evin mülkiyeti

Çizelge 4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikler

		Kışı sayısı (n)	% Oranı	Toplam içinde %
Yaş	<18	2	1,06	1,05
	18-20	29	15,34	15,26
	21-25	52	27,51	27,37
	26-35	61	32,28	32,11
	>35	45	23,81	23,68
	Toplam	189	100,00	
Eğitim durumu	Okuma yazma bilmiyor	11	5,98	5,79
	İlkokul mezunu	25	13,59	13,16
	Orta okul	15	8,15	7,89
	Lise	55	29,89	28,95
	Ünv	58	31,52	30,53
	YL	20	10,87	10,53
	Toplam	184	100,00	96,84
Eş yaşı	27-35	36	37,89	18,95
	36-45	30	31,58	15,79
	46-55	17	17,89	8,95
	56-76	12	12,63	6,32
	Toplam	95	100	50,00
Eş eğitim durumu	Okuma yazma bilmiyor	8	8,16	4,21
	İlkokul mezunu	2	2,04	1,05
	Ortaokul mezunu	4	4,08	2,11
	Lise	17	17,35	8,95
	Üniversite	38	38,78	20,00
	YL	29	29,59	15,26
	Toplam	98	100	51,58
Meslek	Kendi işyeri var	22	12,57	11,58
	Memur -işçi	22	12,50	11,58
	Öğrenci	54	30,68	28,42
	Mesleği yok	26	14,77	13,68
	Herhangi bir mesleği yok	29	16,48	15,26
	Diğer	22	12,50	11,58
	Toplam	175	99,43	92,11
Eş mesleği	Çalışmıyor	5	5	2,63
	Kendi işyeri var	11	11	5,79
	Memur-işçi	42	42	22,11
	Öğrenci	7	7	3,68
	Ticaret ile meşgul	35	35	18,42
	Toplam	100	100	52,63
Aile tipi	Çekirdek aile	65	36,11	34,21
	Geniş tip aile	115	63,89	60,53
	Toplam	180	100	94,74
Medeni halı	Bekar	81	44,02	42,63
	Evli	87	47,28	45,79
	Boşanmış	16	8,70	8,42
	Toplam	184	100,00	96,84
Doğum yeri	İl merkez	99	53,80	52,11
	İlçe	49	26,63	25,79
	İlçe merkezi	13	7,07	6,84
	Köy	23	12,50	12,11

	Toplam	184	100,00	96,84
Sosyal güvence var mı?	Var	28	15,30	14,74
	Yok	155	84,70	81,58
	Toplam	183	100,00	96,32
Ev mülkiyeti	Ev sahibi	24	12,83	12,63
	Kira	155	82,89	81,58
	Yurt	8	4,28	4,21
	Toplam	187	100,00	98,42
Aylık gelir	200--300	66	35,68	34,74
	300-500	45	24,32	23,68
	500--1000	59	31,89	31,05
	1000--3000	14	7,57	7,37
	5000 ve üzeri	1	0,54	0,53
	Toplam	185	100,00	97,37

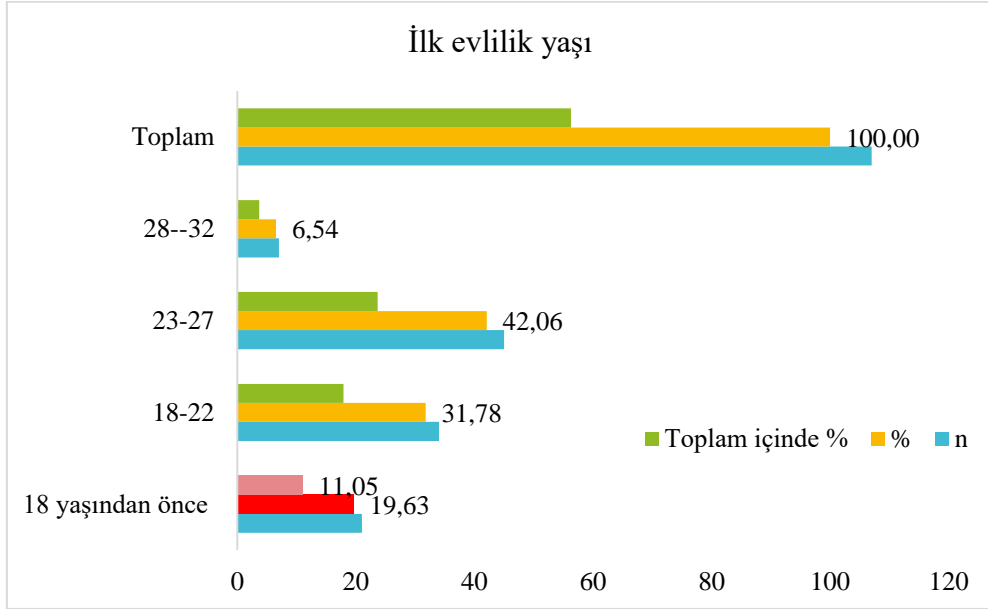
Katılımcılara ilk adet yaşı; sorulduğunda 3 kişi dışında tamamı cevap vermiştir. Katılımcıların yaklaşık dörtte biri yani % 25,13 lük bir kesimi 9 ile 11 yaş arasında ilk adetlerini görmüşlerdir. 12 ile 14 yaş aralığında ilk adetini gören kadın sayısı % 70,05'tir. 15 yaşından sonra adet oldum diyenlerin oranı ise % 4,81 olarak tespit edilmiştir (Şekil 13).



Şekil 4.13. Katılımcıların ilke adet olma yaşları

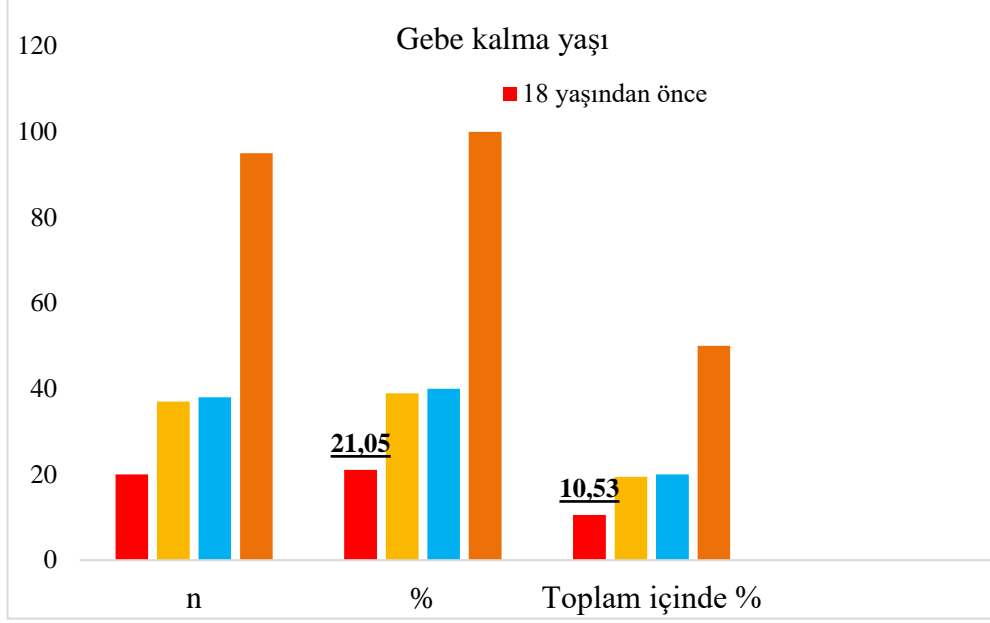
Türkiye'de yaşayan Somalili kadınlara ilk evlilik yaşının kaç olduğu şeklinde sorulduğunda; Katılımcılardan 83 birey (toplam katılımcıların % 43,68 i) bu soru hakkında herhangi bir fikir beyan etmemiştir. 18 yaşından önce ilk evliliğini yapan bireylerin oranı yüzde % 19,63 (toplam içinde %11,05) olarak, 18 ila 22 yaş aralığında ilk evliliğini yapan katılımcı sayısı % 31,78 (toplam içinde %17, 89), ilk evliliğini 23

ile 27 yaşlar arasında yapan bireylerin oranı % 42,06 (toplam içinde % 23,68) ve 28 yaş ile 32 yaş arasında ilk evliliklerini yapan bireylerin oranı % 6,54'tür (toplam içinde %3, 68) (Şekil 14).



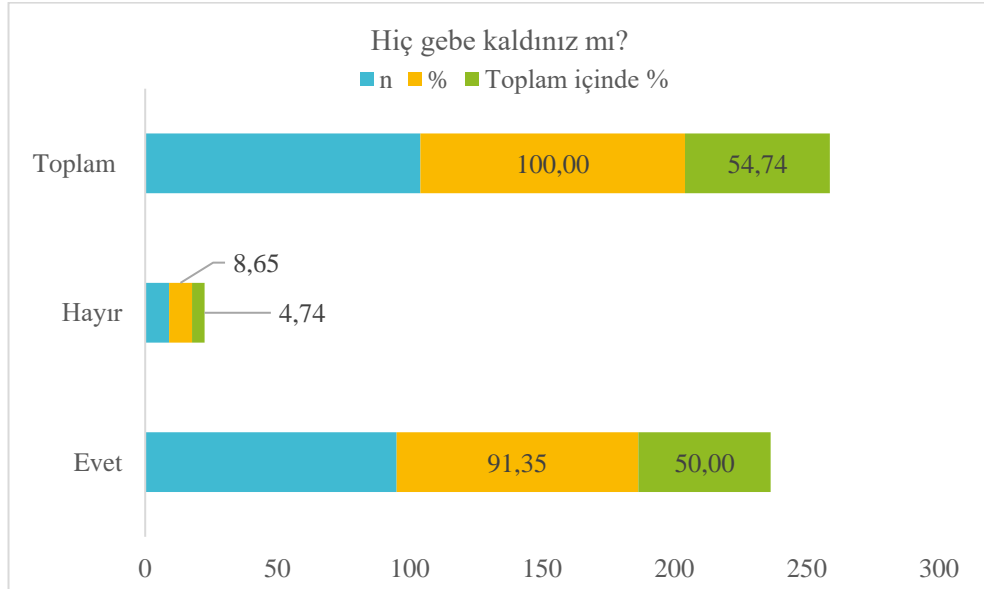
Şekil 4.14. Katılanların ilk evlilik yaşları

Gebe Kalma Yaşı; Katılımcıların ilk ne zaman gebe kaldıkları sorusunu cevaplama oranı yarısı ile sınırlıdır. Katılımcıların yarıya yakını % 40,00 ilk gebeliklerini 24 ile 29 yaş aralığında yaşamışlardır (toplam içindeki oranı % 20,00). 18 ile 23 yaş aralığında ilk gebeliklerini geçirenlerin oranı % 38,95 olup toplam içindeki durumu % 19,47 oranındadır. 18 yaşından önce gebe kalmış olanların oranı katılımcıların Beşte biri ve toplam katılımcıların onda biri müspetin de görülmektedir. 18 yaşından önce gebe kalanlar % 21,05 oranında olup toplam içindeki durumu % 10,53 düzeyindedir (Şekil 15).



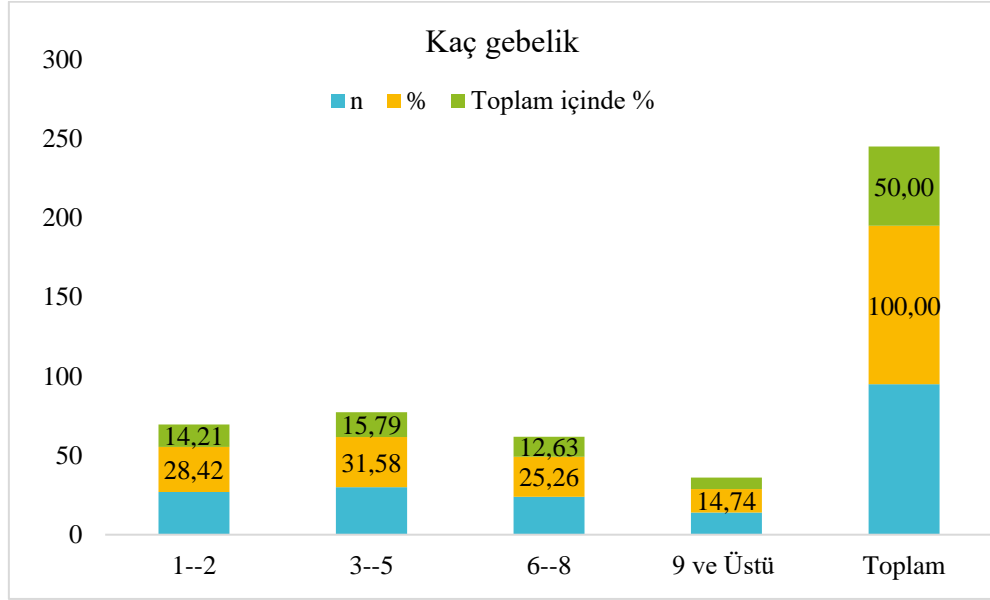
Şekil 4.15. Katılımcıların gebe kalma yaş aralrı

Katılımcıların % 91,35'i en az bir defa gebelik geçirmiş; % 8,65 oranında ise herhangi bir gebelik yaşamamıştır (Şekil 16).



Şekil 4.16. Katılımcıların gebe kalma durumu

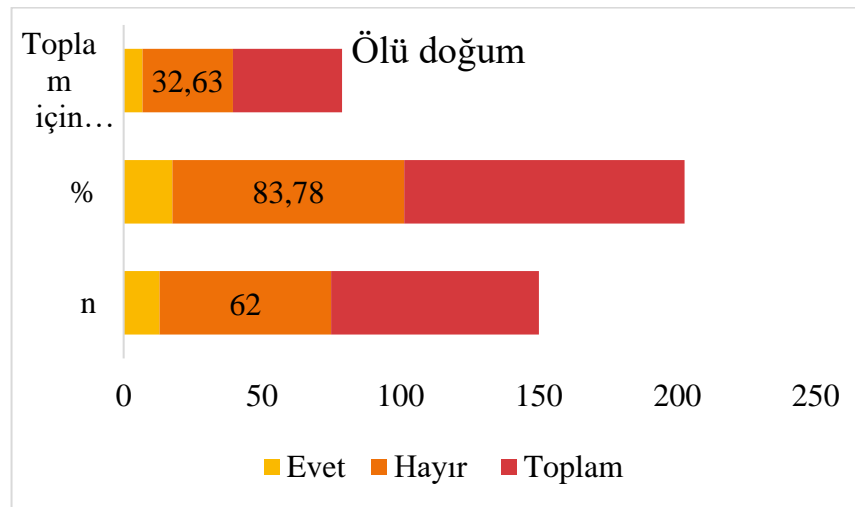
Araştırmamıza iştirak eden Türkiye'de yaşayan somalili kadınların % 28,42'si 1-2 gebelik geçirmiş, % 31,58'i 3-5 gebelik geçirmiş, % 25,26'sı 6-8 gebelik geçirmiş, 9 ve üzeri gebelik yaşayan kadınların sayısı % 14,74'tür (Şekil 17).



Şekil 4.17. Katılımcıların kaç kare gebe kaldıkları durumu

Katılımcıların doğumda bebek ölümü durumu da araştırıldı.

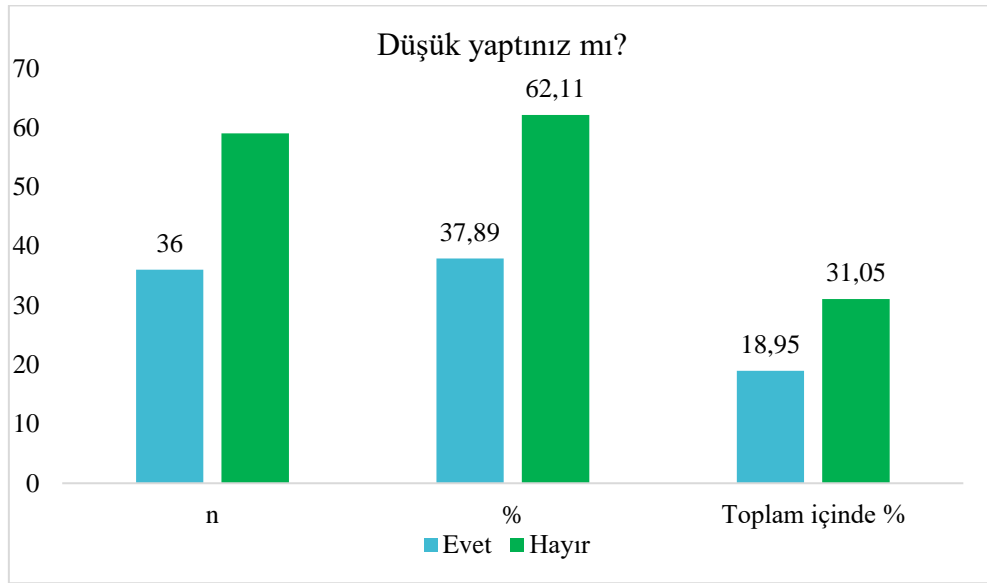
Ölü doğum yapıp yapmadıkları sorulduğunda; % 17,57 (toplam içinde % 6,84) oranında ölü bebek doğurduklarını ifade etmişlerdir (Şekil 18).



Şekil 4.18. Katılımcıların ölü bebeklerin olma durumu

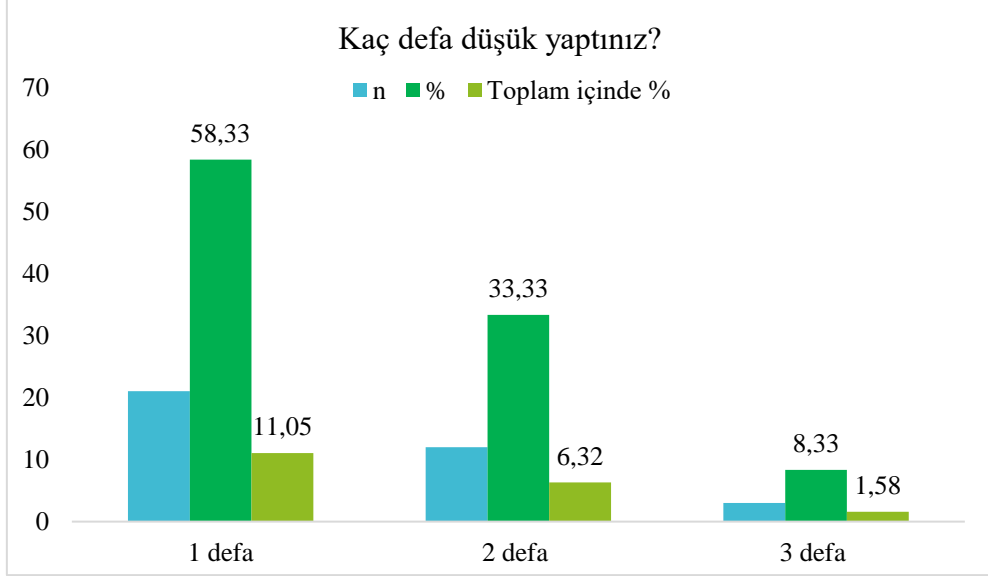
Daha önce herhangi bir bebeğinizi düşürdünüz mü diye sorulduğunda; Araştırmamıza katılan bayanların düşük yapıp yapmadığı soruldu;

Bayanların % 37,89 oranında düşük yaptıkları, % 62,11 düzeyinde herhangi bir düşük yapmadıkları tespit edildi. Ancak bu soruya verilen cevaplar noktasında toplam katılım deneklerin yarısına eşitti (Şekil 19)



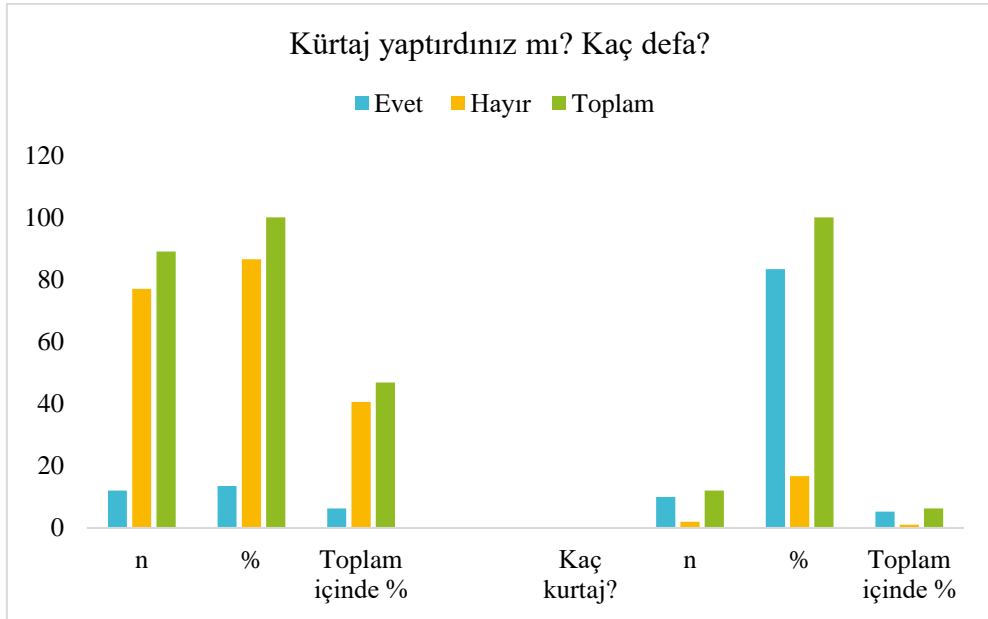
Şekil 4.19. Katılımcıların düşük yapma durumu

Düşük yapan bayanlar arasında kaç düşük yaptığı sorulduğunda; Toplam içinde % 18,95 oranında düşük yaptıkları görülmüştür. Bir düşük yapanların oranı en yüksek olup % 58,33 olarak görülmüştür. 2 defa düşük yapanların oranı % 33,33 bundan fazlaca 3 veya daha fazla defa düşük yapanların oranı % 8,33 olarak tespit edilmiştir (Şekil 20).



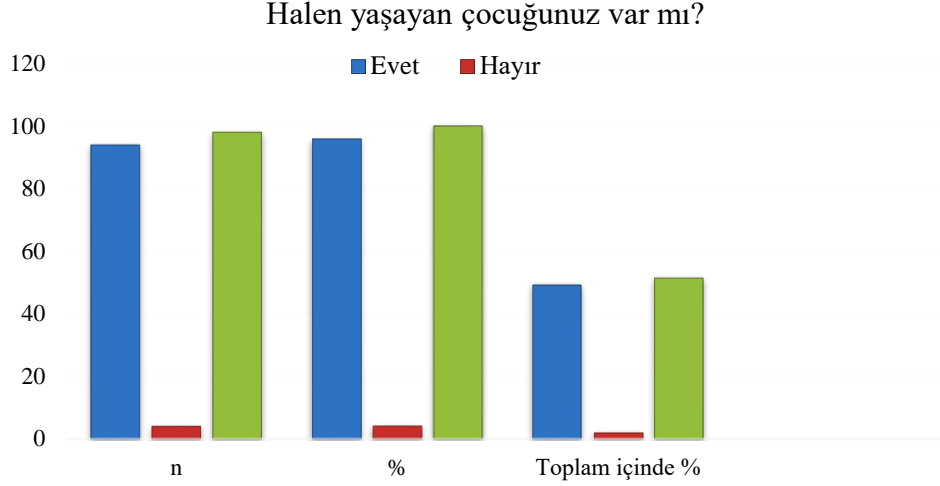
Şekil 4.20. Katılımcıların kaç defa düşük yaptıklarının durumu

Kürtaj yapıp yapmadıkları ve kaç defa yaptıkları sorulduğunda; Kürtaj yaptıranların oranı % 3,32 (toplam içinde % 6,32) olarak tespit edilmiştir. Bireylerin % 83,33 oranında Bir kürtaj (toplam içinde %5, 26) yaptırdıkları görülmüştür. En az 2 defa kürtaj olan bayanların oranı %16,67 (toplam içindeki oranı % 1,05) tir. Şimdiye kadar ki yaşamları boyunca hiç kürtaj yapmamış deneklerin oranı % 86,52dir (Şekil 21).



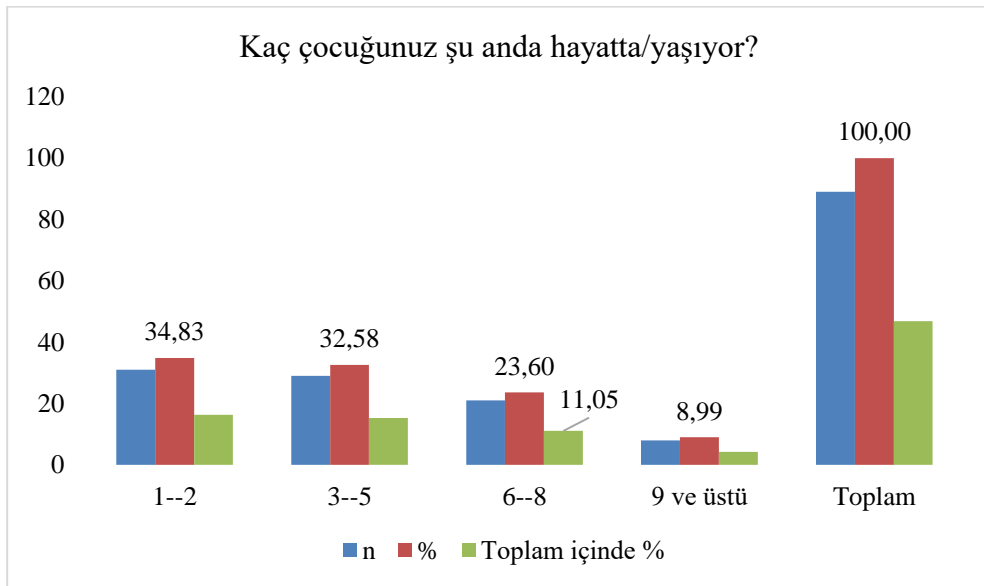
Şekil 4.21. Katılımcıların kürtaj yapma durumu

Şu anda hayatta olan kaç çocuğunuz var; Çocuk sahibi olup da çocukları yaşayan aile sayısı oranı % 95,92 dir (Şekil 22).



