

TÜRKİYE’DE ÇEKİŞMELİ BEDENLERE GİRİŞ

Melike ŐAHİNOL¹
Gülşah BAŐKAVAK²

Bu özel sayının ortaya çıkışı uzun bir düşünme ve tartışma sürecini barındırıyor. Bu süreçte beliren farklı disiplinlerden temalar, birbirini destekleyerek alana bilimsel katkı ve alanda var olan boşluğu doldurma amacıyla özgün bir dergi sayısını ortaya çıkardı. Fikrin doğuşu 2019 Eylül’de, “STS³ Turkey 2019 – Toplum için Bilim ve Teknoloji Çalışmaları Konferansı”na özel bir oturum düzenlemesiyle başladı. “Türkiye’de Biyotıp ve Teknoloji Alanındaki Gelişmeler, Dönüşümler ve Yeni Düzenlemeler” başlığı ile düzenlediğimiz özel oturumda dört çalışma ile bir aradaydık. Sosyal bilimlerin dört farklı disiplininden gelmesine rağmen oturumda sunulan araştırmaların tümü tıp teknolojileri kesiőimindeydi. Konferans boyunca canlı tartışmalar oldu ve ardından yeni fikirler geliőt. Bu alanda güncel araştırmaların ve teorik paylaşımların Türkçe literatürdeki zayıflığını ve hatta eksikliğini fark ettik. Benzer konulara odaklanan araştırmaları bir araya getiren özel bir dergi sayısı derlemeye karar verdik. Biz, sağlık ve tıp sosyolojisi, medikal antropoloji ve STS alanlarında/kesiőimlerinde buluőan ve Türkiye’de gerçekleştirilmiş alan araştırmalarından hareketle özgün çalışmalar üretmekte olan ulusal ve uluslararası düzeydeki araştırmacıları sizlerle buluşturuyor olmaktan ötürü heyecan duyuyoruz.

1. Bir Arka Plan Arkeolojisi: Sağlık ve Tıp Sosyolojisi

Tıp ve sağlık konularının toplumlar ve dolayısıyla sosyal bilimler için önemi, özellikle içinde yaşadığımız pandemi sürecinde bir kez daha net bir şekilde görüldü. Tüm dünya 21. yüzyılda koronavirüs salgınına rastlamıő olmakla tarihe tanıklık ediyor. Bir virüs kıta, sınır, ülke, cinsiyet ve sınıf tanımsızın dünyayı dolaıyor. Covid-19 sonuçları önceden kestirilemeyecek, çok kapsamlı bireysel ve toplumsal sorunlara yol açarak geleceğe dair algıları bulanıklaőtırıyor. Tanıklık ettiğimiz pandemi sağlığımızı, çalışma hayatımızı, ekonomik geleceğimizi, ruhsal dünyamızı, hijyen alışkanlıklarımızı,

¹ Dr., Orient-Institut İstanbul, İnsan, Tıp ve Toplum Alan Yöneticisi.

² Dr., Orient-Institut İstanbul, İnsan, Tıp ve Toplum Alanı.

³ Science and Technology Studies/Science Technology and Society. STS TURKEY Bilim ve Teknoloji Çalışmaları, Türkiye Araştırma ağıdır.

seyahat rutinlerimizi, insanlarla ve çevremizle olan ilişkilerimizi yeniden düzenliyor. Pandemiye dair güncel istatistikleri, yeni araştırmalar ile sonuçları hakkında bilgi edinmek ve gündelik hayatla ilgili yeni siyasi düzenlemeleri sosyal medya aracılığıyla takip ediyoruz. Pandemi yönetiminde, kültürel, ekonomik, bilimsel, teknolojik ve politik faktörlerin farklı etkileri olduğu gözlemleniyor. Covid-19 vaka oranlarının seyrinde, bireylerin pandemiye reaksiyonlarında ve yaşamını yitiren insan sayısında ülkelere özgü farklılıklar olduğu gözlemleniyor. Tıp, teknoloji, toplum ve hatta bir virüs gibi insan olmayan aktörlerin, karşılıklı bağımlılıklarını anlamak için, öncelikle tıbbın ve toplumdaki bireylerin sosyolojiye yönelik bazı temel ilkelerinin geliştirilmesi gerekiyor. Örnek olarak, biyomedikalizasyon süreci (Clarke, Shim, Mamo, Fosket ve Fishman, 2003; Şahinol ve Başkavak, 2020) ve İnsan Geliştirme (*Human Enhancement*) Teknolojileri, tıbbın ve toplumun dönüşüm süreçlerinin bazı özelliklerini temsil eder ve tartışmaya açar (Ferrari, Coenen ve Grunwald, 2012). Bu süreçler dijitalleşme, DIY kültürü (*do-it-yourself* – kendin yap), biyo/beden hackleme eğilimleri, öz-takip teknolojileri ve niceliksel benlik (*quantified self*) hareketi ile paralel olarak yansıtılır. Tıbbi yenilikler, kısmen bu hareketlerle ama aynı zamanda insan biyolojisine doğrudan müdahale eden nöro, nano, bilişim ve biyo-teknik şifalandırma girişimleriyle melezler, siborglar ve kimeralar yaratmıştır. Teknik/teknolojik imkanlarla, sadece riskler değil, ama aynı zamanda kırılğan gruplar, özellikle de engelliler için gündelik yaşamlarını kolaylaştırıcı yeni fırsatlar ve imkanlar doğurmuştur. Öte yandan, tıbbın oldukça ilerlemesine rağmen, bazı (cinsiyet) grupları halen tıbben dezavantajlı olduklarına dair kanılar bulunmaktadır (Haraway, 1989). Dolayısıyla, bu sıraladığımız dinamikleri göz önünde bulundurarak, okuyacağınız bu özel sayıyı hazırlama aşamasında, sağlık ve tıp sosyolojisi/antropolojisi alanında çalışan bilim insanları olarak disiplinlerarası ve disiplinlerötesiliğin farklı veçhelerine odaklanmayı hedefledik. Sayıda yer alan çalışmalar sağlık ve/veya tıp sosyolojisindeki farklı yaklaşımlar ışığında sağlık ve hastalık kavramlarına odaklanıyor. Bu makalelere arkaplan sağlayacak yaklaşımları bir sonraki bölümde ele alacağız.

19. yüzyılın son çeyreğini toplumların içinde buldukları sosyal koşullar, çevresel etkiler ve farklı sosyal gruplarda hastalıkların gelişmesi ve yayılması arasındaki bağlantıların gözlemlenmesiyle temelleri atılan tıp sosyolojisi disiplini için bir başlangıç olarak tanımlayabiliriz. Bununla birlikte, doğa

ve pozitif bilimlerinden bağımsız bir tıp sosyolojisinin temelleri ilk olarak, Talcott Parsons (1902-1979) tarafından, yapısal-işlevselci teoriyi inşa ettiği “Sosyal Sistem” adlı eserinde, sağlık ve hastalığın toplumsal yaşamdaki rolünü analiz eden bir bölüm ayırması ile atılmıştır (Parsons, 1958). Parsons bu bölümde, “sağlığın ve hastalığın hangi bağlamlarda toplumdaki bireyler için geçerli bir evrensel kategori olarak tanımlanabileceği ile sağlık ve hastalık kavramları sosyal ve kültürel olarak göreceli olduğundan birbirinden nasıl ayrılacağı” şeklinde kısaca özetlenecek sorularla ilgilenmiştir. Burada Parson’ın bahsettiği görecelik, “kültür ve sosyal yapının bir işlevi olarak sağlık ve hastalığın göreceliği”dir (Parsons, 1958). Parsons böylece dolaylı olarak sağlık ve hastalık arasında nesnel bir farklılık ortaya koymuştur. Daha sonra bu ayırım, “hastalık” kavramının tanımında bir ikilik yaratarak, (i) tıbbi normlardan objektif olarak ölçülebilir bir sapma olarak “hastalık” (*disease*), (ii) bedenin öznel olarak algılanan ve kültürel olarak belirlenmiş bir durumu olarak “hastalık” (*illness*) veya “hasta/hastalıklı beden” şeklinde terminolojik olarak sabitlenmiştir⁴. Bu ayırım, uzun süre tıp sosyolojisi disiplininde temel bir tanım olarak kabul edildi. Michel Foucault (1926-1984), 1960’larda tıbbın olgusal ve bilimsel bilgi kaynağının tarihsel olarak yaratılmış bilgi olarak anlaşılması gerektiğine işaret etmiş olsa da bu içgörü ampirik bilim çalışmalarının sonuçlarını takiben 1990’larda tıp alanında geniş ölçüde uygulandı.

Her ne kadar burada tıp sosyolojisinin gelişiminin tüm ayrıntılarına giremesek de bazı tıp sosyolojisi çalışmalarının, bilim ve teknoloji sosyolojisi çalışmalarından doğduğunu vurgulamak bu özel sayı için önem taşıyor. Yenilikçi tıbbi bir tedavi ve prosedür geliştirilme aşamasında ve sonrasında tıp dışındaki disiplinler de pek çok bakış açısı sağlar. Örneğin, doktor-hasta ilişkisi ve tıbbi eylemin farklı yönlerindeki eksiklikler tıp sosyolojisi disiplini tarafından kapatılmaktadır. Özetle tıp sosyolojisi, tıp ile ilişkili sosyal ya da sosyalleşmiş davranış ve eylemleri; sağlık kurumlarının dönüşüm süreçlerini ve toplumsal işlevlerini ve de rollerini incelemektedir. Böylece “hastalık (ve sağlık) kavramı bir sosyal yapıdır (...). Hastalık ve sağlık, olağandışılık ve uygunluk arasında gerilim yaşar. Çünkü hasta olmak

⁴ “Illness” ve “disease” kelimeleri Türkçe’de “hastalık” kelimesiyle karşılık bulmaktadır.

veya sağlıklı olmak sosyo-kültürel olarak değişen belirti, niteleme ve deneyim oluşumunun süreçlerine bağlıdır.” (Hillmann, 2007, s. 552)

2. Tıp Sosyolojisinde Araştırma Alanları

Graumann ve Lindemann (2010) disiplinlerarası bir araştırma alanını temsil eden tıp sosyolojisini üç araştırma alanına ayırmışlardır: (i) *Tıpta sosyoloji* (sağlık sosyolojisi), (ii) *Tıp sosyolojisi* (tıbbın sosyolojisi), (iii) Uygulamalı tıp etiği olarak belirlenen *sosyo-tıp etiği çalışmaları* (s. 296). *Tıpta sosyoloji* sağlık ve hastalık, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkisi altında hastalığın biyo-psiko-sosyal modele dayanmaktadır. Bu alan üç perspektif temelinden oluşur: Biyolojik perspektif organik fonksiyonların ve bunların varyasyonları ile ilgilidir. Psikolojik perspektif ise öznel hastalık algısı ile ilgilidir ve son olarak sosyal perspektif sağlığın ve hastalığın sosyal etkileriyle ilgilidir.

Tıpta sosyoloji araştırma alanları olarak bireylerin yaşamlarının sağlık üzerine etkileri doğrultusunda, sözgelimi şizofreni, kardiyovasküler ve kanserin bedende oluşum ve ortaya çıkışındaki roller araştırılır. Ayrıca hastalık, hastalık süreci ve farklı popülasyonlar arasındaki ilişkiler incelenir. Doktor-hasta ilişkilerinin, hastaların kendilerine ve hastalık süreçlerine olan etkileri de tıpta sosyolojinin odaklandığı alanlardır. Sağlık sistemi, özellikle sağlık politikalarının uluslararası düzeyde karşılaştırmaları, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin yapısı, işleyişi ve sosyo-politik düzenlemeleri de bu ayırımın kapsamına girer (Graumann ve Lindemann, 2010, s. 296-297).

Tıp sosyolojisi, tıbbi müdahalelerin olasılıklar ve sınırlamaları, birey ve toplum üzerindeki etkileri gibi alanları konu edinir. Etno-sosyoloji ve sosyal teori olmak üzere iki analiz düzeyi vardır. Sosyal teori odaklı analizler Foucault’nun söylem analizlerinde (Oğuz, 2008), Luhmann’ın ve Parsons’ın sistem teorisi analizlerinde bulunmaktadır (Ertong, 2017). Tıbbi uygulamalara odaklanan etno-sosyolojik analizler ise başlıca üç düzeyi kapsar: (i) Tıbbi uygulamaların etnografik çalışmalarını içeren medikal antropoloji, (ii) Bilgi sosyolojisi yaklaşımını tıbbi araştırmalardaki uygulamaları inceleyen bilim araştırmaları, (iii) Kısıtlı teori odaklı etnografik araştırmalara dayanan tıp tarihi çalışmaları ise önemli olmakla birlikte en zayıf kalan alandır (Graumann ve Lindemann 2010: 297-298).

3. Biyopolitika: İktidarın Yönetimselliği Olarak Özneleştirme

Tıp sosyolojisi içinde sosyal teori odaklı olan ve Foucault’yu izleyen pek çok çalışma vardır. Bu çalışmalar tıbbın meydana getirdiği toplum üzerinde tahakküm, disiplin ve sosyal denetim yollarını analiz etmektedir. Bu çalışmalar ağırlıklı olarak iktidar ve tahakküm mekanizmalarının söylemsel analizi ile bu söylemlerin tıbbi bilginin hakimiyeti ve rolü arasındaki ilişkiler ile ilgilidir. Foucault’nun toplumun geniş kesimlerinin medikalize edilmeme fenomenini iki kavram ile açıklar: “Biyopolitika” ve “yönetimsellik” (*governmentality*) (2008, s. 298) Foucault “biyopolitika” kavramsallaştırmasını ilk kez 1974’te bir konferans esnasında kullanmıştır⁵. Sonrasında 1976 yılında “Cinselliğin Tarihi” adlı eserinde “biyopolitika” kavramına sistematik olarak yer vermiştir. Foucault, “Düşünce Sistemleri Tarihi” kürsüsünde verdiği derslerini (1978-9) ağırlıklı olarak biyopolitika alanına ayırır. Dersin ana sorunsalı, biyopolitika olarak nitelendirilebilecek yeni bir “yönetim sanatı” olgusunun tarihinin izini sürmektir (Foucault, 2008). Foucault’ya göre bu yeni yönetim sanatını ayırt eden önemli faktörlerin başında, yönetim sanatının kendisini bir “hakikat yasası”na dayandırması ve söylem düzeyinde” işlemesidir (Baştürk, 2013, s. 245). Yine bu bağlamda Foucault, yönetim ve rejimler karşısında bireylerin “kendilerini dönüştürme peşinde koşarken kendi bedenleri ve ruhları üzerinde faaliyet gösterme araçları” olarak kavramsallaştırdığı “kendilik teknolojileri” (*technologies of self*) ile söylem, siyaset ve tahakküm süreçlerinde bireyin konumlanışına dikkat çeker (Foucault, 1988, s. 18). Dolayısıyla, Foucault’ya göre bireyler bir bütün olarak toplumun “biyoiktidar”ına maruz kalır. Bir yandan, bireysel fiziksel performans geliştirme ve diğer taraftan böylece nüfusun düzenlenip kontrolü amaçlanır. Biyoiktidar, düzenleyici bir toplumsal disiplin olarak yer alır.

Biyomedikal ve biyoetik alanında ortaya çıkan yeni gelişmeleri tıp sosyolojisi bağlamında araştırmak için Foucault ve Luhmann özel kavramsallaştırmaları sunmuşlardır. Luhmann’a göre tıbbi sistem

⁵ Foucault’nun Ekim 1974’te Rio de Janerio Eyalet Üniversitesi’nde verdiği konferansta ilk kez “biyopolitika” kavramını geçirdiği ifade tam olarak şu şekildedir: “Toplumun bireyler üzerindeki kontrolü sadece bilinç ya da ideoloji ile değil, aynı zamanda bedende ve bedenle gerçekleşti. Kapitalist toplum için, biyopolitika yani biyolojik, somatik, bedensel olan, her şeyden daha önemlidir. Beden biyopolitik bir gerçekliktir; tıp da biyopolitik bir stratejidir.” (Foucault, 2001, s. 137)

“sağlıklı/hasta” olarak ikili kodu içeren fonksiyonel bir sistemdir. Kod özelliğinde aslında “hastalık” istenmeyen bir durumdur, fakat bu istenmeyen durum meydana geldiğinde de hekimin harekete geçmesi pozitif bir değeri temsil eder. Tıbben sağlıklı insanlar ya zaten hasta değillerdir ya da artık iyileştiklerinden hasta değillerdir. Ancak, sağlıklı insanların gizli kalan ve fark edilmeyen hastalıkları kendilerine zarar verebilir. Bu yüzden tıbbi müdahaleler gerekmektedir. Böylece Foucault’nun vurguladığı gibi medikalizasyon fenomeni insanın tüm yaşam tarzını etkileyecektir. Tıbbi uygulamaları konu edinen etno-sosyolojik analizler birçok disiplin açısından referans noktası olabilir. Biyoiktidar ve biyopolitika, sağlık politikası düzenleme geliştirme süreçlerini ve sonuçlarını anlamlandırmak için önemli perspektiflerdir.

4. Biyotıptaki Gelişmeler ve Beden-Teknoloji Etkileşimi

Bilimsel gelişmeler ve teknolojik ilerlemeler, 2000’lerden itibaren sağlık endüstrisine de yüksek-teknoloji yoğun karakter kazandırdı ve sağlıktaki süreçleri hızla dijitalleşen bir sektöre dönüştürdü (Applbaum, 2010; Tommaso ve Schweitzer, 2005). Hastalıkların erken hatta bazen aşırı teşhisi (Rosenberg, 2002), daha başarılı tedaviler, minimal invaziv (bedende daha az kesi) uygulamalarının gelişmesi ve dolayısıyla hastanede yatış sürelerinin kısalması, yaşam kalitesindeki artış, insan ömrünün uzaması gibi gelişmeler, tıbbi teknolojiler, gen bilimindeki teknolojileri, bilişim teknolojileri ve biyoteknolojideki devrimsel ilerlemeler ile mümkün olmaktadır (Mitchell, Pellegrino, Elshain, Kilner, ve Rae, 2007; Zahavy, Ordentlich, Yitzhaki, ve Shafferman, 2011). Dijital sağlık teknolojileri, yapay zekanın teşhis ve tedavi aşamalarındaki etkileri (Lupton, 2014; O’Neil, 2019), biyo sensörler ve giyilebilir teknolojiler (Nelson, Verhagen, Vollenbroek-Hutten ve Noordzij, 2019; Nafus, 2016) genetik çalışmalar, immünoterapi, uzaktan tedavi, bakım ve sağlık hizmetleri gibi bir dizi gelişmeler ve yarattığı etkiler günümüzde hem pozitif bilimlerde hem de toplumsal ve etik açılarından sosyal bilimlerde pek çok araştırmaya konu olmaktadır (Bunton ve Petersen, 2005; Demirci, 2019; Kasapoğlu, 2016; Öksüz, 2018). Ayrıca, tıp teknolojilerindeki bu gelişmelerle sağlık endüstrisi oldukça karlı bir sektöre dönüştüğüne tanıklık ediyoruz (Phelps, 2017). Sağlık politikaları refah devleti modelindeki kamusal/toplumsal anlayıştan hızla uzaklaşarak, metalaşma ve ticarileşme dalgasıyla sağlık hızla özelleşerek, sağlık politikalarında maliyetlerin ve karlılığın öncelikli konu edildiği ve dolayısıyla tüm

aktörlerin rollerinin değiştiği, sağlığın adeta bir tüketim alanı haline geldiği ve nihayetinde yeni hastalıkların türetilerek medikalleşmenin de yoğun olarak yaşandığı bir sektör haline gelmiştir (Conrad, 2007; Henderson ve Petersen, 2004; Mackintosh ve Koivusalo, 2005; Wahl, 2011).

Biyotıp ve biyoteknoloji alanında tüm dünyadaki bu hızlı gelişmelerin yansımaları Türkiye’de de eş zamanlı olarak yaşanıyor. Makro düzeyde sağlıkta dönüşüm programıyla sağlık hizmetlerinin ve süreçlerinin dijitalleşmesi sonucunda, dijital hastane gibi kurumsal dönüşümlere yol açarken kişisel ve mikro düzeyde ise e-sağlık uygulamaları ve kullanımlarının yaygınlaşması ile sağlık verilerinin dijitalleşmesi ve veri güvenliği (Şahinol, 2021), tedavi sürecinde ve hastalıklardan korunmada teknoloji ile öz takibin sağlanması, hastanın rolündeki ve hasta-hekim ilişkisindeki değişimler, beden-teknoloji etkileşimi ve tüm bu sürecin toplum üzerindeki yansımaları (Svalastog, Gajović, ve Webster, 2021) sadece sosyoloji alanında değil STS, antropoloji, sosyal politika, iletişim, tıp ve hatta hukuk alanlarında araştırmalara konu olmaktadır. Teknoloji-beden ilişkisindeki yeni dinamikler ve imkanlar ile cinsellik alanındaki farklılaşmalar, gen bilimindeki ilerlemeler ve hastalıkların keşfi/anlaşılması, yardımcı üreme teknolojilerinin yarattığı imkânlar, hekim-hasta ilişkisindeki dönüşümler, e-sağlık ve kronik hastalıklarda öz-takip teknolojilerinin kullanımı gibi pek çok yeni alanı doğuruyor. Böylelikle tıp ve teknoloji toplumu dönüştürürken, sosyal ve beşerî bilimler içinde disiplinlerarası tartışmalar açıyor ve yeni araştırma olanakları oluşturuyor.

Biyotıp ve biyoteknoloji alanındaki gelişmeler sadece toplumsal alandaki sağlık ile ilgili pratiklerdeki değişimlere değil, aynı zamanda bedensel değişimlere de işaret ediyor ve insanın biyolojik varlığını “yapay” eklemlerle değiştiriyor. Sözelimi, bireyler kronik hastalıklarının takibinde “giyilebilir teknolojiler” kullandıklarında, teknolojiyi bir taraftan bedenlerinin içinde gömülü şekilde taşırlarken diğer taraftan böylesi değişimler toplumsal boyuttaki farklılıkları ve beden-teknoloji ilişkisini sorgulatabiliyor veya zorluklar yaratabilme potansiyelini taşıyor. Genetik teknolojisindeki gelişmelerle üreme konusunda bireyler sperm bankası seçeneğinin yanı sıra yumurta donasyonu ve taşıyıcı annelik seçenekleri doğarken, tüp bebek işlemlerinde cinsiyet seçimini de mümkün kılabilir. Kısaca, biyotıp ve biyoteknolojideki ilerlemeler, bireysel tıba dair sosyo-normatif sorular doğururken aynı zamanda

kurumsal dönüşüm ve yeniden düzenleme süreçlerini gündeme getiriyor; tıp alanındaki profesyonel mesleklerin işleyişindeki yeni düzenlemelere ve hasta sorumluluklarındaki değişimlere neden oluyor. Tüm bu değişimler uluslararası alanda da tartışılacağı gibi Türkiye’de de gündeminde olup, son kertede biyotıp ve biyoteknoloji alanındaki gelişmeler, dönüşümler ve düzenlemeler biyo-iktidara da dokunan ve tartışmaya açılması gereken toplumsal sorunlara işaret edebiliyor.

5. Perdeler İndiğinde: Çekişmeli Bedenler

Üzerinde fikir birliğine varılamayan kavramlar üzerine Gallie’nin sunduğu çerçeve bize beden kavramsal ve bedeni konu eden uygulamaların tanımlanmasında yoğun bir muğlaklık içerdiğinden yol göstericidir. Gallie’nin “özü itibarıyla tartışmalı/çekişmeli kavramlar”da (*essentially contested concepts*) sıraladığı kriterlere benzer şekilde, beden kavramını ve nesnesini, tartışmalı olarak adlandırılabilir tüm niteliklere sahip bir şey olarak anlıyoruz (Gallie, 1956). Çünkü bir yandan, beden sadece bizim için pek çok şeyin bir aracı olarak değil, benliğimizin bir ifadesi, faaliyet, etkileşim ve hareket nesnesi ve canlılığımızın bir ifadesi olarak değerlidir (Strauss, 1993). Öte yandan beden, biyokimyasal işlevlerin yanı sıra, somutlaşmış varlığı bütünleştiren öznel olarak karmaşık bir karaktere sahiptir. Beden üzerinde tıbbi teknik müdahaleler, manipülasyonlar ve performans geliştirmeleri yapıldığında, bu sadece bireysel beden üzerinde değil, aynı zamanda çevredeki bedenler ve etkileşim ağları (organizasyonlar dahilinde) ve dolayısıyla toplum üzerinde de sonuçlara yol açar. Ancak bu sonuçlar her zaman önceden öngörülemez veya tahmin edilemez. Gallie, belirli kavramları kullanan her bir kişinin veya grubun heterojen özellik gösteren kavramın tartışılabilirliğine ve çekişmeli olduğuna dikkat çekiyor (Gallie, 1956, s. 172). İnsan, tıp ve toplumu aynı şekilde ilgilendiren beden örneğimiz de daha ilginçlik arz ediyor: çeşitli beden kavramlarını tanıyoruz, ancak bu kavramlar, gerçekte itiraz edilen gerçek arenalarda (Strauss, 1991) tartışılan çok canlı bedenlere geriye dönük olarak erişiyor: “Belli bir şekilde” öğrenen bedenler, “bakımlı olması beklenen” bedenler, “iyileşmesi gereken” hasta bedenler, “doğurması gereken” bedenler, iyileştiren bedenler (hekim/cerrah), sağlık ile ilgili (beden) pratikleri. Bazı çalışmalarda kadın bedenleri çekişmeli bedenler (*contested bodies*) olarak incelenmiştir (Faunce, 2015; Hassard ve Holliday, 2001; Morgan, 1998). Teoride, kültürde, coğrafyada, teknolojide, siyaset ve daha birçok alanda çekişmeli oldukları belirtilmiştir (Hassard ve Holliday, 2001). Zira, Türkiye’de

kürtaj tartışmalarında “benim bedenim, benim kararım” sloganları hatırlanırsa beden üzerinde pekçok tartışmanın döndüğü, birden fazla aktörün kendisine söz hakkı yarattığı, adeta bir savaş alanındaki bedenin pekçok cephede çekişmeli durumunun bir örneğini oluşturuyor. Bu ve benzeri sloganlar, siyasi kararlar ve yasal düzenlemeler ışığında bedene dair kendi kendini güçlendirme buzdağının yalnızca görünen kısmı. Cerrahi müdahalelerle ve tıp teknolojilerinin artık kolayca erişilebilir imkanlarıyla pek çok kendini güçlendirme teknolojileri, sadece hastalıklarla başa çıkma şeklimizi değiştirmekle kalmadı, aynı zamanda bize yenilenmiş bir beden, zindelik ve güç de verdi ve de tıbbi olarak gerekli olmayan müdahaleleri de ilk başta çeşitli kişisel modifikasyonları mümkün kıldı. Fakat aynı zamanda farklı bir kırılma yarattı (Oudshoorn, 2016, 2020). Dolayısıyla, beden modifikasyonları yalnızca bireyin toplumsal düzlemde kendini ifade etmenin/sunmanın ön aşaması sayılmayabilir. Aksine, tüm yönleriyle, bedenler üzerindeki etkileri, kırılmalıkları ve eşitsizlikleri incelenmelidir: Çünkü her bir madalyonun diğer yüzü vardır. Goffman’ın “Günlük Yaşamda Benliğin Sunumu” (*The Presentation of Self in Everyday Life*) (Goffman, 2009) adlı eserinde dikkat çektiği gibi gündelik hayat bir tiyatro sahnesidir ve o sahnede hepimiz bir rol oynarız. Goffman’ın tiyatro metaforuna göre, günlük yaşamımızda yer alan farklı sahnelerdeki davranışlarımızın, bizlere biçilen rolümüze göre bilinçaltımızın nasıl düzenlediğini gösterir. Tiyatro metaforu temelde bedenlerin ve jestlerin performansına dikkat çekse ve biz burada beden-teknoloji-tıp ağlarına odaklansak bile, yine de perde arkası metaforuna dikkat çekmek isteriz. Çünkü, her görünür olan ön sahnenin arkasında bir perde, diğer bir deyişle görünmeyen bir arka sahne bulunur. Aslında ön sahnede olanı da arka sahnede olup bitenler belirler. Ayrıca, eylem süreçlerinde, sağlık konusu etrafındaki gündelik hayat pratiğinde ve özellikle tıp-teknoloji uygulamalarında bedensel boyutun önemli bir rol oynadığına dikkat çekiyoruz. Pratikler de önemli bir role sahip, çünkü böylelikle toplumsal olanın beden tarafından gerçekleştirilen uygulamalardan oluştuğunu anlıyoruz. Bu nedenle, doktorlar gibi belirli grupların bu tür eylemleri de dahil olmak üzere, davranışlar ve tutumlar bedenlerde yazılıdır (Schatzki, 2001). Beden, merkezi bir eylem aracıdır; bedenle ve aynı zaman (tıp) teknolojileriyle harekete geçeriz. Bu anlamda, bedeni manipüle ederiz, değiştiririz, yeniden inşa ederiz. Bedene bakar, onunla ilgileniriz. Örneğin ona özen gösteririz, onu tıp bilimine dayanarak elde edilen krem ve botox gibi ürünlerle, cerrahi yoluyla (güzellik ve gençleştirme ameliyatları, yumurta

gençleştirme, suni döllenme, vs.) veya medya kanallarıyla ulaşılabilir bilgiler ile irili ve ufaklı boyutlarda şekilleniriz.

Bu özel derlemedeki amacımız, sayıda yer alan çalışmalarla ön sahnedeki yeniden inşa edilen bedenlerin sadece ne kadar çekişmeli olduklarını değil, aynı zamanda özellikle Türkiye’de görünmez aktörler tarafından nasıl çekiştirilmeye devam edildiklerini göstermektir. Tüm yukarıdaki yaklaşımlarla, bedeni sadece biyolojik bir tanımlamaya hapsedmenin modern toplumlarda gerçek dışılık bir durum sergilediğini sosyal teorideki tarihselliği içerisinde tıp sosyolojisi perspektifinden aktardık. Klasik sosyoloji insan bedenine tam olarak kayıtsız kalmasa da onu sadece sosyal ilişkilerde veya emek boyutuyla varlığını görürken, aslen modern sosyoloji teorileri bedeni yapısal-işlevci Parsons’tan başlayarak, Foucault geleneğiyle post-yapısal bir perspektifle toplumun farklı katmanlarında ve kültürel yapı içindeki çeşitliliği ve varoluş biçimleriyle analiz etmiştir. Beden biyolojik fonksiyonlarını ve varoluşunu, toplumdaki çeşitli tahakküm ve nüfuz alanları arasında inşa eder. Beden bireyler, toplum, biyopolitika, kanunlar, yeni genetik uygulamaları, teknoloji, cerrahi, etik ve ahlaki kurallar, tıp profesyonelleri gibi pek çok aktör arasında/ortasında adeta “çekiştirilerek”, çelişkili (*contradictory*) ve birçok aktörün rol aldığı çekişmeli bir alan içerisinde var olmaktadır. “Türkiye’de çekişmeli bedenler” bu sayıya gelen yazılarla birlikte kuvvetli bir zemin kazanarak ortaya çıktığını belirtmek isteriz. Daha önceki kendi çalışma ve araştırmalarımızda (Başkavak, 2016, 2017; Şahinol, 2016) bedenin bu çekişmeli ortamlarda farklı aktörler tarafından ne şekilde toplumsal alanda var olduğunu farklı veçheleri ile ele almıştık. Çekişmeli beden kavramına bu sayıda yer alan yazılar çok geniş bir yelpazeden ışık tutarak ve anlamlı bir zemin oluşturdular.

“Türkiyede Çekişmeli Bedenler: Tıp Teknolojisindeki Gelişmelerle Dönüşen Beden, Sağlık ve Toplum” başlıklı bu özel sayı yukarıda sıraladığımız biyotıp ve biyoteknoloji alanlarındaki alanındaki gelişmelerle birlikte sağlık alanında yaşanan dönüşümün, uluslararası bağlamda olduğu gibi Türkiye’de de “tıbbın sınırlarının bulanıklaşması”na (Viehöver ve Wehling, 2011) yol açtığı varsayımına dayanarak, bu gelişmelerin Türkiye’de sosyo-kültürel, sosyo-normatif, bireysel ve kurumsal boyutlardaki önemini ve dönüşümlerini gündeme getirmeyi hedefledi. Tıp teknolojileri, beden-teknoloji

ilişkileri, kronik hastalıklar, genetik bilimi ve üremeye yardımcı teknolojiler, doktor-hasta ilişkisi, medikalizasyon, toplumsal cinsiyet, sağlık politikaları gibi sosyoloji, STS, medikal antropoloji ve sağlık iletişimi gibi farklı disiplinleri içerisinde tamamlanmış, ulusal ve uluslararası yedi özgün ve niteliksel araştırmayı yeni tartışmaları bir araya toplayarak ilk kez Türkçe dilinde siz okuyucularla buluşturuyor.

Bu özel sayıda yer alan yazıların bazıları birbirleri ile örtüşen bazıları ise birbirine dokunan ve birbirini tamamlayan araştırmalar. Türkiye’de tıp ve sağlık sosyolojisi alanında nitelikli araştırmalar yavaş da olsa birikiyor. Bu özel sayıdaki makalelerden bazıları Türkiye’de ilk kez sayılacak saha araştırmasına dayanıyor. 2003’ten beri Türkiye’nin ağırlıklı gündemini oluşturan Sağlıkta Dönüşüm Programı sürecinde, sağlığa ve tıp teknolojilerine yapılan büyük yatırımlar ile teşhis ve tedavi biçimleri, hasta-doktor ilişkileri büyük değişime uğradı. Tıbbi görüntüleme cihazlarındaki kullanım sıklığının artışı da bir dizi sonucu beraberinde getirdi.

Bu özel sayının ilk makalesi **Gül Çorbacıoğlu**’nun “Tıbbi Görüntüleme Cihazları ve Hekimlerin Mesleki Bağımsızlığı: Çelişkili Bir İlişki” başlığını taşıyan araştırması ile başlıyor. Hekimlerin mesleki bağımsızlığının tarihsel izleğinin ardından, sağlıkta dönüşüm, tıp teknolojilerindeki ilerlemelerle bu teknolojilerin sağlık maliyetlerinde neden olduğu artış irdeleniyor. Bu dönüşümde daha fazla sermayeye gereksinim dinamikleri karşısında hekim bağımsızlığındaki değişimlerin bir arka plan olarak sunulduğu çalışmada, hekimlerin mesleki bağımsızlıklarının boyutunu ve cihaz kullanımının hekimlik pratikleri üzerindeki etkilerini incelemektedir.

“Vajinismusun Üstesinden Gelmek: Türkiye’de Bir Başarı Hikâyesi Olarak Cinsel Birleşme” başlığını taşıyan **Neslihan Şen**’in makalesi ise Türkiye’de sağlıkta dönüşüm süreciyle sayısı artan özel sağlık kliniklerinde vajinismus tedavisindeki artışa medikalizasyon ve metalaşma üzerinden dikkat çekmektedir. Medikalizasyon sürecinde en kırılgan hale gelen beden ve sağlıkta özelleşme dinamikleri ile sağlık otoritelerine, tıbbi kararlara ve toplumsal baskılara maruz kalan kadın bedeni vajinismus ile çoklu aktörlerle büyük bir çekişme halinde olduğunu söyleyebiliriz.

Hande Güzel’in “Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası” başlıklı makalesinde ise kadının kendi bedenine istemli bir şekilde müdahalesiyle gerçekleşen himenoplasti (kızlık zarı dikimi) işlemine odaklanarak neoliberal (na) bakire kadını bedeni konu edilmektedir. Bu işlem sonrası kanama garantisinin olamaması nedeniyle doktor-hasta ilişkisinde ortaya çıkan güven zedelenmesi durumu ortaya çıkması nedeniyle bu araştırmada kültürel ve toplumsal boyutta çekişmeli bedenlerin hikayesini görmekteyiz.

Melike Şahinol ve **Gülşah Başkavak** “Sosyo-Biyo-Teknik Bakım Kompleksi: Tip 1 Diyabette Dijital Sağlık Takibi” başlıklı çalışmalarında Türkiye’de bir kronik hastalık olan Tip 1 diyabet (T1D) hastalığının, dijital öz-takip teknolojilerinden sürekli glikoz takip cihazı (CGM) ile takibinde T1D’li yetişkinlerin ve çocuğu T1D olan ebeveynlerin çeşitlenen bakım pratikleri ile takip ve kullanım deneyimlerine odaklanıyor. Diyabetli bedenlerin hem deri altına giren teknik aktörelere hem de sosyo-biyo-teknik bakım dinamiğindeki farklı aktörlerle etkileşimlerinin ortaya çıkardığı sonuçları gösteren bir araştırmayı görüyoruz.

Deniz Bilge Ülker’in “İnternet ve Sağlık Bilgisi: Ankara’da Altmış Yaş Üstü Kadınların Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak İnternet Kullanımı Üzerine Sosyolojik Bir Araştırma” başlıklı araştırması, sağlık sosyolojisi ve sağlık iletişimi ekseninde yer alıyor. Altmış yaş üstü tıp dışından kadınların tedavi süreçlerinde söz hakkı olmaları gerektiğini ve internetin sağlık bilgisi edinmede önemli bir araç olduğunu vurgulaması açısından sağlık süreçlerinde teknoloji vasıtasıyla kendi bedenlerini güçlendirme mücadelesi veren altmış yaş üstü kadınların deneyimlerini aktarıyor.

Şafak Kılıçtepe’nin kaleme aldığı “Devlet Tarafından Düzenlenen Üremeye Yardımcı Teknolojilerin Kullanımı ve Demografik Süreç” başlığını taşıyan çalışması kamusal sağlık sistemi tarafından sunulan üremeye yardımcı teknolojilerinin (ÜYT), Kürt kadınlarının sağlık kurumlarında nasıl müzakere ettiklerini ve bu müzakere sürecinde biyopolitika bağlamında siyasi bir arenada dolanan ve çekiştirilen kadın bedenlerini ele alıyor.

Son makale ise “Üremeye Yardımcı Teknoloji Yasaklarına Karşılık Pratik-Rasyonel Davranış” başlığı ile **Gülsevım Evsel**’e ait. Bu araştırma, Weber’in “pratik rasyonel davranış” perspektifiyle çocuk sahibi olmak isteyen ailelerin taşıyıcı annelik ve yumurta donörleri yoluyla Türkiye’de aslen kanunen yasak olan yollara başvurarak, üçüncü kişilerin bedenleri ve üreme hücrelerine aracılığıyla gerçekleşen süreci incelemektedir. Bu araştırmada yine hukuki alana dokunan bedenlerin, üreme sürecinde bedenlerin başka bedenlere bir anlamda sahip olma süreçlerini görüyoruz.

Bu özel sayıyı oluşturmadaki en güçlü nedenlerimizden biri bugüne kadar beden, teknoloji ve tıp temalarında hakim olan Küresel Kuzey (“Batı”) ağırlıklı yaygın söylemlerden sıyrılarak, Türkiye lensinden söylemlere odaklanan ve bu konular ekseninde yeni araştırmaları bir arada toplayan herhangi bir özel dergi sayısına rastlamamış olmamızdır. Bu nedenle, bu özel sayı aracılığıyla, şimdiye kadar pek değinilmeyen bu üç alanın karşılıklı bağımlılıklarının konumlandırılmış (Haraway, 1988) özelliklerini geniş bir yelpazeden sizlere sunmak istiyoruz. Makalelerin tümü, ister gündelik yaşam pratikleri, ister sıradan insanların başvurdukları uygulamalar veya profesyonellerin müdahaleleri olsun, tüm bunlar aslen tıbbi uygulamalarla ilgili kapsamlı düşüncelerde gömülüdür, aynı zamanda Türkiye’de biyomedikalizasyon sürecinin bir göstergesidir. Bunun nedeni, tıp, bilim ve tıp teknolojisindeki baş döndürücü ilerlemelerin bizi sadece etik, sosyal, hukuki alanlardaki zorluklarla karşı karşıya bırakması değil, aynı zamanda maruz kalan toplumların düşünce tarihinin belirli geleneklerinde de yer almasıdır. Bu nedenle özel sayıdaki katkılar, mevcut katkıların yalnızca farklı bir kültürel alanda değerli bir zenginleştirmesidir.

Bu özel sayı fikrimizde bizlere Sosyoloji Araştırmaları Dergisi’nde platform sağlayan ve her türlü desteklerini esirgemeyen öncelikle Prof. Dr. Aytül Kasapoğlu’na ve de Doç. Dr. Günnur Ertong Attar’a en içten teşekkürlerimizi borç biliriz. Ayrıca titizlikle hakemlik yapan değerli hocalarımıza da minnettarız. Derginin son kontrollerini yapan Zeynep Tecik’e ve teknik destek ekibine çok teşekkür ediyoruz.

KAYNAKÇA

- Applbaum, K. (2010). Marketing Global Health Care: The Practices of Big Pharma. *Socialist Register*, 44(2), 106-128.
- Başkavak, G. (2016). *Understanding Surgical Craft in the Changing Context of Technology, Transformation of Healthcare and Marketization: A Case Study on Surgeons in Istanbul*. (PhD thesis). Middle East Technical University (METU), Ankara.
- Başkavak, G. (2017). Zanaattan Robotiğe: Tıp Teknolojisi ve Türkiye’de Kuşaklararası Cerrah Tipolojisi. D. Kutlu ve Ç. K. Bulut (Ed.), *Sınıfın Suretleri: Emek Süreçleri ve Karşı Hareketler* içinde (s. 105–126). İstanbul: NotaBene.
- Baştürk, E. (2013). Bir Kavram İki Düşünce: Foucault’dan Agamben’e Biyopolitikanın Dönüşümü. *Alternatif Politika*, 5(3), 242-265.
- Bunton, R. ve Petersen, A. R. (2005). *Genetic Governance: Health, Risk and Ethics in the Biotech Era*. London: Routledge.
- Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R. ve Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and US biomedicine. *American Sociological Review*, 161-194.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: JHU Press.
- Demirci, Ş. (2019). Sağlıkın Dijitalleşmesi – Digitalization of Health. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(26), 710-721.
- Ertong, G. (2017). Niklas Luhmann’ın Sosyal Sistemler Kuramı ve Güven Tartışmaları Bağlamında Sağlık Sistemi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), 3-26.
- Faunce, R. (2015). Contested Bodies. *Pedagogy*, 15(1), 183-191. doi:10.1215/15314200-2799340
- Ferrari, A., Coenen, C., ve Grunwald, A. (2012). Visions and Ethics in Current Discourse on Human Enhancement. *NanoEthics*, 6(3), 215-229.
- Foucault, M. (1988). Technologies of the Self. L. Martin, H. Gutman, ve P. Hutton (Ed.), *Technologies of the Self: A seminar with Michel Foucault* içinde (s. 16-49). Amherst: University of Massachusetts Press.
- Foucault, M. (2001). *Power*. (R. Hurley, G. C., ve P. Rabinow, Trans.). New York: The New Press.

- Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979*. New York: Palgrave Macmillan.
- Gallie, W. B. (1956). Essentially Contested Concepts. *Proceedings of the Aristotelian Society*, 56, 167-198.
- Goffman, E. (2009). *Günlük Yaşamda Benliğin Sunumu*. İstanbul: Metis.
- Graumann, S. ve Lindemann, G. (2010). Medizinsoziologie. G. Kneer ve M. Schroer (Ed.), *Handbuch Spezielle Soziologien* içinde (s. 295–307). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.
- Haraway, D. (1989). *Primate Visions: Gender, Race, and Nature in the World of Modern Science*. New York: Routledge.
- Hassard, J. ve Holliday, R. (2001). *Contested Bodies*. London: Routledge.
- Henderson, S. ve Petersen, A. (2004). *Consuming Health: The Commodification of Health Care*. London: Routledge.
- Hillmann, K.H. (Ed.) (2007). *Wörterbuch der Soziologie* (5. bs.). Stuttgart: Alfred Kröner.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Lupton, D. (2014). Critical Perspectives on Digital Health Technologies. *Critical Perspectives on Digital Health Technologies*, 8(12), 1344-1359.
- Mackintosh, M. ve Koivusalo, M. (2005). *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses*. New York: Palgrave Macmillan.
- Mitchell, C. B., Pellegrino, E. D., Elshain, J. B., Kilner, J. F., ve Rae, S. B. (2007). *Biotechnology and the Human Good*. Washington: Georgetown University Press.
- Morgan, K. P. (1998). Contested Bodies, Contested Knowledges: Women, Health, and the Politics of Medicalization. S. Sherwin vd. (Ed.), *The Politics of Women’s Health: Exploring Agency and Autonomy*, (83-121). Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Nafus, D. (2016). *Quantified: Biosensing Technologies in Everyday Life*. Cambridge: The MIT Press.

- Nelson E. C., Verhagen T., Vollenbroek-Hutten M. ve Noordzij M.L. (2019). Is Wearable Technology Becoming Part of Us? Developing and Validating a Measurement Scale for Wearable Technology Embodiment. *JMIR Mhealth Uhealth*, 7(8), 1-12.
- O’Neil, I. (2019). *Digital Health Promotion: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Oğuz, M. C. (2008). Söylem Analizi. *Sosyoloji Notları*, 5, 52-57.
- Öksüz, E. (2018). Giyilebilir Sağlık Teknolojileri. *Actual Medicine*, 26(4), 35-41.
- Oudshoorn, N. (2016). The Vulnerability of Cyborgs: The Case of ICD Shocks. *Science, Technology, ve Human Values*, 41(5), 767-792.
- Oudshoorn, N. (2020). On Vulnerable Bodies, Transformative Technologies, and Resilient Cyborgs. *Resilient Cyborgs: Living and Dying with Pacemakers and Defibrillators*, 37-59. Springer.
- Parsons, T. (1958). Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure. G.E. Jaco (Ed.), *Patients, Physicians and Illness* içinde (165-187). New York: The Free Press IL.
- Phelps, C. E. (2017). *Health Economics*. New York: Routledge.
- Rosenberg, C. E. (2002). The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *Milbank Quarterly*, 80(2), 237-260.
- Şahinol, M. (2016). *Das Techno-Zerebrale Subjekt: Zur Symbiose von Mensch und Maschine in den Neurowissenschaften*. Bielefeld: transcript.
- Şahinol, M. (2021). eHealth Applications in Knowledge Landscapes. A. L. Svalastog, S. Gajović, ve A. Webster (Ed.), *Navigating Digital Health Landscapes: A Multidisciplinary Analysis* içinde (s. 193-221). Singapore: Palgrave Macmillan.
- Şahinol, M., ve Başkavak, G. (2020). Türkiye’de Biyomedikalizasyon: Sağlıkın Dijitalleşmesi ve Öz-Takip Pratikleri. A. Turanlı, M. Şahinol, ve A. U. Aydınoglu (Ed.) *Türkiye’de STS: Bilim ve Teknoloji Çalışmalarına Giriş* içinde (s. 103-117). İstanbul: İTÜ Vakfı Yayınları.
- Schatzki, T. R. (2001). Introduction: Practice Theory. T. R. Schatzki, K. Knorr Cetina, ve E. Savigny (Ed.), *The Practice Turn in Contemporary Theory* içinde (s. 1–14). London: Routledge.
- Strauss, A. (1991). A Social World Perspective. A. Strauss (Ed.), *Creating Sociological Awareness* içinde (s. 233–244). New Brunswick (U.S.A.): Transaction Publishers.

Strauss, A. (1993). *Continual Permutations of Action*. Piscataway, NJ: Transaction Publishers.

Svalastog, A. L., Gajović, S., ve Webster, A. (2021). *Navigating Digital Health Landscapes: A Multidisciplinary Analysis*. Singapore: Palgrave Macmillan.

Tommaso, M. R. D. ve Schweitzer, S. O. (2005). *Health Policy and High-Tech Industrial Development: Learning from Innovation in the Health Industry*. Cornwall: Edward Elgar Publishing.

Viehöver, W. ve Wehling, P. (2011). Entgrenzung der Medizin: Transformationen des medizinischen Feldes aus soziologischer Perspektive. W. Viehöver ve P. Wehling (Ed.), *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* İçinde (s. 7–48). Bielefeld: transcript-Verlag.

Wahl, A. (2011). *The Rise and Fall of the Welfare State*. London: Pluto Press.

Zahavy, E., Ordentlich, A., Yitzhaki, S. ve Shafferman, A. (2011). *Nano-Biotechnology for Biomedical and Diagnostic Research*. Netherlands: Springer.

TIBBİ GÖRÜNTÜLEME CİHAZLARI VE HEKİMLERİN MESLEKİ BAĞIMSIZLIĞI: ÇELİŞKİLİ BİR İLİŐKİ¹

Gül ÇORBACIOĞLU²

ÖZ

Bu çalışma, en yaygın tıp teknolojilerinden olan tıbbi görüntüleme cihazlarının Türkiye’de hekimlerin mesleki bağımsızlığı üzerindeki etkisini incelemektedir. Tıbbi görüntüleme cihazlarının sunduğu olanaklar, hekimlerin otoritesini ve mesleki bağımsızlığını güçlendirmekte önemli bir rol oynamış, fakat aynı zamanda sağlık harcamalarının artmasına neden olmuştur. Bu harcamaları kontrol altına almak için 1970’lerden başlayarak sağlık hizmeti sunumu ve finansmanında gerçekleştirilen değişiklikler, hekimlerin, aralarında teknoloji kullanımı da olmak üzere, faaliyetlerini kontrol altına almayı ve denetlemeyi de amaçlamıştır. Bu değişikliklerin hekimlerin mesleki bağımsızlığı nasıl etkilediği, tıp sosyolojisi ve meslekler sosyolojisi alanında önemli bir yer tutmuştur. Bu çerçeveden yola çıkan çalışma, Ankara’da uzman hekimlerle yapılmış görüşmelere dayanarak, tıbbi görüntüleme cihazı kullanımını bağlamında hekimlerin mesleki bağımsızlıklarının boyutunu ve cihaz kullanımının hekimlik pratikleri üzerindeki etkilerini incelemektedir. Çalışma, bu inceleme için yalnızca teknolojinin hızı ve doğasını değil, hekimlerin sağlık hizmetleri alanındaki diğer aktörlerle kurdukları ilişkileri ve sağlık sistemin yapısal özelliklerini de ele almak gerektiğini ileri sürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tıp Teknolojileri, Tıbbi Görüntüleme Cihazları, Mesleki Bağımsızlık, Hekimlik, Sağlık Reformları.

¹ Bu çalışmada kullanılan veriler, araştırmanın Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Türkiye’de hekimliğin dönüşümüne dair sürdürmekte olduğu doktora çalışmasının saha araştırmasından alınmıştır.

² Doktora Adayı, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

MEDICAL IMAGING DEVICES AND PHYSICIAN AUTONOMY: A CONFLICTUAL RELATIONSHIP

ABSTRACT

This study examines the impact of medical imaging devices on physician autonomy in Turkey. While the opportunities provided by these devices have helped strengthen physician authority and autonomy, they have also led to skyrocketing healthcare costs. Since 1970's, in order to control the costs, changes have been implemented in the provision and financing of the healthcare, which also aimed to control and audit physician activity, including use of technology. The impact of these changes on professional autonomy have a significant place in the medical sociology and sociology of professions literature. Drawing from this framework and interviews conducted with medical specialists in Ankara, this study examines the physician autonomy with regards to their use of medical imaging devices and how these devices affect their daily medical practices. The study argues that this requires not only addressing the nature and pace of technologies but also physicians' relationships with other actors in healthcare and the structural characteristics of the health system.

Keywords: Medical Technologies, Medical Imaging, Professional Autonomy, Physicans, Health Reforms.

1. TIP TEKNOLOJİLERİ VE HEKİMLİK

Tıp teknolojileri, özellikle hızla gelişmeye başladığı 19. yüzyılın sonundan itibaren tıbbi uygulamaların, teşhis ve tedavi süreçlerinin ayrılmaz bir parçası olmuştur. Tıp teknolojileri, hastalıkların önlenmesi, teşhis edilmesi, hasta bakımı ve rehabilitasyonunda kullanılan tüm yöntem, teknik, malzeme ve araçları içermektedir. En basit laboratuvar testlerinden tıbbi görüntüleme cihazlarına, biyomedikal ve genetik uygulamalardan dijital bilgi teknolojilerine pek çok teknolojik araç ve uygulama hem hekimler hem hastalar için teşhis ve tedavi süreçlerini hızlandırmış ve kolaylaştırmıştır. İnsan bedeninin içinin görüntülenmesini ve izlenmesini sağlayan teknolojiler sayesinde cerrahi teknikler gelişmiş, hastalar dijital bilgi teknolojileri sayesinde kendi durumlarını gündelik olarak takip edebilmeye başlamıştır.

Daha önce teşhis edilemeyen ve tedavisi mümkün olmayan hastalıkların teşhis ve tedavi edilmesine olanak sağlayan tıp teknolojileri, hekimlerin toplumdaki otoritesinin ve statüsünün güçlenmesinde de büyük rol oynamıştır (Green ve Thorogood, 1998; Stevens, 2009). Hekimler, daha önceleri insanları öldürmesini çaresizce izledikleri hastalıkları tanımlayabilir, bunlar için tedavileri belirleyebilir olmuşlar, böylece toplumların güvenini ve saygısını kazanmışlardır. Nitekim teknolojinin, ivme kazandığı 19.yüzyıl sonu ve 20.yüzyılın ilk yarısının hekimliğin “Altın Çağı” olarak adlandırılmasında rolü büyüktür (Gorman ve Sandefur, 2011). Bu teknolojiler içinde büyük bir yer kaplayan tıbbi görüntüleme cihazları, insan bedeninin içinin kesitler halinde gözlemlenmesini sağlayarak tıbbın her branşı adına büyük atılımlar gerçekleşmesini sağlamıştır.

Öte yandan, özellikle yaygınlaştıkları ve sağlık hizmetlerinin temel bir parçası haline geldikleri 20.yüzyılın ikinci yarısından itibaren hekimlerin çalışma koşullarını dönüştürmüş ve mesleki değerleri açısından bir çatışma durumu yaratmaya başlamıştır. Giderek çeşitlenen ve maliyeti artan bu cihazlar artık tüm sağlık kuruluşları içinde yer almakta, hekimler ise artan hızda bu kuruluşların çalışanları haline gelmektedir. Dünyanın dört bir yanında piyasa dinamiklerine göre şekillenen sağlık reformları, sağlık harcamalarını kısma odaklanmış, bu durum cihazların kullanımına dair kararları da etkilemeye başlamıştır. Maliyet hesaplarını verimlilik ve etkinlik ilkelerini önceleyen sağlık kuruluşlarında ücretli

birer çalışan haline gelmiş hekimlerin çalışma biçimlerini belirlemeye çalışan, sağlık kuruluşu yöneticileri, sosyal güvenlik kurumları, sigorta ve ilaç şirketleri ve hastalar gibi başka gruplar ortaya çıkmıştır. Araştırmacılar, bu koşullar altında hekimlerin, teknoloji kullanımı da dahil olmak üzere, işlerine dair aldıkları kararların nasıl etkilendiğini, 20. yüzyılın ortasına kadar sarsılmaz olduğu düşünülen otoritelerinin ve mesleki bağımsızlıklarının azalıp azalmadığını tartışmışlardır. Bu tartışmalarda bağımsızlığı etkileyen çeşitli etkenleri farklı açılardan ele alan yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlarda eksik olan bir nokta, tıp teknolojilerinin bu çerçevede çok ele alınmamış olmasıdır. Tıp teknolojilerinin tıp pratiklerini, bedeni algılayışımızı ve bedene ve sağlığa dair kavramları nasıl değiştirdiği çokça incelenmiş olsa da mesleki bağımsızlık ve gündelik mesleki ve teknik pratikler üzerindeki etkisi yeterince incelenmemiştir (Casper ve Morrison, 2010).

Bu makale, bu boşluğun doldurulmasına Türkiye'deki durumu ele alarak katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Çalışmada, Ankara'da kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan uzman hekimlerle yapılan görüşmelere dayanarak, Türkiye'de 2000'li yıllardan itibaren yaygınlaşan tıbbi görüntüleme cihazı kullanımının hekim bağımsızlığını nasıl etkilediği incelenmektedir. Bu amaçla ilk önce mesleki bağımsızlığın tanımı yapılacak, mesleki değer olarak hekimler ve toplum açısından taşıdığı öneme değinilecektir. Sonrasında dünyada ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü ve bunların sonucunda ortaya çıkan mesleki bağımsızlık tartışmaları ele alınacaktır. Teknolojinin burada nasıl bir rol oynadığına temel hatlarıyla değinilecektir. Makalenin son bölümünde ise saha çalışmasında elde edilen verilerle Türkiye'de tıbbi görüntüleme cihazlarının mesleki bağımsızlığı ne ölçüde etkilediğini ve bunun hekimlik pratikleri üzerindeki etkisini etkilediği incelenecektir.

2. HEKİMLİK VE MESLEKİ BAĞIMSIZLIK

Hekimlik, sahip olduğu bilginin karmaşık ve uzmanlık gerektiren niteliği, bu bilginin uzun süren zorlu bir eğitim süreci sonunda edinilmesi, işini insanlığa ve topluma hizmet idealiyle icra ettiği düşüncesinin insanlar tarafından benimsenmiş olması sayesinde tıp alanında büyük bir otorite sahibi olmuştur (Larson, 1977, Freidson, 1970). 19. yüzyılın sonu itibariyle Batı dünyasında devletler, otoritesine

güvendiği mesleğin yetkilerinin hukuki olarak korunmasına destek olmaya başlamıştır (Elliott, 1972). Şifacılar ya da çıkıkçılar gibi geleneksel tıp uygulayıcısı rakiplerini bu sayede saf dışı edebilen hekimler, alanları üzerinde tekel oluşturabilmiş ve toplum içinde güven duyulan ayrıcalıklı bir statüye sahip olmuşlardır (Saks, 1994). Meslek grubu üyelerinin eğitimle belgelenmiş ve kanunlarla onaylanmış yetkileri ve hastalarına her koşulda hizmet edeceklerine duyulan güven, mesleğin, aranan nitelikler ile iş bölümü ve iş koşulları üzerinde kontrol sahibi olmasını, mensuplarını denetleme ve gerektiğinde cezalandırma yetkisini elde etmesini sağlamıştır.

Bu yetkiler, bu otoriteye sahip meslek grubunun üyeleri olarak hekimlerin mesleklerini bağımsız olarak icra edebilmelerini mümkün kılar. Mesleki bağımsızlık, meslek mensubu kişilere işlerini başka hiç kimsenin müdahalesini ve hiçbir etkeni göz önünde bulundurmada icra etme ayrıcalığını sunar. Fakat bu ayrıcalık, aynı zamanda bir zorunluluktur (Parsons, 1939). Hekimler hastaları için en iyi tedaviye hiçbir kişisel ekonomik ya da siyasi çıkarı gözetmeden, yalnızca tıbbi bilgi, beceri ve deneyimlerine dayanarak karar verme yükümlülüğünü taşımaktadır. Alanları üzerinde devlet ve hukuk desteğiyle kurulmuş otoriteyi, toplumdaki saygınlıklarını ve hastalarla aralarındaki güven ilişkisini sürdürmenin tek yolu, mesleklerini her türlü dış etkiden bağımsız olarak sürdürebilmelerinde yatmaktadır. Dolayısıyla bir ayrıcalık ve zorunluluk olmanın yanı sıra mesleki bağımsızlık, hekimliğin en temel mesleki değeri olmuştur. Gündelik meslek pratiğinde mesleki bağımsızlık, hastanın teşhis ve tedavisi sürecinde alınması gereken klinik ve ekonomik kararları içermektedir. Hastanın kabulünden başlayarak tedavisi sonuçlanana kadar alınacak her türlü karar buna dahildir. Hasta yönetimi, tıbbi sürecin koşulları ve içeriği, yani işin teknik boyutlarının yanı sıra, süreç için gerekli kaynakların dağılımı, bakacakları hasta sayısı, yapacakları işin miktarı, belirlenecek ücret gibi lojistik ve finansal boyutları da içermektedir (Elston, 1991; Freidson, 1970; Freidson, 1988; Harrison ve Schulz, 1986; Funck, 2012; Lin, 2014).

3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ VE MESLEKİ BAĞIMSIZLIK TARTIŞMALARI

Hastane yapısının yaygınlaşmaya başladığı 20. yüzyılın ikinci yarısına kadar hekimlerin, mesleklerini bir kurumun çalışanı olarak değil, tek başlarına icra ettikleri için mutlak bağımsızlığa sahip oldukları

düşünülmüştür. Ellerindeki kaynakları, kısıtlı da olsalar, nasıl kullanacaklarına, tedaviyi nasıl yönlendireceklerine ve alacakları ücrete kendileri karar veriyorlardı. Fakat 20. yüzyılın ikinci yarısında, bir yandan dünyanın pek çok yerinde neoliberal bir düzlemde yeniden yapılandırılmaya başlanan sağlık sistemleri sağlık hizmetlerinin sunumunu ve finansmanını değiştirmekte, diğer yandan hekimlerin sağlık kuruluşlarının bünyesinde istihdam edilme oranı artmaktadır. Bu gibi gelişmeler hekimlerin çalışma biçimlerinin ve dolayısıyla mesleki bağımsızlıklarının nasıl etiklendiğine dair tartışmaların başlamasına ve bu sorulara dair farklı yaklaşımların ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Özellikle 1980'lerden itibaren ekonomik ve sosyal gelişmişlik düzeyleri birbirinden farklı pek çok ülkede sağlık sistemlerinde hizmetlerin sunumunu ve finansmanını etkileyen reformlar uygulanmaya başlanmıştır. Klein'in (1995) "sağlıkta reform salgını" olarak adlandırdığı bu süreçte, uygulamalar benzer noktalar etrafında şekillenmektedir. Hizmet sunumu ve finansmanını verimlilik ve etkinlik ilkeleri etrafında düzenleyen, piyasa kurallarına açık hale getiren, kamu harcamaları kısmayı hedefleyen ve özel sektörü ve kamu – özel işbirliklerini teşvik eden değişiklikler uygulanmaktadır. Kamu harcamalarını kısmak ve maliyetleri kontrol etmek için alınan bir dizi önlem, sağlık hizmetlerinin hekimler dışında başka aktörlerin de söz sahibi olduğu, ticarileşmiş bir faaliyete dönüşmesine neden olmuştur. Bu önlemler ve geliştirilen yeni uygulamalar, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde hizmetlerin niteliğinden ziyade maliyetini merkeze almaktadır. Bu hesaplamaların yapılabilmesi için sağlık çalışanlarının performansının "verimli ve etkin" hale getirilmesi, ölçülebilmesi ve ödeme ve değerlendirmelerin de buna göre yapılması gerekmektedir. Sağlık hizmet sunumu ve finansmanında merkezi aktörler olarak ortaya çıkan sağlık kuruluşu yöneticileri, sosyal güvenlik kurumları, sigorta ve ilaç şirketleri, hekimlerin faaliyetlerinin kontrol altına alınmasını, denetlenmesini ve niceliksel olarak değerlendirilmesini, maliyetlerin kontrolü için başat bir koşul olarak görmektedir.

Aynı süreçte, hekimlerin otoritesine dair şüpheli yaklaşımların arttığı ve güvenin aşındığı da gözlemlenmektedir. Bilimsel tıbbın gelişmesiyle hizmetlerde, tedavi yöntemlerinde ve ücretlerde oluşan farklılıklar, hekimlerin aldıkları kararların kendi ekonomik çıkarlarına dayanıp dayanmadığının

sorgulanmasına neden olmaktadır. Başta ABD’de olmak üzere artan malpraktis davaları, yeni bazı ilaç denemelerinin felaketle sonuçlanması, Türkiye de dahil olmak üzere çeşitli ülkelerde kamuoyunda geniş yer tutmuş “sağlık skandalları”, teknik başarısızlığın ve mesleğin kötüye kullanıldığının ispatı olarak gösterilmiştir (Navarro, 1988; Freund, McGuire ve Podhurst, 2003; Dixon – Woods, Yeung ve Bosk, 2011). Hali hazırda sağlık harcamalarında yaşanan olağanüstü artışla bir araya gelince bu gelişmeler, hekimlere dair sorgulayıcı ve şüpheli yaklaşımların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Mesleğin kendi üyelerini denetleme görevini yerine getirmediği, çıkarlarıyla çatıştığı için kendi içlerindeki “kötü elmaları” cezalandırmadıklarına dair algı, hekim – hasta ilişkilerindeki güveni de zedelemiştir.

Sağlık kuruluşlarının yapısının ve hekimlerin istihdam biçimlerinin değişiyor olması da bu ilişki üzerinde etkilidir. Hekim ve hastalar arasındaki ilişkiler, hekimlerin birer kurumu çalışanı olmasıyla daha da uçucu hale gelmiştir. Potter ve McKinlay (2005), geçmişte ailenin her üyesinin hastalık geçmişi bilen, ailenin nesiller boyunca her üyesini tanıyan bir aile hekimi olduğunu, fakat artık hekim ve hasta arasında daha kısa vadeli ilişkiler kurulduğunu vurgulamıştır. Hastaların gördükleri hekim, hangi kuruluşa başvurabildiklerine, hastalıklarının hangi uzmanlık alanına girdiğine, randevu alıp alamadıklarına, sigortalarının kapsamının ne olduğuna göre değişebilmektedir. Uzun geçmişe dayalı güven ilişkisinin yokluğu, hekim ve hasta arasındaki birebir ilişkide de güveni engelleyebilmektedir (Potter ve McKinlay, 2005). Bunun yanı sıra, başta İnternet olmak üzere dijital bilgi teknolojilerinin gelişmesiyle bilgiye erişimin kolaylaşması, hastaların hekimlerin karşısına tıbbi süreçlere dair daha çok bilgiyle çıkmasını sağlamaktadır (Hardey, 1999; Hardey, 2001). Ayrıca sağlık hizmetlerinde hastaların daha aktif ve özerk olması gerektiğini vurgulayan yaklaşımların desteklenmesiyle hastalar, hekimler karşısında yeni bir güç kazanmıştır.

Freidson’a göre (1970) mesleki bağımsızlık bir paradoks oluşturmaktadır: Bağımsızlık, hekimlerin işlerini doğru yapabilmeleri ve tıbbi kararları hastanın en üstün yararına olacak şekilde almaları için elzemdir. Fakat bağımsızlık aynı zamanda dış aktörlerin hekimleri denetlemesini neredeyse imkânsız kılmaktadır. Özel, uzmanlık gerektiren, meslek dışındakilerin değerlendirmesine ve ölçmesine imkân

vermeyen bir bilgiye sahip olmaları, kendi mensuplarını denetleme ve değerlendirme ayrıcalığına sahip olmalarını ve dışarıdan gelecek müdahalelere kapalı olmalarını da beraberinde getirmektedir (Larson, 1977). Bu durum, sağlık hizmetlerinin merkezi aktörü olan hekimlerin, 1970'lerden itibaren sağlık harcamalarında yaşanan patlamanın sorumlusu olarak gösterilmelerine ve diğer aktörlerin hekimlerin faaliyetlerini kontrol altına alma çabalarına yol açmıştır.

Tüm bu gelişmeler, çalışma sosyolojisi, meslek sosyolojisi ve tıp sosyolojisi alanlarında hekim bağımsızlığını tartışan yeni yaklaşımların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bir grup gözlemci, hekimlerin tek başına çalışan “serbest meslek sahipleri” olmaktan çıkıp karlılığı gözetken ve kendilerini denetleyen bürokratik kurumların çalışanları haline gelmesiyle, “proleterleştiklerini” ileri sürmektedir (McKinlay ve Arches, 1985; Stoeckle, 1988; Oppenheimer, 1973). Onlara göre bu durum, özellikle ekonomik ve lojistik kararların kural ve düzenlemeleri belirleyen başkaları tarafından alınmasıyla, hekimlerin mesleki bağımsızlıklarının azalacağını göstermektedir. Diğer bir grup gözlemci ise hekimlerin hastalar üzerindeki otoritesine odaklanmıştır. Teknolojiyle birlikte hekimlerin tıbbi bilgiye dair tekellerinin kırıldığını ve hastaların hekim otoritesini sorgulamaya başladığını ileri sürmektedir (Haug ve Lavin, 1978; Haug, 1988; Ritzer ve Walczak, 1988; Neuberger, 2000). Hastaların semptomları, teşhis ve tedavi yöntemlerine dair daha çok bilgiye sahip olmalarıyla, hekim ve hasta arasındaki bilgi farkı biraz da olsa kapanmakta, gözlemcilere göre bu durum “profesyonelliğin yitimine” neden olmaktadır.

4. TEKNOLOJİ VE MESLEKİ BAĞIMSIZLIK

Tıp teknolojilerinin, sağlık harcamalarının artması, bürokratik yapısı olan kuruluşların hizmet sunumunda temel örgütlenme biçimi haline gelmesi, sağlık personelinin çeşitlenmesi ve hatta hekimlere karşı şüpheciliğin artması gibi pek çok gelişmede rolü vardır. 1950'lerden itibaren en küçük hastanelerde bile farklı cihazlar bulunduran radyoloji bölümleri kurulmaya başlanmış, özellikle tıbbi görüntüleme cihazları teknolojisini giderek karmaşılaşmıştır. 1980'li yıllara gelindiğinde üretimi ve kullanımı yaygınlaşan görüntüleme cihazları, bir yandan teknolojinin modern tıpta edindiği hâkim pozisyonun,

diğer yandan da artan masrafların sembolü haline gelmiştir (Bynum, 2014: 175; Bloom, 2002: 205). Bu durum sağlık hizmetleri için bir ikilem ortaya çıkarmıştır. Görüntüleme cihazları sağlık harcamalarını baş edilmez biçimde artırmakta, fakat bu masrafları karşılanması ve maliyetlerinin çıkarılması için daha çok kullanılmaları da kaçınılmaz hale gelmektedir. Çünkü sağlık kuruluşları, kuruluşların sunduğu hizmet çeşitliliğinden ve uygulanan prosedürlerin sayısından kar etmektedir (Goldstein Jutel, 2011). Cihaz çeşitliliği arttıkça sağlık personeli de artmaya ve çeşitlenmeye başlamış, bu durum da hekimlerin kimi görevleri hemşireler ya da teknisyenler gibi başka çalışanlara devretmelerine neden olmuştur (Liberati, 2017).

Tıp teknolojilerinin karmaşıklaşp çeşitlenmeleri ve maliyetlerinin artması, sağlık hizmetleri alanında rekabet edebilmek için daha çok sermayeye, daha çok personele ve daha büyük mekanlara ihtiyaç duyulmasına neden olmuştur. Bu da, hekimlerin tek başlarına çalışan meslek sahipleri olmaktan çıkıp ücretli birer çalışan haline gelmelerinde etkili olmuştur. Teknoloji geliştikçe ve tıpta uzmanlaşma arttıkça hastanelerin yapısı karmaşıklaşmış, personel sayısı ve çeşidi artmış ve tüm bunların mali ve idari yönden yönetilebilmesi için başlı başına bir yönetici grubu ortaya çıkmıştır. Sağlık kuruluşlarında böylece çifte bir otorite ortaya çıkmıştır: İdari ve mali kararlardan sorumlu hastane yöneticileri ve tıbbi kararlardan sorumlu hekimler.

Yöneticiler ve hekimler arasında, değerler, otoritelerinin doğası ve karar alma biçimleri açısından farklılıklar vardır. Hekimleri otoritesi bilgilerinden, yöneticilerinki ise kurallardan kaynaklanmaktadır. Hekimler diğerkamlık, bağımsızlık, insanların refahı gibi değerlerle karar alırken, yöneticilerin kararları öngörülebilirlik ve ölçülebilirlik gibi niteliklere dayanır (Ritzer, 1975). Yani yöneticilerin rasyonel yönetim anlayışıyla hekimlerin bağımsız tıbbi değerlendirme anlayışı, yöneticilerin bürokratik ilkeleri ve hekimlerin mesleki değerleri aynı çatı altında çalışma halindedir (Freidson, 1988). Sağlık kuruluşlarının bürokratik şemalarında çalışanların takip etmesi gereken kurallar, süreçler ve denetleme mekanizmaları mevcutken, hekimlerin iş süreci mesleki bağımsızlık ve özdenetim üzerine kuruludur. Fakat kurumun ve daha geniş bağlamda sağlık sisteminin işleyişi, hekimleri yöneticilerin harcamaları

kontrol altına almak üzere oluşturdukları hesaplanabilir ve öngörülebilir kurallara tabi olmalarını zorunlu kılar. Mesleklerini yalnızca kendi bilgi, yargı ve deneyimlerine dayanarak icra etmeleri gerekirken, artık göz önünde bulundurmaları gereken yeni standartlar, denetim araçları ve hesap vermeleri gereken yeni otoriteler çıkmıştır. Harrison (2002) bürokratik kuralların uygulanmasını sağlayan standardizasyon ve denetim pratikleriyle dönüşen tıbbi emek süreçlerine, Taylor'un bilimsel yönetim ilkelerine atıfla "Bilimsel Bürokratik Tıp" adını vermiştir. Teknoloji kullanımı da, sağlık hizmetlerini içinde maliyetinin kontrol edilmesi, hekimlerin faaliyetlerinin standardize edilmesi, ölçülmesi ve denetlenmesi üzerinden mesleki bağımsızlıklarına başka aktörlerin müdahale etmesini sağlayan bir araç haline gelmiştir.

5. TÜRKİYE'DE TIBBİ GÖRÜNTÜLEME CİHAZLARININ MESLEKİ BAĞIMSIZLIK ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Türkiye'de sağlık hizmetlerini dönüştürmeyi hedefleyen ilk planlar, 1990'larda Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve Dünya Sağlık Örgütü'nün teşvikleriyle hazırlanmış, fakat tam olarak uygulamaya geçirilememiştir. Dünyadaki diğer sağlık reformu uygulamalarıyla aynı ilkeler etrafında hazırlanmış bu planlar, kamu sağlık harcamalarını azaltarak hizmetlerin maliyet açısından verimli ve etkin olmasını hedeflemiştir. 2002 yılında tek başına iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) ise ilk icraatlarından biri olarak, bu planlarla benzeşen ilkeleri ve uygulamaları içeren Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı (SDP) başlatmıştır. 2003 yılında uygulamaya koyulan program, sağlık hizmet sunumu ve finansmanı "verimlilik, etkinlik ve hakkaniyet" ilkeleri çerçevesinde dönüştürmeyi hedeflemiştir. Daha önce parçalı bir yapısı olan sosyal güvenlik sistemi tek çatı altında birleştirilerek nüfusun tamamına yakını bu sistemde sosyal sigorta kapsamına alınmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmıştır. Öte yandan kamu harcamalarının kısılması ve özel sağlık sektörünün genişlemesi teşvik edilmiştir. Kamu sağlık kuruluşlarının mali ve idari yapıları özertleştirilmiş, kamu – özel işbirliği uygulamaları ve kamuya hizmet alımları artmıştır. Sağlık çalışanlarının ödemeleri, ölçülebilir kriterlere dayanan performans değerlendirmelerine göre yapılacak şekilde düzenlenmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişim nüfusun büyük kısmı için nispeten daha kolaylaşmış ve daha az hiyerarşik hale gelmiş olsa da hizmetlere erişimin artması, talepte de artışa neden olmuştur. Kişi başı hekime müracaat oranı 2002 yılından 2018 yılına 3 kattan fazla artmıştır. Müracaat sayısı, muayene sayısı ve işlem sayılarındaki artış, kışkırtılmış sağlık talebi tartışmalarını da beraberinde getirmiştir. Talep artışı, tıbbi görüntüleme cihazlarının kullanımına da yansımıştır. En çok kullanılan tıbbi görüntüleme cihazı olan MR cihazından 2002 yılında Türkiye’de 58 adet bulunurken 2018’de 1211, Ultrason cihazından ise 2002 yılında 1005 adet bulunurken 2018’de 5846 adet bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019). Türkiye, 31 OECD ülkesi arasında MR cihazı görüntüleme sayısının en yüksek olduğu, Bilgisayarlı Tomografi görüntüleme sayısının ise üçüncü en yüksek olduğu ülke haline gelmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Ankara’da kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan uzman hekimlerle yapılan görüşmelerin analizi, Türkiye’de tıbbi görüntüleme cihazların kullanımının artışının nedenlerini ve mesleki bağımsızlık üzerindeki sonuçlarını birkaç farklı yönden ele almamızı sağlamaktadır. Elde edilen bulgularla mesleki bağımsızlık odağında, hekimlerin tıbbi cihaz kullanımına dair karar alma mekanizmalarını yönlendiren etkenler ve aktörler incelenecek ve bu müdahalelerin hekimlik uygulamalarında ne gibi değişikliklere neden olduğu ele alınacaktır.

5.1. Tıbbi Görüntüleme Cihazları ve Hekimlerin Karar Alma Mekanizmaları

Tıbbi görüntüleme cihazlarının yaygınlaşması, bu cihazların Türkiye’de de sağlık hizmeti sunumunun önemli bir parçası haline gelmesine ve maliyetlerin içinde önemli bir yer tutmasına neden olmuştur. Dolayısıyla bunların kullanımına dair kararlara doğrudan ya da dolaylı olarak müdahale etmeye çalışan başka aktörler de ortaya çıkmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) sağlık kuruluşlarıyla yaptığı geri ödeme anlaşmaları, bu kapsam dışında hastaların hastanelere cepten yapması gereken ödemeler, cihazlar için özel sektörle yapılan hizmet alım anlaşmaları, hekimlere yapılacak performans ödemelerinin kriterleri, kısacası sağlık kuruluşlarının, SGK’nın ve özel sağlık sigortalarının finansman ve kaynak dağılımına dair aldıkları kararlar, hekimlerin bu cihazları ne ölçekte kullanacaklarını etkileyebilmektedir. Cihazların mülkiyeti kendilerinde olmadığı için hekimler, bu cihazların

maliyetlerine, ne kadar kullanılacaklarına ve karşılığında alınacak ücrete kendileri karar verememektedirler.

Görüşülen hekimler, sağlık kuruluşu ve yöneticileri tarafından belirlenen görmeleri gereken günlük hasta sayısının cihaz kullanımına dair kararda etkili olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık kuruluşlarının dayattığı hasta yoğunluğu nedeniyle hasta başına ayrılan sürenin 5 dakikaya kadar düşebilmekte, bu durumda hastanın fiziki muayenesi gerçekleştirmek ve hasta öyküsü almak için çok zaman kalmamaktadır. Fiziki muayene ve hasta öyküsü almak tıp fakültesinde öğrendikleri en temel becerilerden olsa da, zaman kısıtlaması nedeniyle artık eskisi kadar sıklıkla gerçekleştirememekte ya da daha kısa sürede gerçekleştirilmektedir. Oysa fiziki ve sözlü iletişim, hastanın sağlık geçmişini öğrenmenin yanı sıra hastayla karşılıklı güveni inşa etmek ve endişeleri azaltmak için gereklidir. Hekimler, bu tür geleneksel teşhis yöntemlerinin hem hasta ile iyi bir ilişki kurabilmek hem de doğru teşhis yapabilmek için çok önemli olduğunu düşünselerde, kendi kontrollerinde olmayan gündelik hasta sayısını zorunluluğu karşılayabilmek için daha kısa sürede daha kesin teşhis koymalarını sağlayan tıbbi görüntüleme cihazlarına başvurduklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin çoğu “daha hızlı olmanın” kendi tercihleri olmadığını vurgulamışlardır.

Bu durum, hekimler açısından bir çelişki de teşkil etmektedir. Bir yandan tıbbi görüntüleme cihazlarına ellerindeki verilerin ve zamanın kısıtlı olması nedeniyle başvurduklarını belirtmekte, öte yandan bu cihazların işlerini daha kolaylaştırdığını söylemektedir. Fakat bu cihazların hekimlik becerilerini “körelttiğini” de düşünmektedirler. Görüşülen bazı hekimler bunu zoraki olarak bir “kör ve sağır olma” durumu olarak betimlemişlerdir. Hızlanmak ve daha kesin sonuç almak üzere başvurdukları yöntemler, teşhis koyma becerilerini köreltmekte, bu becerilerin eskisi kadar keskin olduğunu düşünmedikçe de hastaları bu cihazlara yönlendirme eğilimleri artmaktadır.

Öte yandan, sigorta kapsamlarında, geri ödeme ya da katkı payı miktarlarında, özel hastanelerin SGK anlaşmalarında değişiklik yapıldığı takdirde, hekimlerin tıbbi cihaz kullanımlarına yapılan müdahalelerde de değişiklik olabilmektedir. Özel hastanelerde çalışan hekimler, üzerlerinde oluşturulan

ciro baskısının genellikle hastadan daha çok ücret alınması için daha çok görüntüleme yapmaları için yapılan bir baskıya dönüştüğünü belirtmişlerdir. Yöneticiler, hekimlerin cihazları ne kadar kullandıklarını kontrol etme çabasıdadır; teknoloji bir yandan maliyetleri artırmakta, diğer yandan bu maliyetleri karşılayıp üzerine kar etmek için en önemli araçlardan biri haline gelmektedir. Fakat hekimler aynı zamanda çalıştıkları kurumların SGK'yla anlaşmalarında ya sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasını yapan Sağlık Uygulamaları Tebliği'nde (SUT) değişiklikler olduğu durumlarda, daha fazla cihaz kullanma baskısının bir gün içinde daha az kullanmalarına dair baskılara dönüştüğünü de anlatmışlardır. Hekimlerin fiyatlandırma ve ödeme sistemlerinde ve sağlık kuruluşlarının mali yapısı içinde söz sahibi olmamaları, teşhis ve tedavinin niteliğini ve hızını etkileyebilecek görüntüleme cihazı kullanımını da etkiler hale gelmiştir.

Daha çok hastaya bakabilmek, daha hızlı ve kesin teşhis koyabilmek için fiziki muayene ve sözlü iletişimden tıbbi görüntüleme cihazlarından elde edilecek verilere doğru kayış, hastanın sağlık geçmişini öğrenmenin büyük önem taşıdığı “biyografik tıp”tan “teknolojik tıba” doğru bir kayış olarak değerlendirilebilir (Cockerham, 2016: 324). Hekimler, teknoloji kullanımının olumlu yönlerinden bahsetseler de, hem temel becerilerine kullanmamalarına neden olması, hem de bunlara dair kararlarda bağımsız olamamaları nedeniyle genellikle görüntüleme cihazlarına karşı olumsuz bir tavır almışlardır. Tıbbi görüntüleme cihazlarının kullanımına dair kararların kontrolünün tümüyle kendi iradelerinde olmayışı, kendileri için bir etik problem de ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerine ve dolayısıyla tıbbi görüntüleme cihazı kullanımına olan talep artışının bir bölümünün gereksiz teşhis ve tedavi işlemleriyle sonuçlandığını düşünmektedirler. Literatürde de “aşırı teşhis” olarak değerlendirilen durum, tıp alanının dışında olan ya da tedavi gerektirmeyen bir durumun tıbbi terimlerle tanımlanarak bir “hastalık” haline getirilmesini anlatmaktadır (Welch, Schwartz ve Woloshin, 2011). Aslında gerekmediği halde görüntüleme yapmak, hastada aslında bir “hastalık” olmayan, tedavisi olmayan ya da tedavisine gerek olmayan bir durumun gözlemlenme ihtimalini artırmaktadır. Welch ve arkadaşları, tanı ve tedavi sınırlarının değiştirilmesi, endikasyonların genişletilmesiyle “yeni hastaların” ortaya çıkmasının, kimi zaman zararlı olabilecek tedavilerin uygulanması hatta ameliyatların yapılması riskini oluşturduğuna

işaret etmektedir. Hızla gelişen görüntüleme teknolojileriyle insan bedeninde daha dar alanların daha detaylı bir şekilde görüntülenmesi sağlanmakta, dolayısıyla görülebilecek “anormallikler” artmaktadır. Hekimler, bu durumlarda hastalara tedaviye gerek olmadığını anlatmanın zorluklarından bahsetmişlerdir. Fakat iş işten geçmiştir, vakit darlığı ya da yönetim baskısı nedeniyle yapılan görüntüleme sonucunda hasta artık gerçekten “hasta” olduğunu düşünmektedir. Diğer yandan hekimler burada yalnızca yöneticileri ya da hastaları suçlamanın doğru olmadığını da belirtmişlerdir. Kamuda performansa ve özel sektörde prime dayalı ödeme biçimleri nedeniyle bazı meslektaşlarının da gönüllü olarak “aşırı teşhis” ve sonucunda gereksiz işlemler yapabildiğini söylemişlerdir. Hastaya zarar vermek potansiyeli olan bu gereksiz işlemlerin, gönüllü ya da gönülsüz yapıldığı her iki durumda da hekimler, durumun aslında kendi mesleki bağımsızlıklarına bir müdahale sonucunda gerçekleştiğini ima etmektedirler. Birisinde finansal motivasyonları göz önünde bulunduran yöneticiler tarafından buna zorlanmakta, diğerinde ise, özellikle temel ücretlerin yetersiz olduğu noktada, performans ödemelerini alabilmek için aslında zorunlu bırakıldıklarını düşünmektedirler.

5.2. Bütüncül Tıptan Noktasal Alanlara

Tıbbi görüntüleme cihazlarının, hekimlerin tıp yaklaşımı ve işleriyle olan ilişkilerini algılayışları üzerinde de önemli bir etkisi vardır. Hekimler, tıbbi görüntüleme cihazlarının insan bedeninin çok dar kesitlerine dair detaylı görüntüler sunabilmesi nedeniyle, hastaların ruhsal ve fiziksel bütünlüğünü bir arada değerlendiren, bedeni bir bütün olarak gören bütüncül yaklaşımdan uzaklaştığını belirtmişlerdir. Bütüncül tıp, insanı tüm organlarıyla birlikte bütün bir organizma olarak değerlendirir ve insanın doğal ve sosyal çevresiyle olan etkileşiminden etkilendiğini kabul eder. Bunun sonucu olarak yalnızca hastanın belirli şikayeti olan bölgeye odaklanmaz, sosyal ortamını ve psikolojik durumunu da göz ederek fiziksel, ruhsal ve sosyal bir bütün olarak yaklaşır. Oysa tıp teknolojilerinin katkısıyla da tıp uzmanlaşma derinleşmiş, her hekimin uzmanlık branşına giren alan giderek daralmıştır. Tetkikler ve görüntüleme cihazları da sundukları dar kesitlere ait imgelerle hekimlerin belirli bir organa/bölgeye dair daha derinlemesine bilgi sahibi olmalarını sağlamıştır. Giderek daralan uzmanlaşma ve detaylı incelenebilen bulgular, teşhis ve tedavi yaklaşımlarını da etkilemiştir. Teknoloji, görüşülen bir hekimin deyişiyle

“tıbbi noktasal alanlara çekmiştir”. Fiziki muayene ve hasta öyküsü alma gibi geleneksel teşhis yöntemlerinin de daha az kullanılmasıyla hastayla sözlü iletişim daralmış, bu durum da hastayı fiziksel, ruhsal ve sosyal bir bütün olarak ele alma yaklaşımından uzaklaşılmasına katkıda bulunmuştur. Hekimler, zaman kısıtı, hastayla sözlü iletişimin azalması, uzmanlık alanının getirdiği kısıtlamalar ve görüntüleme çıktılarından edinilen bulguları kullanma eğiliminin artmasıyla, hastaları psikososyal bir açıdan da ele alarak bir bütün olarak değerlendirme yaklaşımının azaldığını belirtmişlerdir. Bir yandan bütüncül tıptan uzaklaşırken diğer yandan tek bir kesite dair detaylı bilgi sahibi olabilmek, hekimlerin tıbbi görüntüleme cihazları ile ilişkisinde bir çelişki daha teşkil etmektedir.

5.3. Teknoloji ve “Demokratikleşen” Hekim – Hasta İlişkileri

Hekim – hasta ilişkileri, sağlık hizmetleri alanında hizmetlerin niteliğini belirleyen en önemli ilişki biçimlerindedir. Bu ilişki, geleneksel olarak bilgi ve dolayısıyla güç asimetrisi içerdiği için “paternalist” olarak nitelendirilmektedir. Fakat 20. yüzyılın son çeyreğinden başlayan, sağlık hizmetlerindeki dönüşümlerle birlikte bu ilişkinin de değiştiğini ve bu değişikliklerin hekimlerin otoritesi ve mesleki bağımsızlığı üzerinde de büyük etkisi olduğu gözlemlenmiştir (Mead ve Bower, 2000; Bury, 2009).

Hekimler ve hastalar arasındaki eşitsiz ilişkinin sorunsuz bir şekilde ilerleyebilmesini sağlayan en önemli özellik, güvene dayalı olmasıdır. Hastanın tıp alanındaki bilgi, beceri ve deneyimlere sahip olmaması nedeniyle hastalık gibi kırılgan bir durumunda hekimin uzmanlığına ihtiyacı olması, aslında hastayı suistimale açık hale getirmektedir. Fakat hastanın, hekimin teşhis ve tedaviye dair başka hiçbir dış etkene ya da kişisel çıkarına dayanmadan karar alacağına güveniyor olması, hekim otoritesini tanıması, bu ilişkinin pürüzsüz şekilde işlenmesini sağlar. Güven ilişkisi kırıldığında, hastaların, hekimin yeterliliğini ya da tavsiyelerini sorgulama eğilimi artmaktadır. Hekimler, bu durumun sağlık hizmetlerinin niteliği de olumsuz etkileyeceğini belirtmişlerdir. 1970’lerden itibaren sağlık hizmetlerinin dönüşümüyle birlikte hekim – hasta ilişkisindeki güven ilişkisinin zedelenmeye başladığı, hekim kararlarının hastalar tarafından daha çok sorgulandığı gözlemlenmiştir (Haug ve Lavin, 1978).

Bazı araştırmacılar, hastaların daha sorgulayıcı olmasının, kendi sağlıkları için daha aktif bir role sahip olmalarının tümüyle olumsuz bir gelişme olmadığını, ilişkinin “demokratikleşmesinin” gerekli olduğu ileri sürmüşlerdir. Bazı araştırmacılar ise hekimlerin hastalar üzerindeki otoritelerinin zayıflamasının, profesyonelliklerini aşındırdığını ileri sürmüşlerdir (Haug, 1973; Haug, 1988). Hekim – hasta ilişkileri dönüşen sağlık hizmetleri içinde hekimlerin otoriteleri ve mesleki bağımsızlıklarını etkileyen önemli bir etken olarak tartışılmıştır.

Hekim – hasta arasındaki ilişkinin değişmesine ve “daha demokratik” hale gelmesine neden olan en önemli gelişmelerden biri, dijital bilgi teknolojileri ve İnternetin kullanımının yaygın hale gelmesiyle hastaların tıbbi bilgiye daha kolay erişebilmesidir (Hardey, 1999; Hardey, 2001). İnternet ve diğer popüler medya mecraları sayesinde hastalar kendi durumları ve teşhis ve tedavi yöntemleri hakkında bilgiye erişebilir, diğer hastalarla iletişim kurarak destek alabilir, hekimlerine dair değerlendirme alabilir hale gelmiştir. Öztakip mekanizmaları ve bilgisayar teknolojileri hekimlere başvurmadan durumlarını takip edebilmelerini sağlamıştır. Dolayısıyla teknoloji hastaların hekimlerle ilişkilerinde daha aktif bir rol oynayabilmelerini, daha çok sorumluluk alabilmelerini ve daha özerk olabilmelerini sağlamıştır.

İnternet ve diğer medya araçlarıyla erişimi kolaylaşan bilgiler arasında tıbbi görüntüleme cihazlarına dair bilgiler de bulunmaktadır. Görüşülen hekimler, hastaların daha çok bilgi sahibi olmalarının olumlu bir gelişme olduğunu düşündüklerini belirtse de, muayeneye tıbbi görüntüleme cihazlarına dair doğruluğu sorgulanabilir görüşler edinerek gelmelerinin kendi işlerini güçleştirdiğini belirtmişlerdir. Tıbbi görüntüleme cihazlarının yaygınlaşması, bu cihazlara erişimin kolaylaşması ve bunlara dair bilginin çok olması, hastalarda bu cihazların teşhisi tamamlayıcı birer araç değil, tedavinin gerekli bir parçası olduğuna dair bir algı oluşmasına neden olduğunu belirtmişlerdir. Bu gereklilik algısı, hastaların hekimlere bu cihazların kullanımına dair taleplere gelmelerine, ısrarcı olmalarına ve sonunca hekimin gerekli görmese de hastaları bu cihazlara yönlendirmeleriyle sonuçlanabilmektedir. Hasta memnuniyetinin hekim performansı değerlendirilmesi üzerinde etkisi nedeniyle hastalarla karşı karşıya gelmeme çabası, bu seçimlerini yönlendiren bir etkidir. Görüşülen hekimler, Türkiye’de sağlık

çalışanlarına yönelik şiddetin artmasının kararlarını etkileyen bir başka nokta olduğunu belirtmişlerdir. Hastalarla gerilim yaşamamak ya da hastaların tepkisi çekmemek için kimi zaman gerekli görmeseler de hastaların taleplerini karşıladıklarını vurgulamışlardır.

5.4. Hekimlik “Teknisyen”leşiyor mu?

Giderek derinleşen uzmanlık dalları ve bunun sonucunda gelişen teknoloji, hekimlerin uzmanlık alanlarının daralmasına neden olmaktadır. Bu durum, hekimlik deneyiminin, hekimlerin bilgisi ve hakimiyet alanının parçalanmasına yol açmaktadır. Bunun sonunda hekimler arasında teknolojinin vasıf kaybına yol açıp açmadığı konusunda endişeler ortaya çıkmaktadır (Lu, 2016). Hekimler, işin ve tıbbi sürecin tümüne hakim, bu süreci uzun bir eğitim sonucunda edindikleri karmaşık bilgi birikimi ve deneyimin süzgecinden geçirerek gerçekleştiren, bağımsız profesyonellerden, sürecin tek bir parçası üzerine standardize bir görüntü okuması yapan bir “teknisyene” dönüştüklerini hissetmektedirler. Oysa görüntüleme cihazlarından çıkan görüntüler de, bu görüntüler üzerinden değerlendirmeleri amacıyla kendileri veya radyoloji uzmanları tarafından yazılmış raporlar da standardize değildir; hekimlerin yorumlama ve değerlendirme yetisini gerektirmektedir. Fakat tıbbi görüntüleme cihazlarının işin mekanik bir teknik boyutu olarak görülmesi ve bu cihazların çok kullanılması, hekimlerin hastalar tarafından “düşük vasıflı teknisyenler” olarak görülmelerine neden olmaktadır. Bu algı, hastane yönetimi tarafından iş koşullarına yapılan müdahalelerle bir araya gelerek, hekimlerin vasıf ve dolayısıyla statü kaybına dair endişelerini artırmaktadır.

Jamous ve Peloille (1970), hekimliği de içeren profesyonel meslekler ve diğer meslekler arasında belirsizlik ve teknik detay oranına göre bir ayrım yapmıştır. Profesyonel meslekleri, teknik faaliyetleri daha ağırlıklı olan ve herkesin bilgisine açık kural ve süreçlere sahip diğer mesleklerden ayıran, bilginin diğerlerinin kontrol ve müdahalesini imkansız kılan belirsizliğidir. Tıbbi bilgi de karmaşık ve belirsiz doğası nedeniyle hekimliğin “profesyonel meslek” olarak sınıflandırılmasını sağlar. Bilgiye erişim dışarıya kapalıdır, teknik yönleri olsa da temel özelliği teorik niteliğidir. Oysa tıbbi görüntüleme cihazlarının kullanımına dair hastaların edindiği (doğruluğu sorgulanabilir de olsa) bilgiler, yönetimin

müdahaleleri ve performansı niceliksel olarak değerlendirerek ölçme çabası, hekimliğin standardize edilebilir, ölçülebilir, müdahale edilebilir mekanik bir süreç olduğuna dair algıyı güçlendirmektedir. Hekimler bu algının hastalar ve hastane yöneticileri gibi diğer aktörler tarafından mesleki bağımsızlıklarına daha kolay müdahale edilmesine neden olduğu konusunda endişe taşımaktadır.

6. SONUÇ: MESLEKİ BAĞIMSIZLIK İÇİN BİR ÇELİŞKİ VE ENDİŞE KAYNAĞI OLARAK TIBBİ GÖRÜNTÜLEME CİHAZLARI

Her ne kadar mesleki bir değer ve ideal olarak hekimlerin mutlak bir bağımsızlığa sahip oldukları düşünülmüş olsa da, normatif anlamda bu ayrıcalık, sistemin yapısal karakterinin elverdiği ölçüde sağlık hizmetleri alanında faal diğer aktörlerle müzakere edilerek uygulanmaktadır (Evetts, 2002; Light, 2010). Hekimlerin klinik ortamlardaki mesleki bağımsızlıkları, içinde çalıştıkları sağlık sisteminin yapısal nitelikleriyle doğrudan ilişkilidir (Hoogland ve Jochemsen, 2000). Sağlık sistemi, hizmetlerin sunumu, finansmanı, örgütleniş biçimi, sınırsız bağımsızlık için olanaklar sunabildiği gibi aynı zamanda bağımsızlığı kısıtlayabilmektedir. Kaynak dağılımının hükümetler, bakanlıklar ya da sosyal güvenlik kurumları gibi merkezi aktörler tarafından belirlendiği, hasta ve cihaz sayısı gibi kararların bütçelere bağlı olarak yöneticiler tarafından alındığı, hekimlerin çoğunun ücretli çalışan olduğu sağlık sistemlerinde bu tür ekonomik ve lojistik kararlar, devlet ve piyasa aktörleri tarafından alınmaktadır. Hekimlerin klinik bağımsızlığına, yaptıkların işin içeriğine doğrudan karışılmaz, fakat bağımsızlıklarını sistemin sunduğu mali ve lojistik çerçevede icra etmesi istenir. Bir kuruluştaki kaç görüntüleme cihazı olacağı, bu cihazların ne kadar kullanılacağı, bundan ne kadar kar edileceği gibi teknoloji kullanımı ilgilendiren kararlar da bu parametreler dahilindedir. Dolayısıyla hekimlerin başka hiçbir etkeni gözetmeden icra etmeye çalıştıkları mesleki bağımsızlıkları, bu kararların dayatmalarıyla çatışabilir. İşin içeriğine müdahale etmeseler de bu diğer aktörler, getirdikleri kısıtlamalarla hekimlerin mesleki bağımsızlığını dolaylı olarak etkiler.

Çalıştıkları sağlık kuruluşunun yapısı, sosyal güvenlik kurumları, ilaç şirketleri ve sigorta şirketleri, hekimlerin çalışma biçimleri ve karar alma mekanizmalarının değişmesine neden olan aktörler olarak ortaya çıkmıştır. Teknolojinin buradaki rolü, bu aktörlerin finansal motivasyonlarını şekillendirdiği için, büyük önem teşkil etmektedir. Harcamaların artmasının baş nedenlerinden biri olan tıp teknolojileri, aynı zamanda burada meydana gelen açığı kapamak ve kar etmek için önemlidir. Teknolojinin neden olduğu mali kısır döngü ve kar etme hedefi, hekimlerin teknoloji kullanımına dair aldıkları kararların bu dış aktörler tarafından kontrol edilmeye çalışılmasına neden olmuştur.

Tıbbi görüntüleme cihazları, teşhis ve tedavi süreçleri açısından hekimlere büyük kolaylıklar sağlamıştır. Öte yandan, hekimlik pratikleri ve mesleki bağımsızlık açısından daha karmaşık ve hatta çelişkili gelişmelere yol açmıştır. Aynı hekimler, tıbbi görüntüleme cihazlarının yaygın kullanımını gündelik pratikleri açısından hem olumlu hem olumsuz bir gelişme olarak değerlendirebilmektedir. Saha çalışmasının sunduğu bulgular ışığında, tıbbi görüntülemenin mesleki bağımsızlıkları üzerindeki etkileri ve bunların hekimlik pratikleri nasıl değiştirdiği incelenmiştir. Tıbbi görüntüleme cihazları bir yandan teşhis ve tedavi yöntemlerinde tıp tarihinde daha önce görüşmemiş bir hız ve kesinlik sağlarken, diğer yandan tıbbi dar uzmanlaşma alanlarına çekere bütüncül yaklaşımdan uzaklaştırmaktadır. Hekimler, eğitimleri sırasında öğrendikleri temel bilgilerin başında gelen fiziki muayene gibi teşhis yöntemlerini terk ederek, görüntüleme cihazlarının sunduğu olanaklardan faydalanmaktadır. Fakat bu tercih, hekimlerin yalnızca kendi iradeleriyle verdikleri bir karar olarak değerlendirilmemelidir. Sağlık kurumlardaki yoğunluğun ve ekonomik hesaplamaların getirdiği sınırlamalar ve bunların yöneticiler tarafından dayatılması, teşhis yöntemlerine dair kararların her zaman bağımsız bir biçimde alınmadığını göstermektedir. Karar alma mekanizmaları sosyal güvenlik sisteminin yapısından ödeme biçimlerine, yöneticilerin ciro baskısından maliyet hesaplarına, ek ödeme miktarlarından hasta yoğunluğuna, başkaları tarafından alınan ve dayatılan mali ve lojistik kararlardan etkilenmektedir. Bu durum, hekimlerin gerekli görmedikleri işlemleri gerçekleştirmek zorunda kalmaktan ve sağlık hizmetlerinin niteliğinin olumsuz etkileneceğinden endişe etmelerine neden olmaktadır.

Bunun yanı sıra, tıbbi görüntüleme cihazları hekim – hasta ilişkilerinde de bir gerilim noktası haline gelmektedir. Bu cihazlara erişim ve bunlara dair bilginin yaygınlaşması, hekim – hasta ilişkisinin daha “demokratik” bir biçime bürünmesine yol açmıştır. Öte yandan bu durum, hekimlerin hastalar üzerindeki otoriteleri sarsmakta ve cihazların kullanımını bir “gereklilik” olarak gören hastaların tıbbi da kararlara müdahale etmeye çalışan bir başka grup olarak ortaya çıkarmaktadır. Tıbbi pratiklerin standardize, ölçülebilir faaliyetler olduğuna dair teknolojinin de kuvvetlendirdiği algı, hekimlerin profesyonelliklerini sorgulamalarına ve vasıf kaybına dair endişelerinin artmasına neden olmaktadır.

20. yüzyılın başında hekimlerin otoritesini sağlamlaştıran tıbbi görüntüleme cihazları, 20.yüzyılın ortasından itibaren hekimlerin erişebileceği bilginin ufkunu genişletmekle birlikte, içinde bulunulan sistem nedeniyle mesleki bağımsızlıklarını kısıtlayan bir etken haline gelmiştir. Bu, hekimler için çelişkili bir durum yaratmaktadır. Bu cihazların mesleki bağımsızlık üzerindeki etkileri, teknolojilerin yalnızca hızından, içsel özelliklerinden ya da doğasından kaynaklanmamaktadır. Sağlık kuruluşlarının idaresinden sorumlu yöneticiler, sosyal güvenlik sistemleri, sigorta şirketleri, hastalar gibi diğer aktörler, bu teknolojilerin dağılımı, kullanım miktarı ve kullanım biçimine dair kararlara müdahale eden aktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Tıbbi görüntüleme cihazların hekimliğin mesleki bağımsızlığı üzerindeki etkisi incelenirken, hekimlerin nasıl bir sağlık sistemi içinde çalıştıkları, maliyet hesaplarının kimler tarafından yapıldığı, nasıl denetlendikleri, cihazların mülkiyetinin kime ait olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye’de sağlık sisteminin yapısal özellikleri ve hekimlerin sağlık alanındaki diğer aktörlerle ilişkileri ele alınarak incelendiğinde, tıbbi görüntüleme cihazlarının kullanımının yaygınlaşmasının hekimlerin mesleki bağımsızlığını azalttığı görülmektedir.

SUMMARY

Medical technologies have become an integral part of medical processes since the end of 19th century. Since they have enabled diagnosis and treatment of illnesses and conditions that were previously left undiagnosed, they have also contributed to strengthening of authority and status of physicians in society. The advancement of medical imaging devices, the most utilized medical technologies, has also contributed to ever – increasing healthcare costs. Controlling these costs has the been the most significant motive behind the healthcare reforms implemented around the world in the second half of the 20th century. These reforms, main principles of which were efficiency and effectiveness, have enabled other actors, such as social security institutions, managers in healthcare organizations, pharmaceutical and insurance companies and patients, to become influential powers in the sphere of healthcare services. Controlling and auditing physician activity has become a main objective of these actors, since physicians' professional autonomy, the ability to conduct and control their own work free of outside influence and forces, has been seen as responsible for increasing costs. Debates on the impact of changes in provision, organization and financing of healthcare services on physician autonomy have become an important part of the sociological debates on healthcare and professions. Drawing on findings from a field study conducted in Ankara, this study examines the impact of medical imaging devices on physician autonomy and how, as a result medical practice is changing. This impact does not solely result from the pace and nature of the technology, but rather the structural characteristics of the Turkish health system, which has been reformed in line with the same principles as its counterparts around the world, and the characteristics of the relationships between physicians and other actors involved in healthcare. Increasing tendency of physicians to become employees in bureaucratic healthcare organizations have enabled managers to control and audit physician behaviour in line with cost control measures, as determined by both the healthcare organizations and the Social Security Institution. The patients have gained more ground in their relationship with physicians, which has led physician authority over patients to erode. The time and resource limitations imposed by managers have led physicians to be able to spend less time per patient that they find suitable, which has led them to utilize medical imaging devices more

than they find necessary. However, they have also identified the convenience of using these devices in the diagnosis process. They have pointed out a shift from wholistic medical approach to deepening specialization. Physicians stated that patients who are now more knowledgeable about the devices create a source of tension, as they feel they have to give into patients' demands about these devices even when they see unfit. Finally they voiced concerns over loss of skill and status. They argued that the increase in using these devices have led a perception of their profession as a standardized, manageable occupation that requires lower skills. Physicians stated that this results in managers and patients to be more willing in intervening their practice and decision making.

KAYNAKÇA

- Bloom, S. (2002). *The Word as Scalpel: A History of Medical Sociology*. Oxford: Oxford University Press.
- Bury, M. (2009). The British Health Care System, W. C. Cockerham (Ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Malden, MA and Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bynum, W. (2014). *Tip Tarihi*. Ankara: Dost Kitabevi.
- Casper, M. J. ve Morrison, D. R. (2010). Medical Sociology and Technology: Critical Engagements. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), 120–132.
- Cockerham, W. C. (2016). *Medical Sociology*. Londra ve New York: Routledge.
- Dixon – Woods, M., Yeung, K. ve Bosk, C. L. (2011). Why is UK Medicine No Longer a Self-Regulating Profession? The Role of Scandals Involving “Bad Apple” Doctors”. *Social Science & Medicine*, 73(10), 1452-1459.
- Elliott, P. (1972). *The Sociology of Professions*. Londra: Macmillan.
- Elston, M. A. (1991). The Politics of Professional Power: Medicine in a Changing Health Service. J. Gabe, M. Calnan, M. Bury (Eds.), *The Sociology of the Health Services*. Londra ve New York: Routledge.
- Evetts, J. (2002). New Directions in State and International Professional Occupations: Discretionary Decision Making and Acquired Regulation. *Work, Employment and Society*, 16 (2), 341 – 353.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1988). *Professional Powers: A Study of Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Freund, P.E.S., McGuire, M.B. ve Podhurst, L.S. (2003). *Health, Illness and The Social Body: A Critical Sociology*. New Jersey: Prentice Hall.
- Funck, E. (2012). Professional Archetype Change: The Effects of Restricted Professional Autonomy. *Professions and Professionalism*, 2 (2), 1-18.
- Goldstein Jutel, A. (2011). *Putting a Name on It: Diagnosis in the Contemporary Society*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Gorman, E. ve Sandefur, R. (2011). 'Golden Age', Quiescence, and Revival How the Sociology of Professions Became the Study of Knowledge-Based Work. *Work and Occupations*, 38 (3), 275-302.
- Green, J. ve Thorogood, N. (1998). *Analysing Health Policy: A Sociological Approach*. Londra ve New York: Longman.
- Hardey, M. (1999). Doctor in the House: The Internet as a Source of Lay Health Knowledge and the Challenges to Expertise. *Sociology of Health & Illness*, 2 (6), 820-835.
- Hardey, M. (2001). 'E-health': The Internet and the Transformation of Patients into Consumers and Producers of Health Knowledge. *Information, Communication & Society*, 4 (3), 388-405.
- Harrison, S. (2002). New Labour, Modernisation and the Medical Labour Process. *Journal of Social Policy*, 31 (3), 465-485.
- Haug, M. H. (1973). Deprofessionalization: An Alternative Hypothesis for the Future. *Sociological Review Monographs*, 20, 195-211.
- Haug, M. H. (1988). A Re-Examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization. *The Milbank Quarterly* 66, suppl. 2: 48-56.
- Haug, M. H. ve Lavin, B. (1978). Method of Payment for Medical Care and Public Attitudes Toward Physician Authority. *Journal of Health & Social Behavior*, 19 (3), 279-291.
- Hoogland, J. ve Jochemsen, H. (2000). Professional Autonomy and the Normative Structure of Medical Practice. *Theoretical Medicine*, 21, 457-475.
- Jamous, H. ve Peloille, B. (1970). Professions or Self-perpetuating System; Changes in the French University-Hospital System. Jackson, J. (Ed.), *Professions and Professionalisation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Klein, R. (1995). The State and the Profession: The Politics of the Double Bed. *BMJ*, 301, 700-702.
- Larson, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. Berkeley: University of California Press.
- Liberati, E. G. (2017). Separating, Replacing, Intersecting: The Influence of Context on the Construction of the Medical-Nursing Boundary. *Social Science & Medicine*, 172, 135-143.

- Light, D. W. (2010). Health – Care Professions, Markets and Countervailing Powers. C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, S. Timmermans (Ed.), *Handbook of Medical Sociology*, 270 – 289. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Lin, K. Y. (2014). Physicians' Perceptions of Autonomy Across Practice Types: Is Autonomy in Solo Practice a Myth?. *Social Science & Medicine*, 100, 21–29.
- Lu, J. (2016). Will Medical Technology Deskill Doctors?. *International Education Studies*, 9 (7), 130-134.
- McKinlay, J. B., ve Arches, J. (1985). Towards the Proletarianization of Physicians. *International Journal of Health Services*, 5 (2), 161-195.
- Mead, N. ve Bower, P. (2000). Patient-centredness: A Conceptual Framework and Review of the Empirical Literature. *Social Science & Medicine* 51 (7), 1087-1110.
- Navarro, V. (1988). Professional Dominance or Proletarianization?: Neither. *The Milbank Quarterly* 66 (Suppl.2), 57-75.
- Neuberger, J. (2000). The Educated Patient: New Challenges for the Medical Profession. *Journal of Internal Medicine* 247, 6-10.
- Oppenheimer, M. (1973). The Proletarianization of the Professional, *The Sociological Review*, 20 (S1), 213-227.
- Parsons, T. (1939). The Professions and Social Structure. *Social Forces*, 17 (4), 457-467.
- Potter, S. J. ve McKinlay, J. B. (2005). From a Relationship to Encounter: An Examination of Longitudinal and Lateral Dimensions in the Doctor-Patient Relationship. *Social Science and Medicine*, 61: 465-79.
- Ritzer, G. (1975). Professionalization, Bureaucratization and Rationalization: The Views of Max Weber. *Social Forces*, 53 (4), 627-634.
- Ritzer, G. ve Walczak, D. (1988). Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians. *Social Forces*, 67 (1), 1-22.
- Saks, M. (1994). *Professions and the Public Interest: Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*. Londra ve New York: Routledge.

- Schulz, R. ve Harrison, S. (1986). Physician Autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States. *International Journal of Health and Planning and Management*, 2, 335-355.
- Stevens, F. (2009). The Convergence and Divergence of Modern Health Care Systems. W. C. Cockerham (Ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*. Malden, MA ve Oxford: Wiley-Blackwell.
- Stoeckle, J. D. (1988). Reflections on Modern Doctoring. *The Milbank Quarterly*, 66 (Suppl.2), 76-91.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- Welch, G. H., Schwartz, L. M. ve Woloshin, S. (2011). *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Boston, MA: Beacon Press.

VAJİNİSMUSUN ÜSTESİNDEN GELMEK: TÜRKİYE’DE BİR BAŞARI HİKAYESİ OLARAK CİNSEL BİRLEŐME¹

Neslihan ŐEN²

ÖZ

Bu makale, kadınlarda cinsel ilişkiye girememe sorunu olarak tanımlanan, cinsel işlev bozukluğu vajinismusunu analiz etmektedir. Mevcut araştırmalar, Türkiye’yi vajinismusun dünyada en çok kayıt altına alındığı ülke olarak işaret etmektedir. Vajinismus kùltüre bağlı hastalıklar arasında gösterilmese bile görùlme sıklığı ùlkeden ùlkeye değişir. Türkiye’de sık rastlanan bir cinsel işlev bozukluğu olduğundan vajinismus ùlkemizde beden ve cinsellik algısına, toplumsal cinsiyete, kadınlığa, erkekliğe, heteroseksùelliđe, aile ve evlilik kurumuna dair önemli ipuçları verir. Bu makalede İstanbul’da katıldığım vajinismus grup terapilerini kaynak olarak kullanıp bedenen iyileşmenin nasıl tamamen cinsel birleşmeyi (penetrasyon) başarabilmekle özdeŐleŐtirildiđini irdeleyeceğim. Türkiye’de 2000’lerde yaşanan sağlık alanındaki dönüşümle artan özel klinikler hastalığın bir rant haline gelmesine ve tedavi sürecinin yine kadın bedeni üzerine odaklanmasına neden olmaktadır. Bu makale cinsel birleşmenin kadın bedeni üzerinden medikalizasyonu ve metalaŐmasına dikkat çekmektedir. Ayrıca, bu süreçte kadının kendisiyle, aynı tanıyı almış diğer kadınlarla ve tedavi sürecinde karşılaştıkları uzmanlarla ilişkilerinin bu çerçevede yeniden nasıl düzenlendiğini incelemektedir.

Anahtar Kelimeler: Vajinismus, Medikalizasyon, Cinsellik, Toplumsal Cinsiyet, Cinsel Bozukluk, Benlik İnşası

¹ Bu makale, University of Illinois Office of Human Subjects Research tarafından, #2010-0291 Protocol numarasıyla onaylanmış, “Vaginismus: Embodiment of Modernity and Negotiations with Biomedical Authority” başlıklı doktora tezi çalışması için 2011-2014 yılları arasında yapılan saha araştırmasının verilerine dayanmaktadır.

² Doktora Adayı, Illinois Üniversitesi Antropoloji Bölümü

OVERCOMING VAGINISMUS: ACHIEVING PENETRATION IN HETEROSEXUAL RELATIONSHIPS IN TURKEY

ABSTRACT

In this article, I analyze the treatment regimen for vaginismus, a female sexual disorder characterized by difficulty in penile-vaginal intercourse. The limited research currently available on vaginismus indicates that globally Turkey has one of the highest rates of diagnosis. Even though it is not a culture specific dysfunction its prevalence changes from one country to another. Therefore, vaginismus can be used as a lens to analyze the perceptions of gender, sexuality, body, femininity, masculinity, and the institution of marriage in Turkey. In this paper, I am going to use vaginismus group therapies to scrutinize the ways in which treatment is associated with achieving penetration. With the increasing number of private clinics, particularly in urban settings, and especially after the transformation in the healthcare sector in 2000s, I argue, the treatment has turned into a profitable market and has entirely focused on women’s bodies. This article explores the ways in which sexual intercourse is medicalized and commodified through women’s bodies. I also analyze how women’s relationships to others in therapy and to their doctors are reconstructed in this context.

Keywords: Vaginismus, Medicalization, Sexuality, Gender, Sexual Dysfunction, Construcion of Self

1. GİRİŞ

Bu makale kadınlarda cinsel ilişkiye girememe sorunu olarak tanımlanan cinsel işlev bozukluğu vajinismusunu analiz eder. Makale, Türkiye’de beden algısı ve benlik inşası için önemli bir alan olarak vajinismusla odaklanan daha geniş kapsamlı bir etnografik saha araştırmasına dayanır. Araştırma genel olarak, vajinismus ve tedavisi üzerinden Türkiye’de kadınlık, erkeklik ve cinsellik kurgularını ve bu sürecin tıp otoritesi, devlet, modernleşme ve sağlıkta neoliberalleşme ile nasıl bağlantılı olduğunu anlatır. Bu makale ise araştırmanın sadece bir yönüne odaklanarak vajinismusun grup terapilerindeki tedavi sürecini ele alır. Özellikle son 10 yılda artan doğuma teşvik politikalarıyla annelik ve üremeye yapılan vurgu, vajinismus tedavisini de evli kadınlar için ahlaki bir sorumluluğa dönüştürmüştür. Buradan yola çıkarak İstanbul’da hem özel hem de devlet hastanelerindeki grup terapilerinde gerçekleştirdiğim etnografik gözlemlerime dayanan bu makale vajinismus tedavisinin tamamen bedene indirgenliğini iddia eder. Bu bağlamda tedavi yalnızca kadın bedeninin terapiyle cinsel birleşmeye müsait hale gelmesiyle mümkün olur. Makale terapiye katılan kadınların hikayelerini, hastalıkla mücadelelerini ve bu süreçte gündelik hayatlarının nasıl etkilendiğini konu eder. Tedavinin ekonomik boyutuna da dikkat çeken makale özel kliniklerin artışıyla tedavinin bir rant haline geldiğine vurgu yapar.

1.1. Vajinismus ve Grup Terapisi

İstanbul’da saha araştırmamı yaptığım 2012 senesinin Mart ayında özel bir evlilik ve ilişki terapisi kliniğinde vajinismus tedavisi gören kadınlarla beraber bir grup terapisine davet edildim. Bu terapiyi organize eden terapist Dr. S³., hem bir devlet hastanesinde hem de bu özel klinikte cinsel terapist olarak çalışan bir klinik psikologdu. Dr. S. genelde bireysel terapilerle vajinismusunu tedavi etmekteydi. Ancak, bazen bireysel olarak ilgilendiği kadınların birbirleriyle tanışmalarının ve hikayelerini paylaşmalarının

³ Araştırmam sırasında görüştüğüm tüm uzmanlar kendi isimlerini kullanabileceğimi söyledi. Nitekim, bu uzmanlardan bazıları vajinismus tedavisiyle gündemde olan ve Türkiye’de birçok kişinin aşına olduğu isimler. Ancak ben uzmanların tam isimlerini yine de kullanmak istemedim. Görüştüğüm kadınlar ve uzmanlar arasında bağlantı olduğundan bir şekilde kadınların kimliklerini açığa çıkarma riskini göze almamak için uzmanların isim ya da soyisimlerinin ilk harflerini kullanıyorum.

**Vajinismusun Üstesinden Gelmek:
Türkiye’de Bir Başarı Hikayesi Olarak
Cinsel Birleşme**

tedaviyi olumlu yönde etkileyeceğini düşündüğü durumlarda grup terapileri de organize ediyordu. Dr. S. kadınların bireysel tedavide bazen çok yalnız hissettiklerini, kendilerini anlayacak ve benzer durumları yaşayan başka kadınlarla görüşmelerinin onları olumlu etkileyeceğini savunurdu. Dr. S.’ye göre grup terapisinde kadınlar, onlarla görüşmelerimde tabir ettikleri şekilde kendilerini ‘acayip’, ‘ucube’ ya da ‘müzelik’ gibi hissetmez, acılarını ortak olarak paylaştıkları başka kadınlar olduğunu da görürlerdi. Benim davet edildiğim terapi bu grup terapilerinden biriydi. Bu grupta farklı kliniklerde vajinismusun üstesinden gelmek için Dr. S. ile çalışan sekiz kadın ve Dr. S.’nin haricinde üç stajyer cinsel terapist bulunuyordu. Dr. S. o gün gruba iyileşmiş bir kadının -Seda⁴- da konuk olacağını ve deneyimlerini paylaşacağını aktardı.

Seda’nın terapiye gelip sorununu nasıl aştığını ve iyileşmiş bir kadın olarak hayatına nasıl devam ettiğini anlatması bekleniyordu. Seda o gün konuk olarak davet edildiği terapiye biraz geç geldi. İçeriye girdiğinde stajyer terapistin verdiği temel anatomi dersini yarıda kesmiş oldu. Daha sonra ikili görüşmemizde terapi alanlardan biri olan Nagehan, Seda’nın terapi odasına geç girip dersi yarıda kesmesine atıfta bulunarak: “onu terapist zannettim. Bizden biri gibi görünmüyordu” yorumunu yaptı. Seda da kendisini terapidaki kadınlardan farklı görüyordu. Seda artık onlardan biri değildi. Ziyaretinin nedeni terapi paketinin⁵ sonunda cinsel birleşmeyi yaşayabilmiş olması ve başarı hikayesini diğer kadınlarla paylaşmak istemeseydi: “Ben buraya tedavinin mümkün olduğunu anlatmaya geldim. Ben yaptıysam herkes yapabilir”. Dr. S. de Seda’nın başarı öyküsünü diğer kadınlarla paylaşmasını istemişti. Seda tedavisini bitirip iyileşmiş ve evliliğinde 2,5 yıl sonra cinsel birleşme yaşayabilmişti. Seda hem terapinin, hem Dr. S.’nin hem de kendisinin başarısının simgesiydi. Bu başarı öyküsünün paylaşılması

⁴ Kadınlar ve partnerleri için takma isimler kullanıyorum.

⁵ Araştırmaya dahil ettiğim özel kliniklerin her ikisinde de danışanlara farklı tedavi fiyatları sunuluyor. Danışanlar 8 hafta ya da 12 hafta izlenebilecek terapi seçeneklerinden bütçelerine daha uygun olanını satın alabiliyorlar. Tedavi için belirlenen bu yol da ‘paket’ olarak tabir ediliyor.

terapideki diğer kadınlar için Dr. S’ye olan güveni arttıracak, bununla beraber hastalığı aştıktan sonraki hayatlarının da nasıl olacağı konusunda kendilerine ilham verecekti.

Türkiye’de sıklıkla bilişsel-davranışçı terapi ile çözülmeye çalışılan vajinismus DSM IV’te (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 1994) kadınların vajinal yolla cinsel birleşme yaşayamama sorunu olarak tanımlanır. Bu tanıma göre vajinaya penis, parmak, ya da tampon gibi herhangi bir cisimle fiziksel olarak giriş sağlanamaz. Çok ağır vakalarda kadınlar jinekolojik muayene dahi olamazlar. Kadınlar, birleşme esnasında vajinanın (vajen) bir duvara dönüştüğünden ve birleşmenin kesinlikle mümkün olmadığından bahsederler. Kadınların erkek partnerleri de aynı şekilde penetrasyonun mümkün olmadığını, eşlerinin bacaklarının kilitlendiğini ve vajene yaklaşmanın bile imkânsız olduğunu belirtirler. Erkeklerin anlatılarına göre tam birleşme yaşanacağı esnada eşleri kasılıp, titremeye başlar ve ağlama krizlerine girerler. Zehra kasılmalarını aşağıdaki gibi tanımlar:

Oraya kadar (birleşme) her şey normal. Ama tam o ana geldiği zaman kasılıyorum. O kadar güçlü oluyor ki kasılmalar eşimi üzerimden attığım bile oluyor.

DSM IV’teki vajinismus tanımında ağrı yerine ağrı beklentisi vardır. Kadınlar birleşmeye hiçbir şekilde izin vermediklerinden ağrılı birleşmeden bahsetmek de mümkün değildir. Ancak DSM V (2013) bu tanımı değiştirerek vajinismus cinsel işlev bozukluğu kategorisinden çıkarıp genital-pelvik ağrı bozukluğu olarak yeniden gruplandırır. Bu da vajinismusun ağrılı cinsel birleşmeyi de içine alan diğer ağrılı pelvik bozukluklarla bir spektrum içinde tanımlanması demektir. Konuştuğum uzman doktorlar Türkiye’de bu tanımsal değişikliğin çok önemsenmeyeceğini, zaten yeterince vajinismus vakası olduğundan Türkiye’ye yansımalarının pek görülmeyeceğini savunurlar. Bana göre cinsel birleşme yaşayamayan çiftler bir uzmana daha rahat başvururken (bunun nedenleri arasında çocuk isteği, birleşmenin olmamasının erkek partneri de etkilemesi, heteroseksüel ilişki algısı ve evlilikte birleşme beklentisi sayılabilir) herhangi bir ağrı durumunda cinsel birleşme yaşanabiliyorsa çiftler bir uzmana başvurma gereği duymayabilirler. Bu nedenle sahadan edindiğim izlenimler doğrultusunda ben de Türkiye’de bu tanım değişikliğinin anlamlı istatistiksel bir değişikliğe yol açmayacağını öne sürebilirim.

**Vajinismusun Üstesinden Gelmek:
Türkiye’de Bir Başarı Hikayesi Olarak
Cinsel Birleşme**

Ancak Amerika’da bu tanım değişikliği yapıldığından bu yana vajinismusun görünürlüğünün arttığını gözlemliyorum. Popüler dizilerde (Sex Education, UNorthodox)⁶, bloglarda, ya da feminist sanatçıların işlerinde (kısa filmler⁷, sergiler vs.) vajinismusun konu edildiğini görmek mümkün.

Vajinismus DSM’deki tanımla kültüre bağlı hastalıklar arasında sayılmasa da görülme sıklığı ülkeden ülkeye farklılık gösterir. Bu durum hastalığın kültürel bir bağlantısı olduğuna dair ipuçları da verir. Literatüre göre halihazırda araştırma yapılmış olan ülkeler arasında Türkiye en fazla tanı konulmuş ülke olarak anılır. Örneğin İstanbul ve Ankara’da klinik popülasyon üzerinde yapılan bir araştırmaya göre cinsel işlev bozukluğu şikayetiyle kliniğe başvuran kadınların %73’üne vajinismus teşhisi konulmuştur (Tuğrul, 1994). CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi Araştırma Derneği) tarafından yapılan daha yakın tarihli bir çalışmaya göre ise (2006) kliniğe başvuran her iki kadından biri vajinismus tanısı almıştır. Her ne kadar bu rakamlar ülkede vajinismusun en çok yaşanan değil en çok kayıt altına alınan cinsel işlev bozukluğu olduğunu gösterse de konuştuğum doktorların hemen hepsi klinik popülasyonun genelin yansıması olduğunu da düşünürler. Araştırmaya katılan bütün doktorlar ve vajinismus üzerine yıllardır çalışan terapistler vajinismusun Türkiye’de en çok görülen cinsel işlev bozukluğu olmadığını açıkça söylemelerine rağmen yine de genel popülasyonda oranın hayli yüksek olduğunu savunmaktadırlar. Genel popülasyondaki vaka sayısına dair de farklı görüşler mevcut. Konuştuğum kimi doktora göre Türkiye’de üç kadından biri; kimine göre altı kadından biri; kimine göre ise 10 kadından biri vajinismustan mustarıptir.

⁶ Sex Education (Cinsel Eğitim), annesi cinsel terapist olan bir lise öğrencisinin sınıf arkadaşlarına cinsel problemlerini çözmede yardım etmek amacıyla kurduğu bir danışmanlık şirketini konu eder. Dört bölümlük UNorthodox dizisinde ise New York’ta Hasidik Yahudi camiasında yaşayan genç bir kadına vajinismus teşhisi konur. Dizi, Deborah Feldman’ın 2012 yılında basılmış *UNorthodox: The Scandalous Rejection of my Hasidic Past* (UNorthodox: Hasidik Geçmişimi Reddetme Rezaleti) adlı otobiyografisinden uyarlanmıştır.

⁷ 2018 yapımı “Tightly Wound” (Dapdar Yara) adlı kısa film bu filmlere bir örnek. Film, yapımcısı Shelby Hadden’in vajinismula tecrübesini anlatır. Film yine Hadden’in kendisinin yazmış olduğu “So Tight that I can’t Have Sex” (Öyle Dar ki Sevişemiyorum) (Bust Magazine, 2016) adlı yazısına dayanır.

Kayıtlara göre klinik popülasyonun çok büyük bir kısmını; uzman tahminlerine göre genel popülasyonun da çoğunluğunu oluşturan bir sağlık sorunu elbette ki toplum yapısına dair birçok ipuçları verebilir. Vajinismus üzerine yapılan çalışmalar çok sınırlı olsa da, Türkiye’de benim konuştuğum uzmanlar bu cinsel işlev bozukluğunun kendi tabirleriyle “Türkiye gibi baskıcı Doğu toplumları”nda daha sık görüldüğü konusunda hem fikirler. Örneğin, literatürde hiç yer almamasına rağmen Dr. K. şöyle bir çıkarımda bulunur:

Diğer ülkeler diye düşünerek kıyasladığımız yine batılı ülkeler. Diğer kapalı toplumlarda ben İngilizce yapılmış yayınlara rastlamadım. Ya içlerinde saklıyor ya da İngilizce yayın yapmıyor olabilirler. Ama Katolik ülkelerde oranın Türkiye’ye yakın olduğunu biliyorum. Çünkü onlar da bekaret konusunda katı. Ama eminim İran, Pakistan gibi Müslüman ülkelerde ya da New York’ta yaşayan orthodox Yahudi gruplarında çok sık görülüyordur. Sebebi din. Kadının bakire olmasının makbul olduğu ülkelerde daha sık görülür.

Bu bağlamda, Dr. K’ye göre, vajinismusun Türkiye’de de sık görülmesinin nedeni İslamo-patriyarkal bir bakış açısıyla toplumda kadının bekaretinin hala çok önemli olduğunun varsayılmasıdır. Bu durum da görüştüğüm birçok uzmana göre Türkiye’nin hala gerektiği kadar modernleşmemiş olduğunun göstergesidir. Türkiye’deki kadınlar batılı kadınlara göre kendi bedenleri ve cinsellikleri üzerinde söz sahibi değildirlir (CETAD 2006, Aktan Mutlu 2009, Çeri 2009) Dr. Ö’nün açıkça dile getirdiği gibi: “[vajinismus] biz uygarlaşamadığımız için bizde çok görülen bir hastalıktır”.

Uzmanlar vajinismusu baskıcı, gerici ve dindar bir toplumun dışı vurumu olarak algıladıklarından tedavi kadınları bedenleri ve cinsellikleriyle ilgili aydınlatarak geleneklerinden kurtarmaya çalışmak üzerine kurulmuştur. Terapilerde seks-pozitif yaklaşım hakimdir ve kadının, cinselliğini evliliğinin içerisinde de olsa rahatça yaşayabilmesi ve keyif alabilmesinin toplumun dönüştürülmesi için çok önemli olduğu düşünülür. Teoride, terapi kadınlara bedenlerine minnet duymayı, cinsellikten haz almayı ve cinselliği bir hak olarak talep etmeyi öğretir. Bu nedenle uzmanlar, kadınların hayatında terapinin dönüştürücü bir etkisi olduğunu düşünürler. Daha geniş bir çerçevede bedenine ve cinselliğine dair söz

sahibi olan kadının toplumun ilerlemesinde, uygarlaşmasında ve modernleşmesinde de önyak olacağı tahayyül edilir. Dolayısıyla uzmanlar, terapide kadın bedeni ve cinselliği üzerinden toplumun aydınlatılmasına çalışırlar. Bedenen sağalmanın kadınları hem iyi bir eş hem de iyi birer vatandaş yapacağına inanılır. Bu beklenti iyileşmenin ya da bedenen birleşebilmenin ahlaki sorumluluk olarak tanımlanmasına ve bir başarı öyküsü olarak anlatılmasına sebep olur. Bu makalede terapinin, girişte de değinildiği gibi özellikle grup terapilerinin, dönüştürücü etkisine odaklanıp terapinin kadınlar arasındaki ilişkileri ve kadınların benliklerini nasıl etkilediğini konu edineceğim. Bununla beraber bu dönüştürücü etkinin geleceği yapılandırırken geçmişi de tekrar kurduğundan bahsedeceğim. Bunu yapabilmek için öncelikle Türkiye’de terapinin nasıl yapıldığını açıklayacağım. Sonrasında, tamamıyla kadın bedenine indirgenmiş vajinismus tedavisinin kadınların arasında “normal”i tanımlayarak hiyerarşi yarattığının ve iyileşerek normal bir kadın olma isteğinin ahlaki bir sorumluluk olarak ele alındığının altını çizeceğim. Ayrıca, terapinin ve tıbbi dilin gündelik hayatta ilişkilere de sızdığına kısaca değineceğim. Devam eden bölümde terapi sırasında kadınların geçmişlerini bu tıbbi tanının ışığında ve uzman yardımıyla yeniden kurarak terapinin tamamen aydınlanmacı ve kurtarıcı olarak öne çıkmasına vurgu yapacağım.

1.2. Yöntem

Bu makalenin dayandığı veri 2011 – 2014 yılları arasında İstanbul’da iki aşamalı olarak doktora tez için yaptığım saha çalışmasına dayanmaktadır. Araştırmanın birinci ayağı Haziran 2011’den Ağustos 2012’ye kadar 14 aylık bir sürece yayılır. Bu süreçte 25 vajinismus tanılı kadın ve vajinismusla ilgilenen 25 uzmanla (psikiyatrist, psikolog, jinekolog ve hemşire)⁸ derinlemesine görüşmeler yaptım. Görüştüğüm kadınların ikisi hariç hepsi halen terapide olan kadınlardı. Çalışmaya hem iki üniversite

⁸ Araştırmaya katılan uzmanların -hemşireler hariç- hepsi cinsel terapi sertifikasına sahip uzmanlardı. Türkiye’de cinsel terapi sertifikası için atölyeler organize eden iki farklı kuruluş var. CETAD (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği) ve CİSED (Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği). Ben de 14-16 Ekim 2011 tarihleri arasında CETAD’ın sertifika programının ilk modülü olan Cinsellik Kavramı eğitimine katıldım. Programın ikinci ayağı olan Cinsel Terapi Eğitimi modülüne sadece daha önceden klinik deneyimi olan katılımcılar devam edebiliyordu. Bu modülde ben sadece Arşulus Kayır’ın yürüttüğü vajinismusun konu edildiği derse misafir olarak katıldım. CETAD’ın cinsel terapi sertifikasını alabilmek için bütün derslere katılıp 96 saatlik klinik tecrübenin de tamamlanması gerekiyor. İkili görüşme yaptığım uzmanlar, bu derneklerin herhangi birinden cinsel tedavi sertifikasına sahiptirler ve cinsel terapist olarak görev yapmaktaydılar. Makalenin genelinde ‘terapist’ olarak anılan uzmanlar -başka bir şekilde belirtilmediyse- cinsel terapi sertifikasına sahip psikiyatrist, klinik psikolog ya da psikologdur.

hastanesinden hem de iki özel klinikten katılımcılar dahil ettim. Tedavi sürecinin sosyal sınıftan nasıl etkilendiğini görebilmek için özel ve devlet hastanelerinin araştırma sonuçları için önemli olduğunu düşünüyorum. Araştırmanın ikinci ayağı ise Haziran 2013 – Şubat 2014 tarihleri arasında yapıldı. Bu süreçte hem iyileşmiş olan kadınlarla hem de 10 tane erkek partnerle derinlemesine görüşmeler yaptım. Bu görüşmelerdeki amaç çalışmanın evlilik kurumuna ve toplumsal cinsiyet inşasına dair daha bütünlüyci yargılara varabilmesini sağlamaktır. Bunun yanı sıra vajinismusun Türkiye’de tarihsel gelişimine bakmak için Ankara Milli Kütüphane’de arşiv çalışması yaptım. Bu tarama, beden ve hastalık inşasının farklı dönemlerde, farklı iktidarlarda nasıl farklı kurulduğunu ortaya koyması açısından önemlidir.

2. BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİNİN VAJİNİSMUS TEDAVİSİNDE KULLANIMI

Bu makaleye kaynaklık eden saha araştırmasının ortaya koyduğu üzere Türkiye’de vajinismus tedavisinde en çok kullanılan yöntem bilişsel davranışçı terapidir. Özel kliniklerde ve devlet kliniklerinde vajinismus tedavisi ile uğraşan uzmanların verdiği bilgiye göre klinikten kliniğe hatta kadından kadına farklılık gösterse bile genelde tedavi 8 ile 12 seans sürmektedir. Türkiye’de son yıllarda özellikle büyük şehirlerde vajinismus tedavisi eden özel cinsel işlev bozukluğu kliniklerinin arttığını söylemek mümkün. İstanbul’da görüşme yaptığım uzmanlar bu durumun tedaviyi olumlu etkilendiğini öne sürmektedirler. Hatta Cem İncesu ve Arşuluş Kayır gibi uzun yıllar vajinismus tedavisi ile ilgilenen uzmanlar, Türkiye’de cinselliğin, özellikle vajinismusun medyada rahat konuşulur hale gelmesinin ve tedavi olanaklarının yeni açılan kliniklerle artmasının vajinismusu da bir nebze ailenin içinde sır gibi saklanan bir sorun olmaktan çıkardığını ileri sürerler (İncesu 2004, Kayır 2009). Ankara Milli Kütüphane’de yaptığım arşiv çalışmasına göre Türkiye’de vajinismus 2000’li yıllardan itibaren hem medyada hem de akademik yayınlarda çok daha fazla yer bulmaya başlamıştır. Televizyon

programlarında⁹ da vajinismus konusu üzerine yapılmış olan haberlerin de bu yıllarda arttığını gözlemledim. Yaptığımız görüşmede kendisi de özel bir klinik sahibi olan Dr. S.A. medyanın ve televizyon programlarının vajinismusun halk arasında konuşulurluğunu arttırması açısından çok önemli olduğunu beyan etti. Dr S.A. bu popülerliğin hem reklam hem de özel kliniklerdeki tedavi fiyatlarına da yansıdığını ileri sürdü. Bu fiyat artışına örnek olarak da vajinismusun, Türkçe Google’da, reklam verilen en pahalı anahtar kelime olduğunu gösterdi. Türkçe Google dijital pazarlama uzmanı Orhan Kurulan da Dr. S.A.’nın bu iddiasını onayladı¹⁰. Kurulan’ın verdiği bilgilere göre anahtar kelime olarak vajinismus 2014 yılında her tıklama başına 5.18 TL’dir. Bu fiyat, örneğin nezle için 0.36 TL; akciğer kanseri içinse 0.52 TL. Kurulan bu fiyatların minimum olduğunu ve bu miktarı ödeyen kliniklerin reklamlarının ilk sayfanın altlarına doğru yer bulabileceğini dile getirdi. Örneğin vajinismus için 5.18 TL ödeyen bir klinik ilk sayfadaki 11 reklamdan 10. ya da 11. olarak görülebilir. Kurulan, Google’a reklam verirken fiyatın müzayedeye benzer şekilde belirlendiğini anlattı. “Aramaların artacağı tahmin edildiğinde verilen teklifler de arttırılıyor. Aramaların artması da çıkan haberlerle kolayca manipüle edilebiliyor. Arama motorunun verileri vajinismusla ilgili gazetelerde çıkan haberlerin anahtar sözcük aramasını etkilediğini gösteriyor”. Örneğin google.com.tr’de vajinismus araması Şubat 2013’te en yüksek seviyeye ulaşmış. Bu durum da hem jinekolog hem cinsel terapist olan bir uzmanın vajinismus teşhisi konmuş hastalarından birine tecavüz ettiği haberlerinin çıktığı dönemle kesişiyor¹¹.

İstanbul’da konuştuğum uzmanlar, özellikle özel kliniklerde görev yapanlar, hatta özel klinik sahibi olanlar artık hastaların tedavi olabilmek için çok daha fazla seçeneklerinin olduğunu dile getirdiler.

⁹ 2000’li yılların ilk yarısında gündüz kuşağında yayınlanan ve birçok doktorun konuk edildiği sağlık programlarında büyük bir artış oldu. Bu programlardan ilki 2009-2014 yılları arasında KANAL D’de yayınlanan *Doktorum* adlı programdır. Programda çeşitli sağlık sorunları konu edilmiş ve uzman görüşleri alınmıştır.

¹⁰ Orhan Kurulan ile 2014 Ekim ayında yapılan kişisel görüşme

¹¹ <https://www.cumhuriyet.com.tr/amp/haber/vajinismus-hastasi-kadin-doktorun-tecavuzune-ugradim-66585>

<https://turizmuncel.com/guncelhaber/unlu-jinekolog-tecavuzden-10-yil-ceza-aldi-g9626.html>

<https://www.adaletbiz.com/ceza-hukuku/vajinismus-hastaya-tecavuz-iddiasi-h15773.html>

<https://www.sozcu18.com/vajinismus-hastasi-kadina-tecavuz-9720h.htm>

<https://www.haber3.com/guncel/3-sayfa/klinikte-tecavuz-iddiasi-haberi-1782583>

(20 Haziran 2020 tarihinde alınmıştır)

**Vajinismusun Üstesinden Gelmek:
Türkiye’de Bir Başarı Hikayesi Olarak
Cinsel Birleşme**

Araştırmanın yapıldığı dönemden 10-15 yıl öncesine kadar insanlar sadece birkaç doktor ile bu sorunu çözmeye çalışırken şu anda özel kliniklerdeki artışla imkânı olan kadınlar bir doktordan diğerine rahatlıkla geçebiliyor. Örneğin Seda, ilk başladığı doktorun tavrını beğenmediği için, ikincisinin de tedavi şeklini tasvip etmediğinden bırakıp Dr. S ile tedaviye devam etme kararı almış. Dr. S’nin çalıştığı klinik, doktorlarına küçük videolar hazırlatıp onları doktorların başarı yüzdeleri ile birlikte internet sayfalarına koyuyor. Bu nedenle bir doktorun rakamsal başarısı çok önemli hale geliyor. Araştırmaya katılan uzmanların dile getirdiği gibi, vajinismus tedavisi için “pasta büyük”. Ancak pastadan dilim almak isteyenlerin sayısı da hayli fazla. Bu yüzden piyasada tutunabilmek ve var olabilmek için farklı olmak, öne çıkmak gerekiyor.