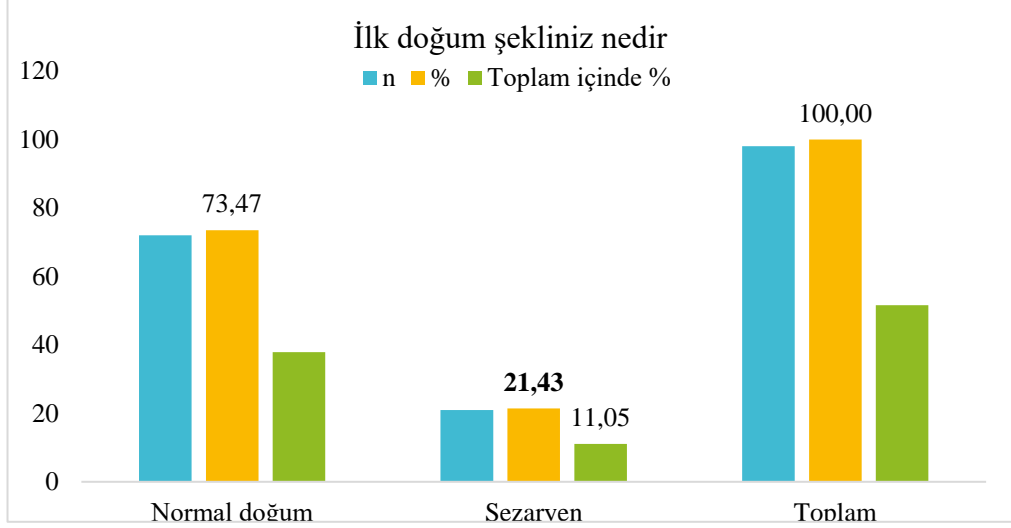
Şekil 4.22. Katılımcının çocuk sahibi olma durumu

Katılımcıların şu an hayatta olan çocuk sayıları; Ailelerin kaç tane çocuklarının hayatta yaşıyor olduğu sorulduğunda % 34,83 oranında 1 veya iki çocuk, % 32,58 oranında 3 ila 5 çocuk sahibi, % 23,60 oranında 6 ile 8 arasında çocuk sahibi ve % 8,99 oranında 9 ve üzeri çocuk sayısına sahiptir (Şekil 23).



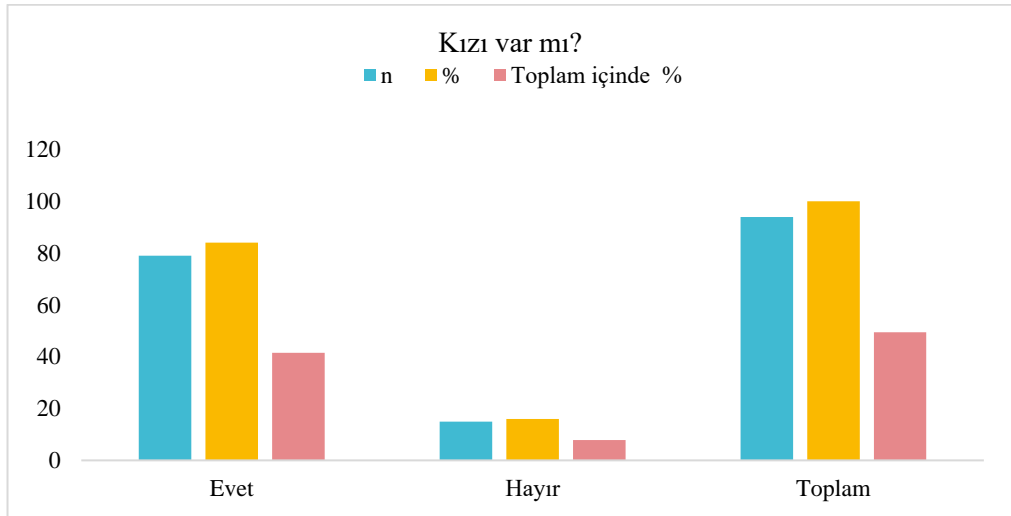
Şekil 4.23. Katılımcıların şu anda kaç tane çocuğu olduğunu

Katılımcılara ilk doğum şekliniz ne olduğu; Şeklinde sorduğumuzda normal doğum yapanların oranı % 73,47 (toplam içinde % 37,89), sezaryenle doğum yaptım diyenlerin oranı % 21,43 (toplam içindeki oranı (% 11,05) olarak tespit edilmiştir (Şekil 24).



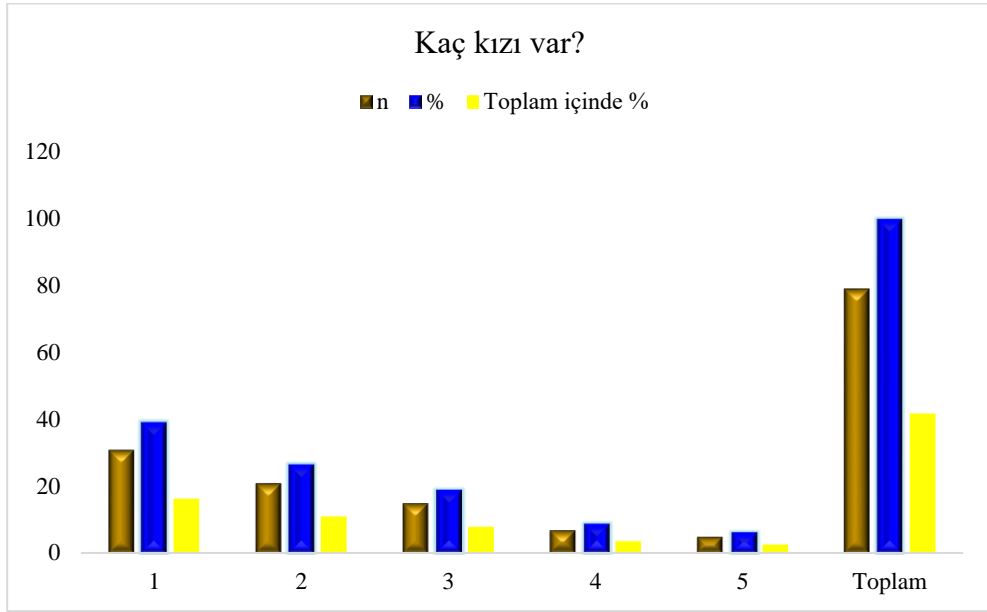
Şekil 4.24. Katılımcıların ilk doğum şekli

Kızınız varmı? Katılımcıların 5'te dördünden daha fazlasında, % 84,04 (toplam içinde % 41,58) hayatta olup yaşayan bir kız çocuğu mevcuttur. Kız çocuğu sahip olmayanlarla oranı % 15,96 olup toplam içinde % 7,89 'luk bir Orana sahiptir (Şekil 25).



Şekil 4.25. Katılımcıların kız çocuk sahibi olma durumu

Kaç kızı var; Kız çocuğu sahibi olan 79 katılımcıdan olup % 39,24 ünün (toplam içinde % 16,32) bir kızı vardır. Katılımcılardan % 26,58'i (toplam içinde % 11,05) 2 kız çocuğu sahibidir. % 18,99'u (toplam içinde % 7,89'u üç kız çocuğu annesidir. 4 kızı olanların oranı % 8,86 (toplam içinde % 3,68) ve 5 kızı olanların oranı % 6,33 olup bunların da toplam içindeki oranı % 2,63 tür (Şekil 26).Araştırmayı katılan kadınların doğurganlık özellikleri (Çizelge 4.7).

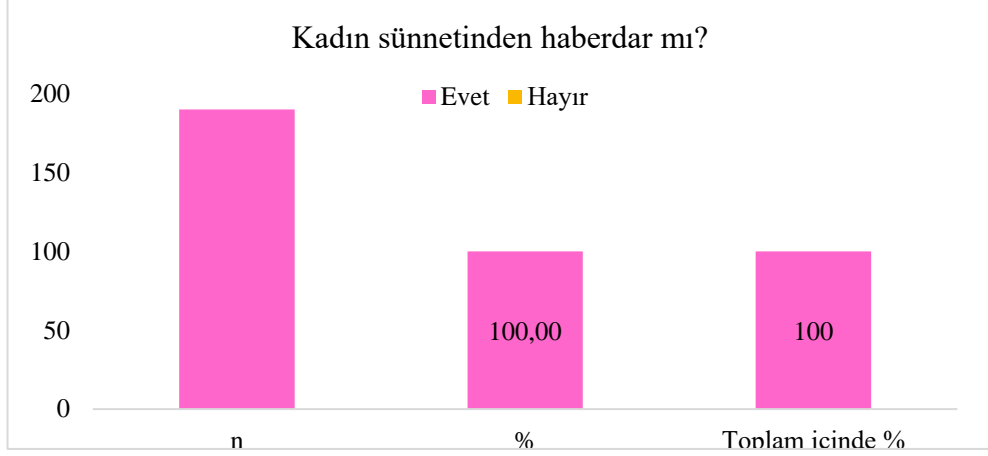


Şekil 4.26. Katılımcıların kaç tane kız çocuğu olduğunu

Çizelge 4.2. Katılımcıların Doğurganlık Özellikleri

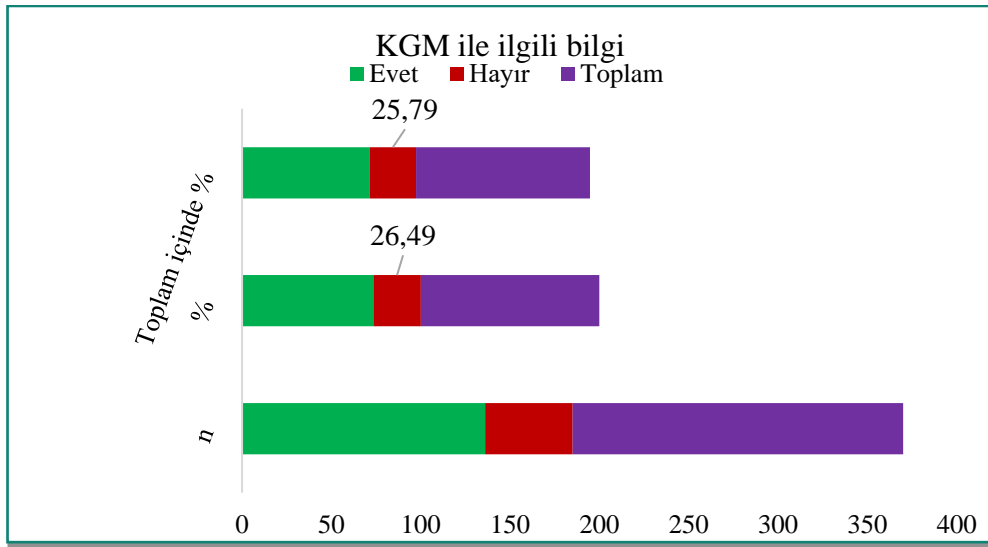
		Kışı sayısı (n)	% Oranı	Toplam içinde %
İlk adet yaşı	9--11	47	25,13	24,74
	12--14	131	70,05	68,95
	15 üzeri	9	4,81	4,74
	Toplam	187	100,00	98,42
İlk evlilik yaşı	18 yaşından önce	21	19,63	11,05
	18-22	34	31,78	17,89
	23-27	45	42,06	23,68
	28--32	7	6,54	3,68
	Toplam	107	100,00	56,32
Gebe kalma	Evet	95	83,33	50,00
	Hayır	9	7,89	4,74
	Toplam	114	100,00	60,00
Gebe kalma yaşı	18 yaşından önce	20	21,05	10,53
	18-23	37	38,95	19,47
	24-29	38	40,00	20,00
	Toplam	95	100,00	50,00
Kaç gebelik geçirdiniz?	1--2	27	28,42	14,21
	3--5	30	31,58	15,79
	6--8	24	25,26	12,63
	9 ve Üstü	14	14,74	7,37
	Toplam	95	100,00	50,00
Düşük yaptınız mı?	Evet	36	18,95	36,00
	Hayır	59	31,05	59,00
Kaç düşük yaptınız?	1 defa	21	58,33	11,05
	2 defa	12	33,33	6,32
	3 defa	3	8,33	1,58
	Toplam	36	100,00	18,95
Kurtaj yaptırdınız mı?	Evet	12	13,48	6,32
	Hayır	77	86,52	40,53
	Toplam	89	100,00	46,84
Kaç kurtaj yaptınız?	1 defa	10	83,33	5,26
	2 defa	2	16,67	1,05
	Toplam	12	100,00	6,32
İlk Doğum şekli nedir?	Normal doğum	72	73,47	37,89
	Sezaryen	21	21,43	11,05
	Toplam	98	100,00	51,58
Kaç çocuk şu anda yaşıyor?	1--2	31	34,83	16,32
	3--5	29	32,58	15,26
	6--8	21	23,60	11,05
	9 ve üstü	8	8,99	4,21
	Toplam	89	100,00	46,84
Kızınız var mı?	Evet	79	84,04	79,00
	Hayır	15	15,96	15,00
	Toplam	94	100,00	94,00
Kaç kızınız var?	1	31	39,24	16,32
	2	21	26,58	11,05
	3	15	18,99	7,89
	4	7	8,86	3,68
	5	5	6,33	2,63
	Toplam	79	100	41,58
Ölü doğumunuz oldu mu?	Evet	13	17,57	6,84
	Hayır	62	83,78	32,63
	Toplam	75	101,35	39,47

KGM’u duydunuz mu? Katılımcıların tamamı KGM hakkında bilgi sahibidir (Şekil 27).



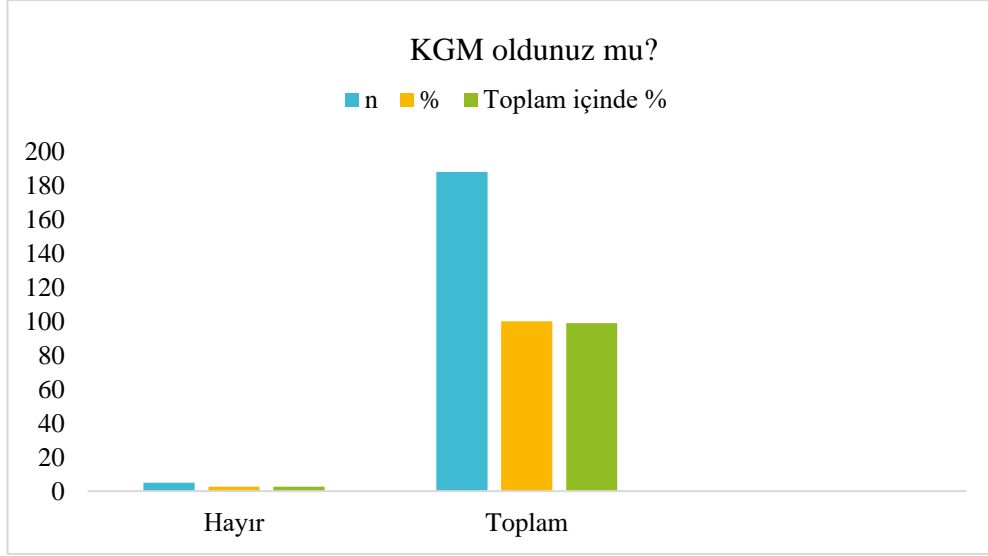
Şekil 4.27. Katılımcıların KGM den haberdar olma durumu

KGM bilgisi; Araştırmamızda katılan deneklerin her ne kadar kadın sünnetine ilişkin duyumları olsa da bilgi düzeyleri ve durumları farklıdır. Katılımcıların kadın sünneti hakkında bilgi düzeyi bakımından dördte üçüne yakın kısmı (% 73,51 ve toplam içinde % 71,58) kendilerince yeterli bilgiye sahiptir. Geri kalan dördte birlik kısmı % 26,49 duyumlar olmasına rağmen bilgilerinin ay hakkında durumuna ilişkin anlayışlarının düzeyini yeterli görmemektedir. Yeterli bilgiye sahip olmayan bu grubun toplam içindeki oranı % 24,79 dur (Şekil 28).



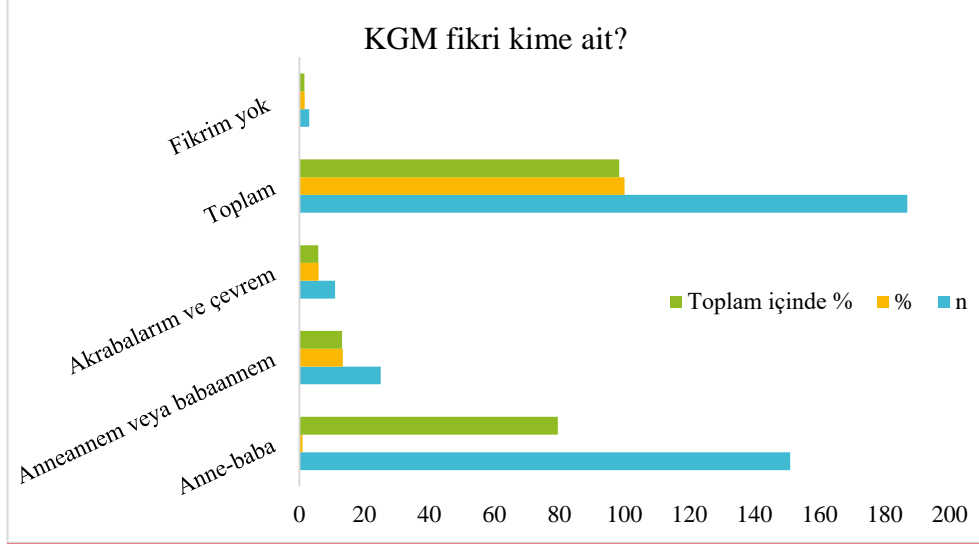
Şekil 4.28. Katılımcıların KGM hakkında bilgi sahibi olma durumu

KGM Oldunuz Mu; Türkiye'de yaşayan Somalili kadınlardan araştırmamıza katılan deneklerin % 97,34 'ü sünnet geçirmiştir. Cinnet geçiren bu deneklerin (toplam içindeki oranı % 96,32) düzeyindedir. Kadın sünnetine maruz kalmayan sadece 5 kişi olup bunların oranı % 2,66 ve (toplam içindeki oranı % 2,63'tür). İki kişi bu konuda konuşmak istemediğini beyan etmiş tarafımızdan da saygı ile karşılanmıştır (Şekil 29).



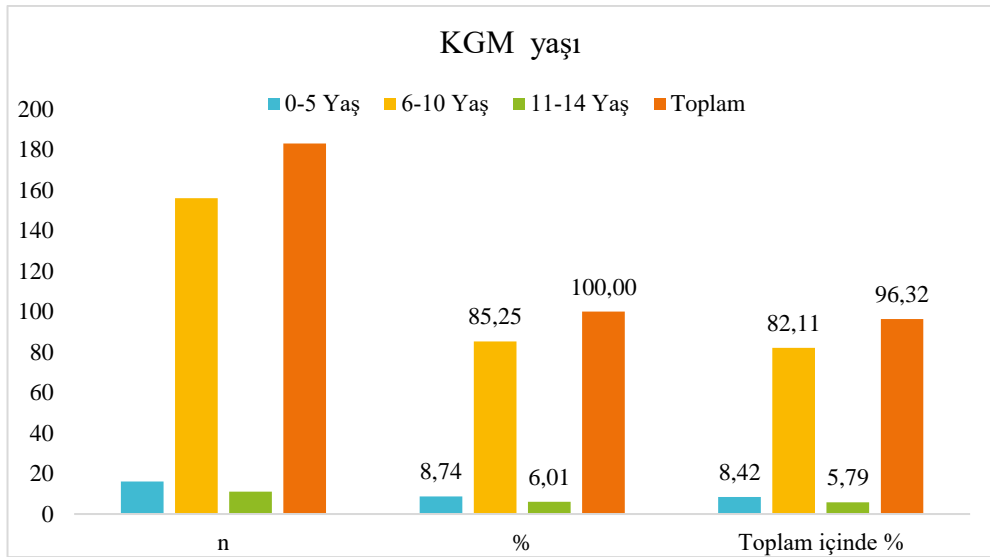
Şekil 4.29. Katılanların KGM uygulaması geçirme durumu

KGM olma fikri kime aitti; Kadın sünneti uygulamasında aile içi, aile çevresi ile yakın akrabaların ne düzeyde etkin oldukları önemli bir husustur. Sosyal kast içerisinde kadın sünnetinin uygulama baskısının ana merkezini tespit etmede önemli bir parametre olabilir. Katılımcıların % 80,75'i anne ve babasının fikirlerinin sünnette önemli rol oynadığını kararın onlar tarafından verildiğini ifade etmiştir. Anne babası tarafından cinnet kararı verilen kızların toplam içerisindeki oranı % 79,47 düzeyindedir. Geniş Aile içerisinde anneanne veya babaannenin karar vermesi sonucu sünnetin uygulandığını ifade eden katılımcıların oranı % 13,37 ve (toplam içerisindeki oranı % 13,16) düzeyindedir. Akrabaları yakın çevresi tarafından sünnet olması gereği ifade edilerek uygulanmış katılımcı oranı % 5,88 olup bunların (toplam içerisindeki miktarı % 5,79) düzeyindedir. 190 katılımcıdan 187 tanesi bu soruyu içtenlikle cevapladığı halde 3 katılımcı bu konuda fikir beyan etmek istemediğini ifade etti. Katılımcıların bu konuda fikir beyanları oranı düzeyindedir. Bunların oranı ise % 1,58 dir (Şekil 30).



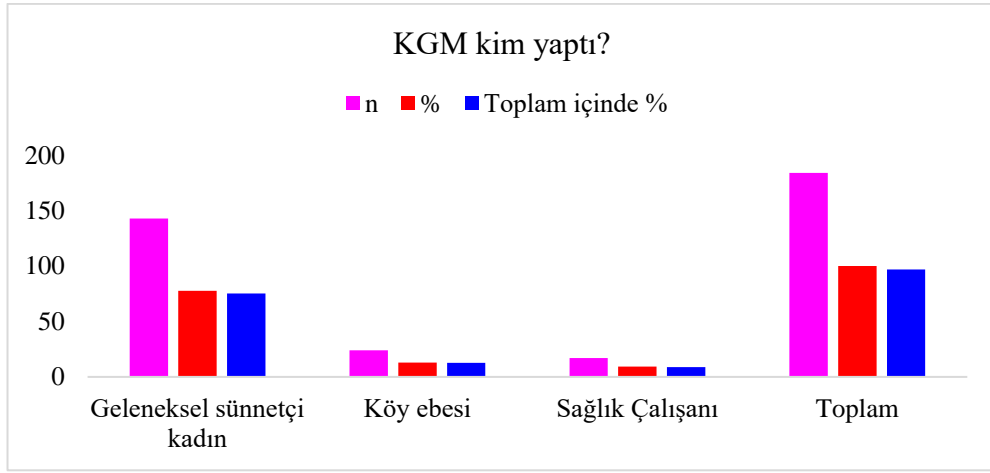
Şekil 4.30. Katılanların uygulama yaptırma fikri kime ait olduğunu

KGM uygulama yaşı; Bu araştırmada rol alan kadınların ifadelerine bakılacak olursa 0 ile 5 yaş arasında % 8,74 ü sünnete maruz kalmıştır ki bunların (toplam içerisindeki oranı % 8,42 dir). 6 ile 10 yaş arasında sünnet çok yaygın olup bu yaş aralığında sünnet olanların oranı % 85,25 ve (toplam içindeki ifadesi % 82,11) olarak ortaya çıkmıştır. 6 ile 10 yaş arasında her 10 kız çocuktan 8'i sünnet edilmektedir. 0 yaş ile 10 yaş arasında sünnet edilen kızların oranının% 93,99 olup bunların (toplam içindeki miktarı % 90,53) oranındadır. 11 ile 14 yaş arası sünnet edilen kız çocuklarının oranı % 6,01 olup bunların (toplam içerisindeki değeri % 5,79) dur (Şekil 31).



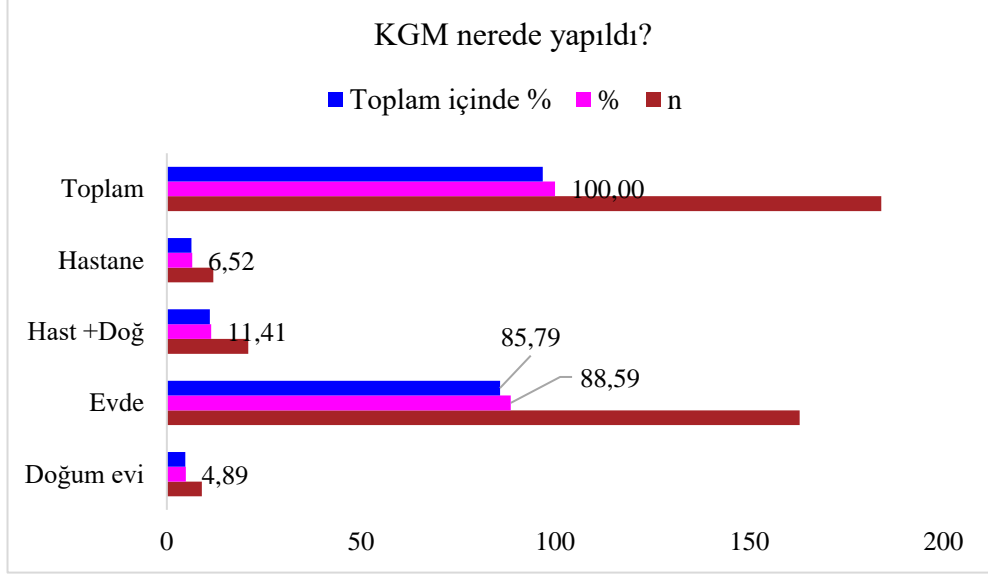
Şekil 4.31. katılımcıların uygulamadan geçirdiği yaşlar arası

KGM kimin tarafından yapıldı; Katılımcılara kadın sünnetini kimin yaptığı sorulduğunda yaklaşık 3/4 ünden daha fazlası % 77,72 ve (toplam içinde % 75,26) geleneksel sünnetçi bir kadın tarafından yapıldığı ifade edilmiştir. Köy ebesi olarak isimlendirilen herhangi bir sağlık bilgisi olmayanlar tarafından yapılmış sünnetlerin oranı % 13,04 olup toplam içindeki % 12,63 olarak tespit edilmiştir. Bir sağlık çalışanı tarafından sünnet edildiğini ifade eden katılımcılar ise % 9,24 oranında olup toplam içindeki değeri % 8,95 oranındadır. Geleneksel sünnetçi kadınların toplumdaki kadın sünnetinin neredeyse tamamına yakını yaptıği kesindir (Şekil 32).