Türkiye’de vajinismus tedavisiyle isim yapmış, ünlü olmuş birçok uzmandan bahsetmek mümkün. İkili görüşmelerde konuştuğum kadınlar tedavi olabilmek için uzman ararken medyatik isimlerin ilk önce başvurdukları doktorlar olduğunu dile getirdiler. Bu uzmanların tedavi için kendilerinden fahiş fiyatlar istediklerini de anlattılar. Hatta Dr. S.A. piyasalaşmaya dikkat çekmek için bir kliniğin büyük şehir dışında yaşayan çiftler için terapi ve konaklama paketleri sunduğunu aktardı. Bu araştırmaya katılan çiftlerin çoğu da bir an önce tedavi olabilmek için özel kliniklere başvurup bütçelerini denkleştirmeye çalışıyorlar. SGK devlet kurumlarındaki tedaviyi karşılıyor. Ancak devletteki cinsel işlev bozukluğu klinikleri için çiftlerin uzun süre bekleme listesinde beklemeleri gerekiyor. Özel kliniklerin birçoğunun ise sigorta ile anlaşmaları yok. Bu da birçok aileyi finansal açıdan zora sokuyor.

Türkiye dışındaki ülkelerde vajinismus tedavisi için farklı metotlar birlikte kullanılabilir. Mesela hipnoterapi ile fizik tedavi yöntemleri karıştırılabilir. Hatta kasılmaların yoğunluğuna ve şiddetine göre hastaya anestezi altında kas gevşetme egzersizleri ya da botoks bile uygulanabilir (Pacik, 2014). Ancak bu araştırmaya katılan cinsel terapi eğitimi almış uzmanlar, bedene yapılacak herhangi bir müdahalenin hastalığın iyileşmesi konusunda pek işe yaramayacağını savunmaktadırlar. Bu nedenle birçok kadının doktora gelmeden önce başvurduğu sarhoş olma, uyuşturucu krem kullanma -hatta örneklemimdeki

sadece bir kişiden duyduğum bekaret zararını aldırma (himonoplasti)- gibi yöntemler bilim dışı olarak kabul edilir ve kadınları daha fazla travmatize ettikleri düşünüldüğünden kesinlikle önerilmez.

Bilişsel davranışçı metoda göre kadınların öncelikle algılarının değiştirilmesine sonrasında da çeşitli kas gevşetici hareketlerle bedenin iyileşmesine çalışılmaktadır. Ancak, uzmanların aksini iddia etmelerine rağmen, bilişsel-davranışçı terapi de sadece beden üzerine odaklanmadan öteye geçemez. Terapide beden ve cinsellik algısının değiştirilmesi için genelde sadece bir seans ayrılır. Bu da çok yüzeysel bir anatomi dersi verilerek yapılır. Görüştüğüm doktorlara göre özel ve devlet kurumlarında psikolojiye tam eğilememelerinin farklı nedenleri vardır. Devlete bağlı klinikler çok yoğundurlar ve doktorların hastayla fazla ilgilenecek zamanları ya da devamlılığı yoktur. Örneğin, Gülcan, bir doktor görebilmek için dokuz ay boyunca bekleme listesinde beklediğini anlatır. Zeynep ise her hafta gittiği devlet hastanesinde farklı bir doktorla karşılaştığından ve bir türlü ilerleme kaydedemediğinden bahseder. Zeynep için hem görüştüğü uzmana güvenip kendini terapi esnasında rahat hissedebilmesi hem de bir önceki haftanın üzerine aşama kaydedebilmesi imkansızdır. Özel kliniklerde ise uzmanlar danışanlarına ve onların satın aldıkları tedavi paketine uygun hareket etmek zorundadırlar. Dr. E., örneğin hiçbir hastasının hikâye anlatmakla vakit kaybetmek istemediğini, hemen bedensel olarak kadının ilişkiye hazır olmasını beklediğini dile getirir. Hatta Dr. E, araştırmam için kadınların hastalık anlatılarını ücretsiz dinlemeye gönüllü olduğum sürece bana kendi danışanlarından birçok kadın yönlendirebileceğini açıkça söylemişti. Özel kliniklerde tedavinin kısa sürede gerçekleşmesine özen gösterilir. Vajinismus tedavisi konusunda oranları çok yüksek olan ve vajinismusu çok kısa sürede tedavi edebildiğini iddia eden Dr. S. vajinismus tedavisinin “çerez” olduğunu söyler. Ona göre vajinismus, örneğin ereksiyon problemiyle kıyaslandığında, “çocuk oyuncuğu”dır ve kas gevşetme egzersizleriyle kolaylıkla çözülebilir. Ereksiyon problemi fiziksel bir soruna dayanmıyorsa çok daha ciddi psikolojik problemler içerebilir. Dolayısıyla çözümü zaman alır. Dr. S. de kimi zaman özel klinikteki danışanlarının isteklerini takip etmek zorunda kaldığını anlatır. Örneğin gördüğü bir vakada kadının vajinismusunun aslında obsesif kişilik

**Vajinismusun Üstesinden Gelmek:
Türkiye’de Bir Başarı Hikayesi Olarak
Cinsel Birleşme**

bozukluğundan kaynaklandığı tespit etmiş olsa da, hasta sadece birleşmek üzere kliniğe başvurduğu için ona da yalnızca vajinismus tedavisi yapmış ve ilişkiye girmesini sağlamıştır.

Yukarıda da bahsedildiği gibi algının değiştirilebilmesi için yapılan tek seansta, yüzeysel bir anatomi dersi kullanılır. Girişte anılan Dr. S.’nin organize ettiği grup terapisi de cinsel terapi sertifika derslerinde dinlediğim çok temel bir anatomi dersi ile başladı. Stajyer terapistin yaptığı sunum kadın ve erkek cinsel organların basit siyah beyaz çizimleri ve birleşmenin diyagramları ile heteroseksüel ilişkinin ne kadar doğal olduğunu penis ve vajinanın birleşmek üzere birbirine hazır hale geldiğini açıklıyordu. Burada basitçe özetlemek gerekirse: penis uyarıldığında sertleşir; vajina da sulanır ve penisi almak üzere genişler. Dolayısıyla vajina penis için uygun bir yerdir. Kadınlara verilen bu yüzeysel dersin amacı cinsel birleşmenin hem çok doğal hem de tamamen biyolojik bir olay olduğunu açıklamaya çalışmaktır. Uzmanlar, vajinismus tanısı almış birçok kadınının bedenlerine yabancı olduklarını, cinsellik ve anatomiye dair bilgilerinin olmadığını, bu nedenle penisin birleşme için çok büyük, vajinanın ise çok küçük olarak algıladıklarını varsayıyorlar. Verilen bu anatomi dersi ile birleşmenin aslında ne kadar doğal olduğunun bir kez daha altı çiziliyor. Hatta İstanbul’da her yıl düzenlenen ve benim Aralık 2011’de katıldığım bir cinsel eğitim konferansında bir psikiyatr kendi hastalarından bir örnek vererek bu doğallığı daha da vurguladığını belirtmişti:

Vajinismuslu kadınlar penisi alamayacaklarını düşünürler. Onlara giriş imkânsız gibi gelir. Ama ben hep şöyle derim. Parmağınızı gözünüze sokmaya çalışın. Sokabilir misiniz? (parmağını gözüne sokmaya yelteniyor) Hayır! Neden? Çünkü onun orda yeri yok. Ama vajina penis için çok uygun bir yerdir.

Birleşmenin doğallığına ve biyolojik olarak normalliğine dikkat çekmek vajinismus tanısı konmuş kadınların daha kolay birleşmelerine yardımcı olmaz ya da endişelerini gidermeye yetmez. Aksine bu durum vajinismusun psikolojik kökenli bir cinsel işlev bozukluğu olarak kabul görmesine rağmen; tedavinin çoğunlukla kadın bedeni üzerine yoğunlaşmasına neden olur. Bu nedenle kadınlara temel

anatomi dersinin anlatıldığı ilk seans sonrası, tedavi tamamıyla kas gevşetme egzersizleriyle devam eder.

Evlilik içerisinde kadın ve erkeğin karı- koca olabilmesi tamamıyla cinsel ilişkinin gerçekleşmesiyle mümkün görülür. Bu durum tedavi süreciyle de alttan alta desteklenir. Her ne kadar görüştüğüm psikiyatrist ve psikologlar birleşmenin çiftlerin arasındaki en iyi ve en mükemmel ilişki şekli olmadığını kabul etseler de tedavi süreci tamamen kadın bedenini birleşmeye hazırlamak için yapılan egzersizlerden ibaret. “Vajinismus kadının değil çiftin problemidir, bir ilişki hastalığıdır” anlayışı tedaviye hâkim gibi görünse de kadınlarla yaptığım görüşmelerde ve gözlemlene fırsatı bulduğum grup terapilerinde kadınlar bu sorunu yine kendi bedenleri üzerinden çözebileceklerini içselleştirmişlerdi. Terapiye devam eden kadınlar kendi bedenleri üzerinde kaslarını gevşetebilmek için bir takım kas gevşetme egzersizleri yaparak cinsel birleşmeye hazırlanırlar. Saha araştırmam esnasında konuştuğum birçok terapist bu egzersizler için kadınların parmaklarını kullanmalarını önerir. İlk aşamada kadınlar işaret parmaklarının ilk boğumunu almaya¹² çalışırlar. Amaç kadının iki parmağı da içindeyken kasılmalarının tamamen durmasını ve doktorların tabiriyle rahat bir şekilde “giriş çıkış” yapabildiğini sağlamaktır. Bu aşamadan sonra penis ile egzersizlere devam edilir.

Araştırmaya katılan vajinismus tanısı almış bazı kadınlar tedavi sürecini araştırırken parmak egzersizlerini çok rahatsız edici bulduklarını söylediler. Örneğin Emine tedaviye başlamakta tereddüt etmesinin nedenlerinden biri olarak parmak egzersizlerinden bahsetti: “Parmakla nasıl olacak ki? Hem kemikli. Hem de ben içimi hissetmek istemiyorum”. Bu nedenle, Dr. S ve bağlı olduğu cinsel sağlık enstitüsü kendilerine tedavi için başvuran kadınların parmakları yerine farklı boyutlarda cinsel oyuncaklar kullanmalarını önermektedirler. Ancak, farklı boyutlarda dildo ya da benzeri gereçler edinmelerinin zor olduğunu görüp kadınlara kendi oyuncaklarını kendilerinin yapmalarının yolunu

¹² Kadınlar kas gevşetme egzersizleri yaparken istisnasız ‘sokmak’ kelimesi yerine ‘almak’ kelimesini kullanırlar. Bütün terapilerde de bu kelime tercih edilir. Kadının tedavide pasif değil de aktif bir özne olduğuna dikkat çekmesi açısından kullanılan dilin önemli olduğunu düşünüyorum.

öğretirler. Dr. S. ve çalıştığı klinik kadınlara mum kullanarak dildo yapımını göstermektedir. Kadınlar, farklı boyutlardaki mumları eritip, birleştirip istedikleri boyutlarda dildolar yaparlar ve bunları kaslarını gevşetmek amacıyla tedavi boyunca kullanırlar. Her ne gereç kullanılırsa kullanılsın tedavi süresince kadınlar bir uzman denetiminde vajinal kaslarını gevşetip bedenlerini cinsel birleşmeye hazırlamaya çalışırlar.

Tedavi süresince erkek partnerlerin eşlerine ‘destek’ olmaları beklenir. Burada kullanılan destek kelimesi bile tedavi boyunca asıl yükün kadınların omuzunda olduğunun ve erkeklerin sadece yardımcı olarak tedavide bulunmalarının beklendiğinin bir göstergesi. Görüştüğüm bazı kadınlar eşlerinden beklentilerinin çok düşük olduğunu dile getirirler. Örneğin Aysel eşinden beklentisini şöyle açıklar: “destek olmasından geçtim, köstek olmasın da!” İkili görüşmelerde birçok terapist ideal olan tedavinin çift terapisi olduğundan bahsetti. Ancak, pratikte erkekleri terapi sürecine dahil etmek pek de kolay değil. Ekonomik farklar tedavi sürecinde erkeğin dahil olması konusunda belirleyici rol oynayan faktörlerden birisi. Devlet hastanelerinde erkeklerin katılımının çok nadir olduğunu görsem de özel kliniklerde erkek partnerler nispeten eşlerine daha fazla ‘destek’ olmaktaydılar. Erkek katılımının özel ve devlet hastaneleri arasında farklı olması özel hastanelerde seans saatlerinin akşam mesai saatleri dışında ve hafta sonları ayarlanabilmesinden kaynaklanıyor. Cecilia Van Hollen’in da bahsettiği gibi erkeklerin zamanları ve sahip oldukları işlerin ciddiyeti kendilerine tıbbi otoriteye karşı koyma hakkını verir (2013)¹³. Burada, Lawrence Cohen’in “işletilebilme” (*operability*) terimini de anmak yerinde olacaktır (2005). Kadın bedeni tıp otoritesince işlenmeye daha açık ve daha müsaittir.

Bütün olumlu taraflarına rağmen Dr. S’nin organize ettiği grup terapisi kadınların ve ailelerin üzerine başka yükler de bindirir. Öncelikle kadınlar grup terapisinin yapıldığı bir cumartesi gününü tamamen

¹³ Cecilia Van Hollen Hindistan’da HIV ile yaşayan kadınlarla yaptığı araştırmasında kadınların doktorlarla ve genel olarak medikal otoriteyle erkeklere nazaran daha fazla ilişkide olduklarından bahseder. Özellikle hamilelikleri boyunca doktor kontrolü altında olduklarından Van Hollen’in araştırmasını yaptığı Hindistan’ın Tamil Nadu bölgesinde (HIV/AIDS oranlarının en yüksek olduğu bölge) kadınlar rutin olarak HIV için de test edilirler. Bu durum kadınların eşlerinden önce pozitif olarak teşhis edilmesine neden olduğundan hem ailelerinde hem de yaşadıkları sosyal çevrelerde dışlanmalarına yol açmaktadır.

bu terapiye adanmak zorunda kalırlar. Dr. S’nin organize ettiği bu seans kadınların kendi tedavi paketleri içinde yer almadığından bunun için ekstra bir zaman ayırmaları gerekir. Bu tıbbi meselenin kadınların terapi dışındaki zamanlarına da sızması kadınların bu sorunlarını çözüme ulaştırana dek gündelik yaşamlarının askıya alındığını ve olağanüstü bir durumda yaşadıklarını gösterir. Vajinismus tedavisinin yoğun olarak kadın bedenine indirildiği düşünülürse, bütün zamanlarını tedavi için harcamalarının beklenmesi kadınlar üzerinde zaten var olan baskıları arttırır.

Kadınların hastalık tanısı almalarından itibaren tedavi olana kadar bütün oryantasyonları değişir (Mattingly, 2014) ve hayatlarını almış oldukları tanının etrafında yaşamaya başlarlar. Dört yıllık evli olan ve sadece bir buçuk yıl önce vajinismus tanısı konulan Gülcan bu duruma örnek olarak verilebilir:

Uykuya dalmadan önce en son bunu [vajinismus] düşünüyorum. Uyandığımda ilk aklıma gelen yine bu oluyor. Güzel rüyalarım hep iyileştiğimi görüyorum. Kabuslarım hep iyileşememek üzerine.

En önemlisi grup terapisine katılan kadınların hepsi -hem devlet hastanesinden hem de özel klinikten gelenler- bu oturum için ayrı bir ücret ödemek zorundaydılar. Çünkü grup terapisi kadınların satın almış oldukları 8 ya da 12 haftalık tedavi paketinin içine dahil değildi. Yalnızca bu seansın ücreti 2012 yılının Mart ayında 200 TL idi¹⁴. Bu meblağ görüştüğüm ailelerin hemen hepsi için büyük bir giderdi. Grup terapisine gelen kadınlardan birisi olan Nagehan’ın eşi ödedikleri bu ekstra ücretten pek de hoşnut değildi. Salih, çok doğal olan ve kendiliğinden olması beklenen bir şey (cinsel birleşme) için halihazırda çok fazla para harcadıklarını düşünüyordu. Bu nedenle talep edilen bu hariçten ücret için Nagehan’ın eşini ikna etmek için uğraşması gerekmişti. Cinsel birleşmenin evlilik içerisinde doğal olarak, kendiliğinden olma beklentisi vajinismuslu evliliklerde bazı kocaların eşlerini, Salih gibi, “külfetli kadınlar” (Nahman, 2013) gibi hissettirmelerine neden oluyor. Yani ilk bakışta kadınların dertlerini

¹⁴ Bu ücretin daha iyi değerlendirilmesi için 2012 yılı asgari ücret ile karşılaştırma yapılabilir. 2012 yılının ilk 6 ayında asgari ücret brüt 886,50 TL; net tutarı ise 701,14 TL olarak belirlenmiştir. bkz: <https://ekonomi.haber7.com/ekonomi/haber/823989-2012-yili-asgari-ucreti-aciklandi>. (3 Temmuz 2020 tarihinde alınmıştır.)

paylaşmaları, yalnız hissetmemeleri için bir araya gelmiş oldukları bir toplantı gibi görünse de bu grup terapisi aslında çok daha fazla kurumsallaşmış ve piyasalaşmış bir alan. Oturuma başlamadan önce oturuma katılacak olan stajyer terapistlerden bir tanesinin telefon konuşmasına şahit oldum. Terapist adayı, telefondaki konuştuğu kişiye odadaki çay, kahve ve atıştırmalıkların da varlığına dikkat çekerek konunun da cinselliğe dair hikâye paylaşımı olduğuna atıfla bu grubu kadınların bir araya geldikleri bir kabul günü ile kıyaslayıp “ne yapalım kadın kadına oturuyoruz işte!” diye bir yorumda bulunmuştu. Bu yorum vajinismus tedavisi gören kadınlarla onların sorunlarının üstesinden gelmelerine yardımcı olacak uzmanlar arasında büyük bir iletişimsizlik olduğunu gösteriyor. Bu davranış, kadınların buraya katılabilmek için ödedikleri ücreti ve eşleriyle yaptıkları müzakereleri ve grup içerisinde kadınların arasındaki hiyerarşiyi göz ardı ediyor.

3. GRUP TERAPİSİ VE KADINLAR ARASINDAKİ İLİŞKİLER ÜZERİNDEN YENİDEN BENLİK İNŞASI

Hastalığın çözümünde kadın bedeninin birleşmeye hazırlanmasının esas alınması tıp otoritesi tarafından evlilik kurumunun heteronormatif olarak tanındığına işaret eder. Vajinismus tedavisiyle heteroseksüel ve fallus odaklı cinsel ilişkilene biçimi tıp otoritesi tarafından onanmış ve haklılaştırılmış olur. Sonuç olarak, fiziksel olarak birleşme gerçekleştiğinde kadın tedavi edilmiş sayılır. Görüşmemizde Pelin, cinsel birleşmeyi fiziksel olarak yaşayabilmesine rağmen kaygısının hala devam ettiğini dile getirdi. Ancak Pelin terapistinin kendisini iyileşmiş kabul ettiğini ve kaygısının zamanla geçeceğini söylediğini anlattı. Yani Pelin fiziksel olarak cinsel ilişkiye girebildiğinden cinsel birleşmeye yaklaşımının değişmemiş olmasına rağmen iyileşmiş sayılıyordu. Benzer bir durumda olan Defne ise tedavinin tamamen bedene odaklandığını şöyle açıklar:

Bir şekilde cinsel birleşme yaşayabiliyorum şu anda. Ama eğer tedavi senin psikolojini nasıl değiştirdi diye sorarsan orada hiçbir şeyin değişmediğini söyleyebilirim. Yani derinlerde bir yerlerde cinsellik ve bedenime dair bir problemim vardıysa o hala orada. Ama birleşme yaşayabiliyor olmak yine de bir şeyler başarmış olduğum hissini veriyor.

Tedavinin tamamıyla bedene indirgenmesi ve cinsel birleşme yaşayabiliyor olmanın başarı ile özdeşleştirilmesi özellikle grup terapilerinde kadınlar arasındaki ilişkiyi etkileyen en önemli faktörlerden biri. Grup terapisinde tedavinin farklı aşamalarında olan kadınlar arasında gözle görülür bir çekişme olduğunu söylemek mümkün. Konuştuğum bazı uzmanlar bu çekişmeyi avantaja çevirip kadınları birbirlerinin rakibi gibi görmelerini ve sürekli bir yarış halinde olmalarını beklerler. Böylece daha kolay ‘çözülecek’¹⁵lerine inanırlar. Hatta Dr. K, grup terapilerindeki yarışın tedaviyi hızlandırdığını düşündüğünden, grup terapisi yapmasa bile kendini bireysel olarak görmeye gelen danışanlarına kendileriyle aynı anda tedaviye başlayan hayali bir başka kadından bahseder. Dr. K, istinasız her kadının o hayali danışanın hangi aşamada olduğunu tedavi boyunca sorduklarını gözlemlemiş olduğundan bu pembe yalanı danışanları için motive edici olarak kullanmaktadır.

Girişte bahsi geçen grup terapisinde kadınlar arasındaki farklıların daha da fazla ortaya çıktığını söylenebilir. Terapiyle vajinismusun üstesinden gelen Seda artık cinsel ilişkiye girebilen ‘normal’ bir kadın olarak duygu ve düşüncelerini paylaşmak üzere bu oturumda bulunuyordu. Seda’nın bedensel dönüşümü onun ahlaki dönüşümünü de tetiklemiştir. Seda ‘iyileşmiş bir kadın’ olarak terapide diğer kadınlara yalnızca bedensel iyileşmeleri için değil ahlaki açıdan da daha iyi kadınlar ve eşler olmaları için yardımcı olacak bir başarı temsiline dönüşür. Cheryl Mattingly’nin *Moral Laboratories (Ahlak Laboratuvarları* **) (2014) adlı araştırmasında bahsettiği gibi Seda da terapi boyunca bir dönüşüm yaşamış ve kendinin toplumda daha fazla kabul gören bir versiyonuna evrilmiştir. Mattingly’e göre insan olmak hazır bulunan özelliklerden ibaret değildir. İnsan olmak, bütün imkân ve ihtimalleriyle bir dönüşüm sürecidir. Mattingly saha araştırmasına dayanan kitabında terapi oturumlarının insanların beden ve ruhlarının yargılandığı, düzeltildiği ve disipline edildiği yerlere dönüştüğünü belgelemektedir.

¹⁵ Bazı terapi gruplarında cinsel ilişkiye girebilmek ‘çözülmek’ olarak tanımlanıyor.

** Başlık çevirisi bana ait.

Terapiye katılan insanlar olduklarından daha iyi bireyler olmayı deneyimlerler. Bu durumda terapi, katılımcıların kendilerini yeniden inşa edip, yeniden gerçekleştirdikleri mekanlar haline gelir.

Seda o gün terapiye eşiyile birlikte gelmişti. Ben Seda’yla bu oturumdan beş ay kadar önce kendisi hala tedavi gören bir kadinken görüşme yapmıştım. Bu grup terapisinde beni eşiyile büyük bir heyecanla tanıştırdı. Eşi bana Seda’yla gurur duyduğunu, sekiz haftalık tedavi süresi boyunca Seda’nın çok güçlü durduğunu ve sonunda birleşme yaşayabildiklerini anlattı. O gün Seda’nın üzerindeki elbiseyi eşiyile iyileşme hediyesi olarak almış, Seda da bu grup terapisine gelirken o elbiseyi giymeyi uygun bulmuştu. Seda o günkü tavırlarıyla sanki hala tedavi gören kadınlara iyileşmiş bir kadın olduklarında hayatlarının nasıl değişeceğini sergiler gibiydi. Karnı çok açtı ancak odadaki hiçbir şey onun hassas midesi için uygun değildi. Eşini ona uygun bir şeyler bulabilmek için dışarı gönderdi. Gelecekte hayatının nasıl olacağını anlatırken doğum yapmak istediğinden hem de vajinal yolla “çatır çatır doğurmak” istediğinden bahsetti. Birleşmeyi başarabilmek Seda gibi diğer kadınlara da heteroseksüel ilişkilerinde potansiyel olarak üreyebilen kadın statüsünü kazandıracak böylece babasoyuna katkıda bulunma fırsatı verecekti. Bu statü sadece aile için değil millet inşası için de önemli bir statüdür. Çünkü makbul vatandaş olmak ancak ataerkil aile sisteminin devamıyla mümkündür (Ramberg, 2014)¹⁶.

Kadınlar terapideki diğer kadınlarla ilişkilerini de yine hastalıklarının durumuna göre yeniden tanımlarlar. Bununla beraber, terapi kadınların diğerleriyle birlikte uygun birer eş olmayı öğrendikleri bir yer haline gelir. Saha araştırmam sırasında görüştüğüm Ebru da kadınlar arasındaki ilişkinin sürekli yeniden düzenlendiğine dair benzer bir gözlem yaptı. Kendisini feminist bir aktivist olarak tanımlayan Ebru almış olduğu formal eğitim dolayısıyla da kendisini tanı almış kadınlardan farklı gördüğünü dile

¹⁶ Lucinda Ramberg araştırmasında Hindistan’da yaşam şekilleriyle soy bağı, aile, toplumsal cinsiyet ve evlilik, gibi modernitenin dayattığı kategorileri zora soktuğu gibi din ile cinsellik arasındaki ilişkinin de yeniden sorgulanmasına neden olan *devadasi* ya da *jogati*’lerin hayatını konu eder. Yelemma denilen tanrıçaya çocuk yaşta sunulan bu bireyler ileriki hayatlarında zaten tanrıçayla evli olduklarından başkalarıyla evlenemezler. Ancak evlilik dışı cinsel ilişkiye girmeleri ve bu yolla hayatlarını devam ettirmeleri kabul görür. Ramberg, Hindistan’da bu aykırılığın yasa dışı olarak beyan edildiğini ve cezalandırıldığını bildirmektedir.

getirdi. Ebru kadınların arasındaki ilişkinin hastalığın durumuna göre nasıl farklılık gösterdiğini şöyle açıklıyor:

Herkes terapinin en başındayken çok iyi anlaşıyorduk. Terapi başlamadan bir saat önce gider birlikte kahvaltı ederdik. Ancak yavaş yavaş çözümler olmaya başlayınca insanların kadınlığa, evliliğe, heteroseksüelliğe ve anneliğe dair gerçek düşünceleri ortaya çıkmaya başladı. Eşlerini mutlu ettikleri için çok mutlu olduklarından bahsetmeye, sonunda anne olabilecekleri için nasıl mutlu olduklarını anlatmaya başladılar. Sanırım en başından beri amaçları zaten sadece anne olabilmektir.

Ebru’ya göre terapiye katılan kadınların feminist bilinçleri yoktu ve tedavi olduklarında patriarkal değerleri yeniden üretmeye devam ediyorlardı. Görüşmemizde Ebru hayatı boyunca bu değerlere karşı olduğundan bu kadınlarla ilişkilenebileceğinin altını çizdi. Ona göre kadınlar bedensel olarak iyileşmiş ancak terapiyi feminist bilinç kazanmak için doğru kullanmamışlardı. Ben ise sahada kadınların gündelik hayatlarına dair gözlemlerime dayanarak terapiye katılmış her kadının farklı bir şekilde ama mutlaka bir şekilde değişime uğradığını iddia ediyorum. Kadınlar Ebru’nun tanımladığı şekilde feminist olmasalar da kendilerini gerçekleştirdikleri ve alışageldikleri gelenekleri sorgulayıp, eleştirip, kimliklerini farklı şekillerde deneyimliyorlar (Mattingly, 2014). Leyla, terapinin kadınları nasıl etkilediğini anlatmak için yerinde bir örnek olur. Leyla terapiye başladığından beri çok değiştiğinden bahsedip bu değişimi terapiye atfeden kadınlardan. Leyla görüşmemiz sırasında kendini tutucu olarak tanımladı ve evlenmeden önce hiçbir şekilde cinsel münasebetinin olmadığını dile getirdi. Leyla iki yıllık meslek yüksek okulu mezunu ve bu süre içerisinde ailesinden ayrı başka bir şehirde yaşamayı deneyimlemiş. Okul hayatı boyunca çok yakın arkadaşlık ilişkileri geliştirmiş. Arkadaş grubunda kendilerini kardeş gibi gördüğü erkek arkadaşları da varmış. Leyla, anlattığına göre, şimdiki eşiyile nişanlandığında öpüşmek için bile evlenmeyi beklemiş. Evlenip ilişkiye giremediklerinde durumu ailelerine açıklamışlar. Leyla’nın kayınvalidesi bu süreçte hep Leyla’nın arkasında durarak oğluna sabırlı olması konusunda telkinde bulunmuş. Vajinismus tanısı almış kadınların hastalığı onların

**Vajinismusun Üstesinden Gelmek:
Türkiye’de Bir Başarı Hikayesi Olarak
Cinsel Birleşme**

evlenmeden önceki tutucu tavırları dolayısıyla namuslarıyla özdeşleştirildiğinden evliliğin ilk başlarında, erkeğin ailesi tarafından genelde övülür ve anlayışla karşılanırlar. Ben Leyla ile tanıştığım da 7 aylık evliydi ve neredeyse tedavinin sonuna geliyordu. Ancak fiziksel olarak bir gelişme kaydedememişti. Buna rağmen terapinin kendisini büyük ölçüde değiştirdiğini öne sürdü. Leyla’nın katıldığı terapi 18 kadından oluşan bir gruptu. İçlerinde evli olmayan bir kadının da bulunduğu grupta Leyla bekar olan Defne’yi düşünerek kendi değişimini şöyle açıkladı:

Vajinismus beni daha anlayışlı biri yaptı. Eğer vajinismus olmasaydım Defne’yi evlenmeden önce cinsel ilişkiye girmek istediği için yargıyardım. Ama şimdi onu anlıyorum. Keşke ben de evlenmeden önce vajinismus olduğumu bilseydim. Evlenmeden önce çaresine bakar, tedavi olurum.

Leyla’nın burada bahsettiği tam olarak bir ahlaki değişim. Bu örnek, terapinin Leyla’nın gündelik hayatını etkilediğini ve fikirlerini değiştirdiğini ortaya koyar. Aynı şekilde Mattingly de oğlu bir mutfak kazasında yüzü yanarak deforme olmuş bir anneyi gözlemlemesine dayanarak benzer bir ahlaki gelişimden bahseder. Anne bu talihsiz kazanın kendi hayatında bir dönüm noktası olduğunu ve onu engelli bireylere karşı daha duyarlı hale getirdiğini anlatır (2014). Leyla da bu hikayedeki anne gibi kendisinden daha farklı bir yaşam tarzına sahip olsa da Defne’ye karşı daha toleranslı olduğunu iddia eder. Ancak bu hoşgörü Defne ve partnerinin ileride evlenecekleri ciddi bir ilişkileri olduğu varsayımına dayanır. Nitekim, terapi sonunda iyileşmiş olan bütün çiftlerle beraber Defne ve erkek arkadaşı da terapistleri tarafından nikahta eşlerin birbirlerine verdikleri sözler yineletilerek ‘evlendirilir’.

Terapi kendilerini tutucu olarak tanımlayan kadınları bile sorununu medeni durumu ne olursa olsun çözmek isteyen kadınlara karşı daha hoşgörülü yapar. Ancak tedaviye erken başlamış kadınlar, vajinismus tedavisini erteleyen kadınları da bir o kadar yargırlar. Grup terapilerinde evliliklerinin başında tedaviye başlamış olan kadınlar kendilerini terapiye daha geç başlamış diğer kadınlarla kıyaslayıp kendilerinin ne kadar sorumluluk sahibi olduklarından bahsederler. Tedavi olmak ya da tedavi yolları aramak ahlaki bir sorumluluktur. Ayrıca bu kadınlar doktorlarının da söylediği gibi,

**Vajinismusun Üstesinden Gelmek:
Türkiye’de Bir Başarı Hikayesi Olarak
Cinsel Birleşme**

bedenleri ve cinselliklerine dair bilgi edinerek güçlü ve hayatlarını kontrol edebilen bağımsız kadınlar olarak görülürler. Bu durumda kadınlar cinselliği öğrenmek, birleşmeyi istemek ve bunu yapabilmek için aktif olarak çözüm aramakla yükümlüdür. Joao Biehl’in Brezilya’da tedavi altındaki HIV+ bireyler için söylediği gibi bu kadınların da iyileşmeyi istemeleri gerekmektedir (2007). Biehl’in araştırmasına göre Brezilya’da sınırlı sayıdaki kaynaklardan yararlanabilmek için HIV+ bireylerin yaşamak için hevesli olmaları ve sağlık çalışanlarının her dediklerini harfiyen yerine getirmeleri gerekir. Bu durum da hem hastaların arasında kaynak için mücadele etmeye hem de hastaların hareketlerinin sürekli gözlem altında tutulmasına yol açar. Yaşam şekillerini değiştirmeyen hastalar yeterince yaşama istekleri olmadığı öne sürülerek kliniklerden atılır. Benzer bir şekilde, vajinismus tanısı konmuş kadınların da iyileşmeyi istemeleri ve bunu uyumlu hastalar olarak göstermeleri gerekmektedir. Devlet hastanelerindeki terapi seanslarında tedavinin gerekliliklerini yapmayan kadınlara sürekli bekleme listesindeki kadınlar hatırlatılır ve terapide yer işgal etmenin iyileşmek isteyen başka bir kadını engellediği yinelenir. Sorumluluklarını yerine getirmeyerek tedaviyi erteleyen kadınlar da hala büyümemiş olmakla, evliliğe hazır olmamakla itham edilirler. Katıldığım bir başka grup terapisindeki kadınlardan bir tanesi kendisini cinsel ilişkiye henüz hazır hissetmediğini dile getirmişti. Bunun üzerine kendini ‘tatlı sert’ olarak tanımlayan terapist kadını azarlamaya başladı: “neden evlendin o zaman? Otursaydın annenin evinde!” Ya da terapistinin eve verilen kas gevşetme “ödevlerini¹⁷” yapmayan Zeynep’e söylediği gibi: “sen iyileşmeyi istemezsen ben sana yardımcı olamam!”. Yani vajinismusun üstesinden gelmek kadının kendi sorumluluğudur. Kadının çözüm yollarını araması ve tedavi olmayı istemesi gerekir.

Dr. S’nin organize ettiği grup terapisinde 10 yıllık evli olan Sabiha ile tanıştım. Sabiha kendisini hala bakire olarak tanımlıyordu ve daha önce hiç sorununa çözüm aramamıştı. Terapideki diğer kadınlara göre, Seda gibi iyileşmeyi başarmış bir kadın ile kıyaslandığında, Sabiha hayatını değiştirecek kadar

¹⁷ Evde yapılan kas gevşetme egzersizleri için ödev kelimesi kullanılıyor. Bu da sözünü ettiğim gibi, terapist ve danışanı arasındaki ilişkiyi öğrenci-öğretmen ilişkisi olarak pekiştiriyor.

güçlü, tedaviye evliliğinin ilk aylarında başlayacak kadar “bilinçli” değildi. 10 yıldır normal olmayan bir evliliğin içerisindeydi ancak hayatını kontrol edebilecek kadar sorumluluk sahibi değildi. Sabiha ile yaptığım birkaç telefon konuşmasının ardından ikili görüşmeden vazgeçti. Çok kısa iletişimimiz sırasında Sabiha’nın çocuk sahibi olabilmek için terapiye başladığını öğrendim. Bununla beraber telefonda 10 yıldır felçli ve yatağa bağımlı olan kayınvalidesine baktığını aktardı. Sabiha’nın hikayesine dair elimde daha fazla veri yok, maalesef. Ancak bu çok kısa bilgilere dayanarak 10 yıllık hastalığını evliliğinde bakım göreviyle telafi ediyor olduğu söylenebilir. Yani ahlaki açıdan çocuksuz evliliğini bakıcılık sorumluluğuyla meşrulaştırdığı iddia edilebilir.

3.1. Terapinin Gündelik Hayattaki İlişkilere Etkisi

Vajinismus tanısı ve devamında gelen terapi kadınların sadece aynı gruptaki kadınlarla olan ilişkilerini belirlemez. Kadınlar terapiye başladıktan sonra bu özel durumlarını paylaştıkları diğer kadınlarla da daha yakın hale gelirler. Cecilia Van Hollen’in Hindistan’daki HIV ile yaşayan kadınları konu edindiği araştırmasında da bahsettiği gibi kadınlar tanıyı öğrendikten sonra akrabalarına daha yakın hale gelirler (2013). Bazı durumlarda kadınlar terapide bedenlerine ve cinselliğe dair öğrendiklerini doktorlarının yaptığı gibi tıbbi bir dil kullanarak etraflarındaki kadınlara aktarmaya başladıklarından kadınlar arasındaki ilişkiler form değiştirebilir. Böyle durumlarda kadınlar diğerlerinin öğretmeni gibi davranırlar.

Görüşmemiz sırasında Zehra kendisi, annesi ve kız kardeşleri arasındaki ilişkinin terapiye başladıktan sonra değiştiğini açıkça ifade etti. Onlarla daha fazla yakınlaşmış ve cinsellik üzerine daha rahat sohbet edebilmeye başlamıştı. Evin en büyük kızı olan Zehra terapi öncesi kız kardeşleriyle cinselliğe dair hiçbir şey konuşmadıklarını anlattı. Annesiyle her zaman çok yakın olduğunu ancak terapi öncesi cinselliğe dair hiçbir paylaşımları olmadığını dile getirdi. Zehra evliliğinden altı yıl sonra tanı alıp tedaviye başladıktan sonra cinselliği rahat bir şekilde konuşabildiğini ifade etti. Ben Zehra’nın evinde onunla görüşme yaparken annesi ziyaretine geldi. Zehra’nın annesinin yanındaki rahatlığı bahsettiği değişimin iyi bir örneğini sergiliyordu. Ben tanıştığım Zehra tedavinin son aşamasındaydı ve eşiyile

penis egzersizlerine başlamışlardı. Hangi aşamada olduklarını bana açıklarken annesine döndü ve heyecanla açıkladı: “Anne! Şu kadar girdi (işaret parmağı ve baş parmağı ile göstererek) ama daha sonra söndü (ereksiyonunu kaybetti)”. Zehra terapide öğrendiği her şeyi kız kardeşlerine de aktardığını ifade etti. Kız kardeşlerine her şeyi öğreterek onların vajinismus olmalarının önüne geçmeye çalışıyordu. Anne ise kız kardeşler arasında bu yeni ortaya çıkan bilgi aktarımından hiç hoşnut değildi. 19 yaşındaki en küçük kızının ablasının anlattıklarını öğrenmek için çok küçük olduğunu düşünüyordu.

Seda da terapiye başladıktan sonra kız kardeşiyle ilişkisi başkalaşan kadınlardan bir tanesi. Seda ve eşi vajinismusu ilk öğrendiklerinde annelerine durumlarını anlatmışlar. Ancak çift bir süre daha ilişkiye giremeyince anneler bu duruma fazlasıyla üzülüp çok endişelenmeye başlamışlar. Bu nedenle annelerine iyileştiklerini söylemeye karar vermişler. Seda ile görüştüğümüz sırada Seda’nın tedavisinin devam ettiğini bilen tek kişi kız kardeşiydi. Seda iki buçuk yıl boyunca her sabah kardeşinden gelen telefon mesajına uyandığını, kardeşinin hiç sektirmeden her sabah bir gece önce ilişkiye girip giremediklerini sorduğunu anlattı. Nitekim Seda ve eşi ilişkiye girebildikleri gece kız kardeş geceyi orada geçirmiş. Onu da uyandırıp hep birlikte kutlama yapmışlar.

4. GEÇMİŞ ÜZERİNDEN YENİDEN BENLİK İNŞASI

Seda sorununu çözmek için farklı yöntemler denediğini, farklı doktorlara gittiğini ve hatta hocalara ‘bile’ başvurup muskalar taktığını anlattı. Bütün bu sonuçlanmayan tedavi denemelerinden sonra Seda insanlarla konuşmak istemediğini, bir ay evinden çıkmadığını, duş bile almadığını anlattı. Vajinismusu bir takıntı haline getirdiğinden ve birleşmeyi yaşayamadığı her gün çok büyük bir stres altında ezildiğinden bahsetti. Seda bu hastalık anlatısını bana mutfağında çay ve atıştırmalıklar eşliğinde çok keyifli bir anısını anlatır gibi aktarıyordu. Yaşanan olayların üzerinden zaman geçmiş ve geriye dönüp bakıldığında yaşananlar komik bir anı olarak hatırlanıyordu. Halbuki bu olaylar Seda’yı çok etkilemiş hatta daha sonra gittiği terapist ona depresyon teşhisi koymuş ve antidepresan almasını önermişti.

Yaptığım görüşmeler esnasında dinlediğim hikayelerin hepsi hali hazırda terapi seanslarında anlatılmış bu nedenle iyice düşünülmüş, üzerinden geçilmiş, dili düzeltilmiş ve bana o şekilde aktarılmıştı.

Konuştuğum kadınların bana anlattıkları hikayelerin bir kısmını terapistlerine dahi anlatmadıklarını söyleseler de ben bir tanı ile birlikte tıp süzgecinden geçirilmeden bu hikayelerin çok daha farklı anlatılacaklarını düşünmekteyim. Benim şu anda dinlediğim hikayeler, anlatan kadınların geçmişlerine dair algılarını ve deneyimlerini değiştirir ve geleceklerini de şekillendirir. Mattingly’nin de dediği gibi dönüşme tecrübesi hiçbir zaman çizgisel olarak gerçekleşmez ya da geçmişi takip ederek doğrusal olarak ortaya çıkmaz (2014). Bu kadınlar, hastalık anlatıları ile kendilerini yeniden kurarlar ve bunu yaparken hem geçmişteki benliklerini yeniden inşa eder hem de gelecekteki benliklerini şekillendirirler.

Terapi esnasında kadınlar kendilerine neden vajinismus teşhisinin konulduğunu anlamaya çalışırlar. Terapiyi yürüten uzmanlar genellikle çok otoriter bir babanın varlığından, dominant bir annenin baskısından ya da kadınların hayatında cinselliğe olumsuz bir tavır takınan bir figürden bahsederler. Kadınların geçmişe giderek bedene ve cinselliğe dair anılarını hatırlamaları teşvik edilir. Görüşme yapılan bütün kadınlar terapi esnasında geriye gidip kendilerine vajinismus teşhisi konmasına neden olabilecek olan olayları ve kişileri tespit edebilmişlerdi. Bunu yaparken geçmişlerini kendilerine teşhis konulmadan çok önce de hasta olarak yeniden inşa etmektedirler. Bazı kadınlar için geçmişteki o an çok daha muğlaktır. Bu kadınlar genelde bedenlerini korumaları gerektiğine, bacaklarını kapalı tutmaları konusunda uyarıldıklarına, ya da eteklerini örterek dikkatli oturmalarının söylendiğine dair ifadeleri hatırlarlar. Diğerleri cinselliğin aile içinde hiç konuşulmadığından, cinselliğe dair en ufak bir göndermeye bile tahammül edilmediğinden bahsederler. Bu kadınlar, örnek olarak babalarının televizyondaki bir öpüşme sahnesini anında değiştirdiğini verirler. Bu kadınlar, cinsellik ya da beden hiçbir zaman açık açık konuşulmasa da üstü kapalı bu ifadelere dayanarak her zaman cinsellikle ve bedenleriyle ilgili dikkatli davranmayı bir şekilde öğrenmişlerdir. Görüştüğüm çoğu kadın, bekaretlerini kaybetme korkusuyla mastürbasyon yapmaktan dahi çekindiğini beyan ettiler. Bazı kadınlar içinse geçmişte vajinismus oldukları an çok daha nettir ve hikayelerini daha detaylı anlatırlar. Gülcan, örneğin 10 yaşlarındayken teyzelerinden birisinin bisiklet sürmeye devam ederse bekaretini kaybedebileceğini söylediğini çok net olarak hatırlar. Terapiye başladıktan sonra bu anı hatırlayıp vajinismus olduğu an

olarak tayin etmiştir. Evliliğinin dördüncü yılında teşhis konulmuş ve hala bakire¹⁸ olan Gülcan küçük bir kızken de kendisini vajinismuslu olarak hayal eder.

Buket de hasta olduğunu düşündüğü anı çok net olarak hatırlayan kadınlardan biridir. Buket’in bir arkadaşı, halasının düğünün ilk gecesi ilişkiye girdikten sonra çok kanamasının olduğunu ve kanın birkaç gün durmadığını anlatmıştır. Buket bu hikâyeyi dinlediğinde çok korktuğunu ve hem annesi hem de diğer kadınlar adına ilişkiye girmek zorunda oldukları için çok üzülüğünü anlattı. Geriye dönüp baktığında bu anın vajinismus tanısının konulmasında çok etkili olduğunu düşünmektedir.

Burada, Afsaneh Najmabadi’nin trans bireylerden bahsettiği *Professing Selves: Transsexuality and Same Sex Desire in Contemporary Iran* (Benliğin İlanı: Modern İran’da Transseksüellik ve Eşcinsel Arzu**) kitabını anmak faydalı olacaktır. Najmanadi’nin bahsettiği trans bireyler de bugün içinde buldukları durumdan geçmişlerine bakıp geçmişlerindeki benliklerini yeniden şekillendirirler ve çocukluklarında da trans birey kimliğini üstlenirler. Çocukluklarında yaptıkları ve karşı cinse ait olduğu düşünülen her hareket doktorların ofisinde cinsiyet değiştirme ameliyatı olabilmek için trans kimliklerini kanıtlamak üzere kullanılır (2016). Trans bireyler de ‘gerçek’ benliklerine gitme yolunda geçmişle gelecek arasında bir devamlılık tahayyül ederler.

Araştırmaya katılan kadınlar da anlattıkları hikayelerde geçmişteki bir ana odaklanıp sıradan ve günlük olaylara/sohbetlere atıfta bulunarak kendilerini yeniden tasavvur ederler. Şimdiki zaman -bu durumda şimdiki zamandaki medikal bir tanı- aslında medikal olmayan bir geçmişi yeniden şekillendirip medikalize eder. Bu durumda vajinismus Türkiye’de benlik inşa etmek açısından önemli bir alana

¹⁸ Ben tanıştığımında Gülcan tedavisinin son aşamasındaydı. Yani parmak egzersizleri ve penis egzersizleriyle kaslarını gevşetme çalışmalarının sonuna gelmişti. Bu durumda Gülcan’ın himeninin (bekaret zarı) hala bütün olduğunu düşünmüyorum. Burada bekaret daha çok henüz cinsel ilişkiye girmemiş olmakla tanımlanıyor.

** Başlık çevirisi bana ait.

dönüşmüştür. Sue Estroff’u takip edecek olursak, vajinismus sahip olunan bir hastalık yerine (*I have*) kimliğin bir parçası (*I am*) haline gelmiştir (1993).

Hastalığı kendi benliklerinin bir parçası olarak düşünen bu kadınlar ve doktorları, vajinismus tanısı konmuş kadınların ayrıca yeterince modern olmayı başaramamış bir toplumun da vücut bulmuş hali olduğunu ileri sürerler. Vajinismuslu bir geçmişi yeniden kurmak terapinin aydınlatmacı ve özgürleştirici yönünün altının çizilmesini kolaylaştırır. Vajinismus; kadınların bedenleri ve cinsellikleriyle ilgili cahil oldukları öne sürülerek gelenekçi, gerici, tutucu bir geçmişi tanımlamak için ustalıkla kullanılır. Bunun aksine, terapi modern bir toplumu kuracak olan özbakım sorumluluğuna sahip ve kendine değer veren makbul vatandaşları yetiştiren bir dönüşüm unsuru olarak öne çıkar.

5. SONUÇ

Seda o gün grup terapisinde bedeninden tam da doktorların duymak istediği gibi bahsetti. Hayatını terapi öncesi ve sonrası olmak üzere ikiye ayırdı. Anlattığına göre terapi hayatında büyük bir dönüm noktasıydı. Terapiyi aydınlanmak için bir şans, uygun bir eş ve bedenine değer veren daha iyi bir kadın olabilmek için bir fırsat olarak gördüğünü dile getirdi:

(Terapiden önce) ben oramı [vulva] hiç sevmezdim. Hiç iyi anlayamadık. Kafamda sürekli onunla kavga ederdim. Bazen ona çok sinirlenir canını acıtmak isterdim.

Terapi sayesinde bedenini seven ve vulvasını güzel bulan bir kadın haline dönüşmüştü. “Ben bacaklarımın arasındaki dünyadan habersizmişim” diyerek terapinin bedenini tanınmasına yardımcı olduğunu dile getirdi. Hatta iyileştikten hemen sonra hamile bir arkadaşımın vajinasına bir krem sürmesine yardımcı olmuş ve bu hareketi kendisini bile şaşırtmıştı:

Arkadaşımın vajinasına bir krem sürmesi gerekiyordu. Ama göbeğinden dolayı kendisi erişememiş benden rica etti. Eski Seda olsa asla, tiksindir böyle bir şey yapamazdı. Ama yeni ben hiç düşünmeden kabul ettim. Daha sonra ellerimi yıkarken aynada kendimi gördüm ve yaptığının o zaman farkına vardım! Birkaç ay önce kendi vajinasına bile dokunamayan ben bir başkasına krem sürmüştüm. Bunu o anda hiç düşünmemiş olmam bile gerçekten ne kadar değiştiğimi gösteriyor.

Vajinismus terapisi kadınların kendi benliklerini yeniden kurdukları bir alan haline gelir. Tedavinin bedene indirgenmiş olması kadınların özellikle grup terapilerinde kendilerini birbirleriyle karşılaştırmalarına ve makbul bir eş, bunun yanında makbul bir hasta, olabilmek için bir yarışa girmelerine sebep olur. Vajinismusun üstesinden gelmek, ilişkide birleşmeyi dolayısıyla üremeyi istemekle de özdeşleştirilir. Bu durumda iyileşmeyi istemek ahlaki bir sorumluluktur. Vajinismus terapisi kadınların hayatını, Seda’nın anlatısında olduğu gibi, terapi öncesi ve sonrası olarak ikiye ayırır. Tedavi öncesi gelenekçi, baskıcı ve gerici bir dönemi simgelerken terapinin özgürleştirici etkisiyle terapi sonrasında kadınların aydınlanma yaşayacakları tahayyül edilir.

SUMMARY

In this article, I show the ways in which vaginismus group therapies turn into places where women reconstruct themselves as good wives, compliant patients, and moral citizens. Because treatment is reduced to women’s physical ability to engage in penile-vaginal intercourse, the regimen focuses solely on a corporeal treatment. Seeking a cure is seen as the woman’s responsibility hence, consummating the relationship is considered to be her achievement. Based on the data derived from my extended fieldwork in Istanbul, I elaborate on the ways in which women not only reconstruct their present in therapy, but they also recreate their past and shape their future. This centrality of therapy in these women’s lives divides their lives into two periods: before and after therapy. Before therapy indicates a time when women are not liberated, and they do not know anything about their bodies and sexualities while after therapy alludes to a period when women are enlightened, responsible, and knowledgeable about their sexualities and bodies. I also conclude that health care professionals think of therapy as a part of the modernization project and they aim at creating a more enlightened nation through shaping women’s bodies and sexualities.

KAYNAKÇA

- Aktan Mutlu, E. (2009). *Vajinismus Tanısı Alan Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Cinsel Mit İnançları, Cinsel Öyküleri, Cinsel Doyum Düzeyleri ve Eş Değerlendirme Biçimleriyle Karşılaştırılması*. (Yayınlanmamış doktora tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical of Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington, DC
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical of Manual of Mental Disorders* (5th edition). Washington, DC
- Biehl, J. (2007). *Will to Live: AIDS Therapies and Politics of Survival*. Princeton University Press, NJ.
- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (2006). *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması*.
- Cohen, L. (2005). Operability, Bioavailability, and Exception. Aiwa Ong ve Stephen Collier (Der). *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems* (s.79-91). Blackwell Publishing, MA
- Çeri, Ö. (2009). *Vajinismus Tanısı Alan Kadınlar ve Eşlerinde Temel Bilişsel Şemalar ile Bağlanma Stilllerinin İncelenmesi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara
- Estroff, S. (1993). Identity, Disability, and Schizophrenia: The Problem of Chronicity. S. Lindenbaum ve M. Lock. (Der). *Knowledge, Power, and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life* (s. 247-286). University of California Press, CA.
- İncesu, C. (2004). Cinsel İşlevler ve Cinsel İşlev Bozukluklar. *Klinik Psikiyatri:EK-3*, s. 3-13.
- Kayır, A. (2009). Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları. Kulaksızoğlu vd. (Der.). *Psikiyatri Ders Kitabı* (s.229-317). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- Mattingly, C. (2014). *Moral Laboratories: Family Peril and the Struggle for a Good Life*. University of California Press, CA.
- Najmabadi, A. (2016). *Professing Selves: Transsexuality and Same Sex Desire in Contemporary Iran*. Duke University Press, NC.
- Nahman, M. (2013). *Extractions: An Ethnography of Reproductive Tourism*. Palgrave Macmillan, UK.

- Pacik, P.T. (2014). Understanding and Treating Vaginismus: a Multimodal Approach. *International Urogynecology Journal*: 12, 1613-20.
- Ramberg, L. (2014). *Given to the Goddess: South Indian Devadasis and the Sexuality of Religion*. Duke University Press, NC.
- Tuğrul, C. (1994). Kadın Cinsel İşlev Bozukluklarının Tedavisi. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 2 (EK 3), 20-28.
- Van Hollen, C. (2013). *Birth in the Age of AIDS: Women, Reproduction, and HIV/AIDS in India*. Stanford University Press, CA.

HİMENOPLASTİDEN SONRA: HİMENOPLASTİ SONRASI İYİLEŞME SÜRECİNDE *DEVİNİMSİZLİK ALANI* VE NEOLİBERAL (NA)BAKİRE KADININ İNŐASI¹

Hande GÜZEL²

ÖZET

“Kızlık zarı dikimi” olarak tabir edilen himenoplasti ameliyatları, kadınların daha önceden vajinal penetrasyon içeren cinsel ilişki yaşamış olmalarına rağmen, ameliyattan sonraki ilk ilişkilerinde bakire olduklarını iddia etmek amacıyla kanama sağlamalarını amaçlamaktadır. Bu ameliyatlar, tıp çevrelerinde etik olarak tartışmalı kabul edilmekte ve hatta bazı hekimler tarafından bir ‘suç’ olarak görülmektedir. Buna rağmen çok sayıda jinekolog ve plastik cerrah bu ameliyatları gerçekleştirmektedir.

Bu makale, çevrimiçi forum gönderileri (2010-2017) ile İstanbul, Ankara ve İzmir’de gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler (2016-2017) üzerinden ‘kalıcı’ himenoplasti sonrası iyileşme dönemine odaklanmaktadır. Kadınlar, ameliyat sonrasında, doktorların ameliyat öncesinde kanamanın gerçekleşeceğine dair kendilerine verdikleri garantinin geçerli olmadığını fark etmektedirler. Bu makalede, Joanna Latimer’in “tecil alanı” (2007a) ve “devinim alanı” (2007b) kavramlarından yola çıkılarak doktor-hasta ilişkisindeki güvenin zedelenmesiyle birlikte kadınların iyileşme döneminde bir *devinimsizlik alanına* sıkıştığı öne sürülmektedir. Bu *devinimsizlik alanından* çıkmak amacıyla kadınlar, çevrimiçi forumların da yardımıyla, kendilerini iyileştirme sorumluluğunu üstlenirler. Böylece neoliberal bir (na)bakire kadının inşası mümkün olur.

Anahtar Kelimeler: Himenoplasti, Doktor – Hasta İlişkisi, Teknik Bekaret, Tecil Alanı, Devinimsizlik Alanı

¹ Bu makale, saha çalışması 2016-2017 yılları arasında yapılan, Türkiye’de teknik bekareti yeniden kazanma pratikleri konulu doktora araştırmasına dayanmaktadır: Güzel, H. (2020). *Becoming-Virgin: Re-Virginisation Practices in Turkey* (Doktora tezi, Cambridge Üniversitesi, Cambridge).

² Doktor, Cambridge Üniversitesi Sosyoloji Bölümü

AFTER HYMENOPLASTY: *SPACE OF IMMOTILITY* AND THE CONSTRUCTION OF THE NEOLIBERAL (NON-)VIRGIN WOMAN DURING THE POST-HYMENOPLASTY HEALING PERIOD

ABSTRACT

Hymenoplasty aims at generating bleeding in the next penetrative sexual intercourse to claim virginity, despite a history of vaginal penetration. Medical circles view hymenoplasty as ethically controversial, and some doctors consider it a ‘crime’. However, many gynaecologists and plastic surgeons continue to conduct hymenoplasty.

This article explores women’s experiences of healing following ‘enduring’ hymenoplasty, based on online forum posts (2010-2017) and in-depth interviews conducted in Istanbul, Ankara, Izmir (2016-2017). Women realise after the operation that the bleeding guarantee given before hymenoplasty is not valid. In this article, it is argued that women get stuck in a *space of immotility* in this healing period, as trust in doctor-patient relationship erodes, drawing from Joanna Latimer’s concepts “space of deferral” (2007a) and “space of motility” (2007b). To leave this *space of immotility*, women assume the responsibility to heal themselves supported by online forums. Hence, the construction of a neoliberal (non-)virgin woman becomes possible.

Keywords: Hymenoplasty, Doctor – Patient Relationship, Technical Virginity, Space of Deferral, Space of Immotility

1. GİRİŞ³

Daha yaygın olarak “kızlık zarı dikimi” ifadesiyle bilinen himenoplasti ameliyatları, kadınların daha önceden vajinal penetrasyon içeren bir veya birden fazla cinsel ilişki yaşamış olmalarına rağmen, ameliyattan sonraki ilk ilişkilerinde bakire olduklarını iddia edebilmek amacıyla kanama sağlamalarını amaçlamaktadır. Burada bekaret ile kastedilen ‘teknik’ bekaret, diğer bir deyişle kanamanın gözle görülebilmesi ve vajina darlığının penetre eden kişi tarafından hissedilebilmesidir. Himenoplasti ameliyatı olmuş olsun ya da olmasın, bir kadının daha önceden penetratif cinsel ilişki yaşayıp yaşamadığını kanıtlamak medikal açıdan mümkün değildir (van Moorst vd., 2012). Her ne kadar doktorlar ve tıbbi metinler, teknik ve toplumsal olarak inşa edilen bekaret tanımları arasında çoğunlukla ayırım yapmasa da bu tıbbi muğlaklık sonucunda, kanıtlanabilir olanın ancak teknik bekaret olduğunu öne sürmek mümkündür.⁴

Hem himenoplasti ameliyatlarının tanıtıldığı internet sitelerinde hem de doktorlarla yapılan derinlemesine görüşmelerde, kanamanın sağlanması amacıyla gerçekleştirilen iki temel himenoplasti yöntemine dikkat çekilmektedir. Bu yöntemlerden ilki, “kalıcı kızlık zarı dikimi” adıyla bilinen ve vajina duvarının içinden alınan bir dokunun “flep” yöntemiyle vajinadaki diğer dokularla birleştirilmesi ameliyatıdır. Bu ameliyatın “kalıcı” olarak nitelenmesinin sebebi kalıcı bir bekaret sunması değil, ameliyat olduktan sonra geçen süreden bağımsız olarak ilk vajinal penetrasyon durumunda kanamanın gerçekleşeceği iddiasıdır. Bir sonraki ilişkide kanamanın gerçekleşmesi için, bu ameliyatın sonrasında yaklaşık bir-iki ay iyileşme sürecine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu iyileşme süreci, hem bu araştırma kapsamında himenoplasti ameliyatı gerçekleştirilen doktorlarla yapılan derinlemesine görüşmelerde hem de doktorların kendi internet sitelerinde belirtilmektedir. Kadınların sıklıkla başvurduğu diğer bir

³ Makalenin kuramsal tartışmasına sağladığı katkılardan ötürü Dr. Maria Kramer’e, dil açısından revizyonuna katkıları için Mehmet Bircan’a teşekkür ederim.

⁴ Özellikle cinsel saldırı vakalarında penetrasyon olup olmadığını anlamak amacıyla adli tıp tarafından farklı yöntemler kullanılır. Sperm örneği almak da bunlardan biridir. Ancak himen muayenesiyle penetrasyon olup olmadığının anlaşılmasındaki güçlük ve bu muayenelerin öznel görüşe dayanabildiği T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamak hekimleri için yayımlanan Adli Tıp yönergelerinde de belirtilmiştir (Gündoğmuş, 1995).

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

himenoplasti yöntemi ise “geçici kızlık zarı dikimi” olarak bilinen ameliyattır. Bu ameliyat, planlanan cinsel ilişkiden (genellikle düğün gecesi) en fazla bir hafta önce yapılmakta ve vajina girişine atılan dikişlerin penetrasyon sırasında açılarak kanama sağlanması hedeflenmektedir. Bu tıbbi yöntemler dışında “yapay kızlık zarı” adlı ürün ile kadınların keşfettiği çeşitli alternatif yöntemler de teknik bekareti yeniden kazanma (re-virjinizasyon) pratikleri arasında yer alır.

Bu makale, ‘kalıcı’ himenoplasti yöntemiyle gerçekleştirilen ameliyatların çoğunlukla göz ardı edilen bir evresi olan ameliyat sonrası iyileşme sürecine odaklanmaktadır. Bu iyileşme süreci, kadınlar tarafından mecburi bir görünmezlik⁵ ve sessizlik çerçevesinde deneyimlenmektedir. Toplumsal cinsiyet ve cinselliğe dair normlar göz önüne alındığında, himenoplasti sonrasındaki dönem, doktor-hasta⁶ ilişkisindeki güvensizlik ve iletişimsizlikle doğrudan bağlantılı olarak kadınları bir *devinimsizlik alanına* sıkıştırılmaktadır. Bu çalışmada *devinimsizlik alanı* kavramı, Joanna Latimer’in “tecil alanı” (2007a) ve “devinim alanı” (2007b) kavramlarından yola çıkılarak, kadınların yaşadığı şüphe ve belirsizlikle örülmüş iyileşme dönemini ifade etmek amacıyla tanımlanmıştır. Bu çalışmada gösterileceği gibi, kadınlar bu *devinimsizlik alanından* çıkmak amacıyla, çevrimiçi forumların da yardımıyla kendi iyileşme ve bakım yöntemlerini keşfederler.

2. TÜRKİYE LİTERATÜRÜNDE HİMENOPLASTİ

Türkiye’de evlilik öncesi (ve sonrası) cinselliğe dair normlar cinsiyet ayrımına tabi tutulur (Altınay, 2002). Erkeklerin evlilik öncesinde cinsel deneyim elde etmesi normal karşılanır ve hatta teşvik edilirken kadınların evlenene kadar cinsel deneyim yaşamaması beklenir (Ellialtı, 2012; Scalco, 2014). Bu norm elbette ki zamanla çeşitli değişimlere uğramıştır. Gül Özyeğin (2015), kadınların aile ve

⁵ Michel Foucault Hapishanenin Doğuşu adlı eserinde “mecburi görünürlük” kavramından bahseder. Foucault’ya göre disiplinsel iktidar “kendini görünmez kılarak icra edilmektedir; buna karşılık boyun eğdirdiklerine zorunlu bir görünürlük ilkesini dayatmaktadır” (Foucault, 1992). Himenoplasti sonrası safhada ise bunun tam tersinin, mecburi bir görünmezlik ilkesinin işlediğini görürüz.

⁶ Himenoplastiye başvuran kadınların “hasta” olup olmadığı tartışmaya açıktır. “Hasta” kavramı bireye çeşitli sorumluluklar yükler ve belirli bir kurumun nesnesi haline getirir. Makalede himenoplasti arayışındaki kadınların tıp kurumu ve temsilcileriyle olan ilişkilerine odaklanıldığı için “hasta” kavramı kullanılmaktadır.

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

arkadaşlarına evlilik öncesi cinselliğe dair farklı yüzlerini gösterdiklerinden bahseder ve bu sıkışmışlığı “bekaret kisvesi” [*virginal facade*] kavramıyla açıklar. Kadınlar bir yandan ailelerine karşı cinsel deneyimleri yokmuş gibi bir tablo çizmek zorunda kalırken özellikle üniversite çevrelerinde, uzun vadeli bir ilişkide cinsellik yaşanması beklentisi ile arkadaşlarına karşı tam tersi bir imaj oluşturma ihtiyacı hissederler. Re-virjinizasyon tam da bu sıkışmışlık sebebiyle ortaya çıkmaktadır. Bir yandan arkadaş çevreleri tarafından cinsel kimliğini oluşturması beklenen kadın, diğer yandan da (varsa) bu kimliği ailesinden gizlemek zorunda kalır. Himenoplasti ve diğer teknik bekareti yeniden kazanma yöntemleri bu sıkışmışlığa bir çözüm olarak görünür.

Türkiye’de himenoplasti hem tıp hem de sosyal bilimler alanında akademik düzlemde yeterince ilgi görmemiş alanların başında gelmektedir. Bu ilgi 2000’li yıllar itibariyle göreceli olarak artmaya başlamıştır. Türkiye’de re-virjinizasyona dair ilk çalışma, Dilek Cindoğlu (1997) tarafından gerçekleştirilmiş, bu çalışmada jinekologların himenoplastiye dair görüşlerine yer verilmiştir. Cindoğlu, doktorların himenoplastiye dair şu üç görüşten birine sahip olduğunu söyler: (i) Dini görüşleri sebebiyle himenoplastiye karşıdırlar; (ii) liberal görüşleri sebebiyle himenoplastiyi desteklerler ya da (iii) kararsız oldukları için ameliyatı yapmazlar, fakat hastalarını ameliyatı yapan doktorlara yönlendirirler. Cindoğlu’nun çalışması Türkiye’de bir ilk olması sebebiyle önem taşımakla birlikte modernite ve gelenekselciliğe dair yorumları re-virjinizasyonu açıklamaktan geri kalmaktadır. Cindoğlu bir yandan bekaret testleri ve himenoplastiyi “modern medikal pratikler” (Cindoglu, 1997, s. 253) olarak tanımlarken diğer yandan bu pratiklerin var olmasını “geleneksel ve İslami toplumsal cinsiyet ideolojileri ile liberal toplumsal cinsiyet ideolojilerinin bir aradalığı” (Cindoglu, 1997, s. 254) üzerinden açıklar. Cindoğlu’nun çalışmasının ardından himenoplasti ya da genel anlamda re-virjinizasyon pratikleri Türkiye’de sosyal bilimler alanında yaklaşık 15 yıl süresince hiç araştırılmamıştır. Alanda yayımlanan az sayıda çalışma, yeni veri üretmekten ziyade çoğunlukla himenoplasti üzerine kavramsal tartışmalara yer vermiştir. Bu çalışmalardan biri (Aytemiz, 2015), re-virjinizasyonu tıpkı Cindoğlu gibi “yapay bekaret” olarak tanımlamaktadır, ancak bu çerçevede ‘doğal’ ve ‘yapay’ bekaret arasında bir ikilik

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

yaratmakta ve re-virjinizasyona dair sorunu kadınları buna iten şartlar yerine kadınların teknik bekareti üzerinden kurmaktadır. Türkoğan ve Öztürk (2012) ise çalışmalarında re-virjinizasyona karşı olduklarını açıkça belirtmekte ve Türkiye’de himen, cinsellik ve bekaret tanımlarının yeniden yapılmasını önermektedirler.

Bunların dışında Türkiye’de sağlık sektörü çalışanlarının re-virjinizasyona dair görüşlerini anlamak amacıyla yapılan çalışmalar da mevcuttur. Hemşire ve ebelerin bekaret testlerine olan yaklaşımlarının incelendiği bir çalışmada, araştırmacılar katılımcıların üçte birinden fazlasının himenoplastinin “mutlu bir evlilik planlanıyorsa” yapılması gerektiğini, %22.8’inin ise “dürüstlüğün her durumda en doğru çözüm olduğunu” belirttiklerini ifade etmişlerdir (Gürsoy ve Vural, 2003, s. 494). Hekim asistanlarıyla mevcut makalenin dayandığı araştırma (Güzel, 2020) için gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerin gösterdiği üzere sağlık çalışanlarının re-virjinizasyona dair görüşlerinin araştırılması, kadınların himenoplasti sürecinde onlarla doğrudan iletişime geçmeleri sebebiyle büyük önem taşır. Sağlık çalışanlarının himenoplastiye olan yaklaşımı, kadınların ameliyat deneyimini doğrudan ve ciddi ölçüde etkiler. Başka bir çalışmada ise (Zeyneloğlu vd., 2013) hemşirelik öğrencilerinin himenoplastiye olan yaklaşımı incelenmiştir. Bu çalışmada, katılımcıların %33.1’inin “toplumun değerleri düşünöldüğünde” himenoplastiye olumlu baktığı, %17.5’inin “dürüst olmanın işe yaramayacağına” inandığı, %74.7’sinin ise “İslam çerçevesinde yanlış bir pratik” olduğunu düşündüğü saptanmıştır (birden fazla seçenek işaretlenebilmektedir). Her iki çalışmada da katılımcıların en az üçte birinin himenoplastiye karşı olmadığı gözlemlenmektedir. Bu çalışmalar, özellikle sağlık çalışanları ve himenoplasti hizmeti alan kadınlar arasındaki ilişkinin anlaşılması açısından önemlidir.⁷

⁷ Bireylerin jinekoloji kliniğindeki deneyimlerinde karşılaştıkları ihlal ve ayrımcılıklar Kaos GL Derneği’nin kitaplaştıran Jinekolog Muhabbetleri yazı dizisinde örneklendirilmiştir (Alpar, 2020).

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

Türkiye’de himenoplastiye dair tıp literatürü de tıpkı sosyal bilimler literatürü gibi oldukça sınırlıdır.

Himenoplastiden *Celal Bayar Üniversitesi Adli Tıp Stajı Ders Notları* adlı yayında şu şekilde bahsedilir:

Aşağıdaki durumlarda tıbbi nedenlerle rıza alınmış olsa bile, hukuken geçerliliği bulunmamaktadır:

- Tedavi ve girişimlerin risklerinin anlatılmadığı durumlar,
- Ahlaka, edebe ve yasalara aykırı durumlar (hymenoplasti, hukuken geçerli mazereti bulunmayan cinsiyet değişikliği ameliyatları gibi),
- Yasal sürelerin üzerindeki kürtajlar için verilen rızalar,
- Ötenazi gibi durumlar için verilen rızalar (Aşırızder vd., 2005, s. 27).