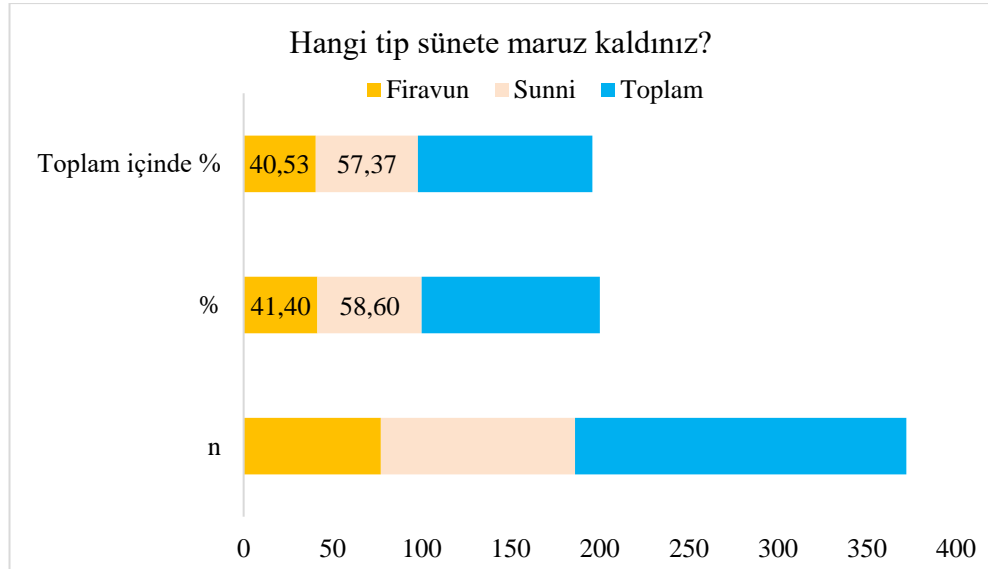
Şekil 4.32. Katılımcıların uygulamayı kime yaptıği

KGM nerede yapıldı; Araştırmanıza katılan bayanlara kadın sünnetinin nerede yapıldığına dair sorduğumuzda herhangi bir Doğum evinde yapıldığını ifade edenlerin oranı son derece düşük ve % 4,89 olup toplam içinde % 4,74 düzeyindedir. Hastanede kadın sünneti olduklarına dair beyanat verenlerin oranı % 6,52 olup toplam içinde % 6,32 oranındadır. Kendisine ait ya da başka bir evde kadın sünneti geçirdiğini ifade edenlerin sayısı 4/5 'e yakındır. Evde ya da sıradan bir yerde yapıldığını ifade edenlerin oranı % 88,59 olup bunların toplam içindeki düzeyi % 85,79 olarak tespit edilmiştir. Buna göre kadın sünnetinin herhangi bir sağlık kuruluşunda yaptırmış olanların toplam oranı % 11,41 olup bunların toplam katılımcı içindeki oranı sadece % 11,05 tir. Sünnetini herhangi bir sağlık kuruluşunda yaptırmış olan bireylerin düzeyi 1/10 civarındadır (Şekil 33).



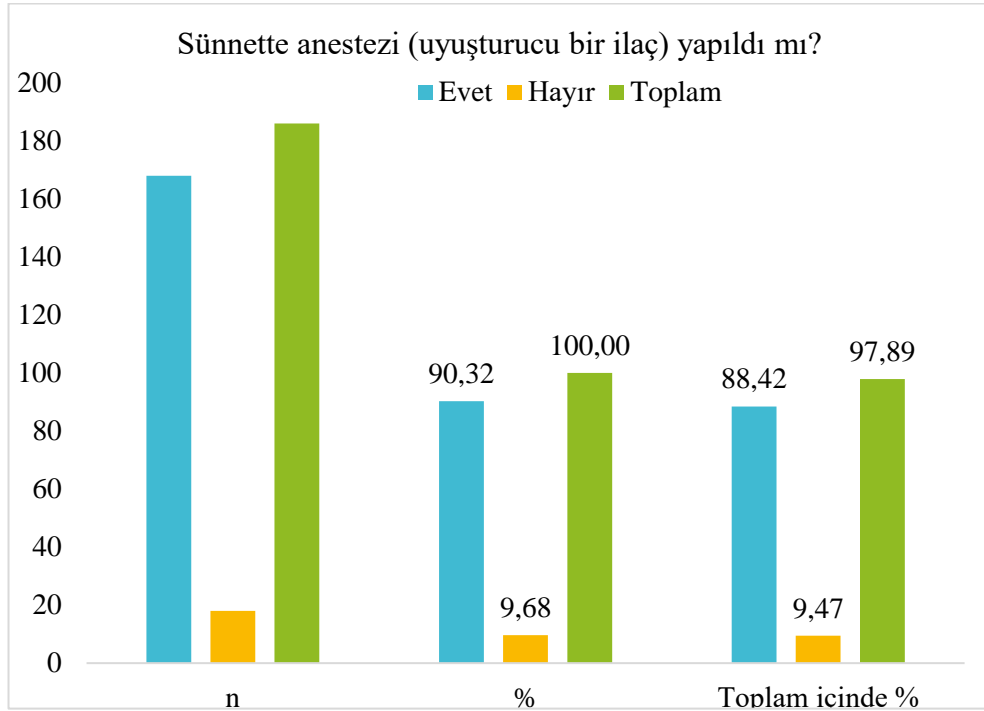
Şekil 4.33. Katılımcıların uygulamaya nerede maruz kaldığı

Hangi tip kadın genital mutilasyon şekli uygulandı; Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların hangi tip kadın sünnetine maruz kaldıkları sorulduğunda 4 birey % 2,15 (toplam içinde % 2,11) dışında deneklerin tamamı bu soruyu içtenlikle cevaplamıştır. Tip-III (firavun sünneti) türüne maruz kalanlar % 41,40 (toplam içinde % 40,53), sunni tip (tip-I ve II) kadın sünnetine maruz kalanların oranı ise %58,60 olup toplam içindeki yüzdesi % 57,37 oranındadır (Şekil 34).



Şekil 4.34. Katılanların hangi tip KGM'ye maruz kaldıklarını

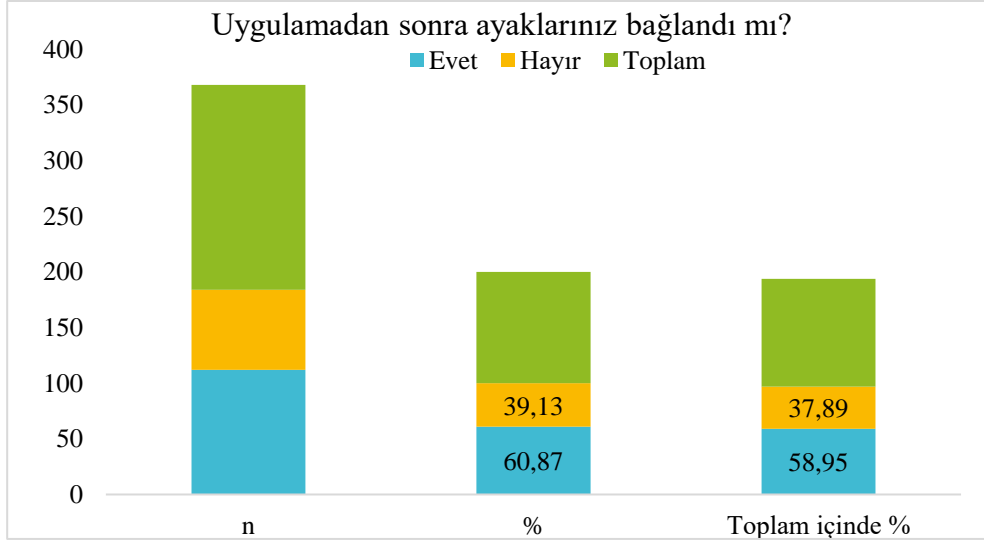
Kadın sünneti yapılırken herhangi bir ağrı kesici uyuşturucu iğne ilaç Kullanılıp kullanılmadığı; Türkiye'de yaşayan Somalili kadınlardan kadın sünnetine maruz kalmış olan bireylerin sünnet ağrı ve hiç duyumsaması oluşmaması için herhangi bir ağrı kesici ya da anestezi madde kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda 4 katılımcı dışında tamamına yakını cevaplamıştır. Anestezi ve herhangi bir ağrı kesici kullanılarak yapılmış olan sünnet oranı % 90,32 (toplam içinde % 88,42) herhangi bir anestezi madde kullanılmadan ağrı kesici de olmadan yapılmış olan sünnetlerin oranı ise % 9,18 (toplam içerisinde % 9,47) düzeyinde tespit edilmiştir. Ancak geleneksel sünnetçilerin yapmış olduğu sünnetlerde kullanmış oldukları bitkisel ya da diğer kompanseyonel ilaçların ayırımı yapılmadı. Bu soruyu cevaplandırmak istemeyen katılımcıların oranı % 2,11 gibi düşük bir düzeyde kalmıştır (Şekil 35).



Şekil 4.35. Uygulama anında anestezi kullanma durumu

KGM'den sonra ayakları bağlanma durumu; Kadın sünneti yapıldıktan sonra kanamanın durdurulması amacıyla kız çocuğunun ayak ve bacaklarının sıkacağı bağlanması geleneksel yöntem içerisinde çok bilinen, anonim bir hadisedir. Katılımcıların kahir ekseriyeti % 60,87 (toplam içinde % 58,95) oranında geleneksel yöntemin devamı olan kız çocuğunun ayak ve bacaklarının sıkıca bağlanması ve günlerce bekletilmesinin uygulandığını belirtmişlerdir ($p < 0,005$). Diğer katılımcılar %

39,13 (toplam içerisinde% 37,89) oranında herhangi bir bağlanma yapılmadığını ifade etmişlerdir. Katılımcıların çok çok az bir kısmı (toplam içerisinde % 2,11) bu konu hakkında konuşmak ya da fikir beyan etmek istemediklerini ifade etmişlerdir (Şekil 36).



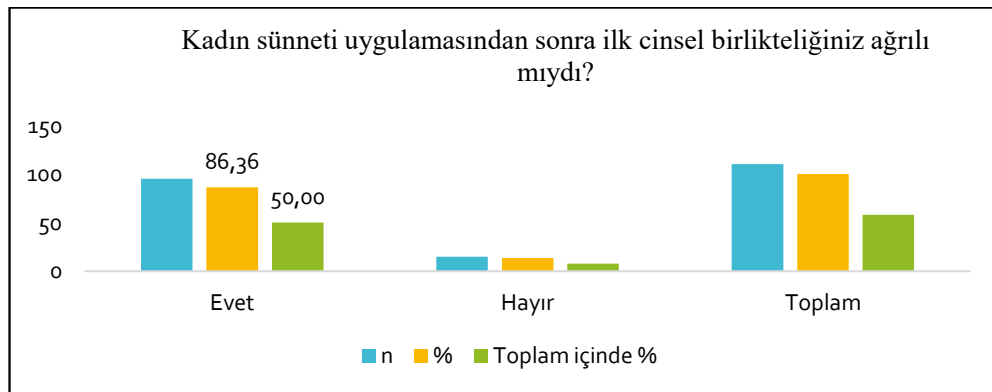
Şekil 4.36. Katılımcıların uygulamadan sonra ayaklarda bağlanma durumu

Kadın sünnetine maruz kaldıktan sonra ilk âdet kanamasında şiddetli ağrı hissetme; Katılımcılara kadın sünnetine maruz kaldıktan sonra ilk adet kanamasında şiddetli ağrı hissedip etmedikleri sorulduğunda % 93,16 gibi yüksek bir oranda soru cevaplandırıldı. Katılımcıların yarısından fazlası % 53,67 toplam katılımcıların yarısı şiddetli ağrı hissettiklerini ve zorluk çektiklerini ifade etmişlerdir. Diğer % 46,33'lük (toplam içinde % 43,16) bölüm herhangi bir acı duymadıklarını ağrı hissetmediklerini farklı bir kanaması ağrısı geçirmediğini ifade etmişlerdir. Soruyu değişik şekillerde cevaplamak istemeyen % 7,34 (toplam içinde % 6,84) oranındaki katılımcılar ile herhangi bir ağrı hissetmediğini söyleyen katılımcıların genellikle çekinik davrandıkları geleneksel yetiştirilme biçimi içerisinde ifadelerinden de anlaşılabilir (Şekil 37).



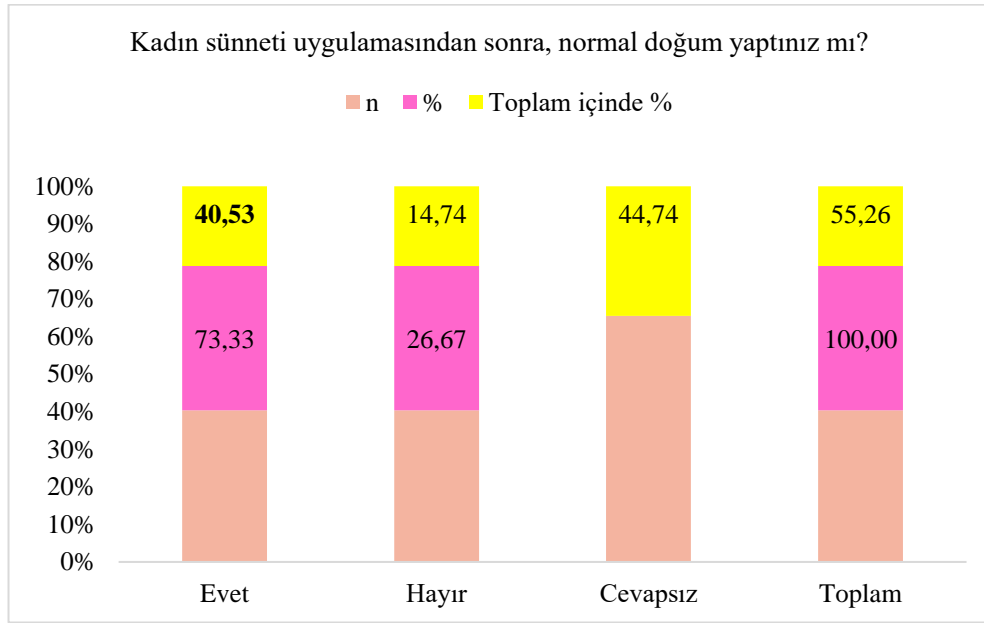
Şekil 4.37. KGM'den sonra ilk âdet kanamasında ağrı durumu

Kadın sünneti geçirmiş olan Türkiye'de yaşayan Somalili bayanlara bu uygulamaya maruz kaldıktan sonra ilk cinsel deneyimlerinde birlikteliklerinin ağırlı olup olmadığı soruldu; Kadın sünneti uygulamasına maruz kalıp da bir süreden beridir Türkiye'de yaşayan somalili kadınların ilk cinsel deneyimlerinde ağrı yaşayıp yaşamadıkları sorusu toplam katılımcı bayanların % 42,11'i tarafından geleneksellik, mahremiyet, kültürel gereksinimden dolayı cevaplanmadı. Bu soruyu cevaplayan katılımcılardan (n=110) 5/4 ten fazlası, % 86,38 (toplam içerisinde % 50,00) ilk cinsel deneyimlerinin son derece ağırlı olduğu şeklinde ifade etmişlerdir (p=0,001). % 13,64'lük (toplam içerisinde % 7,89) bir kesim ise herhangi bir ağrı hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların neredeyse yarıya yakını cevaplamaktan kaçınmasına rağmen kadın sünneti geçirmiş bireylerin ilk cinsel deneyimlerinin ağırlı olduğunu beyan edenlerin oranı toplam katılımcıların yarısıdır. Bu dikkate değer önemli bir husustur (Şekil 38).



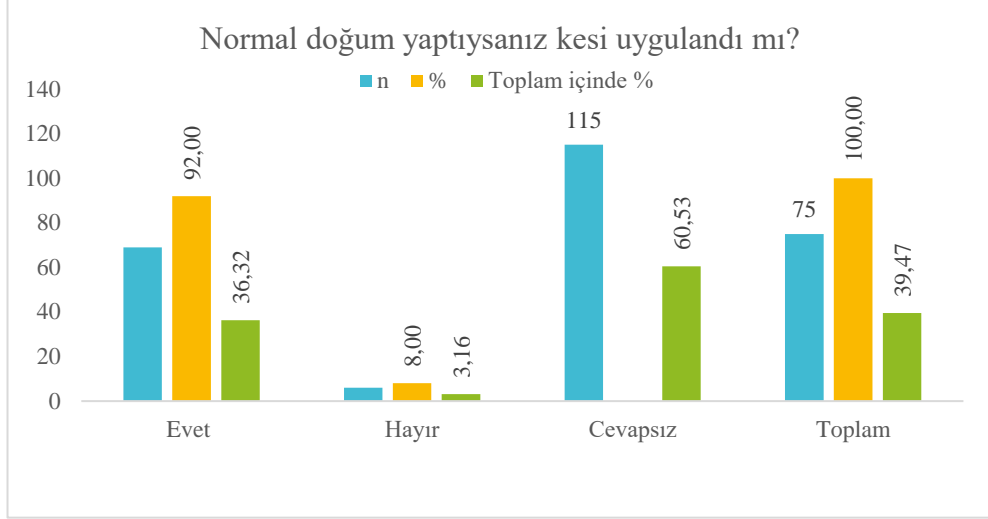
Şekil 4.38. KGM uygulamasından sonra ilk cinsel deneyim ağrı durumu

Kadın sünneti uygulamasından sonra, normal doğum yapma? Türkiye'de yaşayan Somalili kadınları kadın sünneti uygulamasından sonra normal doğum yapıp yapmadıkları sorulduğunda % 73,33'ü (toplam içerisinde %40,53'ü) normal doğum yapmıştır. Ancak katılımcılar içerisinde % 26,67 'lik 1/4 den daha fazla bir kesim normal doğum yapamamıştır. Normal doğum yapamayanların toplam içindeki oranı % 14,74 düzeyindedir. Katılımcıların % 44,74'ü bu soruyu cevaplamak istememişlerdir (Şekil 39).



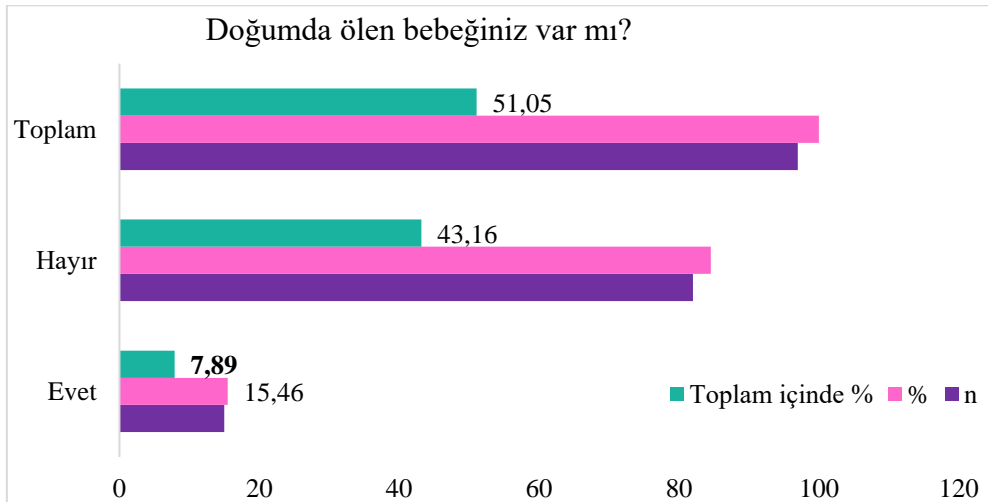
Şekil 4.39. KGM uygulamasından sonra normal doğum yapma durumu

Normal doğum yaptıysanız kesi uygulanma durumu; Mutilasyon esnasında özellikle yapılan daraltma sonucu infibulasyon meydana gelmektedir. Bunun sonucu doğum esnasında epizyotomi zorunluluğu doğmaktadır. Deneklere normal doğum yaptıkları zaman da kesi uygulanıp uygulanmadığı soruldu. Katılımcıların toplamının % 60,53'ü sorunun mahremiyetinden dolayı cevap vermek istemedikleri müşahade edildi. Fikrini beyan edenlerin içinde kesi uygulananların oranı % 92 olup toplam içinde % 36,32'ye tekabül etmektedir. Kesi uygulanmayanların oranı sadece % 8 olup bunların toplam içindeki miktarı ise % 3,16 düzeyindedir. Normal doğum yapan kadınları onda dokuzuna epizyotomi yapıldığı anlaşılmaktadır (Şekil 40).



Şekil 4.40. Uygulamadan sonra doğumda kesi uygulanma durumu

Doğum anında ölen bebeğiniz var mı? Türkiye'de yaşayan somalili kadınları % 15,46'sı toplam içinde % 7,89'u doğumda bir bebeklerinin öldüğünü belirtmişlerdir. Doğum esnası bebek ölüm olmayanların oranı % 84,54 ve (toplam içindeki oranın % 43,16) düzeyindedir. 93 kişi bu soruyu yanıtlamaktan imtina etmiştir. Soruyu cevaplamaya onların toplam içerisindeki oranı % 48,95 düzeyinde olup katılımcıların neredeyse yarısını oluşturmaktadır (Şekil 41). Katılımcıların tüm KGM deneyimleri sonuçları çizelge 4.8'ne gösterilmiştir.

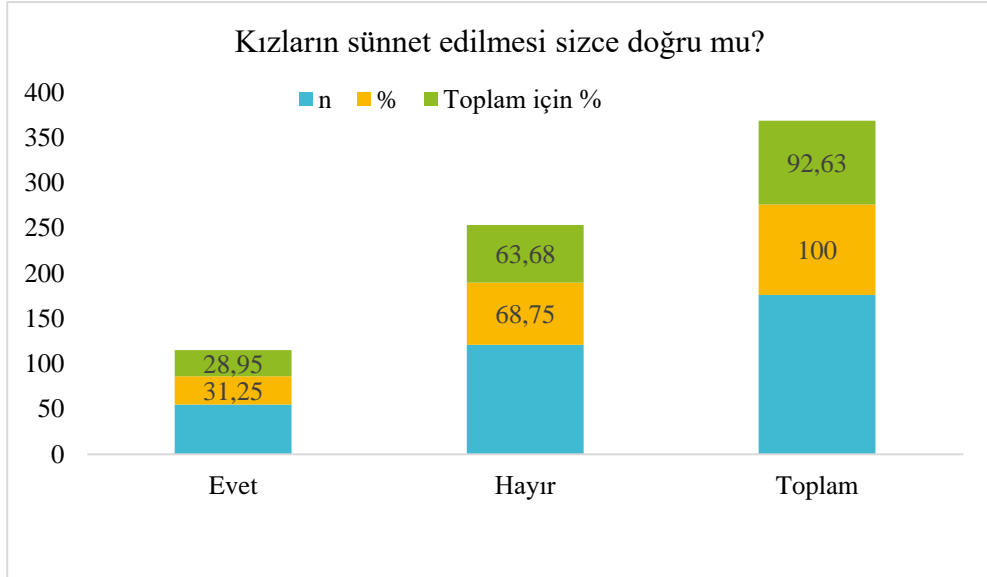


Şekil 4.41. Uygulamadan sonra doğumda ölen bebeğin olma durumu

Çizelge 4.3. Katılımcıların KGM deneyimleri

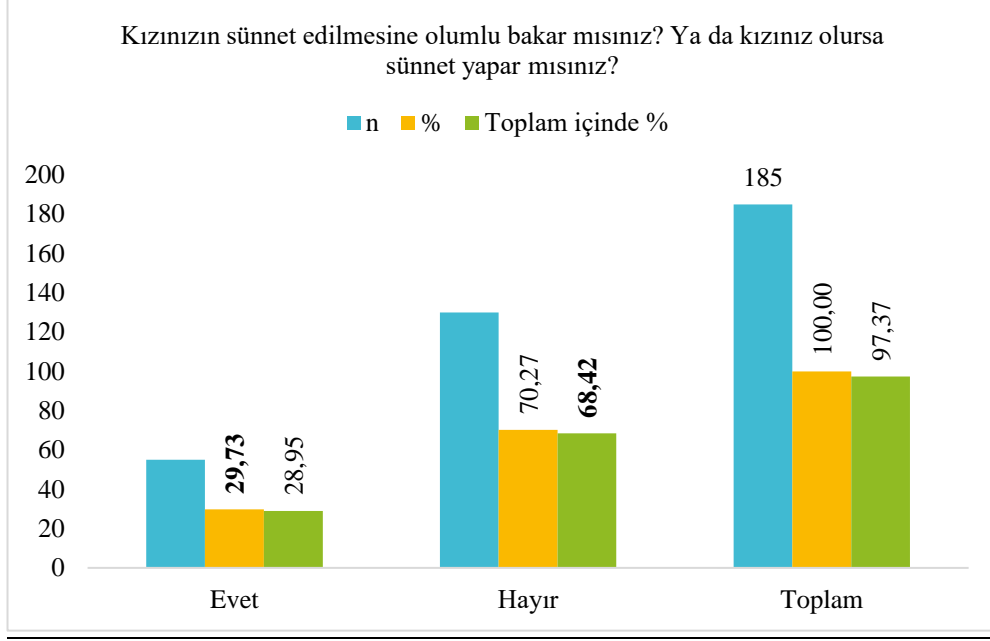
		Kışı sayısı(n)	% Oranı	Toplam içinde %
KGM duyduunuz mu?	Evet	190	95,95	95,95
	Hayır	0	0	0
KGM ilgili bilginiz var mı?	Evet	136	73,51	68,69
	Hayır	49	26,49	24,75
	Toplam	185	100,00	93,43
KGM oldunuz mu?	Evet	183	97,34	96,32
	Hayır	5	2,66	2,63
	Toplam	188	100,00	98,95
KGM uygulama yaşı	0-5 Yaş	16	8,74	8,42
	6-10 Yaş	156	85,25	82,11
	11-14 Yaş	11	6,01	5,79
	Toplam	183	100,00	96,32
KGM kim yaptı?	Geleneksel kadın	143	77,72	75,26
	Köy ebesi	24	13,04	12,63
	Sağlık Çalışanı	17	9,24	8,95
	Toplam	184	100,00	96,84
KGM nerede yapıldı?	Doğum evi	9	4,89	4,74
	Evde	163	88,59	85,79
	Hastane	12	6,52	6,32
	Toplam	184	100,00	96,84
Hangi tip KGM yapıldı?	Firavun	77	41,40	40,53
	Sunni	109	58,60	57,37
	Toplam	186	100,00	97,89
KGM de anestezi kullandılar mı?	Evet	168	90,32	88,42
	Hayır	18	9,68	9,47
	Toplam	186	100,00	97,89
KGM den sonra ayaklarınıza bağladılar mı?	Evet	112	60,87	58,95
	Hayır	72	39,13	37,89
	Toplam	184	100,00	96,84
KGM den sonra ilk adetiniz ağırlı mıydı?	Hayır	82	46,33	43,16
	Evet	95	53,67	50,00
	Toplam	177	100,00	93,16
KGM den sonra ilk cinsel birlikteliğiniz ağırlı mıydı?	Evet	95	86,36	50,00
	Hayır	15	13,64	7,89
	Toplam	110	100,00	57,89
KGM sonrası n. Doğum yaptınız mı?	Evet	77	73,33	40,53
	Hayır	28	26,67	14,74
	Toplam	105	100,00	55,26
KGM den sonra normal d. Kesi uygulandı mı?	Evet	69	92,00	36,32
	Hayır	6	8,00	3,16
	Toplam	75	100,00	39,47
Doğumda ölen bebeği var mı?	Evet	15	15,46	7,89
	Hayır	82	84,54	43,16
	Toplam	97	100,00	51,05

Kızların sünnet edilmesi sizce doğru mu? Türkiye'de yaşayan Somalili kadınlara kızların sünnet edilmesinin doğru olup olmadığını sorduğumuzda neredeyse üçte ikisinin mutilasyonun doğru bir işlem olmadığını bilincinde ve ifade etmişlerdir. Kızların sünnet edilmesi doğru bir işlem değildir diyenlerin oranı % 68,75 (toplam içindeki % 63,68) oranındadır. Mutilasyon doğru bir işlemdir yapılmasında devam edilmesinde herhangi bir sakınca yoktur diyenlerin oranı % 31,25 olup bunların toplam içindeki bitti ara % 28,95 düzeyindedir. Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların neredeyse üçte biri kızların sünnet edilmesini doğru ve uygun bir davranış olarak görmektedir (Şekil 42).