Türkiye’de himenoplasti ya da diğer re-virjinizasyon pratiklerine dair herhangi bir yasal düzenleme bulunmamasına rağmen yukarıda belirtilen ve tıp öğrencilerine yön göstermesi amacıyla hazırlanan ders notları, himenoplastiyi “ahlaka, edebe ve yasalara aykırı” bir durum olarak tanımlamaktadır. ‘Ahlak’ ve ‘edep’ kavramlarının öznelliğinin yanında himenoplastinin yasalarla düzenlenmemiş olması bu ders notlarını geçersiz kılmaktadır. Himenoplasti, yasal süreyi aşan kürtaj ve ötenazi ile aynı potaya konmaktadır, ancak bu pratiklerin yasal çerçeveleri himenoplastiyle aynı değildir. Himenoplasti, bekaret testiyle olan sıkı bağı sebebiyle yasal açıdan gri bir alanda kalsa da bu ameliyatların doğrudan “yasalara aykırı” olduğunu söylemek mümkün değildir. Himenoplasti ve ‘kızlık zarı muayenesi’ arasındaki ilişki bu makalede detaylandırılmayacak olsa da kadının himenoplasti ameliyatı olmak için gösterdiği rızanın geçersiz olduğu iddiasının hukuki bir geçerliliğinin bulunmadığının altını çizmek önemlidir.

Karavaşin vd. (2009) ile Işık vd. (2011) ise makalelerinde himenoplasti için geliştirdikleri metotları paylaşırlar. Özellikle Karavaşin vd.’nin şu ifadesi önem taşımaktadır: “Himenoplastide, hem hayal kırıklığını hem de potansiyel medikolegal sonuçları engellemek amacıyla ameliyat sonrası ilişkide kanama olmama ihtimali ameliyat öncesinde hastayla konuşulmalıdır” (Karavaşin vd. 2009, 203). Bu

ifade, doktorları kanama olmaması ihtimaline karşın hukuki sonuçlardan korumak amacı gütsede kadınları onlara verilen temelsiz kanama garantilerine karşı uyarması açısından önem teşkil etmektedir. Işık vd. (2011) ise himenoplasti için yeni bir yöntem önerirler ve doktorları, hastalarına himenoplasti hizmetini vermeye teşvik ederler. Bunun dışındaki çalışmalarda himenin farklı çeşitleri olduğu ortaya konmakta (Demirci vd. 2008) ve imperfore (deliksiz) himen ameliyatları için yeni bir metot önerilmektedir (Acar vd., 2007; Ali vd., 2003; Temizkan vd., 2012). Bahsi geçen bu son yöntem, Türkiye’de kadının bekaretine dair toplumsal algıyı anlamak için kilit bir noktadır. İyileşme süreci çok daha uzun ve zorlu olsa da hem Acar vd. (2007) hem de Temizkan vd.’nin (2012) öne sürdüğü yöntem, imperfore himen ameliyatlarında çoğunlukla tercih edilen himenin tamamen ortadan kaldırılması yöntemi yerine teknik bekaretin korunması için alternatif bir öneri getirmektedir. Bu yöntem tıp literatüründe tartışılmıştır (Garden ve Bramwell, 2003) ve Emek Ergun’un da belirttiği üzere kadının ilk penetratif cinsel ilişkisinde hali hazırda uygulanmakta olan ameliyatlara göre çok daha fazla acı yaşamasına sebep olacaktır (Ergun, 2008, s. 31-33). Türkiye’de himenoplastiye dair tıp literatüründeki en yeni çalışma ise (Eserdağ vd., 2020) örnekleminin büyüklüğü açısından dikkat çekmektedir ve çalışma, himenoplasti ameliyatının ‘başarı’sına odaklanmaktadır.

Türkiye’de himenoplastiye dair tıp literatürü, dünyanın geri kalanının aksine (örneğin Bawany ve Padela, 2017; Cook ve Dickens, 2009; Dobson, 2008; O’Connor, 2008) etik tartışmalardan uzak dururken sosyal bilimler literatürü ise henüz inşa edilmektedir. Bu makale de özellikle bu konuda Türkçe kaynakların azlığı göz önüne alınarak literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

3. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu makalede odaklanılan ameliyat sonrası kendi sağlığından sorumlu olma fikri himenoplastiye özgü değildir. Özellikle 1980’lerden itibaren hem sağlık sektörü hem de ekonomik modellerdeki neoliberalleşme sebebiyle devletin insan sağlığındaki rolü azalmıştır (Clarke vd., 2003). “Özel sağlık sigortası endüstrisinin de yükselişiyle bireylerin ve ailelerin kendi sağlıklarını takip ve idare etme zorunluluğu” artmış, vatandaşların sağlıklı olmaya dair sorumluluklarını kabul etmeleri ve

**Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti
Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik
Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının
İnşası**

benimsemeleri beklenmeye başlanmış (Rose, 2001, s. 6), böylece hastalar neoliberal öznelere dönüşmüştür. Bu neoliberal özne, tıp kurumunun yanında ve hatta ondan da önce, kendi sağlığının sorumluluğunu alması gereken ve buna dair önlemleri gerek doktorların gerekse kendi bulacağı farklı kaynakların yönlendirmesiyle alması beklenen bir hasta modelini oluşturur. Sağlıklı olmaya ve kalmaya dair sorumluluğun el değiştirmesi, doktor-hasta ilişkilerini ciddi oranda şekillendirmiştir ve şekillendirmeye devam etmektedir. İnternetin de yaygınlaşmasıyla birlikte hastaların farklı bilgi kaynaklarına erişebilmesi doktorlar açısından otoritelerine karşı bir tehdit olarak algılanabilse de (McMullan, 2006; Ziebland, 2004) hastaların tıbbi süreçlere dahil olması kaçınılmaz hale gelmiştir.

Hastaların neoliberal öznelere dönüşümü, tıbbın birçok alanında karşımıza çıkar. Örneğin yardımcı üreme teknolojileri (Cussins, 1996) ve genetik hastalıklar (Latimer, 2007a ve 2007b), bu alanda dönüşümlerin oldukça görünür olduğu alt dallardandır. Joanna Latimer (2007a), genetik danışmanlık kliniklerinde yaptığı etnografiye dayanarak hasta ve özellikle de hasta yakınlarının, teşhis ve risk konuları söz konusu olduğunda bir “tecil alanı”nda [*space of deferral*] bulduklarından bahseder. Latimer’e göre bu alan, “doğru yol izlendiğinde, bir şeylerin bilinebileceğine dair şüphe ve belirsizlikten ziyade bir erteleme ve gecikme hissine” işaret eder (Latimer, 2007a, s. 16). Latimer başka bir çalışmada ise (2007b) “devinim alanı” [*space of motility*] kavramını ortaya koyar. Bu devinim, genetik hastalık şüphesi duyulan çocukların ebeveynlerinin, hastalığın doktorlar tarafından tanımlanması ve bu tanımın tecili arasındaki hareketliliğine işaret eder (Latimer, 2007b, s. 113). Ebeveynler bu alanda bulduklarında bir yandan şimdiye kadarki tercihlerinin sonuçlarını geriye dönük olarak değerlendirirken diğer yandan da şu anda yapacakları tercihlerin geleceği oluşturan tek yapıtaşını olmadığını fark ederler.

Genetik danışmanlık kliniklerinde vücut bulan “tecil alanı”, himenoplasti hastalarının ameliyat sonrasında karşılaştıkları teknik bekaret garantisinin yok oluşuyla benzerlik göstermektedir. Himenoplasti ile teknik bekaretini yeniden kazanacağına doktorlar tarafından inandırılarak ameliyata giren kadın, ameliyatın hemen ertesinde kanama garantisinin teciliyle karşılaşır. Ancak bu tecil,

Latimer'in bahsettiği “tecil alanı”ndan, şüphe ve belirsizliğin ortadan kalkmaması ve hatta artması sebebiyle ayrılır. Genetik danışmanlık kliniklerinin aksine, himenoplasti kliniklerinde ve ameliyatın gerçekleştiği özel hastanelerde şüphe ve belirsizlik re-virjinizasyon deneyiminin merkezindedir. Bu sebeple kadınların bir “devinim alanı”ndan ziyade, bir *devinimsizlik alanı*nda (*space of immotility*) kaldığından bahsedilebilir. Kadınlar için bu devinimsizlik, tıbbi otorite tarafından yalnız ve belirsizlik içinde bırakılmışlıkla örülüdür. Ancak kadınlar, bu *devinimsizlik alanı*ndan çıkmak için kendilerine çevrimiçi forumlar üzerinden yeni bir “devinim alanı” yaratır ve neoliberal bir özne olarak belirsizlik ve şüpheyi “kendilik teknolojileri” (Foucault 1988, 18) üzerinden yok etmeye çabalar. Kendilik teknolojileri, “bireylerin kendi bedenleri ve ruhları, düşünceleri, hareket tarzları ve varoluş biçimleri üzerinde, kendi imkanları ya da başkalarının yardımıyla bir dizi işlem yapmalarını ve böylece belirli bir mutluluk, arınmışlık, bilgelik, kusursuzluk ya da ölümsüzlük haline” ulaşmalarını sağlayan pratikler bütünüdür.⁸ Kadınlar, bekaretle geldiğine inanılan ‘safliğa’ ulaşmak ve evlenilebilir, ‘kusursuz’ kadına dönüşebilmek için doktorların ve daha çok re-virjinizasyon arayışında olan diğer kadınların yardımıyla birçok kendilik teknolojisini kendi üzerlerinde uygularlar. Ortak deneyimlerin paylaşılmasıyla vücut bulan bu yeni “devinim alanı” ise bireyselleşmenin (*individualization*) yol açtığı bir ortaklık haline gelir (*collectivization*) (Rose, 2001, s. 19).

4. METODOLOJİ

Araştırmada nitel yöntem kullanılmış ve iki tür veri toplanmıştır. Bu veri türlerinden ilkinde, yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler aracılığıyla ulaşılmıştır. Bu kapsamda 55 derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sağlık çalışanları, yapay kızlık zarı satıcıları, re-virjinizasyon yöntemlerine başvurmuş veya başvurmayı düşünen kadınlar ve yakınları ile 19-65 yaş arası, doğrudan re-virjinizasyonla bağlantısı olmayan kadın ve erkeklerle gerçekleştirilmiştir. Sağlık çalışanları; himenoplasti ameliyatı yapmayı tercih eden ve etmeyen jinekolog ve estetik, rekonstrüktif ve plastik

⁸ Burada Kamuran Gödelek'in çevirisinden yararlanılmıştır (Gödelek, 2011, s. 53-54).

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

cerrahlar ile bu doktorların sekreter ve asistanlarından oluşmaktadır. Araştırma, himenoplastinin yoğunlukla uygulandığı İstanbul, Ankara ve İzmir şehirlerinde, 2016 ve 2017 yıllarında yürütülmüştür. Rıza gösteren katılımcılarla yapılan görüşmelerin ses kaydı alınıp döküm yapılırken diğer katılımcılarla yapılan görüşmeler esnasında detaylı notlar alınmıştır. Makalenin odaklandığı konular sebebiyle makalede jinekologlar ve himenoplasti yaptıran yakını olanlarla yapılan görüşmelerden alıntılara yer verilmiştir.⁹

Araştırmada kullanılan bir diğer tür veri ise çeşitli çevrimiçi forumlarda kadınların re-virjinizasyon pratiklerine dair gönderileridir. Kadınların deneyim, düşünce ve duygularının daha detaylı araştırılması amacıyla incelenen bu gönderilerin yer aldığı forumlar ve başlıklar, re-virjinizasyon temasının merkeze alınıp alınmadığına bakılarak belirlenmiştir. Konu üzerine açılan ilk forum başlığı 2010 yılını işaret ettiğinden, araştırmaya bu tarihten itibaren saha çalışmasının sonlandırıldığı 2017'ye kadar yayımlanan gönderiler dahil edilmiş ve bu gönderilerden yaklaşık 7000 sayfa veri toplanmıştır. Bu veriler profesyonel bir veri çözümlene yazılımı kullanarak kodlanmıştır. Veriler, gönderileri görüntülemek için siteye üye olmanın gerekmediği, dolayısıyla kamuya açık sayfalardan bir araya getirilmiştir. Forumlardan yer verilen alıntılar geriye dönük arama yapılmasını en aza indirmek amacıyla çift çeviri (*double translation*) yöntemiyle önce Türkçe'den İngilizce'ye, bir süre ara verildikten sonra da İngilizce'den Türkçe'ye geri çevrilmiştir. Böylece alıntılar içeriği bozmayacak şekilde değiştirilmiş, aynı zamanda gönderilerdeki tanımlayıcı unsurlar (küçük şehir isimleri, düğün tarihleri vb.) çıkarılmıştır. Bu alıntılarının yanında gönderinin hangi ay ve yılda yayımlandığı belirtilmiştir. Forum başlıkları ise gizliliği korumak amacıyla doğrudan paylaşılmamış, yine çift çeviri yöntemi kullanılarak ve tanımlayıcı unsurlar değiştirilerek Ek'te sunulmuştur.

⁹ Araştırmada re-virjinizasyon yöntemlerine başvurmuş veya başvurmayı düşünen kadınlarla himenoplasti sırasında veya öncesinde görüşüldüğü için ameliyat sonrası bakıma dair bu görüşmelerden alıntıya yer verilmemiştir.

Gerek derinlemesine görüşmeler gerekse çevrimiçi forumlardaki gönderiler feminist post-yapısalcı söylem analizi kullanılarak incelenmiştir. Judith Baxter bu yaklaşımın diğer söylem analizlerinden farkını şu şekilde ifade eder: “Post-yapısalcı söylem analizine feminist bakış, herhangi bir metni çözümlerken birbiriyle yarışan söylemler arasında baskın söylem olarak toplumsal cinsiyet ayrımını dikkate alır” (Baxter, 2008, s. 245). Diğer bir deyişle feminist söylem analizi, bilgi ve iktidar ilişkilerini toplumsal cinsiyeti merkezine alarak çözümler. Bu araştırmada da kadınların deneyimlerine odaklanılması ve özellikle tıp kurumuyla kurulan iktidar ilişkilerinin kadınların bu deneyimlerine yansımaları incelendiğinden feminist söylem analizi tercih edilmiştir.

5. BULGULAR VE TARTIŞMA

5.1. Kanama Garantisi

Himenoplastinin temel amacı teknik bekareti kanıtlamak olduğundan kadınlar için en önemli nokta, himenoplasti sonrası kanama olup olmayacağıdır. Bu sebeple, himenoplasti yaptırmaya ve ameliyatın nerede (hangi şehir, hastane, klinik) ve hangi doktor tarafından yapılacağına karar verme sürecinde kadınlar için en önemli kriterlerden biri, ameliyat sonrası ilk cinsel ilişkide kanama olacağına garanti edilmesidir. Yukarıda sözü geçen Karaşahin vd. (2009) ile Wei vd.’nin (2015, s. 15) ifade ettiklerinin aksine, çoğu doktor yaptıkları ilk görüşmede (ki bu çoğunlukla ameliyatın da yapılacağı gündür) kadınlara kanama garantisi vermektedir. Bu garanti genelde tartışmaya kapalı bir şekilde ifade edilir ve kadınların bu garantiyi sorgulamasına izin verilmez. Forumlarda kadınlar tarafından bu garanti aşağıdaki şekillerde paylaşılır:

“Doktor bana %1000 kanayacağımı söyledi.” (Başlık 20, Aralık 2011)

“Canım ben Dr. Banu ile görüştüm, %1500 garanti veriyor.” (Başlık 20, Nisan 2012)

“Doktor bana ‘ameliyattan sonra 14 yaşında gibi olacaksın. Hiçbir şeyi dert etme ve hayatına yeniden başla’ dedi.” (Başlık 43, Şubat 2012)

“Anadan doğma zarın olacak dedi”. (Başlık 12, Temmuz 2014)

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

“Ameliyattan 2 ay sonra başka bir kadın doğumcuya görünsen bile [himenoplasti olduğunu] anlayamaz. Ben garanti veriyorum.” (Başlık 7, Aralık 2014)

“Ameliyattan sonra adli tıptan bekaret raporu alabilirsin.” (Başlık 33, Ekim 2012)

Bu alıntılar, tam kanama garantisi vermenin de ötesinde hiçbir şüpheye mahal vermemek amaçlı abartılı yüzdeler (örneğin %1000, %1500) ve ifadelerle doludur. Bahsi geçen garantilerin geçerliliğinin sorgulanması gerekliliğinin yanında kadınlara yasal olarak mümkün olmayan adli tıp raporu almak veya anatomik olarak mümkün olmayan “anadan doğma zar” vaat edilmekte, tıbbi otoritenin geçerliği sorgulanabilir hale gelmektedir.

Forumlar dışında kadınların himenoplasti ameliyatına dair erişebildikleri kaynaklar sağlık çalışanlarıyla yaptıkları telefon görüşmeleri ile doktorların himenoplasti hizmetlerinin reklamını yaptıkları internet siteleriyle sınırlıdır. Bu sitelerde, yukarıdaki ifadelerde de olduğu üzere, ameliyatın kanamayı garantilediğine dair ifadeler sıklıkla karşımıza çıkar. Bu araştırma için doktorlarla gerçekleştirilen görüşmelerde de çoğu doktor, kendi yaptıkları ameliyatların ardından kanamayan hastaları olmadığını ifade etmişlerdir, ancak kliniklerde yapılan gözlemler ve forumlardaki gönderiler bu durumun tersine ve himenoplastinin kanamayı garantilemediğine işaret etmektedir.

Az sayıda doktor, himenoplasti sonrası kanamaya dair kadınlarla pek de paylaşılmayan unsurları göz önüne sermektedir. Nadiren himenoplasti ameliyatı yapan bir jinekolog olan Dr. Mehmet¹⁰, himenoplastinin diğer doktorların anlattığı kadar basit bir ameliyat olmadığını, ‘gerçek’ himenoplastinin çok daha karmaşık olduğunu ifade etmektedir:

Dr. Mehmet: Ben o [diğer doktorların yaptığı] fleplerin gerçek flep olduğuna inanmıyorum. Ben inanmıyorum, bunca yıldır ameliyat yaparım, çok da agresif işler yaparım. Hani bu işi de bunu

¹⁰ Tüm katılımcıların ismi değiştirilmiştir.

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

yapan bir ağabeyimizden öğrendim ve gerçekten iyi yapardı. Zahmetli bir iştir, zor bir iştir, pahalı bir iştir. Hani bu işi yapıyorsanız hastane masrafı falan çıkar. Öbürü [diğer doktorların flep olarak adlandırdığı ameliyat] çok basittir.

(...)

Dr. Mehmet: [Bu ameliyatı olan hasta] bir gün veya iki gün yatar. Bir gün de olabilir, o parçaları nereye koyduğunla [alakalı], maksimum iki gün yatar. Ama aynı gün [hastaneden] çıkarmam flep kaldırıyorsam. (...) Bunun kötü olan tarafı, nasıl her kızlık zarı kanayacak diye söz veremezsen bunu da kanayacak diye söz veremezsin. (Dr. Mehmet, erkek, 50, jinekolog).

Dr. Mehmet'in yukarıda ifade ettiği ve kadınlar için önemli olan birkaç nokta vardır. Dr. Mehmet, bir yandan himenoplasti sonrası kanamaya dair garanti vermenin mümkün olmadığını, diğer yandan da 'gerçek' ve 'basit' himenoplasti arasında bir ikilik olduğunu öne sürer; bu ikilik çoğu doktor için var olmayan bir tezata işaret eder. Buna benzer olarak çok sık himenoplasti ameliyatları gerçekleştiren Dr. Jale, bazı grup hastaların himenoplasti sonrası kanama ihtimalinin daha düşük olduğunu ifade eder: "Şeker hastaları, obez, bağ dokusu gevşek, hijyenine dikkat etmeyen hastalar: bunlarda kalıcı [himenoplasti] tutmayabilir" (Dr. Jale, kadın, 50, jinekolog). Hem Dr. Jale hem de Dr. Mehmet'in ifadeleri himenoplastinin her kadına standart bir şekilde uygulanamayacağını ve himenoplasti sonrası kanamanın garanti edilemeyeceğini açıkça ortaya koymaktadır, ancak bu ve bunun gibi bilgiler kadınlarla çoğunlukla paylaşılmaz ve kadınlar ameliyat öncesinde teknik açıdan bakire olarak ameliyattan çıkacakları düşüncesiyle ameliyata girerler. Dr. Jale bazı hasta gruplarında kanama riski olmadığını söylerken Dr. Mehmet'e göre tüm hasta gruplarında kanamama riski bulunur. Çoğu doktor için bu konunun tartışmaya kapalı olması kadınlar açısından ciddi sorunlar teşkil eder. Bir diğer sorun ise doktorlar arasında himenoplastiye dair tartışma alanının sınırlı veya kapalı olmasıdır. Himenoplasti ameliyatları gerçekleştiren bir jinekolog olan Dr. Kerem'in kanamaya dair düşünceleri yukarıdaki doktorlardan farklılık gösterir. Ameliyatın başarısının kadının bünyesine göre değişip değişmediği sorulduğunda Dr. Kerem, şu ifadeleri kullanır:

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

Kadının bünyesinden ziyade kadının ameliyattan sonraki hareketliliğine göre değişir. Kadının sigara içip içmediğine göre değişir, çünkü sigara içenlerde doku iyileşmesi daha kötüdür, daha yavaştır. Müdahalenin yapıldığı anda adet durumuna göre değişir. Müdahaleden hemen sonra adet gören birisine kızlık zarının iyileşmesi daha zor olabilir yapılan müdahalenin, ama yapısal kişisel farklılıklar yok bu konuda. (Dr. Kerem, erkek, 47, jinekolog)

Bu ifadelerle rağmen kilonun bir farklılık yaratıp yaratmadığı sorulduğunda ise Dr. Kerem, “Aa doğru bak onu düşünmemiştim, kilo gerçekten yara iyileşmesini geciktirir, [ideal kilo normal vücut kitle indeksindekiler[dir]” yanıtını verir (Dr. Kerem, erkek, 47, jinekolog). Dr. Kerem’in bu görüşleri ve himenoplasti ameliyatını yapan diğer doktorların düşünce ve deneyimleri kendi aralarında nadiren tartışılır. Bu ameliyatı yapmak doktorlar açısından da tabu olarak görüldüğünden ve himenoplastiye dair piyasa rekabetle yoğrulduğundan kadınlar için belirsizlik ve şüpheyi azaltması muhtemel tartışma alanları kapalı veya yetersiz kalır.

Her ne kadar doktorlar tarafından verilen kanama garantisi kadınlar için güven verici görünse de kadınlar sık sık doktorların amaç ve tıbbi doğruluklarını da sorgulamaktadırlar. Re-virjinizasyon süreci, içinde güven de dahil olmak üzere çok çeşitli duygularla yoğrulduğundan, kadınlar doktorlar tarafından ‘kandırılmamak’ için ellerinden geleni yaparlar. Kandırılmamanın yollarından biri de aynı süreçten geçmiş veya geçmekte olan kadınlarla kurulan çevrimiçi iletişimidir. Forum kullanıcılarından biri, şüphe ve güvensizliğe yol açan deneyiminden şöyle bahseder: “Ben artık doktorların söylediklerinden şüphe ediyorum. Ben iki kere kalıcı [himenoplasti] yaptırdım ve ikisi de işe yaramadı, doku iyileşmedi. Ben o masaya garanti verilerek yattım, anlıyor musun?” (Başlık 43, Kasım 2016). Benzer şekilde kadınlar, kalıcı ve geçici himenoplasti arasında yapılan ayrımı da sorgularlar. Doktorlar bir yandan geçici ameliyatın ardından kanama ihtimalinin daha yüksek olduğundan bahsederken diğer yandan ise kadınları kalıcı himenoplasti olmaya teşvik ederler. “Doktorlar internet sitelerinde kalıcı flep yönteminin %90, geçicininse %100 kanama garantisi olduğunu yazıyorlar. Nasıl risk alabiliriz o zaman? [Kanamamaya dair] risk varsa neden bütün doktorlar flep [yöntemini] öneriyor?” (Başlık 12, Haziran

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

2014). Kadınlar kalıcı/geçici dikim ayrımını kanama ihtimaline göre sorgularken birçok doktor, kalıcı himenoplastinin hastaların psikolojisini rahatlatmak için daha doğru bir tercih olduğunu öne sürer. Çok sayıda himenoplasti ameliyatı yapmış olan Dr. Ezgi de bu görüşteki doktorlardan biridir:

Bir sebepten dolayı kızlık zarı zarar görüp 9-10 yıl evlenmeyen, evlenmeyi düşünmeyen hasta oranımız da çok fazla. Daha sonra mesela internette okuyor, bunun bir tedavisinin olabileceğini öğrenip şey yapıyor, bize başvuruyor. Veya hiç erkek arkadaşı bile olmayan hasta grubum vardı, yani ben artık evlenemem, benim hayatım artık bitti, sırf bu yüzden kalıcı tip [himenoplasti], düğüne yakın değil de düğünün daha zamanının bile belli olmadığı kalıcı tipe ihtiyaç gösteren çok hasta grubu var çünkü kafasında onu silmek istiyor, “yeni bir başlangıç yapabilmem için benim önce bunu halletmem gerekiyor” diye düşünüyor. Ki kalıcı tiplerde başarı oranı çok düşüktür. Bunu hastaya büyük bir rahatlıkla da ben söylerim, çünkü söylemem lazım. Bütün hastalarım da benim rutin şeyim, düğün öncesi ister 3 yıl önce yapayım, ister 5 yıl önce yapayım, düğün öncesi mutlaka geleceksin, ben muayene edeceğim ondan sonra ben tamam dersem evlen gönül rahatlığıyla. Çünkü bu hastaların yaklaşık %50’sinde, 70’inde tekrar açılmalar olabiliyor, ama nedir hasta bu olayı kafasında silmiş, yeni bir birlikteliğe başlamış, evlilik düşünüyor, düğün öncesi tekrar küçük bir operasyonla o günü kurtarmak adına işlem yapabilirsiniz. Ama önemli olan psikolojisi düzelmiş hastanın, hayata bambaşka bir gözle bakmaya başlamış. Çoğu hasta bunun için istiyor zaten, onu benim kafamdan, o olayı yaptırdığı zaman, kızlık zarını diktirdiği zaman bu olayı tamamıyla kapatmış olarak düşünüyor ve yeni bir sayfa açıyor kendine. (Dr. Ezgi, kadın, 46, jinekolog)

Kalıcı himenoplasti yaptırmak isteyen birçok kadının motivasyonlarından biri de Dr. Ezgi’nin de belirttiği gibi geçmişi “kafasından silmek” ve “yeni bir başlangıç yapmak” istenmesidir. Bir sonraki cinsel ilişkide kanamama ihtimali kadınlar için yeni bir duygusal ilişkiye girmeme sebebi olarak görülür, ancak bu motivasyonun altı çizilirken kadınların hem himenoplasti ameliyatı olmayı hem de cinsel geçmişlerine sahip çıkmayı aynı anda isteme ihtimalleri göz ardı edilir. Bu anlayışta kadının cinsel

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

geçmişini yok hükmündedir, cinsel geçmiş ancak ve ancak mevcut evlilik içerisinde yaşanmışsa var kabul edilebilir. Her ne kadar bazı kadınlar forumlarda cinsel geçmişlerini silmek istediklerini ifade etseler de aynı zamanda birçok kadının toplumsal cinsellik normlarına uymadıkları için himenoplastiye başvurduğunu unutmamak gerekir. Dolayısıyla birçok kadının isteği, cinsel geçmişini silmekten ziyade bu geçmişini izini gelecekteki partnerinin ve/veya ailesinin sürmesini engellemektir. ‘Başarı’ oranı daha düşük bir ameliyatla bu amaca ulaşılması tehlikeye girmektedir. Kadınlar için kalıcı himenoplastinin bu çerçevede daha cazip görünmesinin asıl sebebi, doktorların bu iki ameliyatı anlatırken kullandığı dil ve söylemdir. Kalıcı dikimin ardından çoğu kadın, geçici dikim için kontrole çağrılrsa da kalıcı himenoplasti geçici himenoplastiye göre daha güvenli görünür.

Kalıcı ve geçici himenoplasti arasında kullanılan yöntemden başka ücret açısından da fark bulunur. Bu fark genellikle 500 TL civarındadır¹¹ ve özellikle uzun süreler para biriktirerek ve/veya borçlanarak bu ameliyatı yaptıran kadınlar için daha az ‘garantili’ olan kalıcı yöntem daha fazla ücret ödemek anlaşılabilir hale gelmektedir. Aynı zamanda birçok doktor kalıcı himenoplasti ameliyatı yaptığı kadınları (yine ameliyattan sonra belirterek) düğünden ya da cinsel ilişkiye girilecek tarihten birkaç gün önce yeniden ‘kontrol’e çağırarak ve bu ‘kontrol’de genelde ek ücret alınmadan vajina girişine tekrar dikiş atılmaktadır. Bu dikiş, aslında geçici himenoplasti olarak bilinen ameliyattır ve kadınlar böylece iki ameliyat birden olurlar.

Doktorların kalıcı ve geçici himenoplastiye dair tutumlarının yalnızca maddiyata bağlı olduğunu söylemek yanlış olur. Doktorlar sıklıkla kalıcı himenoplastinin statüsünü yükseltirken geçici himenoplastiyi değersizleştirirler. Bu ikiliğe dair sabit değer yargılarının oluşturulması ise farklı himenoplastilerin farklı tip kadınlarla özdeşleştirilmesine dayanır. Yukarıda Dr. Ezgi’nin de örneklediği üzere kalıcı himenoplasti, geçmişini geride bırakmak isteyen, evlilik öncesi cinsel deneyim(ler)ini

¹¹ Bu fark saha çalışmasının tamamlandığı 2017 senesi için geçerlidir.

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

“hata” olarak gören, her ne kadar teknik bekaretini ‘kaybederek’ toplumsal cinsiyet normlarına karşı gelse de yine de ‘makbul’ bir nabakire^{12xi} olan kadınlara uygun görülür. Bunun tersine, geçici himenoplasti ise kestirme bir çözüm isteyen, ‘hata’sından ders almamış, halen toplumsal normlara aykırı davranmayı seçen nabakire kadınların başvurduğu bir yöntem olarak algılanır. ‘Makbul’ nabakire kadına, Özyeğin’in yukarıda bahsi geçen çalışmasında da (2015) değinilmiştir. Özyeğin, evlenmeden önce cinsel ilişki yaşamının normal karşılandığı arkadaş çevrelerinde, özellikle ilk cinsel ilişkinin kısa süreli değil, uzun süreli bir ilişkide yaşanmasının kabul edildiğinden bahseder. Tek gecelik veyahut kısa süreli bir ilişkide cinselliğin yaşanması, nabakire hiyerarşisinde kadını aşağılara iter. Bu kadın, geçici himenoplastiyle özdeşleşen kadınla paralellik gösterir.

Doktorlar için kalıcı işlem amaçlı gelen hastaların çokluğu bir övünç kaynağı olarak işaret edilir. Bu algı, yalnızca doktorlar arasında ve daha genel olarak tıp kurumu içerisinde değil, aynı zamanda revirjinizasyon camiasında da canlıdır. Forumlarda kadınlar sıklıkla yaptıklarının bir “hata” olduğundan, bu “hata”yı geri almak için ellerinden geleni yaptıklarından bahsederler. Bu “hata”nın geri alınması, geçici himenoplasti gibi “geçici” bir çözümle sağlanmamalıdır. Çünkü geçici himenoplasti, ameliyatı takip eden birkaç gün içerisinde cinsel ilişkiye girileceğine işaret eder. Bu durumda kadının cinselliğe ara vermesi ya da “hata”sını anladığına dair herhangi bir ıslah ya da kefarete söz konusu değildir. Öte yandan kalıcı himenoplasti, ameliyatın ardından en az bir veya iki aylık bir iyileşme sürecini gerektirir. Daha da önemlisi, toplumsal beklenti, kadının bu ameliyatı olduktan sonra evlenene kadar, ki bu yıllar sonra da olabilir, herhangi bir cinsel yakınlaşmada bulunmamasıdır. Böylece kadın tövbe etmiş, “hata”sını anlamış ve bedelini ödemiş olur. Kalıcı himenoplasti, nabakire kadın hiyerarşisinde, geçici himenoplastiye göre daha yukarıda yer alır. Hâlihazırda teknik bekaretini ‘kaybetmiş’ bir kadın ise hem tıp kurumundan hem de himenoplastiye başvurmuş veya başvurmayı düşünen diğer kadınlar tarafından

¹² “Nabakire” kavramı, kadınların teknik bekaret üzerinden tanımlanması ve buna göre ayrıştırılmasına atfen kullanılmaktadır. Bu kavramın kullanımı, bu ayrıştırmayı yeniden üretmekten ziyade doktor-hasta ilişkisi üzerinden bu yeniden üretime dikkat çekmek amacı gütmektedir.

daha fazla damgalanmamak için kalıcı dikimi tercih eder. Tabii ki bu tercihi yaparken başka unsurlar da öne çıkar. Örneğin düğünden yalnızca birkaç gün önce aileden ve nişanlıdan gizli bir şekilde hastane veya kliniğe gidip ameliyat olmak, yaşanılan şehirde bile olsa birçok kadın için zordur; dolayısıyla kalıcı dikim, zaman bulmak ve istenilen şehirde istenilen doktora gidebilmek açısından daha fazla kolaylık sağlamaktadır. Öte yandan kalıcı ve geçici himenoplasti arasında medikal açıdan inşa edilmiş görünen ikiliğin, kadının cinselliğine dair toplumsal normların yeniden üretilmesine yardımcı olduğu da yadsınmaz.

5.2. Garantinin Değişen Yüzü: Ameliyat Sonrası Bakım

Her ne kadar çoğu doktor, ameliyat öncesi telefon ya da yüz yüze görüşmelerde ve internet sitelerinde kanama garantisi verse de kadınlar ameliyatın hemen ardından bu ifadenin değiştirildiğinden bahsederler. Doktorların ameliyat sonrası ifadelerinde “kanama garantisi” söylemi, yerini kadınların alması gereken birtakım önlemlere bırakır ve ancak bu önlemler ‘doğru’ şekilde alındığında kanamanın olabileceği söylenir. Kadınlar her ne kadar ameliyat sonrası iyileşmenin hızlı ve kolay olacağına inansalar da kanamanın gerçekleşmesi için birçok tedbir almaları gerektiğini ancak ameliyat sonrasında öğrenirler. Bu tedbirler çerçevesinde bedenlerini hangi şekillerde, ne zaman ve nerede hareket ettirebileceklerine dair yönergeler maruz kalırlar. Teknik bekaretin sadece ameliyat sonucunda kazanılmadığını öğrenen kadınlar böylece kendilerini, beklemedikleri bir “tecil alanı”nda bulurlar (Latimer, 2007a, s. 16). Dolayısıyla, kadınların teknik bekaretlerini yeniden kazanıp kazanmadıklarını öğrenmeleri hem gecikmiş hem de belli koşullara bağlanmıştır. Bu alanda kadınlar, ancak belli yönergeleri doğru izledikleri zaman aradıkları kesinlik ve netliğe ulaşabileceklerini öğrenirler.

Doktorlar tarafından önerilen tedbirler, ameliyatı takip eden ilk birkaç gün duş almamaktan küçük adımlarla yürümeye, yüzmek ve bisiklete binmekten kaçınmaktan ağır eşyalar kaldırmamaya kadar uzanır. Bunun dışında enfeksiyonun önlenmesi için antibiyotik kullanılması ve ameliyat yerinin iyileşmesi için merhemler de önerilir. Ancak bu yönergeler, kadınlara, “tecil alanı”nda şüphe ve belirsizlik duymadan bulunabilmek için yeterli gelmez; çünkü tıbbi otoriteye duyulan güven, doktorların

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

ameliyat öncesi ve sonrasında farklılık gösteren ifadeleri sebebiyle zedelenmiştir. Böylece kadınlar, çaresizlik hissettikleri bir *devinimsizlik alanına* itilirler. Doktorlar her ne kadar ameliyat sonrası dönem için kadınlara belli başlı talimatlar verse de çoğu kadın, *devinimsizlik alanından* çıkabilmek için, bedenlerini nasıl ve ne kadar hareket ettireceklerine dair kendi yöntemlerini bulur ve bu yöntemleri kendileriyle aynı dönemden geçen diğer kadınlarla da çevrimiçi forumlar aracılığıyla paylaşır. Bu yöntemler hem dikişlerinin tutması ihtimalini artırmak hem de ameliyat sonrası acı ve ağrılarla başa çıkmak açısından önemlidir, böylece kanamaya dair belirsizlik ve şüphe azaltılmaya çalışılır. Forumlar üzerinden farklı doktorların verdiği yönergeleri de karşılaştırmak mümkün olur. Dolayısıyla kadınlar, kendi doktorlarının talimatlarının yanında diğer doktorların ve diğer kadınların önerilerini de bir araya getirip kendi yönergelerini, diğer bir deyişle “kendilik teknolojileri”ni (Foucault, 1988, s. 18) oluştururlar. Örneğin bir kullanıcı, ameliyat sonrası aldığı önlemleri şöyle aktarır:

10 gün hiç oturmam, sürekli yattım.

Ped kullanmadım, eski atletleri ütüyüp kullandım.

Günde 2 diş sarımsak ve bir soğan yedim. (Bu en önemli nokta çünkü dikişlerin tutmasına yardımcı oluyor.)

Bir hafta boyunca yan yatarak uyudum ve bir kilogram ağırlık bile kaldırmadım.

Bol sıvı tükettim ve kabız olmamak için her sabah bir kuru kayısı yedim.

Biraz kaba olacak ama büyük tuvaletime çıkarken [vajina] dudaklarını elimle tutarak birleştirdim. (Başlık 1, Temmuz 2016)

Bu ve bunun gibi “kendilik teknolojileri” listeleri kadınlar tarafından çok değerli görülür, çünkü *devinimsizlik alanından* çıkabilmek için himenoplasti ameliyatı olmuş kadınlara çevrimdışı ortamlarda ulaşmak zor ve risklidir. Aynı zamanda güven duygusunun zedelendiği sağlık çalışanlarına (tekrar) danışmak, var olan damgalardan ötürü yıpratıcıdır. Ancak sağlıkla ilgili konularda paylaşımların yapıldığı tüm diğer çevrimiçi topluluklarda olduğu gibi himenoplastinin tartışıldığı forumlarda da çeşitli

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

riskler bulunur. Bunlardan en önemlisi de bir kişinin deneyiminin tüm kadınlara genellenmesidir. Hem her bedenin ihtiyacı veya toleransının hem de doktorların ameliyat yöntemlerinin farklı olduğu göz ardı edildiği takdirde forumlardaki öneriler, diğer kadınları kendilerine zarar verecek yöntemlere yönlendirebilir. Newhouse vd.'nin de (2017, s. 133) ifade ettiği üzere çevrimiçi platformlarda “eğer deneyimler güçlü bir şekilde sunuluyorsa fakat bu deneyimler tipik değilse, taraflıysa veya hatalıysa en uygun kararlar verilemeyebilir veya [platformdaki] güven duygusu kırılabilir. Canlı veya kısmen uç deneyimler sesi duyulmayan sıradan çoğunluğu temsil etmeyebilir”. Bu dengesiz temsiliyet, özellikle himenoplasti gibi çevrimiçi kaynakların bilgi edinmedeki en önemli yöntem olduğu durumlarda ciddi bir sorun haline gelebilir. Newhouse vd.'nin bahsettiği “uç deneyimler”e bir örnek, bir kullanıcının dikişlerin tutması için verdiği şu önerilerde görülebilir: “Bacaklarınızı açmayın. Ben normalde uyurken bacaklarımı çok açarım, o yüzden bir ay kalçama kemer bağlayarak uyudum. Çok şükür dikişlerim açılmadı ve iyileşme sürecinde kanamam olmadı. Sadece biraz kaşıntı ve gıdıklanma, o kadar” (Başlık 43, Mart 2013). Doktor tavsiyesi olmaktan uzak bu yöntem, himenoplastinin umut edilen sonucuna ulaşmak için kadının kendi bulduğu bir yöntemdir. Bir ay süren ve ağrılı bir deneyim olması tahmin edilebilecek bu “kendilik teknolojisi” ile kadın, *devinimsizlik alanından* çıkmak için kendi devinimini, hareketliliğini kısıtlar.

Her ne kadar çoğu ameliyatın ardından hastaların yerine getirmesi gereken belli başlı yükümlülükler olsa da himenoplastide farklı olan, bu yükümlülüklerin kadınlara ne zaman ifade edildiğidir. Ameliyat öncesinde çevrimiçi forumlar dışında bu önlemlerden haberi olma imkânı olmayan kadın, doktorunun verdiği kanama garantisinin ardından gelen önlemler sonucunda sıkıştığı “tecil alanı”nda doktora olan güvenini yitirmekte ve tekrar yalnızlaşmaktadır. Aynı anda, hâlihazırda bekarete dair normlar yüzünden ciddi bir duygusal yükün altında olan kadınlar ameliyat sonrası kanamaya dair verilen tutarsız bilgiler sebebiyle belki de daha da ağır ve yeni bir yükün altına girmek zorunda bırakılırlar. Burada önemli sorunlardan biri, kadınların ameliyat sonrası kanamama ihtimalini bilmeden ameliyat olmaya karar vermeleridir. Kadınlara ameliyat sonrası kanamama ihtimali iletilmediğinden ameliyattan vazgeçme

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

seçenekleri de ellerinden alınmaktadır. Doktorların önemli bir kısmının himenoplasti sonrası kanamaya dair sorumluluğu ameliyat sonrasında kadınlara yüklemesi, kadınlara re-virjinizasyon sürecinde katlanmaları gereken ilave bir duygusal yük olarak geri dönmektedir. Kadınların çoğunluğunun ‘yapay kızlık zarı’ yerine himenoplastiyi tercih etme sebebinin tıbbi bir otorite tarafından teknik bekaretlerinin onaylanmasıyla oluşan güven olmasına rağmen bu güven, ameliyat sonrasında giderek azalmakta ve kadınlar yeniden yalnız bırakıldıklarını hissetmektedirler.

Kadınlara himenoplastinin sonuçlarına dair gerçekçi bir tablo sunulmaması sonucunda kadınların kendi bedenlerinin kontrolünü ele alma gereksinimleri neoliberal bireycilik anlayışıyla paralellik gösterir. Birçok doktor, ameliyat öncesi verdiği garantiye rağmen istenen sonuca ulaşma sorumluluğunu ameliyatın tamamlanması ve ödemenin yapılmasının ardından kadına yükler. Sonuç olarak kadın, doktorun ona vaat ettiği sonuca ulaşmak için kendi yöntemlerini geliştirmek zorunda kalır. Öte yandan, beden sahipliği düşünüldüğünde bu açmazın aynı zamanda kadını kendi bedeni üzerinde mecburi olarak daha fazla söz sahibi olmaya ittiği de söylenebilir. Cinselliğe dair toplumsal ve tıbbi normlar çerçevesinde ve bu normlara rağmen kadın, kendi bedenine dair kararları kendisi vermektedir. Ancak tıp gibi çoğunlukla dışarıya kapalı bir kurumda, uzmanlık ve doğru bilgiye erişim diğer alanlardan daha önemlidir. Bu sebeple, beden sahipliğinin bir *devinimsizlik alanı*nda ortaya çıkması, sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olması sebebiyle sorundur.

5.3. Görünmeyen Komplikasyonlar, Gizlilik ve Sessizlik

Re-virjinizasyona dair sessizliğin diğer bir katmanı da himenoplastinin ne öncesinde ne de sonrasında bahsi geçen komplikasyonlardır. Her ameliyatta olduğu gibi himenoplastide de komplikasyonların olması rağmen buna dair bilgilendirme ve tartışmadan kaçınılmaktadır. Himenoplasti sonrası komplikasyonlar, tıbbi yayınlarda da sıklıkla göz ardı edilir. Bu konudaki istisnalardan biri Lina Triana'nın (2020) *Estetik Vajinal Plastik Ameliyatlar* adlı kitabıdır. Triana bu kitabında himenoplastiye de yer verir ve ameliyat sonrası muhtemel senaryolardan bahseder. Eserdağ vd. ise (2020) bu dönemde kadınların akıntı, batma, ağrı ve kaşıntı şikâyetleri olduğunu belirtirler. Farklı bulgular Guatemala'da

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

himenoplasti üzerine yazılan bir makalede (Roberts, 2006, s. 1228) dile getirilmiştir: “Jinekologlar himen rekonstrüksiyonu geçirmiş kadınların kliniklerine çeşitli sağlık sorunlarıyla geldiğini ifade ediyor. Bu sorunlar arasında enfeksiyon, kanama, kabızlık, fistül ve cinsel ilişki sırasında aşırı derecede ağrı sayılabilir”. Komplikasyonlar, bu araştırma kapsamında görüşülen doktorlar tarafından da çoğunlukla göz ardı edilir. Örneğin Dr. Jale, “Yani tecrübeli bir hekimseniz yok komplikasyon riski hemen hemen, yani bir diş çekiminden bizim için daha basit bir şey, öyle diyeyim” ifadelerini kullanmıştır (Dr. Jale, kadın, 50, jinekolog). Ancak kadınların deneyimleri durumun aksini gösterir. Örneğin en yakın arkadaşı himenoplasti olan Gamze, arkadaşının ameliyat sonrasındaki deneyiminden şöyle bahseder: “Ağrısı oldu evet. Sonrasında biraz bir ağrı oldu. Yürümede zorluk çektiğini biliyorum, mesela çok uzun bir süre iki ayak böyle popoya güç vererek oturamadı kız, hep böyle biraz kalça kalkık oturdu”. Gamze’ye arkadaşının, doktorun yönlendirmesiyle mi bu şekilde oturduğu sorulduğunda ise yanıtı şöyle olur:

Baskı yapıyor diyordu. Ağrı yapıyor diyordu. Sonrasında bir kaşınma dönemi olduğunu biliyorum. Çok büyük bir şekilde, çok canım acıyor diyordu, söküp atmak istiyorum diyordu. Bir de onun [ameliyatı] yaptırdığı dönem Mayıs falandı, yazın havuza girmesine doktor izin vermemişti. Ağustos’a kadar falan. Çok temiz denize ancak girebilirsin demişti. Bir de diktirdikten sonra sanırım 6 ay falan, ya da 5 ay regl olmadı o, evet. Ama onun sebebini bilmiyorum. Çünkü diktirdikten sonra doku yenilenmesi için bir ilaç vermişlerdi. Belki o ilaçtan dolayı olabilir. Çünkü ben o zaman eyvah demiştim, bir kere biz telefonda konuşmuştuk, eyvah demiştim, acaba ters bir şey mi yaptılar? Yani niye regl olmazsın? Doktor hani normal olduğunu söyledi, bir problem yok demişti [arkadaşım] bana. (Gamze, kadın, 28, himenoplasti yaptıran yakını)

Kadınların iyileşme süreçlerinde acı ve ağrı çekmeleri beklenen bir durumdur (Güzel, 2018). Ancak bu acı ve ağrının yanında regl düzeninin bozulması gibi beklenmeyen ve günlük hayatı önemli ölçüde etkileyen sonuçların da ortaya çıkabileceği göz ardı edilmemelidir. Özel kliniğinde himenoplasti

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

ameliyatları gerçekleştiren jinekologlardan Dr. Ünzile, Dr. Jale ve diğer doktorların aksine bazı komplikasyonlardan şöyle bahseder:

Dr. Ünzile: Ama tabii bunda kadının da güvenli seks yapması, ondan sonra ilişkide canının yanmaması, scar [yara izi] oluşmaması [önemli]. Bunlar [himenoplasti ameliyatı olanlar] ömür boyu ilişkide sıkıntı yaşıyorlar. Kendi aramızda konuştuğumuz şeyler oluyor, “Böyle yaparsak daha mı iyi olur, benim hastamda böyle oldu, bunun geri dönüşü nasıl oldu?” diye öyle konuşmalarımız oluyor. Bu teknikle ilgili bilimsel bir eğitim bize verilmiyor zaten, yok öyle bir şey.

(...)

Hande: Yıllarca yanma olabilir dediniz?

Dr. Ünzile: Evet, çok daraltılırsa eğer vajina, o kadın daha sonraki ilişkilerinde sıkıntı yaşayabilir. (Dr. Ünzile, kadın, 54, jinekolog)

Dr. Ünzile'nin bahsettiği komplikasyon ihtimallerinin bir kısmı da himenoplastiyle beraber sıklıkla yapılan vajina daraltma ameliyatlarından kaynaklanır. Teknik bekaretin belirteçlerinden biri olarak kabul edilen vajina darlığını kanıtlamak için birçok kadın, himenoplastiyle beraber bir ameliyat daha olur ve bu sebeple komplikasyonların da daha fazla olması beklenebilir. Her ne kadar Dr. Ünzile diğer doktorlarla bu konuları tartıştığından bahsetse de yukarıda da belirtildiği üzere bu bir istisna olmaktan öteye geçmemektedir, çünkü himenoplasti ameliyatı olmak nasıl kadınlar için damgalayıcıysa, bu ameliyatı yapmak da çoğu doktor için benzer özelliktedir. Doktorlar ve himenoplasti piyasasının özellikleri bu makalenin odağında değildir¹³. Burada önemli olan, kadınların sağlığı açısından

¹³ Türkiye’de himenoplasti piyasasının dinamikleri için bkz. Güzel, 2020.

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

himenoplastiye dair diyalogların artırılması gerekliliğidir. Yukarıdaki olası komplikasyonlardan başka, Dr. Ünzile, bir hastasının yaşadığı ameliyat sonrası sorunları şöyle paylaşır:

Dr. Ünzile: Bir de bir hastam daha oldu mesela o da ilginç. Himen onarımı yaptık. O hasta işlemden üç gün sonra kanamam var diye geldi. Kontrolünü yaptım, bir şey yok. İşlemden beş gün sonra çok kanaması oldu, hiçbir şey yapmadım dedi, ama bilmiyorum. [ben onu] Evde bayıldı diye yakınları aradı. Çok fenaydı, ben hastayı aldım, hastaneye yatırdım. Hastanede tekrar kanayan yerlerini sütür ettim. Hastanın yanında bütün ailesi, yakınları [vardı]. Ondan sonra çok şeydi, zor bir süreçti, hasta ve benim için çok zor bir süreçti. Artık yakınlarına şey dedik, polikistik overi var dedim, apsesini almıştım, apse aldığım yerden dikişleri kanamış, onu ordan tekrar düzelttik falan dedik öyle. Öyle bir hastam oldu, o çok fenaydı yani. Bir de köye gitmiş, uzak, bir gece beni aradı, “Hocam ben kanıyorum, baya kanıyorum.” “Gel” diyorum, “Nasıl geleceğim?” diyor, “Araba yok burda” falan. Hayatımda bu [olduktan sonra], bundan sonra epey bir süre [himenoplasti] yapmadım. Bunlar [hastalar] dedim, beni dinlemiyor, bir şey yapıyor herhalde.

Hande: Neden olmuş kanama?

Dr. Ünzile: Bilmiyorum, sonra ben onun bütün kan testlerine falan baktım, bir kanama bir şey mi var [diye]. Hastaneye sabah yatırdım, akşam çıkardım. Öyle de başımdan geçen kanamalı bir hastam oldu yani.

Hande: Hastaneye ne söylediniz?

Dr. Ünzile: Hastaneye şey yazdık oraya, Bartolin apsesi drenajı yazdım ben. Zaten gece yatış yapmadığımız için sıkıntı olmadı. Özel hastane. O kötüydü yani. (Dr. Ünzile, kadın, 54, jinekolog)

Bu anlatı, himenoplastiye dair gizlilik ve sessizliğe dair birçok katmana ışık tutar. Bir yandan aile içindeki gizlilik, Dr. Ünzile'nin hastaya müdahalesini tehlikeye atmıştır. Diğer yandan ise tıp kurumu

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

da zorunlu olarak gizliliğin bir parçası olmuştur. Ancak bunlardan başka altı çizilmesi gereken bir diğer önemli nokta, doktor ve hasta arasındaki güvensizliktir. Yukarıda himenoplasti arayışında olan kadınların doktorlara duyduğu güvensizliğe yer verilmişti. Bu anlatıda ortaya konan ise aynı duygunun farklı yönde akışıdır. Dr. Ünzile, hastasının kendisini dinlemediğini, “bir şey yaptığını” iddia etmekte, bu yapılan “bir şey” doktorun izin verdiği “şeyler”in dışında yer aldığı için güvensizliğe yol açmaktadır. Böylece Dr. Ünzile, kendini farklı bir *devinimsizlik alanı*nda bulur. Aynı zamanda bir vakada yaşanan güvensizlik, himenoplasti yaptırmayı düşünen diğer kadınları da doğrudan etkiler, çünkü Dr. Ünzile otoritesinin kabul edilmediği yerde himenoplasti hizmetini vermekten vazgeçer. Dr. Ünzile’nin devinimsizliği ve hareketsizliği, ameliyat için hareket etmesini de engeller. Bu güvensizliğin aynı zamanda ameliyat sonrası iyileşme sorumluluğunu kadına yükleyen bir sistem tarafından oluşturulduğunun da altını çizmek gerekir. Ameliyat sonrası komplikasyon, evlenmemiş nabakire kadının ve hatta aynı konumdaki tüm kadınların ‘suçudur’, çünkü kadın neoliberal özne olarak sağlığına dair üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmemiştir. Kadın, neoliberal bir özne olarak hâlihazırda hem kendi hem de ailesinin sağlığından sorumlu olması beklenirken (Bilge-Ülker, 2019) hem bakire olmayışı hem de sağlıklı olma gerekliliğini yerine getiremeyişile tıp kurumu açısından sorunlu bir konuma yerleşmiştir.

Himenoplasti ameliyatının ardından gelen süreçte hem doktorlar tarafından verilen asılsız garantinin ortadan kalkması hem alınması gereken tedbirlerin sonradan ortaya çıkması hem de olası komplikasyonlardan bahsedilmemesi ciddi ve sorunlu bir sessizliğe işaret eder. Himenoplasti zaten hâlihazırda sessizlikle örülmüş, Michael Taussig’in kavramını kullanmak gerekirse, “kamusal bir sır”dır (*public secret*) (Taussig, 1999). Bir yandan çoğu kimse tarafından bilinen, diğer yandan da görmezden gelinen bir sorun ve bir çözümdür. Bu görünmezlik ve sessizlik, kendini himenoplasti sonrasında da ciddi şekilde hissettirir. Başka ameliyatlarda rahatlıkla ve özenle tartışılan ya da ortaya konan unsurların himenoplasti ameliyatı olacak ya da olan kadınlardan saklanması ise maalesef ki şaşırtıcı değildir, çünkü himenoplastiye başvuran kadın zaten teknik bekaretini ‘kanıtlayamayacak’ durumda olduğundan

Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının İnşası

toplumsal cinsiyet ve cinsellik normları düşünüldüğünde hiyerarşinin en aşağılarına itilmiştir. Bu normlara aykırı nabakire kadının medikal açıdan normal varsayılan süreçlerden geçmesi de normların dışında kalır. Ameliyat sonrasında yaşadığı komplikasyonlar, alması gereken önlemler ve verilen garantinin yapaylığı nedeniyle kadın zorunlu bir görünmezliğe ve hareketsizliğe hapsedilir.

6. SONUÇ

Neoliberal (na)bakire kadın, teknik bekaretin hem fiziksel hem de duygusal yönlerini yüklenmesi beklenen kadındır. Tıp kurumu teknik bekaretin ameliyat kısmını devralarak bu sorumluluğu hafifletiyor gibi görünse de ameliyat sonrasında “tecil alanı”na itilen kadın, tıbbın neoliberal öznesi olmaktan kurtulma imkânı bulamaz. Çoğunlukla özel hastane ve kliniklerde erişilebilen himenoplasti ameliyatlarının getirdiği maddi, fiziksel ve duygusal emek, kadının bedeni üzerinde vücut bulur.

Himenoplasti sürecinin diğer ameliyatlardan farklı bir şekilde deneyimlenmesinin en önemli sebeplerinden biri de gizlilik ve sessizlikle örülü olmasıdır. Ameliyatın öncesi, sırası ve sonrasında gizlilik ve sessizliğe mahkûm olan kadının ihtiyacı olan kaynaklara erişimi de kısıtlıdır. Bu *devinimsizlik alanı*ndan çıkma çabası kadınları bedenlerine zarar verme ihtimali olan yöntemlere yönlendirebilirken aynı zamanda çevrimiçi platformlardaki gönderiler üzerinden bir kızkardeşlik ve dayanışma duygusunun da oluşmasını sağlar.

Himenoplasti sonrasında kadınların deneyimlerini iyileştirmek için en önemli noktalar doktor-hasta arasındaki iletişimin geliştirilmesi ve iki taraflı güven duygusunun oluşturulmasıdır. Kadınlar himenoplastinin olası sonuçları ve komplikasyonları konusunda tam olarak bilgilendirilmeli ve bu bilgilendirmenin ardından bir karar verme sürecine davet edilmelidir. Bu tip bir uygulama Hollanda’da gerçekleştirilmiş (Loeber, 2015) ve kadınların yaklaşık yarısının ameliyattan vazgeçtiği görülmüştür. Öte yandan bu ve benzeri uygulamalar da bekarete dair normların değiştirilmesi yükünü yine kadınlara yüklemektedir. Toplumun asıl ihtiyacı teknik bekarete dair normların kökten değişmesidir.

SUMMARY

Hymenoplasty is the operation through which a hymen is generated in a woman's vaginal entrance in order to mimic bleeding in the next penile-vaginal intercourse. This article focuses on an unexplored phase of the process of 'enduring' hymenoplasty: the post-operative period. Re-virginisers (women seeking re-virginisation) are encouraged to undergo the more complicated 'enduring' hymenoplasty as opposed to the 'transient' operation, as the latter suggests the imminence of sexual intercourse following the operation. Furthermore, because of the absence of a healing period in the 'transient' hymenoplasty, medical doctors and many re-virginisers frown upon this operation, as it does not create the opportunity for the woman to 'repent her mistake'. Hence, to conform with the 'non-virgin ideal', women more frequently resort to the more expensive and painful 'enduring' hymenoplasty. Following this operation, women go through a healing period, which is expected to last one to two months. Based on feminist discourse analysis of 55 in-depth interviews and 7000 pages of online data, this article explores women's experiences in this period, within the context of Turkey.

Re-virginisers embark on the hymenoplasty process without being informed about the possibility of not bleeding, or the fact that healing takes place differently in different bodies. Hence, upon finding out that the operation does not necessarily guarantee bleeding, women feel lonely and their trust in the institution of medicine is eroded. This phase is then characterised by lack of trust between the doctor and the re-virginiser, as a result of the disappearance of the bleeding guarantee immediately following the operation. Drawing from Joanna Latimer's "space of motility" (Latimer 2007b), this paper argues that women get stuck in a *space of immotility* in the post-operative period, due to doubt and uncertainty being at the centre of hospitals and clinics where hymenoplasty often takes place. Furthermore, the uncertainty regarding bleeding after the operation puts women in a "space of deferral" (Latimer 2007a), leaving them with a delayed information about their technical virginity status. The clarity is expected to come at the control appointment, but it is usually not accessible until the moment of penetrative intercourse. Women are given guidelines about how to move or not move their bodies during the healing period, yet

**Himenoplastiden Sonra: Himenoplasti
Sonrası İyileşme Sürecinde Devinimsizlik
Alanı ve Neoliberal (Na)Bakire Kadının
İnşası**

this does not change the temporality of clarity. To escape this *space of immotility* and “space of deferral”, women create a “space of motility” for themselves through online forums where they share experiences, thoughts, and feelings on re-virginisation. Hence, through online forums, they consult each other, and create their own guidelines, or “technologies of the self” (Foucault, 1988) to reach technical virginity and to heal without complications. By having to take on the responsibility for their own physical and emotional well-being, women become neo-liberal subjects within the institution of medicine.

KAYNAKÇA

- Acar, A., Balci, O., Karatayli, R., Capar, M. ve Colakoglu, M. C. (2007). The Treatment of 65 Women with Imperforate Hymen by a Central Incision and Application of Foley Catheter. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(11), 1376-1379.
- Acar, A., Çelik, Ç., Çiçek, N., Gezginç, K., ve Akyürek, C. (2003). Treatment of Imperforate Hymen by Application of Foley Catheter. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 106(1), 72-75.
- Alpar, A. (2020). *Jinekolog Muhabbetleri*. Kaos Gey ve Lezbiyen Kültürel Araştırmalar ve Dayanışma Derneği (Kaos GL).
- Altınay, A. G. (2002). Bedenimiz ve Biz: Bekaret ve Cinselliğin Siyaseti. A. Bora ve A. Günel (Ed.), *90'lerde Türkiye'de Feminizm* içinde s. 323-343. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Aşıröz, M., Yavuz, M. S. ve Zeyfeolu, Y. (2005). *Celal Bayar Üniversitesi Adli Tıp Stajı Ders Notları*. Celal Bayar Üniversitesi.
- Aytemiz, P. (2015). Lost and Found Virginty: A Critical Look to the “Reappearing Hymen” in Consumer Culture. *İletişim*, 23, 97-111.
- Bawany, M. H., ve Padela, A. I. (2017). Hymenoplasty and Muslim Patients: Islamic Ethico-Legal Perspectives. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(8), 1003-1010.
- Baxter, J. A. (2008). Feminist Post-Structuralist Discourse Analysis: A New Theoretical and Methodological Approach? K. Harrington, L. Litosseliti, H. Sauntson ve J. Sunderland (Eds.), *Gender and Language Research Methodologies* içinde s. 243-255. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bilge-Ülker, D. (2019). *Neoliberal governmentality of health in Turkey, A Case Study of Constitution of “Healthy Woman” as a Subject*. Doktora tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Cindoglu, D. (1997). Virginty Tests and Artificial Virginty in Modern Turkish Medicine. *Women's Studies International Forum*, 20(2), 253-261.
- Clarke, A. E., Mamo, L., Fishman, J. R., Shim, J. K. ve Fosket, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68, 161-194.

- Cook, R. J. ve Dickens, B. M. (2009). Hymen Reconstruction: Ethical and Legal Issues. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107(3), 266-269.
- Cussins, C. (1996). Ontological Choreography: Agency through Objectification in Infertility Clinics. *Social Studies of Science*, 26, 576-610.
- Demirci, Ş., Doğan K. H., Deniz, İ., Ünver Doğan, N., Günaydın, İ. G. (2008). Sağlam Himen Morfolojilerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Foren Med*, 5(3), 93-100.
- Dobson, R. (2008). Cosmetic Vulvovaginal Surgery is Being Carried Out without Evidence of Benefit. *BMJ: British Medical Journal*, 337(7671), 65-651.
- Ellialtı, T. (2012). Evlilik Öncesi Cinsellik, Bekaret ve Beden Disiplini: Kadınların “Aşk” Üzerinden Cinsel Ahlak Mücadelesi. *Cogito*, 70-71, 371-397.
- Ergun, E. (2008). Önsöz: Türkiye’de Bekaretin “El Değmemiş” Tarihi. H. Blank (Ed.) *Bekaretin “El Değmemiş” Tarihi* içinde s. 11-34. İletişim Yayınları.
- Eserdağ, S., Kurban, D., Kiseli, M., Alan, Y. ve Alan, M. (2020). A New Practical Surgical Technique for Hymenoplasty: Primary Repair of Hymen with Vestibulo-Introital Tightening Technique (VITT). *Aesthetic Surgery Journal*. <http://dx.doi.org/10.1093/asj/sjaa077>.
- Foucault, M. (1988). *Technologies of the self: A Seminar with Michel Foucault* (R. Hurley, Çev.). Pantheon Books.
- Foucault, M. (1992). *Hapishanenin Doğuşu* (M. A. Kılıçbay, Çev.). İmge Kitabevi.
- Garden, A. S. ve Bramwell, R. (2003). Treatment of Imperforate Hymen by Application of Foley Catheter. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 106(1), 3-4.
- Gödelek, K. (2011). Michel Foucault’nun Ahlâk Anlayışı. *Beytülhikme: An International Journal of Philosophy*, 2, 23.
- Gündoğmuş, Ü. N. (1995). *Adli Tıp: Birinci Basamak Hekimleri İçin* (O. N. Çakmak, Ed.). T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Gürsoy, E. ve Vural, G. (2003). Nurses’ and Midwives’ Views on Approaches to Hymen Examination. *Nursing Ethics*, 10(5), 485-496.

- Güzel, H. (2018). Pain as Performance: Re-Virginisation in Turkey. *Medical Humanities*, 44(2), 89-95.
- Güzel, H. (2020). *Becoming-Virgin: Re-Virginisation Practices in Turkey*. Doktora tezi, Cambridge: Cambridge Üniversitesi.
- Işık, D., Erçel, C., Kutlay, R., Anlatıcı, R. (2011). Re-Virjinizasyon: Himenoplasti. *Türk Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi (Turk Plast Surg)*, 19(1), 13-17.
- Karavaşin, K. E., Alanbay, I., Ercan, C. M., Gezginç, K. ve Başer, I. (2009). Comment on a Cerclage Method for Hymenoplasty. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 48(2), 203.
- Latimer, J. (2007a). Becoming in-formed: Genetic Counselling, Ambiguity and Choice. *Health Care Anal*, 15, 13-23.
- Latimer, J. (2007b). Diagnosis, Dysmorphology, and the Family: Knowledge, Motility, Choice. *Medical Anthropology*, 26(2), 97-138.
- Loeber, O. (2015). Wrestling with the Hymen: Consultations and Practical Solutions. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(2), 128-135.
- McMullan, M. (2006). Patients Using the Internet to Obtain Health Information: How This Affects the Patient-Health Professional Relationship. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2), 24-28.
- Newhouse, N., Atherton, H., Ziebland, S. (2017). Pain and the Internet: Transforming the Experience? E. J. Gonzalez-Polledo ve J, Tarr (Ed.), *Painscapes: Communicating Pain* içinde s. 129-156. London: Springer.
- O'Connor, M. (2008). Reconstructing the Hymen: Mutilation or Restoration?. *Journal of Law and Medicine*, 16(1), 161-175.
- Ozyegin, G. (2015). *New Desires, New Selves: Sex, Love, and Piety among Turkish Youth*. New York: New York University Press.
- Roberts, H. (2006). Reconstructing Virginity in Guatemala. *The Lancet*, 367(9518), 1227–1228.
- Rose, N. (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1-30.
- Scalco, P. (2014). *City Life, Premarital Sexuality and the Politics of Chastity: An Ethnographic Approach to Sexual Moralities and Social Reproduction in the Context of Istanbul*. Doktora tezi. Manchester: Manchester Üniversitesi.

- Taussig, M. T. (1999). *Defacement: Public Secrecy and the Labor of the Negative*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Temizkan, O., Kabil Kucur, S., Agar, S., Gozukara, I., Akyol, A. ve Davas, I. (2012). Virginity Sparing Surgery for Imperforate Hymen: Report of Two Cases and Review of Literature. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 13(4), 278-280.
- Triana, L. (2020). *Aesthetic Vaginal Plastic Surgery: A Practical Guide*. Springer Nature.
- Türkdoğan, O. ve Öztürk, A. (2012). Toplumsal ve Etik Bir Sorun Olarak Kızlık Zarı (Hymen). *III. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi: Kadını Görmeyen Aile ve Sağlık Politikaları*, 184-190.
- van Moorst, B. R., van Lunsen, R. H. W., van Dijken, D. K. E. ve Salvatore, C. M. (2012). Backgrounds of Women Applying for Hymen Reconstruction, the Effects of Counselling on Myths and Misunderstandings about Virginity, and the Results of Hymen Reconstruction. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 17(2), 93-105.
- Wei, S.Y., Li, Q., Li, S.K., Zhou, C. D., Li, F. Y. ve Zhou, Y. (2015). A New Surgical Technique of Hymenoplasty. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130(1), 14-18.
- Zeyneloğlu, S., Kısa, S. ve Yılmaz, D. (2013). Turkish Nursing Students' Knowledge and Perceptions Regarding Virginity. *Nurse Education Today*, 33(2), 110-115.
- Ziebland, S. (2004). The Importance of Being Expert: The Quest for Cancer Information on the Internet. *Social Science & Medicine*, 59, 1783-1793.

EK: FORUM BAŞLIKLARI

- Başlık 1: Dr. Tankut
- Başlık 7: Himenoplasti doktor önerileri
- Başlık 12: Himenoplasti için Dr. Ahmet mi, Dr. Yavuz mu?
- Başlık 20: Himenoplasti olmayı düşünenler
- Başlık 33: Birkaç ay sonra himenoplasti olmak istiyorum
- Başlık 43: İstanbul'da kızlık zarımı diktirdim

SOSYO-BİYO-TEKNİK BAKIM KOMPLEKSİ: TİP 1 DİYABETTE DİJİTAL SAĞLIK TAKİBİ¹

Melike ŞAHİNOL²
Gülşah BAŞKAVAK³

ÖZ

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık sektöründeki teknolojik gelişmeler ve dijitalleşmenin bir yansıması olarak dijital öz-takip (*digital self-tracking*) teknolojilerinin kullanımı hızla yaygınlaşmaktadır. Bu tür teknolojiler kronik hastalıkların takibinde ve yönetiminde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada dijital sağlık verisi üreten öz-takip (*self-tracking*) cihazı Sürekli Glikoz İzleme Sistemleri’ni (CGM) kullanan Tip 1 diyabetli (T1D) yetişkinlerin ve çocuğu olan ebeveynlerin teknoloji üzerinden farklılaşan bakım biçimlerine ve deneyimlerine odaklanıyoruz. T1D hastalığında dijital öz-takip teknolojisi kullanımının hastalık sürecinde güçlendirici (*empowerment*) ve güçlendirici olmayan (*disempowerment*) etkileri ile bu iki etki arasında gelgitler sonucunda ileriye dönük ne gibi sonuçlar ortaya çıkardığı sorusu tıp, beden ve teknoloji sosyolojisi perspektiflerinden araştırılmaktadır. Bu gelgit durumunu “sosyo-biyo-teknik bakım kompleksi” bağlamında *dis_empowering* olarak kavramsallaştırmaktayız. Araştırmanın verileri İstanbul, Ankara ve İzmir kentlerinde T1D hastalığını CGM ile takip eden yetişkinler ve çocuğu T1D’li olan aileler ile yapılan derinlemesine mülakatlara ve gözlemlere dayanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sosyo-Biyo-Teknik Bakım Kompleksi, Beden Teknoloji İlişkileri, Öz-Takip Cihazı, Pratik Teori, Diyabet.

¹ Bu çalışma, Almanya Federal Sağlık Bakanlığı (#ZMV | 1 - 2517 FSB 016) tarafından desteklenen Furtwangen Üniversitesi işbirliği çerçevesinde “Digitale Gesundheitsdaten zwischen sozialer Inklusion und sozialer Robustheit. Risikoethische Abschätzung digitaler Selbstvermessung im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung vulnerabler Personengruppen” başlıklı uluslararası projenin 2020 Şubat ayında tamamlanan verilerine dayanmaktadır.

² Dr., Orient-Institut İstanbul, İnsan, Tıp ve Toplum Alan Yöneticisi.

³ Dr., Orient-Institut İstanbul, İnsan, Tıp ve Toplum Alanı.