Şekil 4.42. Katılımcıların KGM uygulaması doğru görme durumu

Kızınızın sünnet edilmesine olumlu bakar mısınız? Ya da kızınız olursa sünnet yapar mısınız? Bir Önceki sorunun devamı olarak türkiye'de yaşayan Somalili kadınların kızlarının sünnet edilmesine olumlu bakıp bakmadıkları bir başka ifadeyle kızları var ise eğer sünnet etmek isteyip istemeyecekleri hususu soruldu. Katılımcıların neredeyse üçte biri, % 29,73 oranında kızların sünnet edilmesine olumlu bakacaklarını ifade etmişlerdir. Bunların oranı (toplam içerisinde % 28,95) düzeyindedir. Kızların sünnet edilmesi ne olumlu bakmayacakları veya kızları var ise sünnet ettirmek istemeyecek yerini ifade edenlerin oranı % 70,27 olup bunların da Toplam içerisindeki miktarı % 68,42 düzeyindedir. Hernekadar üçte ikisi sünnet edilmesinden rahatsız olsa da toplumun üçte biri sünnet edilmesinden yanadır (Şekil 43).

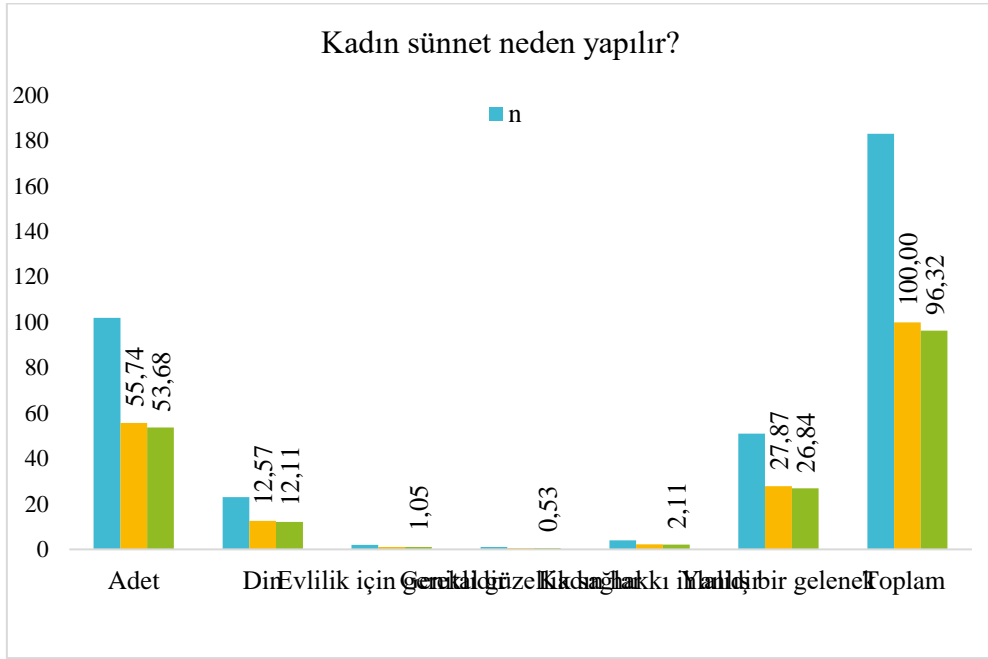


Şekil 4.43. Katılımcıların KGM kızlara yapılması olumlu bakma durumu ya da kızı olursa uygulamayı yapma durumu

Kadın sünnet neden yapılır? Katılımcılara kadın sünnetinin neden, ne için yapıldığı hususunda kendi fikirleri sorulduğunda; genital güzellik sağladığını inananların oranı % 0,55 ve (toplam içinde % 0,53) ile evlilik için gerekli olduğuna inananların oranı % 1,09 ve (toplam içinde % 1,05) en düşük düzeyde bulunmuştur. Kadın sünnetinin adet, gelenek, töre örfi olduğunu ifade edenler % 55,74 (toplam içindeki oranları % 53,68) nispetin de ahir ekseriyetini oluşturmaktadır. İnançlarının bir gereği olarak yapıldığını ifade edenlerin oranı % 12,57- %12,11'lik bir düzeye sahiptir.

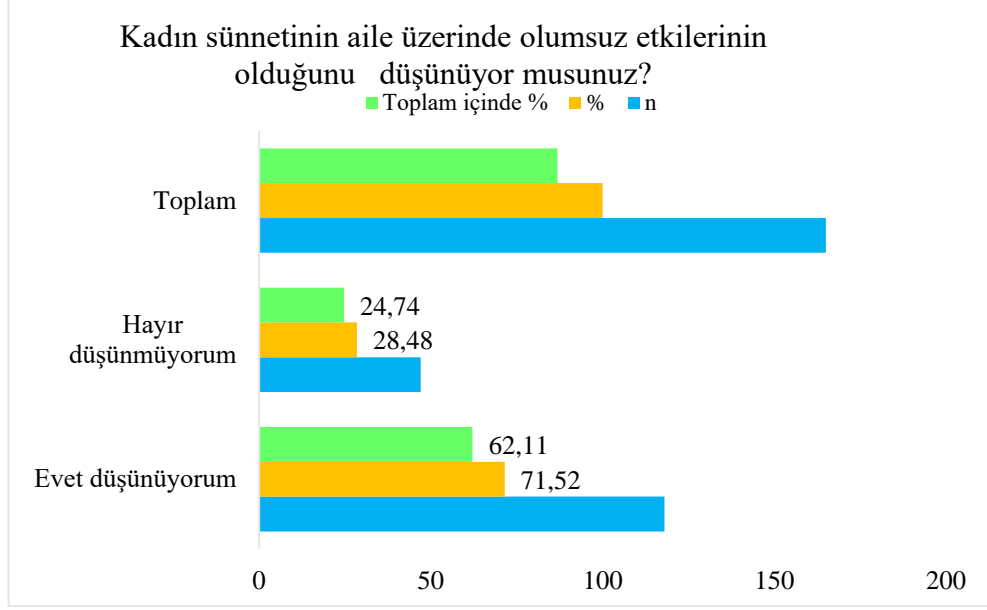
Katılımcıları 1/4'ünden biraz fazlası % 27,87 (toplam içinde yüzdesi 26,84) yanlış bir gelenek olduğunu beyan etmiştir. Kadın sünnetini bir kadın hakkı ihlali olduğunu ifade edenlerin oranı sadece %2,19 olup bunların toplam katılımcılar içerisindeki oranı % 2,11 düzeyindedir. Yanlış bir gelenek olduğu en yüksek oranda ifade edilirken inanç için gerekli olduğundan dolayı yapılması ihtiyacını ifade edenler onda bir düzeyindedir. Kadın sünnetinin bir kadın hakkı ihlali olduğu bilincinde olanların oranı maalesef 100 kişiden 2 kişi dolaylarındadır. Buna rağmen; kadın sünnetinin hak ihlali ve yanlış gelenek olmasını ifade edenlerin genel oranı % 30,5 ve (toplam içindeki oranı ise % 28,95) düzeyindedir. Kadınların üçte biri mutilasyonu yanlış bir gelenek ve hak ihlali olduğunu ifade etmiştir.

Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların gelenek, adet, dini bir gereklilik, evlilik için bir şart, genital güzellik için bir koşul olduğunu ifade edenlerin genel toplamı % 69,95 olup bunların (toplam içindeki oranı % 67,37) dir. Geleneksel anlayışın mutilasyonu küntleştirdiği, sıradanlaştığı, kadını değersiz kıldığı ve kadının hak ihlali olmasına rağmen normalleştiğinden dolayı toplumun üçte ikisinin yadırgama dığı bu orandan anlaşılabilir (Şekil 44).



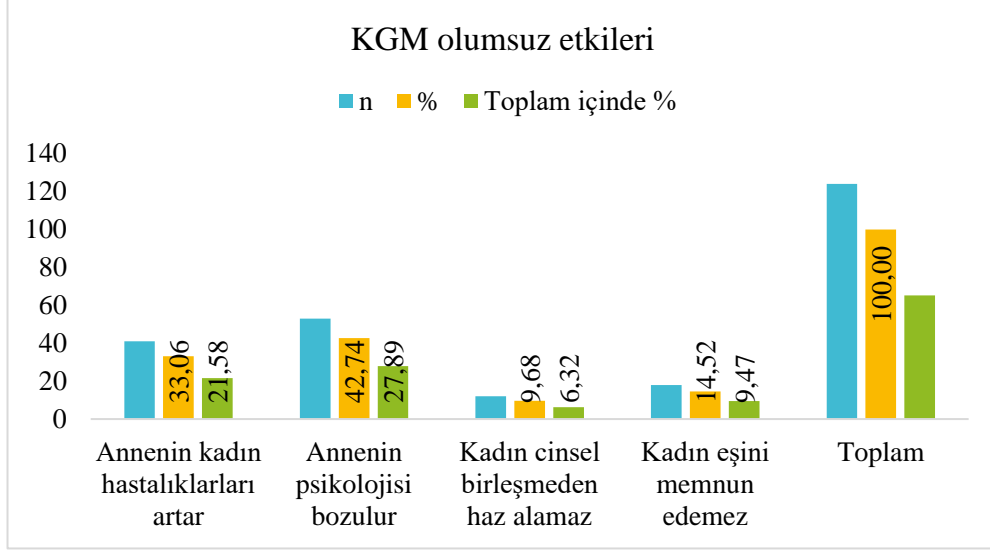
Şekil 4.44. Katılımcıların KGM uygulamasının neden yapıldığı düşünce durumu

Kadın sünnetinin aile üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu düşünüyor musunuz? Kadın sünnetinin aile üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu düşünenlerin oranı % 71,52 (toplam içinde % 62,11) düzeyindedir. Acıların 3/5 ten daha fazlası mutilasyonun aile fertleri üzerinde olumsuz etkilerinin olduğu kanaatini taşımaktadır. Ailenin üzerinde kadın sünnetinin herhangi birisinin olamayacağını beyan edenlerin oranı 528,48 olup toplam içinde % 24,74 seviyesindedir (Şekil 45).



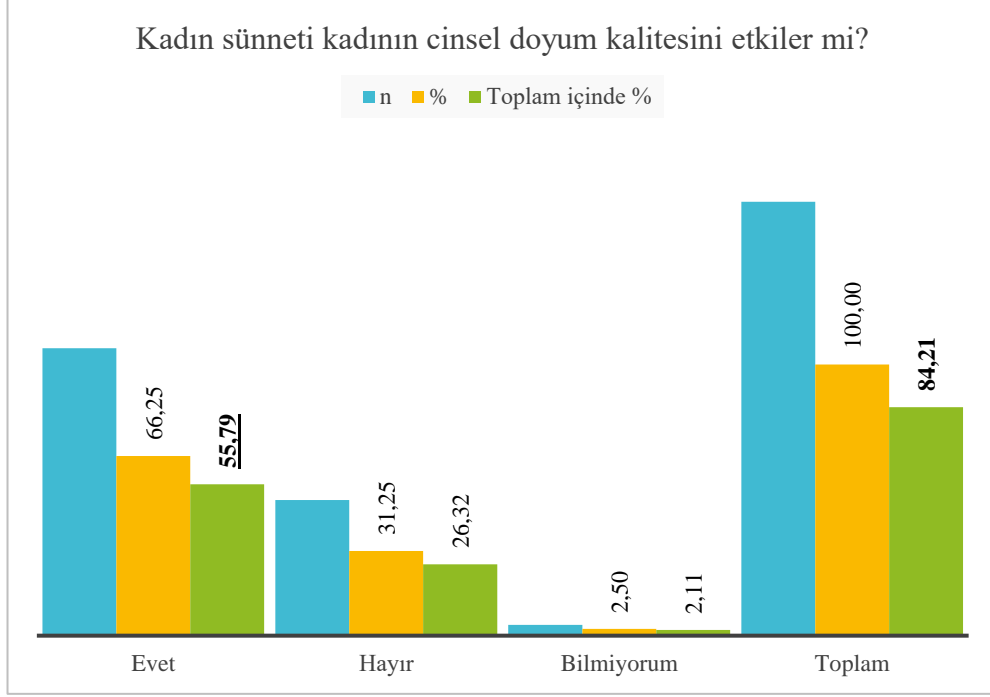
Şekil 4.45. KGM aile üzerinde olumsuz etkileri olduğu düşünce durumu

KGM Olumsuz etkileri; Türkiye'de yaşayan Somalili bayanların kadın genital mutilasyonunun olumsuz etkileri noktasında fikirleri değişkendir. 3'te 1'lik bir oranda (% 33,06 ve toplam içinde % 21,58) annenin kadın hastalıklarının artacağı kanaati ha kimdir. Annenin psikolojisinin etkileneceğini dolayısı ile psikolojik olarak sorunlar yaşayacağını ifade edenlerin oranı % 42,74 olup toplam içinde (% 27,89) oranındadır. Sünnet olmuş bir kadının cinsel birleşmeden haz alamayacağını belirtenlerin oranı (% 9,68) olup toplam içindeki oranı % 6,32 dir. Mutilasyon a maruz kalmış bir bayanın eşini memnun edemeyeceği Dolayısıyla mutsuz bir evliliğinin olacağı fikrini savunanlar % 14,52 (toplam içindeki oranı % 9,47) düzeyindedir. Sağlık problemlerine dahil edilebilecek kadın hastalıklarının artması ve anne psikolojisini bozulması bir arada değerlendirildiğinde katılımcıların % 75,81'i, mutilasyon a karşı görüş bildirimini ifadesi olarak değerlendirilebilir. Bu ikisinin (toplam içindeki oranı % 49,47) düzeyinde toplam katılımcıların yarısına çok yakındır (Şekil 46).



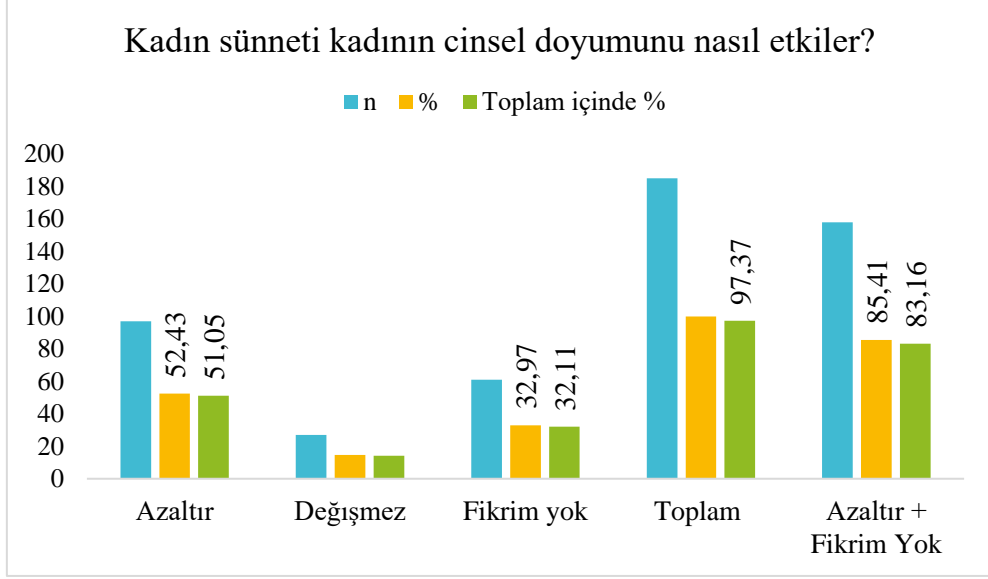
Şekil 4.46. Katılımcıların uygulamanın olumsuz etkilerinin neler olduğu

Kadın sünneti kadının cinsel doyum kalitesini etkiler mi? Araştırmamızda katılan Somalili kadınlara mutasyona uğramış kadınların cinsel Doyum kalitesinin etkilenip etkilenmediği ve nasıl etkilendiği hakkındaki fikirleri öğrenilmeye çalışılmıştır. Deneklerin % 66,25'i (toplam içinde % 55,79) kadın sünnetinin cinsel doyum kalitesini etkileyeceğini ifade etmiştir. % 31,25'i de (toplam içinde % 26,32) oranında cinsel doyum kalitesinin mutilasyon dan etkilenmeyeceği fikrini taşımaktadır. % 2,5 oranında (toplam içinde % 2,11) bir kesimi Z mutilasyonu cinsel Doyum kalitesini nasıl etkilediğini bilmedikleri şeklinde beyanları mevcuttur. Çalışmaya katıldığı halde bu soruyu cevaplamak istemeyenlerin oranı 1/5 düzeyine çok yakın olup % 18,75 (toplam içinde % 15,79) oranındadır (Şekil 47).



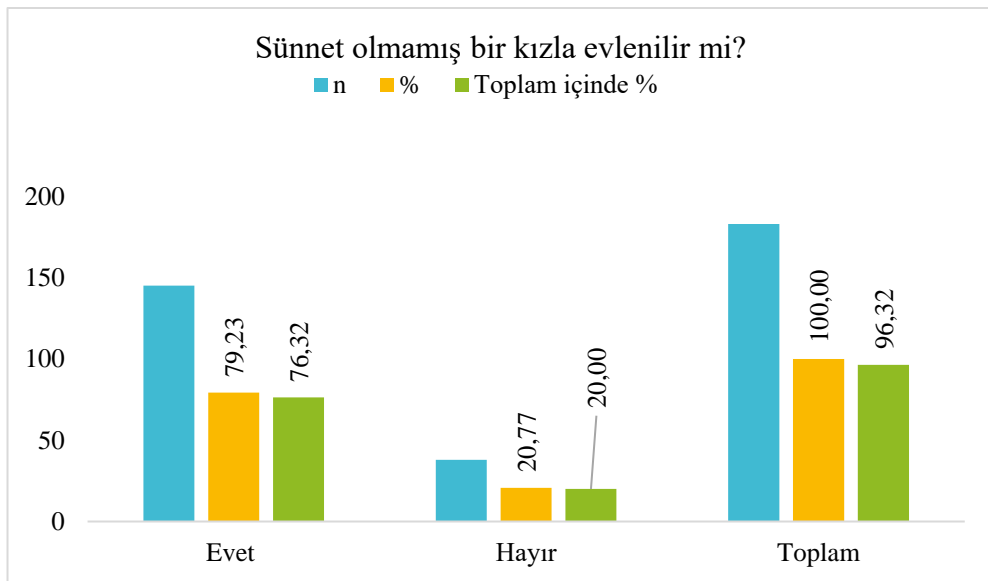
Şekil 4.47. KGM kadın cinsel doyumu etkilenme durumu

Kadın sünneti kadının cinsel doyumunu nasıl etkiler? Katılımcılara kadın sünnetinin kadın cinsel doyumunu nasıl ve ne düzeyde etkileyebileceği soruldu. Katılımcıları yarısından fazlası % 52,43'ü (ki bunlar toplam içinde % 51,05'e tekabül eder) mutilasyon un cinsel doyumunu azalttığının farkındadır ve görüşleri bu yöndedir. % 14,59 luk bir kısım ise kadın sünnetinin kadın cinsel doyumunu değiştirmeyeceği fikrindedir. Bunlar toplam içinde % 14,21'lik bir Orana sahiptir. Herhangi bir fikri beyhan etmeyerek bahreyn tutanların oranı% 32,97 olup bunların toplam içindeki miktarı % 32,11 oranındadır. 5 katılımcı dışında fikri olmayanlar dahil tamamı bu konuda işaretleme yapmışlardır. Kadın sünnetinin kadının cinsel doyumunu azalttığını ifade edenler ile mahrem ve utan olası bir şey olduğunu düşündükleri için fikri olmayanların toplamı katılımcıların tamamını 4/5'inden daha fazladır. Bunların oranı ise % 85,41 olup toplam içerisinde % 83,16'lık bir yüzdelik dilime sahiptir (Şekil 48).



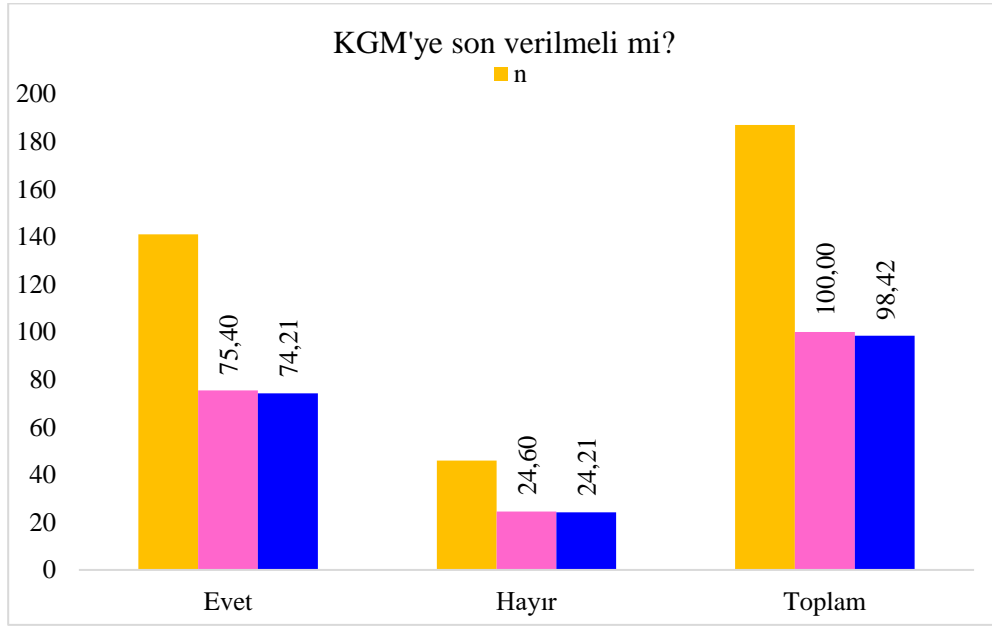
Şekil 4.48. KGM'nun kadının cinsel doyumu nasıl etkilediği durumu

Sünnet olmamış bir kız ile evlenir miydin? Türkiye'de yaşayan ve araştırmamızda katılan kadınlara "erkek olsaydınız sünnet olmamış bir kız ile evlenir miydiniz?" şeklinde yönettiğimiz bir soruya 190 katılımcıdan 183 tanesi içtenlikle cevap vermiştir. Erkek olsaydım sünnet olmamış bir kız ile evlenirdim diyenlerin oranı % 79,23 olup toplam içindeki oranı % 76,32 olarak tespit edilmiştir. Sünnet olmamış bir kız ile evlenmeyeceğini dolayısıyla sünnet olmamış bir kız ile evlenilmemesi gerektiğini savunanlar % 20,77 (toplam içinde % 76,32) oranındadır (Şekil 49).



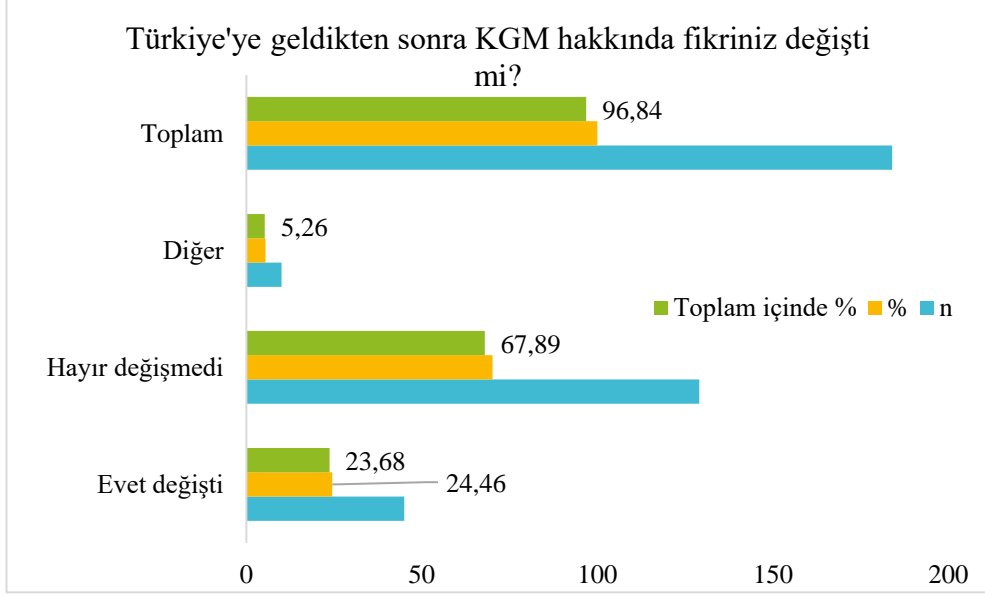
Şekil 4.49. Katılımcıların erkek olsalar KGM olmamış kızla evlenme durumu

KGM'ye son verilmeli mi; Kadın genital mutilasyon un devam edip etmemesi hususunda son verilmeli midir yoksa verilmemeli midir şeklinde yönettiğimiz bir soruya katılımcıların % 75,40'ı toplam katılımcıların % 74,21'i kadın sünnetine son verilmesi gerektiğini savundukları müşahade edildi. Ancak 1/4'e yakın bir kesimi % 24,60'lık (toplam içinde % 24,21) bir kesim kadın genital mutilasyon una son verilmemesi gerektiği düşüncesindedirler (Şekil 50).



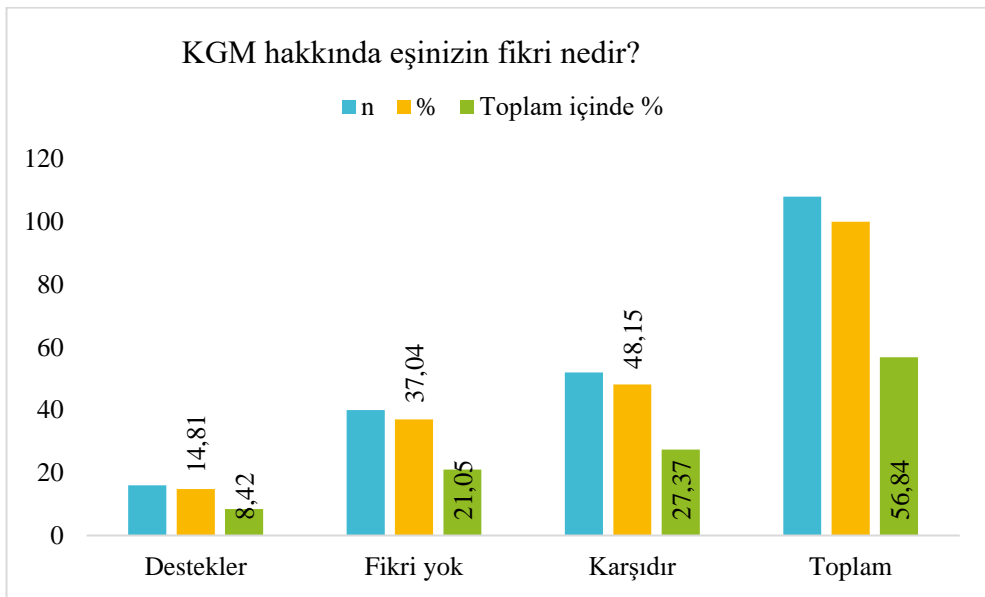
Şekil 4. 50. Katılımcıların uygulamayı son vermeyi destek verme durumu

Türkiye'ye geldikten sonra KGM hakkında fikriniz değişti mi? Somalili kadınlara Türkiye'ye geldikten sonra kadın genital mutilasyon hakkında fikirlerinin değişip değişmediği sorulduğunda; " evet fikrim değişti" yani bakış açımı değiştirdim diyenlerin oranı % 24,46 (toplam içinde % 23,68) dır. Türkiye'ye geldikten sonra fikir değişmediğini ifade edenlerin oranı % 70,11 (toplam içinde % 67,89) gibi çok yüksek bir düzeyde ifade edilmiştir. Fikri'nin değişip değişmediğini dışında başka etmenlerinde fikirlerinin değişip değişmemesi de etkili olduğunu ifade edenlerin oranı ise % 55,43 (toplam içinde % 5,26) düzeyindedir (Şekil 51).



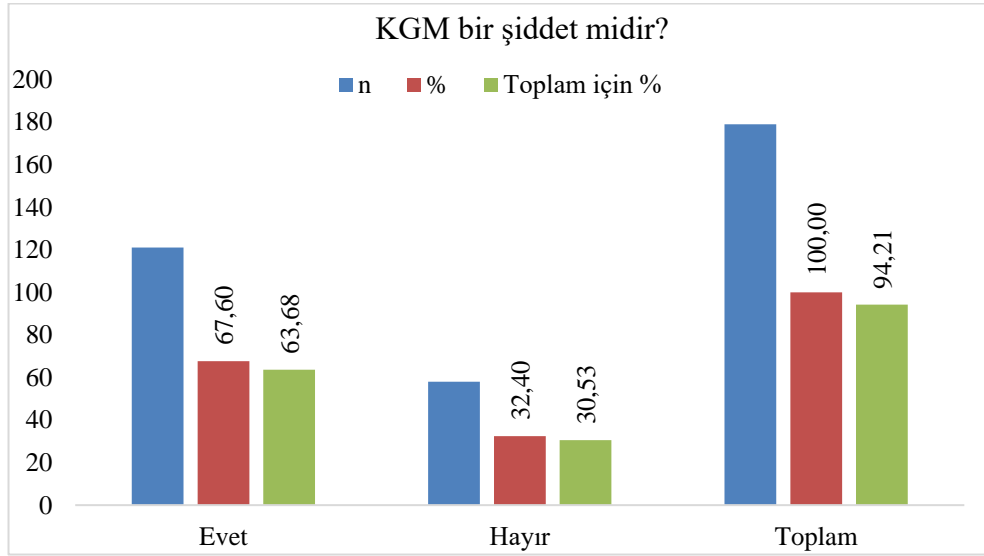
Şekil 4.51. Katılımcıların Türkiye'ye geldikten sonra uygulama hakkında fikirlerinin değişme durumu

KGM hakkında eşinizin fikri nedir? Türkiye'de yaşayan Somalili kadınlardan evli olanlarına eşlerinin kadın genital mutilasyon hakkındaki fikri sorulduğunda; kadın sünnetini destekleyenlerin oranı % 14,81 olup toplam içindeki yüzdesi % 8,42 düzeyindedir. Eşlerin yarıya yakını % 48,15 (toplam içinde % 27,37) kadın sünnetinin yapılmasına karşıdır. Eşlerin neredeyse 2/5'i yani % 37,04 lük (içinde % 21,05) bir kesimi herhangi bir fikrinin olmadığını ifade etmiştir (Şekil 52).



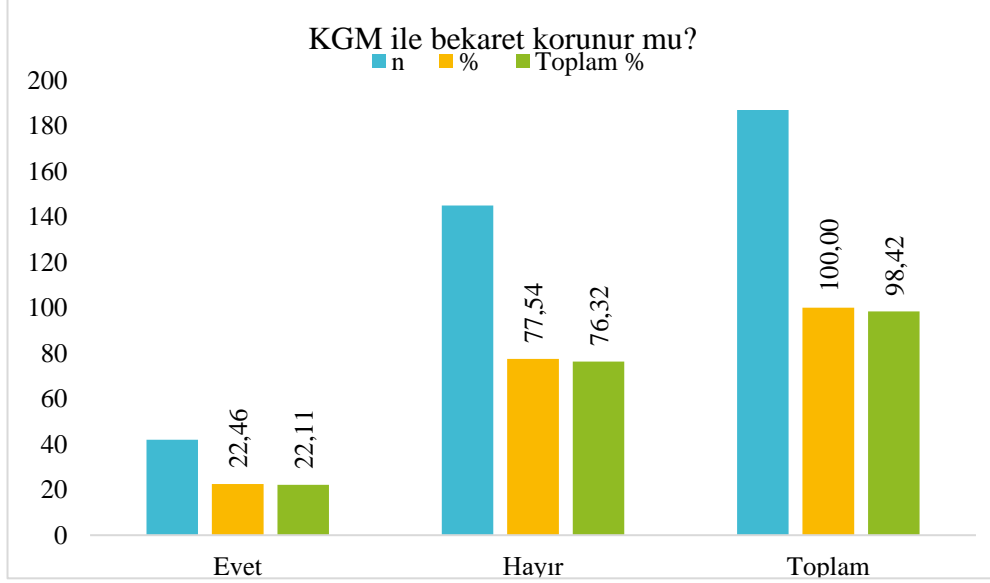
Şekil 4.52. Katılımcıların eşlerinin uygulama hakkındaki fikri

KGM bir şiddet mi? Dünya Sağlık Örgütü bütün sağlık kuruluşları sivil sağlık ve sosyal organizasyonların bir şiddet çeşidi olarak kabul ettiği ve karşısında mücadele verdiği kadın sünnetinin Türkiye’de yaşayan somalili kadınların gözünde bir şiddet türü olup olmadığı sorulduğunda; % 67,60’ı şiddet olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Kadın sünnetinin bir şiddet çeşidi olarak görenlerin toplam katılımcı içindeki oranı % 63,68 düzeyindedir. Katılımcıların % 32,40’ı kadın sünnetini kadına karşı işlenmiş bir şiddet veya bir zulüm olarak görmemektedir. Kadın sünnetinin kadına karşı bir şiddet olmadığını savunan somalili bayan katılımcıların toplam içindeki oranı % 30,53 düzeyindedir. Bu oran neredeyse üçte bir düzeyinde kadın sünnetinin şiddet olmadığına inanan ve ifade eden katılımcıların düşüncelerini ifadesidir (Şekil 53).



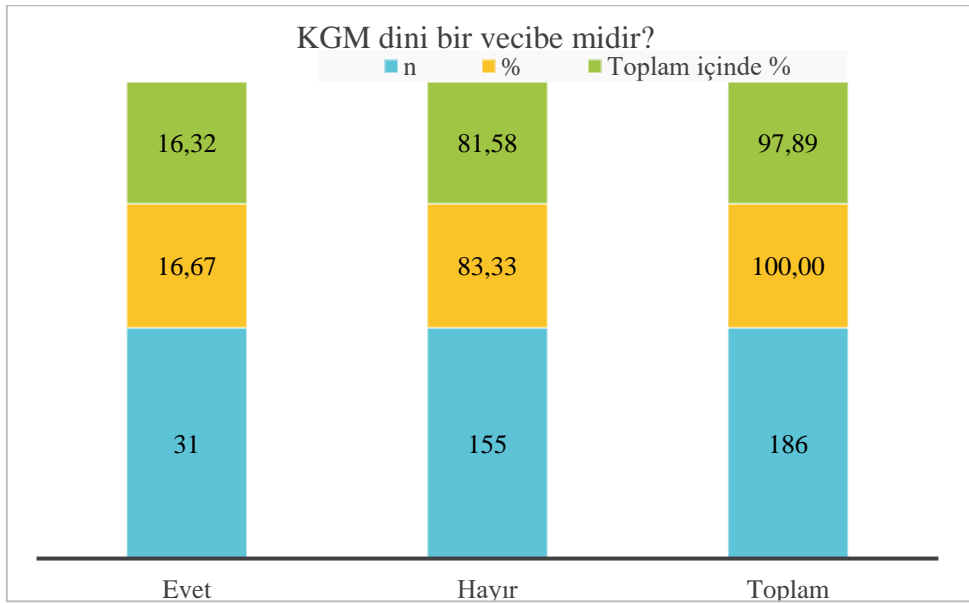
Şekil 4.53. Katılımcıların KGM bir şiddet olarak algılanma durumu

KGM ile bekaret korunur mu? Türkiye’de yaşayan Somalili kadınlara kadın genital mutilasyonu ile bekaretin korunup kurulamayacağı soruldu. Sosyal bir mit olarak inanca dönüşmüş bu künt inanmışlığın kadın sünnetinde hangi düzeyde etkili olup olmadığı öğrenilmeye çalışıldı. Kadın sünneti yaptırmak suretiyle bekaretin korunduğuna inananların oranı % 22,46 olup (toplam içindeki % 22,11) düzeyindedir. Kadın sünneti yaptırmak suretiyle bekareti korumanın mümkün olmadığını kadın sünneti ile vekaletin bir ilgisinin bulunmadığını ifade edenlerin oranı% 77,54 olup toplam içindeki durumu % 76,32 gibi oldukça yüksek bir Orandadır (Şekil 54).



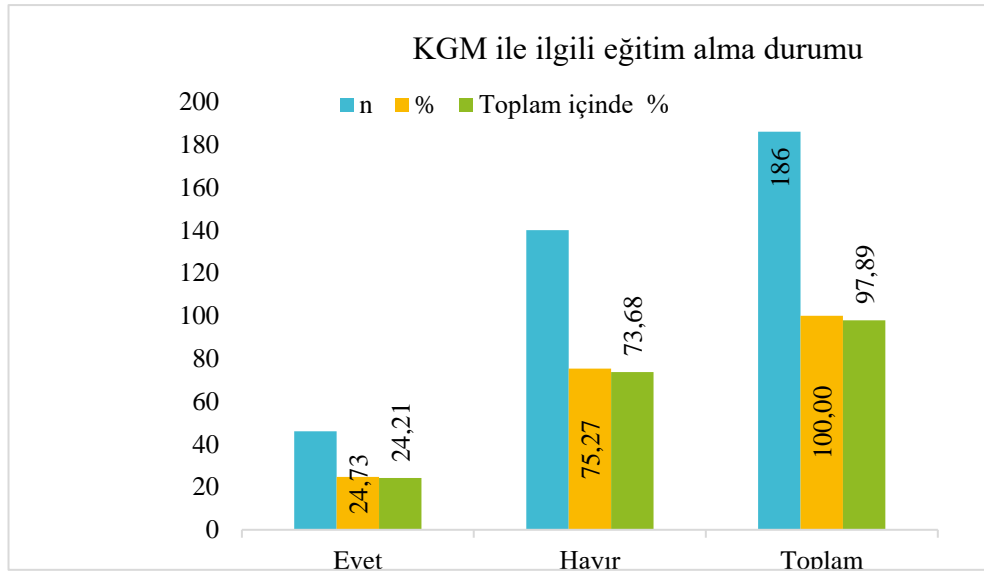
Şekil 4.54. Katılanların uygulama bekarete koruduğu inanma durumu

Dini bir vecibe midir? Türkiye'de yaşayan Somalili kadınlara kadın sünnetinin inancı ait bir vecibe olup olmadığı sorulduğunda 4/5'inden daha fazlası % 83,33 oranında dini bir vecibe olarak görmediklerini ifade ettiler. Kadın sünnetini dini bir gereklilik olarak saymayanların toplam içerisindeki oranı % 81,58 gibi oldukça yüksektir orandır. Kadın sünnetini dinin bir emri gereği veya inanca bağlı bir gereksinim olarak yapılması gerektiğini savunanların oranı % 16,67 olup bunların toplam içerisindeki oranı % 16,32 düzeyindedir (Şekil 55).



Şekil 4.55. Katılanların KGM uygulamsını dini bir vecibe olarak görme durumu

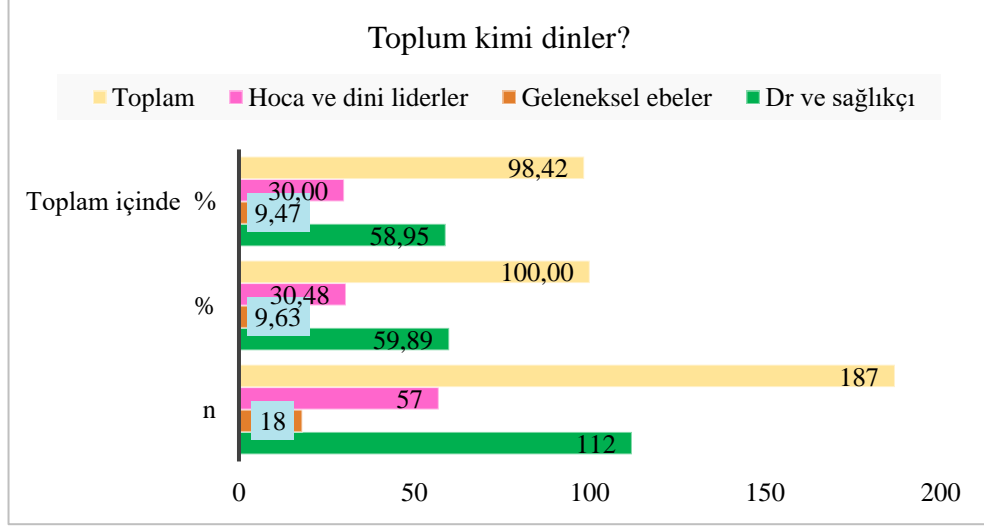
KGM durdurulmasına yönelik bir eğitime katıldınız mı? Kadın sünnetine ilişkin herhangi bir eğitim ya da sosyal grup çalışmasına, toplumsal buluşmalara veya Sivil Toplum örgütlerine bu amaçla katılıp katılmadıkları ve Buralardan bir eğitim alıp almadıkları soruldu. Katılımcıların % 24,73 ü bu tür organizasyonlara katıldıklarını ne bir eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Eğitim alanların oranı toplam katılımcı içerisinde % 24,21 düzeyindedir. Kahir ekseriyeti, dörtte üçünden daha fazlası yani % 75,27 oranında bu tür organizasyonlara katılmadıklarını toplumsal çalışma yapmadıklarını ve kadın sünnetine ilişkin herhangi bir eğitim almadıklarını beyan etmişlerdir. Bunların toplamı içerisindeki oranı % 73,68 düzeyindedir (Şekil 56).



Şekil 4.56. Katılımcıların daha önce uygulama ile ilgili bir eğitim alma durumu

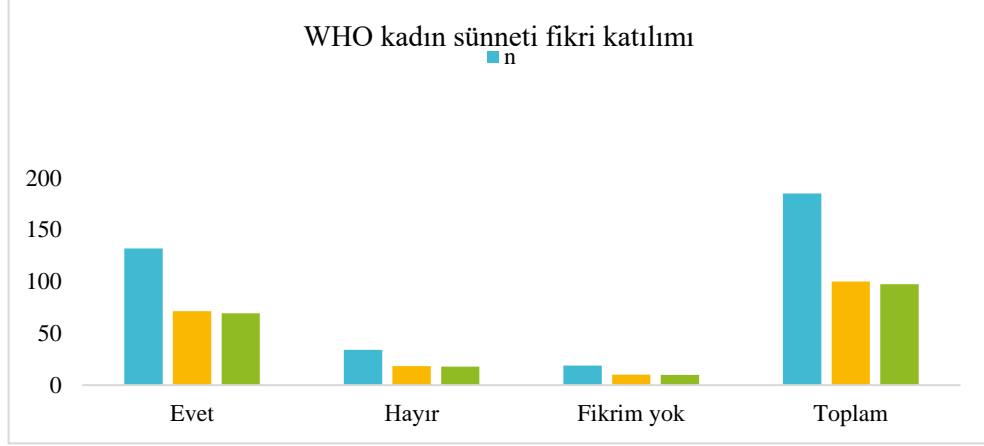
KGM son verilmesi için hangisi dinlerler; Katılımcılara kadın genital sünnetini sonlandırmada sosyal olarak kimlerin daha etkili olduğunu; sağlık ekiplerinin mi geleneksel ebelerin mi dini liderlerin mi bu konuda Etkin olabileceği soruldu. Katılımcıların yarısından fazlası % 59,89 (toplam içinde % 58,95) sağlık ekibini yani Hekim ve sağlık eğitimi almış diğer yardımcı personelin toplum tarafından dinlenebileceğiz dolayısı ile kadın genital mutilasyonun sonlandırılmasında bunların roli'nin olabileceğini ifade ettiler. Dini liderlerin toplum üzerindeki etkilerine dayanarak genital mutilasyonu sonlandırma noktasında etkili olabileceklerini düşünenlerin oranı % 30,48 toplam içindeki oranı %30,00 dur. Toplumun üçte bir oranında dini liderlere bağımlılık noktasında direnç gösterdikleri onların

Yönlendirmeleri ile tarihten gelen kötü bir geleneği yok edebileceklerini ifade etmişlerdir. Geleneksel ebelerin kadın sünnetine son verilmesinde sözlerinin ne derece etkili olduğu hususunda % 9,63 (içinde % 9,47) oranında ikna edici olabilecekleri belirtilmiştir (Şekil 57).



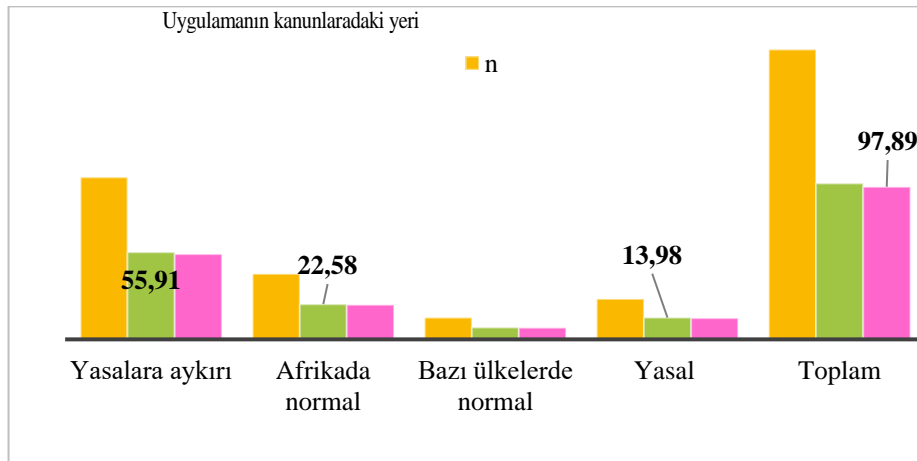
Şekil 4.57. Katılımcıların uygulamaya son vermek için toplum içinde kimleri dinleyebileceği

DSÖ kadın sünneti fikri katılımı; Dünya Sağlık Örgütü ile sivil toplum organizasyonlarının kadın sünneti ile ilgili yapmış olduğu faaliyetler yaygın bilinen bir gerçektir. Dünya Sağlık Örgütü ya da sivil toplum organizasyonlarının kadın sünnetine ilişkin fikirlerine katılıp katılmadıkları araştırmaya katılanlara soruldu. Büyük çoğunluğu % 71,35 (toplam içinde % 69,47) bu fikre katıldıklarını ifade ettiler. Dünya Sağlık Örgütü ve sivil kuruluşların kadın sünnetine ilişkin yaptığı çalışmaların uygun olmadığını yapılmaması gerektiğini bunlara karşı olduğunu ifade edenlerin oranı% 18,38 ve toplam içinde % 17,89 düzeyinde olup neredeyse 5'te 1'i oranında katılım sağlanmadı tespit edilmiştir. % 10,27 si (toplam içinde % 10,00) fikir beyan etmekten kaçınmıştır (Şekil 58).



Şekil 4.58. Katılanlar DSÖ'nun bu uygulamadaki fikirlerine katıp katılmama durumu

KGM kanunlarda yeri var m?; Katılımcılara kadın sünnetinin yasal çerçevesi hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları soruldu. 190 katılımcı tanem Sadece dördün fikir beyan etmekten kaçındı. Diğerleri % 97,89 içtenlikle bu soruyu cevapladılar. Yasal olduğunu dolayısı ile kurala gereksinim duymadan yapılabileceğini düşünenlerin oranı % 13,98 olup (toplam içindeki oranı %13,68 dir). Bazı ülkeler için normal olduğunu dolayısı ile uygulanabileceğini düşünenlerin oranı % 7,53 olup bunların Total sayı içerisindeki oranı% 7,37 dir. Daha da önemlisi sadece Afrika kıtasına özgü olmak da normal uygulanabilir kabul edenlerin oranı % 22,58 olup bu oranın (toplam içindeki % 22,11 dir). Yasalara aykırı olduğunu yapılmaması gerektiğini ifade edenlerin sayısı yarıdan bir miktar fazla % 55,91 oluk bunların (toplam içindeki ifadesi % 54,74 oranındadır) (Şekil 59).Katılımcıların tutum ve düşüncelerine tablo.4.9'e sunulmuştur.