SOCIO-BIO-TECHNICAL CARE COMPLEX: DIGITAL HEALTH TRACKING IN TYPE 1 DIABETES

ABSTRACT

Developments in medical technology and digitalization in the health sector have led to a rapid spread of digital self-tracking worldwide, including Turkey. Such technologies are mostly used in tracking and treating chronic diseases. In this article, we focus on technologically caused different forms of care in Continuous Glucose Monitoring Systems (CGM) used by adults and children with Type 1 Diabetes (T1D). For children with T1D, parents are considered the users of CGM since they are their caregivers. We examine the question of empowerment and disempowerment, and the effects caused by this to and fro relationship, from the perspectives of the sociology of medicine, body and technology against the framework of care in digital self-tracking in T1D. Based on observations and in-depth interviews with adults with T1D and parents of children with T1D, who used CGM for monitoring purposes in the cities of Istanbul, Ankara and Izmir, we conceptualize this back and forth relationship as *dis_empowerment* within the *socio-bio-technical care complex*.

Keywords: Socio-Bio-Technical Care Complex, Body Technology Relationship, Self-Tracking, Practice Theory, Diabetes.

1. GİRİŞ

Günümüzde bilişim teknolojilerinin en yoğun kullanıldığı tıp ve sağlık alanlarında, hastalıkların tanı ve tedavileri teknoloji sayesinde çok daha hızlı bir şekilde gerçekleşmektedir. Tıp alanına teknolojinin bu denli yoğun nüfuz etmesiyle birlikte hastaların, hastalıkları ile ilişkilerinin niteliği farklılaştığından bu yoğun teknoloji ve beden bir aradalığının sosyolojik açıdan analizi anlam kazanmaktadır. Bu bağlamda öz-takip teknolojisi (*self-tracking*)⁴ kullanım deneyimi, teknoloji-beden ilişkisindeki değişimleri gözlemek açısından elverişli bir örnek sergilemektedir.

Öz-takip teknolojileri kronik hastalık takibinde bireylere birçok yönden destek sağlamaktadır (Morgan, 2016). En bilinen kronik hastalıklardan biri olan diyabet hem bireyler hem de sağlık sistemi bakımından maliyet yaratan ve bir ömür boyu süren ciddi bir hastalıktır (International Diabetes Federation, 2009; Kelleher, 1988). Sağlık sistemi, bireyin kendisi ve çevresindeki bakım veren(ler) açısından pek çok zorlu fiziksel rutini ve ekonomik külfeti de içeren böylesi bir kronik hastalıkta, son yıllardaki diyabet teknolojisindeki gelişmeler sayesinde bu aktörlerin bakım yükü açısından niteliğinin ve fiziksel yükünün olumlu yönde değiştiği söylenebilir (Şahinol ve Başkavak, 2020b). Ayrıca, Tıp 1 Diyabet (T1D) hastaları için teknoloji, hastalığın yönetimi, öz-bakım ve hastayı güçlendirme imkanları göz önünde tutulduğunda (Funnell ve Anderson, 2004; Krošel vd., 2016), bu teknolojiler teknoloji-beden ilişkisindeki değişimlerin analizi için dikkat çekicidir.

Diyabet takibinde en son teknolojilerden biri Sürekli Glikoz İzleme Sistemleridir (*Continuous Glucose Monitoring-CGM*)⁵. CGM teknolojisini biraz daha detaylandırmak gerekirse, bu teknoloji “cilt altı glikoz takip sensörü” olarak da adlandırılan ve bazen kullanıcılar arasında “insülin pompası” olarak da

⁴Öz-takip teknolojilerinin bir başka etkisi olarak da mevcut veya kısa bir süre içinde beklenen beden modifikasyonu uygulamalarının (tıbbi veya tıbbi olmayan) çeşitliliği ve dinamikleri göz önüne alındığında, çeşitli optimizasyon çabaları açısından artan disiplinlerarası ve uluslararası bir değişim ve yaklaşım gerekliliğinin ortaya çıkışıdır. Son yıllarda, bu değişime Nicelleştirilmiş Benlik Hareketi (*Quantified Self-QS*) örnek verilebilir (Ajana, 2017). Öz-takip cihazları olarak da adlandırılan bu teknolojiler, “akıllı”, bedene takılabilen, yüksek teknoloji ürünü cihazlar ile mümkün kılınmıştır ve verilerin kalıcı dijital dokümantasyonu vasıtasıyla kişisel sağlık performansını ve bireyin kendini en uygun duruma (optimizasyon) getirebilmesini ve bu durumu daha da artırmayı amaçlamaktadır. Bu cihazlar tıp alanında hastalıkların önlenmesi veya yönetilmesi süreçlerinde önemli değişimler sağlayarak aynı zamanda kişisel öz-takip ve bakımı mümkün kılmaktadırlar.

⁵ Metin boyunca “CGM” ve “insülin pompası” aynı anlamda kullanılmaktadır.

nitelendirilen sensörlü öz-takip cihazıdır (Şahinol ve Başkavak, 2020b). Sürekli insülin infüzyonu, T1D hastaları için sıkı bir kan şekeri kontrolü sağladığı için dünya çapında yaygınlığı artmaktadır (Pickup ve Keen, 2002). Kandaki şeker seviyesinin hipoglisemi (kan şekeri düşüklüğü) olmadan normal seviyeye yakın biçimde izlenmesi diyabet yönetiminde zorunluluk haline gelmektedir. Bu nedenle CGM'nin özellikle pankreasları insülin üretmediğinden dışarıdan sürekli insülin almak zorunda olan T1D hastaları açısından her 5 dakikada bir ölçüm yapabilmesi hayati önem taşır. Böylece, sürekli dijital glikoz verileri üretilerek olası hipoglisemi atakları minimize edilebilmektedir (Poolsup vd., 2013). Yine buna paralel bir fayda olarak, CGM etkili ve konforlu bir seçenek olarak hastalarda özellikle hemoglobin A1c (HbA1c)⁶ düzeylerinde önemli iyileşmeler olduğu belirtilmektedir (Bergemann ve Frewer, 2018; Litton vd., 2002; Pickup ve Keen, 2002). Ayrıca bizim araştırmamız da dahil pek çok araştırmanın gösterdiği gibi, CGM gibi öz-takip cihazları vasıtasıyla elde edilen dijital sağlık verileri sadece kronik hasta bireyin kendisine sürekli dijital veri sağlamanın yanı sıra, aynı zamanda diyabetin seyrini takip eden hastanın doktorları için de hastalığa gerektiğinde kolay ve zamanında müdahale imkanları sunmaktadır (Alcántara-Aragón, 2019; Allen ve Gupta, 2019; Moretti ve Morsello, 2017).

CGM kullanımının bireylerde öz-bakım ve hastalık sürecindeki güçlendirici yönde destek sağladığı ve farkındalığı arttırdığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır. Bu diyabet teknolojisi, geleneksel enjeksiyon terapisine (*Multiple Daily Injection, MDI*) göre daha iyi bir HbA1c seviyesi sağlarken (Bergental vd., 2010) ayrıca güçlenme yoluyla özbakım gelişimi (Alcántara-Aragón, 2019) ve diyabet sürecinde genel olarak güçlenme dinamikleri (Funnell ve Anderson, 2004) gözlemlenmektedir. Bunlara ek olarak, diyabette CGM ve çeşitli mobil sağlık teknolojilerinin kullanımı da hastalık karşısında güçlenme sağlamaktadır (Krošel vd., 2016; Moretti ve Morsello, 2017; Paton vd., 2018). Diğer bir ifadeyle, diyabet teknolojileri ile hastalığın yönetim sürecinde yaşanan günlük rutindeki ve hayat kalitesindeki

⁶ Kandaki ortalama şeker miktarı.

“olumlu” yöndeki değişim ve konfor da hastalığın yönetim sürecindeki güçlenme (*empowerment*)⁷ anlamına gelmektedir (Şahinol ve Başkavak, 2020a).

Yukarıda bahsi geçen çalışmalarda da görüldüğü gibi öz-takip teknolojileri, T1D’li bireylerde güçlendirme ve sürekli hastalığı izleme bakımından destek sağlarken, diğer yandan da bu teknolojiler hem dünyada hem de Türkiye’de e-sağlık ve (dijital) sağlık politikası anlayışını şekillendiren aktörlerden biri olarak öne çıkmaktadır. Sağlık hizmeti sağlayıcı ve hasta rollerindeki değişimlere neden olan bu teknolojiler, bireylerin kendi sağlıklarını koruma ve hastalıkları yönetme süreçlerinde olanaklar sunmaktadır (Deloitte, 2017; Ricciardi vd., 2013; Rich vd., 2019; Şahinol ve Başkavak, 2020a). Kronik hastalıklarda ve koruyucu tıp alanında önemli bir yere sahip olacağı düşünülen sensörlü öz-takip ve giyilebilir sağlık teknolojileri ile bireylerin kendi sağlıklarına dair sorumluluklarının artacağı gözlemlenmektedir. Diğer bir ifadeyle, öz-takip teknolojilerinin kullanımı, sağlık/hastalık durumlarına ilişkin bireysel farkındalığı yaratmaktadır. Böylesi bir farkındalık, bireylerin kendi sağlık durumlarından daha fazla haberdar olmasını ve böylece potansiyel sağlık risklerini en aza indirmesini sağlayabilir. Dolayısıyla da bu sağlık risklerinden en önde gelenlerinden biri olan kronik hastalıkların önlenmesinde de öz-takip cihazları, başta bireyin kendisi, çevresi ve sağlık sistemi bakımından büyük bir rol üstlenebilir (Şahinol ve Başkavak, 2020a). Bu bağlamda güçlenme kavramı -özellikle STS alanında- yaygın kullanılmakla birlikte kronik hastalıklarda teknoloji ile bakım konusunda *disempowerment* kavramı ile birlikte irdelendiği görülmemektedir. İşte bu makalede, bu konuda görülen boşluğu kapatmak amacıyla, aşağıdaki bölümlerde detaylandıracağımız pratik teorilerden desteklenerek sahada yaptığımız gözlemlere ve mülakatlara dayanarak bakım pratiğinde teknolojinin müdahil olmasıyla

⁷ Hasta ve hastalık bağlamında “güçlendirme” kavramında bireylerin kendi sağlıkları üzerinde karar verebilme, sağlık ve hastalık durumlarına hâkim olup kontrol altında tutabilme kapasitelerine, kişisel kontrol ve öz-yeterlilik gibi alanlara odaklanmaktadır (Aujoulat vd., 2008; Guadagnoli ve Ward, 1998; McAllister vd., 2012). Bu nedenle hastaların güçlendirilmesi kavramı, hastaların bilgili olmalarına, hastalıklarına dair farkındalıklarının gelişmesine, bedenlerini hastalık karşısında tedavi etmelerinde nasıl yardımcı olacağına odaklanarak, hastada bir davranış değişikliği süreci olarak da tanımlanmaktadır. (Aujoulat vd., 2008, s. 1229)

birlikte bakımın değiştiğini ve *empowerment* (güçlenme), *disempowerment* ve *dis_empowerment* bağlamındaki farklılaşmaların yaşanabileceğini vurgulamaktayız.

T1D için yoğun olarak kullanılan ve bedende sürekli taşınan CGM gibi bir öz-takip cihazı yukarıda aktarıldığı üzere, kandaki şeker düzeyini sürekli izleyip regüle ederken teknoloji-beden ilişkisi bakımından da hem bireyin kendisi hem de çevresi için yeni görevler ve çeşitlenen bakım biçimlerini doğurmaktadır. Tıp-beden-teknoloji kesişiminde konumlanan bu makalede, beden-teknoloji ilişkisi eylem açısından önem kazandığından, bu ilişkinin nasıl eyleme geçtiğine ve T1D’li yetişkin ve özellikle çocuklarda, “bakım kompleksi” (*care complex*) olarak kavramsallaştırdığımız sürecin nasıl şekillendiğine ve etkilendiğine odaklanmaktayız. Bu bağlamda, kronik hastalıkta “bakım alan” (*caretaker*) ile “bakım veren” (*caregiver*) ilişkisinde gelişen ve iyi olma/iyileş(tir)me amacıyla gerçekleştirilen “bakım kompleksi”nin nasıl “sosyo-biyo-teknik konstellasyon” (Şahinol, 2016) içerisinde bütünsel bir bakıma dönüşebileceğini göstereceğiz. Bakım kompleksini öncelikle “biyo-teknik bakım” (*bio-technical care*) olarak tanımlamaktayız. Ardından bu bakımın teknoloji odaklı niteliğinden ötürü “teknolojiye bakım”ın da (*care for technology*) bakım sürecinde önemli bir yeri olduğunu göstereceğiz. Bu süreçte, yer alan dijital öz-takip teknolojisinin hastayı güçlendirmesi (*empowerment*) için bütünsel bir bakıma ihtiyaç olduğunu, bu bakımın da ancak “sosyo-biyo-teknik bakım” (*socio-bio-technical care*) unsurlarının denge halinde olmasıyla mümkün olabileceğini, denge halinin bozulması durumunda ise hastanın güçlendirici olmayan bir durumuna (*disempowerment*) işaret ettiğini vurgulayacağız.

Araştırmamızın bulgularından da gözlemlediğimiz üzere, beden için kullanılan tıp teknolojileri ile bakım eylemi *kompleks*⁸ bir hal almaktadır. T1D’li hastaların kullandığı diyabet teknolojileri ile ortaya çıkan teknoloji ile donanmış “yeni” bedenlerin bakımları karmaşıklaşarak “farklı bakım rutinleri”ne

⁸ Bakım kavramının bir niteleyicisi olarak kullandığımız “kompleks” kavramını, Türk Dil Kurumu’nun da karşılık olarak verdiği gibi “karmaşıklık” anlamında kullanmaktayız. Bakım eyleminde teknolojinin yoğun hale gelişiyse birlikte bu sürecin son derece kompleks/karmaşık bir hal aldığına kastediyoruz. (TDK, 2020)

evrilmektedir. Bu rutinlerin ortaya çıkışındaki başlıca faktör, bedene bakım işinin yoğun teknoloji kullanımıyla/yardımla niteliğinin farklılaşması, çeşitlenmesi ve bu eylemdeki aktörlerin (bakım alan ve bakım veren) rollerinin değişmesidir. Ayrıca bu değişimin bir uzantısı olarak, kronik hastalıklardaki bu yeni beden praksi ve bakımı üzerinden toplumsal düzende de yeni gereksinimler ve düzenlemeler ortaya çıkabilme potansiyeli olabilir.

Bakım sürecinde ortaya çıkan bir başka dinamik olarak, tekno-medikal farkındalık (*technomedical awareness*) düzeyi hastanın hastalık karşısındaki güçlendirme/güçlenme düzeyine etki etmektedir. Bu bağlamda, *dis_empowerment*⁹ olarak tanımladığımız kavram sabit bir duruma işaret etmez; aksine güçlendirme ile güçlendirmeyi azaltan durumlar arasında gidip gelen bir süreklilik durumuna işaret eder. Eğer bakım pratiğinde, teknolojiye bakım ve bedensel bakım eşdeğer yapılıyorsa *tekno-medikal bilinçlilik* düzeyi yüksek olup tüm bu süreç bireyde güçlendirme yaratacaktır. Fakat tam tersine, tekno-medikal bilinçlilik düzeyi düşük ise farklı etkenlerin güçlendirmeyi azaltan bir duruma neden olduğunu söyleyebiliriz.

Bu çerçevede makalenin amacını ve kavramsallaştırmasını böylece özetledikten sonra bir sonraki bölümde kronik hastalıklar ve bakım tartışmasının ardından, sosyolojide beden-teknoloji ilişkisine odaklanılacaktır. Daha sonrasında metodoloji ve araştırmanın bulgular yer almaktadır.

2. KRONİK HASTALIKLAR VE BAKIM

Kronik hastalıkların 1970'lerden itibaren akut hastalıklardan daha önemli hale geldiği ve tanımı gereği iyileşmeyi dışladığı görülür. Bu nedendir ki, sosyoloji kuramlarında hastalığa dair öncül kavramsallaştırmalardan biri olan Parsons'ın meşhur "hasta rolü"nü, mekânsal ve zamansal boyutta

⁹ İngilizcede "empowerment" ve "disempowerment" kavramlarını, buradaki bağlamda "dis_empowerment" olarak kullanmamızın kasıtlı bir nedeni bulunuyor. Haraway hipermetnin (*hypertext*) önemini vurgularken belirttiği gibi bu işaretlerin operatörleri "belirli bir sosyoteknik söylem" içinde yer alır: "Bu söyleme, bizi teknobilim adı verilen tarihsel hiperuzay alanında varlıklar olarak birbirine bağlayan maddi, sosyal ve edebi teknolojiler şekil veriyor (Haraway, 1997, s. 3). Biz de benzer şekilde feminist sintektik çizgeye dayanarak "_" imiyle güçlendirmeyi engelleyen olasılıkları, zamanın ve mekânın (beden-teknoloji) teknobilim dünyasının bir parçası olup gündemimizde iç içe geçme haline vurgu yapıyoruz. Kavramın Türkçeleştirmesindeki zorluğundan ötürü, metin boyunca "dis_empowerment" olarak İngilizce haliyle kullanacağız.

savunulamaz hale getirmektedir (bkz. Burnham, 2014; Freidson, 1970; Segall, 1976). Tanımı gereği kronik hastalık bir yıldan fazla veya uzun vadeli ve belki ömür boyu sürebilen ve kalıcı niteliği olan, sürekli tıbbi tedavi gerektiren ve günlük yaşam rutinini etkileyen bir sağlık halidir. Bu süreçte *hastalık*, bağımlılık, gerileme ve bazen nitelikli tedavilerle çok nadiren de olsa iyileşme de gösterebilir (Bury, 1991). Bu nedenledir ki kronik hastalık, hastanın sadece kendisini etkilemekle kalmaz aynı zamanda yakınlarına, ailesine ve doğal olarak bağlı olduğu sosyal güvenlik sistemine de dokunan bir sağlık durumuna işaret eder. Göz ardı edilemez bir dizi külfetiyle böylesi hastalığı bulunan bireylerin de “hastalık işleri”, “günlük işler” ve “biyografik işler” gibi sıralanabilecek ve rutin olarak yerine getirilmesi gerek günlük işleri vardır (Corbin ve Strauss, 1985). Diğer bir deyişle, her durumda kronik hastalık hasta ve/veya bakım vereni için sürekli mesai ve rutin gerektiren bir iştir. Bu tarz “rutin işlere” May ve diğerlerinin yapısal bir model olarak geliştirdikleri “Tedavi Yüğü Teorisi” (*The Burden of Treatment Theory*) ile hastaların ve çevrelerindeki yakınlarının kronik hastalıklarını yönetmek ve tedavi etmek için yapmak zorunda olduklarına odaklanırlar (May vd., 2014). Bu zorunlu rutin işlerin içeriği, yoğunluğu ve niteliği önceki dönemlere göre değişmektedir. Çünkü, sağlık sistemlerinin bakım yükü ve sorumlulukları hastalara ve bakım verenlere (*care giver*) doğru kaydıkça, bakım yükü de her geçen gün bu gruplar açısından artmaya devam etmektedir.

Bakım¹⁰ vermek birden fazla bilgi ve yetkinlik gerektirir: Aritmetikten anlamak, sağlık okur-yazarlığı gerektirmek ve teknik/teknolojik bilgi sahibi olmak gibi bir dizi ve zamanla geliştirilecek kabiliyetler içermekle birlikte, özellikle düşük eğitilmiş, sosyal olarak izole edilmiş, sağlık okur-yazarlığı yeterli düzeyde olmayan kimselerin ise bu süreçte hastalığı iyi yönetme olasılığı düşük görünmektedir (Mair ve May, 2014, s. 6680). Bu araştırmamızda da gözlemlediğimiz üzere gerek hastaların gerekse bakım

¹⁰ *Bakım* her düzeyde ekonomik yanı olan bir durum ve eylemdir. Bakım hem birey hem bakım verenler açısından rutinler içeren bir “iş” olarak kabul edildiğinde, “emek”, “değer”, “küreselleşme” hatta “ekonomi”nin kendisi hakkında da tekrar düşünülmesi gerek çok boyutlu bir konu olduğu görülür. Aynı zamanda, toplumsal cinsiyet rollerine, sosyal devletin rolünün tekrar sorgulanmasına ve sosyal politikaların kapsamına işaret eder (Robinson, 2008, s. 168). Bakım işleri (*care work*), aile üyeleri için ücretsiz bakım ve başkaları için ücretli bakım da dahil olmak üzere başkalarına bakım vermeyi ifade eder. Bakım işleri, çocuklara, yaşlılara, hastalara ve engellilere bakmak ile temizlik ve yemek pişirme gibi ev işleri içerir. (Meyer-Harrington, 2000)

verenlerin, hastalığa dair teknoloji ile bağı kuvvetlendikçe ve dolayısıyla teknolojinin de hastalık sürecinde rolü arttıkça, teknoloji de özel bir bakıma gereksinim duymaktadır. Bu türden yeni gereksinimlerin ortaya çıkışına ek olarak, Annemarie Mol çarpıcı bir şekilde, kronik hastalıklarda bakımın ne olduğuna, uygulamalarına ve hastalığın çok boyutluluğunun birden fazla maddeye (*multiple materiality*) nasıl dağıldığına dikkat çeker. Mol (2008) “bakım mantığı” (*logic of care*) kavramsallaştırmasını, “bakım faaliyetleri hastaların da çok şey yapmak zorunda oldukları ancak doktorlar, hemşireler, makineler, ilaçlar, iğneler vb. arasında hareket eden”¹¹ bir süreç olarak tanımlar (s. 32) ve bu karmaşıklık içeren terimi daha da detaylandırmaya çalışır. Sözelimi “bakım” adeta bir bilim kadar yaratıcı ve üretken olabildiği gibi (Moser, 2008), “haklar” ve “bakım” arasındaki bir zıtlığı da gösterebilir (Pols, 2003). Kronik hastalıklarda ise “bakım mantığı” çok daha çeşitli dinamikler içerir. Çünkü, kronik hastalıklarda bakım konusu Mol’un (2008) kavramsallaştırmasına ek olarak Robinson’un (2008) da işaret ettiği gibi toplumlarda insan güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi açısından da büyük önem taşır ve dolayısıyla hasta, çevresi ve sağlık sistemi açısından sürecin yönetimi meşakkatli ve çok yönlü bir durumdur ve çeşitli nedenlerle bakımın aksayan yanları ile karşılaşılabilir. Sözelimi, Amerika’daki Tıp Enstitüsü tarafından yayınlanan rapora göre, iki nedenle bakım konusunda sorun ve bakımda bir kalite boşluğu görülmektedir: İlk olarak, kronik hastalıkların hızla yaygınlaşmasından ve bilim-teknolojinin karmaşıklığından kaynaklı tıbbi bakım talebindeki artış; ikincisi, yetersiz organize olmuş hizmet sistemi ve modern bilişim teknolojisinin kullanımındaki kısıtlamalar nedeniyle sistemin bu talepleri karşılayamamasıdır (Institute of Medicine, 2001). Bu raporun da altını çizdiği gibi, bakım sürecinde yer alan teknoloji çok önemli bir yere sahiptir ve teknolojinin eksikliği bakımın kalitesini etkileyebilmektedir.

Kronik hastalık kavramına ve pek çok dinamiği barındıran bakım konusuna kısaca değindikten sonra, sosyoloji alanında beden-teknoloji/insan-makine ilişkisi bir sonraki bölümde tartışılacaktır.

¹¹ Metinde görülen Türkçe dışındaki tüm kaynakların çevirisi tarafımıza aittir.

3. SOSYOLOJİDE BEDEN-TEKNOLOJİ İLİŞKİSİ

Marcel Mauss (2010 [1950, 1973]) teknolojinin toplumsal yönüne işaret ederek, “mevcut ve öteki toplumdaki insanların bedenlerini geleneksel olarak kullanma biçimleri” olarak tanımladığı “bedenin teknikleri”ni teknoloji tanımına dahil eder. Her halükârda, somuttan soyuta değil, tersine doğru ilerlemek gerekir” (s. 199). İlk, en doğal enstrüman ve teknik nesne olarak beden aynı zamanda insanın teknik bir aracıdır. Mauss’un örneklerinde teknoloji, öğrenilen beden pratikleri ve teknikleri ile yakından ilintilidir ve Mauss teknolojiyi geleneksel ve etkili bir eylem olarak tanımlar. Fail, teknolojiyi “mekanik-fiziksel” veya “fiziksel-kimyasal düzen” eylemi olarak algılar ve bu amaçla yürütür (s. 205). Bununla birlikte, yazara göre beden teknikleri, fiziksel performansın sınıflandırılması yoluyla insanın “terbiyesi” veya “eğitiminin” normları haline gelir. Bu nedendir ki Mauss’a göre, bir insanın başarı için çabalaması veya sürdürmesi eğitim anlamına gelir.

1960'lardan itibaren sosyolojide bedene, toplum tarafından bir *ürün* ve *üretici* olarak boyutlandırılan bir nesne olarak yaklaşılmaktadır. Bu analitik ayırım, hem “toplumsal bir yapı olarak insan bedeni” hem de “toplumun fiziksel yapısı”nı araştırmayı mümkün kılar. Bu ayırımın odak noktası, toplumun insan bedenini nasıl etkilediği, söylemin nasıl yaratıldığı veya nasıl iletildiği, neyi sembolize ettiği, nasıl hissedildiği, bedenin (yansıtıcı olarak) nasıl ele alındığı ve sunulduğu ile ilgilidir (Gugutzer, 2015). Toplumsal ve kültürel bir simgenin yanı sıra bir etmen, araç ve sosyal eylem aracıdır. Toplumsal yapılar kendilerini bedene yazar, sosyal düzen ise fiziksel eylem ve etkileşimde yaratılır. Sosyal değişim, fiziksel duyumlarla motive olur ve fiziksel eylemlerle şekillenir (Gugutzer, Klein ve Meuser, 2017). Beden sosyolojisinde beden toplumun ve kültürün değişmez bir parçasıdır, yapısıdır ve toplumu şekillendirir. Bu argümanlara paralel olarak, T1D hastaları için glikoz düzeyini korumak amacıyla kullanılan ilaçlar ve cihazları da bedenin bir tür (kültürel) terbiyesi olarak algılanabilir.

Pratik teori (*practice theory*)¹² perspektifinden değerlendirildiğinde, CGM cihazının sensör aracılığıyla bedene girişi ve hastalık yönetimindeki işlevselliği açısından bu eylemler pratik yolla gerçekleşmektedir. Bu nedendir ki, sosyal bakım pratiğinin önemli bir parçası bakımdır. Özellikle, sosyal bilimler bağlamında pratik teoriler paradigması (Reckwitz, 2003), beden ve maddi kültür etkileşiminin merkezini “pratik” olarak belirlemiştir. Pratik teoriler, nesnelerin dünyası ile olan etkileşimlerin dikkate alındığı ve öznellik kavramının maddi bir bileşeni içerecek şekilde genişletildiği “nesnelarasılık” (*interobjectivity*) (Latour, 1996) hakkındaki mevcut tartışmadaki ana çerçevedir. Pratikler, bedensel ve maddi taşıyıcılara bağlıdır ve sadece bunlar aracılığıyla gözlemlenebilir. Bu ise her bir uygulamanın, örneğin kronik bir hastalığın bakımı, hayata geçirilebilmesi için belirli bir fiziksel-malzeme/nesne ilişkisi gerekliliği anlamına gelir (Şahinol, 2010). Örneğin bedenlerin, glikoz düzeyi takibine teknik olarak nasıl katılabilecekleri ve bu takip eyleminin teknik kontrollerine nasıl adapte olabilecekleri medikal-bilim ve tıp pratisyenleri ve onların uygulamaları) açısından önem taşır (Şahinol, 2016). Beden-teknoloji ilişkisinde her aktör için belirli bakım süreçleri ve rutinleri de önem taşır: Hasta olan kişi bir bütün olarak -örneğin, kronik hastalıklı çocuğun- bakım verene ve biyolojik elementlerin bakımına ihtiyacı olduğu gibi, hastanın/bakım verenin kullandıkları teknoloji de bakıma ihtiyaç duyar. Teknoloji perspektifinden de olsa bakım konusunda sadece sosyo-teknik konstellasyonları ele almak yetersiz kalacaktır. Çünkü Rammert’a göre sosyo-teknik konstellasyonlar, insan aktörleri arasındaki etkileşimler (*interaction*), teknik nesnelerin eylemleri ile onların etkileşimleri (*intra-action*) ve de

¹² Pratik teori ilk önce Alfred Schütz ardından Harold Garfinkel’in Etnometodoloji yaklaşımı ve de Erving Goffman’ın Rol Teorisi’ne dayanarak, son kertede Bourdieu’nun pratik teorisi ile tarihsel gelişimini izlemiştir. Son yıllarda prakseolojik yaklaşımlar, çeşitli bilim dallarında ve araştırma programlarında, örneğin bilim ve teknoloji çalışmalarında ve sosyal bilimlerde de genel olarak de artış göstermiştir. Teorisyenlerin direkt olarak prakseolojiye bağlantılı veya ilintili teori ve yaklaşımlarını geliştirmeleri veya kullanmaları nadiren görülür. Bunun istisnası, Pierre Bourdieu ve Anthony Giddens’in teorilerinde prakseolojik perspektifi açıkça kullanmalarıdır. Pratik teorilerin (sosyal) felsefi kökenleri sadece Aristoteles ve Karl Marx’ın pratik terimlerinde değil, aynı zamanda Martin Heidegger ve Ludwig Wittgenstein’da da bulunabilir. Farklı prakseolojik yaklaşımların ortak paydası olarak, ampirik analizlerin veya teorik kavramların temelini oluşturduğunu ve benzer felsefi ve sosyolojik ikilemleri izlediklerini göstermektedir. Sözelimi, özne/nesne veya toplum/birey ikilemlerinin üstesinden gelmeye çalışır. Bu görüş aynı zamanda prakseolojik çerçevede bir analiz kategorisi olarak yer aldığını vurgulamaktadır. Pratikler böylelikle nesnelere ile ilgilidir. Dengeleme ve istikrar durumu, nesnelere aracılığıyla elde edilebilir. Pratikler ayrıca elementlerin önemliliğini de stabilize edebilir. Eğer kişi kendini referans alan özne ile ilgili uygulamalara bakarsa, beden teknolojileri yani “kendilik teknolojileri” (Foucault 1988) olarak da anlaşılabilirler. (Gugutzer vd., 2017; Reckwitz, 2008)

insanlar ile teknik nesnelere arasındaki etkileşimlerden (*interactivity*) ortaya çıkar ve son kertede “fiziksel rutinler, olgusal tasarımlar ve sembolik kontrol cihazları”ndan oluşur (Rammert, 2007, s. 35). Fakat beden-teknoloji konstellasyonlarında bedenin biyolojik elementleri¹³ de teknoloji ile etkileşime geçtiğinden “biyo-teknik etkileşimi”den (Şahinol, 2016) bahsedilmesini gerektirir. Bu etkileşim, özellikle “sosyo-biyo-teknik konstellasyonlarda” önemli bir rol oynamaktadır (Şahinol, 2016). Kullanıcılar da teknolojiyi öğrenerek bu beden-teknoloji konstellasyonu içerisinde kendilerine bakım sağlamak için bir anlamda “teknoloji bakıcısı” olurlar. Aynı zamanda, tıbbi sistem hastanın fizikselliğine ve organik yeteneğine dayanmalıdır. Fakat bedenler ve nesnelere tekil nesnelere olarak işlev görmez. Onlar, “yaptıkları”, bireysel uygulamalar için “kullanılırlar” ve duruma bağlı olarak, çelişkili, karmaşık durumlar üreten ve çakışan emirler olarak ortaya çıkabilirler (Şahinol, 2016). Bedenler, tıpkı bir eser, nesne veya takip sistemi gibi kendilerini bu (tıbbi) pratik yapıların içinde özümserler; bu konstellasyonda sosyo-teknik eylemleri öğrenirler ve böylece maddi olarak şekillendirilirler. Sosyo-biyolojik/organik etkileşimler ise organik/biyolojik gelişimi ve değişimi sosyal bir çerçeve içerisinde birbirlerini etkileyerek gelişme sürecini dikkate alır. Şahinol bu kavramsallaştırmasında, biyolojik ve bedensel-organik elementlerin kendilerine has inatçılık (*Eigensinn*¹⁴) olarak atfedilen beden-teknoloji bağlantısını ifade eder. Eğer beden sosyolojisi içinde bedenin eylemlerde bir rol oynadığı kabul edilirse, bedendeki (biyo-)teknik müdahalelerin de bedenin öz-tepkisine neden olduğu varsayımı kabul edilmelidir. Dolayısıyla bedenin bu öz-tepkisi, toplumsal varlık ve eylemlerinden kaçınılabilir ve tabiri caizse, bir eylem aracına dönüşebilir. Sosyal/organik ve teknik/inorganik parçaların birbirine geçmesi, “sosyo-biyo-teknik uyum sürecinde” bireyin de bu süreçte sadece konumu değil aynı zamanda

¹³ Biyolojik/organik bedensel inatçılık (*Körpereigensinn*) kavramına dair ayrıntılı bilgi için bkz.: Dipnot 11.

¹⁴ Beden sosyolojisinin temel sorularından biri, hareket kabiliyeti olan bedenin ön-refleksif fiziksel niyetlilik halinin kavramsal olarak nasıl anlaşılacağıdır. Robert Gugutzer (2012) beden ve yaşayan beden (*Leib*) ya da beden’e sahip olmak (*Körper-Haben*) ve beden ile varolmak (*Leib-Sein*) arasındaki ayrımların arka planına karşı “nesnel bedenin ve öznel bedenin ikiliği” (s. 42) ve “öznel bedenin inatçılığı” (*leiblicher Eigensinn*) olarak vurgulamaktadır (s. 53). “Bedenin inatçılığı” ön-refleksif, kontrolsüz eylemlerde ortaya çıkar. İnatçı-öznel eylemler (*eigensinnig-leibliches Handeln*) sosyal beklentileri karşılayabildikleri gibi bazen de bunlarla çelişebilir. Bu perspektifle beden bir aktör olarak algılanmaktadır ve beden sosyolojisinde önemli bir yer tutar (Gugutzer, 2006).

pratiklerinin nasıl değiştiği de ele alınmıştır (Şahinol, 2016, 2019). Bu perspektiften bakıldığında, diyabetli hasta bakımında (*diabetes care*), özellikle teknolojinin hasta üzerinde nasıl farklı bir etken olarak ortaya çıktığını ve aynı zamanda hastalığın sadece iyileşme değil beden ve organik parçalar ile birlikte farklı türden hasta-teknoloji bakım ilişkilerini ürettiğini ve birbirlerini nasıl etkilediklerini anlayabiliriz. Şahinol'un (2016) mikro analizinde de vurguladığı gibi sosyo-biyo-teknik etkileşimler sadece felçli hastaların tedavisinde ve bedende etkinliklerinin gözlenmesini sağlayan nörobilimsel teknikler için geçerli değildir. Aynı zamanda bu analizi, T1D hastalarının da bakım süreçlerinin, teknolojinin öznel bedene (fenomenolojiye dayanan "*Leib*", yani yaşayan beden) inşa edilmiş sürecinde de görebiliriz. Bu nedenle, insan ve makinenin etkileşiminde bilimsel-analitik bir bakış açısı önem taşımaktadır. Bu birleşim, Haraway'in (1995) siborg kavramsallaştırmasında ne doğal ne de kültürel olarak kurulmuştur; aksine karşılıklı birleşme sürecinde bilinen doğa/kültür ikilemlerini yıkan bir figür olarak ortaya çıkmaktadır. Siborg yapısı içindeki "sosyo-biyo-teknik uyum süreci" (Şahinol, 2016) buradaki analizin odak noktası olmasa da bu üç yönlü ilişki mevcut analizde önemli bir rol oynamaktadır. Çünkü eğer teknoloji sağlık halini mümkün kılacaksa, teknolojinin hem biyolojik, organik hem de tüm organizma ve dolayısıyla toplum üzerinde bir etkisi olduğunun farkında olmamız gerekir. Bu gerçeklik de tedavi uygulamalarını etki eder. Ancak teknoloji-beden arasındaki etkileşimleri göz önünde tuttuğumuzda, bunun genel sağlığımızı da nasıl etkilediğini anlayabiliriz.

Teknoloji ve bakım arasındaki ilişki STS perspektifinden değerlendirildiğinde teknolojinin bakım sürecindeki rolü akışkandır ve bazen kullanılan teknolojinin bakımda beklenmedik etkileri olabileceğinden, bakımdaki beklentileri ve amaçları değiştirebilir. Bu nedenledir ki, teknolojiler "iyi bir bakım" hedefi için kullanılırken, bu hedefi gerçekleştirecek sadece bir araç olarak düşünülmemelidir ve bu nedenle teknolojinin de tıpkı insanların alışkanlıklarına ve beklentilerine benzer şekilde sürekli düzenlemesi beklenir (Mol, 2008). Sözelimi, bu teknolojinin bahsedilen sürekli düzenleme dinamiğine aktörlerin öğrenme kapasite ve becerileri de eşlik edebilir. Zira, diyabet gibi bir kronik hastalıkta son yıllarda yoğun kullanılan diyabet teknolojilerinde doktorların hastalığı iyi yönetebilmek adına başlıca

endişeleri hem sağlık uzmanlarının hem de hastaların diyabet teknolojilerini kullanımlarına etki edecek öğrenme eğrilerinin düzeyidir (Alcántara-Aragón, 2019, s. 2).

Teknoloji-beden ilişkisini tarihselliği içinde gözeterek, mekanik ve indirgemeci bir şekilde insanı makine gibi gören yaklaşımlardan zamanla sıyrılarak sonrasında teknolojinin öznel bedenlere inşa edilmiş sürecine ve konumuz itibarıyla bakım sürecinde teknolojinin hastalar üzerine nasıl farklı etkiler, ilişkiler ve etkileşimler yaratabildiğini bu bölümde analiz ettikten sonra bir sonraki bölümde araştırmamızın yöntem kısmını aktaracağız.

4. YÖNTEM

Bu araştırma, nitel bir araştırma metodu olan Temellendirilmiş Kuram (Gömülü Teori) metodolojisine dayanmaktadır (Strauss ve Corbin, 1990 [1967]). Bu yöntemle, sahadan toplanan veriler ve analizlerle daha önce hiç çalışılmamış veya çok az çalışılmış araştırma alanları ortaya çıkabilir. Sahada keşfe dayalı derinlemesine mülakatlar, daha esnek ve yaratıcı bir araştırma yapabilme hedefi ve elde edilen verilerle yeni kavramsallaştırmalara ve yeni kuram inşalarına imkân vermesinin yanı sıra, T1D gibi kronik bir hastalığı bulunan bireylere ve yakınlarına odaklanan bu araştırmamızda, sunduğu zenginlik açısından da bu yöntem tercih edilmiştir (Charmaz, 1990; Conrad, 1990).

Saha araştırmasına başlanmadan önce, Özyeğin Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Bu onayla birlikte gönüllü katılım formu öncelikle görüşmecilere sunulmuş onayları alındıktan sonra, yarı-yapılandırılmış soru formları eşliğinde derinlemesine mülakatlar ve gözlemler İstanbul, Ankara ve İzmir kentlerinde gerçekleştirilmiştir. Saha çalışmasında CGM öz-takip teknolojisini kullanan 12 kişi ile görüşme yapılmıştır. Araştırma dağılım olarak T1D'li 4 yetişkin ve çocuğu T1D olan 8 ebeveyn ile yapılan mülakatların analizine dayanmaktadır. T1D hastalığı bulunan 8 çocuğun yaşları 5-13 arasında değişmektedir. Saha sürecindeki mülakatlarda tüm görüşmecilerin bilgileri anonimize edilmiştir.

Bu araştırmada, Temellendirilmiş Kuram metodolojisinin, yeni teorileri ortaya koyabilmek için en önemli analiz araçları ve değerlendirme kriterleri benimsenmiştir. Elde edilen verileri

kategorileştirebilmek için üç ayrı analitik prosedür olan açık kodlama, eksenel kodlama ve seçici kodlama analiz sürecine dahil edilmiştir. Bu kodlamalar yapılırken, sıklıkla hatırlatıcı notlar (memo) alınarak ilerlenmiştir. Analiz ve teori geliştirme süreçlerinin paralel şekilde işlemesi gerçeği ve çoğu zaman ayrı işledikleri düşünülmemesine rağmen işlevsel olarak tamamen birbirine bağımlı olduklarına dikkat çekmek isteriz (Strübing, 2008, s. 13). Nitel verilerin analizi için ATLAS.ti yazılım programı (sürüm 8.4.18) kullanılmıştır.

Çalışmanın metodolojisini aktardıktan sonra bir sonraki analiz bölümünde sosyo-biyo-teknik kompleks olarak adlandırdığımız bakım sürecindeki bu etkileşim ve ilişkiler ağını bölümünde paylaşacağız.

5. KOMPLEKS BAKIM İLİŞKİLERİ

Diyabette rutin bakım hem yetişkinin kendisi hem bakım veren ve de çocuğun kendisi için karmaşık ve zorlu bir süreçtir. Gerek günde en az 3-4 kez enjeksiyon gerektiren geleneksel yöntemle gerekse insülin pompasıyla glikoz seviyesini sürekli gözlemlemek, takip etmek, karbonhidrat sayımı yapmak, bunun yanı sıra günlük diyet ve aktivite dengesini izlemek gibi sahamızda da gözlemlediğimiz üzere bir dizi hayati bakım rutini içerir (American Diabetes Association, 2007). Yukarıda bölümlerde aktardığımız kavramlar çerçevesinde sosyo-biyo-teknik konstellasyonları dikkate alarak ve de sahadan edindiğimiz verilere dayanarak, diyabette teknoloji desteğiyle yürütülen bakım eyleminin birden fazla veçhesi olduğunu, bunların bakım pratiklerine yansıdığını ve dolayısıyla onları şekillendirdiğini vurgulamaktayız. Öncelikle farklılaşan teknoloji-beden ilişkisi bir faktör olarak direkt bakıma etki ederek bakımın farklı boyutlarını ortaya çıkarmaktadır. Aşağıda alt bölümlerde detaylı aktaracağımız analizlerden önce kısaca belirtmek gerekirse:

- i. Bir öz-takip cihazı olan CGM, T1D hastalığında glikoz ve insülin seviyesini düzenlerken, işlevsiz hale gelerek insülin üretemeyen pankreası olumlu yönde etkilemektedir. Aşağıda 5.1’de görüleceği gibi, özellikle çocuklar gibi kırılgan bir grupta pozitif bir teknik müdahale yani bedendeki biyo-teknik etkileşim önem taşımaktadır ve aileler açısından *biyo-teknik bakımı* gerektirmektedir. Fakat bu bakımın gerçekleşmesi ve güçlendirici bir olanak sağlaması için

teknolojinin de özel bir bakıma ihtiyacı vardır. CGM gibi bir teknoloji, nesnelerearasılıktan ötürü özel bir *teknik bakıma* ihtiyaç duyar: Hem hardware arasında etkileşimler hem de software ve hardware arasındaki etkileşimler söz konusudur. Bu nesnelerearası etkileşimlerin “sorunsuz” işlemesi ve beden/pankreas ile birlikte hastalığa yönelik olumlu etki sağlaması için bakım verenler tekn(oloj)ik bilgiye ve farkındalığa sahip olmalıdır.

- ii. Teknoloji ile bedene bütünlüklü bir bakım için bedensel/fizyolojik ve tekno-medikal bilgi gerekmektedir. Böylesi bir bakım, sosyo-biyo/sosyo-organik etkileşim, teknoloji aracılığıyla desteklendiği için de meydana gelmektedir. Dolayısıyla, bütünsel bir bakım oluştuğunda bunu *sosyo-biyo-teknik bakım* olarak tanımlamaktayız. Aşağıda 5.2’de paylaştığımız gibi, böyle bir bakım gerçekleştiği takdirde ancak “bütünlüklü bakım”dan bahsedilebilir.

5.1. Kırılğan Gruplarda Biyo-Teknik ve Teknolojiye Bakım

5.1.1. Biyo-Teknik Bakım

Bazen sıkılıyorum, korumak amacıyla kolye gibi takıyorum boynuma pompayı. (ICuser20)

Hatta benim düğün fotoğraflarımı görerseniz, ben elimde pompayla halay çekiyordum. Hatta gelinliğe cep falan diktirdim, hatta dış çekimlerimde bile pompa elimdeydi böyle. (YZuser22)

Alıntılardaki T1D’li iki yetişkin hastanın bedenlerinde “süsleme” veya “aksesuarlaştırma” üzerinden CGM cihazı ile nasıl ilişkilendiklerini görmekteyiz. Özellikle ICuser20’nin “korumak amacıyla” ifadesi öncelikle cihaza bakıma işaret etmektedir. Alıntılara paralel şekilde, yetişkin grubunda CGM cihazını bir süs objesi olarak kullanmanın ve bu cihazla bedeni süslemenin de bir bakım biçimi olduğunu söyleyebiliriz. Ne var ki, yetişkin ve çocuk T1D’li hastalarda biyo-teknik bakım bedenle kurulan ilişki bağlamında *direkt* ve *endirekt* oluşu bakımından farklılık gösterir.

Bu bölümde ağırlıklı olarak çocuk hastaların biyo-teknik bağlamda bakımlarının analizine yer vereceğiz. Ebeveynler tarafından dolaylı bir bakım işi gerçekleştiğinden, diğer bir deyişle çocuklarının bedenine erişim dolaylı olduğundan, diyabet hastalığının yönetimi pek çok karmaşıklığı bir arada getirir. Hastalığın teşhisi ile birlikte ailelerdeki endişe hali onları aşırı korumacılığa iterken aynı zamanda insülin enjeksiyonun başlamasıyla yoğun duygusal yük taşıdıkları gözlemlenmiştir. Bu klasik

enjeksiyon aşamasından sonra CGM teknolojisine geçişle birlikte bu yüklerin farklılaştığı gözlemlenmiştir.

Çocukluk çağındaki en sık rastlanan kronik hastalıkların başında T1D gelmektedir (Streisand ve Monaghan, 2014). Bir ailenin çocuğunun diyabet olduğunu öğrenmesi her bakımdan kolay bir süreç değildir ve diyabet teşhisinden sonra görülen yoğun endişe halini pek çok aile yaşadığını dile getirmiştir. Görüşmelerde gündeme gelen en belirgin konulardan biri, çocuklar için CGM sistemlerine geçiş ile birlikte görülen daha az acılı bir kronik hastalık yönetimidir. CGM öncesi geleneksel enjeksiyon yöntemi ile başlayan diyabetle tanışma aşaması hüznü tonlarda aktarılmıştır. Enjeksiyonla insülinin bedene gönderilmesinde birçok kez bedene iğne yapma zorunluluğu olmaktadır. Bu süreç ailelerin çoğu için travmatik olduğu gözlemlenmiştir. CGM teknolojisine geçişe kadarki süreci aşağıdaki ebeveyn şu şekilde anlatmaktadır:

Oğlum diyabet olduktan sonra ben 15 kilo verdim. Bir ay içerisinde, psikolojik olarak yeme içmeden kesildim. Üzüntüden. Bakın, sabah kahvaltı yapıyorsunuz. Çocuğa iğne hazırlıyorsunuz. Parmağımı deliyorsunuz sabah kahvaltıda, iki saat sonra tokluğunun ne olduğu kafanızda soru işaretleri. Acaba yükseldi mi düştü mü, bunu bekliyorsunuz. Öğle vakti geliyor bir şey yemiyor çocuk, ara öğün bir şey yiyecek çocuk. Öğle vakti tekrar iğne hazırlıyorsunuz. İnanın tüm yemekler hangi tatta olursa olsun artık bize zehir tadındaydı. Yiyemiyorduk artık. Çünkü sen çocuğuna iğne vuruyorsun sürekli. O katlanılmaz bir şey aile olarak. En büyüğü neydi biliyor musunuz, hiç çocuğunuzun şekerini bilmiyorsunuz. Diyabetli çocuğu olan ailelerin gece 12 ve gece 3'te kan şekerlerine bakması lazım. Hipoglisemi ve hiperglisemi durumunda... ben oturup ağladığımı biliyorum. Çünkü şöyle: 7 yaşında bir oğlunuz var ve gece 3 herkes uyuyor. Parmağından yer arıyorsunuz delinecek. Deliyorsunuz kanatıyorsunuz, hafif böyle bir irkiliyor. Kan şekerini ölçüyorsunuz, 300. Kalkıp iğne vurmam zorundasınız. Kaldırıp 7 yaşındaki çocuğu, gece 3'te kalkıp oğlum insülin vurmam lazım diyorsunuz. Ve insülin vuruyorsunuz. Oturup biz ağlıyorduk, inanın ağlıyorduk. Bunu göstermiyorduk, çocuğumuza yansıtmamaya çalışıyorduk... İnsülin pompası ve sensör bize zaten zamanında uyarı veriyor.

Ben gece yarısı çocuğum hiç görmedim 300 şekerini. Hiç 250 üzerini görmedim diyebilirim.

(SEuser24)

Yukarıdaki alıntıda geleneksel/klasik diyabet yönetimi hem çeşitli araştırmalarda hem de sahamızda birçok ebeveynde olduğu gibi SEuser24 tarafından da “zor” ve duygusal yükü ağır bir durum olarak tanımlamaktadır (Sullivan-Bolyai vd., 2002). Çocuğa iğne yapmak, bu eylemin çocuğa acı veriyor oluşu, organik statünün yani insülin düzeyinin belirsizliği ve bu nedenden dolayı duyulan sürekli endişe, önlem almak veya olası bir insülin dalgalanması için sürekli “tetikte” ve baskı altında olmak “zor” olarak nitelenen durumlardandır. Burada beslenme eyleminin devamlı kontrol altında tutulma zorunluluğundan ötürü, tabiri caizse yemek “acı çekmenin temel nedeni” haline dönüşür. Çünkü gıda alımı ve onun kontrolü (tokluk/açlık, ara öğün, vs.) ile insülin seviyesi arasında pankreasın işlevi açısından büyük bir belirsizlik vardır ve gıda konusu adeta bir “zehir” olarak görülmektedir. Alıntıda baba, tehdidin bu “toksik” durumunu tüm aileye ve kendisine aktarır, sonuçta kendi yemeğini reddetmesine yol açar. Ayrıca yemek yemenin insülini yükselttiği bilgisi ve bu durumda da enjeksiyon gerekliliği durumu zorlaştırır. Çünkü baba çocuğa iğne yapma eylemini onu “ürkütüp”, “kanatıp” ve acı çekmesi ile özdeşleştirmektedir.

Baba her şeye rağmen günlük görev ve rutinleri hayatının bir parçası olarak kabul eder. Üzüntüsünün tetikleyicisi, özellikle başlangıçta üzüntüsünün, psikolojik depresyonunun ve hatta kilo kaybının yeniden canlanmasına yol açan insülin enjeksiyonu ve çocuğuyla ilişkili acıdır. Yemek eylemi diyabette önemli bir rol oynadığından, kişi kendini cezalandırma eylemini üstlenebilir. Diğer çalışmaların sonuçları da birçok ebeveynin teşhisi gerçekten kabul etmediğini göstermektedir (Bowes vd., 2009).

Yukarıdaki alıntıda da gördüğümüz üzere, baba çocuğunun hastalığı karşısında sürekli endişeli bir haldedir. Bu endişeli duygu durumunun uzantısı olarak, diyabet bir çocuğun bakım stresi ebeveynler açısından aşırı korumacı davranışlara sevk ettiğini anlayabiliriz. Hastalık halinden ötürü aileler tarafından sergilenen aşırı korumacı tutumlar, çocuğun kırılgan bir grupta olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Buna paralel olarak, “çocuk kırılganlığı sendromu” (*child vulnerability*) ile “aşırı korumacı ebeveynlik” (*parental overprotectiveness*) terimlerinin birbirleri yerine kullanılma eğilimine

rağmen bu kavramlar iki ayrı durumu ifade eder. Aşırı korumacı ebeveynlik çocuğun güvenliğini sağlamayı amaçlayan ebeveyn davranışlarının belirli bir modeline işaret ederken, çocuk kırılabilirliğini ebeveyn açısından algılanışı ebeveyn tutumlarının veya inançlarının sonuçlarını yansıtır (Thomasgard ve Metz, 1997). Özellikle hastalıkla gelen duygusal yük ve bir ömür boyu devam edecek bu kronik hastalığı kabul etme süreci gibi etmenlerin ebeveynleri bu tür davranışlara sevk ettiği düşünülebilir.

Burada kısaca değindiğimiz kan şekerinin kendi kendine yönetimindeki (*self-monitoring* ve *self-management*) bakım şekli, daha çok “manuel” olarak, “klasik/geleneksel” tekn(oloj)ik uygulamalarla örneğin “iğne batırmak”, “insülini ölçmek”, “insülin vermek”, metabolik kontrolün izlenmesi, diyet ve egzersizin düzenlenmesi yani kısaca “aile/ebeveyn kontrolü” altında çeşitli eylemlerden oluşur. Bu şekilde hastalığın yönetiminde bakım, aktif ve proaktif bir süreçtir; günlük rutinleri içeren ve ömür boyu sürecek esnek bir süreçtir. Ayrıca, bakım görevlerinde karar verme süreçlerinde çocuk ve ebeveyn arasında paylaşılan sorumlulukları içerir (Schilling vd., 2002).

Yukarıdaki anlatıya paralel şekilde, aşağıdaki anne de oğlunun diyabet teşhisi aldıktan sonra önce geleneksel enjeksiyon metoduyla hastalığı yönettiklerini anlatmaktadır. CGM cihazına geçiş sürecindeki tarifler, yukarıda değindiğimiz çeşitli eylemlerden oluşan kendi kendine yönetimdeki bakım biçimini çözümleyip dijitalleşmenin biyoteknoloji firmalarının uygulamalarına yansıyan dönüşümün de (Simon ve Giovannetti, 2017, s. 203-205) bakıma etkisi olmasına, bilhassa biyo-teknik bakım sürecine geçişi işaret eder. Sonrasında CGM cihazına geçince eskiye göre kıyasla çok da konforlu ve az acılı bir hastalık yönetimine geçtiklerini şu şekilde dile getirmektedir:

Oğlum sürekli iğne yapmak zorundaydı. En az günde 4 kere iğne yapmak zorundaydı. [Bu cihaz] onu ortadan kaldırıyor. 3 günde bir vücudundaki seti değiştiriyorum ve şekerini 7/24 takip edebiliyorum, görebiliyorum. Sık sık parmaklarını delmek zorunda kalmıyorum. Bu yüzden bu cihazı kullanıyoruz, bunun da konforu bu. (EZuser27)

T1D hastalığının CGM ile izlenmesi sonucunda, kan glikozunun ağrısız ölçümü ve insülinin sensör aracılığıyla bedene gönderilmesi ve sonuç olarak hastalığın daha rahat yönetimi olduğu görülmektedir.

Kronik hastalıkların yönetimine dijital sağlık öz-takip teknolojilerinin dahil edilmesi, bireysel ve sosyal düzeylerde çeşitli etkilere sahip olduğu araştırmamızda bulguladık. Bireysel düzeyde, CGM teknolojisi hem diyabetli yetişkinler hem de diyabetli çocuklar ve aileleri için yaşam kalitesini artırarak rahatlık sunar. Ayrıca, CGM teknolojisinin rahatlık sağladığı bir diğer konu, daha az enjeksiyon kullanılması nedeniyle daha az parmak delinmesi ve daha az ağrıdır. Bu hem kullanıcılar için kolaylık hem de T1D'li çocukların ebeveynleri için duygusal rahatlama sağlar. Dijital sağlık izleme cihazı sadece kan şekerinin yönetiminde güvenlik ve konfor sağlamakla kalmaz, aynı zamanda ailelerin yaşam kalitesini de artırır -sadece çocukların bakıcıları olarak değil, aynı zamanda ebeveynlerin bakıcıları olarak da bu cihaz konfor sağlamaktadır. Konforlu ve güvenli bir uyku ile bakıcılar kan şekerini otomatik olarak yönetir. Aşağıdaki alıntıda görüldüğü gibi, bu tür dijital sağlık izleme cihazlarının hayati öneme sahip olduğu ve T1D'li iki çocuğun annesi için yaşam konforu sağladığı açıktır:

Aslında tamamen bizim hayatımızda sanki yok gibi. Yani diyabet bile yok gibi. Zaten gece boyu ölçüm yapıyor sensörümüz. Gece boyunca ölçüm yaptığında, çocuğun şekeri düşme eğilimindeyse mesela insülini duraklatıyor, yükselme eğiliminde tekrar insülini açıyor. Bu cihaz ve sensör olmasaydı mesela gece 03.00'te, 05.00'te ve sabah 07.00'de uyanıp parmaktan kan şekeri bakıyordum ki eğer şekeri düşseyse çocuk uykuda, uyanamaz. Allah korusun kötü sonuçlar doğurabilir diye çocuğa şeker yedirme, ağzına bal sürüyordum falan. Şimdi daha rahatım. Pompa insülin akışını duraklatacak ve o anda müdahale edecek. Yani o çocuğun şekeri tekrar yükselecek, o rahatlığım var. (ASuser19)

Yukarıdaki yaşam konforunun artışı bakım biçiminin değiştiğine işaret etmektedir. Biyo-teknik bakımda ebeveyni yukarıda gösterdiğimiz bazı (mesela sürekli endişe içinde kalıp kan şekerini manuel kontrol etmek gibi) bakım eylemlerini ortadan kaldırdığını, onlara rahatlık verdiğini ve neredeyse “otomatik bir bakım biçimi” aldığını göstermektedir. Yani dijital-teknik müdahale ile birlikte bedendeki biyo-teknik etkileşim odaklı dijital sağlık öz-takibi ebeveynlere güven vermektedir ve hastayı güçlendirir. Aynı zamanda biyo-teknik bakımın beden-bakım ilişkisinin değiştiğine ve teknolojiye odaklı bakım biçiminin oluşumuna işaret eder. Çünkü bu otomatik denebilecek biyo-teknik bakımın gerçekleşmesi ve

güçlendirici bir olanak sağlaması için teknolojinin özel bir bakıma ihtiyacı olmaktadır. Bu nedenden dolayı bir sonraki bölümde teknolojiye odaklı bakımı inceleyeceğiz. Bir sonraki bölümde aktaracağımız teknolojiye odaklı bakım ile biyo-teknik bakım ayrımının kavramsal bir ayrım olduğunu vurgulamak isteriz. Bu kavramsal ayrımı şu şekilde netleştirebiliriz: Bakım sadece dijital teknolojilerdeki ilerlemelerle daha da karmaşık hale gelmemiştir, aynı zamanda hastalara (yetişkin ve çocuk) göre bakım, belirli ve de birbiriyle etkileşen sosyo-biyo-teknik unsurlara göre de değişmektedir.

5.1.2. Teknolojiye Bakım

Bakım komplekslerinden ikincisi, kullanılan teknolojiye yönelik bakımdır. Burada nesnelarasılık özel bir etkileşim yarattığı için, CGM gibi bir diyabet teknolojisinin kullanımında cihaza bakım hem hastalar hem de bakım verenler için yeni ve ek sorumluluklar getirir. Cihazın edinilmesiyle başlayan bu süreçte fonksiyonlarının tamamının eksiksiz öğrenilmesi zorunluluğu doğar. Hastalığın yönetimi cihaza *bağımlı* olduğundan teknolojiye bakım önceliklidir ve “teknoloji bakımı” temel konudur. Diğer bir ifadeyle, çocuğu T1D olan bir ebeveyn cihazın fonksiyonlarını yakından izleyip cihaza bakım verirken, cihaz da çalışmayan bir pankreasın yerine geçerek hastalığa bakım vermektedir.

Cihazın bakım sorumluluğu ve cihazın arızalanması, bakım verenlerde çok stresli bir duruma neden olabileceği mülakatlar boyunca gözlemlenmiştir. İnsülin pompasının alarmla ikaz vermesinin pek çok nedeni olduğu ebeveynler tarafından belirtilmiştir: Pilin veya cihaz içindeki insülinin bitmiş olabileceğine işaret edebileceği gibi, setin bedene giren kısmının yerinden oynamış/çıkması veya sensörün girdiği cilt altındaki bölgede kıvrılması gibi olasılıklar görülebilir. Bu durumlar da biyo-teknik bakımın tamamen de otomatik olmayışına, farklı şeylere “bakmak” gerektiğine işaret eder. Diğer bir sebep olarak, insülin pompasında ince plastik borular vasıtasıyla bedene insülin yollanmaktadır ve bu ikazla birlikte ince borularda tıkanma olabilir (biyo-teknik etkileşim). İnce plastik boru sözgelimi kıyafet içinde sıkışıp bükülmesi gibi bir nedenle tıkanıldığında, insülin vücuda gönderilemez. Tüm bu durumlar cihazın çalışmadığı veya durduğu anlamına gelir ve bu da tehlike yaratacak bir durum olarak değerlendirilmektedir. Bu tehlike biyo-teknik etkileşimden kaynaklanan teknik nesnelararasılık arasındaki

eylemleri ön plana çıkarır ve cihaz çalışmaz. Aşağıdaki ebeveynler bu sorunla nasıl mücadele ettiklerini ve cihazın işleyişindeki aksaklıkları şu şekilde dile getirmektedir:

İşte, bu setlerin bazen tıkalı olması, yamulması bunların hepsi bize sinir stres yani. (...) vücudun içinde olan bir alet. Karnınıza giriyor ve insülin gidiyor mu, gitmiyor mu göremiyorsunuz. Takarken bakıyorsunuz, boşluğa damlatıyoruz tamam damlıyor ama karnına takarken bir şeyler oluyor. Ne oluyorsa gitmiyor. O zaman tabii sinirleniyorsunuz. Çünkü çocuğun şekeri boş yere 300'lere çıkıyor. Bu sefer yeni set takıyoruz. [Gidip gitmediğini de] anlamıyoruz. Bazen deniyor ki, burada bir şey varsa rezervuar setinizi çıkartın. Tıkalı falan demiyor ama böyle bir iki kere söyledi onu. Öyle bir uyarı yok, öyle bir sistem yok. Keşke biraz daha teknoloji gelişse de onu yapabilseler. (BCuser14)

BCuser14'ün belirttiği gibi cihazın biyo-teknik etkileşimden dolayı tıkanıp çalışmadığı durumlarda teknik nesnelere arasındaki eylemler bakım eyleminin değişmesi gerektiğine işaret etmezse (bir uyarı ikazının olmaması gibi), bakım verende stres yaratmış olur ve cihazın özel bir takibi gerektirdiğini işaret eder:

Nihayetinde bunlar insan yapımı bir makine bunlar biraz daha teknoloji gelişse. Herhangi bir aksilik olabilir kaygısı olmuyor değil. Bizim setlerimiz var, çocuğumuzun vücuduna taktığımız. Ömür olarak 3 gün biçilmiştir ama iki saatte tıkanabilir. Yabancı bir cisim nihayetinde. Tıkanmalar oluyor. Bir de bu tıkanma olur, şekeri yükselirse gibi kaygılar olmuyor değil. (UAuser26)

Yukarıdaki alıntılarda da görüldüğü gibi eski ve geleneksel MDI diyabet yönetimine göre pek çok avantajı bulunan CGM cihazına bakım, hastalığın idamesinde en önemli konu haline gelmektedir. Cihaz iyi takip edilmediğinde ve insülin bedene yollanamadığında şeker seviyesi de yükselerek hasta için tehlikeli bir durum yaratmaktadır. Bu durumu fark edebilmek ve insülinin bedene sensörler aracılığıyla aktarılışını sürekli takip etmek T1D'li çocuğun hastalık seyri ve hatta hayatı için büyük önem taşımaktadır. Burada, başta belirttiğimiz gibi, teknolojiye bakımda tekno-medikal bilinç düzeyi çok

büyük önem taşımaktadır. Fonksiyonlar tam olarak öğrenildiğinde, aksaklıklar hızla fark edilir hale gelecek ve cihaz aksamadan çalışabildiğinde hastalık süreci de kesintisiz yönetilecektir.

Geleneksel enjeksiyon terapisine yani klasik diyabet yönetimine göre, insülin pompası pek çok üstünlük sağlamanın yanı sıra, ebeveyn BCuser14'ün vurguladığı gibi “keşke biraz daha teknoloji gelişse” ifadesi dikkat çekicidir. Pankreasın işlevini büyük oranda üstlenen insülin pompası büyük bir kolaylık sağlarken yine de kullanıcıların daha da ileri bir teknolojiye dair beklentileri görülmektedir. Yukarıdaki alıntılarda teknolojinin ikazlarını takip etmek gibi *teknik bakımı* yanı dikkati çekerken, bir başka bakım gerektiren yanı ise cihazın bedene sensörler vasıtasıyla sürekli bağlılığın sağlanması/takip edilmesi ve sensörlerin hiç ayrılmaması gerektiğinden bedensel bakımı da gerektirmesi bir başka takip edilmesi gereken rutindir. Aşağıda iki çocuğu da T1D hastası olan bir anne bedensel bakım konusundaki kaygısını şu şekilde belirtmiştir:

[Diyabetli] iki çocuğum için de söylüyorum. Devlet okuluna gidiyor olsalardı en büyük tedirginliğim şu olacaktı: ya pompanın seti çıkarsa yerinden. O flaster okulda arkadaşlarıyla koştururken birisi tuttu, çekti, koparttı. Tekrar set değişimi yapılması lazım. Bunu okulda birileri bilmiyorsa (...) Özetle insülin gönderemiyorsa, stok insülin de yoksa -kalem kullanmıyorum çünkü- saatler içerisinde adım adım ketoasidoza [ketoacidosis] doğru gider. (LSuser17)

Teknolojiye bakım diyabet teknolojisinde önceliklidir ve bir nevi hastalığın takibi anlamına gelmektedir. Hastanın kendisi veya bakımvereni teknolojiye bakım verirken, cihaz da hastalığı idame ettirmektedir. Cihazdaki en ufak bir aksaklığı fark edememe sonucu insülin gönderiminin durması yukarıdaki LSuser17'nin ifade ettiği gibi ketoasidoz olarak adlandırılan hastanın ölümüne kadar götürebilecek bir duruma yol açabilir. Tekno-medikal farkındalığın yüksek olması beklenen bu bakım türünde teknolojiye bakım tam yerine getirildiğinde hastalık karşısında tam bir güçlenme sağlanabileceği söylenebilir.

5.2 Sosyo-Biyo-Teknik Bakım: Teknolojiyle Birlikte Beden Bakımı

Diyabet hastalığında geleneksel enjeksiyon terapisi ile yönetiminde bedende *bütünlüklü bakım* daha belirgindir: Çocuk hastalar ve ebeveynleri diyetlerini, öğün zamanlarını ve insülin enjeksiyon rutinlerini kendileri sıkı takip etmek gibi hem beden hem de tıbbi bakım konularına azami dikkat göstermek durumundadırlar. Diyet takibi ve kilo alımını kontrol altında tutmak diyabet hastaları için ayrı önem taşımaktadır ve enjeksiyon rutiniyle beraber bütünlüklü beden bakımı geleneksel diyabet yönetiminin merkezindedir. Ne var ki, tüm bu sürecin sorunsuz, sürekli ve ideal bir şekilde devam ettirilmesi kolay olmayabilir. Zira, diyabetli hastalara “ısrarla hesaplayıcı bir ruh hali ile yaşamaları teşvik edilirken, aynı zamanda hastalıktan ötürü bedenlerinin asla kurallara göre davranmadığını [hastaların] kabul etmeleri ve kendilerinin dikkatlice yapılan hesaplamalara tamamen katılmayı reddedecekleri beklenebilir” (Mol, 2000, s. 19). Hastalığın sıkı rutin yönetimi ve özellikle çocuğu T1D olan aileler açısından “ısrarcı hesaplayıcı bir ruh hali”nin sürdürülmesi zorlayıcı olabilmektedir. Ancak, aşağıda bahsedeceğimiz gibi, CGM cihazları sayesinde bir nebze olsun bu rutinlerin rahatladığı düşünülebilir.

Özellikle diyet kontrolü gibi bir beden bakımı konusunda, teknolojiyle birlikte gelen öz-kontrolde bir gevşemenin meydana gelebildiği gözlemlenmektedir. Bu gevşemenin bir nedeninin, teknolojiye olan güvenden kaynaklandığı gözlemlenmiştir. Oysaki, tekno-medikal bakım bağlamında bu türden gevşeme eğilimleri, hastalığın seyri açısından tehdit olarak görülür. Bir çalışmaya göre, ebeveynlerin diyabetle alakalı gelişen en büyük stres konusu, çocuklarında daha iyi bir metabolik kontrolü sağlamakla ilgilidir (Stallwood, 2005). Bu çalışmaya paralel şekilde, çocuklarının diyabet rutinini yöneten bakım veren ebeveynler kan şekeri seviyesini, kiloyu ve HbA1c'yi normal aralıklarda tutmak gibi birçok endişeye sahiptirler. Yetişkinler diyet konusunda kendilerini bir şekilde nispeten daha fazla kontrol altında tutabilirlerken, çocuklarda bu konuda *dis_empowering* durumlarının yaşandığı gözlemlenmiştir. Görüşmelerimiz boyunca bakım veren ebeveynlerin ifade ettiği gibi, çocuklarına dair en büyük stres kaynaklarından biri, yukarıda bahsettiğimiz gibi olası bir öz-kontrolün gevşemesinin bir sonucu olarak metabolik kontrolün zayıflamasıdır ve çocuklarda kilo alımının görülmesidir. Bu nedenle aşağıdaki anlatılarda görüldüğü gibi diyabeti kontrol etmenin ana kurallarından biri, çocukların ağırlığını normal

aralıklarda tutabilme çabasıdır. Örneğin, oğlu T1D’li bir anne, CGM teknolojisine geçişle birlikte oğlunun büyük bir istekle, kontrolsüz yemek yeme eğiliminden yakınmaktadır. Çünkü, CGM’ye geçiş ile birlikte oğlunun kilo aldığını ancak geçmişteki geleneksel enjeksiyonlu dönemde bu kadar serbest şekilde yiyemediğini şu şekilde ifade etmektedir:

Fiziksel durumu kilo aldı, sağlıklı olmadı aslında ama hemoglobininiz düştü işte. Ortalama üç aylık şeker değerimiz düştü, bu da tabii ki bizim için güzel bir şey. İlk birkaç ay kilo almadı sonra hemen hemen böyle üç ayda iki kilo, bir kilo, üç ayda iki kilo bir kilo ala ala şu an 56 kiloya vardı yani. [Pompaya başladığından itibaren] 10 kilo almıştır. [Doktoru] daha kilo alma diyor. Bundan sonra alırsan artık obeze giriyorsun diyor. (...) Eskiden yiyemiyordu. O kadar yiyemiyordu ama şimdi mesela canı dondurma istiyor ve dondurmaya yemeden önce karbonhidratına bakıyor, gönderiyor insülini. Yiyor yani. (BCuser14)

Burada sosyo-biyolojik etkileşim, teknoloji aracılığıyla değiştiği için özel bir durum ortaya çıkmaktadır. Teknolojiye duyulan güvenden dolayı hastalık seyrinde istenmeyen bir yönde bedensel değişim görülmektedir. Ebeveyn BCuser14 bu durumu çocuğunun kilo alımından ötürü ilk etapta teknoloji kullanımını “sağlıklı olmadığı” şeklinde yorumlamaktadır. Dolayısıyla diyabetli çocuğun diyet uygulaması gibi bedene dair bu yönde bir bakımın önem kazanması, diğer bir ifadeyle tıbbi bakımın yanı sıra beden bakımına da ağırlık verilme zorunluluğu nedeniyle aslında bakım pratiği de değişmektedir.

CGM diyabetin seyrini ve kan şekerini kontrol altında tutabilmesi gibi üstünlüklerinin yanı sıra, teknoloji ile birlikte beden bakımında “yeme özgürlüğü” olarak adlandırabileceğimiz, ailelerce istenmeyen bir duruma yol açabileceği yine aşağıdaki ebeveyn tarafından belirtilmiştir:

Biraz oğlum iştahlı. Mesela sabah, öğle, akşam yemesi gerekirken aralarda yediği de oluyor. Onlarda da gönderiyoruz insülin. Bazen beş, altı bazen yediyi buluyor. (...) Aslında onu daha sağlıklı yapması için aldık ama biraz biz aleti kötü kullandık. (...) Kötü kullandık derken, oğlum dediğim gibi iştahlı olduğu için pompaya geçtikten sonra kilo aldı epeyce. Çünkü rahat, yemesi

rahat oldu. Eskiden saati saatine yiyorduk. (...) Dezavantaj oldu bizim için ama avantaja çevireceğiz inşallah. (BCuser14)

Yukarıdaki annenin oğlunun yeme eğilimini “cihazın kötüye kullanılması” olarak tanımlaması ve oğlunun iştahındaki kilo alımında cihazı “dezavantaj” olarak yorumlaması yine dikkat çekicidir. Bütünlüklü bakım olarak adlandırdığımız durumun, teknoloji ile birlikte güçlenirken bedensel bakım yanının zayıfladığını söyleyebiliriz. Bunun bir nedeni tekno-medikal bilginin ve farkındalığın da etkisi bulunmaktadır. Yukarıdaki kişide bu konularda eksiklik olduğu ve ayrıca “teknoloji odaklı bir kültürde” teknolojiye fazla güvenmekten kaynaklı (Şahinol ve Kirschsieper, 2016) metabolik kontrol eyleminin düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir söyleyişle, CGM cihazlarının kullanımı bu örneklerde görüldüğü gibi çelişkili sonuçlar üretmeye eğilimlidir: CGM, çocukların HbA1c seviyelerini iyileştirmeye yardımcı olurken, aynı zamanda diyabet hastaları tarafından kaçınılması gereken kilo alımına da yol açabilmektedir. Teknoloji nedeniyle beden bakımına dair birtakım istenmeyen durumlarla karşılaşılması mümkün görülmektedir ve bu da *disempowerment* durumunu yaratmaktadır. Diğer tüm bakım biçimlerini sosyal/gündelik hayata dayanıp farklı sosyo-biyo-teknik eylem unsurları birbirleriyle dengeyi sağlayacak şekilde eylem halinde olmaları halinde hasta bakımı da güçlenecektir.

Özetle, geleneksel diyabet yönetimine kıyasla birçok üstünlükleri olmasına rağmen, diyabet için kaçınılması gereken metabolik kontroldeki gevşeme eğilimleri gibi olumsuz eğilimleri de doğurma ihtimali bulunmakta ve başarılı bir dijital sağlık teknolojisinin engelleyici faktörlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Dolayısıyla, teknoloji ile birlikte beden bakımında *dis_empowering* faktörler, yani güçlendirme ile güçlendirmeyi azaltıcı faktörler arasındaki gelgitler bir arada görülmektedir.

6. SONUÇ

Sağlık teknolojilerindeki ilerlemelerin bir uzantısı olarak dijital öz-takip teknolojilerinin Türkiye’de hızla yaygınlaşmaktadır. Temellendirilmiş Kuram yaklaşımına dayanan bu araştırmadaki kavramsallaştırmalarımız ile birlikte Türkiye’de T1D’li yetişkin ve T1D’li çocuğu olan ebeveynlerin dijital sağlık verisi üreten bir öz-takip cihazı olan CGM teknolojileri ile gündelik diyabet takip/kullanım deneyimlerine farklı bakım biçimleri üzerinden odaklanarak bu kavramsallaştırmalarımızı tartışmaya açmayı amaçlamaktayız.

Teknoloji ile birlikte bakımın karmaşık hale gelerek *sosyo-biyo-teknik bakım kompleksi*’ni oluşturması sosyolojik olarak beden-teknoloji etkileşiminin niteliğine ve içeriğine de dikkat çekmektedir. Bu kompleksi oluşturan teknoloji ile birlikte beden ve biyolojik/organik unsurlara bakımı (biyo-teknik bakım), cihaz bakımı (teknoloji bakımı) ve özellikle kırılgan gruplarda bakım biçimleri birbirleriyle geçişken bir biçimde var olurlar. Tekno-medikal bilgi ve farkındalık düzeyi ise tüm bu bakım kompleksinde güçlendirme derecesini etkiler. Sonuç olarak, dijital sağlık öz-takip cihazları kronik hastalıklarda yardımcı teknolojiler olarak hastalığın bir bütün olarak yönetiminde ve bakım kompleksi rutininde önemli rol oynamaktadırlar.

Tıp-beden-teknoloji arakesitindeki makalemizde, beden-teknoloji ilişkisinin sosyo-biyo-teknik etkileşim çerçevesinde eyleme geçtiğini vurguladık. Hem T1D’li yetişkinlerde hem de kırılgan bir grup olarak T1D’li çocuklarda, “bakım kompleksi” (*care complex*) olarak kavramsallaştırdığımız sürecin *empowerment* ve *disempowerment* arasında nasıl şekillendiğine ve etkilendiğine odaklandık. Giriş bölümünde de vurguladığımız üzere, STS perspektifinden güçlenme kavramına sıklıkla rastlanırken, bakım pratiklerinde teknoloji ile yoğun etkileşimden kaynaklı, güçlenme ile güçlendirici olmayan faktörler arasında gelgitler olarak tanımladığımız *dis_empowerment* kavramsallaştırmasına literatürde rastlanmamıştır. Bu bağlamda, kronik hastalıkta “bakım alan” (*caretaker*) ile “bakım veren” (*caregiver*) ilişkisinde gelişen ve iyi olma/iyileş(tir)me amacıyla gerçekleştirilen bakım kompleksinin nasıl sosyo-biyo-teknik konstellasyon içerisinde bütünsel bakıma dönüşebileceğini gösterdik. Dijital öz-takip teknolojinin hastayı güçlendirmesi için bütünsel bir bakıma ihtiyaç olduğunu, bu bakımın da sosyo-

biyo-teknik bakım unsurlarının denge halinde olunca hasta için güçlendirici bir duruma işaret ettiğini açıklamış olduk. Teknolojinin birçok kolaylık sağladığını göstermiş olduk. Ne var ki beden-teknoloji ilişkilerini çevreleyen bakımın otomatikleşmesi bakıma daha az ihtiyaç duyulacağı anlamına gelmemektedir. Bakımda teknoloji ne kadar gelişmiş olursa olsun proaktif bir süreç olarak kalacaktır. Bu süreç içerisinde *dis_empowerment* yaşanacaktır. Sonuç olarak, teknoloji-beden ilişkisi bağlamında bilhassa tekno-medikal farkındalık seviyesi yüksek olunca güçlendirici (*empowerment*) etkiler yaratırken, bu farkındalığın düşük olduğu teknolojiye “fazla” güven duyma halinde ise -diğer bir deyişle “teknolojiye fazla bel bağlayınca”- güçlendirici olmayan (*disempowering*) ve bu iki durum gidiş ve geliş durumlarını (“*dis_empowering*”) bu makalemizde bulguladık.

SUMMARY

The digitalization of health is not a new phenomenon. Its impact on health and medicine, however, steadily increases in Turkey as well as across the world. In this context, the widespread use of self-tracking technologies is considered as one of the significant reflections of digitalization in health. Self-tracking devices are frequently preferred by patients and caregivers particularly for the tracking and prevention of chronic diseases. Continuous Glucose Monitoring Systems (CGM) are one of the most used self-tracking devices for their outstanding benefits in the everyday lives of patients with diabetes. With the help of sensors, these devices measure sugar levels in an interval of five minutes running twenty-four hours a day through a thin needle inserted in the under-skin layer of the patient's skin. This way, patients are aware of how their glucose levels change throughout the day and night and know when the need arises to regulate their glucose levels. CGM systems are a promising tool to improving diabetes control, and therefore leading to a better quality of life, however, previous sociological work mainly focuses on the positive aspects, yet often overlooks the cohesive aspects of care where technology is involved; a topic that is still not understood well. Our article discusses in detail the more differentiated findings concerning the care complex around diabetes patients using CGM obtained in our study.

In order to capture the care complex in patients with diabetes using CGM, we conducted semi-structured, in-depth interviews and observations in Istanbul, Ankara and Izmir, both with self-care-taker adults with T1D (4) and parents as care-givers of children (aged 5 to 13) with T1D.

In observations of (inter)actions of care in which technology is so intertwined with the body, as especially in our study, and with the increasing role of technology in care such as CGM, attention must be drawn to the "nature" and content of body-technology interactions. In doing so, we were able to observe and analyze the emergence of what we termed the "socio-bio-technical care complex". We emphasized that the body-technology relationship acts within the framework of socio-bio-technical inter and intra actions (Şahinol 2016). In addition to technology, constituted within this complex, there are intermediate forms of care for the physical and biological/organic elements (biotechnical care) in

addition to equipment care (technical care). Technology such as CGM requires special technical care due to its intra-action between hardware as well as between software and hardware. For this interactivity to function "smoothly" and to have a positive impact on the disease, techno-medical knowledge/awareness of caregivers is elementary. It, therefore, determines the level of empowerment in the care complex. Physical / physiological and techno-medical knowledge is required for holistic care of the body intertwined with technology. Such care also takes place as a result of socio-bio/socio-organic interaction being assisted by technology.

As previous research tends to focus on empowering factors of (medical) technologies rather than disempowering characteristics, we were able to show how the care complex is shaped and affected by the contradiction between empowerment and disempowerment, both in adults with T1D and in children with T1D as a vulnerable group. We define *dis_empowerment* as tides between empowerment and disempowerment in care practices caused by assisting technologies. We emphasize that digital self-tracking technologies require a holistic care in order to empower the patient, and care indicates empowering situations, if the socio-bio-technical care factors are in balance. To summarize the complex care relationships based on our findings: Bio-technical care is significant not only for parents, particularly those caring for children with T1D, but also for the children's health. Since body-technology relations in care work are often discrete, care is complex and often technology-oriented. However, the care that surrounds the relationship between body and technology cannot be provided in a way that requires less care. The more advanced the technology in maintenance, the more proactive it remains. Disempowerment remains inherent to this process. Thus, in the context of the technology-body relationship, empowerment occurs when techno-medical awareness is high, while "over-reliance" on technology when that awareness is low, results in further "technology [is] in deep troubling" and these two conditions of back and forth are conceptualized in this article within the mentioned care complex as *dis_empowerment*.

KAYNAKÇA

- Ajana, B. (2017). Digital Health and the Biopolitics of the Quantified Self. *Digital Health*, 3, 1-18.
- Alcántara-Aragón, V. (2019). Improving Patient Self-Care Using Diabetes Technologies. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 10, 1-11.
- Allen, N. ve Gupta, A. (2019). Current Diabetes Technology: Striving for the Artificial Pancreas. *Diagnostics (Basel)*, 9(1), 1-16.
- Ajoulat, I., Marcolongo, R., Bonadiman, L. ve Deccache, A. (2008). Reconsidering Patient Empowerment in Chronic Illness: A Critique of Models of Self-Efficacy and Bodily Control. *Soc Sci Med*, 66(5), 1228-1239.
- American Diabetes Association. (2007). Standards of Medical Care in Diabetes—2007. *Diabetes Care*, 30, 4-41.
- Bergemann, L. ve Frewer, A. (2018). *Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin: Menschenrechte-Ethik-Empowerment*: transcript Verlag.
- Bergental, R. M., Tamborlane, W. V., Ahmann, A., Buse, J. B., Dailey, G., Davis, S. N., . . . ve Wood, A. (2010). Effectiveness of Sensor-Augmented Insulin-Pump Therapy in Type 1 Diabetes. *New England Journal of Medicine*, 363(4), 311-320.
- Bowes, S., Lowes, L., Warner, J. ve Gregory, W. (2009). Chronic Sorrow in Parents of Children with Type 1 Diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 992-1000.
- Burnham, J. C. (2014). Why Sociologists Abandoned the Sick Role Concept. *History of the Human Sciences*, 27(1), 70-87.
- Bury, M. (1991). The Sociology of Chronic Illness: A Review of Research and Prospects. *Sociology of Health & Illness*, 13(4), 451-468.
- Charmaz, K. (1990). 'Discovering' Chronic Illness: Using Grounded Theory. *Social Science & Medicine*, 30(11), 1161-1172.
- Conrad, P. (1990). Qualitative Research on Chronic Illness: A Commentary on Method and Conceptual Development. *Social Science & Medicine*, 30(11), 1257-1263.
- Corbin, J. ve Strauss, A. (1985). Managing Chronic Illness at Home: Three Lines of Work. *Qualitative Sociology*, 8(3), 224-247.

- Deloitte. (2017). *Personalized Health: Preparing for Tomorrow's Healthcare*. Erişim 20.11.2019. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/nl/Documents/life-sciences-health-care/deloitte-nl-personalized-health-uk-version.pdf>.
- Foucault, M. (1988). Technologies of the Self. L. H. Martin, H. Gutman ve P. H. Hutton (Ed.), *Technologies of the Self: A seminar with Michel Foucault* içinde (s. 16-49). Amherst: The University of Massachusetts Press.
- Freidson, E. (1970). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd Mead.
- Funnell, M. M. ve Anderson, R. M. (2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123-127.
- Guadagnoli, E. ve Ward, P. (1998). Patient Participation in Decision-Making. *Soc Sci Med*, 47(3), 329-339.
- Gugutzer, R. (2012). *Verkörperungen des Sozialen: Neophänomenologische Grundlagen und Soziologische Analysen*. Bielefeld: transcript.
- Gugutzer, R. (2015). *Soziologie des Körpers*. (5. bs.). Bielefeld: transcript.
- Gugutzer, R. (Ed.) (2006). *Body Turn: Perspektiven der Soziologie des Körpers und des Sports*. Bielefeld: Transcript.
- Gugutzer, R., Klein, G. ve Meuser, M. (2017). *Handbuch Körpersoziologie (Cilt 1): Grundbegriffe und theoretische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Haraway, D. (1995). Ein Manifest für Cyborgs: Feminismus im Streit mit den Technowissenschaften. D. Haraway (Ed.), *Die Neuerfindung der Natur* içinde (s. 33-72). Frankfurt [u.a.]: Campus-Verl.
- Haraway, D. (1997). Syntactics: The Grammar of Feminism and Technoscience. D. Haraway (Ed.), *Modest_Witness@_Second_Millennium: FemaleMan©_Meets_OncoMouse™. Feminism and Technoscience* içinde (s. 1-45). New York/London: Routledge.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-First Century*. Washington: National Academy Press.
- International Diabetes Federation. (2009). *Diabetes Atlas* (4 bs.). Brussels: International Diabetes Federation.

- Kelleher, D. (1988). *Diabetes*. London: Routledge.
- Krošel, M., Švegl, L., Vidmar, L. ve D. Dinevski, D. (2016). Empowering Diabetes Patient with Mobile Health Technologies. W. Bonney (Ed.), *Mobile Health Technologies - Theories and Applications* içinde (s. 31-56). Rijeka: InTech.
- Latour, B. (1996). On Interobjectivity. *Mind, Culture, and Activity*, 3(4), 228-245.
- Litton, J., Rice, A., Friedman, N., Oden, J. ve Lee, M. M. (2002). Insulin Pump Therapy in Toddlers and Preschool Children with Type 1 Diabetes Mellitus. *The Journal of Pediatrics*, 141(4), 490-495.
- Mair, F. S. ve May, C. R. (2014). Thinking about the Burden of Treatment. *British Medical Journal*, 349, 6680–6681.
- Mauss, M. (2010). *Gabentausch, Todesvorstellung, Körpertechniken*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Özgün eser 1950 tarihlidir).
- May, C. R., Eton, D. T., Boehmer, K., Gallacher, K., Hunt, K., MacDonald, S., . . . Richardson, A. (2014). Rethinking the Patient: Using Burden of Treatment Theory to Understand the Changing Dynamics of Illness. *BMC Health Services Research*, 14(1), 281.
- McAllister, M., Dunn, G., Payne, K., Davies, L. ve Todd, C. (2012). Patient Empowerment: The Need to Consider It As a Measurable Patient-Reported Outcome for Chronic Conditions. *BMC Health Services Research*, 12 (157), 1-8.
- Meyer-Harrington, M. (2000). *Care Work: Gender, Class, and the Welfare State*. New York: Routledge
- Mol, A. (2000). What Diagnostic Devices Do: The Case of Blood Sugar Measurement. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21, 9-22.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.
- Moretti, V. ve Morsello, B. (2017). Self-Management and Type 1 Diabetes. How Technology Redefines Illness. *Italian Journal of Science and Technology Studies*, 8(1), 51-71.
- Morgan, H. (2016). ‘Pushed’ Self-Tracking Using Digital Technologies for Chronic Health Condition Management: A Critical Interpretive Synthesis. *Digital Health*, 2, 1-41.
- Moser, I. (2008). Making Alzheimer’s Disease Matter: Enacting, Interfering, Doing Politics of Nature. *Geoforum*, 39(1), 98-110.

- Paton, C., Hansen, M., Fernandez-Luque, L. ve Lau, A. Y. S. (2018). Self-Tracking, Social Media and Personal Health Records for Patient Empowered Self-Care. *Yearbook of Medical Informatics*, 21(01), 16–24.
- Pickup, J. ve Keen, H. (2002). Continuous Subcutaneous Insulin Infusion at 25 Years: Evidence Base for the Expanding Use of Insulin Pump Therapy in Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 25(3), 593-598.
- Pols, J. (2003). Enforcing Patient Rights or Improving Care? The Interference of Two Modes of Doing Good in Mental Health Care. *Sociology of Health & Illness*, 25(3), 320-347.
- Poolsup, N., Suksomboon, N. ve Kyaw, A. M. (2013). Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Continuous Glucose Monitoring (CGM) on Glucose Control in Diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 5(39), 1-14.
- Rammert, W. (2007). Technik, Handeln und Sozialstruktur: Eine Einführung in die Soziologie der Technik. W. Rammert (Ed.), *Technik - Handeln - Wissen* içinde (s. 11–36). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.
- Reckwitz, A. (2003). Grundelemente einer Theorie Sozialer Praktiken. Eine Sozialtheoretische Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie*, 32(4), 282–301.
- Reckwitz, A. (2008). *Subjekt*. Bielefeld: Transcript-Verl.
- Ricciardi, L., Mostashari, F., Murphy, J., Daniel, J. G. ve Siminerio, E. P. (2013). A National Action Plan to Support Consumer Engagement Via E-Health. *Health Affairs*, 32(2), 376-384.
- Rich, E., Miah, A. ve Lewis, S. (2019). Is Digital Health Care More Equitable? The Framing of Health Inequalities within England's Digital Health Policy 2010–2017. *Sociology of Health & Illness*, 41(S1), 31-49.
- Robinson, F. (2008). The Importance of Care in the Theory and Practice of Human Security. *Journal of International Political Theory*, 4(2), 167–188.
- Streisand, R., ve Monaghan, M. (2014). Young Children with Type 1 Diabetes: Challenges, Research, and Future Directions. *Current Diabetes Reports*, 14(9), 520.
- Schilling, L. S., Grey, M. ve Knafl, K. A. (2002). The Concept of Self-Management of Type 1 Diabetes in Children and Adolescents: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 87-99.

- Segall, A. (1976). The Sick Role Concept. *Journal of Health&Social Behavior*, 17(2), 162-169.
- Simon, F. ve Giovannetti, G. (2017). *Managing Biotechnology: From Science to Market in the Digital Age*. John Wiley & Sons.
- Stallwood, L. (2005). Influence of Caregiver Stress and Coping on Glycemic Control of Young Children with Diabetes. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(5), 293-300.
- Strauss, A. ve Corbin, J. (1990). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim Beltz, Psychologie Verlags Union (Özgün eser 1967 tarihlidir).
- Strübing, J. (2008). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Sullivan-Bolyai, S., Deatrick, J., Gruppuso, P., Tamborlane, W. ve Grey, M. (2002). Mothers' Experiences Raising Young Children with Type 1 Diabetes. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 7(3), 93-103.
- Şahinol, M. (2010). *Development of Neurotechnical Treatment with Brain Machine Interfaces in Chronic Stroke*. Neurosociety... What is it with the brain these days? Konferasında sunulan bildiri. Oxford.
- Şahinol, M. (2016). *Das Techno-Zerebrale Subjekt: Zur Symbiose von Mensch und Maschine in den Neurowissenschaften*. Bielefeld: transcript.
- Şahinol, M. (2019). Collecting Data and the Status of the Research Subject in Brain-Machine Interface Research in Chronic Stroke Rehabilitation. *Somatechnics*, 9.2 (3), 244–263. doi:10.3366/soma.2019.0282
- Şahinol, M. ve Başkavak, G. (2020a). *Between Empowerment and Disempowerment: A Qualitative Analysis of (Voluntary) Digital Health (Self-)Tracking in Turkey*. (Yayınlanmamış rapor). Orient-Institut Istanbul for the German Federal Ministry of Health, Istanbul.
- Şahinol, M. ve Başkavak, G. (2020b). Türkiye’de Biyomedikalizasyon: Sağlıkın Dijitalleşmesi ve Öz-Takip Pratikleri. A. Turanlı, M. Şahinol ve A. U. Aydınoglu (Ed.), *Türkiye’de STS: Bilim ve Teknoloji Çalışmalarına Giriş* içinde (s. 103-117). Istanbul: İTÜ Vakfı Yayınları.

Şahinol, M. ve Kirschsieper, D. (2016). *Die Privatheitskultur in Deutschland und der Türkei – untersucht an den Diskursen über Gesundheits-Apps*. Smart New World Konferansında sunulan bildiri. Wien.

Thomasgard, T. ve Metz, W. (1997). Parental Overprotection and Its Relation to Perceived Child Vulnerability. *Journal of Orthopsychiatry*, 67, 330-335.

İNTERNET VE SAĞLIK BİLGİSİ: ANKARA’DA ALTMİŞ YAŞ ÜSTÜ KADINLARIN SAĞLIK BİLGİ KAYNAĞI OLARAK İNTERNET KULLANIMI ÜZERİNE SOSYOLOJİK BİR ARAŐTIRMA¹

Deniz BİLGE ÜLKER²

ÖZ

Bu makale, Ankara’da yaşayan farklı sosyo- ekonomik statüdeki altmış yaş üstü kadınların, internette sağlık bilgisi arama deneyimlerini tartışmaktadır. Makaleye kaynaklık eden veri, Aralık 2017 – Mart 2018 arasında ve Eylül 2019’da Ankara’da gerçekleşen derinlemesine mülakatlardan oluşan niteliksel bir araştırmanın sonuçlarına dayanmaktadır. Makale kuramsal olarak sağlık sosyolojisindeki meslek dışı yaklaşımı benimsemektedir. Meslek dışı yaklaşımına göre, meslekten olmayanların öznel sağlık ya da hastalık deneyimleri olmadan üretilen tıbbi bilgi eksik kalmaktadır. İnternetin sağlık bilgisi kaynağı olmasını ele alan çalışmaların birçoğu, internetin kullanıcıların sağlık bilincinin artışına etkilerine odaklanmaktadır. Bu araştırmalardan farklı olarak makale, meslek dışından olanların internette sağlık bilgisi arama deneyimlerinin anlaşılmasının, günümüz tıbbının hastalarla kurduğu iletişim açısından önemli veriler sağladığını öne sürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sosyolojisi, Meslek Dışı Yaklaşım, İnternet, Sağlık Bilgisi, Sağlık İletişimi.

¹ Bu alışma, yazarın 2019 yılında Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyoloji Bölümünde tamamladığı “Türkiye’de Sağlığın Neoliberal Yönetimselliği: Sağlıklı Kadın Öznesinin Oluşumu Üzerine Bir Vaka alışması” başlıklı doktora tezi esas alınarak hazırlanmıştır. Ayrıca çalışmanın ilk aşaması, Eylül 2019’da STS Turkey Toplum için Bilim ve Teknoloji alışmaları Konferansında, “Radyo Kuşağının İnternetle İmtihanı Türkiye’de Altmış Yaş Üstü Kadınların Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak İnternet Kullanımı Üzerine Bir Araştırma” başlığıyla sözlü olarak sunulmuştur.

² Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi, Medya ve İletişim Bölümü

INTERNET AND THE HEALTH INFORMATION: A SOCIOLOGICAL STUDY ON THE USE OF INTERNET AS A SOURCE OF HEALTH INFORMATION BY WOMEN OVER SIXTY IN ANKARA

ABSTRACT

This article discusses the health information seeking experiences of women over the age of sixty with various socio-economic backgrounds in Ankara. The data source for the article is based on a qualitative research study comprising in-depth interviews conducted in Ankara between December 2017 and March 2018 and later in September 2019. The article adopts the theory on the lay perspective in sociology of health. In the lay perspective, the medical knowledge produced without the inputs of subjective health care or illness-related experiences remains incomplete. Many of the studies examining internet as a source of health information focus on the effects of internet on the increase of users’ health awareness. Unlike these studies, this article claims that understanding the lay persons’ experience of seeking health information on the internet provides significant data on how today’s medicine communicates with the patients

Keywords: Sociology of Health, Lay Perspective, Internet, Health Information, Health Communication.

1. GİRİŞ

Tıp alanında yaşanan gelişmeler, yeni görüntüleme cihazları, biyo-genetik testlerle doğum öncesi hastalık risklerinin bilinmesi, ameliyat yapan robotlar, üç boyutlu yazıcılarla yeniden üretilen organlar, doktorluk mesleğinin yeniden tanımlanması ve tıbbın toplumsal konumuna ilişkin yeni tartışmaları gündeme getirdi. Bu gelişmelerle, tıba ve sağlığa ilişkin bilgilerimiz dönüşüme uğradı. Kendimize ait birçok sayısal veriyi (tansiyon, kandaki şeker oranı, kolesterol, vitamin oranlarını, kalp ritim sayımızı) tıbbi teknolojiler sayesinde biliyor, bu bilgiler doğrultusunda sağlığımızı korumak ya da sağlığımıza kavuşmak için çeşitli davranışlarda bulunuyoruz. Tüm bu sağlık davranışlarının temelinde, kendi bedenimize ilişkin bildiklerimizin yanında hangi davranışın daha sağlıklı hangi davranışın daha sağlıksız olduğunu söyleyen sağlık bilgileri yatmaktadır. Hangi hastalığa neyin iyi geldiği, hastalıkların nedenleri, hasta olmamak için neler yapılması gerektiğine dair bu bilgiler, birçok kaynaktan bireylere sunulmaktadır. Sağlık bilgisi, doktorlardan öğrenilenler dışında, aileden, örgün eğitimden, sosyal çevreden, gelenekten, dini inançlardan, kitaplardan, gazetelerden, televizyon ve radyo programlarından bireylere ulaşmaktadır. Tüm bu kaynaklardan farklı olarak, bugün internet bireyler tarafından sağlık bilgi kaynağı olarak kullanılmaktadır.

Sağlık bilgi kaynağı olarak internet, diğer bilgi kaynaklarına göre birçok farklılığı içinde barındırır. Şimdiye kadar doktor, aile büyüğü ya da geleneksel medyadaki uzmanı, bir başka deyişle konunun “bir bilenini” dinleyen hasta, internet ile sadece mesajı alımlayan değil, gönderen de olmuştur. İnternet, meslek dışından olanlara hastalık deneyimlerini ve sağlık bilgilerini paylaşmak için yeni bir anlatım alanı sunmuştur. Ayrıca internet aracılığıyla, zamansız ve yersiz olarak hastanede doktora sorulamayan sorular sorulabilmektedir.

Bireylerin internette sağlık bilgisi edinmeleri ilgili farklı çalışmalara rastlamak mümkündür. Örneğin, Cline ve Haynes (2001, s. 672) çalışmalarında, tüketicilerin internette sağlık bilgisi aramalarındaki artışın, kullanıcıların farklılığı, kullanımdaki çeşitlilik, sağlık sistemine etkileri ve tıbbi sonuçları bakımından halk sağlığı uzmanlarınca dikkate alınması gerektiğini vurgularlar. Onlara göre, sağlık

bilgisine internet aracılığıyla erişimindeki artış, bireylerin kendi ihtiyaçlarına yönelik bilgiye ulaşmaları ve etkileşimlilik gibi faydalar sunmaktadır (2001, s. 671). Cline ve Haynes (2001, s. 671) tüm bu faydaların yanında, internete erişimindeki eşitsizlikler ve internette sağlık bilgisinin sunulmasındaki bazı aksaklıkların (kullanılan teknik terimler vb.) internetin sağlığın geliştirilmesi için bir araç olarak kullanılmasını engellediğini belirtir. İnternetin sağlığın geliştirilmesine etkileri üzerine bir başka çalışma da Peter Korp’a (2006) aittir. Korp (2006) internete sunulan sağlık bilgisinin bireylerin sağlığını güçlendirici ve zayıflatıcı etkileri olduğunu öne sürmüştür. Ona göre (2006, s. 78) internetteki sağlık bilgisinin sağlığı güçlendirici yanlarını şu şekilde sıralanabilir: İnternetteki sağlık bilgisi eğitici, bireylerin sağlık bilgisi kazanımlarını sağlar, zaman ve mekân bağımsız olarak kişiler arasında sosyal bağların kurulmasını destekler ve uzman ve sıradan insan arasındaki ilişkiyi dönüştürür (Korp, 2006, s. 78). Ayrıca Korp, internetteki sağlık bilgisinin tıbbileşme (*medicalization*) ve sağlıklılık eğilimini (*healthism*) artırdığının bunun sonucunda da toplumda sağlıkla ilgili anksiyetenin artacağını söyler (Korp, 2006, s. 83). İnternet ve sağlık bilgisi hakkında yapılan diğer önemli bir çalışma Michael Hardey (1999) tarafından yapılmıştır. Hardey (1999) çalışmasında, interneti sağlık bilgisine erişim için düzenli olarak kullanan aileler ile niteliksel bir araştırma gerçekleştirmiştir. Bu araştırmada, internetten edinilen sağlık bilgisinin görüşme yaptığı aile bireylerinin sağlık inanç ve davranışlarına olan etkisini araştırmıştır. Araştırmanın en dikkat çekici sonuçlarından biri, katılımcıların internet sayesinde hastane odasında çekinip sormadıkları birçok soruya ev rahatlığında cevap bulduklarını söylemeleridir (Hardey, 1999, s. 830). Hardey’e göre internetin sağlık bilgi kaynağı olarak kullanımı profesyonellikten uzaklaşma ve tüketim gibi daha geniş sosyolojik tartışmalarla ilişkilidir. Hardey, internetle birlikte sağlık piyasasında global ölçekli elektronik ticaret imkânı doğduğunu ve internetin temel tasarımı nedeniyle bilgilendirme aşamasındaki hiyerarşiyi ortadan kaldırdığını söyler (Hardey, 1999, s. 831-832). Ona göre internet, tıp uzmanlarının sağlık alanındaki otonomisini sarsarak tıp uzmanları ve hastalar arasındaki ilişkinin dönüşümünü sağlayacaktır (Hardey, 1999, s. 820).

Türkiye’de internetin sağlık bilgi kaynağı olarak kullanımı ilgili veriler, ancak bu alanda yapılan daha geniş kapsamlı araştırmaların sonuçlarından öğrenilebilmektedir. 2018 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından yürütülen, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması’nın bir bölümünde, iletişim araçlarının kullanımının sağlık okuryazarlığı düzeyine etkileri araştırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Araştırmanın sonuçlarına göre, internet sağlık ile ilgili konularda bilgi edinmek için kullanılan en önemli iletişim aracıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Buna ek olarak, araştırmaya katılan bireylerden sağlık bilgi kaynağı olarak interneti tercih edenlerin sağlık okuryazarlık düzeyinin tercih etmeyenlere göre daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2018, s. 61,62). Ayrıca, 2019 yılında yapılan, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırmasına göre, Türkiye’de bireylerin birçoğu, sağlıkla ilgili bilgi aramak için interneti kullanmaktadır (TÜİK, 2019). Bu araştırmanın sonuçları göstermiştir ki, kadınlar erkeklere oranla internette daha fazla sağlık bilgisi aramaktadır. Bu iki geniş kapsamlı araştırmanın sonuçları, internetin Türkiye’de özellikle kadınlar için önemli bir sağlık bilgi kaynağı olduğunu göstermektedir.

Yukarıda belirtilen çalışmalara ek olarak, Görgün Baran, Koçak Kurt ve Serdar Tekeli’nin (2017) gerçekleştirdiği TÜİK’in (2016) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması’nın verilerine dayanan çalışmanın sonuçları bu makale için faydalı veriler sunmaktadır. Çalışmada 60-74 yaş arası yaşlı bireylerin yeni iletişim teknolojilerini kullanım becerileri, kullanım amaçları, araçları ve sıklıklarını araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, 60-74 yaş arasındaki yaşlı bireylerin internet kullanım amaçları, ilk olarak haber sitelerini ziyaret etme, ikinci olarak sosyal medya kullanımı ve üçüncü sırada sağlıkla ilgili bilgi almaktır (Görgün Baran vd., 2017, s. 15).

Bu makalenin, amacı, Ankara’da yaşayan altmış yaş üstü kadınların sağlık bilgi kaynağı olarak interneti kullanma deneyimlerini anlamaktır. Çalışma altmış yaş üstü kadınların diğer yaş gruplarına göre, hiç çalışmamış ya da emekli olmalarından dolayı gündelik yaşamlarını evde geçirdikleri bu nedenle gündüz kuşağındaki televizyon sağlık programlarını izleme olasılıklarının yüksek olduğunu varsaymaktadır.

Televizyon sağlık programlarını izlediği varsayılan bu yaş grubundaki kadınların bir başka sağlık bilgi kaynağı olan interneti kullanmaları anlamlıdır. Buna ek olarak, Türkiye’de 1960 yılından önce doğan bu yaş grubu yaşamları boyunca televizyonun ve internetin bir iletişim aracı olarak yaygınlaşmasına tanıklık etmiştir³. Çalışma için, Türkiye’de farklı iletişim araçlarının yaygınlaştığı dönemlere tanıklık etmek ve bu araçlara uyum sağlamak önemlidir.

Bu çalışma altmış yaş üstü kadınların hastalık ve sağlık deneyimlerini anlamaya çalışmaktadır. Joan W. Scott (2013) deneyimin zamandan ve mekândan bağımsız bir yaşam birikintisi olmadığını öne sürer. Scott’a (2013) göre deneyimi bir bilgi kaynağı olarak görebilmemiz için, hem deneyimi, hem de deneyimin öznelere tarihselleştirmemiz gerekmektedir. Ona göre, tarihsel ve toplumsal ilişkilerin içine yerleştirilen bir deneyim güçsüz olanın yaşamını anlamamızı sağlayacaktır (Scott, 2013). Scott’un izinden giderek, bu çalışmada, altmış yaş üstü kadınların internette sağlık bilgisi arama deneyimleri, meslek dışından olanlara ilişkin bilgiye ulaşmayı sağlayacaktır. Bu noktada, David Armstrong modern tıpta hastaların anlattıklarının rolünü tarihsel olarak tartıştığı çalışmasında, tıbbi yargıya etki edenin hastaların ne anlattıkları değil doktorların onlardan ne duydukları olduğunu altını çizer (Armstrong, 1984, s. 738). Bozok’un dediği gibi modern tıp pratiğinde görüntü sözün yerini almıştır ve modern tıbbın benimsediği iletişimde, hastanın sözü değersizleşmiş ve doktorlar suskunlaşmıştır (Bozok, 2020, s. 22) Bu doğrultuda, denilebilir ki modern tıp anlayışı hastanın doktora başvurmadan önce ya da tedavi aşamasında başvurduğu sağlık bilgisini görmezden gelir. Çalışma modern tıbbın meslek dışından insanlarla kurduğu iletişimde daha becerikli olabilmesi için, onların sağlık bilgi kaynağı olarak interneti kullanım deneyimlerini değerli bir başvuru kaynağı olarak ele alır.

Kuramsal olarak sağlık sosyolojisinde, meslek dışı yaklaşımdan yola çıkan çalışma, altmış yaş üstü kadınların internette sağlık bilgisi arama deneyimlerine odaklanmaktadır. Bu amaçla, öncelikle meslek

³ Türkiye Radyo Televizyon Kurumu’nun tarihçesi için bakınız: <https://www.trt.net.tr/Kurumsal/Tarihce.aspx>

dışı yaklaşım tartışılacak, ardından radyodan internete sağlık içeriğinin medyada dönüşümü ele alınacaktır. Alan araştırması bölümünde ise; Ankara’da yaşayan farklı sosyo-ekonomik statüdeki altmış yaş üstündeki kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmelere dayanan niteliksel araştırmanın sonuçları tartışılacaktır.

2. MESLEK DIŞI YAKLAŞIM

Biyolojik olan ile toplumsal olan arasında kesin bir ayrım var mıdır? Meloni’ye göre, bu iki disiplin kesin çizgilerle birbirinden ayrılamaz, çünkü artık “sosyoloji biyolojik önermelere daha da açık bir konuma gelirken, biyoloji de daha sosyal bir hal almaktadır” (Meloni, 2014, s. 594). Bu durum, tıp ve sosyoloji disiplinleri arasındaki ilişkiyi de açıklamaya yardımcı olur. Nettleton ve Gustafsson (2006, s. 3) sosyoloji ve tıbbın farklı yöntemler kullanarak, insan, beden ve toplumsal refah gibi ortak konularla ilgilendiğinin altını çizer. Turner’ın (2011, s.10) dediği gibi, geleneksel olarak tıp ve sosyoloji ilişkisi, tıpta sosyoloji (*sociology in medicine*) ve tıp sosyolojisi (*sociology of medicine*) ikilemi ile açıklanır. Buna göre tıpta sosyoloji, mesleğin amaç ve ihtiyaçlarını temel alırken, tıp sosyolojisi bir uzmanlık olarak tıba, doktorların ve hastaların rollerindeki değişimlere ve tıbbi kurumların oluşumlarına odaklanır. “Onun odağını ayrıca bir sosyolojik bürokrasi araştırma çerçevesi içinde, tıbbi organizasyonların özellikle klinik, tımarhane ve hastane gibi kurumlar bağlamında araştırılması olmuştur” (Turner, 2011, s. 10). Doktor-hasta ilişkisini anlamak ve geliştirmek, hasta memnuniyetini artırmak, hastalıkların toplumsal nedenlerini ortaya çıkarmak gibi konular tıpta sosyolojinin başlıca çalışma alanlarıdır (Nettleton ve Gustafsson, 2006, s. 11). Tıp sosyolojisi ise tıbbi bilginin otoritesine eleştirel yaklaşarak tıbbin toplumsal kontrol mekanizması oluşu gibi konuları ele alır.⁴

⁴ Ivan Illich (2011) *Sağlığın Gaspi (Medical Nemesis)* adlı çalışmasında tıp kurumunu eleştirel olarak ele alır. Tıp kurumunun insan sağlığına verdiği zararları açıklarken *sosyal iatrojenez* kavramını kullanır. Sosyal iatrojenez, sağlık kurumlarının ilaç firmalarına destek vermesi bütçenin halkın büyük çoğuna ulaşmayan tıbbi tıba aktarılması gibi müdahaleleri sonucunda toplumun sağlık koşullarının kötüye gittiğini açıklar.

Talcot Parsons’ın 1951’de ilk kez yayımlanan *The Social System* adlı çalışmasında ortaya koyduğu “hasta rolü” (sick role) kavramı ile tıp sosyolojisinde yeni bir dönem başlamıştır (Parsons, ([1951] 2005). İşlevselci yaklaşımın önemli temsilcisi olan Parsons, çalışmasında, toplumda tıp gibi bazı kurumların kapitalist olmayan bir toplum düzenini sağladığını öne sürer. Ona göre, bir doktoru iş adamından ayıran, doktorun mesleğini yerine getirirken kar amacı gütmemesidir. Bu bağlamda, hasta - doktor ilişkisinin belirli kuralları vardır. Karşılıklı güvenin esas olduğu bu ilişkide, hasta doktoruna karşı sorumludur ve iyileşmek için doktorun önerilerini yerine getirmelidir (Parsons, 2005, s. 312-313). Hastalığı toplumsal normlar dışında kalan bir tür sapma olarak tanımlayan Parsons’a göre, hasta rolünde olan bir kişi toplumsal sorumluluklardan azadedir, fakat bu sorumluluklarına yeniden dönmesi için ondan hasta rolünün gereklerini yerine getirmesi beklenir. Parsons’a göre, insanlar genellikle hasta olduklarını kabul etmezler ama çevresindekiler ona yatakta dinlenmesi gerektiği yönünde baskı uygularlar. Bu durumun ahlaki bir yönü vardır ama aynı zamanda, kişilerin hastalık numarası yapmasına karşı alınan bir önlemdir (Parsons, 2005, s. 294).

Özen’in dediği gibi, sağlık sosyolojisinin tarihine baktığımızda Parsons ile başlayan, hastanın rolüne odaklanan çalışmalardan sonra, 1970’lerde başlayan biyotıbbi egemenliğin eleştirilmesi ile ‘meslek dışı’ olan ‘sıradan’ insanların sağlık inançlarına ve deneyimlerine odaklanan çalışmalar yapılmaya başlamıştır (Özen, 2016, s. 137). Julia Lawton (2003) sağlık sosyolojisi alanındaki çalışmaların yer aldığı *Sociology of Health and Illness* dergisinde son yirmi beş yılda yayınlanan çalışmalarını incelediği derlemesinde, meslek dışından olanların sağlık ve hastalık deneyimlerine odaklanan çalışmaların artışını ortaya koymuştur. Ona göre sağlık sosyolojisi alanında Parsons’ın (2005) hasta rolü kavramıyla ilişkili “dışarıdakilerin perspektifinden” hastaların öznel deneyimleri ile ilgilenen “içeridekilerin perspektifine” doğru kavramsal bir geçiş yaşanmıştır (Lawton, 2003, s. 25).

Yukarıda belirtildiği gibi meslek dışı yaklaşıma yönelme biyotıbbi paradigmanın eleştirisi ile bağlantılıdır. Biyotıbbi paradigmanın egemenliği, tıp alanında 19. ve 20 yüzyılda yaşanan önemli gelişmelere dayandırılmaktadır. Biyotıbbi paradigmaya göre, biyokimyasal bir makine olan insan

bedenindeki belirli aksamalar sonucunda hastalık oluşur. Ayrıca bu model hastalığı, insan bedeninin içinde aradığı için zihin/beden ayrımını savunur (Turner, 2011, s. 19). Modern batı tıbbının zaferi olarak kabul edilen bu gelişmeler, bakterilerin ve mikropların bulunması, antibiyotiğin ve penisilinin keşfi, aşılama gibi koruyucu yöntemlerin kullanılması ile kitlesel ölümlere neden olan salgın hastalıkların tedavi ve korunma yollarının bulunması olarak sıralayabiliriz (Özen, 2016, s. 139).

Tıptaki gelişmeler sayesinde, ortalama yaşam süreleri uzamış, yaşlı nüfus oranı artmıştır. Bireyler yaşam boyu tedavi gerektiren uzun süreli kronik hastalıklarla yaşamlarını sürdürmek zorundadırlar. Hasta insanların yaşamları, artık kanserle yaşam, diyabetle yaşam, kalp hastalıkları ile yaşam, böbrek yetmezliği ile diyalize bağlı yaşam gibi yeni yaşam biçimleri olarak tanımlanmaya başlamıştır. Özen’in vurguladığı üzere “özellikle epidemiyolojik dönüşümle birlikte kronik hastalıklar yönünde değişen hastalık ve ölüm örüntüleri doktorları ve politika yapanları sağlığın davranışsal boyutuna itti” (Özen, 2016, s. 146).

Artık tedavinin süresi uzundur, bu nedenle hastanelerden evlere taşınan iyileşme sürecinin ön koşulu yeni bir yaşam tarzını benimsemek olarak belirlenmiştir. Bu yeni yaşam tarzı sadece ilaç tedavilerinden ibaret değildir, alternatif iyileşme çabaları, beslenme biçimleri artık gündelik hayatların içine sızmıştır. Sadece iyileşmek için değil hasta olmamak için de sağlıklı insanlar sağlıklı yaşam söyleminin hedefi halindedir.

Tüm bu gelişmeler, tıp uzmanlarının meslek dışı yaklaşımla, sıradan insanların, meslekten olmayanların, öznel sağlık ya da hastalık deneyimlerine ilişkin yapılan sosyolojik çalışmalardan faydalanmasına neden oldu. Nettleton, tıp uzmanlarının meslek dışı yaklaşım çalışmalarından faydalanmasını üç farklı yolu olduğunu öne sürer (Nettleton, 1995, s. 38-39; akt. Özen, 2016, s. 149). Bunlar: (1) Tıp uzmanları bu çalışmalar sayesinde meslekten olmayanların kavramlarını öğrenirler ve bu bilgiler doktor-hasta etkileşimini anlamaya yardımcı olur. (2) Sağlığı geliştirme programlarının etkinliği açısından insanların sağlığı koruma, hastalıkları önleme konularındaki düşüncelerini öğrenmek önemlidir. (3) Meslek

dışından insanların sağlık inançlarının anlaşılması enformel sağlık bakım bilgisini anlamaya yararlı olur (Nettleton, 1995, ss. 38-39; akt. Özen, 2016, s. 149).

Meslek dışı yaklaşım öncü çalışmalarından sayılan Herzlich’in 1960’larda Fransa’daki araştırmasına dayanan çalışması, sağlık ve hastalığa ilişkin tanımlamaların kültürel ve sosyal değişkenliğini göstermesi açısından önemlidir. Herzlich’e göre sağlık ve hastalığın sosyal tanımı yapılmak istense, toplumdaki bireylerin bu sosyal modelleri nasıl algıladıkları, nasıl deneyimledikleri, toplumsal normları, kültürel modelleri ve hastalık ve sağlığın toplumsal olarak nasıl kristalize olarak var olduğunun açıklanması gerekmektedir (Herzlich, 1973, s. 1). Paris’te yaşayan, farklı toplumsal sınıflardan 80 katılımcıyla yapılan mülakatlara dayanan çalışmadaki temel amaç, sadece hasta olanların değil, sağlıklıların da sağlığa/hastalığa ve hastalıkların nedenlerine ilişkin algı ve yaklaşımlarını anlamaktır. Çalışmanın sonuçları göstermiştir ki, hastalıkların nedenleri konusunda iki temel vurgu vardır. Biri, insanların genetik nedenlerle hasta olduğu diğeri ise; bazı yaşam tarzlarının insanları hasta ettiridir (Herzlich, 1973, s. 19). Örneğin katılımcılar, kanser hastalığına, şehir yaşamının getirdiği fiziksel ve psikolojik gerginliklerin neden olduğunu, zihinsel hastalıkların ise, modern yaşamla direkt bağlantılı olduğunu söylemişlerdir. Kalp hastalıkları için de verilen cevaplar benzerdir, katılımcılara göre, modern yaşam türlü anksiyeteleri de beraberinde getirir (Herzlich, 1973, s. 22).

Biyotıbbi paradigmaya yöneltilen eleştiriler onun hastalığı anlamak için, meslekten olmayanların sesini duymazdan geldiği ve bir makine olarak gördüğü bedene odaklandığını söyler. Meslek dışı yaklaşım ise, tıbbi bilginin üretilmesinde sıradan insanların sağlık inançlarının, hastalık ya da sağlık deneyimlerinin ne kadar önemli veriler sunduğunu öne sürmektedir.

3. RADYODAN İNTERNETE MEDYADA BİR İÇERİK OLARAK SAĞLIK

“Doğup hayata gelen herkes, biri ‘sağlıklılar’, diğeri ‘hastalar’ ülkesinde olmak üzere çifte vatandaşlığa sahiptir bu yeryüzünde” der Susan Sontag (2004, s. 3). Hastalar, hastalıkları ile yaşamaya devam ederken, başka hastalıklara yakalanmamak için de mücadele ederler; sağlıklılar da hastalar ülkesine

vatandaş olmamak için çaba harcarlar. Her iki grubun da çabası sağlıklı olmak adına. Bu nedenle denilebilir ki, medyada sağlık içeriğinin hedef kitlesi sınırları belirlenmeyecek kadar geniştir. Bu genişliğin bir diğer nedeni ise; sağlıklıların yakınlarının hastalıklarını iyileştirme adına sahip olmadıkları hastalıklara ilişkin öğrenme arzusu içinde olmalarıdır. Özellikle toplumsal olarak aile içinde bakım emeğinden sorumlu olan kadınlar, sorumluluk alanlarındaki hastaların durumları hakkında daha fazla bilgi edinmeyi görev bilirler. Evdeki çocuk, engelli, yaşlı ve hastanın bakımı kadınların omuzlarına bindirildiğinden, kadınlar bu bakımın en önemli ödevi olan iyileştirmeyi yerine getirmek için sürekli sağlık bilgisi arayışındadırlar. Kendi bedenleri ile kurdukları ilişkide, adet dönemi, hamilelik, doğum, menopoz gibi doğal yaşam evreleri de tıbbileştirilerek (Lupton, 1994) uzman yardımı almaları gereken evreler olarak tanımlandığı için, kadınlar kendileri için de ‘en doğru’ sağlık davranışını öğrenmek, bilgilerini güncellemek durumundadırlar. Bir sağlık bilgi kaynağı olarak internet ise, onlara her konuda her zaman sorularına cevap arayabilecekleri bir ortam sağlar. Üstelik bu ortam, doktor-hasta ilişkisindeki hiyerarşik yapıdan farklı olarak daha ulaşılabilir. Ayrıca radyo, gazete ve televizyon yayınlarında sadece uzmanların aktardığı bilgiler yer alırken, internette sıradan insanların da hastalık deneyimlerine ulaşmak mümkündür. İnternet, sağlık bilgisi arayışındaki kadınlara hastalık deneyimlerini paylaşma ortamı da sağlamaktadır. Bu bölümde, radyodan internete sağlığın medyada bir içerik olarak yer alışı ele anılacaktır.

Kitle iletişim araçlarının tarihsel olarak ortaya çıkışı bilgi verme amacına dayanır. Kitle iletişimde mesajın alıcısı olan radyo dinleyicisi, gazete okuyucusu, televizyon izleyicisi ya da internet kullanıcısının bu araçlarla kurduğu bağın temelinde bilgi edinmek ve merak yatmaktadır.

Medyadaki içeriklere söylem yaklaşımı ile baktığımızda, bu içeriklerin verdikleri bilginin doğruluklarına değil, bu içeriklerin oluşturdukları anlamlara ve bu anlamların ortaya çıkış sürecine odaklanmak gerekir. Söylem, anlam üretir; medyadaki içeriklerin söylemsel olarak analiz edilmesi, bu anlamlarla toplumsal gerçeklik arasındaki bağın anlaşılmasını sağlar. Foucaultcu bir bakış açısıyla,

medya içeriklerine bir söylemsel oluşum (*discursive formation*)⁵ olarak baktığımızda, bu içeriklerin öznenin oluşumunda rol oynadığını söyleyebiliriz. Bilgi-iktidar ilişkilerinin sonucunda oluşan düzenleyici söylemler, özneliği biçimlendirirler. Bu süreç, tek yönlü bir süreç değildir, öznenin de katılımıyla gerçekleşir. Çünkü Foucault için özne, bilginin temel düzenlemelerindeki bir değişikliğin sonucudur ve aynı zamanda bir tür tarihsel icattır (Foucault, 2001, s. 538-539; akt. Bozok, 2011, s. 44).

Medyadaki sağlık içeriklerini bu bağlamda ele alırsak, gazetelerde, radyo programlarında, televizyonda ya da internetteki sağlık bilgisinin sadece sağlığın geliştirilmesi için bilgi veren, meslek dışındaki insanları eğiten içerikler olmadığını söyleyebiliriz. Tarihsel olarak, geleneksel medyadaki ya da yeni medyadaki sağlık içeriklerine baktığımızda, onların söylemler aracılığıyla özneleri dönüştürdüğünü söylememiz mümkündür. Özellikle son dönemde, medya içeriklerinde sıklıkla karşılaşılan ‘sağlıklı yaşam söylemi’ bu durumu açıkça yansıtmaktadır. Sağlıklı yaşam söylemi, yeni bir yaşam şeklini tanımlar, bu tanımın sınırları öznenin de dâhil olduğu bir bilgi- iktidar ilişkisiyle çizilir. Sağlıklı yaşam biçiminde neyin doğru neyin yanlış olduğu ideal sağlıklı yaşamın hangi davranışları dışladığı tanımlanır. Özne bu yolla gündelik yaşamını sağlıklı yaşama dönüştürmek için yapması gerekenleri ve yapmaması gerekenleri öğrenir. Sağlıklı yaşam söyleminin özne ile kurduğu ilişkiyi Bozok (2011, s. 45) şu şekilde açıklar:

Söylem bedenini farklı birleşenlerinden sayısal ifadede karşılık bulan göstergelerinden tıbbi terimlere dönüştürülmüş süreçlerinden ve parçalarından söz eder. Söylem bedenimize iyi bakmamızı, onu kaliteli beslememizi, yaşlandırmamızı, sakatlamamızı asla hastalandırmamamızı (mümkünse eğer) hiç öldürmememiz gerektiğini öğütler. Ama bunu nasıl yapılacağının ayrıntılarını verirken bedeninizi kontrol ediniz yoksa hastalanır ölürsünüz demez. Bu doğrudanlığın yerine “son iki yüzyılda bedeni içinde yaşadığı çevreye ve sahibine bağımlı

⁵ Michel Foucault’un söylem ile ilgili yaklaşımını anlamak için bakınız: Foucault, M. (1972) *Archeology of knowledge and the discourse on language*. New York: Pantheon Books.

kılan bir organizma durumuna getiren tıbbi tasarımdan” (Faure, 2011, s. 15) beslenen bir dille konuşur (Bozok, 2011, s. 45).

Bu bağlamda, medyadaki sağlık içeriklerinin (gazetede ki sağlık köşelerinin, televizyonda konuk olan bir doktorun önerilerinin ya da internetteki bir sağlık sitesindeki hastalığa dair verdiği bilgilerin) söylemsel olarak üretildikleri dönemin egemen tıbbi tasarımdan beslendiğini söyleyebiliriz. Medya, söylemler aracılığıyla neyin sağlıklı neyin sağlıklı olmadığını söyleyerek bir tür sağlık tanımı yapar; bu tanım toplumsal olarak sağlık ve hastalık ayrımının sınırlarını belirlerken ideal olan sağlıklı özneye ilişkin bir tür kimlik oluşumuna da yol açar.

Medyadaki sağlık içeriklerini söylemsel olarak anlamaya çalışmak, sağlık alanında toplumsal olarak inşa edilen anlamları ve bu anlamların üretilme süreçlerini anlamak için önemli bir bakış açısı sunar. Sağlıklı hayat, mutlu ve ulaşılması gereken hayat olarak tanımlandığında sağlık, arzu edilen bir hedef haline gelir. Medya söylemleri bu hedefin nasıl olması gerektiğini sürekli tanımlarken, hedefe ulaşılacak noktayı asla net olarak bildirmezler; bu nedenle modern insanın sağlıklı yaşam hedefine ulaşma yönündeki yolculuğu hiç bitmez.

Sağlık, tarihsel olarak bakıldığında geleneksel medyadan yeni medyaya geçişle kitle iletişim araçları için bir içerik olarak hep vazgeçilmez olmuştur. Bugün sağlık, medya için sadece bir içerik değil bir tür olarak da karşımıza çıkmaktadır. Televizyonlardaki sağlık programları, tematik sağlık kanalları, popüler sağlık dergileri ya da internetteki sağlık siteleri ve sağlık temalı video kanalları bu duruma örnek olarak gösterilebilir.

Türkiye’de medyadaki sağlık içeriklerini konu alan çalışmalar bu içeriklere dair önemli noktalara dikkat çekmektedir. Örneğin, Koçak ve Bulduklu (2010) yaşlıların televizyonda sağlık programlarını izleme motivasyonlarını ele aldıkları çalışmalarında bu programların yaşlılarca bilgi alma amaçlı izlendiğini saptamıştır. Yüksel, Ögüt ve Kaya (2012) çalışmalarında, 2009 yılında, RTÜK İletişim Merkezi hattına yapılan sağlık konulu bildirimlerin çoğunluğunun şikâyet ve eleştiri niteliğinde olduğunu belirtmişlerdir.

Ayrıca çalışma, bu şikâyetlerin içeriklerinde tıp doktoru olmayanların görüş bildirmeleri, ürün reklamı yapılması, sigara yasağının çiğnenmesi, hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanlarının rencide edilmesi gibi içerikler olduğunu ortaya koymuştur (Yüksel vd., 2012). Sezgin’in (2011) Hürriyet gazetesindeki ve eklerindeki sağlık konulu haber ve köşe yazılarını incelendiği çalışması bu içeriklerin “gündelik yaşamın tıbbileşmesi” ve sağlık konusunun “bireyselleştirilmesi” yönünde rol oynadığını göstermektedir. Ayrıca bu çalışmada, sağlık alanı ile kozmetik alanı arasındaki sınırın da muğlaklaştığının altı çizilmiştir (Sezgin, 2011). Şahin Kaya’nın (2011) yaptığı “*Televizyonda Kadın, Sağlık ve Hastalık*” başlıklı çalışması “sağlığın kadınsallaştırılması” ve “sağlığa dair endişelerin kadınsallaştırılmaları” süreçlerinde medyada üretilen sağlık içeriklerinin rolünü ortaya koymaktadır. Televizyonda yayınlanan sağlık programlarının söylemsel analizini yapan Atabek, Atabek ve Bilge (2013a) farklı ideolojik konumdaki kanallarda yayınlanan programlardaki söylemsel benzerliğe dikkat çekmişlerdir. Kanal D’de yayınlanan Doktorum ve Kanal 7’de yayınlanan Feridun Kunak Show programlarını inceleyen çalışmanın sonucunda bu programların söylemlerindeki temel özelliğin, tıp alanına ilişkin bilginin magazinsel bir düzeyde sunulması (ticari kaygılarla) bilimsel olmayan birçok içeriğin üretildiğidir. Aynı araştırmacıların yaptığı bir diğer çalışmada da, 1970-2010 yılları arasındaki Hürriyet gazetesindeki sağlık haberleri analiz edilmiştir. Çalışmanın bulguları, analiz edilen döneme ait sağlıkta yaşanan dönüşümün haber içeriklerine yansımalarını göstermiştir. Analiz edilen dönem boyunca sağlık haberlerinde artış gözlemlenmiş ve bu haberlerin magazinselleşerek daha çok güzellik, estetik ve kozmetik gibi konuları ele aldığı saptanmıştır (Atabek vd., 2013b). İnceoğlu, Özçetin, Gökmen Tol ve Alkurt’un (2015) sağlık kanaat önderlerinin sosyal medya söylemlerini analiz ettiği çalışması, bu söylemlerin ortak stratejilerini ortaya koymuştur. Çalışmanın bulguları sağlık kanaat önderlerinin sosyal medyada ürettikleri söylemlerin sağlığı ve yaşamı tıbbileştirdiğini, sağlığı bireyselleştirdiğini ve metalaştırdığını göstermektedir (İnceoğlu vd., 2015).

Türkiye’de radyo yayıncılığının ilk başladığı yıllardan itibaren yayınlarda sağlıkla ilgili programlara yer verilmekteydi. Örneğin 1934 yılında Ankara Radyosunda, Doktor Konuşuyor, Dişçinin Saati gibi

programlar yer almaktaydı. 1940 yılındaki Evin Saati adlı radyo programının metin yazarı aynı zamanda gazetede de yazıları yayınlanan Dr. Galip Ataç’tı; Sağlık Saati adlı programda Dr. Behçet Komay’ın konuşmaları yer alıyordu. Daha sonraki yıllarda Günün Sağlığı gibi programlar radyoda yayınlanmaya devam etti (Kocabaşoğlu, 1980).⁶ Televizyondaki sağlık programları ise TRT döneminde daha çok kadınlara yönelik, çocuk bakımı ve hamilelik gibi dönemlere ilişkin bilgilendirici programlardı. TRT, kamusal yayıncılık sorumlulukları gereği sağlığın geliştirilmesi için eğitici programlar hazırlıyordu. Örneğin 1981 yılında TRT’de yayınlanan Necmetin Erkan’dan Sağlık Yaşam ve Spor programı⁷ sağlıklı yaşam ve spor ile ilgili uzman görüşlerinin aktarıldığı bir programdır. 1990’lı yılların sonlarından itibaren Türkiye’de özellikle gündüz kuşağındaki kadın programlarında bir içerik olarak sağlığa sıklıkla yer vermeye başlandı. Bu programlarda konuk olan doktorlar sunucu ya da seyircilerden gelen soruları yanıtlarak sağlıklı yaşamın ipuçlarını izleyenlere aktardılar. Televizyonlardaki kadın programlarındaki sağlık içerikleri zamanla bir program türü olarak izleyicilere sunuldu. Amerika’da Dr. Öz Show ile başlayan sağlık programı formatı Türkiye’deki televizyon kanallarında da yer bularak Doktorum, Feridun Kunak Show, Canım Doktor gibi doktorların sunucu olduğu birçok sağlık programı üretildi (Atabek vd., 2013a).

1990’lı yıllarda internetin sağladığı yeni dijital teknolojiler sayesinde hayatımıza yeni medya girdi. Yeni medyanın geleneksel medyadan en temel farkı, etkileşimsellik özelliğidir. Bu özellik, iletişim sürecine iletişim uzamında karşılıklılık veya çok katmanlı iletişim olanağını kazandırmıştır. Ayrıca, yeni medyadaki iletişim sürecinin iletişimin zamanında eş anlı olma derecesi de diğer medyalardan farklıdır (Binark, 2007, s. 21). Bu noktada artık kullanıcılar yeni medya ortamında kendi içeriklerini üretebilmekte, diğer içeriklere dair geribildirimlerini kolaylıkla iletebilmektedir. İnternette sağlıkla ilgili

⁶ Türkiye’de Radyo Yayıncılığı tarihi üzerine, Uygur Kocabaşoğlu’nun (1980) Şirket Telsizinden Devlet Radyosuna, TRT Öncesi Dönemde Radyonun Tarihsel Gelişimi ve Türk Siyasal Hayatı İçindeki Yeri başlıklı çalışması sunduğu kapsamlı veriler nedeniyle bu alanda çok faydalı bir kaynaktır.

⁷ Bu veriye. www.trtarsiv.com adresindeki TRT internet arşivinde yapılan araştırma sonucunda ulaşılmıştır.

içeriklere tarihsel olarak baktığımızda ilk olarak sağlık konulu epostalar, internetteki sağlık siteleri, internet gazetelerindeki sağlık köşeleri, arama motorları aracılığıyla sağlanan sağlık bilgileri, sağlık ya da hastalıkla ilgili forumlar, hastanelerin kurumsal internet sayfaları ya da doktorların kişisel internet sayfaları akla gelmektedir. Daha sonra, sosyal medyanın yaygınlaşmasıyla, bir içerik olarak sağlık, Facebook ve Twitter’daki sağlık ile ilgili paylaşımlarda, sağlık bilgisi paylaşımı amaçlı kurulan gruplarda ve son dönemde sosyal medyada ve video paylaşım sitelerinde sağlık kanaat önderlerinin paylaşımları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yeni alanda, meslek dışından olanlar, hastalık deneyimlerini paylaşarak bu deneyimlerden bilgi edinmektedirler. Özen’in (2016) dediği gibi:

Günümüzde bilgiye erişimin çok kolay olduğu, tedavi ve bakımın merkezsizleştiğini ve evde bakımın özellikle enformel ve öz-bakımın yaygınlaştığı bir dönemdeyiz. İnsanlar artık semptomlarını internet arama motorlarına yazarak kendi kendine hastalık teşhisi koyabilmekte, bazen hiç doktora gitmeden eczaneden ilaç alabilmektedir (Özen, 2016, s. 166).

Bu durum internette edinilen sağlık bilgisinin sağlık davranışına dönüşüm sürecini ve bu sürecin etkilerini açıkça ortaya koymaktadır. İnternetin bir sağlık bilgi kaynağı olması resmi ve güvenilir kaynaktan alınan bilgilerle, doğru doktora başvurma, yanlış bilinen tıbbi bilginin doğrusunun öğrenilmesi gibi yararlar sağlayabileceği gibi güvenilir olmayan kaynaklardan elde edilen bilgiler, bireylerin hastalık endişesini artırarak yanlış kararlar almalarına yol açabilmektedir (Yılmaz, 2013, s. 96). Ayrıca bireylerin doktora gitmeden önce yaşadıkları sağlık problemleriyle ilgili internette araştırma yapmaları doktor – hasta iletişimini olumsuz etkileyebilmektedir.⁸ Bu nedenle internetteki sağlık içerikleri üretim aşamasından, toplumsal etkilerine kadar birçok yönüyle tartışılmaktadır.

⁸ Hastalığın doğru teşhis edilmesi etkili tedavi yönteminin belirlenmesi ve tedavinin takibi için doktor- hasta arasındaki iletişim çok önemlidir. Yazarın 2018 yılında Ankara’da aile hekimliği yapan bir doktor ile olan enformel görüşmesi sırasında, doktor bazı hastaların kendisine müracaat etmeden evde internette araştırma yaparak teşhisi koyduğunu, bu nedenle teşhis ve tedavi konusunda bu hastaları ikna etmek için çaba harcadığını belirtmiştir. Görüşme sırasında doktor, bazı hastalarının internette öğrenip uyguladığı tedavileri anlatıp kendisinden onay almak istediğini de belirtmiştir.

4. YÖNTEM

Bu makalede kullanılan verilerin bir kısmı, yazarın doktora tezi için Aralık 2017 – Mart 2018 tarihleri arasında Ankara’da gerçekleştirdiği derinlemesine mülakatlara dayanmaktadır. Çalışmanın örneklem grubu altmış yaş üstü kadınlar olarak belirlendiği için doktora tezinin örneklem grubundaki altmış yaş üstü kadınlarla yapılan görüşmelerden veriler alınmış, bu verilere ek olarak, 2019 yılı eylül ayında yedi yeni görüşme gerçekleştirilmiştir. Ankara’da yaşayan altmış yaş üstü kadınların sağlık bilgi kaynağı olarak internet kullanım pratiklerini anlamayı amaçlayan bu çalışmada, niteliksel yöntem kullanılmıştır. Araştırmada niteliksel yöntemin seçilmesinin nedeni, bireylerin sağlık bilgi arayışlarında internetin bir bilgi kaynağı olarak kullanım deneyimlerini ve internetin sağladığı sağlık bilgisi ile alımlayıcı arasındaki ilişkiyi anlamaktır. Niteliksel yöntem sayesinde kadınların sağlık bilgisi arayışlarında interneti nasıl kullandıkları, internetteki sağlık bilgilerin sağlık davranışlarına etkisi ve internetteki sağlık bilgilerini güvenilir bulup bulmadıklarını anlamak mümkün olmaktadır.

Derinlemesine mülakatlar için hazırlanan açık uçlu soruların başlıkları şu şekildedir:

- Sağlık Durumu
- Sağlık / Hastalık Tanımı
- İnternet Kullanım
- Sağlık Bilgisi için İnternet Kullanımı
- İnternette Sağlık Bilgisi ile Kurulan Güven İlişkisi
- İnternetteki Sağlık Bilgisinin Sağlık Davranışına Etkisi

Bu çalışmada sağlık bilgisi olarak internet kullanımı, arama motoru aracılığıyla sağlıkla ilgili internet sitelerinden bilgi edinme, sosyal medya hesaplarındaki paylaşımlardan sağlık bilgisi edinme, sağlıkla ilgili forumları okumak ya da sağlık konulu kişiye gönderilen mesaj ya da elektronik postalardan bilgi edinmek olarak tanımlanmaktadır.

Alan araştırmasına başlamadan önce soruların hazırlanması için sağlık sosyolojisi alanında yapılan ‘meslek dışı’ yaklaşıma dayanan çalışmaların soruları incelenmiş, bu doğrultuda katılımcıların sağlık

algıları anlayabilmek için öncelikle sağlık ve hastalık tanımlarını öğrenmenin faydalı olacağına karar verilmiştir. Hazırlanan yarı yapılandırılmış mülakatın açık uçlu soruları ile katılımcıların, kendi yaşam deneyimlerini ve internetteki sağlık bilgisi hakkındaki görüşlerini ifade etmelerine olanak sağlanmıştır.

Örneklem grubunun bir kısmı kartopu örneklem yöntemiyle seçilmiş, bir kısmı ise özellikleri dâhilinde ulaşılabilen kişiler olmuştur. Örneklem grubundaki görüşmeciler şehir merkezlerinde yaşayan altmış yaşın üzerindeki farklı eğitim seviyesindeki on iki kadındır. Çalışma kapsamında, altmış yaş üstü kadınların yaşamları boyunca Türkiye’deki iletişim araçlarının dönüşümüne tanıklık ederek bu yeni araçlara adapte olması ve diğer yaş grubundaki kadınlarla karşılaştırıldığında televizyondaki gündüz kuşağındaki sağlık programlarının yayın zamanlarında evde olmaları onların internette sağlık bilgisi arama deneyimlerini daha anlamlı kılmaktadır.

Alan araştırması kapsamında yapılan görüşmeler yaklaşık otuz dakika sürmüştür. Görüşmeler önce ses kaydına alınıp daha sonra çözümlemeleri yapılmıştır; bazı görüşmelerde doğrudan not alınarak, yazılı olarak kayıt alınmıştır. Veri analiz sürecine gelindiğinde, herhangi bir bilgisayar programı kullanılmamıştır. Öncelikle çözümleme metinleri okunmuş, ardından sorulara verilen cevaplar belirli kategoriler altında toplanarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmanın kısıtlılıklarından bahsetmek gerekirse: çalışma, şehir merkezinde yaşayan kadınların interneti sağlık bilgi kaynağı olarak kullanım deneyimlerine odaklanmıştır ve kırsal yaşamda yaşayan kadınların bu konudaki deneyimlerini kapsamamaktadır. Bu çalışmada örneklem grup seçilirken hane halkı ortalama geliri bir değişken olarak seçilmediği için, maddi zorluklar nedeniyle internet erişimi olmayan kadınların deneyimlerini aktarmak bu çalışmada mümkün olmamıştır.