Şekil 4.59. Uygulamanın kanunlardaki yeri

Çizelge 4.4. Katılımcıların KGM Uygulaması Tutumları

			Kışı sayısı (n)	% Oranı	Toplam içinde %
Kızlara KGM uygulanması doğru mu?	KGM	Evet	55	31,25	28,94
		Hayır	121	68,75	63,68
		Toplam	176	100	92,63
KGM yapılır?	neden	Adet	102	55,74	53,68
		Din	23	12,57	12,11
		Evlilik için gereklidir	2	1,09	1,05
		Genital bölgeye daha güzel hale getirir	1	0,55	0,53
		Kadın hakkın ihlali	4	2,19	2,11
		Yanlış bir gelenek	51	27,87	26,84
		Toplam	183	100,00	96,32
KGM kalitesine mi?	doyum etkiler	Evet	106	66,25	55,79
		Hayır	50	31,25	26,32
		Bilmiyorum	4	2,50	2,11
		Toplam	160	100,00	84,21
KGM kalitesi etkileri?	c. Doyum nasıl	Azaltır	97	52,43	51,05
		Değişmez	27	14,59	14,21
		Fikrim yok	61	32,97	32,11
		Toplam	185	100,00	97,37
KGM etkileri düşünüyor musunuz?	olumsuz olduğunu	Evet düşünüyorum	118	71,52	62,105
		Hayır düşünmüyorum	47	28,48	24,73
		Toplam	165	100,00	86,84
KGM etkileri nelerdir?	olumsuz	Annenin kadın hastalıklarını artır	41	33,06	21,58
		Annenin psikolojisi bozulur	53	42,74	27,89
		Kadın cinsel birleşmeden haz alamaz	12	9,68	6,32
		Kadın eşini memnun edemez	18	14,52	9,47
		Toplam	124	100,00	65,26
Erkek KGM olmayan kız ile evlenir miydiniz?	olsanız	Evet	145	79,23	76,32
		Hayır	38	20,77	20,00
		Toplam	183	100,00	96,32
KGM son verilsin mi?		Evet	141	75,40	74,21
		Hayır	46	24,60	24,21
		Toplam	187	100,00	98,42
Türkiye 'ye KGM F. Değişti mi?	G.S Değişti	Evet değişti	45	24,46	23,68
		Hayır değişmedi	129	70,11	67,89
		Diğer	10	5,43	5,26
		Toplam	184	100,00	96,84

KGM eşinizsin fikri nedir?	Destekler	16	14,81	8,42
	Fikri yok	40	37,04	21,05
	Karşıdır	52	48,15	27,37
	Toplam	108	100,00	56,84
KGM bir şiddet midir?	Evet	121	67,60	63,68
	Hayır	58	32,40	30,53
	Toplam	179	100,00	94,21
KGM ile bekaret korunduğu inanıyor musunuz?	Evet	42	22,46	22,11
	Hayır	145	77,54	76,32
	Toplam	187	100,00	98,42
KGM dini vacibe mi?	Evet	31	16,67	16,32
	Hayır	155	83,33	81,58
	Toplam	186	100,00	97,89
KGM durdurulmasına yönelik eğitim alma	Evet	46	24,73	24,21
	Hayır	140	75,27	73,68
	Toplam	186	100,00	97,89
KGM verilmesi için hangisi dinlerler?	Dr ve sağlıkçı	112	59,89	58,95
	Geleneksel ebeler	18	9,63	9,47
	Hoca ve dini liderler	57	30,48	30,00
	Toplam	187	100,00	98,42
DSÖ KGM ye bir ş. Olarak görür katılıyor musunuz?	Evet	132	71,35	69,47
	Hayır	34	18,38	17,89
	Fikrim yok	19	10,27	10,00
	Toplam	185	100,00	97,37

BÖLÜM 5

TARTIŞMA

Türkiye'de bulunan 15 yaş ve üstü KGM'ye uğramış Somalili bayanların genital mutilasyona bağlı sorunlarının; Yaşam, Sağlık ve Obstetrik Sorunlarına ebelik Perspektifinden bakılarak incelenmesi araştırmanın amacını oluşturmaktadır. Türkiye'de 15 ilde yaşayan Somalili bayanlardan 190 birey üzerine yapmış olduğumuz çalışmanın ağırlıklı yaş ortalaması 25-35 arasındadır. Yapılmış diğer çalışmalarda 18 ile 49 yaş aralığında katılımcı gösterilmektedir (Gele, 2013; Tukale, 2012). Çalışmamıza katılımcı olarak iştirak eden bireylerin 15 yaş ve üzeri olanları çalışmaya dahil edilmişlerdir. Araştırmamızda ağırlıklı yaş 26 ile 35 yaşları arasında olanlar oluşturmuştur. Ağırlık sırasına göre sırasıyla 21 ile 25 yaş grubu 2 grubu, 35 yaşından büyük olan kadınlar 3 grubu, 18 ile 20 yaş aralığında bulunan bireyler son grubu teşkil etmişlerdir. 18 yaş altı katılım 2 kişi ile sınırlıdır. Katılımcıların ortalama yaşı 29,95 (STD:10,144) olup eşlerinin yaş ortalaması 41,59 (STD:11,207) olarak gerçekleşmiştir. Katılımcıların yaşları 16-64 aralığında iken eşlerinin yaşları 27 ile 76 arasındadır.

Katılımcıların çoğunluğu (% 29,3) lisans eğitiminde veya mezunu iken, % 27,8 i lise mezunu, % 12,6 sı ilkokul mezunu ve lisansüstü eğitim yapmış birey oranı % 10,1 dir. Araştırmamıza göre Somalili kadınların Türkiye'de bulunma nedenlerinin başında eğitim gelmektedir. Ancak iş ve ticaret için de gelenlerin oranı az değildir. Eşlerinin eğitim oranları; üniversite mezunu % 19,2 lisansüstü eğitim görmüş ya da görmekte olan % 14,6 lise mezunu % 8,6 okuma yazma bilmeyenler yüzde 4,0 ve ortaokul mezunu % 2 dolaylarındadır. Türkiye'de bulunan Somalili ailelerin eğitim bakımından kadınların erkeklerden oransal olarak daha önde olduğu söylenebilir.

Analizimizde katılımcılarda kadın genital mutilasyon uygulamasını geçiren kadınların prevalansı % 96,32 iken, bunların sadece % 2,63'ü KGM geçirmemiş tespit edildi.

Uygulamanın tüm dünya ülkelerinin en yüksek prevalansı sahip Somali, Mısır, Sudan, Mali, Cibuti, Eritre, Sierre Leone ve Gine'dir. Bu ülkelerin KGM uygulamasının prevalansı % 70'in üzerindedir (Karaman 2017; UNİCEF; DHS 2022). Somali, KGM uygulamasının en yaygın olduğu, uygulamanın en zararlı tip olan 3. tipin uygulandığı, kadınların ve kızların % 99,7'sinin bu uygulamaya maruz bırakıldığı bir ülkedir (UN WOMEN, 2022). Katılımcıların cevaplarına göre % 40'luk bir kesimi KGM'nin en zararlı tip olan 3. tip KGM geçirmektedir. Daha önce Abdulcadir ve arkadaşlarının İsviçre'ye göç eden Somalili kadınlar üzerinde yaptıkları araştırmada katılımcı kadınların % 60,7'si gibi büyük bir bölümü tip-3 geçirdiği ifade edilmiştir. Yine 2002 yılında Somalinin başkenti Mogadişu doğumhanelerinde KGM uygulaması üzerine yapılan bir çalışmada yine KGM yüksek prevalansı, çoğunlukla tip-2 ve tip-3 bulunmuştur (Mohamed,2022). Bizim araştırmamızda her ne kadar diğer yapılmış çalışmalara yakın bir sonuç (% 97,89) bulunmuş gibi görünüyorsa da Somali gibi geleneksel künleri son derece keskin toplumlarda % 1'e yakın bir azalma bile önemli görülebilir. Yapmış olduğumuz çalışmada % 09,08'lik bir oranda azalma olduğu tespit edilmiştir. Tip-3 yani firavun sünneti yapılmış çalışmalarda % 60,7 olarak ifade edilmektedir. Türkiye'de yaşayan Somalili bayanlar arasında yapmış olduğumuz bu çalışmada tip-3 % 40,53 olarak tespit edilmiştir. Firavun sünnetinin gerek sünnet esnasında gerekse sonrasında meydana gelen fizyolojik ciddi problemlerden dolayı Somali toplumunun giğide bu uygulamayı diğerleri lehine azalttığı ifade edilebilir. Veya Türkiye 'ye eğitim amaçlı gelen ve çoğunluğu üniversite mezunu olan bayanların ailelerin de muhtemelen bilinçli olduğu değerlendirilebilir. Yapılmış çalışmalarda Tip 1 ve tip 3 ayrımı net olarak yapılmamış olsa da çalışmamızda firavun sünneti yani tip -3 olarak isimlendirilen KGM % 41,40 (toplam içinde % 40,53) ve sünni tip sünnetin % 58,60 (toplam içinde % 57,37) oranlarında olduğu tespit edilmiştir. Suni tip (1. ve 2.tip) KGM artması firavun tip KGM azalması gerek toplumsal değişim gerek iletişim araçları ve gerekse kültürel değişim ve entegrasyonla izah edilmesi mümkündür.

Katılımcı Kadınların çoğu (% 84,24) 6-10 yaşları arasında bu uygulamayı geçirmiştir. Uygulamanın yaşı olarak litratür taramasında genellikle bebeklik ve ergenlik arasındaki genç kızlarda ve bazen yetişkin kadınlarda da gerçekleştirildiği belirtilmektedir. DSÖ çoğu kız çocuğunun doğumdan 15 yaşına kadar herhangi bir dönemde uygulamayı geçirdiklerine ve farklı ülkelerde 15 yaş üstünde yapıldığını belirtmektedir. Çeşitli

araştırmalar, KGM uygulamasının bazen çocuklara (beş yaşından küçük) ve çok daha yaşlı kadınlara uygulandığını göstermektedir. Somali geleneğine göre bu işlem 4 ile 8 yaş arasındaki kızlar için yapılmakta, başka kaynaklar da ise 4 ile 10 yaş aralığı belirtilmektedir. (Günaydın, 2015; Gele, 2013). Yapılmış çalışmalarda sünnet yaşı 4 ile 8 yaş aralığında gösterilmekte iken bu çalışmada 0 ile 5 yaş arası sünnet oranı % 8,7 dir. 6 ile 10 yaş arası kızların % 84, 78'i sünnet edilmiştir. 11 ile 14 yaş aralığında sünnet edilen kızların oranı % 5, 98'dir. KGM için her ne kadar kaynaklarda 4 ile 8 yaş aralığı geçiyor ise de 6 ile 10 yaş arası sünnet oranı çok yüksek istatistiki olarak da önemli düzeyde anlamlıdır (p=0,01). 11 ile 14 yaş arasında sünnet oranı çok fazla düşmektedir. Literatür kaynakları ile beraber yaptığımız bu çalışma değerlendirildiğinde somali'de 4 ile 10 yaş arasında kızların % 90 veya daha üzeri oranda KGM geçiriyor oldukları net ve anlaşılabilir. Kentsel topluluğun dışında kırsal ve Göçebe toplumların terör ve diğer nedenlerden dolayı kentlere göç etmesi durumunda sosyolojik olarak işe kapanmak suretiyle yaşama direncini sürdürme anlamında KGM'yi sürdürüyor oldukları bilinen bir gerçektir. KGM yaygınlığının yüksek olduğu ülkeler için (örn. Somali, Gine, Sierra Leone, Mali, Burkina Faso), kültürel normlara ve değerlere sıkı sıkıya bağlı kalmanın, kentsel alanlarda yaşarken kadınları KGM'ye maruz bırakma konusunda güçlü bir şekilde etkilemesi de mümkündür.

KGM uygulaması dışasında klitorisi innerve eden pudental sinir, klitoris dorsal arteri, yuzyesnel sırt damarları, klitoral fasya ve venullerde ciddi zarar görür. Labia minoralara ait arteriol, venul, deri altı membranöz tabaka ve pudental, perineal sinir ile evre doku zarar görür. Pudental ve perineal sinir hasarı şiddetli ve şok bir ağrıya neden olur. Kuk arterlerin kesilmesi şiddetli kanamaya, venuller ile dokunun hasarı ise sızıntılı ve uzun süren bir kanamaya dahası bu hasar inflamasyona, nekroza sebebiyet verir.

Çalışmamızda sünnetten sonra ayaklarının bağlandığını ifade eden katılımcıların oranı % 60,87 olup bu oran toplam içinde % 58,95 lik düzeyi ile katılımcıların yarısından fazlasının sünnetten sonra ayaklarının bağlandığının somut delili niteliğindedir. Çalışmamız şu ana kadar yapılmış literaturu tamamlar niteliktedir. Uygulama esnasında ağrı kesici kullanılmadığından ağrı şoku özellikle 0-15 yaş çocuklarda mümkün olup olumle sonuçlanabilir. Bu ağrıya yapılan özgün tedavi yerel bitkisel

otlar ve geleneksel ampirik uygulamalardır. Kesi sonrası klitoral bölge, labialar ve çevreleyen dokular kanamayı durdurmak için el ile sıkıca tutulur, bacakları çapraz sıkıştırarak sıkıca bağlanır. Bu durum bile 0-15 yaş aralığı bir çocuk için ömür boyu travma, psikiyatrik deformasyona yeterlidir. Yapılan sözde ilaç uygulaması ise; kesi yerine toprak, hayvan gübresi, tavuk dışkısı, odun külü, bazı otların külünü vajinaya gelişigüzel tıktırmaktan ibarettir. Üreme alanının kapısı konumunda, hassas mukozal yapıda olan doku enfeksiyonlara açık hale getirilir. Uygulama hijyenden uzak, enfektif olup sonucu ölüm veya ömür boyu sakatlık gibi majör fizyolojik defektler olan bir yaşam armağan edilir masum kız çocuğuna (Kalid et al. 2018). Her türlü enfeksiyona açık halde kesi yapılarak bırakılan kız çocuğunda iç ve dış enfektif kaynaklara bağlı olarak inflamasyon, ağrı, kaşıntı, kötü koku ve mantar enfeksiyonları kaçınılmaz hale gelir. Özellikle klitoris başının kesilmesi ile beraber Nervus pudentalis dalları Rejenerasyon için protifere olur. Bu alanda katı irice bir nöroma oluşur. Nöromalar ömür boyu Kronik bir ağrıya sebep olduğu gibi yürüme bozukluğuna ve medulla spinalisi üzerinde ağrıdan dolayı kompresyon bağımlı deformasyonlara Önder olur. Travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete panik, korkulu Rüya görme hali, güvensizlik IQ defisitleri hafıza kaybı gibi ağır bir psikiyatrik tablo şekillenir (Behrendt and Moritz, 2005). Bu acil akut sorunlar ile kronik ağrı ve psikiyatrik problemler birleştiğinde annelik fonksiyonu tehlikeye düşer. Gerek akut acil olaylar gerekse kronik posttravmatik bozukluklar toplumun töre ve geleneklerinin içe kapanık Çelikten zırhına bürülüdür. Batı ülkelerinde muayene sonrasında ortaya çıkarılmış kısmi hadiselerin dışında bu tür durumlara ilişkin elde veri mevcut değildir. Doğum güçlükleri, doğum sürecinin uzaması, sezaryen, epizyotomi, rekto vajinal fistüller defekasyon ve mikstrasyon sorunları yaygın hale gelir. Mikroorganizma bağımlı inflamasyonların retrograd yolla ilerlemesine bağlı rahim ve yumurtalık yangınları sonucu sterilite meydana gelebilir. Veneral hastalıklarla mutilasyon arasında bir bağlantı kurulamamış olsa da bütün hastalıklara eğilimi arttırır. Kentsel alanlarda daha az olmak üzere kırsal ve göçebeler içinde daha yaygın olan bebeklik dönemi ölüm oranları bilinmemektedir. Bu bilinmezinde bebeklik döneminde sünnete uğramış bebeklerin kan kaybı ve ağrı şokundan ölümlerin de aşıkardır. Yapmış olduğumuz bu çalışmada KGM'ye maruz kalanlarda ilk âdet kanamasında şiddetli ağrı hissi oranı % 53,67 olarak tespit edilmiştir. Aynı şekilde sünnet olan kadınların ilk cinsel birlikteliğinde şiddetli ağrı oranı % 86,36 oranındadır. Geleneksel kültürün baskınlığı

öyle bir noktaya taşınmıştır ki gelişmiş ülkelerde yaşayan bireylerin bile çocuklarını tatil zamanlarında Kendi ülkelerine götürerek sünnet ettirdikleri kayıtlıdır. Kadınların KGM'ye yoluyla yaşadıkları psikolojik travmanın 'çoğunlukla hayatlarının geri kalanında onlarla birlikte kaldığı' da tespit edilmiştir (Macfarlane and Dorkenoo, 2014). Benha şehrinde yeni evli kadınlardan oluşan bir örneklem üzerinde yapılan bir araştırma, KGM'den kaynaklanan psikolojik komplikasyonların 'çocuğun bilinçaltında derinlere inebileceğini ve davranış bozukluklarını tetikleyebileceği belirtilmektedir. Kadın sünnetinin sağlık komplikasyonlarını tedavi etmenin ekonomik maliyetleri üzerine bir araştırma yürütmüş ve verilerin mevcut olduğu 27 ülke için mevcut maliyetlerin bir yıllık bir dönemde (2018) 1,4 milyar ABD Doları olduğunu bulmuştur. KGM yaygınlığı aynı kalırsa, bu miktarın 30 yılda (2047) 2,3 milyara yükselmesi beklenmelidir (Elnashar and Abdelhady, 2007).

Öte yandan KGM oranı > % 95 olan Somali, Cibuti gibi ülkelerde kolera, tifo, tüberküloz, HIV, ishal ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıklar çocuklarda yüksek ölüm oranlarına sahiptir. Nitekim en az bir düşük yapanların oranı % 58,33 en az 2 defa düşük yapanların oranı % 33,33, Üç ve daha fazla düşük yaparak bebeğini kaybedenlerin oranı yüzde 8,33 olarak tespit edilmiştir. Doğrudan ifade edilmese bile kadın sünnetinin obsettik sorunlara neden oldu, ebelik hizmetlerini zora soktuğu net olarak anlaşılabilir.

Katılanların eğitim durumu ile ilgili cevap verenlerin çoğu % 30,53 üniversite mezunudur. Okuma yazma bilmeyenlerin oranı sadece % 5,79'dur. Yine toplam katılımcıların eşlerinin çoğu üniversite mezunudur. Bunun nedeni de Türkiye'de bulunan Somalililer ve çalışmayı katılanların büyük bir kısmını öğrenci olmasındandır. Somali'nin eğitim sistemi, yıllarca süren çatışmalar sonucunda tahrip edildi ve çocuklarının sadece % 20'sinin ilköğretime erişimi mevcuttur. Nüfusun % 75'i 30 yaşın altındayken, düşük eğitimin neden olduğu kazanım gelecekte ekonomik büyümeyi ve yoksulluğun azaltılmasını kısıtlamaktadır. Bu da gençleri risk altına sokmaktadır. Somali'de kırsalda yaşayan kadınların % 72'sinden fazlası hiç okula gitmemektedir (World Bank, 2021). Türkiye'de yaşayan Somalili kadınların eğitim bakımından eşlerinden önde oldukları bu çalışma ile kanıtlanmıştır. Her ne kadar Somali'nin eğitim düzeyinden daha yüksek bir yüzde orana sahip olsa da Türkiye ortalamasının çok

gerisindedir. Bunun anlamı; Somali'den Türkiye'ye gelen göçmenlerin daha fazla bir kesimi eğitim amaçlı bulunmaktadır.

İlk evlilik yaşı 18 yaşından küçük olan yani çocuk yaşta evlendirilen kız çocuğu oranı % 19,63 tür. Türkiye'de ikamet eden her 5 Somalili kadından bir tanesi 18 yaşından önce çocuk yaşta evlendirilmiştir. 18 ile 27 yaşları arası evlilik en yüksek orandadır. Çocuk yaşta evlilik bütün dünyanın bir sorunu olmakla beraber Afrika'da daha yüksek düzeyde seyrettiği bilinen bir gerçektir. Türkiye'de yaşayan Somalili kadınlar üzerinde yapmış olduğumuz bu çalışmada neredeyse her beş kadından biri çocuk yaşta evlendirilmiştir. Töresel kültür gereği evlenir evlenmez çocuk talep edildiği için bu 1/5'lik kadın oranının aynı zamanda çocuk yaşta doğum yaptıkları da kaçınılmaz olarak ortaya çıkmaktadır.

Çalışmaya katılanların % 44,16'lık bölümü evli olup bunların %49,47'si en az bir yaşayan çocuk sahibidir ve % 39,24 luk bir kısmın yaşayan kız çocuğu vardır. Bayanların büyük bir kısmı vajinal doğum yapmaktadır. KGM geçirenlerin olanların % 15,46 bir kısmı bebeklerine doğum yaparken kaybetmiştir. Somali'nin 2020 yılında yenidoğan ölüm oranı, bin canlı doğumda 36,8 ölüm oldu. Somali'nin yenidoğan ölüm oranı, 2001 yılında bin canlı doğumda 44,9 ölümden 2020 yılında bin canlı doğumda 36,8 ölüme kademeli olarak düşmektedir. Somali bebek ölümlerin nedenlerin bir tanesinde KGM uygulaması olduğunu doğrudur (Knoema, 2020).

KGM'nun 100 doğumda fazladan 1-2 perinatal ölüme yol açacağı düşünülmektedir. KGM, kan kaybı, epizyotomileri, perineal yırtılma riskinin artması, uzun süreli doğum, sezaryen ve ölü doğum ve resüsitasyon ihtiyacı dahil olmak üzere yenidoğan riskleri olumsuz maternal sonuçlar ile ilişkilidir. Bu durum KGM'nin ebelik hizmetleri açısından aksamalara neden olabileceği ebelik hizmet ve bakımlarının süresinin uzaya bileceği şeklinde değerlendirilmektedir (WHO, 2006; Paliwal et al. 2014).

Katılımcıların çoğuna % 36,31 doğum anında epizyotomi işlemi uygulanmıştır. Yapılan litratür taramasında KGM uygulamasını geçirenlerin çoğunluğu anterior/posterior epizyotomi olma olasılığı anlamlı derecede daha yüksek

bulunmuştur (Rodriguez et al. 2016). Genellikle Literatürde yedi tur epizyotomi tipi geçmektedir (Kalıs et al. 2012). Fakat yaygın olarak kullanılan dört tip epizyotomi vardır bunlar anterior, mediolateral ve median posterior yaygın olarak kullanılmaktadır (Rodriguez et al. 2016). KGM uygulaması sadece doğum esnasında epizyotomi gerektirdiğinden yataklı cerrahi müdahale gereksinimine sahiptir. Epizyotomi dışında infibülasyon- deinfibülasyon gereksinimi ile harabiyete uğramış dokuların tekrar rekonstrüksiyonu sofistik'e bir rekonstrüksiyon cerrahisi ihtiyacını doğurur. Uygulamayı bağlı enfeksiyon bağımlı rekto vajinal fistüllerin oluşmuş olması durumunda şayet gebelikte varsa cerrahi rekonstrüksiyon zahmetli ve riskli bir hastane dönemi gerektirir. Burada cerrahi alanın zorluklarına ebelik hizmetlerinin son derece sıkıntılı olacağı öngörülebilir.

KGM uygulamasına yönelik fikirleri sorulduğunda cevap veren kadınların % 63,68'i doğru bir uygulama olmadığına inanmaktadır. Bu rakam sevindirici olsa da % 28,94'lük bir kesim bu uygulamanın doğru bir işlem olduğunu ve kızlarının geleceği için gerekliliğine inanmaktadırlar. Kızlar ve kadınlar arasında KGM algısı üzerine sorulan soruya bu uygulamanın devam etmesinin başlıca nedenlerinin örf-adet, kültür % 53,68, din % 12,11, evlilik için gereklilik % 1,05 ve yanlış bir gelenek olarak inananlar % 26,84 olarak cevap vermişlerdir. Görülen o dur ki insanların çoğu bu uygulamanın dini bir davranış olmadığına farkına varmıştır. Bunların dışında sünnet uygulamasını yapanlar tarafından hala bir gelir kaynağı olarak görülmektedir. Aile baskısı da bunu tetiklemektedir. Ancak KGM uygulamasının tamamını durdurmak istememektedirler. Başka bir çalışmanın sonuçları da kadınlar % 81'ini kızlarını ileride bu uygulamaya yapmak istememekte. Uygulamaya yapmak isteyenler % 18 olarak bildirilmiştir (Gele et al 2012).

Kadınlar uygulamayı durdurma yerine tip-3 'ten vazgeçilmesi konusunda hemfikirdiler. Kızlarına 1. ve 2. tip olan suni olarak ifade edilen tip-1 ve tip-2'yi yaptırma eğilimindedirler. Bu köklü uygulamada karşı insanlar drenmektedir, bu çalışmadaki hemen, hemen tüm katılanlar, KGM uygulamanın tamamen vazgeçme yerine daha hafif tip olan sunni tibina devamını destekledi ve kızları el değmeden bırakma geleneğinin kültürlerinde yer olmadığını inanmakta, aynı zamanda kızlarında gelecekteki hayatlarına olumlu yönde etkileneceğine inanmaktadırlar. Katılanların

bazıları, sünni tipini destekleseler de katılımcıların % 41,40 firavun tipi yanı en zararlı tip KGM uygulamasını geçirirken, %58,60 halk arasında suni olarak ifade edilen ve DSÖ sınıflandırmanına göre tip1 ve tip2 daha hafif komplikasyonlu olan tipe geçirmiştir (United States Department of State, Somalia: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC), 1 June 2001, available at: <https://www.refworld.org/docid/46d5787c32.html> (Eişim tarih 2.3.2023)). Somali'de Toplumsal olarak KGM'ye karşı zordan basite doğru bir eğilim olduğu nettir. Bu çalışmamızda da açıkça görülmektedir. Türkiye'de yaşayan somalili kadınların araştırmamıza katılanlarının özellikle 45 yaş üstü bayanların sünnetten vazgeçmenin mümkün olmadığını, sadece firavun sünnetinden vazgeçilerek birinci ve ikinci tip sünnete devam edilmesi gerektiğini, bunun geleneksel kültür içerisinde bir zorunluluk olduğu kanaati taşımaktadırlar. Araştırmamızda katılan kadınlara fikirlerine öğrenmek için erkek olsaydınız KGM ugulmasına geçirmemiş bir kız ile evlenir miydiniz? şeklinde bir soruya sorduk katılımcıdan evet evlenirdim diyenlerin oranı % 79,23 olarak bulunmuştur. KGM ugulmasına geçirmemiş bir kız ile evlenmeyeceğini kültürlerinde olmadığını bunun yüzünden uygulamaya geçirmemiş kızla evlenilmemesi savunanlar % 20,77 oranındadır. Bu durum kültürel değişimin oluşmakta olduğunun da kanıtı olarak değerlendirilmiştir.

DSÖ ile sivil toplum kuruluşların kadın sünneti ile ilgili yapmış olduğu faaliyetler yaygın bilinen bir gerçektir. DSÖ ve onun gibi kuruluşlar KGM uygulmasına çocuk ve insan hakları ihlali ve sağlık açısından hiçbir faydası olmayan zararlı bir yanlış gelenek olarak bildirmiştir (DSÖ, 2014). Bizde katılanlara DSÖ fikrine katılıp katılmadıklarına sorduk Büyük çoğunluğu % 71,35 bu fikre katıldıklarını ifade ettiler. Buna karşı gelenlerin oranı da % 18,38 düzeyindedir. DSÖ'nün Afrika çalışmalarını anlamlı ve verimli olduğu, kültürel entegrasyona doğru sosyolojik bir sürüklenmeyi beraberinde getirdiğine yorumlanabilir.

KGM uygulama esnasında acil akut kanamanın durdurulması için ayakların bağlanması durumu oransal olarak % 60,87 düzeyindedir. Bu bağlama 8-10 gün kadar sürdüğü, bu süre zarfında şiddetli ağrı, psikiyatrik travmanın da temel nedeni oldu aşıkardır (UNFPA, 2022). Bu süreç kendine ait özel bir organ olan bölgenin menarştan sonra her adetin ağırlı korkulu, kabuslu geçmesine, evlilik döneminde de cinsel

beraberliğin korkunç bir travmaya dönüşmesine neden olmaktadır. Çalışmamızda literatüre göre oransal bir düşüş gözlemlenerek beraber değişim istatistik bir değer ifade etmemektedir. Gerçek olan şu ki gördüğümüz her 10 Somalili kadından 6 veya 7 tanesi çok ciddi obsetrik bağımlı psikiyatrik sorunları taşıma ihtimali vardır.