5. ANKARA’DA YAŞAYAN ALTMİŞ YAŞ ÜSTÜ KADINLARIN SAĞLIK BİLGİ KAYNAĞI OLARAK İNTERNETİ KULLANIM DENEYİMLERİ

Bu bölümde, Ankara’da yaşayan farklı sosyo-ekonomik statüdeki altmış yaş üstü kadınların sağlık bilgi kaynağı olarak interneti kullanım deneyimleri, derinlemesine görüşmelere verdikleri cevaplardan yola

çıkarak analiz edilecektir. Görüşmecilerin verdikleri cevaplar, sağlık tanımı, internet kullanımı ve internetteki sağlık bilgisi ile kurdukları ilişki (güvenilirlik ve sağlık davranışına etki) başlıkları altında değerlendirilecektir.

5.1. Sağlık Tanımı

Görüşmecilerin birçoğu, sağlığın tanımını yaparken sağlığı gündelik hayatlarını sürdürebilmek için bir araç olarak gördüklerini vurgulamışlardır. Birçok görüşmecinin sağlığı tanımlarken “elim ayağımın tutması” ve “gündelik hayatımı sürdürebilmek” gibi cevapları vermesi, onların sağlığı hayatlarını sürdürme ve sorumluluklarını yerine getirmekte bir araç olarak gördüğünü göstermektedir.

Görüşmeciler, sağlık tanımını yaparken ilgili soruya fiziksel sağlıktan bahsederek cevap vermiştir. Görüşmecilerden sadece biri ruhsal sağlıktan söz etmiştir. Diğer bütün görüşmecilerin sağlık tanımlarındaki ortak nokta gündelik işlerini yapabilmek için fiziksel güçlerinin yerinde olması durumuna yaptıkları vurgudur. Örneğin, görüşmecilerden Menekşe⁹ geçmişte ağır bir ameliyat geçirmiş ve uzun süre hastanede ve evde yatmıştır. Yaşadığı bu hastalık deneyimi nedeniyle, Menekşe sağlığın tanımını şu şekilde yapar:

“Sağlıklı olmak demek, elin ayağın tutması demek. Uzun süre yatmak başkasına muhtaç olmak çok zor. Ben uzun süre yattım, Allah bir daha yaşatmasın, kalkıp bir şey alamamak, kendi ihtiyacını görememek o kadar zor ki... Elin ayağın tutarsa sağlıklısın” (Menekşe).

Gül ise, sağlığın tanımını yaparken sağlıklı olmakla mutlu olmak arasında bir bağ kurmuştur. Ona göre sağlıklı olmak fiziksel olarak dinç olmakla eş değerdir. Sağlık hayatın temelindedir. Menekşe gibi Gül de geçmişte yaşadığı hastalık deneyimlerinin etkisinde kaldığını belirtmiş, sağlığın değerini anladığını vurgulamıştır. Gül için kendi sağlığının bozulması evdeki diğer bireylerin de hayatlarını kötü etkilemektedir. Burada kadınların kendi sağlıkları hakkında düşüncelerini belirtirken, kendi

⁹ Görüşmecilerin kimlik bilgilerinin mahremiyetinin korunması için her bir görüşmeciye yazar tarafından farklı isim verilmiştir.

sağlıklarının aile içindeki diğer bireylere olan etkisini düşündükleri anlaşılmaktadır. Kadının aile içindeki sağlığı, sadece kendi bedenine ait bir kavram değildir. Kadınların toplumsal olarak aile içindeki sorumlulukları sağlık tanımı yaparken de gün yüzüne çıkmaktadır. Gül’ün cevapları bu duruma örnektir.

“Sağlık, bir insanın hayatı rahat geçirmesi, dinç olması; ondan sonra sağlık olunca herkes huzur oluyor... Sağlığın yerinde mi her şey yoluna girer. Hayat güzeldir. Ama sağlığın bozuk oldu mu iç bir şey yapamıyorsun. Çünkü kafan devamlı ona takılıp kalıyor acaba iyileşecek miyim? O zaman moralin bozuluyor. Evdekilerin hayatlarını da kötü etkiliyorsun. Onlar da üzülüyor. Onun önce sağlığın için önce kendi korumam lazım. Kendime bakmam lazım. Benim için sağlık her şeyden önemli” (Gül).

Derinlemesine görüşmeler sırasında, katılımcıların sağlık tanımlarını anlamak için hastalığı nasıl tanımladıkları da sorulmuştur. Görüşmecilerin birçoğu için, hastalık durumu, bireyin yeterince kendine bakmaması durumunda ortaya çıkmaktadır. Örneğin görüşmecilerden Müge’ye “Hastalık sizce nedir? Nasıl tanımlarsınız?” diye sorulduğunda: “Sağlıksızlık yani şey ne bileyim işte zamanında önlem almamak. Zamanında gereken önlem almamak diye düşünüyorum” diyerek cevap vermiştir. Yine ona göre, insanların sürekli hasta olmaları onların düşüncelerini kontrol edememeleriyle ilgilidir. “Bazı insanlar olumsuz düşünceler ile hastalıklarını çağırıyor. Böyle yani ailesinden ya şeyden dolayı böyle işte ne olursak ya hasta olursak diyen çok insan vardır” diyen Müge’nin sağlık ve hastalık tanımlamasından onun sağlığı bireyin sorumluluğunda bir konu olarak gördüğü anlaşılmaktadır. Öyle ki, hastalık endişesine kapılan insanlar bu düşüncelerle hastalığı kendileri çağırılmaktadır.

Görüşmecilerden çok azı için, sağlık, genetik olarak aileden gelen bir mirastır. Örneğin Pelin için, sağlık bir tür şanstır ve bazı insanlar aileden gelen bu şans nedeniyle sağlıklıyken bazı insanları hastalık bulur. Pelin’e çevresinde ya da ailesinde sürekli sağlıklı olan birini düşünmesini ve bu kişinin neden böyle olduğu açıklaması istendiğinde, genetik olarak bazı insanların daha şanslı olduğu ve ne yaparlarsa yapsınlar onlara bir şey olmadığına inandığını belirtmiştir.

5.2. Sağlık Bilgi Kaynağı Olarak İnternet Kullanımı

Görüşmecilerin internet kullanıcılığını tanımlamak için, evlerinde, cep telefonlarında internet bağlantısının olup olmadığı ve sosyal medya hesapları sorulmuştur. Görüşme yapılan kadınların çoğunun internete erişimi vardır. Sadece birkaçının telefonunda internet yoktur fakat evlerinde erişim olanağı vardır. Görüşmecilerinin çoğu aktif olarak sosyal medyayı kullanmaktadır. Özellikle Facebook ve Instagram platformlarında görüşmecilerinin çoğunun hesabı bulunmaktadır. Sadece iki görüşmeci çok sık internete girmediklerini, bu nedenle aktif olarak sosyal medya hesaplarını kullanmadıklarını söylemiştir. Fakat bu görüşmecilerden biri, görüşme sırasında WhatsApp uygulamasından gelen bir paylaşımından aldığı sağlık bilgisinden bahsetmiştir.

Görüşmecilerin birçoğu doktora danışmadan önce belirtilerinin hangi hastalığa ait olduğunu öğrenmek için internette arama motorlarını kullandıklarını belirtmiştir. Örneğin Yasemin yaşadığı bir ağrıyı arama motoruna girerek bu ağrının hangi hastalıktan olabileceğini araştırdığını ve daha sonra doktora gittiğini açıklamıştır. Yasemin’e benzer olarak Mine de yaşadığı bazı belirtiler ile ilgili bilgiyi internette araştırdığını anlatmıştır.

“Mesela halsizlik yaşadım, neden olabileceğini Google’a yazarım. Doktora gitmeden önce merak ederim, orada herhangi bir vitamin eksikliği mi yoksa susuz kaldığım için mi bir şey mi dokundu gibi bilgileri okurum, eğer bana mantıklı gelirse o nedeni çözmek için yeniden bir araştırma yaparım, ne yaparsam bu durum geçer diye. Öyle öyle, o konudan bu konuya uzun süre okurum internetten” (Mine).

Diğer görüşmecilerden farklı olarak, Pelin doktora gitmeden önce internetten sağlıkla ilgili herhangi bir bilgiye bakmadığını ifade etmiştir. Çünkü ona göre internetteki bilgiler insanları korkutmaktadır. Pelin’in cevabı şu şekildedir:

“İnternete doktora gitmeden önce de sonra da bakmam; orada kendi hastalığımla ilgili yalan yanlış bir şey okurum, sonra korkarım doktor şunu yapsın derse yaptırım. Mesela ben

kemiğimle ilgili bir operasyon gibi bir şey oldum; iyi ki hiçbir yere bakmamışım, araştırmamışım, bilsem korkar yaptırılmazdım. İnsanlar yazıyor yok şöyle acıdı yok böyle ağrım var diye, korkarsın okursan” (Pelin).

Gül ise kalp krizi geçirdiğini hissedip internette araştırdığını, daha sonra doktora gittiğini ve okuduklarının doğru çıktığını ifade etmiştir. Ona göre internette yaptığı araştırma sonucu yaptıkları onu büyük bir kalp krizi geçirmekten kurtarmıştır.

“Şöyle, o gün yemek yedik. Şuraya bir ağrı oturdu. Yani iki göğsümün arasında bir ayrı yer sızısı olur da inmez ya, aşağıya tıkar. Ben onu bastırdım bastırdım, sabahın dördü, sonra interneti açtım. İnternette bir kalp rahatsızlıklarına baktım. O an bu iki göğsümde bir tıkanma, nefes alma; fakat orada söylenenlerin aynısını yaptım. Belki büyük krizden oldum. İşte ayağımı kaldır, öksür, camı aç, nefes al gibi; sabahın dördünden sonra gittim... Sonra bu kalp krizi geçiriyor diye apar topar stent” (Gül).

Bazı görüşmeciler ise sadece kendi belirtileri ya da hastalıkları ile ilgili değil, ailesindeki diğer bireylerin hastalıkları ile ilgili de internete girip ne yapması gerektiğine dair araştırma yaptığını belirtmiştir. Bu durum aile içinde bakım emeğinden sorumlu olan kadınların, bu sorumluluk nedeniyle diğer bireylerin sağlıkları ile ilgili bilgi edinmeyi de kendi sorumlulukları olarak gördüklerini göstermiştir. Mine’nin söyledikleri bu durumu açıklamaktadır:

“Bazen torunlarımın bir hastalığı olunca da hemen bakarım; mesela eşimle ilgili de internette araştırma yaptığım olmuştur. Geçenlerde şeker ölçümü yaptırdı, sınırda çıktı. Ben de besinlerle ne yapsak şekeri yükselmez diye internetten baktım, keten tohumu diye okudum, daha önce televizyonda da duymuştum şimdi kullanıyorum yemeklerde, çorbaların üzerine serpiyorum” (Mine).

Görüşmecilerin çoğu yaşadıkları belirtilerin kaynağını merak edip internette araştırma yapmaktadır. Sadece Gonca internette sağlıkla ilgili araştırmayı kendinin değil kızının yaptığını, kızının bu konulara

çok meraklı olduğunu belirtmiştir. Bu durum internet kullanımı ile sağlık bilgisinin nesilden nesile aktarımında yaşanan yön değişimini gösterir. Anneden çocuğa aktarılan sağlık bilgisi, internetle birlikte çocuktan anneye aktarılmaya başlamıştır.

5.3. İnternetteki Sağlık Bilgisi ile Kurulan İlişki

Bu kategoride görüşmecilerin internetteki sağlık bilgisi ile kurdukları ilişki ele alınacaktır. İnternetteki sağlık bilgisi ve örneklem grubundaki kadınlar arasındaki bağı açıklamak için ilişki sözcüğü kullanılmıştır. Çünkü görüşmecilerin verdikleri cevaplardan, onların yeni medyada aktif kullanıcı rolü oynamadıkları ve sağlıkla ilgili deneyim ya da bilgilerini herhangi bir internet alanında paylaşmadıkları anlaşılmıştır. Bu nedenle internetteki sağlık bilgisi ile görüşmeciler arasında karşılıklı bir etkileşim yoktur. Görüşmeciler, yeni medyanın sağlığı iki yönlü iletişimdeki kullanıcıya sunulan içerik oluşturma olanağını kullanmayı tercih etmemektedirler. Görüşmeci kadınlar geleneksel medyadaki iletişim modelinin devamını sağlayarak internetteki sağlık bilgilerini pasif olarak alımlamaktadırlar. Bu noktada alan çalışmasında görüşmecilerin internetteki sağlık bilgisiyle kurdukları ilişki iki açıdan ele alınacaktır. İlk olarak, “bu bilgileri güvenilir buluyorlar mı?”, bir başka deyişle “bu ilişki güvene dayalı bir ilişki midir?”; ikinci olarak da “internetteki sağlık bilgileri görüşmecilerin sağlık davranışlarına etki ediyor mu?” sorularına cevap aranacaktır.

Görüşmecilerin birçoğu internette sağlıkla ilgi birçok bilginin yanlış olabileceğini düşünüyorlar. Örneğin Mine, “bazen öyle şeyler yazıyorlar ki onlara inansın kesin çok hastasın!” demiştir. İnternetteki yanlış olduklarını düşündükleri sağlık bilgilerine karşı görüşmeciler bazı stratejiler geliştirmiştir. Örneğin; herhangi bir sağlık bilgisini internetten okuduklarında sadece bir kaynağa bağlı kalmadıklarını, mutlaka birçok kaynaktan bakıp araştırdıklarını belirtmişlerdir. Bazı görüşmeciler ise internetteki sağlık bilgilerini kendi bilgileri ile değerlendirdiklerini, eğer mantıklı gelirse inandıklarını söylemişlerdir. Görüşmeciler kaynak araştırması yaparken o bilginin nerede yazıldığına bakmamaktadırlar. Fakat onlar için, bazı önemli sağlık kanaat önderleri vardır. Bu kanaat önderleri genellikle onların televizyonda

izledikleri doktorlardır ve bu doktorların söylediği sözleri internette görürlerse inandıklarını belirtmişlerdir.

Örneğin Lale, internete sağlık bilgisi için fazla girmediğini, bir tek Canan Karatay’ın internet sitesine baktığını belirtmiştir.

“Sadece bir tek Canan Karatay’ın sitesin, kendisini değil de sağlıklı yaşıyoruz, bir o var. Başka yok. Onun sitesinden öğrendim. En azından yani şekersiz yaşamayı öğreniyorsun. Beslenmenin bugüne kadar yanlış olduğunu öğreniyorsun. Ben inanıyorum Canan hanımın söylediklerine; mesela senelerdir insanlara kırmızı et yemeyin, yağ yemeyin, yumurta yemeyin. Yani zaten ben bunların, yani insanları deli ettiler bir şey yemez oldular. Rejim yapacaksın zayıflayacaksın sıfır yağ, sıfır şeker, sıfır tuz hale getirdiler” (Lale).

Müge, ise ailedekilerin sıkıntıları ile ilgili internete girdiğini ama sadece doktorların yazdığı şeyleri dikkate aldığını şu şekilde belirtmiştir: “Doktor açıklamalarına bakarım. Öyle sohbet diyalog falan pek bakmam. Yazıyor işte bunu kullandım falan, ben bunlara inanmıyorum. Çok fazla onları kaile almıyorum” demiştir.

5.4. Bulguların Değerlendirilmesi

Görüşmecilerin cevaplarına genel olarak bakıldığında, görüşmecilerin en güvendikleri bilgi kaynağı doktorlardır. Tıbbın onların sağlık bilgilerinde en güvenilir kaynak olduğu anlaşılmıştır. Örneğin, birçok kullanıcı internette okudukları güvenilir buldukları bilgileri bile yine doktora danıştıklarından bahsetmiştir. Ayrıca görüşmecilerin hastalıklarla ilgili “doktorluk hastalık - doktorluk olmayan hastalık” gibi bir ayrım yaptıkları anlaşılmaktadır. Kısa süren ağrılar, soğuk algınlığı gibi hastalıkları evde doktora gitmeden tedavi etmeyi düşündükleri için internetten tedavi yöntemlerini araştırmaktadırlar. Diğer bir tarafta, daha önemli gördükleri hastalıklar için mutlaka doktora gitmektedirler. Doktora gitmeden önce araştırma yapan görüşmeciler, belirtileri araştırdıklarını, ama doktoru ya da hastaneyi araştırmak için fazla bir araştırma yapmadıklarını belirtmişlerdir. Genellikle ameliyat olacaklarsa o doktoru araştırıp

bulduklarını, buldukları doktoru da yine internette araştırdıklarını söylemişlerdir. Örneğin Fulya, alanında uzman olan doktorlara gittiğini, bu isimleri başkalarından duysa da yine internette araştırdığını belirtmiştir.

Bunlara ek olarak bazı görüşmeciler, doktorun verdiği ilacı kullanıp, daha sonra bir yan etki hissettiğinde internette bu ilacı araştırdıklarını söylediler. Yasemin’in yaşadığı deneyim de bu durumu yansıtır. Yasemin doktorun verdiği iki ilacı birlikte kullandıktan sonra mide sıkıntısı yaşamış, internette yaptığı araştırmada iki ilacın etkileşime girdiğini öğrenmiş ve ilacı bırakıp ertesi günü doktora gitmiştir.

Görüşmecilerin internetteki sağlık bilgileri ile kurdukları ilişkinin ikinci boyutu bu bilgilerin onların sağlık davranışlarına etkisidir. Görüşmecilere internette öğrendikleri ve uyguladıkları bilgiler sorulmuştur. Bu noktada görüşmecilerin genellikle beslenme alışkanlıkları ile ilgili bilgileri uygulamaktan çekinmedikleri anlaşılmıştır. Zaten tükettikleri gıdaları hastalıkları için de tüketmelerinde bir zarar olmadığına inanmaktadırlar. Örneğin obezite ameliyatı olduğunu belirten Mine, internetten obezite ameliyatı olanların grubuna girdiğini, onların nasıl beslendiklerine dair bilgi edinerek uyguladığını söylemiştir. Yine Fulya, internetten mide ekşimesine tahinin iyi geleceğini okumuş, daha sonra uygulamış ve rahatsızlığı geçmiştir. Gül ise, ishal olduğunda nar ekşisi içtiğini, bunu önce internetten sonra da başka kaynaklardan duyduğunu ve uygulayıp memnun olduğunu söylemiştir. Müge bir sosyal medya paylaşımında öksürüğe iyi gelen bir karışım gördüğünü, o sırada torunu çok öksürdüğü için hemen not alıp onu uyguladığını anlatmıştır. Yine bir başka görüşmeci ise eşinin sindirim problemleri için sosyal medyadaki paylaşımında gördüğü kefir içirdiğini söylemiştir. Katılımcıların cevaplarındaki en önemli ortaklık, internette iyileşmek için gıda ürünlerini öneren sağlık bilgilerinin sağlık davranışını etkilemesidir. Çünkü bu ürünler zaten tüketildiği için zararsızdır ve doğallık söylemi ile ilaç kullanımından daha az zarar vereceğine inanılmaktadır. Bu noktada görüşmecilerin cevaplarından, onlara sürekli birçok kaynaktan sağlık bilgisi ulaştığı anlaşılmaktadır. Bu nedenle sağlık davranışlarından bahsederken bu bilgiyi televizyondan mı yoksa internetten mi ya da bir arkadaşlarının yolladığı mesajdan mı okunduğunu net olarak hatırlanmamaktadır. Bu noktada, özellikle medyadaki

sağlık bilgilerinin söylemsel olarak etkileşimde olduğu anlaşılabilir. Farklı kaynaklardan sürekli sunulan sağlık bilgilerine bir söylem olarak baktığımızda, içeriklerindeki anlamlarla birbirleriyle çelişmeler bile aslında ortak bir söylemsel düzene ait olduklarını söylemek mümkündür.

Alan araştırmasının sonuçları göstermiştir ki; görüşmeciler için sağlık bir araçtır; hayatlarını devam ettirmek ve ailenin diğer bireylerinin hayatlarını sürdürebilmesi için sağlıklı olmaları gerekmektedir. Sağlık denildiğinde görüşmecilerin birçoğunun aklına fiziksel rahatsızlıklar gelmiş, ruhsal hastalıklardan çok azı bahsetmiştir.

Görüşmecilerin birçoğu internette sağlıkla ilgili bilgi edinmek için araştırma yapmaktadır. Bu araştırmalar, genellikle yaşadıkları belirtilerin hangi hastalığa ait olabileceğini öğrenmek için yapılmaktadır. Görüşmeciler ayrıca bazı hastalık durumlarında kendi kendilerine tedavi yöntemlerini internette araştırmaktadırlar. Görüşmeciler için internette sağlık bilgileri her zaman doğru ve güvenilir bilgi sunmamaktadır. Bu durumda yanlış bilgi edinmekten kendilerini korumak için birden fazla kaynağa bakma, kendi bilgileriyle karşılaştırma ya da güvendikleri doktorun dediğine inanma gibi stratejiler geliştirmişlerdir. Görüşmecilerin cevaplarından anlaşılmaktadır ki internette öğrenilen sağlık bilgileri, ancak doğallık söylemi ile beslenme önerisi niteliğinde bir bilgi ise görüşmeciler için uygulanabilir. Görüşmeciler internette daha önce beslenmek için tükettikleri bir takım gıda, bitki çayı ya da baharatların aslında hastalıkları tedavi de edebildiğini öğrendiklerinde bu bilgiyi tedavi amaçlı kullanmaktadırlar.

6. SONUÇ

Sağlık alanında yaşanan değişimler sadece tıbbi teknolojilerle bulunan yeni tedavi yöntemleri ya da birçok hastalığa çare olacak yeni ilaçlardan ibaret değildir. Mesleğin dışındakilerin, sıradan insanların sağlık ve hastalığa ilişkin algıları ve sağlık arayış davranışları da değişmektedir. Bu değişimin temelinde bireylerin edindikleri sağlık bilgileri yatmaktadır. Kendi sağlığından sorumlu olmak iyi vatandaşlıkla birlikte tanımlanırken bireylerden bu sorumluluğun bir gereği olarak sağlık bilgisi edinmeleri beklenmektedir (Crawford, 2006, s.402). Birçok insan sağlık bilgisi arayışındayken medya onlara sağlık konusunda öneriler veren içerikler sunmaktadır

Geleneksel medyadan farklı olarak internetteki sağlık bilgisi içeriği, erişimi ve kullanımı bakımından büyük farklılıklar göstermektedir. Sağlık bilgisinin aktarımı bakımından geleneksel medyanın hastaneden farkı yoktur, tıp uzmanları meslekten olmayanlara uzmanlık alanlarına ait sağlık bilgisini aktarırlar. Oysa internette, zaman ve mekândan bağımsız olarak hastanede doktora sorulamayan soruların yanıtı aranabilir. Ayrıca internet meslek dışından olanların, kendi hastalık deneyimlerini paylaşabileceği başka hastalarla iletişime geçebileceği bir ortam sağlar. Bu nedenle sağlık bilgi kaynağı olarak internetin hastalarca kullanımını anlamak doktor – hasta iletişimi ve tıbbın bütüncül bir yaklaşımla hastalıkları tedavi etmesi açısından önemlidir.

Dünya genelinde artan yaşlı nüfusu, sağlık harcamamalarındaki özelleştirmeler iyileşme sürecini hastaneden evlere taşımıştır. Hastalıklar ve ölüm örüntülerindeki değişim artık hastalıkla yaşamayı gerektirmektedir. Yaşam sürecine yayılan iyileşme süreci, meslek dışından olanların gündelik hayatındaki davranışlarının sağlığa olan etkisini anlamayı gerektirmiştir. Fakat modern tıbbın doğuşu ile hastaların öznel deneyimleri tanı ve tedavi sürecinin dışında bırakılmıştır. Bozok’un dediği gibi "hastalık yok, hasta var" ilkesi "hasta yok, hastalık var" anlayışına yerini bırakmıştır (Bozok, 2020, s.14). Bu çalışma, meslek dışından olanların deneyimlerinin, tıbbın hastayla kurduğu iletişim açısından önem taşıdığını öne sürmektedir. Çalışmaya göre, hastaların gündelik sağlık davranışını anlamak ve bu

davranışa yönlendiren sağlık bilgi kaynağını öğrenmek bütüncül bir tıp anlayışı için anlamlı veriler sunmaktadır.

Bu çalışma internetin sağlık bilincini yükseltmedeki etkisine odaklanmak yerine bireylerin internette sağlık bilgisini arama deneyimlerine odaklanmıştır. Bunu yaparken de yaş grubu itibariyle Türkiye’de iletişim teknolojilerindeki gelişmeleri deneyimlemiş ve televizyonda gündüz kuşağındaki sağlık programlarının hedef kitlesi olan altmış yaş üstü kadınlar örneklem grubu olarak seçilmiştir. Çalışmanın sonuçları göstermiştir ki meslek dışından olanların sağlık bilgi arama deneyimlerinin ortak yönleri olduğu gibi farklılıklar da göstermektedir. Scott’un dediği gibi bu deneyimleri ve deneyimlerin öznel tarihlerini tarihselleştirirsek, deneyim bir tür yaşam birikintisi olmaktan çıkarak bilgi kaynağına dönüşür (Scott, 2013). Modern tıp hastalarla kurduğu iletişimde başarılı olmak için hastaların kendi öznel deneyimlerini de dikkate almalıdır. Diğer bir deyişle doktor – hasta diyalogunda doktorun hastanın hayatına daha bütünsel yaklaşması gerekmektedir. Bu çalışma tıbbın sadece teknik bir alan olmaktan uzaklaşması, hastanın tedavide söz sahibi olması, doktor ve hasta iletişiminin daha başarılı olabilmesi için kadınların internete sağlık bilgisi arama deneyimlerinin önemli bir başvuru kaynağı olduğunu öne sürmektedir. Örneklemnin kapsamı dar olsa da, çalışma bu alanda yapılacak olan niteliksel araştırmalar için atılmış bir adım olarak görülebilir. Bu çalışma göstermiştir ki, gelecekte, internet ve sağlık bilgisi konularında farklı yaş gruplarının, sınıfların ve cinsiyetlerin deneyimlerine odaklanan niteliksel çalışmaların yapılması alana önemli katkılar sağlayacaktır.

SUMMARY

With the recent political transformations, the responsibility to protect health has become a major topic of debate. While having the responsibility to protect one’s own health is identified with good citizenship, the individuals are expected to obtain health care information as part of this responsibility (Crawford, 2006, s.402). Media provides health related content for individuals seeking such information. Internet as a source of information is different than conventional media outlets. Lay persons, who until recently were merely receiving the health information messages, are now at the same time message senders because of the interactivity of the internet. Internet provides the lay persons a new space of narrative where they can share their experiences with diseases and health care information. In addition, internet makes it possible to ask questions that cannot be asked to the doctors, independent of time and space. The literature demonstrates that internet is a major source of information, and that women seek more online health information than men. This article discusses the online health information seeking experiences of women over the age of sixty with various socio-economic backgrounds in Ankara. The age group of over sixty is selected in the sample as the women in this age group have witnessed the various periods of the media communication history in Turkey. In their life-time, initially television became available as a new mass media medium and then internet was invented and became widespread. The study finds it meaningful that the women over the age of sixty have witnessed the transformation of mass communication technology and have adapted themselves to such changes.

The study employs the lay perspective in sociology of health. Accordingly, the lay perspective is discussed first. Then, the transformation of health information as a media content from radio days to the internet age is discussed. In the field research, the participants’ experiences of seeking online health information are obtained by in-depth interviews. For this aim, the study asks the questions of: “How do these women define the health?”; “When and how do these women use internet for seeking health information?”; “Does the online health information affect their health behaviours?” and “Do the women

find online health information reliable?” In order to answer these questions, semi-structured in-depth interviews were conducted with 12 women over the age of sixty.

The results of the field research show that participants define health as a tool for their daily activities and to them it generally means physical health. When their experiences of using internet as a health information source is considered, it is clearly seen that the majority of participants use internet to find about their symptoms before going to a doctor. Another important result is that the participants prefer to hold their passive receiver position in the internet mediated communication process. They say that they do not participate in any forums to share their health experiences. For them, the health information on the internet is not always reliable and trustworthy. For this reason, they develop some verification strategies for increased reliability and these are: searching in other sources and comparing the internet sourced health information with their past health information. Moreover, the results of the field research reveal that the internet sourced health information affect participants’ health behaviour only if it is about their eating and drinking habits. To conclude, it is clearly understood from the results of field research that the discourse of ‘naturalness’ plays a significant role in participant’s usage of online health information in their daily life.

Many of the studies on the internet and health information focus on the health promotion implications of use of online health information, and the effects of the internet on the health consciousness of individuals. Unlike these studies, this article focuses on the experience of lay person using the Internet as health information. The results of the study showed that the health information seeking experiences of lay persons have many things in common as much as they differ. When we historicize the subjects and their experiences, the experience itself becomes a source of information, rather than accumulations throughout life. Modern medicine should take into account the subjective experiences of patients in order to be successful in communicating with patients. In other words, in the dialogue between the patient and the doctor, the doctor should have a holistic approach to the patient’s life. This study suggests that women’s experience of seeking health information on the internet is an important source of

reference for medicine to be more than just a field of technical expertise, for women to have a say in their treatment and for increasing the success of the doctor and patient communication.

KAYNAKÇA

- Armstrong, D. (1984). The Patient’s View. *Social Science & Medicine*, 18(9): 737-744.
- Atabek, Ü., Atabek, G. ve Bilge, D. (2013a). Televizyon Sağlık Programlarında İdeolojik Söylemler. *Galatasaray İletişim*, Özel Sayı (3), 11-31.
- Atabek, Ü., Atabek, G. ve Bilge, D. (2013b). Sağlık Haberlerinde Dönüşüm 1970-2010 Yılları Arasında Hürriyet Gazetesinde Sağlık Haberleri. O. Elbek (Der.). *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* içinde (s. 113-132). İstanbul: Hayykitap.
- Binark, M. (2007). Yeni Medya Çalışmalarında Yeni Sorunlar ve Yöntem Sorunu. M. Binark (Ed.). *Yeni Medya Çalışmaları* içinde (s. 21-44). Ankara: Dipnot Yayınları.
- Bozok, N. (2011). Biyo-İktidara Özgü Bir Özne(L)leşme Pratiği Olarak Popüler Sağlıklı Yaşam Söylemi. *Toplum ve Bilim*, 122, 37-52.
- Bozok, N. (2020). Hastalığını Anlatmak, Dünyaya Doğru Açılmak, Dayanışmak ve Güçlenmek Üzerine: Kadınların Sözlerine Uğrayan Sağaltıcı Diyaloglar. *Kültür ve İletişim*, 45 (23), 10-32.
- Cline, R. J. W., ve Haynes, K. M. (2001). Consumer Health Information Seeking on the Internet: The State of Art. *Health Education Research*, 16(6): 671-692.
- Crawford, R. (2006). Health as a Meaningful Social Practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10(4): 401-420.
- Foucault, M. (1972) *Archeology of Knowledge and the Discourse on Language*. New York: Pantheon Books.
- Görgün Baran, A., Koçak Kurt, Ş. ve Serdar Tekeli, E. (2017). Yaşlıların Dijital Teknolojileri Kullanım Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 45, 1-24.
- Hardey, M. (1999). Doctor in the House: The Internet as a Source of Lay Health Knowledge and the Challenge to Expertise. *Sociology of Health & Illness*, 21(6): 820-835.
- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness a Social Psychological Analysis*. London: Academic Press.
- Illich, I. (2011). *Sağlığın Gaspsı*. Sertabiboğlu, S. (Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- İnceoğlu, Y., Özçetin, B., Gökmen Tol, M. ve Alkurt, S. (2015). Sağlık ve Hoşnutsuzlukları: Sağlık Kanaat Önderlerinin Sosyal Medya Söylemleri ve Sağlığın Tıbbileştirilmesi. Alptekin, D. (Ed.).

- Hasta Toplum Cinsiyetçilik Tıbbileştirme ve Tüketime Dair Sağlık Çözümlemeleri* içinde (s. 101-144). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kocabaşoğlu, U. (1980). *Şirket Telsizinden Devlet Radyosuna, TRT Öncesi Dönemde Radyonun Tarihsel Gelişimi ve Türk Siyasal Hayatı İçindeki Yeri*. Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları.
- Koçak, A. ve Bulduklu, Y. (2010). Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. *Selçuk İletişim*, 6(3), 5-17.
- Korp, P. (2006). Health on the Internet: Implications for Health Promotion. *Health Education Research*, 21(1):78-86.
- Lawton, J. (2003). Lay Experiences of Health and Illness Past Researches and Future Agenda. *Sociology of Health and Illness*, 25: 23-40.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
- Meloni, M. (2014). How Biology Became Social, and What It Means for Social Theory. *The Sociological Review*, 62(3), 593-614.
- Nettleton, S. ve Gustafsson, U. (2006). *The Sociology of Health and Illness Reader*. Cambridge: Polity.
- Özen, Y. (2016). Sağlık ve Hastalığa Dair Meslek Dışı Yaklaşım. Adak, N. (Ed.). *Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar* içinde (s. 137-171). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Parsons, T. (2005). *The Social System*. London: Routledge.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. Erişim adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,56524/turkiye-saglik-okuryazarligi-duzeyi-ve-iliskili-faktorleri-arastirmasi.html>
- Scott, W. J. (2013). *Feminist Tarihin Peşinde*. F. Dinçer ve Ö. Aslan (Der.). İstanbul: bgst Yayınları.
- Sezgin, D. (2011). *Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleşen Sağlık*. İstanbul: Ayrıntı.
- Sontag, S. (2004). *Bir Metafor Olarak Hastalık - Aids ve Metaforları*. İstanbul: Agora Kitaplığı.
- Şahin Kaya, Ş. (2011). Televizyonda Kadın, Sağlık ve Hastalık. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 14(2), 118-150.

Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu. Tarihçesi. Erişim Adresi:

<https://www.trt.net.tr/Kurumsal/Tarihce.aspx>

Turner, B. (2011). *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*. Tatlıcan, Ü. (Çev.). Bursa: Sentez Yayıncılık.

TÜİK, (2019). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. Erişim adresi:

http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028

Yılmaz, E. (2013). Türkiye’de Hastaların İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor-Hasta İletişimine Etkileri. *Galatasaray İletişim, Özel Sayı (3)*, 93-108.

Yüksel, E., Ögüt, P. ve Kaya, A. (2012). Radyo ve Televizyonlardaki Sağlık Konulu Yayınlarla Yönelik RTÜK'e Yöneltilen Bildirimler Üzerine Bir İçerik Analizi Çalışması. *Selçuk İletişim, 7(2)*, 32-43.

DEVLET TARAFINDAN DÜZENLENEN ÜREMeye YARDIMCI TEKNOLOJİLERİN KULLANIMI VE DEMOGRAFİK SÜREÇ¹

Şafak KILIÇTEPE²

ÖZ

Türkiye, gittikçe azalan toplam doğum hızının (TDH) gelecekteki iş gücü açısından tehlike yaratacağına işaret ederek, on yılı aşkın bir süredir pronatalist nüfus politikaları uygulamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye'nin TDH'si, genel olarak, yenilenme düzeyi olan 2.10'un altına düşmüş olsa da TDH bölgesel farklılıklar göstererek, bu bölgelerin demografik süreçlerinin farklılığına dikkati çekmektedir. Pronatalist nüfus politikaları doğrultusunda, devlet evli çiftlerin ilk üç tüp bebek tedavisini desteklemektedir. Ancak, yaygın olarak kullanılan tüp bebek ya da teknik ifadesiyle üremeye yardımcı teknolojilerin (ÜYT) erişimi ve kullanımı da devlet düzenlenmesi ve kontrolü altındadır. Etnisite ve toplumsal cinsiyet kategorilerinin bölgesel farklılık gösteren demografik süreçteki (evlilik, üreme ve boşanma ile ilgili kararları) yerini analitik olarak irdeleyen bu çalışma, Kürt kadınlarının üremeye ilgili deneyimlerini merkezine almaktadır. Böylece, devlet tarafından düzenlenen ÜYT'nin demografik süreci nasıl etkilediğine bakıp, demografi ile ilgili veri ve istatistiklerin yereldeki sosyopolitik tarih ve yapı, iktidar ilişkileri, pratik ve inanışlarıyla beraber nasıl (yeniden) şekillenebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Üremeye Yardımcı Teknolojiler, Yönetimsellik, Demografik Süreç

¹ Bu araştırmayı destekleyen ve araştırmaya fon sağlayan Social Science Research Council Mellon International Dissertation Research Fellowship, National Science Foundation Doctoral Dissertation Research Fellowship, Indiana Üniversitesi'nin Center for Research on Race and Ethnicity in Society Graduate Student Research Award, ve Mellon's Innovating International Research, Teaching and Collaboration Graduate Dissertation Fellowship araştırma kurum ve kuruluşlara teşekkür ederim.

² Öğr. Gör. Dr., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Antropoloji Bölümü

THE USE OF STATE REGULATED ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES AND DEMOGRAPHIC PROCESS

ABSTRACT

Over the ten years, Turkish government has announced its pronatalist population politics due to the decline in the total fertility rate (TFR), considered a threat for its future labor force. According to Turkish Statistical Institute, TFR has declined below the replacement level of 2.10. The statistics shows existing regional differences in TFR, indicating variations in their demographic processes. As a pronatalist country, the Turkish state provides funding for married couples in their *in vitro* fertilization, known also as assisted reproductive technologies (ARTs), treatment up to three times. Yet, access to ARTs, used widely in Turkey, is strictly state-regulated and controlled. Examining ethnicity and gender as analytical categories in the formation of demographic process (decisions about marriage, divorce and reproduction), which shows regional differences, this study focuses on Kurdish women's reproductive experiences. Thus, this article reveals how the state-regulated-ARTs affect the demographic process and how the demographic data and statistics are (re)shaped by the sociopolitical structure, power relations, practices and beliefs at the local.

Keywords: Assisted Reproductive Technologies, Governmentality, Demographic Process

1. GİRİŞ

Bu makalenin amacı, hem iktidar dinamiklerinin hem de kesişen kimlik deneyimlerinin (etnisite, sınıf, toplumsal cinsiyet gibi) kamu çalışanı olarak doktorlar ve Üremeye Yardımcı Teknolojiler (ÜYT) yoluyla infertilite veya, görüştüğüm kişilerin tanımıyla, ‘kısırlık,’ ‘çocuk tedavisi,’ arayan hastaların iletişimi sonucu nasıl yeniden üretildiğini, kopyalandığını, bükülüp, yerinden edildiğini göstermektir. ÜYT’ye dair düzenlemeleri yönetimselliğin (*governmentality*) bir formu olarak ele alan bu makale, toplumsal ve siyasi yapının, kurumsal düzenlemelerin, üremeye ilgili karşılaşmaların ve öznelere failliklerinin nasıl kesiştiğine ve bu kesişmelerin üremeye ilgili olasılıkları, kararları nasıl şekillendirdiğine bakarak, bunların Türkiye’de yaşayan Kürtlerin demografik sürecine ne tür katkılar sağladığını göstermektedir. Üremeye dair eğilimler, iktidar farklılaşmaları, çiftlerin ve grupların üremeye ilgili farklı istekleri ve davranışlarından dolayı çeşitlilik göstermektedir (Schneider & Schneider, 1995). Bu makale, böylesi farklılıkları anlayabilmek için, üreme teknolojilerini lens olarak kullanıp hem ulusal hem de yerel dinamiklere yakından bakmamız gerektiğini önermektedir.

Bağlam vermek gerekirse, 2002’de yönetime geçen Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) hükümeti ülkenin toplam doğum hızının (TDH)³ hızla düşmesi konusunda alarma geçerek, ülkenin (Sunni İslamcı) pronatalist üreme politikalarına ihtiyacı olduğunu savunmaktadır. Ülkenin global ekonomideki yerini sağlamlaştırmak için genç iş gücüne ihtiyacı olduğunu belirten hükümet, evli çiftleri ‘en az 3 çocuk’ yapma konusunda teşvik etmektedir (Korkman, 2015). Nüfusu artırmaya yönelik girişimlerden biri doğal yollarla çocuk sahibi olamayan çiftlerin, masraflı olan tüp bebek tedavisini de içine alan infertilite

³ TDH bir kadının hayatı boyunca dünyaya getirdiği ortalama çocuk sayısıdır.

tedavilerini karşılamaktır⁴. Devlet, genel sağlık sigortası olanların ilk üç tüp bebek tedavisini cömert bir şekilde desteklerken, bu desteği evli olan çiftler ve 23-40⁵ yaş arasında olan kadınlarla sınırlamıştır⁶.

Devletin pronatalist çağrılarına ve doğumu teşvik eden politikalarına karşın, TDH son yarım yüzyılda devam eden bir şekilde düşmektedir. Örneğin, 1960 nüfus sayımına göre, TDH 6.18 iken (Shorter, 1968), 2019 nüfus sayımına göre, TDH 1.99'a düşmüştür (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2019 Basın Duyurusu). Bu oran nüfusun kendini yenileme seviyesi olarak belirlenen 2.10'un altındadır⁷. TÜİK 2018 verilerine göre, en yüksek TDH'ye sahip illerden ilk onu Kürtlerin yoğunlukta yaşadığı yerlerdir. Bu illerdeki ortalama doğum hızı, genel oranın tersine, 3.4 ile nüfusun kendini yenileme seviyesinin üzerindedir. Ancak, bu orana rağmen, Türkiye genelinde TDH oranının en hızlı düşüşü de yine Kürtlerin yoğun olarak yaşadığı Türkiye'nin doğu ve güneydoğusunda gerçekleşmektedir. Kürtlerin yaşadığı bölgelerde TDH'nin Kürtlerin daha az yaşadığı bölgelerden farklı, fakat hızlı olan düşüşü hem bu bölgelerin farklı demografik süreçlerden geçtiğine hem de kadınların içinde yaşamış olduğu toplumsal pronatalizme işaret etmektedir (Yavuz, 2005; Zeyneloğlu vd, 2016)⁸. Toplumsal pronatalizm kadını her şeyden önce erkek soyunun taşıyıcısı ve çoğaltıcısı olarak konumlandırıp, onun

⁴ Türkiye dünyanın en hızlı büyüyen ÜYT piyasalarındandır. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan verilere göre (2017), 2015 yılında Türkiye'de ruhsatlı 152 tüp bebek merkezi bulunmaktadır. Üreme Sağlığı ve İnfertilite Derneği'nin raporuna göre, 2010 yılında bu sayı 110 civarındaydı (Urman & Yakin, 2010). Giderek büyüyen bu piyasa hem Türkiye vatandaşlarına hem de Türkiye vatandaşı olmayıp, ülke dışından gelen bireylere hizmet vermektedir.

⁵ Araştırmayı gerçekleştirdiğim sırada tüp bebek ödeneği sağlanması için yaş aralığı 23 ve 39 idi. 2018'de 23 ile 40 yaş arasında olma koşulu getirildi.

⁶ Türkiye'de ÜYT sıkı bir şekilde düzenleyip kontrol edilmektedir. Türkiye dünyada bir ilke imza atarak, İslam dinine aykırı olduğu ve 'Türk soyunu koruma' amacı gerekçeleriyle, 2010 yılında kendi vatandaşlarının hem yurt içinde hem de yurt dışında gamet (yumurta ve/ya sperm) bağış aramasını kanunla yasaklayıp, üçüncü parti üreme yolu arayanlara veya teşvik eden doktor ve hastanelere cezai işlem uygulamaktadır (Gürtin, 2011; Urman & Yakin, 2010). 2018'de bu yasak daha da genişletilmiştir. Yeni düzenlemeye göre, üçüncü parti üreme sürecinde yer alan bütün taraflar (doktorlar, bağış yapanlar, ara bulucular ve donasyona teşvik eden kişiler gibi) beş yıla kadar hapis cezasına tâbi tutulmaktadır. Bkz, "Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun," *Resmî Gazete*, 5 Aralık 2018. 20 Temmuz 2020 tarihinde erişildi. Ayrıca bkz, "New legislation expands ban on sperm and egg donations in Turkey," *Hürriyet Daily News*, 9 Kasım, 2018. 5 Nisan, 2018 tarihinde erişildi. <http://www.hurriyetdailynews.com/new-legislation-expands-ban-on-sperm-and-egg-donations-in-turkey-138719>. Bkz, "Sperm bankasından bebek yapana 3 yıl hapis," *Hürriyet*. 15 Mart, 2010. 26 Ekim, 2018 tarihinde erişildi. <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/sperm-bankasından-bebek-yapana-3-yil-hapis-14109315>

⁷ Bkz, "Türkiye'nin doğum istatistikleri açıklandı," *CNN TÜRK*. 17 Mayıs, 2019. 10 Nisan, 2020 tarihinde erişildi. <https://www.cnnturk.com/turkiye/turkiyenin-dogum-istatistikleri-aciklandi>

⁸ Toplumsal pronatalizm ile kadınların çocuk sahibi olma, üreme, annelik gibi olgulardan dolayı maruz kaldıkları toplumsal baskıya işaret ediyorum. Bu terimi kullanarak Kürt kadınları hakkında halihazırda var olan ve onları dışlayan 'aşırı doğurgan' algısını beslemek yerine, aslında toplumsal pronatalizmin çokluğuna hem mikro hem de makro seviyede sosyo-ekonomik ve politik şartlarla şekillendiğini vurguluyorum.

ailedeki yerini üreme kapasitesine bağlı tutar. Kadınlığın doğurganlık üzerinden tanımlandığı böylesi bir patriarkal çevrede, (hem kadından hem de erkekten kaynaklanan) infertilite kadına daha fazla sorumluluk yükler. Çeşitli nedenlerden dolayı (daha fazla) çocuk sahibi olamadıkları için, kadınlar fiziksel şiddetten, psikolojik ve sosyo-ekonomik şiddete kadar muhtelif şiddet şekilleriyle karşı karşıya kalabilmektedirler. Nüfusa dair veya demografik veriler ise böylesi deneyimler sonucu ortaya çıkmaktadır (Greenhalgh, 1995).

Nüfus ile ilgili veriler üremeye dair pratikleri etkileyen ve şekillendiren çeşitli ulusal, yerel ve medikal dinamiklerin aile içi kararları şekillendirmesiyle ortaya çıkar. William Skinner (1997)'e göre, materyal olan demografik verilerle sonuçlanan *demografik süreç* evlilik, boşanma ve (doğum oranlarını da içine alan) üreme ile ilgili kararları etkileyen dinamikler sonucudur. Skinner, ailevi süreçlerle (evlilik, üreme ve göç gibi kararların alındığı yer olarak) demografik sürecin iç içe geçtiğini ve bu iç içe geçmişliklerinden dolayı ikisine aslında tek bir sistem olarak muamele edebileceğimizi söyler (Skinner, 1997). Bireylerin devlet tarafından düzenlenen üreme teknolojileri ile ilgili deneyimlerine eğilmek hem biyopolitikaların hem de yönetimselliğin yerelde nasıl işlediğini göstererek, böylesi teknolojilerin evlilik, üreme, boşanma gibi olgulara dair inanış ve pratiklerle karşılaştığında demografik süreci nasıl etkileyeceğini ortaya koymaktadır (Greenhalgh, 1995). Bireylerin üreme teknolojileri ile ilgili deneyimleri karmaşık olan merkezi/yerel iktidar ilişkileri ve yapısal eşitsizliklerle kesiştiği için demografik sürecin sosyopolitik tarihsel yapılanmasına dair bilgiler de sunmaktadır. Bu karmaşık ilişkililiği ve nüfusun yapılanmasına dair iç içe geçmiş çoklu dinamikleri kapsadığından, Türkiye'de yaşayan Kürtler bu çalışma için önemli bir yer teşkil etmektedir. Türkiye'de yaşayan Kürtler homojen bir grup değildir. Sınıf, aile ve toplumsal cinsiyet anlayışı, pratik ve inanışları farklılık göstermektedir. Bu bağlamda, devletin ÜYT düzenlemeleri, bireylerin hem farklı sosyoekonomik

konumlarından hem de evlilik ve yaş durumlarından dolayı tabakalaşmış üreme deneyimlerine yol açmaktadır⁹.

2. SOSYOPOLİTİK BAĞLAM VE ÇALIŞMANIN LİTERATÜRDEKİ YERİ

2016'da 17 ay sürecek olan etnografik araştırmamı yapmaya başladığım süreç, Türkiye ve PKK (Kürtçe: Partiya Karkerên Kurdistanê, [Türkçe: Kürdistan İşçi Partisi]) arasında Çözüm veya Barış Süreci (2013-2015) olarak adlandırılan sürecin bitmesinin akabindeydi. AKP¹⁰ hükümeti tarafından başlatılan Çözüm Süreci ile özellikle Türkiye'nin doğu ve güneydoğusunda otuz yılı aşkındır devam etmekte olan, ciddi can ve mal kaybı ile yerinden edilmelere yol açan silahlı çatışmaları sonlandırıp, güvenliği ve demokratik pratikleri artırmak amaçlanmaktaydı¹¹. Çözüm Süreci, Türkiye'de 2013'te, 2015 Temmuz'a kadar iki yıl sürecek olan ateşkesle sonuçlandı. Çatışmalardan en fazla etkilenen vatandaşlardan Diyarbakır'da tanıştığım Kürt görüşmecilerim ateşkes sürecinin hayatlarındaki 'en huzurlu zamanlar' olduğunu belirtmişlerdi. Fakat, ateşkes 2015'te sonlandırıldı ve silahlı çatışmalar şehir merkezlerine taşınarak 'normal' hayatı derinden sarstı. Ateşkesin sona ermesi birçok insanın can kaybına ve özellikle Doğu ve Güneydoğu'nun Diyarbakır'ı da içine alan bazı illerinde büyük yıkımlara yol açtı¹². Ayrıca, aktif çatışmalar zorunlu göç, yerinden edilme ve sosyoekonomik kayıplara da neden oldu. Elizabeth Dunn (2017), böylesi bir siyasi ekonomiyi 'insanın hayatını değiştiren' "büyük harf-O ile 'Olay'" olarak

⁹ Tabakalaşmış üreme (*stratified reproduction*) kavramı, 1986 yılında, ilk kez Shellee Colen tarafından, Hindistanlı bakıcı kadın işçilerin New York'taki konumlarını açıklamak için kullanılmıştır. Colen, ırk, etnisite, cinsiyet, sınıf ve göçmenlik temelli eşitsizliklerin kadınların üreme ile ilgili deneyimlerini farklı biçimlerde şekillendirdiğini söylemektedir. Bu kavram şu anda feminist akademisyenler tarafından, üremeye dair pratikler ve deneyimlerle ilgili eşitsizlikleri açıklamak için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bakınız Colen, S. (1995). 'Like a Mother to Them': Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York. *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction* içinde, yay. haz. Faye D. Ginsburg ve Rayna Rapp, 78–102. Berkeley, CA: University of California Press.

¹⁰ 2002'den beri iktidarda olan Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP), siyasi kimliğini "muhafazakar-demokrat" olarak tanımlamaktadır.

¹¹ Süreç 2014'te yayınlanan bildirge ile kanunlaştırılmıştır ([Kanun No. 6551](https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/07/20140716-1.html)): "Terörün Sona Erdirilmesi ve Toplumsal Bütünleşmenin Güçlendirilmesine dair Kanun," *Resmî Gazete*, 16 Temmuz 2014. 15 Temmuz 2020 tarihinde erişildi. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/07/20140716-1.html>

¹² Güvenlik gerekçesiyle, bazı yerlerde aylar süren, süresiz sokağa çıkma yasakları uygulandı. Çatışmalar, Diyarbakır, Şırnak, Nusaybin, Yüksekova gibi yerlerde büyük alanlarda tahribatlara yol açıp yıkımlara sebep oldu. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği'nin raporuna göre (2017), 2015 Temmuz ve 2016 Aralık aylarında Türkiye'nin güneydoğusunda gerçekleşen operasyonlar 30'dan fazla ilçe ve mahalleyi etkilemiştir. Çoğunluğu Kürt olan 355,000 ile 500,000 arasında kişi ise yerinden edilip sosyo-ekonomik mahrumiyete maruz bırakılmıştır.

tanımlar. Belirtmek gerekir ki, Türkiye ile PKK arasındaki çatışma dinamikleri genel toplumun normal hayatını büyük ölçüde etkilemiş ve şekillendirmiş olsa da, Türkiye’de yaşayan ve *O-lay*’lara farklı şekillerde bire bir maruz kalan kişileri, yani çoğunlukla Kürtleri, eşit olmayan bir şekilde daha fazla vurmuş ve var olan yapısal eşitsizliklerini daha da derinleştirmiştir¹³.

Antropolojik nüfus bağlamında, ulusal nüfus verilerinin nasıl şekillendiğini anlamak için iktidar dinamiklerinin, yapısal eşitsizlik, toplumsal inanış ve pratiklerinin yerelde bireylerin üreme ve üreme ile ilgili deneyim, pratik ve kararlarını nasıl şekillendiğine yakından bakmamız gerekmektedir. Yani, Kürtlerin, Türkiye’de yaşayan diğer etnik ve dini gruplardan farklı bir demografik geçiş süreci göstermeleri sadece etnik kimliklerinin uzantısı olarak değerlendirilmemeli, hem çoklu ulusal ve yerel iktidar dinamiklerine hem de nüfus düzenlemelerinin yansımaları olarak incelenmelidir. Bu makale için, ÜYT ise böylesi dinamiklere yakından bakabilmek açısından bir lens sağlamaktadır.

Devlet tarafından (bazı bireyler için) desteklenen ve düzenlenip kontrol edilen üreme teknolojileri, hem *üreme yönetiminin (reproductive governance)* hem de devletin arzu ettiği vatandaşların kimler olarak hayal edildiğini ve işlendiğini gösteren nüfus politikalarının bir parçası, yansımasıdır (Morgan & Roberts, 2012). Bazı araştırmacılar, ebeveyn ve nüfus inşasını (*making*) şekillendiren üreme teknolojilerinin, demografik süreçteki çarpıcı katkısına özellikle değinmişlerdir (Greenhalgh & Li, 1995; Thompson, 2005). Elizabeth F.S. Roberts (2012), Ekvator’da üreme teknolojileri üzerine yaptığı çalışmada, üreme teknolojileri yoluyla ortaya çıkan bu ‘inşa sürecinin’ teknolojinin yer aldığı bölgeye özgün pratiklerle yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Dahası, *üreme yönetimi* fikriyle çalışarak, Ekvator’da ideal üreme teknolojileri olarak nitelendirilen şeyin aslında bölgeye özgün olan

¹³ Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün yapmış olduğu *Türkiye’de Göç ve Yerinden Olmuş Nüfus Araştırması* (2006) ve Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı’nın (2005) raporlarına göre bir milyondan fazla kişi zorunlu göçe tâbi tutulmuştur. Özellikle Güneydoğu’da göçler ‘güvenlik’ nedeniyle yaşanmıştır ve yaşayanları daha fazla sosyo-ekonomik güvensizlik ve belirsizliğe sürüklemiştir (ayrıca bkz, Mutlu, 2001; İçduygu, vd., 1999).

ırk tarihi, özellikle ırksal dövülgenlik (*racial malleability*) ve Andes'deki akrabalık anlayışlarıyla şekillendiğini göstermiştir¹⁴.

Özellikle Türkiye'de ÜYT'nin ulusal ve uluslararası kullanımının tırmanışıyla, Türkiye üzerine odaklanan feminist bilim ve teknoloji çalışmaları da son yıllarda öne çıkmıştır (Goknar, 2015; Gürtin, 2011; Gürtin-Broadbent, 2013; Mutlu, 2017; Polat, 2017). Ancak, politik ve değişen çevrelerde yaşayan etnik gruplara ait bireylerin ÜYT'yi ve ÜYT düzenlemelerini bireysel, toplumsal ve ulusal düzeylerde nasıl deneyimledikleri konusu üzerinde yeterince durulmamıştır. Aynı zamanda, Türkiye'de nüfusa dair çalışmalar oldukça zengin olsa da, bu literatür üremeye müdahalelerin ve teknolojik gelişmelerin bir toplumun demografik sürecini (evlilik ve üreme ile ilgili kararları etkileyen cinsiyet, aile, etnisite ve ulus gibi kavramlar) yerelde nasıl şekillendirdiği sorusuna cevap vermekte yetersiz kalmıştır. Jill R. Williams (2010), "Feminist Demografi Yapmak" adlı makalesinde, demografik çalışmalarda cinsiyet gibi sosyal olarak inşa edilmiş bir kategorinin basitçe biyolojik olarak görüldüğünden bahseder. Türkiye demografi çalışmalarında hem cinsiyeti hem de etnisiteyi basit kategoriler olarak ele almayan çalışmalar azdır¹⁵. Bu kavramların sosyopolitik ve ekonomik inşasının bireylerin günlük hayatlarını nasıl şekillendirip üreme ve üremeye dair kararlarda nasıl rol oynadıkları ile demografik süreci nasıl şekillendirdikleri üzerine derinlemesine analizler yapılmamaktadır (Aysan, 2014; Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2006; İçduygu ve ark., 1999; Koç ve ark., 2000; Mutlu, 1996; Smits & Gündüz-Hoşgör, 2003; Yavuz, 2006; Yüceşahin, 2009). Ancak, bu makalede de görüleceği üzere, toplumsal cinsiyete dair performans/pratik ve algılarla kişilerin üreme ve üreme teknolojilerini nasıl deneyimleyip, bunların sınıf, cinsiyet ve etnisiteye bağlı kimliklerini nasıl etkiledikleri yakından ilintilidir. Bu anlamda, üreme teknolojilerinin kullanımı, erişimi ve üremeye dair düzenlemelerin ortaya

¹⁴ Elizabeth F.S. Roberts (2012) *ırksal dövülgenlik* kavramı ile, Ekvator'daki ırk kavramının materyal bir anlamı olduğuna ve materyal olanın ise uydurulabileceği ve değiştirebileceğine işaret eder.

¹⁵ Ferhunde Özbay toplumsal cinsiyeti basit bir kategori olarak görmez. Aksine, Özbay, demografik verilerin yorumlanması ve nasıl şekillendiğini anlamak için, tarihsel bağlam ile toplumsal, ekonomik, politik ilişkilerin gündelik hayatla nasıl bir ilinti halinde olduğunu bakmamız gerektiğini savunan bir sosyologtur. Bkz. Özbay, F. (2015). Dünden bugüne aile, kent, nüfus. *İstanbul: İletişim Yayınları*. Bkz. Özbay, F., & Yücel, B. (2001). Türkiye'de Nüfus Hareketleri, Devlet Politikaları ve Demografik Yapı. *Nüfus ve Kalkınma*, 1-69.

çıkardığı ilişki ve müzakereler demografik sürece yön vermektedir. Eleştirel çalışmalar, çeşitli güç dinamiklerinin ve global ilişkilerin demografiyi nasıl şekillendirdiği konusundaki anlayışımızı ileriye taşımış olsa da, bu çalışmaların çoğu Batı toplumları üzerinedir (Ginsburg & Rapp, 1995; Greenhalgh, 1995). Batılı olmayan toplumların da demografilerini ve demografik süreçlerini anlamlandırabileceğimiz, kavramsallaştırıp kendi tarihsel dokuları içerisinde anlayabileceğimiz araçlar geliştirebilmemiz önemlidir (Rivkin-Fish, 2003). Bulgularına etnografik araştırma yöntemiyle ulaşılmış olan bu çalışma, üreme teknolojileri kullanımının ve düzenlemelerinin etnik bir grubun demografik sürecini nasıl şekillendirdiğine odaklanarak, Batılı olmayan toplumlara dair araçlar sunmak açısından örnek teşkil eder.

3. YÖNTEM

Bu makale, Kürt kadınlarının üremeyle ilgili deneyimlerine odaklanan, uzun süren çok-sahalı (*multi-sited*) etnografik doktora tez araştırmamdan faydalanmaktadır (Kılıçtepe, 2019). Doktora tez araştırması, genel olarak, siyasi çalkantıların yoğun olduğu bölgelerde yaşayan kadınların üreme ve infertilite ile ilgili deneyimlerinin, Türkiye'nin değişen azınlık politikaları ve devletin ÜYT düzenlemeleriyle kesişip kesişmediğine ve varsa nasıl ve ne derece kesişme olduğuna bakmaktadır. Tez araştırması, 2012 ile 2014 yılları arasında dört buçuk ay süren ön saha araştırmalarına ek olarak, 2016 ve 2017 yıllarında kesintisiz on yedi ay süren sistematik etnografik araştırmalar bütünüdür. Biyolojik üremenin toplumsal anlam ve bireysel deneyimlerini onun zengin olan sosyal, kültürel, politik alanında incelemek ve aidiyet politikalarını tespit etmek hem stratejik hem de birbirini destekleyen metodolojik araçları gerektirmektedir. Bu sebeple, bu çalışmada, George Marcus (1995) tarafından tanımlanmış olup geleneksel tek-sahalı metodolojik yaklaşımdan uzaklaşmış, çok-sahalı etnografi modeli kullanılmıştır. Veriler, birbirini tamamlayan üç yaklaşım yoluyla toplanmıştır: (1) katılımcı gözlem, (2) hususi konuşmalar ve yapılandırılmış görüşmeler ve (3) soruları yarı-yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler. Çok-sahalı araştırma, sosyo-kültürel farklılıklara ev sahipliği yapan başkent Ankara'da 5 ay ve Kürtlerin yoğunluklu yaşadığı büyükşehir Diyarbakır'da 12 ay olmak üzere toplam 17 ay sürmüştür. Araştırma, (resmi izin alınarak) özel ve devlet hastanelerinin infertilite ve kadın doğum

bölümleri, farklı sosyo-ekonomik gruplara ait olan mahalle, ailelerin evleri ve kamusal alanlarda olmak üzere katılımcı gözlem yapılarak; görüşmeler ise infertilite tedavisi gören bireyler (kadın ve erkek), doktorlar, sağlık/hastane çalışanları, evli veya bekar kadın ve erkekler, kadın merkezleri ve dernekleri gibi sivil toplum örgütleri ve bürokratlarla yapılmıştır.

Michel Foucault ve Paul Rabinow, iktidar teknolojilerinin toplumları idare ve kontrol etmenin yollarındandır der (Foucault, 1978, 2003; Rabinow, 2005). Hastane ortamları iktidar ilişkileri ile tarihsel olarak konumlanmış bilgilerin, toplumsal cinsiyete dair pratik ve performanslarını gözlemleyeceğimiz yerlerdendir (van der Geest & Finkler, 2004). Klinikler ve hastaneler toplumsal cinsiyet, aile dinamikleri, üremeye dair arzular, kararlar; fertil/infertil olma durumuna dair algılar ve devletin üremeye dair medikal düzenlemelerinin müzakere edildiği alanlardandır. Bu makale, 2016 ve 2017 yıllarında, Diyarbakır devlet hastanesinde, kesintisiz 3 ay gerçekleştirdiğim katılımcı gözlem ve hususi görüşmelerden esinlenerek ortaya çıkmıştır. Bulgular, özel tüp bebek merkezinde yapmış olduğum hem katılımcı gözlem hem de sohbetler ve görüşmelerim (kesintisiz toplam 6 ay), ve hastanelerin dışında gerçekleştirmiş olduğum etnografik araştırmalarla desteklenmiştir. Böylesi geniş bir yelpazede kendimi araştırmacı olarak konumlandırmak, bireylerin üreme ve üremelerine dair deneyimlerinin nasıl ve ne yollarla şekillendiğini çok boyutlu olarak görmeme olanak sağlamıştır.

Bu çalışma, Türkiye’deki araştırmalarımı yürüttüğüm devlet hastanelerinden aldığım etik kurul onayları öncesinde, Indiana Üniversitesi’nin Kurumsal Etik Kurulu (*Institutional Review Board [IRB]*) tarafından 19 Mayıs, 2015 tarihinde onaylanmıştır. IRB tarafından izin verilen araştırma (*study# 1502765023*) katılımcıların gizliliklerini anonimlik ve sözlü rıza ile garantilemiştir. Bu araştırmada geçen kişilerin isimleri gerçek olmayıp, anonim isimler kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kişileri ilk olarak araştırmaya dair sözlü olarak bilgilendirip, katılıp katılmak istemedikleri, katılmak istiyorlarsa seslerini kayıt cihazıyla kaydetmem konusunda rızaları olup olmadığı sorulmuştur. Diyarbakır hastanelerindeki katılımcıların birçoğu görüşmeleri kabul etseler de seslerini kaydetmem konusunda rızaları olmadığından, görüşmeler sırasında yalnızca notlar alınmıştır. Diyarbakır’daki özel hastanede

infertilite tedavisi gören hastalarla gerçekleştirdiğim 50 görüşmenin sadece 10'unun ses kaydı alınmasına izin verilmiştir. Katılımcı gözlem sırasında ise, herhangi bir ses kayıt cihazı kullanılmamış ve yalnızca notlar alınmıştır. Devlet hastanesinde, mesai saatleri içerisinde kadın doğum ve infertilite kliniklerinde çalışanlarla konuşup, hastalar, hastaların birbirleriyle ve doktorlarla olan iletişimlerini gözlemlenmiştir. Araştırmamda istatistiksel verilere başvurmuş olsam da önemle belirtmek gerekir ki, bu makale istatistiksel veri ve analizi üretmemektedir.

4. DOKTORLAR TARAFINDAN ALINAN KARARLAR VE DEMOGRAFİK SÜREÇ

Diyarbakır'da Kadın Doğum Hastanesi'ndeki kadın doğum doktorlarının diğer kliniklerden ayrı bir infertilite kliniği açması aslında ihtiyaç sonucuydu. Devlet hastanesinde alan araştırmama başladığım sırada, yeni açılacak olan infertilite kliniğinin hazırlıkları henüz yapılmaktaydı. 'Çocuk tedavisi' için gelenlerin çok oluşu ve böylesi hastalara daha iyi hizmet verebilmek için, infertilite tedavisi eğitimi almış beş doktorun dönüşümlü çalıştığı infertilite kliniği Ocak 2017'de Diyarbakır Kadın Hastalıkları Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde açıldı. Fakat, diğer kadın doğum kliniklerinde olduğu gibi, infertilite kliniğine gelen kadın profili de oldukça geniş bir yelpazeye sahipti. Yani, klinikten sıra alıp, akşama kadar sıra bekleye(bile)n kadınlar arasında hiç çocuk sahibi olmamış kadınlardan, 7 çocuğu olup daha fazla çocuk sahibi olmak isteyen kadınlara kadar geniş kapsamlı bir hasta profili mevcuttu. Hastalar sıra sistemi ile içeri alındığı ve kliniğin yoğunluğundan dolayı, bazı günler hiç çocuğu olmayan kadınlara sıra gelmiyor ve bu kadınlar evlerine elleri boş dönmek zorunda kalıyorlardı. Böylesi bir durum ise infertilite kliniğinin açılış amacına hizmet etmemekteydi. Son tahlilde, doktorlar bu kliniği çocuk sahibi olamayan hastalara daha doğru hizmet verebilmek için açmışlardı. Amaçlarını tekrar gözden geçirerek, infertilite kliniğinde çalışan doktorlar kolektif fakat resmi olmayan bir düzenlemeye gitmek zorunda kaldılar: kliniğe kabul edilecek kadınların çocuk sayısı 3 çocuktan az olmalıydı. Polikliniğin açılışının üçüncü haftasından sonra artık üç ve fazlası çocuk sahibi olan kadınlara bu poliklinikte infertilite muayenesi ve tedavisi uygulanmayacaktı.

Hastanenin kısıtlı şartlarından ve devlet çalışanları olma konumlarından dolayı, doktorlar, bu bağlamda, düzenlemeleri düzenleyen bürokratlar olarak konumlandırılmışlardı. Yani, bu ‘küçük’ poliklinikte geçen mikro düzenlemelerle kimlerin (hangi Kürt kadınının, olarak okuyun) infertilite tedavisi alıp almayacağı gibi büyük nüfus düzenlemelerine sebep olabilecek bir karar verilmişti. Üç ve fazlası çocuk sahibi olmuş, fakat artık çocuk sahibi olamayıp üremeye dair konumlandırılmış bilgilerinden dolayı kendilerini infertil olarak pozisyonlandıran kadınların varlığını reddeden bu düzenleme, kadınların hâli hazırda sınırlı olan tedaviye erişimlerini daha da kısıtlamaktaydı. İki çocuktan fazla çocuğu olan kadınlara, doktorlar özel hastanelerin yolunu gösteriyorlardı. Fakat, devlet hastanesine gelen kadınların birçoğu, özel hastanelere bütçe ayırabilecek durumda olmayan alt sınıftan kadınlardı. ‘Üç çocuktan az’ kararı, genel üreme düzenlemeleri gibi, yine kadınların etnik, sınıfsal, toplumsal cinsiyet gibi kimliklerini ve bu kesişimsellikteki konumlandırılmışlıklarını görmezden gelip üremeye dair yeni eşitsizlikler ortaya çıkarmaktaydı. Bir yandan, makalenin geri kalanında gösterileceği gibi, doktorlar, devletin ÜYT’ye dair düzenlemelerinin eşik bekçiliğini yapıyordu (Inhorn, 2004)¹⁶, diğer yandan ise, böylesi düzenlemeler, devletin pronatalist politikaları sonucu ortaya çıkan ve her *resmi olarak* evli heteroseksüel çifti ‘en az üç çocuk’ yapmaya davet edip makul vatandaş modelini kadın bedeni üzerinden kuran üreme düzenlemeleri ile çelişiyordu. Fakat, merkezine kadını alan ulusal nüfus politikaları ile yine kadını merkezine alan, onun bedeni üzerinden nüfus mühendisliğine giden ve tahakküm kuran mikro düzey politikalar kadını araçsallaştırmaları açısından çok da birbirinden ayırmıyordu.

¹⁶ Marcia Inhorn (2004), “Privacy, privatization, and the politics of patronage: ethnographic challenges to penetrating the secret world of Middle Eastern, hospital-based in vitro fertilization” isimli çalışmasında, özellikle yaşadığımız hastane ve kliniklerin özelleştirildiği dünyada, doktor, hastane ve klinik çalışanlarının hem klinik ve hastanelerin içsel kültürünü, yapısını ve dinamiklerini değiştiren güçlü aktörler olduğunu hem de etnografik araştırmalarda araştırmacıların mekana ve verilere erişiminde rol oynayan merciler olarak önemli araçlar, eşik bekçileri [*gate-keepers*] olduklarını söyler. Kendi çalışmamda, *gate-keepers* terimini hem Marcia Inhorn’un kullandığı gibi, hem de biraz daha genişleterek, doktorların ve hastanelerin devletin üremeye dair düzenlemelerinin uygulanıp uygulanmadığını gözetleyen denetim mekanizmaları olarak da konumlanıp, düzenlemelerin eşik bekçiliğini yaptıklarını tartışıyorum.