Kadın genital mutilasyon vajinal açıklığın tıkanması, özellikle daraltan Tip infibulasyona uğramış kadınlar arasında ağırlı menstrüasyon (dismenore), düzensiz adetler ve adet kanının geçirilmesinde zorluklara neden olabilmektedir. Çalışmamıza katılanların çoğu % 73,33 ilk adet kanmasına ağırı hissetmiştir.

KGM uygulamasında kadın cinsel işlevinde doğrudan yer alan anatomik yapılara zarar verebilmekte bu nedenle kadınların cinsel sağlığı ve refahı üzerinde de bir ilişkisi olabilir. Çok hassas olan genital dokunun, özellikle klitoris çıkarılması veya zarar görmesi, cinsel duyarlılığı etkileyebilir ve cinsel istek ve zevkin azalması, seks sırasında ağırı, penetrasyon sırasında zorluk, cinsel ilişki sırasında ve orgazm sıklığının veya yokluğunun azalması (anorgazmi) gibi cinsel sorunlara yol açabilir. İşleme ilişkili skar oluşumu, ağırı ve travmatik anılar da bu tür sorunlara yol açabilir. Bunu araştırmak için çalışmayı katılanlara sorduğumuz soru ilk cinsel birlikteliğiniz ağırlı mıydı cevap verenlerin genelli (% 86,36) ağırlı cinsel ilişkiye deneyimleydi.

Belli bir tekniğe olmayan bu uygulama işlemi yapılırken veya ağırlıyla mücadele eden bir mağdurun, idrar kanalı, vajina, perine veya rektum dahil olmak üzere genital bölgeyi çevreleyen vücut dokularına zarar görebilmekte ve inkontinans gibi istenmeyen komplikasyonlar doğabilmektedir.

Özellikle İnfibulasyona geçirmiş bir kadın için, ilk cinsel deneyimi elbete zor bir süreçtir. Daraltılmış vajinal açıklığın penetrasyon başarılı olması imkânsız olabilir hata çok ağırlı olması beklenen bir sonuçtur. Penetrasyon mümkün olması için genital bölgenin yaralama, enfeksiyon bazı durumlarda ölüm tehlikesi olan bazı aletlere yırtılmakta veya kesilebilmektedir. KGM uygulama sırasında hassas organların çıkarılması, kadının orgazm yaşama kapasitesini yok edebilir. Bununla birlikte, istisnalar bildirilmiştir (Rushwan, 2013).

Türkiye'de yaşayan Somalili kadınlar çoğunlukla % 83,33 kadın sünnetini dini bir gereklilik olarak görmemektedirler ($p<0,005$). Dine bağlı bir gereklilik olduğunu düşünenlerin oranı son derece düşüktür. Daha çok geleneksel kültürün getirmiş olduğu mahremiyet sınırları Keskin aile içi bir uygulama olduğu kanaati yaygındır. Nitekim kadın sünneti ile bekaretin korunamayacağı hususunda benzer % 77,54 bir düşünceye sahiptirler. Çok daha ilginç olan kadın sünnetini şiddet olarak niteleyen deneklerin oranı % 67,60 olup susarak bunu onaylayan ancak ifade etmekten çekinenlerle birleştirildiğinde bu oran % 69,74 gibi trajik bir boyuta çıkmaktadır. Uluslararası organizasyonların Somali'de yapmış oldukları çalışmalar ile gerek ülke içi eğitim gerekse yurt dışına gönderilerek eğitilen bireylerin sosyolojik kültür üzerinde yavaş da olsa etkili oldukları söylenebilir. Şayet sağlık bilgilendirmeleri gönüllü ebelik hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve temel ders ya da müfredat olarak okullara kurulması durumunda bu trajik travmanın zamanla son bulacağı öngörülebilir.

BÖLÜM 6

SONUÇ VE ÖNERİ

- KGM'nin yoğun olarak devam ettiği ülkeler dünyanın en az gelişmiş ya da en fakir ülkeleri olarak bilinir. Otorite zaafı, yasal boşluklar, kabile- klan geleneği, dış kültürlere kapalılık, ekonomik yoksulluk ve ülke içi politik karışıklıklar cehaleti besledikçe kadın sünneti yapılmaya devam edecektir.
- Dünya Sağlık Örgütü kadın sünnetini ortadan kaldırmaya yönelik çabaların odak noktasını teşkil etmektedir. Kültürel değişimin geleneklerin üzerinde baskın rolünün olacağı düşünüldüğünde evrensel normlara uygun eğitim sistematığının ülke programlarına yerleştirilmesi ve uygulanması bu vahim uygulamanın sonuçlarını değiştirebilir.
- Ebelik hizmetlerinin sağlık hizmeti sunumu esnasında eğitsel olarak, eğitim müfredatında görsel olarak ve kitle iletişim araçlarının tamamı kullanılarak her bireye ulaşabilecek şekilde KGM'ye ilişkin bilgilendirmenin yapılması sağlık hizmeti sunumlarının ebelik hizmetleriyle tefriş edilerek sunulması süreç içerisinde anlamlı derecede kültürel bir aydınlanma olacağını düşündürmektedir.
- Sağlık sektörü müdahalesinin güçlendirilmesi, hizmet sağlayıcılarının kadın sünneti ile yaşayan kız çocuklarına ve kadınlara tıbbi bakım ve danışmanlık sunabilmesinin önünün açılması, sağlık giderlerinin finanse edilmesi, bildiriler, kılavuzlar görsel ve dijital materyallerin hazırlanarak sağlık eğitim politikası halinde sunulması kadın sünnetini zaman içerisinde minimuma indirebilir.
- Politika yapıcı ve savunucuların bu konuda yasal altyapı oluşturarak bunu takip etmeleri önemlidir.

KAYNAKÇA

1. Abdulcadir, J., Rodriguez, M. I., & Say, L. (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *122*(3), 294-303. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13217>
2. Abdulcadir, J., Alexander, S., Dubuc, E., Pallitto, C., Petignat, P., & Say, L. (2017, September). Female genital mutilation/cutting: sharing data and experiences to accelerate eradication and improve care. In *Reproductive health* (Vol. 14, No. 1, pp. 1-4). BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0361-y>
3. Abdulcadir, J., Rodriguez, M. I., & Say, L. (2015). A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *129*(2), 93-97. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.11.008. Epub 2015 Jan 15. PMID: 25638712; PMCID: PMC6434902
4. Abdulcadir, J., Margairaz, C., Boulvain, M., & Irion, O. (2011). Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss medical weekly*, *141*(0102), w13137-w13137. doi: 10.4414/smw. 2010.13137. PMID: 21213149
5. Abdulcadir, J., Botsikas, D., Bolmont, M., Bilancioni, A., Djema, D. A., Bianchi Demicheli, F., ... & Petignat, P. (2016). Sexual anatomy and function in women with and without genital mutilation: a cross-sectional study. *The journal of sexual medicine*, *13*(2), 226-237. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.023. Epub 2016 Jan 27. PMID: 26827253.
6. Abdalla, R. D. (2013). "My Grandmother Called It the Three Feminine Sorrows": The Struggle of Women Against Female Circumcision in Somalia. In *Female Circumcision* (pp. 187-204). University of Pennsylvania Press. <https://doi.org/10.9783/9780812201024.187>
7. AHMED ADEN Abdiasis, "Somalia Report Trend and Labor Migrant Situation in Somalia" <https://www.iom.int/countries/somalia>, (15.07.2022).
8. Akdemir, D. Ş. (2017). İnsan hakları ihlali olarak kadın sünneti. *Ulakbilge Sosyal Bilimler Dergisi*, *5*(13), 1047-1065. DOI: 10.7816/ulakbilge-05-13-04
9. Abdullahi, M. I. (2019). *Ulusal Kültür Boyutları-örgütsel Liderlik Tarzları Arasındaki Etkileşim; Somali üzerine Bir Keşfedici Araştırma* (Doctoral dissertation, Bursa Uludag University (Turkey)).

10. Aksoy, Ö., & Aslan, E. (2020). Kadın sünnetinin alt üriner sistem semptomlarına etkisi ve hemşirelik bakımı. *Androl Bul*, 22, 226-232. <https://doi.org/10.24898/tandro.2020.81489>.
11. Andro, A. & Lesclingand, M. (2017). Les mutilations génitales féminines dans le monde. *Population & Sociétés*, 543, 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.543.0001>
12. A Andersson, S. H. A., Rymer, J., Joyce, D. W., Momoh, C., & Gayle, C. M. (2012). Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(13), 1606-1611. *BJOG* 2012;119:1606-1611. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12004>
13. Andro, A. & Lesclingand, M. (2016). Les mutilations génitales féminines. État des lieux et des connaissances. *Population*, 71, 224-311. <https://doi.org/10.3917/popu.1602.0224><https://www.cairn-int.info/journal--2016-2-page-217.htm>.
14. Alsibiani SA, Rouzi AA. Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility and Sterility*. 2010 Feb;93(3):722-724. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2008.10.035. PMID: 19028385.
15. Elnashar, A., & Abdelhady, R. (2007). The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 97(3), 238-244.
16. Askew I. Methodological issues in measuring the impact of interventions against female genital cutting. *Cult Health Sex*. 2005 Sep-Oct;7(5):463-77. doi: 10.1080/13691050410001701939. PMID: 16864216.
17. Apak, E. M. *Uluslararası Hukukta müdahale kavramı ve Somali ve Afganistana düzenlenen uluslararası müdahalelerdeki yeri*(Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
18. Azadzoï KM, Siroky MB. Neurologic factors in female sexual function and dysfunction. *Korean J Urol*. 2010 Jul;51(7):443-9. doi: 10.4111/kju.2010.51.7.443. Epub 2010 Jul 20. PMID: 20664775; PMCID: PMC2907491.
19. Almroth, L., Bedri, H., El Musharaf, S., Satti, A., Idris, T., Hashim, M. S. K., ... & Bergström, S. (2005). Urogenital complications among girls with genital mutilation: a hospital-based study in Khartoum. *African journal of reproductive health*, 118-124.
20. Binkova, A., Uebelhart, M., Dällenbach, P., Boulvain, M., Gayet-Ageron, A., & Abdulcadir, J. (2021). A cross-sectional study on pelvic floor symptoms in women living with female genital mutilation/cutting. *Reproductive Health*, 18, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01097-9>

21. B Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., & Vist, G. E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 4(11), e006316. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006316>
22. Behrendt A, Moritz S. Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *Am J Psychiatry*. 2005 May;162(5):1000-2. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.1000. PMID: 15863806.
23. Buggio L, Facchin F, Chiappa L, Barbara G, Brambilla M, Vercellini P. Psychosexual Consequences of Female Genital Mutilation and the Impact of Reconstructive Surgery: A Narrative Review. *Health Equity*. 2019 Feb 20;3(1):36-46. doi: 10.1089/heq.2018.0036. PMID: 30805570; PMCID: PMC6386073.
24. Banks, E., Meirik, O., Farley, T., Akande, O., Bathija, H., & Ali, M. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet (London, England)*, 367(9525), 1835-1841. DOI: 10.1016/s0140-6736(06)68805-3. PMID: 16753486
25. Boyle, E. H. (2005). *Female genital cutting: Cultural conflict in the global community*: JHU Press. ISBN. 0-0818-8263-X
26. Bishai D., Bonnenfant Y., Darwish M., et al. Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010;88(4) doi: 10.2471/blt.09.64808.
27. Barjon K, Mahdy H. Episiotomy. 2022 Sep 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 31536281.
28. Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., & Vist, G. E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 4(11), e006316. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006316>
29. Clara Thierfelder, Marcel Tanner, Claudia M. Kessler Bodiang, Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system, *European Journal of Public Health*, Volume 15, Issue 1, February 2005, Pages 86–90, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki120>
30. C. Ivazzo, T. A. Sardi, and I. D. Gkegkes, “Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence,” *Archives of Gynecology and Obstetrics*, vol. 287, no. 6, pp. 1137–1149, 2013. View at: Publisher Site | Google Scholar

31. Chibber, E. El-Saleh, and J. El Harm, "Female circumcision: obstetrical and psychological sequelae continue unabated in the 21st century," *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, vol. 24, no. 6, pp. 833–836, 2011.
32. Cutner, L. P. (1985). Female genital mutilation. *Obstetrical & gynecological survey*, 40(7), 437-443.
33. Crista Johnson, MD, MS, Nawal M. Nour, MD, MPH, Surgical Techniques: Surgical Techniques: Defibulation of Type III Female Genital Cutting, *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 4, Issue 6, November 2007, Pages 1544–1547, <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00616.x>
34. Desmarais CM. Skene's Gland Abscess: Detection With Transperineal Sonography. *Journal of Diagnostic Medical Sonography*. 2015;31(6):390-393. doi:10.1177/8756479315599545
35. Donna Mazloomdoost, MD and Rachel N. Pauls, MD Division of Female Pelvic Floor Medicine and Reconstructive Surgery, Department of Obstetrics and Gynecology, TriHealth/Good Samaritan Hospital, Cincinnati, OH, USA DOI: 10.1002/smrj.6
36. Erick Vloeberghs, Anke van der Kwaak, Jeroen Knipscheer & Maria van den Muijsenbergh (2012) Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands, *Ethnicity & Health*, 17:6, 677-695, DOI: 10.1080/13557858.2013.771148
37. Fatima Sharif Mohamed, Verina Wild, Brian D. Earp, MA, MPhil, MSc, Crista Johnson-Agbakwu, Jasmine Abdulcadir, Clitoral Reconstruction After Female Genital Mutilation/Cutting: A Review of Surgical Techniques and Ethical Debate, *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 17, Issue 3, March 2020, Pages 531–542, <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.004>
38. Foldes P, Buisson O. The clitoral complex: a dynamic sonographic study. *J Sex Med*. 2009 May;6(5):1223-31.
39. Farina, P., Ortensi, L., Pettinato, T. *et al.* The relationship between women's individual empowerment and the support to female genital cutting continuation: a study on 7 African countries. *Genus* **78**, 7 (2022). <https://doi.org/10.1186/s41118-022-00155-9>
40. Foldès P., Cuzin B., Andro A. Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *The Lancet*. 2012;380(9837):134–141. doi: 10.1016/s0140-6736(12)60400-0.
41. Hosken FP. Female Genital Mutilation in the World Today: A Global Review. *International Journal of Health Services*. 1981;11(3):415-430. doi:10.2190/EDDA-XATL-JPBF-35RY

42. Hassan *Nomads And State In Somalia: Paradox Policies Towards Nomads*, (master thesis), The Hague: Institute Of Social Studies, Master Of Arts In Development Studies Specialization: Agricultural And Rural Development, December. 1999.
43. Farouki L, El-Dirani Z, Abdulrahim S, Akl C, Akik C, McCall SJ. The global prevalence of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis of national, regional, facility, and school-based studies. *PLoS Med.* 2022 Sep 1;19(9):e1004061. doi: 10.1371/journal.pmed.1004061. PMID: 36048881; PMCID:P
44. Farah, F. (2016). What is female genital mutilation and what is it doing in education?. *Research in Teacher Education*, 6(2), 34-37. <https://doi.org/10.15123/PUB.5645>
45. Günaydın, S. & Dinç, H. (2015). Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Genital Mutilasyon. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* , 2 (3) , 363-371 . DOI: 10.17681/hsp.32625
46. Glover, J., Liebling, H., Barrett, H., & Goodman, S. (2017). The psychological and social impact of female genital mutilation: Aholistic conceptual framework. *Journal of International Studies*, 10(2), 219-238. doi:10.14254/2071-8330.2017/10-2/1.
47. Gele, A.A., Bø, B.P. & Sundby, J. (2013). Have we made progress in Somalia after 30 years of interventions? Attitudes toward female circumcision among people in the Hargeisa district. *BMC Res Notes* 6, 122 (2013). <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-122>
48. Gele, A.A., Johansen, E.B. & Sundby, J. When female circumcision comes to the West: Attitudes toward the practice among Somali Immigrants in Oslo. *BMC Public Health* 12, 697 (2012). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-697>
49. Ibe, C., & Johnson-Agbakwu, C. (2011). Female genital cutting: addressing the issues of culture and ethics. *The Female Patient*, 36(8), 28-31.
50. Jasmine Abdulcadir, MD, PD, Sandra Marras, MD, Lucrezia Catania, MD, Omar Abdulcadir, MD, Patrick Petignat, MD. (2018). Defibulation: A Visual Reference and Learning Tool, *The Journal of Sexual Medicine*, Volume 15, Issue 4, April 2018, Pages 601–611, <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.010>
51. Johansen RE. Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway. *Cult Health Sex.* 2017 Apr;19(4):528-542. doi: 10.1080/13691058.2016.1239838. Epub 2016 Oct 31. PMID: 27796158.
52. Karaman M. İ. (2017). Sosyokültürel, Etik, Tıbbi ve İslami Perspektiften Kız Çocuklarda ve Kadınlarda Sünnet. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences.* 2017; 22(2): 125-130 <https://doi.org/10.21673/anadoluklin.266077>.

53. Kalis V, Laine K, de Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. *BJOG*. 2012 Apr;119(5):522-6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2011.03268.x. Epub 2012 Feb 3. PMID: 22304364.
54. Klein, Elliot & Helzner, Elizabeth & Shayowitz, Michelle & Kohlhoff, Stephan & Smith-Norowitz, Tamar. (2018). Female Genital Mutilation: Health Consequences and Complications—A Short Literature Review. *Obstetrics and Gynecology International*. 2018. 1-7. 10.1155/2018/7365715.
55. Kalid Ali, M., Hussein Abdullahi, L., & Mohamed Omar, A. (2018). Community Health and Social Accountability in Somalia Programme (CHASP). Save the children.
56. Lightfoot-Klein, H. (1989). The Sexual Experience and Marital Adjustment of Genitally Circumcised and Infibulated Females in the Sudan. *The Journal of Sex Research*, 26(3), 375–392. <http://www.jstor.org/stable/3812643>.
57. Lurie JM, Weidman A, Huynh S, Delgado D, Easthausen I, Kaur G. Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020 Mar 31;17(3):e1003088. doi: 10.1371/journal.pmed.1003088. PMID: 32231359; PMCID: PMC7108709.
58. Muteshi, J.K., Miller, S. & Belizán, J.M. (2016). The ongoing violence against women: Female Genital Mutilation/Cutting. *Reprod Health* 13, 44 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0159->
59. Mahmoudi, O., & Hosseini, E. (2018). The Relationship Between Honor-Based Violence and Female Genital Mutilation in Janvanrood County. *International Journal of Health and Life Sciences*, 4. doi: 10.5812/ijhls.83680.
60. Macfarlane, A. J., & Dorkenoo, E. (2014). Female Genital Mutilation in England and Wales: Updated statistical estimates of the numbers of affected women living in England and Wales and girls at risk Interim report on provisional estimates.
61. Morhason-Bello IO, Fagbamigbe AF, Kareem YO, Ojengbede OA. (2020). Economic status, a salient motivator for medicalisation of FGM in sub-Saharan Africa: Myth or reality from 13 national demographic health surveys. *SSM Popul Health*. 2020 May 20; 11:100602. doi: 10.1016/j.ssmph.2020.100602. PMID: 32478164; PMCID: PMC7251377.
62. Morison LA, Dirir A, Elmi S, Warsame J, Dirir S. How experiences and attitudes relating to female circumcision vary according to age on arrival in Britain: a study among young Somalis in London. *Ethn Health*. 2004 Feb;9(1):75-100. doi: 10.1080/1355785042000202763. PMID: 15203466.
63. Mandara MU. Female genital mutilation in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004 Mar;84(3):291-8. doi: 10.1016/j.ijgo.2003.06.001. PMID: 15001386.

64. Nguyen JD, Duong H. (2021). Anatomy, Abdomen and Pelvis, Female External Genitalia. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2021. PMID: 31613483.
65. Nour NM. Female genital cutting: a persisting practice. *Rev Obstet Gynecol*. 2008 Summer;1(3):135-9. PMID: 19015765; PMCID: PMC2582648.
66. Paliwal P, Ali S, Bradshaw S, Hughes A, Jolly K. Management of type III female genital mutilation in Birmingham, UK: a retrospective audit. *Midwifery*. 2014 Mar;30(3):282-8. doi: 10.1016/j.midw.2013.04.008. Epub 2013 Jun 5. PMID: 23747293.
67. Putman, D. B., & Noor, M. C. (1993). *The Somalis: Their History and Culture*. CAL Refugee Fact Sheet Series, No. 9.
68. Perron, L., Senikas, V., Burnett, M., Davis, V., Aggarwal, A., Bernardin, J. (2013). Polomeno, V. (2013). Female genital cutting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(11), 1028-1045. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(15\)30792-1](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(15)30792-1).
69. Pirinççi, F. & Demirtaş, T. (2020). Sömürgecilik mirasının somali'ye etkisi . *International Journal of Social Inquiry* , 13 (2) , 765-789 . DOI: 10.37093/ijisi.837759
70. Puppo, V. (2017). Female genital mutilation and cutting: An anatomical review and alternative rites. *Clinical Anatomy*, 30. <https://doi.org/10.1002/ca.22763>
71. Puppo V. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clin Anat*. 2013 Jan;26(1):134-52. doi: 10.1002/ca.22177. Epub 2012 Nov 21. PMID: 23169570.
72. Puppo, V. (2013). Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clinical Anatomy*, 26(1), 134-152. <https://doi.org/10.1002/ca.22177>.
73. Piroozi B, Alinia C, Safari H, Kazemi-Karyani A, Moradi G, Farhadifar F, Yousefi F, Mohamadi Bolbanabad A, Azadnia A. Effect of female genital mutilation on mental health: a case-control study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2020 Feb;25(1):33-36. doi: 10.1080/13625187.2019.1709815. Epub 2020 Jan 10. PMID: 31922433.
74. Quaresma C, Sparzak PB. (2023). Anatomy, Abdomen and Pelvis: Bartholin Gland. 2023 Jan 16. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 32491735.
75. Okomo, U., Ogugbue, M., Inyang, E. and Meremikwu, M.M. (2017). Sexual counselling for treating or preventing sexual dysfunction in women living with

female genital mutilation: A systematic review. *Int J Gynecol Obstet*, 136: 38-42. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12049>

76. Obiora OL, Maree JE, Nkosi-Mafutha NG. (2021). "A lot of them have scary tears during childbirth..." experiences of healthcare workers who care for genitally mutilated females. *PLoS One*. 2021 Jan 29;16(1):e0246130. doi: 10.1371/journal.pone.0246130. PMID: 33513163; PMCID: PMC7845945.
77. Obermeyer, CM.(2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Cult Health Sex*. 2005 Sep-Oct;7(5):443-61. doi: 10.1080/14789940500181495. PMID: 16864215.
78. Othman O. Mahmood, *The Root Causes of the United Nations' Failure in Somalia: The Role of Neighboring Countries in the Somali Crisis* (USA: iUniverse, Inc., 2011).
79. Ragnhild Elise B. Johansen (2017). Undoing female genital cutting: perceptions and experiences of infibulation, defibulation and virginity among Somali and Sudanese migrants in Norway, *Culture, Health & Sexuality*, 19:4, 528-542, DOI: 10.1080/13691058.2016.1239838
80. Reisel, Dan & Creighton, Sarah. (2014). Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *Maturitas*. 80. 10.1016/j.maturitas.2014.10.009.
81. Rodriguez MI, Seuc A, Say L, Hindin MJ. Episiotomy and obstetric outcomes among women living with type 3 female genital mutilation: a secondary analysis. *Reprod Health*. 2016 Oct 10;13(1):131. doi: 10.1186/s12978-016-0242-9. PMID: 27724946; PMCID: PMC5057400.
82. Rushwan H. (2000). Female genital mutilation FGM/management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2000;70(1):99–104. doi: 10.1016/s0020-7292(00)00237-x
83. Sakeah, E., Debpuur, C., Oduro, A. R., Welaga, P., Aborigo, R., Sakeah, J. K., & Moyer, C. A. (2018). Prevalence and factors associated with female genital mutilation among women of reproductive age in the Bawku municipality and Pusiga District of northern Ghana. *BMC women's health*, 18(1), 1-10.
84. Soyer, S. (2014). Kadın sünneti: Kültürel dayanakları ve yol açtığı sorunlar. *EKEV Akademi Dergisi*, 18(60), 403-414.
85. Sweileh, W.M. (2016). Bibliometric analysis of literature on female genital mutilation: (1930 – 2015). *Reprod Health* 13, 130. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0243-8>

86. Totaro A, Volpe A, Racioppi M, Pinto F, Sacco E, Bassi PF. (2011). Circumcision: History, Religion and Law. *Urologia Journal*. 2011;78(1):1-9. doi:10.5301/RU.2011.6433
87. TUKALE, A (2021). Female Genital Mutilation Practice And Its Effects On Women's Reproductive Health In Barwaqo Ward, Warta Nabada District, Mogadishu Somalia. *Afribary*.
88. Tasneem Kakal, Irwan Hidayana, Berhanu Abeje et al. What Makes a Woman? Case Studies Documenting The Reasons for and Circumstances of Female Genital Mutilation/Cutting in Indonesia, Ethiopia and Kenya, 13 August 2021, PREPRINT (Version 1) available at Research Square [https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-786579/v1]
89. Thabet SM, Thabet AS. Defective sexuality and female circumcision: the cause and the possible management. *J Obstet Gynaecol Res*. 2003 Feb;29(1):12-9. doi: 10.1046/j.1341-8076.2003.00065.x. PMID: 12696622.
90. Werunga, J., Reimer-Kirkham, S., & Ewashen, C. (2016). A decolonizing methodology for health research on female genital cutting. *Advances in Nursing Science*, 39(2), 150-164.
91. Yoder, P. S., & Kahn, S. (2008). *Numbers of women circumcised in Africa: The production of a total*. United States Agency for International Development. DHS working papers. Maryland, USA: USAID.
92. Yount, K. M., & Abraham, B. K. (2007). Female Genital Cutting and HIV/AIDS among Kenyan Women. *Studies in Family Planning*, 38(2), 73–88. <http://www.jstor.org/stable/20454392>
93. Devereux, G. (1981). Xanthos and the Problem of Female Eunuchs in Lydia. *Rheinisches Museum für Philologie*, 124(H. 2), 102-107 <http://dx.doi.org/10.1017/S0009838815000312>
94. WHO Study Group on Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*, 2006, 367(9525):1835–41.
95. WHO 2008 Eliminating female genital mutilation, an interagency statement <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596442>. erişim tarihi 11.06.22.
96. Unicef. (2016). *Female Genital Mutilation/cutting: a Global Concern. UNICEF's Data Work on FGM/C*: Unicef.<https://somalia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Population-Estimation-Survey-of-Somalia-PESS-2013-2014.pdf>. Erişim tarihi:10.06.2022
97. United States Department of State, *Somalia: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC)*, 1 June 2001, available at: <https://www.refworld.org/docid/46d5787c32.html> (Erişim tarihi 2 Mart 2023).

98. World Health Organization. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. WHO 2016, Geneva.
99. UNFPA,2014<https://somalia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Population-Estimation-Survey-of-Somalia-PESS-2013-2014.pdf>.Erişim tarihi:10.06.2022
100. UNFPASomaliHealthDemographicSurveyhttps://somalia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FINAL%20SHDS%20Report%202020_V7_0.pdferişim tarih;22.09.22
101. UNDP Somalia HumanDevelopment Repor2012<https://www.undp.org/publications/somalia-human-development-report-2012>
102. World healthorganization genital female mutilation fact sheet 2014https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112328/WHO_RHR_14.12_eng.pdf erişim tarihi 19.8.2022
103. UN WOMEN, 2022 Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilation: ReportoftheSecretary-General(2022)<https://www.unwomen.org/en/digitalibrary/publications/2022/07/intensifying-global-efforts-for-the-elimination-of-female-genital-mutilations-report-of-the-secretary-general-2022> erişim tarihi 3.10.2022.
104. Somali Neonatal mortality rate 2020 <https://knoema.com/atlas/Somalia/topics/Health/Health-Status/Neonatal-mortality-rate>. (Erişim tarihi 1.4.2023).
105. UNFPA female genital mutilation 2019 <https://www.unfpa.org/female-genital-mutilation>. Erişim tarihi 12.1.2023.
106. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation 2010 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-10.9> erişim tarihi 4.3.2023.
107. Female genital mutilation types;https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fgalencentre.org%2F2022%2F02%2F07%2Ffemale-circumcision-should-be-prohibited-andnotmedicalised%2F&psig=AOvVaw1w5ptQHDPGVT6Xmw5tJLyH&ust=1682965036657000&source=images&cd=vfe&ved=2ahUKEwjzLNq6m9L-AhX3_7sIHANEcscQr4kDegUIARCeAQ (Erişim tarihi 12.06.2022).
108. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. (2007). HIV/AIDS in the South-East Asia Region : March 2007. WHO Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205303>
109. Waheed, Huma Ali.*Project Information Document - Somalia Education for Human Capital Development Project - P172434 (English)*. Washington, D.C.

110. WorldBankGroup.<http://documents.worldbank.org/curated/en/903621615459976512/Project-Information-Document-Somalia-Education-for-Human-Capital-Development-Project-P172434>.
111. World Health Organization, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund (UNICEF). (1997). Female genital mutilation : a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41903>

EK AÇIKLAMALAR A.

ANKET FORMU

Bu anket formu, Karabük Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsün yüksek lisans tezi için hazırlanmıştır. Bilimsel nitelik taşıyan bu anket sorularının başka bir amacı yoktur.

Anket formuna adınızı, soyadınızı veya kimliğinizi belirten hiçbir şey yazmanıza gerek yoktur. Hiçbir kişisel veriniz tarafımızca tutulmayacaktır.

Bu ankette, 63 adet soru bulunmaktadır. Sorulara tek seçenikle cevap vermeye çalışınız. Sorulara eksiksiz, gerçekçi ve içtenlikle cevap vermeniz, bu anketin amacına ulaşmasına katkıda bulunacaktır. Sorulara vereceğiniz cevaplarla yapacağınız değerli yardım ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederiz. Saygılarımızla.

KADIN GENİTAL MUTİLASYONU HAKKINDA ANKET FORMU

1. Sosyo-Demografik Özellikler

2. Kaç yaşındasınız?

.....

3. Eşiniz kaç yaşında?

.....

4. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okuma yazma bilmiyor ()
2. İlkokul mezunu
3. Ortaokul mezunu()
4. Lise mezunu ()
5. Üniversite().
6. Lisansüstü eğitim ()

5. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1. Okuma yazma bilmiyor ()
2. İlkokul mezunu ()
3. Ortaokul mezunu ()
4. Lise mezunu ()
5. Üniversite ()

6. Lisansüstü eğitim. ()

1. **Bir mesleğiniz var mı?**

2. Herhangi bir mesleğim yok()

3. Memur veya işçi ()

4. Kendi işyerim var ()

5. Öğrenci ()

6. Diğer ()

6. Eşinizin bir mesleği nedir?

1. Memur- İşçi ()

2. Ticaret ile meşgul ()

3. Kendi iş yeri ()

4. Çalışmıyor ()

5. Öğrenci ()

7. Aile tipiniz nedir?

1. Geniş aile ()

2. Çekirdek aile ()

3. Yalnız yaşıyor ()

8. Medeni durumunuz?

1. Bekâr ()

2. Evli ()

3. Boşanmış ()

9. Aylık geliriniz aşağıdaki hangisine uyar?

1. 200-300 dolar ()

2. 300-500 dolar)

3. 500-1000 dolar ()

4. 1000-3000 ()

5. 3000-5000 ()

6. 5000 ve üzeri ()

10. Sosyal güvenceniz var mı

1. Var ()

2. Yok ()

11. Aylık gelir durumunuz aşağıdakilerden hangisine uyar?

1. Gelir düzeyim giderime eşit

2. Gelir düzeyim giderimden az
3. Gelir düzeyim giderimden fazla
4. Herhangi bir gelirim yok

12. Somali’de doğum yeriniz?

1. İl merkezi ()
2. İlçe merkezi ()
3. Köy ()

13. Oturduğunuz evin mülkiyeti

1. Ev sahibi ()
2. Kira ()
3. Yurtta kalıyor ()
4. Yakınlarının veya bir vakıf derneğin himayesinde kalıyor()

2. Obstetrik Özellikler ile İlişkin Sorular

14. İlk âdet yaşıınız?

1. 9-11 ()
2. 12-14 ()
3. 15 ve üzere ()

15. Evli iseniz İlk evlilik yaşıınız?

1. 18 yaşından önce ()
2. 18-22 ()
3. 23-27 ()
4. 28-32 ()
5. 33-37 ()
6. 38 yaşından sonra ()

16. Gebe kaldıysanız İlk gebelik yaşıınız?

1. 18 yaşından önce ()
2. 18-23 ()
3. 24-29 ()
4. 30-35 ()
5. 36-41 ()
6. 42-49 ()
7. 50 ve üzeri ()

17. Hiç gebe kaldınız mı?

1. Evet ()
2. Hayır ()

18. Kaç gebelik geçirdiniz?

1. 1-2 ()
2. 3-5 ()
3. 6-8 ()
4. 9 ve üzeri

19. Ölü doğumunuz oldu mu?

1. Evet ()
2. Hayır ()

20. Kaç kez ölü doğum yaptınız ?

1. 1 ()
2. 2 ()
3. 3 ()
4. 4 ()
5. 5 ve üzeri ()

21. Düşük yaptınız mı?

1. Evet ()
2. Hayır ()

22. Evet ise, Kaç defa düşük/abort/ yaptınız?

1. 1 ()
2. 2 ()
3. 3 ()
4. 4 ()
5. 5 ve üzeri ()

23. Kürtaj yaptırdınız mı

1. Evet ()
2. Hayır ()

24. Kaç defa Kürtaj yapmak zorunda kaldınız?

1. 1 ()
2. 2 ()
3. 3 ()

4. 4 ve daha fazla ()

25. Halen yaşayan çocuğunuz var mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

26. Kaç çocuğunuz şu anda hayatta/yaşıyor?

1. 1-2 ()

2. 3-5 ()

3. 6-8 ()

4. 9 ve üzeri ()

27. İlk doğum şekliniz nedir

1. Normal /Vajinal/ doğum ()

2. Sezaryen ()

28. Kız çocuklarınız var mı

1. Evet ()

2. Hayır()

29. Kaç tane kız çocuğunuz var?

1. 1 ()

2. 2 ()

3. 3 ()

4. 4 ()

5. 5 ()

6. 6 ve üzeri ()

3. Kadın Genital Mutilasyon ile İlişkin Sorular

30. Daha önce Kadın sünneti duydunuz mu?

1. Evet duydum ()

2. Hayır duymadım ()

31. Kadın sünneti ile ilgili bilginiz var mı?

1. Evet var ()

2. Hayır yok()

32. Kadın sünneti uygulamasını maruz kaldınız mı?

1. evet ()
2. Hayır ()

33. Evet ise aşaşıdaki sorulara cevaplayınız, Sünnet edilme fikri kime aitti?

1. Annem ve babam. ()
2. Anneannem veya babaannem ()
3. Akrabalarım ve evrem ()

34. Kadın sünneti uygulamasına kaç yaşında maruz kaldınız?

1. 0-5 ()
2. 6-10 ()
3. 11-14 ()
4. 15 ve st ()

35. Kadın sünneti uygulaması kim tarafından yapıldı?

1. Geleneksel sünnetçi kadın ()
2. Köy ebesi ()
3. Sağlık alışanı ()

36. Kadın sünneti nerede yapıldı?

1. Evde ()
2. Doğum evi ()
3. Hastanede ()

37. Somali de genel olarak iki tip kadın sünneti uygulaması mevcuttur.

‘Sünni yöntem’ ve ‘firavun yöntemi’ siz hangisine maruz kaldınız?

1. Sünni yöntemi()
2. Firavun yöntem()
3. Diğer()

38. kadın sünneti uygularken anestezi (uyuşturucu bir ilaç) yapıldı mı?

1. Evet yapıldı ()
2. Hayır yapılmadı ()

39. Uygulamadan sonra ayaklarınıza bağladılar?

1. Evet bağladılar ()
2. Hayır bağlamadılar ()

40. Kadın sünnetine maruz kaldıktan sonra ilk âdet kanamasında şiddetli ağrı hissettiniz mi?

1. Evet ()

2. Hayır ()

41. Kadın sünneti uygulamasına maruzattan sonra ilk cinsel birlikteliğiniz ağrılı mıydı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

42. Kadın sünneti uygulamasından sonra, normal doğum yaptınız mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

43. Normal doğum yaptıysanız kesi uygulandı mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

3. Bilmiyorum()

44. Doğum anında ölen bebeğiniz var mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

45. Kızların sünnet edilmesi sizce doğru mu?

1. Evet doğru ()

2. Hayır doğru değil ()

46. Kızınızın sünnet edilmesine olumlu bakar mısınız? Ya da kızınız olursa sünnet yapar mısınız?

1. Evet. Yaparım ()

2. Hayır. Yapmam ()

47. Kadın sünnet neden yapılır?

1. Adetlerimizdendir ()

2. Dinimizin emridir ()

3. Genital bölgeyi daha iyi hale getirir ()

4. Çocuğun sağlıklı doğumu için gereklidir ()

5. Evlilik için gereklidir ()

6. Yanlış geleneksel uygulamadır ()

7. Kadın sünneti bence kadın hakkı ihlalidir ()

8. Kadın sünneti kızlarının bekaretine korur ()

48. Kadın sünneti kadının cinsel doyum kalitesini etkiler mi?

1. Evet ()
2. Hayır ()

49. Kadın sünneti kadının cinsel doyumunu nasıl etkiler?

1. Arttırır ()
2. Azaltır ()
3. Değişmez ()
4. Fikrim yok ()

50. Kadın sünnetinin aile üzerinde olumsuz etkilerinin olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet düşünüyorum ()
2. Hayır düşünmüyorum ()

51. Kadın sünnetinin aile üzerinde olumsuz etkileri aşağıdakilerden hangisine uyar?

1. Annenin psikolojisi bozulur ()
2. Anne-çocuk ilişkisinde sorunlar meydana gelir ()
3. Kadın eşini memnun edemez ()
4. Kadın cinsel birleşmeden haz/doyum/ alamaz ()
5. Annenin kadın hastalıkları artar ()

52. Erkek olsanız sünnet olmayan kızla evlenir miydiniz?

1. Evet evlenirdim ()
2. Hayır evlenmem ()

53. Kadın sünnet son verilmeli midir?

1. Evet son verilmeli ()
2. Hayır devam edilmeli ()

54. Malum, Türkiye’de kadın sünneti uygulaması yoktur. Türkiye’ye geldikten sonra kadın sünneti ile ilgili fikriniz değişti mi?

1. Evet değişti ()
2. Hayır değişmedi ()
3. Diğer ()

55. Kızların sünnet edilmesini eşinizin fikri nedir?

1. Karşıdır ()
2. Destekliyor ()

3. Hiç fikri yok ()

56. Sizce kadın sünneti bir kadına yönelik şiddet midir?

1. Evet ()

2. Hayır ()

57. Kadın sünneti bekârlığını koruduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

58. Kadın sünneti dini bir vacibe midir?

1. Hayır dini bir vacibe değil ()

2. Evet dini bir vacibedir ()

59. Daha önce kadın sünneti durdurulmasına yönelik bir eğitim ya da toplum buluşmalara katıldınız mı?

1. Evet katıldım ()

2. Hayır katılmadım ()

60. Sizce kadın sünnetin son verilmesi için toplumda aşağıdakiler hangisine en çok kulak verirler?

1. Doktorlar ve sağlıkçılar ()

2. Hocalar / din liderler ()

3. Geleneksel ebeler ()

61. Dünya Sağlık Örgütü kadın sünnetini insan hakları ihlali ve kadına yönelik şiddet olarak görüyor. Katılıyor musunuz?

1. Evet katılıyorum ()

2. Hayır katılmıyorum ()

3. Fikrim yok ()

62. Kadın sünnetinin kanunlarda sizce bir yeri var mıdır?

1. Yasaldır ()

2. Yasalara aykırıdır ()

3. Bazı ülkelerde normaldir ()

4. Afrika'da mesela Somali de normaldir ()

Ek 1. Etik kurul izni

Tarih ve Sayı: 15.12.2021 - E.88241



T.C.
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-77192459-050.99-88241

15.12.2021

Konu : 2021/777 Nolu Karar

Sayın Dr. Öğr.Üyesi Namık BİLİCİ

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **"Türkiye'de Yaşayan Kadın Genital Mutilasyona Maruz Kalmış Somalili Kadınların Yaşam, Sağlık ve Obstetrik Sorunlarına Ebelik Perspektifinden Bakış"** başlıklı araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul yönergesine göre incelenmiş olup etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Orhan ÖNALAN Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Adresi :

Belge Doğrulama Kodu: BSLKMCD635

Adres: Karabük Üniversitesi Demir Çelik Kampüsü Merkez/Karabük Telefon: (370) 418 9446

e-Posta: giroletik@karabuk.edu.tr İnternet Adresi: <http://tip.karabuk.edu.tr/giroletik> Kep Adresi:

karabukuniversitesi@hs01.kep.tr

<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=4043&eD=BSLKMCD635&eS=88241>

Bilgi için: Songül DOYMUŞ

Unvanı: Sürekli İşçi



Ek 2. Bigilendirilmiş Gönüllü Onam Formu



KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ!

Sayın

Sizi “Türkiye’de yaşayan genital mutilasyona maruz kalmış Somalili kadınların yaşam, sağlık ve obstetrik sorunlarına ebelik perspektifinden bakış” konulu Yüksek Lisans tezimin araştırması için bu ankete davet ediyorum. Lütfederseniz bahtiyar oluruz. Bu çalışma 50’ye yakın ülkede yapılmakta olan kadın sünnetine ilişkin soruları barındırmaktadır. Somali bu ülkelerin içinde en yüksek miktarda kadın sünneti yapılan ülkelerden biridir. Uluslararası örgütler ve yerel yasalarca da yasaklanmış olan bu kadına yönelik işlem maalesef devam etmektedir. Bu çalışmada kadın sünneti olan ya da hakkında bilgisi olan siz Somalili sayın bayanlara bir anket arz ediyoruz. Bu anket kadın sünneti ile ilişki soruları barındırmaktadır. Anketi dışında hiçbir sorumluluğunuz yoktur. Bu anketi cevaplarken yanıtlamak istemediğiniz sorular için tamamen özgürsünüz. Anlamadığımız herhangi bir şey olduğunda ben ve Danışman Hocama aşağıdaki mail adreslerinden ve cep telefonumuzdan hemen ulaşip ankete ilişkin istediğinizi sorabilirsiniz.

Bu Anket için sizden isim telefon numarası veya kişisel bilgiler gibi hiçbir özel bilgi talep edilmeyecektir. Cevapladığınız her bir sorunun cevabı kimin cevapladığı belli olmayacak şekilde maskelenecektir. Dolayısı ile şahsınıza ve kişisel verilerinize ait hiçbir bilgi talep edilmeyecektir. Anket çalışmasından sonra bu bilgiler bilimsel olarak yayın haline getirilecek ve dünyadaki bilimsel araştırmalara sunulacaktır. Katılmanız halinde online veya yazılı olarak bir kopyasını alabilir resmini çekebilir veya kayıt almakta özgürsünüz.

Bu araştırmaya katılıp katılmamak tamamen sizin kişisel özgürlüğünüzdür. Herhangi bir noktada çalışmayı sonlandırmak da sizin hakkınızdır. Anketi bütün olarak cevaplamanızı sizden istirham ederiz ancak kısmi cevaplarınızı da elbette ki değerlendireceğiz.

Bu ankete gösterdiğiniz naif katılım için kendim danışman hocam ve üniversitem adına sizlere teşekkür ediyorum. Saygılarımla.

ARAŞTIRMACININ	
Adı Soyadı	Dr. Öğretim Üyesi. Namık BİLİCİ
Unvanı	Danışman Öğretim Üyesi
Adı Soyadı	Hawa Hussein AHMED
Unvanı	Yüksek Lisans Öğrencisi-Ebe
ARAŞTIRMANIN AMACI <i>(Çalışmanın araştırma amaçlı olduğu mutlaka belirtilmeli, gönüllünün anlayabileceği sade bir dil kullanılmalı ve kısaltılmış ifadeler açıklanmalıdır).</i>	Bu çalışmanın amacı Türkiye’de yaşayan 15 yaş üstü Somalili kız ve kadınların kadın sünneti uygulamasına maruz kalmış bayanların deneyimleri, bu uygulamaya yönelik tutumları ile sağlık refahının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu uygulamaya maruz kalmış kız ve kadınlarda sağlık refahının nasıl etkilendiği araştırılacaktır. Ayrıca kadın özel durumları ve kadın doğum ile doğuma ilişkin sorunları, hastalıkları, ruhsal olarak nasıl etkilendiklerinin değerlendirmesi araştırılacaktır. Farklı amaçlara yönelik benzer çalışmalar birçok dünya kentinde yapılmıştır. Ancak Türkiye’de ilk defa bu türden bir araştırma yapılmaktadır.
İZLENECEK OLAN TEDAVİ,YÖNTEM VE YAPILACAK İŞLEMLER: <i>(İzlenecek olan yöntem ve yapılacak bütün işlemler - invazifolsun veya olmasın- açık ve anlaşılır bir şekilde belirtilmeli, kan, idrar gibi hasta materyallerinin kullanıldığı çalışmalarda, bu örneklerin</i>	Veri toplama aracı: Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından oluşturulan bir soruformu kullanılacaktır. Veri toplama yöntemi: Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanacaktır. Türkiye’de Somalili kadınların en kalabalık nüfus varlığı ile yaşadığı iller esas alınacaktır. Bu iller Ankara, Balıkesir, Burdur, Bursa, Çankırı, Eskişehir İstanbul, Isparta, İzmir, Karabük, Konya, Kütahya Mersin, Samsun, Trabzon olarak tercih edilmiştir. Bu illerdeki öğrenci, mukim veya en az bir aydan beri Türkiye’de bulunan Somali vatandaşı bayanlar ile görüşülecektir. Öncelikle bu çalışma için anket formunu cevaplayacak kadar zamanının olup olmadığı sorulacaktır. Zaman ayırması halinde anketimizin konusu, içeriği, amacı ve hedefi sarıh şekilde izah edilerek cevaplamak isteyip istemediği sorulacaktır. Olumlu cevap alınır ise anket uygulanacak, alınmaz ise iyi temenniler ile ayrılacaktır. Araştırmamızda invaziv, cerrahi, bireye dokunan, stres yaratan, herhangi bir nedenle bireyi sınırlayan veya bedenine ilişkin hiçbir uygulama içermemektedir. Çalışma; sadece anket üzerinden sorulan soruları cevaplamak şeklinde yapılacaktır.



KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

<p><i>Alınma sıklığı ve miktarları, alınma şekli, bu işlemlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuzluklar veya riskler mutlaka yazılmalıdır. Gönüllülerden biyolojik materyaller elde edilecek ise bunların hangi amaçla kullanılacağı ve biyolojik materyallere ait analizlerin yurtdışında yapılıp yapılmayacağı hususunun açıklanması gerekir</i></p>	
ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI YER(LER)	1. Bu çalışma, Ankara, Balıksır, Burdur, Bursa, Çankırı, Eskişehir İstanbul, Isparta, İzmir, Karabük, Konya, Kütahya Mersin, Samsun, Trabzon olmak üzere Somalilerin en yoğun olduğu illerde yapılacaktır.
ARAŞTIRMAYA KATILAN ARAŞTIRICILAR	1. Dr. Öğr. Üyesi. Namık BİLİCİ 2. Hawa Hussein AHMED
ARAŞTIRMANIN SÜRESİ	Çalışmada veri toplama aşaması Ocak ile şubat 2022 arasında yüz yüze görüşme ile toplanacaktır. Çalışmanın veri girişi Mart 2021-Nisan 2022 arasında tamamlanması öngörülmektedir. Çalışmanın veri analizi ve araştırma raporunun yazımının Mayıs 2021-Haziran 2022 arasında gerçekleştirilmesi planlanmaktadır.
KATILMASI BEKLENEN GÖNÜLLÜ SAYISI	Toplam: en az 200 katılımcı beklenmektedir.
SİZE GETİREBİLECEĞİ OLASI FAYDALAR <i>(Gönüllülerin çalışmaya katılmasını teşvik edecek veya yönlendirecek ifadelerden kaçınılmalıdır)</i>	Çalışmada Türkiye 'de yaşayan 15 yaş üst Somalili kadınların ülkelerinde yapılan kadın sünnetine bakış açıları ve düşüncelerinin baskı altında olmadan ortaya konması amaçlanmaktadır. Çalışmanın gelecekte Kadın sünneti konusunda araştırmalara temel oluşturmasının ve Somali' deki kadına yönelik şiddetle ilgili çalışmalara katkı sağlamasının yanı sıra, uzun erimde kadın sağlığının geliştirilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Çalışmadan elde edilecek veriler, toplumdaki aile planlaması hizmetlerine erişim ile ilgili engellerin ve hizmetlerde üstesinden gelinmesi gereken zayıflıkların belirlenmesine yardımcı olacaktır. Özelde öğrenci olarak katılım sağlayan bireylerin kadın sünneti hakkında farkındalığın yaygınlaştırılması sağlanacaktır. İlave olarak içe kapanık suskunluğun açıkça ifade edilebilmesi ve insan bedeni üzerinde sağlığa mugayir uygulamaların kültürel, geleneksel ve inanışlardan bağımsız olarak yapılmamasının yüksek sesle ifadesi sağlanmış olacaktır. Araştırma; şahsımıza sadece bir akademik birikim ve yüksek lisans kariyeri getirmiş olacaktır.
SİZE GETİREBİLECEĞİ EK RİSK VE RAHATSIZLIKLAR: <i>(Gönüllünün başına gelebilecek, makul olarak öngörülebilir her türlü risk ve rahatsızlık (örneğin ağrı, enfeksiyon riski, tedavideki olası başarısızlık vb) açıkça belirtilmelidir. Minimal riskten fazla bir riski bulunan</i>	Araştırmanın bize getirebileceği hiçbir risk veya rahatsızlık bulunmamaktadır.



KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

araştırmalarda bunun nasıl
giderileceği veya tedavi edileceği
açıkça belirtilmelidir.)

KATILMA VE ÇIKMA

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. **Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.**

MASRAFLAR

(Bu bölümde çalışma masraflarının hangi kaynaktan karşılanacağı, gönüllüye verilecek tazminat veya tedavi, ulaşım, yemek vb masraflara ilişkin ödemeler belirtilmelidir.)

Çalışma invaziv herhangi bir uygulama içermediğinden ve sorumluluk yüklediğinde gönüllüye hiçbir masraf, ek yük, mali giderinin olması söz konusu değildir.

İLETİŞİM KURULACAK KİŞİ(LER)

(Çalışma ile ilgili olarak bilgi alma veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durumda günün 24 saatinde ulaşılabilecek kişilerin isim ve telefon numaraları belirtilmelidir)

Adı- Soyadı

Telefon Numarası

Dr. Öğretim üyesi. Namık BİLİCİ
Öğrenci Hawa Hussein AHMED

GİZLİLİK

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve kamuoyu ile paylaşılmayacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimliğiniz gizli kalacaktır.

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)] Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman olumsuz yönde etkilenmeyeceğimi biliyorum.

Bu koşullarda;

1. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.
2. Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
3. Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

GÖNÜLLÜNÜN

Bu bölüm gönüllü tarafından kendi el yazısı ile doldurulup imzalanacaktır.

ADI- SOYADI		İMZA
ADRESİ		
TELEFON		
E- POSTA		
TARİH (gün/ay/yıl)	-----/-----/-----	

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİSİNİN
(Kendi el yazısı ile)

ADI- SOYADI		İMZA
-------------	--	-------------



KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ADRESİ		
TELEFON		
E- POSTA		
TARİH (gün/ay/yıl)	-----/-----/-----	
AÇIKLAMALARI YAPAN KİŞİNİN		
ADI- SOYADI		İMZA
ADRESİ		
TELEFON		
E- POSTA		
TARİH (gün/ay/yıl)	-----/-----/-----	

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

ÖZGEÇMİŞ

Hawa Husseinn AHMED ilk ve orta öğrenimini aynı şehirde tamamladı, özel Cemal ŞAŞMAZ Anadolu öğretmen lisesi mezun olduktan sonra 2015 yılında Giresun Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi Ebelik Bölümü'ne girdi. 2019'de "iyi" derece ile mezun olmuştur. 2020 yılında Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitü Ebelik Anabilim Dalı altında Yüksek Lisans devam etmektedir.