Hastanenin kısıtlı imkanları, sağlıkta dönüşüm, neoliberalizm, devletin üremeye dair düzenlemeleri ile doktorların eşik bekçileri konumu Kürt kadınlarının üremeye dair deneyimlerini Kürt olmayan kadınlarınkinden ayırıştırıp farklı şekillerde etkileyerek, üreme ile ilgili kaynaklara erişimlerini daha da tabakalaştırmaktadır. Makalenin ilerleyen kısımlarında da gösterileceği gibi, patriarkal sistem kadını infertilite tedavisi aramak zorunda olan birincil kişi olarak konumlandırırken, yapısal eşitsizlikleri derinleştiren sosyo-ekonomik ve politik etmenler kadın bedeni üzerinden üremeye dair yeni anlayışlar empoze etmektedir. Üremeye dair kararları, olasılıkları ve deneyimleri etkileyen bu karmaşık sistem, aynı zamanda demografik sürece dair bilgiler verip, genel nüfus verilerinin mikro düzeyde nasıl şekillendiği üzerine de içgörü sağlamaktadır.

5. ÜREME TEKNOLOJİLERİNE DAİR DEVLET DÜZENLEMELERİNİN YEREL SOSYOPOLİTİK TARİH İLE KARŞILAŞMALARI

Bireylerin üreme ile ilgili deneyimleri, uluslararası üreme sağlığı literatüründe siyah feminizm tartışmalarıyla öne çıkan “üreme adaleti” ve *kesişimsellik* kavramları üzerinden daha iyi anlaşılabilir (Crenshaw, 1991; Ross & Solinger, 2017). Üreme adaleti kavramıyla, kişilerin sadece çocuk doğurma/doğurmama hakkına değil, aynı zamanda, bireylerin üreme ile ilgili kaynaklara güvenli ve eşit şekilde ulaşımına vurgu yapılarak, devletlerin üreme adaletini sağlayıp işleyebilirliğini sürdürmedeki rolünün altı çizilmiştir. Bu bağlamda, nüfus ve üremeye dair politikalar ırk, etnisite, sınıf, toplumsal cinsiyet, yaş, sakatlık gibi toplumsal dinamikler ve eşitsizliklerle kesişip, bireylerin üremeyle ilgili deneyimlerini şekillendirmektedir (Chrisler, 2012).

Kadınlar üzerine yüklenmiş bazı yerel inanış ve pratikler (evlenme veya anne olma yaşı, eşler arasındaki yaş farkı, ve iffet/bakirelikle ilişkilendirilen ideolojiler gibi) halihazırda sonuçlarına yine kadınların katlanmak zorunda olduğu cinsiyetleştirilmiş özneler yaratmaktadır (Das, 2000; Friese ve ark., 2006; Parla, 2001). Evlilik sonrası, bu inanış ve pratikler kişinin infertil olma dereceleriyle buluştuğu zaman, kişiler farklı kurum ve yapıların – toplum, aile, hastane ve hastane çalışanları gibi – neden olduğu sayısız zorluklarla karşılaşabilmektedirler. Devlet fonu için belli bir yaş aralığı belirleyen ve infertilite

tedavisinde evli olma koşulunu arayan ÜYT düzenlemelerinin Kürt kadınlarının içinde bulunduğu yaş ve evliliğe dair inanış, pratik ve sosyopolitik tarihle karşılaşması eşit olmayan, çoklu üreme deneyimleriyle sonuçlanmaktadır. Takip eden bölümler gerçekleştirilen etnografik araştırmadan örneklerle böylesi karşılaşmaların nasıl sonuçlar doğurabileceğini ve ne tür (yeniden) düzenlemeler, üremeye dair kararlar, müzakereler ve öznelliklere yol açabileceklerini göstermektedir.

5.1. Yaş ile İlgili Algılar ve Üreme Politikalarının Yaşa Dair Düzenlemeleri

Araştırmam süresince, yaşa dair toplumsal algı ve pratiklerin hem Kürt hem de Kürt olmayan görüşmecilerimin üremeye dair karar ve deneyimlerini önemli ölçüde etkilediğini gördüm. Fakat, farklı veya daha fazla yapısal eşitsizliklere maruz kaldıkları için, Kürt görüşmecilerimi böylesi algı ve pratikler eşit olmayan şekilde ve daha derinden etkilemekteydi. Diyarbakır'lı, Kürt asıllı, 26 yaşında olan Fatma ve ailesi ile olan anekdotlar yaşa dair algı ve pratiklerin kadınların üremeye dair deneyimlerinin nasıl şekillenebileceğini örneklendirecek niteliktedir¹⁷. Fatma, bana sık sık, evlilik ile ilgili fikir ve 'hayaller'inden bahsedirdi. Kendi ve ailesinin tabiriyle 'evlilik yaşı gelmiş' Fatma'nın 'doğru adam' tanımını tartışırken, yaşa dair toplumsal algıları da içine katarak, şunları söyledi:

Benden küçük biriyle evlenmeyi hiç istemem. Ne o öyle! Çocuk yetiştiriyormuşum gibi. Adamın anası gibi gözükmek istemiyorum. Hem genç olunca erkekler seni daha çok arzuluyorlar. Yoksa gözleri dışarı kayıyor. (Alan araştırması notları, Diyarbakır, Bahar 2017)

Fatma'yı tanıyanlar, Fatma'yı önce güzelliğiyle anarlardı. Onlar için Fatma, 'manken gibi bir kız'dı. Fatma, kendini güçlü, ayakları yere basan, bazı durumlarda, kendi tabiriyle, 'erkeklere meydan okuyan,' hem 'modern' hem de 'aile geleneklerine bağlı' biri olarak tanımlıyordu. Fakat, kendini modern olarak tanımlaması, kendinden küçük bir erkekle evlenmenin toplum içinde ve gelecekteki eşiyle olan ilişkisi

¹⁷ Fatma, Diyarbakır'da kaldığım süre içerisinde babasının kuyumcu dükkanında satış sorumlusu olarak yarı zamanlı olarak çalışmaktaydı.

içerisinde onu dezavantajlı duruma düşüreceğini düşünmesine engel olmuyordu. Kendinden küçük farazi eşinin ‘annesi gibi gözükererek’ toplumun yargılamalarına maruz kalmak ve yine, yaşından dolayı eşinin gözünün dışarı kaymasını istemiyordu. Fatma’nın yaşa dair algısı patriarkal sistemin bireylere dayattığı yaş algısından bağımsız değildi. Fatma ayakları yere basan güçlü bir birey olup, kendini ‘modern’ olarak tanımlasa da kendisi dışında, kendini de içine alarak tanımlanmış ‘ideal eş’ ve ‘ideal kadın’ kategorilerine uyması gerektiğini düşünüyordu. Birçok Kürt birey gibi, Fatma’nın modernliği tam da bu ilişkiselliğin arasında yer alıyordu. Fatma’nın çiftler arasındaki yaş farkına dair algısı hem aile içi hem de toplumsal dinamikleri kapsayan türdendi.

Fatma’nın ailesiyle ilk tanışıklığım 2017’nin Ocak ayında oldu. Fatma’nın annesi Nur ve babası Salih kendilerini ‘modern’, ‘okumuş’ ve ‘açık görüşlü’ olarak tanımlıyorlardı. Fakat, Fatma ile yukarıdaki konuşmayı yaptığımız sıralarda, Fatma’nın abisi Hani¹⁸, kendisinden beş yaş büyük bir arkadaşı Deniz’le¹⁹, bugünkü genel tanımıyla, çıkmaktaydı. Deniz’in de benim gibi o sıralarda Amerika’daki doktorası devam etmekteydi. Deniz, başlarda Hani’ye karşı, kendi tanımıyla, ‘ciddi duygular’ beslemiyor olsa da Hani’nin ailesi ile tanışması ve hep birlikte sık zaman geçiriyor olmaları, Deniz’in ‘kendini aşık olmuş olarak bulmasına’ neden olduğunu söylemişti. Deniz, Hani’nin ailesi ve arkadaşlarıyla zaman geçirirken, Fatma ile de yakın arkadaşlık geliştirmişti. Öyle ki, başlarda Deniz ve Hani’nin romantik birliktelikleri olduğunu bilen tek aile bireyi Fatma’ydı. Hani, başlangıçta Deniz’in yaşını ‘sorun etmiyor’ olsa da, Deniz’in ciddi düşündüğünü anladığında ‘yaş’ ilişkilerinde *sorun* haline gelmeye başladı. Hani, kendince durumu şöyle özetlemişti bana:

Deniz’in yaşını kafaya taktım çünkü toplum ne diyecek bilmiyordum. Deniz’i arkadaşlarıma ve aileme tanıştırdım, ama yan yana durduğumuzda yaş farkımız belli oluyordu. Buralarda iyi karşılanmıyor böyle şeyler. Ama, bu Deniz’le ilgili bir şey değil, toplumla ilgili bir şey. Deniz’le

¹⁸ Hani, üniversite mezunu, 27 yaşında, ve esnaf.

¹⁹ Deniz, 32 yaşında, doktora yapan Kürt asıllı bir kadın.

çok iyi anlaşıyoruz. Yani bu kişisel değil. Onun kişiliği ile ilgili bir şey de değil. Toplumun, düşüncelerimi nasıl şekillendirdiği ile ilgili bir şey. Zaten babam onunla tanıştırdığım kızların hepsine bir kulp takıyor. Yok ‘bu kısa; bu güzel değil; bu karadır; bunun yaşı çok’ gibi şeyler... (Alan araştırması notları, Diyarbakır, Bahar 2017)

Hani, özellikle babasının tepkisinden çekindiğini söylüyordu. Deniz ise önceleri bu gelişmelerden habersizdi. Deniz, kendilerini açık görüşlü ve modern olarak tanımlayıp bunları kendilerince performe eden, aynı sofraya oturduğu bir ailenin Deniz’in yaşıyla ilgileceğini düşünmüyordu. Sonradan anladım ki, aslında Deniz’in yaşını Hani’nin ailesi de bilmiyordu. Hani, ciddi düşüneceği kişinin daha genç bir bedene sahip olmasını arzularken, Deniz’in yaşı ev içinde konuşulan bir konu olmuştu. Her ne kadar Hani, Deniz ile arasındaki yaş farkını ‘bariz’ olarak yorumlasa da onları tanıyanların çoğu yaş farkını görmüyorlardı. Fatma’nın anlattıkları bunu özetler nitelikte.

Bir gün, babaları olan Salih amca, Hani’ye, yaşından dolayı Deniz ile olan birlikteliklerini onaylamadığını söylemiş. Fatma, hemen araya girerek, “O kadar da yaşlı değil, bir ya da iki yaş var aralarında!” diye cevap vermiş. Hani ise, çekinerek, “Yok, aramızda beş yıl yaş farkı var,” demiş. Fatma, buna şaşırılmış da olsa, “Ne olacak, sanki kız 40 yaşında! Çocuk yapabilecek yaşta.” Her ne kadar kendisi farklı düşünse de Fatma için Deniz’in yaşı ‘kabul edilebilir’di çünkü Deniz hem yaşını göstermiyordu hem de henüz üreme yaşını geride bırakmamıştı. Deniz’in yaşı geniş aile üyeleri arasında da tartışılıyordu. Ailenin bir kısmı Deniz’in yaşını ‘umursamazken,’ diğer kısmı ise yaş farkının önemli olduğunu söylüyordu. Deniz ve Hani’nin ilişkileri ayrılıkla sonuçlandı. Hani, Deniz’i kendisinden dört yaş küçük olan eski sevgilisiyle aldattı. Deniz’in durumu öğrenip Hani’yle ayrılmasından sonra Hani eski sevgilisiyle bir ilişkiye başladı.

Bu bağlamda, yaş, sadece bir kadının nasıl görüldüğü ile ilgili değil (genç veya genç olmayan), aynı zamanda kadının üreme kabiliyeti ile de ilişkilendirilen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Hem kadın hem de erkek için kadının yaşı ve kadın ile erkek arasındaki yaş farkı farklı derecelerde de olsa kaygı nedeni yaratmaktadır. Bahsettiğim bu ilişkisellik, yukarıdaki örnekte de görüleceği gibi hem

doğrusal hem de doğrusal olmayan yollarla kurulabilmektedir. Yani, ‘genç olmak’ çocuk sahibi olabilmenin habercisi olarak algılanabilirken, çocuk sahibi olmak (olmaya devam etmek) ‘gençlik’ ile ilişkilendirilebilir. Alan araştırması süresince tanıştığım kadınlar, yaşla birlikte biyolojik sınırlamalarının da arttığını düşünerek kendilerini, kendi tabirleriyle, ‘bizden geçmiş’ veya ‘işe yaramaz’ olarak tanımlayabilmekteydiler. Bu yüzden, üreme söz konusu olduğunda, yaş ve yaşa dair uygulama, pratik ve inanışların kendi toplumsal ve tarihsel bağlamları içerisinde düşünülmesi gerekmektedir.

Farklı sosyoekonomik ve politik bağlamlarda, global bir fenomen olarak görülen bilim (Rapp, 2006), yaşa ve evliliğe dair ulusal düzenlemeler, yerel inanış ve pratiklerle karşılaştığında çeşitli üreme deneyimleri ortaya çıkarmaktadır. Sonraki analizler üremeyle ilgili deneyim ve kararların öznellikler, bilim, tarih, sosyo-ekonomi ve politikalarla karşılaştığında ne tür şekiller alabilecekleri ve genel demografiyi nasıl etkileyebilecekleri üzerinedir.

5.1.1. ‘Kimlik Yaşım Doğru Değil’: Sosyopolitik bir gerçeklik olarak doğum tarihleri

Kadınların yaşla ilgili kaygıları sadece toplumsal olarak değil, aynı zamanda devletlerin yaşı temel alarak üremeyi düzenleme yöntemleriyle de şekillenmektedir. Problem üreme ve üreme için sağlanan parasal destek olduğunda, devletler ÜYT ödeneği için kadınlara yaş sınırlaması getirebilmektedirler. Sosyoekonomik olarak şekillenen yaşa dair kaygılar, ÜYT desteğinin (araştırmayı gerçekleştirdiğim sırada) 39 yaş ile sınırlamaları, düzensiz kayıtlandırılmış kimlik kartları ve kadınların eşleri tarafından desteklenmemesi ile birleştiğinde, yaşla ilgili endişeler getirecekleri sonuçlardan dolayı daha fazla artmaktadır²⁰. Aşağıda verilen anekdot, Diyarbakır devlet hastanesinde karşılaştığım infertilite tedavisi için hastaneye gelen kadınlardan birine aittir. Bu anekdot, yaş ile ilgili düzenlemelerin diğer etmenlerle kesişmesi sonucu daha ileri korkular yaratıcısına örnek teşkil etmektedir.

²⁰ Bkz, dipnot 5

40 yaşındayım. Kimlikte 44, ama yanlış o... Beş aydır evliyim. Gereken bütün testleri yaptırdım ama kocam muayeneye gelmiyor... Çok korkuyorum çocuğum olmayacak diye. Yaşım da geçiyor. (Alan araştırması notları, Diyarbakır 2017)

Deniz ve Hani örneğine paralel olarak, yukarıdaki anekdot kadınların üreyebilme kabiliyeti ile ilişkilendirilen yaşa dair kaygıların evlendikten sonra da günlük yaşamlarını işgal etmeye devam ettiğini göstermektedir. Yaşla ilgili kaygılar, maddi yetersizlik, ailesel ve toplumsal destek yokluğu, eşit ve hassas olmayan belgelendirme ile birleştiğinde kadının yükü ve tasaları daha da artmaktadır. Doğru olmayan doğum kayıtları üreme eşitsizliğini körükleyen önemli elementlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Yukarıdaki örnek, Diyarbakır'ın devlet hastanesinde sıklıkla karşılaştığım yaşa dair kesitlerden sadece birisi. Kadınların, çocuk sahibi olamama ve çocuk sahibi olma gerekliliği kaygısını tek başlarına omuzlamış oldukları durumlarda, devletin kadınların (kimlikte doğru kaydedilmemiş) yaşlarından dolayı infertilite tedavisini karşılamaması bazı kadınları çaresiz bırakmaktadır. Takip eden etnografik kesit, bunu, içine kattığı aktörlerle birlikte, güncel, sosyopolitik ve tarihsel konumsallığının kesişimi bağlamlarıyla açıklamaktadır.

Hasta kabul formunu dolduran hemşire, odada bulunan hastaların yaş, evlilik durumu gibi temel bilgilerini aldıktan sonra, hastalara hemen bitişik masamızda oturan *Doktor Bey*'e muayene olmak üzere sıraya girmelerini söylüyordu. O sırada sadece beyaz bir perde ile odayı ayıran muayene odasından çıkan Doktor Bey eldivenlerini çıkarıp bilgisayarının başına otururken, içerde giyinmekte olan hastaya seslenerek, 'Yaşın kaçtı senin' diye sordu. '37,' diye cevap verdi kadın. Bunu duyan hemşire, doktora hızlıca bakarak aceleyle hasta kabul formlarını karıştırmaya başladı. Hemşire, üzerini düzelterek muayene *odasından* çıkan hastaya, "Sen 37 değilsin, 43 yaşındasın, neden yalan söylüyorsun?" diye çıktı. Kadın, biraz da şaşırarak, "Ama o benim gerçek yaşım değil. Babam, kardeşim askere geç gitsin diye benim yaşımla benden büyük olan erkek kardeşimin yaşını değiştirmiş," dedi. Doktor, dudağını bükerek, "Sebebi çok da fark etmiyor, kimlikteki yaşın önemli. Kimlik yaşın 39'dan büyük olduğu için sigorta tedaviyi karşılamaz," diye cevap verdi kadına. (Alan araştırması notları, Diyarbakır, Kış 2017)

Kimlik kartları, Kürt kadınlarının günlük yaşamlarını şekillendirip, kimlerin ÜYT ödeneğine erişip erişemeyeceğine karar verirken, aynı zamanda sosyopolitik tarihlerinin hikayelerini de anlatarak, üremeye dair eşitsizliklerin nasıl daha fazla körüklenebileceğini gösterir. Helga Tawil-Souri (2011), İsrail devletinin Filistinlilere uygulamış olduğu farklı kimlik kartı uygulamalarını inceleyen makalesinde, kimlik kartlarının devlete gözetleme olanağı veren modern teknolojik araçlardan olduğunu söyler (Tawil-Souri, 2011, s. 73). Bu bağlamda, kimlik kartları bir yandan toplumun sosyal kompozisyonunun yönetilip düzenlenmesine olanak sağlarken, diğer yandan yapısal eşitsizlikleri hem temsil eder hem de sürdürülmesine vesile olur. Başka bir ifadeyle, kimlik kartıyla ilgili düzensizlikleri teşvik eden düzensizlikler, bugün üremeye ilgili düzenlemeler yoluyla kadınların bedenlerinde, hayatlarında üreme eşitsizlikleri yaratarak tekrar canlanmaktadır.

Yönetimsel araçlardan yalnızca biri olan kimlik kartlarının fiziksel varlığının temsiliyetlerine ek olarak, kimlik kartı üzerinde olan bilgiler de kişilerin hayatlarını derinden, hatta hayati derecede etkilemektedir²¹. Kadınların sosyo-ekonomik ve psikolojik iyiliklerinin çocuk sahibi olma derecesiyle ilişkilendirildiği bir toplumda, üreme haklarından kendi sosyopolitik tarihlerinden dolayı mahrum edilme, kadınları daha fazla dezavantajlı olan bir yere hapseder. Sosyopolitik tarih hem daha önce bahsetmiş olduğum çatışma ortamında yaşamayı ve hayatı devam ettirme çabalarını kapsadığı gibi, çatışma bölgesinde yaşamının kendisinin neden olduğu farklı, fakat kendine özgü yapısal eşitsizliklerin patriarkal sistemle kesişimine işaret etmektedir. Türkiye’de yapılan bir çok çalışma, etnik konumlarından dolayı ortaya çıkan yapısal eşitsizliklerin, diğer etnik gruplarla karşılaştırıldığında, Kürt kadınlarını eşit olmayan bir şekilde daha fazla etkilediğini ve kaynaklara erişim ve kullanımını

²¹ Başka yerde bahsettiğim gibi, yıllar süren PKK ve Türkiye arasındaki çatışmalar, Türkiye’yi iki etnik grup olan ‘Türk’ ve ‘Kürt’ etnik kampa ayırdığı için, Kürt kadınlarının kimlik kartları üzerinde var olan ‘doğum yeri’ gibi bilgiler onları ırksallaştırıp (politik Kürt), sağlıkla ilgili mekanlarla ayrımcılığa uğramalarına, hatta, bazı durumlarda, tedavi ve kontrollerinin reddedilmesine neden olabilmektedir. Bkz: Kiliçtepe, Şafak. “Feeling like a ‘Misfit’: Kurdish Women’s Entangled Reproductive Experiences in Turkey.” Hilal Alkan, Ayşe Dayı, Sezin Topçu, Betül Yarar (Ed.). *The Politics of the Female Body in Contemporary Turkey* içinde Çıkacak (2021).

kısıtladığını ortaya koymaktadır (Gündüz-Hoşgör & Smits, 2008; Smits & Gündüz-Hoşgör, 2003; Yavuz, 2005; Zeyneloğlu et al., 2011, 2016).

Aslında, ekonomik olarak dezavantajlı ailelere doğmuş çoğu Kürt kadınının kimlikteki yaşlarının gerçeğe ilgisi olmadığını yine Kürt olan bir kaç doktorla konuşmuştum²². Erkek kardeşleriyle yaşlarının değiştirilmesine ek olarak, ulaşım araçlarının olmadığı ve şehir merkezine yolculuğun neredeyse imkansız olduğu köylerde yaşayan, Türkçeyi ya hiç bilmeyen ya da iyi konuşamayan ve devlet memurlarıyla iletişim kurmanın zorluğunu yaşayan babaların, şehre indiklerinde ‘3-5 çocuğunun’ yaşını hep birlikte kaydederek, hepsine neredeyse aynı yılı veya bir yıl aralıklı yaşlar verdiklerinden de bahsetmiştik. Şehir merkezine uzaklık, aynı dili konuşamıyor olma engeli, zamana dair algıların modern hayatla uyumsuzluğu da kadınların yaşlarının kimlik yaşlarından farklı olmasına neden olup, kadınların sağlıkla ilgili kaynaklara erişimini sınırlandırmaktadır. Fakat, özellikle devlet çalışanı olan doktorlar sosyoekonomik ve politik tarih ile kimlik kartları arasındaki ilişkinin farkında olsalar da devlet çalışanı olma konularından dolayı, onların gözünde kadınların kendi hikayesinin hiç bir ağırlığı kalmamaktadır. Nihayetinde, devletin üremeye dair düzenlemeleri ve doktorların devlet çalışanı olma konuları, sahip oldukları bilgiye yeniden biçim vermektedir: kimlik kartı yaşı esastır! Böylesi karmaşık olan üremeye dair karşılaşmalar kadınların sosyoekonomik durumlarına bağlı olarak (daha fazla) çocuk yapmak konusundaki kararlarını etkileyebilmektedir. Başka bir deyişle, yaşlarından dolayı devletin infertilite tedavisi ödeneğinden yararlanamayan kadınlardan ekonomik imkânı olanlar masraflarını ceplerinden ödeyebiliyorken, imkanları olmayanlar ise medikal çözüm arama yollarını terk etmek zorunda kalabilmektedirler. Yani, üremeye dair olasılıkların ve kararların ekonomik gelirle iç içe geçtiği böylesi durumlar ve sosyopolitik tarihle üremeye dair düzenlemeler demografik süreci derinden şekillendiren bağlamlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Diğer bir deyişle, eşit gözüken bir uygulama – ÜYT ödeneğinin T.C. vatandaşları için 23 ve 40 yaş aralığıyla sınırlandırılması – ekonomik ve patriarkal

²² İlk defa duyduğum bir bilgi değildi bu. Hem ailemde hem de çevremde kimlik yaşlarının yanlış olduğu, hatta gerçek yaşlarını ebeveynleri de dahil kendilerinin bilmediği birçok insan var.

sistemdeki yerleriyle kesişip Türkiye’de yaşayan Kürtler arasında üremeye dair eşitsizlikler yaratmakta ve kadını daha da müşkül konuma itebilmektedir. Bu eşitsizliklerin temellerinden biri sosyopolitik tarihin kimlik düzenlemelerine yansımadır. Örneğin, babalar erkek çocuklarının ‘erken yaşta’ zorunlu olan askerliklerinin önüne geçmeyi amaçlarken, Kürt kadınlarının yaşları ve kimlikleri erkek kardeşlerinininkinin ağırlığı altında kalmıştır. Sistemsel bir zorunluluk olan erkeklerin askerlikleri ve askerlik ile ilgili düzenlemeleri kasıtsız sonuçlar ortaya çıkararak, kadınların bedenlerini ve arzularını ihlal etmektedir. Gerçekte, kadının refahı erkeğinkine feda edilmektedir. Böylesi bir sistem erkeğin geleceğini kadının geleceğinden daha imtiyazlı kılarak, ata soylu kültürü kadınların kimlik kartları üzerinden ve medikal sistemle yeniden üretmektedir.

5.2. Evlilik Durumu

Resmi evlilik içinde olma infertilite tedavisinin ön koşuludur. Hem Ankara’da hem de Diyarbakır’daki bulunduğum özel ve devlet hastanelerinde ÜYT yoluyla tedavi olmak isteyen ve olması gereken hastaların evlilik cüzdanları tedaviyi alacakları kurumlar tarafından istenip, kopyalanıp hastaların dosyalarına eklenerek, hizmet alan hastaların evlilik durumları arşivlenmekteydi. Sağlık Bakanlığı, tedavi alan çiftlerin evli olup olmadıklarını sıkı bir şekilde denetler ve eğer hastanelerin arşivlemeyi güvenilir ve sistemik bir şekilde yapmadıklarını tespit ederse, bu hastaneler kapatılabilir.

Fakat, özellikle Diyarbakır’da hastaneye gelen infertilite hastalarının önemli bir oranı sadece imam nikâhlı evlilikler içerisinde olup, resmi evlilik cüzdanı edinmemişlerdi. Hastane çalışanları hastaları infertilite tedavisinin ‘evlilik şartı’ konusunda bilgilendirip, onlara evlilik cüzdanlarıyla geri gelmelerini söylüyorlardı. Ancak, hastane çalışanları için infertilite tedavisinde, onların deyimiyle, ‘basit’ gözüken evlilik ön koşulu, çiftler için hali hazırda, kendi deyimleriyle, ‘zor’ ve ‘çetrefilli’ olan infertilite tedavi sürecini daha da karmaşıklaştırabiliyordu. Mesela, Diyarbakır’daki özel hastanede görüşme yaptığım infertilite tedavisi alan çiftlerin büyük çoğunluğu, tüp bebek tedavisine yüklenen olumsuz anlamlar, yanlış algılardan dolayı – tüp bebeği haram görme, başkasının çocuğunu alma, başkasının spermini kullanma vs. – ve olumsuz yorumlarla karşılaşp daha fazla baskı görmemek için tüp bebek yaptıklarını

en yakınlarından bile saklıyorlardı. Yani, resmi evlilik şartı bazı çiftler için ya mümkün değildi ya da onlar için işleri daha da zorlaştırmaktaydı. Resmi evlilik şartını yerine getiremedikleri için bazı hastalar tedaviden vazgeçmek zorunda kalıyorlardı, ki bu da üremeye dair ulusal düzenlemelerin yerelde kişilerin üreme yollarına erişimini sınırlandırıp, demografik sürece kesin bir yön verdiğini göstermektedir.

Heteroseksüel evlilikler Türkiye’de yasal olarak tanınan tek evlilik türü olmasına rağmen, resmi evlilik oranı, Türkiye’nin diğer bölgeleriyle kıyaslandığında, Doğu ve Güneydoğu Bölgelerinde çok daha düşük olduğu görülmektedir²³. Bu bölgelerde, yaygın bir şekilde, birincil olarak tanınan evlilik türü ise dini evlilik veya imam nikahı olarak adlandırılan evlilik türüdür (Civelek ve Koç, 2007; Turgut vd., 2015). Yaprak Civelek ve İsmet Koç’un (2007) yaptıkları bir çalışmaya göre, *sadece* dini nikah oranlarının en yaygın olduğu bölgeler Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleridir. Bu tür evlilikler devlet dökümanlama sistemine girmedikleri için evliliğe dair istatistiklerde yer almazlar. Dini nikahın resmi düzeyde tanınmıyor oluşu ise yalnızca dini nikahla evlenen bireylerin infertilite tedavisi arayışında problem olarak karşılımlarına çıkmakta ve üreme ile ilgili kaynaklara erişimini sınırlamaktadır. Bu durum, kuma olarak çoklu bir evliliğin içerisinde olan kadınları çok daha fazla etkilemektedir. Yani, ÜYT kullanımında resmi evlilik şartı gibi bir devlet düzenlemesi özel alanı da düzenlemekte, üremeye dair deneyim ve kararları yeniden şekillendirmektedir.

5.2.1. Çok Eşlilik, Kumalık ve Demografik Süreç

Diyarbakır’daki görüşmecilerimin bazılarının birden fazla annesi vardı²⁴. Bazıları, biyolojik annelerinin babalarıyla resmi nikahı olmadığından, biyolojik annelerinin üzerine kayıtlı değillerdi. Bunun yerine, babaları hangi anneleriyle resmi evlilik yapmış ise resmi kayıtlarda onların çocukları olarak

²³ Bkz, “Diyarbakır’da Evlilik Oranları Arttı, Boşanmalar Azaldı”, Pasurun Sesi, 3 Mart, 2016. 4 Şubat, 2018 tarihinde erişildi. <http://www.pasurunsesi.com/haber/3196/diyarbakirda-evlilik-oranlari-artti-bosanmalar-azaldi.html>

²⁴ Çoklu evliliklerin oranı Türkiye’de düşüyor olsa bile özellikle Güneydoğu ve Doğu Anadolu Bölgelerinde göreceli olarak daha yoğunlukla sürdürülen bir pratik olmaya devam etmekte. Van’da yapılan bir çalışma, kadınların %11.3’ünün çoklu evlilik içerisinde olduğunu göstermektedir (Gücük vd., 2010). Bu kadınlardan bazıları ise resmi evlilikleri olmadıkları için resmi kayıtlarda hala evlenmemiş olarak gözükmektedirler.

gözüküyorlardı. Bu durumu problem olarak görmedikleri halde, çoklu evlilik pratiğinin de geçmişe oranla daha az sıklıkta gerçekleştiğini vurgulamışlardı. Fakat, pratiğin az olması veya azalması, pratiklerin kendilerinin demografik sürece katkıda bulunduğunu görmezden gelmemize neden değildir. Aksine, Skinner'in de tartıştığı gibi (1997), demografik süreç, aslında, aile içerisindeki böylesi dinamikler sonucudur.

Görüştüğüm kadınlar, kumalığı arzu etmedikleri halde, çoklu evlilikleri evlilik türlerinden biri olarak görmekteydiler. Kumalık sistemi içerisinde olup resmi evliliği olan kadınlar çoğunlukla eşleriyle 'ya ilk evlenen' ya da 'ilk (erkek) çocuğu doğuran kadın' konumundaydılar. Resmi olmayan evlilik içerisinde olan kadınlar, özellikle çocuk sahibi veya erkek çocuk sahibi olmadıklarında, boşanma, üstüne kuma getirilme, baba evine gönderilme gibi durumlarla karşı karşıya kalarak, sosyo-ekonomik durumları ve aile içerisindeki konumları sarsıntıya uğramaktadır. Böylesi bir patriarkal sistemde, çocuksuzluk söz konusu olduğunda ÜYT 'kurtarıcı' olarak görülse de, bazı kadınların etnik, sınıfsal ve toplumsal cinsiyet kimliklerini göz ardı eden ÜYT düzenlemeleri hem ÜYT'ye erişimin kendisini hem de ÜYT'den geçme sürecini farklı aktörleri içine alarak karmaşıklaşmaktadır. Diyarbakır'da özel bir tüp bebek hastanesinde tanıştığım Ceylan'ın yaşadıkları bu karmaşıklığı örnekler niteliktedir.

Ceylan, 40 yaşını yeni aşmıştı. Tüp bebek tedavisi için Şanlıurfa'dan gelmiş olan Ceylan, aşiret geleneklerine sıkı sıkıya bağlı bir ailedendi. Babası Ceylan'ı, Ceylan'ın mühendis olan amcasının oğluna 'gelin diye vermişti.' Fakat, Ceylan'ın uzun bir süre çocuğu olmadığı gerekçesi ile Ceylan'ın eşi başka bir kadınla (imam nikahıyla) evlenmiş. Zaten çocuğu olmadığı için evde hem psikolojik hem de fiziksel şiddete maruz kalan Ceylan'ın evdeki konumu, kumasının çocuk sahibi olmasıyla daha fazla sarsılmış. Görüşmemiz sırasında, Ceylan evdeki konumunu, "Benim yerim evdeki hayvandan da sonra geliyor," diye tanımlamıştı bana. O zamanlar henüz üniversite öğrencisi olan Ceylan'ın görüşmesi Ceylan'ın uğramış olduğu kötü muameleye dayanamayarak, Ceylan'ı alan araştırması yapmış olduğum özel hastaneye getirmişti. Fakat, o zamanki giderleri yaklaşık 8.000 TL civarı olan hastane masraflarını, eşi hiçbir destek sağlamadığı için, kendisi karşılamak zorunda kalan Ceylan, hastaneye gelmek için

elinde ne var ne yoksa satmak zorunda kalmıştı. Ceylan, o evde insan yerine koyulmak için tüp bebeğin son çaresi olduğunu söylüyordu. ‘Gelinlikle girdiği evden ancak kefenle çıkabilecek’ Ceylan’ın ‘baba evine dönmek’ gibi bir şansı da yoktu. Bütün umudunu elindeki her şeyi satarak tüp bebeğe bağlamıştı. Maalesef tüp bebek Ceylan için olumlu sonuçlanmadı. Ceylan’dan bir daha haber alamadım. Zaten yalnız girmiş olduğu başarısız olan tüp bebek sürecinden sonra evde nelerle karşılaştı bilmiyorum. Fakat, Ceylan üniversite öğrencisi olan görümcüsü sayesinde, eşini de sperm vermek için ‘ikna etmeyi’ ‘başararak’ tüp bebek tedavisine başvurabilmişti. Tedavinin başarılı olup olmaması ise demografiyle ilgili istatistiklere ‘+1’ veya ‘0’ olarak yansımaları demektir. İşte demografik verilere neden olan demografik süreç aslında Ceylan gibilerinin geçmiş olduğu üreme deneyimlerinin bir sonucudur. Bu makalede geçen deneyimler ise onların sayılardan daha büyük olduğunu, sosyo-ekonomik ve politik alana dair çok daha fazla bilgi verdiğini göstermektedir. Kadın bedenini toplumsal olanın kapsamı olarak düşündüğümüzde, onun bulunduğu etnik, sınıf ve toplumsal cinsiyet bağlamları açısından farklı hiyerarşik iktidar ilişkileri içerisinde farklı derecelerde konumlandıklarını daha açık bir şekilde görmekteyiz (Kutluata, 2002). Kadınlar farklı hiyerarşik sistemleri içinde farklı ayrımcılıklara ve ezilmişliklere maruz kalırlar. Yani, kadın bedeninin ata soyluluğun devamı için araçsallaştırılıp nesnelendirildiği, üreme üzerinden tahakküm sağlandığı bir kontekste, çocuk sahibi olmak kadının toplum içindeki sosyo-ekonomik konumunu iyileştiren olgulardan biri olarak karşımıza çıkabilmektedir. Başlı başına, bu durum ise, kendi içerisinde yeni eşitsizlik ve hiyerarşik ilişkilere yol açıp, üreme adaletsizliğini tâbi kılmaktadır.

Örneğin, çocuksuzluk söz konusu olan bazı durumlarda, kadınlar eşlerini (bazı görüşmecilerimin deyimleriyle) ‘kendi elleri’yle boşayıp, kendilerine (eşleriyle resmi evliliği olacak) kuma getirilmesini isteyebiliyorlardı. Bunu, kendilerinin yerine getiremediği ‘görevi’ başka kadın yerine getirebilsin ve ‘kocaları çocuk sahibi olup soylarını sürdürebilsin’ diye yapıyorlardı. Necla, bu kadınlardan yalnızca birisiydi. Ev hanımı olan Necla, 40 yaşlarındaydı ve Diyarbakır’ın Bismil ilçesinin köylerinden birinde yaşıyordu. Evlilikten birkaç yıl sonra çocuğu olmayınca, ‘eşinin soyunun devamı için’, Necla eşini

boşanmış ve başka bir kadınla resmi nikah yaptırmış. Necla, bir süre aynı evde kaldığı kumasının bitmek bilmeyen baskı ve küçümsemelerine maruz kalmış. Kumasını ‘şeytan’ olarak tanımlayarak şunları söyledi:

Onlarla yaşamayı denedim ama kumam şeytanın tekiydi. Sonrasında da bu eski eve (kendi evini göstererek) taşındım. Çocukları var şimdi, ama en azından sürekli aşağılanmaktan kurtuldum.
(Alan araştırması, Diyarbakır, Bahar 2017)

Bu örnekte, Necla’nın hem evliliği hem de boşanma durumu resmi kayıtlarda yer almıştır. Fakat, Necla kendini boşanmış bir kadın olarak tanımlamadı bana. Kendini hala evli olarak görüyordu, sadece eşi ve kumasıyla birlikte yaşamıyordu. O kadar. Ancak, resmi kayıtlar, Necla’nın boşanmasına neden olan patriarkal meselelere ve dinamiklere dair herhangi bir bilgi vermiyordu. Demografik sürecin nasıl şekillendiğini, Necla’nın eşinin neden başka bir kadınla evlenip ondan çocukları olduğuna dair bir şey söylemiyordu. Kişilerin evlilik ve üremeye dair fikirlerine aslında böylesi iktidar ilişkileri yön verip, şekillendirmektedir. Bireylerin hikayeleri ve hayatlarına yakından bakmak demografik sürecin hikayesine de ışık tutmaktadır.

Yaşadıkları patriarkal sistem içerisinde ata soyluluğu esas alan ve kadın için resmi evliliği çocuk sahibi olmakla koşullandıran toplumsal şartlar, medikal sistemin evlilik şartıyla karşılaştığında kadın için daha da çıkmaz bir hâl alabilmektedir. Tek eşli evlilik içinde olup eşleriyle yalnızca dini nikahla evli olan kadınların bu koşulu farklı yollarla, bazı durumlarda doktorları da içine alarak, müzakere etme şansları varsa bile, kuma olup da eşlerinin diğer bir kadınla resmi evlilik yaptığı koşullarda müzakere yolları neredeyse tamamen tıkanmış olmaktadır. Örnek vermek gerekirse, kuma olarak evlenen Halime, Halime’nin eşinin ilk eşiyle yapmış olduğu resmi evlilikten dolayı sadece dini nikahla evlenmişti. Bir yılı henüz aşmış bir evliliği vardı ama bu süre zarfında hamile kalamayıp evlilikteki konumu sarsıldığı için, hastaneye görünür bir kaygıyla gelmişti. Halime kendisine refakatçi olması için okuma yazması olan yeğenini de getirmişti yanında. Halime’yi öncesinde görmüş olan doktor, Halime’ye eşinin nerde olduğunu sordu. Uzun zamandır, kendi deyimiyle, ‘çocuk tedavisi’ için doktora gelip giden Halime’nin

eşi doktora görünmeyi hiçbir zaman kabul etmemiş. “Çocuk tedavisi için doktora gelmez o hocam, ‘problem sendedir’ diyor,” dedi, Halime. O sırada, Halime’nin yeğeni hızlıca araya girerek: “Doktor bey, ama eniştemin önceki evliliğinden çocuğu var. En küçüğü iki yaşında,” dedi. Doktor, Halime’nin yeğenine, çocuk sahibi olduktan sonra da üreme ile ilgili problemler yaşanabileceğini söyledi ve ekledi: “Bu yüzden eniştenin problemi olup olmadığını sonuçlarını görene kadar bilemeyiz.” Halime’nin durumuna ve çaresizliğine üzülen doktor, “Kocası gelmeyen ve evlilik cüzdanı olmayan kadınları muayene etmiyor veya herhangi bir tedavi önermiyorum ama senin durumun çok çaresiz. Elimden geldiği kadar yardımcı olmaya çalışacağım,” dedi. Böylece, doktor, overlerinde (yumurtalıklarında) sorun olan Halime’ye overleri düzenleyici ilaç yazdı.

Halime’nin çaresizliği ve korkusu gözlerinden, hal ve hareketlerinden açıkça okunabiliyordu. Halime, hamile kalırsa, kendi deyimiyle, ‘kapı önüne koyulmayacaktı.’ Fakat, çocuk sahibi olamamanın tam olarak ne tür bir sorun ve kimden kaynaklandığını ve de ilaçların çocuk sahibi olma çabasında işe yarayıp yaramayacağını ne ben, ne Halime ne de doktor biliyordu. Medikal sistemin dayatmış olduğu umudun politik ekonomisi derin hayal kırıklıklarını da beraberinde getirebilirdi (Novas, 2006). Başka bir deyişle, Halime hamile kalmayabilirdi. Fakat, ilaçlar sayesinde hamile kalması ise, Halime’nin ısrarcı ve medikal sistem içerisinde girmiş olduğu müzakereler ile karşısına çıkan doktorun empatisiyle gerçekleşecekti. Halime’nin hamile kalması nüfusa ‘+1’ olarak yansıyacakken, bu sayının meydana gelişi veya gelmeyişi medikal sistemin merkezinde durduğu karmaşık dinamikler, karşılaşmalar ve sistemler Halime gibi diğer Kürt kadınlarının üreme ile ilgili deneyimlerini şekillendirerek nüfus verilerini etkiliyordu.

Halime’nin durumunda, infertilite tedavisine yönelik düzenlemeleri sınırlı da olsa ‘bükebilin’ doktor, başka hastalarda böylesi bir esneklik göstermiyordu. Bunun nedenleri arasında hem Halime’nin, doktora belirttiğine göre, diğerlerine nazaran daha ‘çaresiz oluşu,’ hem de ÜYT kullanımı için resmi evlilik koşulundan bağımsız olan Halime’nin over problemi yer alıyordu. Yönetimselliğin ve biyopolitikaların Kürt kadınlarının üremeye dair kararlarını ve deneyimlerini nasıl şekillendirdiğini ve demografik sürece

katkısı bulunduğunu gösteren böylesi örnekler, aynı zamanda yönetimselliğin ve failin sınırlı oluşuna da işaret etmektedir (Gupta, 2012). Sınırlılığın kendisi hem içinde bulunduğu patriarkal sistem hem de biyopolitikalar tarafından şekillenmiştir. Diğer bir deyişle, resmi evliliği olmamasına rağmen, Doktor Halime'yi muayene edip ona infertilite tedavisinde de kullanılan overleri düzenleyici ilaç yazmayı kabul etti. Yönetimselliğin bir şekli olarak tanımladığım ÜYT düzenlemeleri infertilite tedavisini sadece evli çiftlerle sınırlarken, medikal sistemdeki 'esneklikler' yönetimselliğin bükülebilmesine neden oluyordu. Fakat, Halime'nin eşi erkekte sorun olabileceğini kabul etmeyip doktora görünmeyi reddettiği için, doktorun sorunu tam olarak irdelemesini imkansız kılmaktaydı.

6. SONUÇ

İyi bilinen antropologlardan Nancy Scheper-Hughes (1997), “Sayıları Olmayan Demografi [*Demography Without Numbers*]” makalesinde, “Göstermek istediğim aslında tekil bir örneğin, bir ‘n’ in 1 oluşu, demografik araştırmaya katabildiği şeydir,” der (Scheper-Hughes, 1997, s. 212). Çalışmalarının önemli bir kısmını Brezilya gibi bebek ve çocuk ölümlerinin yüksek olduğu bir ülkede gerçekleştiren Scheper-Hughes, bazı ölümlerin istatistiklerde yer almadığı için tanınmadığından bahseder ve demografinin tam olarak kavranması için sadece sayılara bakmanın yeterli olmayacağını ve demografik olarak çalışılan toplumların yakından, tercihen etnografik araştırma teknikleriyle incelenmesi gerektiğini söyler. Devlet istatistikleri, üremeye dair devlet düzenlemelerinin farklı gruplara ait bireylerin üremeye ilgili kararlarını, seçimlerini ve müzakere yollarını nasıl şekillendirdiği konusunda bilgi vermemekle birlikte genel nüfusa nasıl katkıda bulunduğuyla ilgili de veri sağlamakta yetersiz kalmaktadır. Üremeye dair makro ve mikro düzenlemeler, kadın bedenini genel bir kategori olarak görmekte, kadının sosyopolitik tarihini ve içinde konumlandığı farklı kimlikleri (etnisite, sınıf, toplumsal cinsiyet gibi) yok sayıp, onun bedeni üzerinden otoritesini meşrulaştırmaktadır. Bu makale, demografik çalışmalar yapılırken görmezden gelinen mikro düzey dinamiklerin sayıları ve demografik süreci nasıl şekillendirdiğini, istatistiklerin bütün deneyimleri ve hayatları yeterince ele almadığını, hatta bazı durumlarda görmezden geldiğini göstermektedir. Üreme ile ilgili deneyimler ve kararlar, bu ‘önemsiz’ gözükken kamusal, sosyal, özel ve mikro düzeyde gerçekleşen pratikler ve devingenler olup demografik süreci önemli derecede etkilemektedir. Bu makale, demografiye dair rakamsal ve istatistiksel analizler sunmamaktadır. Fakat, hem demografi verilerinin Türkiye’de yaşayan diğer gruplar açısından farklılık göstermesi hem de sosyopolitik tarihlerinin onları diğer gruplardan ayrı kılması açısından, Kürt kadınlarının üremeye ilgili deneyimlerine odaklanarak, bu makale, demografik sürecin (evlilik, boşanma, doğum oranları gibi) üreme teknolojileri ve çoklu olan karmaşık iktidar ilişkileri tarafından nasıl şekillendiğini göstermiştir.

Bilim (ÜYT, bu makaledeki bağlamında) ve bireyler arasında ortaya çıkan karşılaşmalar yönetimselliğin, biyopolitikaların, patriarkal yapının, cinsiyet ve aileye dair yerel inanış ve pratiklerin

ürünü olarak demografik sürece yön vermektedir. Böylesi karşılaşmalar hem yeni özneleri ve uzlaşma yollarını, hem de kendilerine özgü sosyopolitik tarihlerinden dolayı Kürt kadınlarının üremeyi nasıl ve ne şekillerde müzakere ettiklerini ortaya çıkarmaktadır. Örneğin, medikal kurumlar içinde ve dışında üreme teknolojilerini kullanmak için girilen evlilik ve yaşla ilgili çeşitli müzakere biçimleri sosyopolitik tarihlerinin Kürt kadınlarının hayatlarını farklı yollarla şekillendirdiğini sergilemektedir. Nüfusa dair bilgiler, ÜYT düzenlemelerinin tetiklediği böylesi müzakereleri de içerir.

Aynı zamanda, doktorlar gibi sağlık çalışanları, bir yandan, devlet iktidarını medikal kurumlar ve teknolojiler üzerinden uygulayıp, biyopolitik düzenlemelerin eşik bekçiliğini yaparken, diğer taraftan üremeye dair düzenlemelere yeniden yön verip bunları bükebilirler. Bu bağlamda, bu makale, otorite olarak doktorların hem bireysel hem de kolektif kararlar aldıklarını göstererek, yönetimselliğin uçsuz bucaksız olmadığını da örneklendirmiştir. Böylece, bu araştırma aynı zamanda, doktorların patriarkal yapıyı hem yeniden ürettiği ve şekillendirdiğini hem de patriarkanın doktorların kararlarını şekillendirebildiğini göstermiştir. Sonuç olarak, ÜYT'yi de içine alan demografik süreç bütün bu üremeye dair deneyimler, müzakereler, kararlar, tabi kılmalar, yönetimselliklerin bir ürünü olup, istatistiklere '+1' veya '0' olarak yansıyarak sayıları şekillendirmektedir.

SUMMARY

It has been more than ten years that Turkish government announced its pronatalist population politics due to the decline in the total fertility rate (TFR). The decline in the TFR has seen as a threat for the economic and social growth of the nation. According to Turkish Statistical Institute, TFR has declined to 1.99, below the replacement level of 2.10. Indicating regional differences, the statistics, yet, show that Kurdish populated areas has the highest TFR in Turkey despite its sharp decline within themselves. As a pronatalist country, the Turkish state generously supports its citizens' use of assisted reproductive technologies (ARTs). Access to and use of ARTs is strictly state-regulated and controlled, illustrating the state's biopolitics at work. This article illustrates the ways in which the state regulated ARTs contribute to Kurdish population's demographic process (decisions about marriage, divorce and reproduction). This article uses ethnographic research methods and focuses on Kurdish women's reproductive experiences with reproductive technologies in Turkey. Providing a case study, this article argues that national statistical data and demographics are the results of complex sociopolitical structure, power relations, practices and beliefs at the local. A close look at the local is necessary to fully grasp how demographics are shaped. In this sense, reproductive technologies could provide us a lens to look into the complexity.

KAYNAKÇA

- Aysan, M. F. (2014). Türkiye'nin Demografik Dönüşümü ve Yeni Meydan Okumalar. Lütü Sunar (Ed.), *Türkiye'de Toplumsal Değişim* içinde (s. 67–87). İstanbul: Nobel Yayınevi.
- Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği (2017). *Türkiye'nin Güneydoğusundaki İnsan Hakları Durumuna İlişkin Rapor: Temmuz 2015 – Aralık 2016*. URL: https://www.ohchr.org/Documents/Countries/TR/OHCHR_South-East_Turkey2015-2016_TURK.pdf
- Chrisler, J. C. (2012). *Reproductive Justice: A Global Concern*. ABC-CLIO.
- Civelek, Y., Koç, I. (2007). Türkiye'de İmam Nikahı [Religious marriage in Turkey]. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi*, 5, 1–14.
- Colen, S. (1995). 'Like a Mother to Them': Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York. F.D. Ginsburg and R. Rapp (Der.), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction* içinde, 78–102.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 1241–1299.
- Das, V. (2000). *Violence and Subjectivity*. University of California Press.
- Dunn, E. C. (2017). *No Path Home: Humanitarian Camps and the Grief of Displacement*. Cornell University Press.
- Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality, Vol. 1*. New York: Random House.
- Foucault, M. (2003). *Society Must be Defended: Lectures at the Collège de France, 1975-76* (1st Picador pbk. ed). Picador.
- Friese, C., Becker, G., Nachtigall, R. D. (2006). Rethinking the Biological Clock: Eleventh-Hour Moms, Miracle Moms and Meanings of Age-Related Infertility. *Social Science & Medicine*, 63(6), 1550–1560.
- Ginsburg, F. D., Rapp, R. (1995). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. University of California Press.
- Goknar, M. D. (2015). *Achieving Procreation: Childlessness and IVF in Turkey (Vol. 29)*. Berghahn Books.

- Greenhalgh, S. (1995). *Situating Fertility: Anthropology and Demographic Inquiry*. Cambridge University Press.
- Greenhalgh, S., Li, J. (1995). Engendering Reproductive Policy and Practice in Peasant China: For A Feminist Demography of Reproduction. *Signs*; Chicago, 20(3), 601–641.
- Güçük, S., Arıca, S. G., Akan, Z., Arıca, V., Alkan, S. (2010). Van İlindeki Çok Eşlilik Oranları ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel Çalışma. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*; 21(3), 127–133.
- Gündüz-Hoşgör, A., Smits, J. (2008). Variation in Labor Market Participation of Married Women in Turkey. *Women's Studies International Forum*, 31(2), 104–117.
- Gupta, A. (2012). *Red Tape: Bureaucracy, Structural Violence, and Poverty in India*. Duke University Press Books.
- Gürtin, Z. B. (2011). Banning Reproductive Travel: Turkey's ART Legislation and Third-Party Assisted Reproduction. *RBMO Reproductive BioMedicine Online*, 23(5), 555–564.
- Gürtin-Broadbent, Z. B. (2013). *The ART of Making Babies: Turkish IVF Patients' Experiences of Childlessness, Infertility and Tüp Bebek*. (Doktora Tezi). University of Cambridge.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Hacettepe University, I. of P. S. (2006). Türkiye'de Göç ve Yerinden Olmuş Nüfus Araştırması [Research on Migration and Displaced Population in Turkey]. Hacettepe University, Institute of Population Studies Ankara.
- İçduygu, A., Romano, D., Sirkeci, I. (1999). The Ethnic Question in an Environment of Insecurity: The Kurds in Turkey. *Ethnic and Racial Studies*, 22(6), 991–1010.
- Inhorn, M. C. (2004). Privacy, Privatization, and the Politics of Patronage: Ethnographic Challenges to Penetrating the Secret World of Middle Eastern, Hospital-Based in Vitro Fertilization. *Social Science & Medicine*, 59(10), 2095–2108.
- Kılıçtepe, S. (2019). *Reproductive Technologies, Pronatalism and Ethnicity: An Ethnography of Situated Reproduction in Turkey*. Indiana University Bloomington.
- Kılıçtepe, S. (2021, çıkacak). Feeling Like a 'Misfit': Kurdish Women's Entangled Reproductive Experiences in Turkey. Hilal Alkan, Ayşe Dayı, Sezin Topçu, Betül Yazar (Der.), *The Politics of the Female Body in Contemporary Turkey* içinde, 85-100.

- Koç, İ., Hancıoğlu, A., Bozbeyoğlu, A. (2000). *Türkiye’de Türkçe ve Kürtçe Anadil Nüfuslarının Demografik Farklılaşma ve Bütünleşme Düzeyleri*. III. Ulusal Sosyoloji Kongresi, 2–4 Kasım, Eskişehir, 45-46.
- Korkman, Z. K. (2015). Blessing Neoliberalism: Economy, Family, and the Occult in Millennial Turkey. *Journal of the Ottoman and Turkish Studies Association*, 2(2), 335–357.
- Kutluata, Z. (2002). Feminist Kürt Kadın Dergilerinde Doğum Kontrol Tartışmaları. *Toplum Bilim, Feminist Eleştiri Özel Sayısı*, 15: 35-40.
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24(1), 95–117.
- Morgan, L. M., Roberts, E. F. S. (2012). Reproductive Governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 241–254.
- Mutlu, B. (2017). Morally Accounting for Sex Selection Online in Turkey. *BioSocieties*, 1–25.
- Mutlu, S. (1996). Ethnic Kurds in Turkey: A Demographic Study. *International Journal of Middle East Studies*, 28(4), 517–541.
- Mutlu, S. (2001). Economic Bases of Ethnic Separatism in Turkey: An Evaluation of Claims and Counterclaims. *Middle Eastern Studies*, 37(4), 101-135.
- New Legislation Expands Ban on Sperm and Egg Donations in Turkey, *Hürriyet Daily News*, 9 Kasım 2018. URL: <http://www.hurriyetdailynews.com/new-legislation-expands-ban-on-sperm-and-egg-donations-in-turkey-138719>
- Novas, C. (2006). The Political Economy of Hope: Patients’ Organizations, Science and Biovalue. *BioSocieties*, 1(3), 289–305.
- Özbay, F. (2015). *Dünden Bugüne Aile, Kent, Nüfus*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Özbay, F., Yücel, B. (2001). Türkiye’de Nüfus Hareketleri, Devlet Politikaları ve Demografik Yapı. *Nüfus ve Kalkınma*, 1-69.
- Parla, A. (2001). The “Honor” of the State: Virginity Examinations in Turkey. *Feminist Studies*, 27(1), 65–88.

- Polat, N. (2017). *Contested Reproduction: Biomedicine, Negotiated Gender and Masculinities in the Reproductive Field in Turkey*. The Annual Meeting of the American Anthropological Association, Washington, D.C.
- Rabinow, P. (2005). Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality. J. X. Inchausti (Der.), *Anthropologies of Modernity* içinde (s. 179–193). Blackwell Publishing Ltd.
- Rapp, R. (2006). Reason To Believe. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30(4), 419–421.
- Rivkin-Fish, M. (2003). Anthropology, Demography, and the Search for a Critical Analysis of Fertility: Insights from Russia. *American Anthropologist*, 105(2), 289–301.
- Roberts, E. F. S. (2012). *God's Laboratory: Assisted Reproduction in the Andes*. University of California Press.
- Ross, L., Solinger, R. (2017). *Reproductive Justice: An Introduction*. University of California Press.
- Sağlıkla İlgili Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmî Gazete no: 7151, 5 Aralık 2018. URL: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181205-8.htm>
- Scheper-Hughes, N. (1997). Demography without Numbers. *Anthropological Demography: Toward A New Synthesis*, 201–222. University of Chicago Press.
- Schneider, P., Schneider, J. (1995). High Fertility and Poverty in Sicily: Beyond the Culture vs. Rationality Debate. *Situating Fertility*, 179–201. Cambridge University Press.
- Shorter, F. C. (1968). Information on Fertility, Mortality, and Population Growth in Turkey. *Population Index*, 34(1), 3–21.
- Skinner, W. (1997). Family Systems and Demographic Processes. *Anthropological Demography: Toward A New Synthesis*, 53–95. University of Chicago Press.
- Smits, J., Gündüz-Hoşgör, A. (2003). Linguistic Capital: Language as a Socio-Economic Resource among Kurdish and Arabic Women in Turkey. *Ethnic and Racial Studies*, 26(5), 829–853.
- Sperm bankasından bebek yapana 3 yıl hapis, Hürriyet, 15 Mart 2010. URL: <http://www.hurriyet.com.tr/gundem/sperm-bankasindan-bebek-yapana-3-yil-hapis-14109315>

- Tawil-Souri, H. (2011). Colored Identity the Politics and Materiality of ID Cards in Palestine/Israel. *Social Text*, 29(2 107), 67–97.
- Terörün Sona Erdirilmesi ve Toplumsal Bütünleşmenin Güçlendirilmesine dair Kanun, Resmî Gazete No. 6551, 16 Temmuz 2014. URL: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/07/20140716-1.html>
- Thompson, C. (2005). *Making Parents: The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*. MIT Press.
- TÜİK, (2019). Doğum İstatistikleri, 2018. URL:<https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?jsessionid=cT1pfV6N6J6GRJLRSFrXnl2jrjfk66DyfbpwrIKJpSjtGnvZS0MT!-1856191778?id=30696>
- Türkiye'nin Doğum İstatistikleri Açıklandı, CNN TÜRK, 17 Mayıs 2019. URL: <https://www.cnnturk.com/turkiye/turkiyenin-dogum-istatistikleri-aciklandi>
- Turgut, M., Yavuz, S., Gündüz, O., Altuntaş, S., Semerci, H. (2015). *Türkiye'de Evlilik Tercihleri*.
- Urman, B., Yakin, K. (2010). New Turkish Legislation on Assisted Reproductive Techniques and Centres: A Step in the Right Direction? *Reproductive BioMedicine Online*, 21(6), 729–731.
- Van der Geest, S., Finkler, K. (2004). Hospital Ethnography: Introduction. *Social Science & Medicine*, 59(10), 1995–2001.
- Williams, J. R. (2010). Doing Feminist Demography. *International Journal of Social Research Methodology*, 13(3), 197–210.
- Yavuz, S. (2005). Fertility Transition and the Progression to Third Birth in Turkey. *MPDIR Working Paper WP 2005-028*, s. 1–26. Max Plank Institute for Demographic Research.
- Yavuz, S. (2006). Completing the Fertility Transition: Third Birth Developments by Language Groups in Turkey. *Demographic Research*, 15, 435–460.
- Yüceşahin, M. M. (2009). *Türkiye'nin Demografik Geçiş Sürecine Coğrafi Bir Yaklaşım (A Geographical Approach to Turkey's Demographic Transition Process)*. (SSRN Scholarly Paper ID 3417830). Social Science Research Network.

Zeyneloğlu, S., Civelek, Y., Coşkun, Y. (2011). Kürt Sorununda Antropolojik ve Demografik Boyut: Sayım ve Araştırma Verilerinden Elde Edilen Bulgular. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 335–384.

Zeyneloğlu, S., Sirkeci, I., Civelek, Y. (2016). Language Shift among Kurds in Turkey: A Spatial and Demographic Analysis. *Kurdish Studies*, 4(1), 25–50.

ÜREMeye YARDIMCI TEKNOLOJİ YASAKLARINA KARŞILIK PRATİK-RASYONEL DAVRANIŞ

GülsevİM EVSEL¹

ÖZET

Türkiye’de üremeye yardımcı teknolojiler (ÜYT) alanında, evli çiftlerin üreme süreçlerinde üçüncü kişilerin bedenleri ve üreme hücrelerinin kullanılması yasaktır ve bu yasağa uymayanlar birtakım yaptırımlarla cezalandırılmaktadır. Bu nedenle bu makale, Türkiye vatandaşlarının bu yasal yaptırımlardan ve toplumsal dışlanmalardan; yani her türlü cezadan kaçınmak için yasadışı yollara başvurmak ve Weber’in ifadesiyle *pratik rasyonel davranış* sergilemek durumunda kaldığını iddia etmekte ve bu iddiayı saha bulguları ile desteklemektedir. Bu çalışma, araştırmanın 2018 yılında taşıyıcı anneler, yumurta donörleri ve bu yollarla çocuk sahibi olan aileler ve embriyologlarla yüz yüze gerçekleştirdiği nitel görüşmelerden yola çıkarak, bireylerin çocuk sahibi olamamak veya çocuk sahibi olmak için başka bedenlere ihtiyaç duymaları konusunda yaşadıkları toplumsal baskıya ve/veya çevreleri tarafından küçük düşürülmeye karşı geliştirdikleri pratik-rasyonel yönelimlere odaklanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pratik Rasyonel Davranış, Taşıyıcı Annelik, Yardımcı Üreme Teknolojileri, Yumurta Donasyonu.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü

PRACTICAL RATIONAL BEHAVIOR IN RESTRICTED ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

ABSTRACT

In Turkey, using the third parties' bodies and gametes in the In Vitro Fertilization processes of married couples is banned and punished via some regulations in the field of ARTs. For this reason, it is claimed and supported by the field results in this paper that Turkish citizens were forced to apply for some ways in order to avoid any kind of punishment such as social exclusion and legal enforcements. This study claims that Turkish citizens are forced to appeal to illegal ways in order to avoid any kind of punishment and are forced to enact in accordance with the practical rationality definition of Weber. This study focuses on practical rational behaviors developed against social pressure and/or humiliation of childless people's environment about not being able to have children or requiring other bodies in order to have children. This focus of the researcher is supported by qualitative interviews with surrogate mothers, oocyte donors, couples who had their children via these ways and embryologists in 2018.

Keywords: Assisted reproductive technologies, oocyte donation, practical-rationality, surrogacy

1. GİRİŞ

Üreme tarihi insanlık tarihi ile paralel ve eşanlı bir şekilde yol almıştır, almaktadır. Öyle ki, önemini hiçbir dönem yitirmemiş hem bireysel hem toplumsal hem de siyasi yaşamla daima iç içe olmuştur. Üreme öncelikle nüfus artışı konusuna olan farklı yaklaşımı ile Malthus (1998, s. 32) tarafından ele alınmıştır. Bu yaklaşıma göre üreme, bireysel üreme yeteneğinden, toplulukta aile soyunun diğerlerinden daha baskın hale geldiği bir başka gücün göstergesi olmaya, ölümlerden daha fazla olması ve doğal kaynakları fazla tüketmesi durumunda nüfus için kıtlığa varan tehlikeler arz etmeye kadar büyük önem taşımaktadır (Malthus, 1998, s. 32). Modern toplumda ise üreme, Foucault'nun (2001, s. 137) "kapitalist toplum için bütün diğer şeylerden daha önemli olan bedensel olan, fiziksel olan, biyolojik olan biyopolitikadır. Beden biyopolitik bir gerçeklik; tıp ise biyopolitik bir stratejidir," ifadesinde görüleceği üzere, birey ve devletin bu yeni ilişki tanımını ile bir biyopolitika/biyoiktidar nesnesi olmaya kadar ileri gidecektir.

Bireylerin içerisinde yer aldıkları toplumlarda bir nevi saygınlıklarını tamamlayıcı bir unsur olan üreme, bazı bireylerde çeşitli sebeplerle doğal yollarla gerçekleşmemektedir. Bu sebepler, kadınlarda rahim veya yumurtalıkların doğal yolla çocuk sahibi olmaya elverişli olamaması şeklinde olabileceği gibi, erkek bireylerde sperm sayısı, kalitesi veya cinsel aktiviteyi gerçekleştirecek yeterlilikte olamama şeklinde de kendini gösterebilmektedir. Bu iki durum dışında eşcinsel bireylerin çocuk sahibi olma istekleri de yine aynı cinsten oldukları için doğal yollar üzerinden sonuç getirmemektedir.

Evlad edinme, çocuk sahibi olamayan bireylerin başvurdukları bir çözüm yolu olarak kabul edilmektedir. Bu çözüm, tarihsel bir geçmişi ve süreç içindeki dönüşümünü beraberinde getirmiştir. Ungan Çalışkan (Metin'den aktaran Ungan Çalışkan, 2016, s. 494) çalışmasında, taşıyıcı anneliğin evlatlık müessesesiyle genellikle karıştırıldığını; ancak evlatlık durumunda annenin cinsi münasebeti sonucu ortaya çıkmış, doğmak üzere ya da doğmuş olan çocuk için en iyi çözümün bulunmaya çalışıldığını aktarmıştır. Oysa taşıyıcı annelikte henüz embriyo olarak dahi varlık göstermeyen müstakbel bir bebeğin akıbeti, ortada bir

cinsel ilişki olmaksızın tayin edilmektedir; dolayısıyla taşıyıcı anneliğin yetişkin/ebeveyn odaklı; evlatlığın ise çocuk odaklı kurumlar olduğu söylenebilir (Kopfensteiner'den aktaran Ungan Çalışkan, 2016, s. 494).

Özbay'ın (1999) bu konuyu çalışmalarında daha çok tarihsel boyutu ile ilişkili olarak ele aldığı görülmektedir. Ona göre, evlilik çatısı altına alınan “diğer” çocuklara bu kurumda, kölelik, ev-içi hizmet, duygusal veya cinsel sömürü, ya da çocuğun kişisel gelişimine katkı sunması gibi nedenlerle yer verildiği; hatta evlatlık kurumu ve kölelik kavramı karşılaştırıldığında, evin kız çocukları ile bu “diğer” çocukların arasında çok fark gözetilmeyebildiği görülmektedir (Özbay, 1999, s. 2). Ancak, bu çalışmanın bulgularında da yer verileceği gibi, bireyler çeşitli sosyal ve psikolojik nedenlerle evlatlık edinmekten ziyade, “kendi” çocukları olmasını daha çok arzu etmektedirler. Bu yeni teknolojinin dini ve yasal açılardan beraberinde getirdiği yasakları da bir şekilde bertaraf etmeye çalışmaktadırlar.

Modern tıp ve ÜYT'ler, çocuk sahibi olamayan bu çiftlere başka bireylerin bedenlerini kullanmak ve/veya bu üçüncü kişilerden üreme hücreleri sağlamak yoluyla çözüm sunabilmektedir. Ancak bu durumda, ÜYT'lere başvuran çiftin veya bu süreçlerde yer alan yani başkalarının çocuk sahibi olmasına bedeni ile yardımcı olan bireylerin bu durumu toplumsal çevrelerine açıklamaları ve/veya bir şekilde bu süreçleri meşrulaştırma ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır. Aile kurumunun toplumda üremeyi meşrulaştırıcı rolü olmasına rağmen; çocuk sahibi olmak için üremeye yardımcı teknolojilere başvuran bireyler, evli olsalar bile başvurdukları yöntem hukuken meşru kabul edilmediği için yine bu süreçlerde yer aldıklarını ve davranışlarını saklamaya ihtiyaç duymaktadırlar. Diğer bir deyişle, özne olarak beden ve kurum olarak onu çevreleyen aile, biyopolitikanın hedefi haline gelmiştir.

Türkiye'de yasal olmayan ve dinen de uygun görülmeyen, üçüncü kişilerden donasyon alma yoluyla çocuk sahibi olmak isteyen bireyler ve bu süreçlerde yer alan diğer kişiler genellikle, söz konusu eylemlerini gizli yapmak, saklamak, diğer bir deyişle içinde buldukları topluluk tarafından dışlanmamak için rol yapmak durumunda kalmaktadırlar. Yargılanmaktan kaçınmak için tercih ettikleri bu davranışlar, bireylere çocuk

sahibi olma süreçlerinde zaman kazandırma, tepki almaktan kaçınma, kendini koruma altına alma gibi kısa süreli yararlar sağlayabilmektedir. Ancak görülmektedir ki, bu kaçınma ve rol yapma davranışları, kişilerin kendilerini güvende hissetmediği, gayri meşru ortamlar yaratmakta ya da bizzat bu ortamlarda gerçekleşmektedir. Bu makalenin araştırma sorusu ile ortaya konulmak istenen, bireylerin ÜYT'ler yoluyla çocuk sahibi olurken sergiledikleri davranışların Weber'in pratik rasyonel davranış olarak adlandırdığı kavramı destekler nitelikte olup olmadığının anlaşılmasıdır.

ÜYT yoluyla çocuk sahibi olan bireylerin davranışlarının, Weber'in pratik rasyonel davranış kavramsallaştırması/ideal tipiyle ilişkilendirilmesinin nedeni bu ideal tipin, çalışmada yer alan katılımcıların hangi düşünce şekline uygun davranarak yargılanmaktan kaçındıklarının anlaşılmasına yardımcı olacağı fikridir. Bilindiği üzere Weber, anlamaya dayalı bir sosyoloji önermiştir ve birey davranışlarının anlaşılması için de toplumsal eylem ideal tipleri oluşturmuştur.

Bu çalışmada yer alan birey davranışlarının, duygularına veya geleneklerine bağlı davranışlar sergilemek suretiyle Weber'in irrasyonel eylem tipine uygun olmadığı rasyonel eylem tipine uygun olduğundan hareketle bir analogi kurulmak istenmiştir.

Bu amaçla bu makalede, Weber'in rasyonellik tipleri kısaca hatırlatılarak, yasaklanan ÜYT deneyimleri ışığında bireylerin davranışlarının Weber'in tanımladığı pratik rasyonel davranış tipi ile ne kadar uyumlu olduğu anlaşılacak istenmiştir.

2. YÖNTEM

ÜYT süreçlerinde yer alan bireylerin rol yapma davranışlarının nedenleri ve sonuçlarının araştırıldığı bu çalışmada araştırmacının, 2017-2018 yılları arasında doktora tezi için bu süreçlerde yer alan Türklerle veya Türk ailelerin çocuklarını taşıyan Gürcü kadınlarla gerçekleştirdiği 12 görüşmenin ilgili bölümlerden yararlanılmıştır (Evsel, 2018). Burada ifadelerine yer verilecek kişiler, bu süreçlerde taşıyıcı annelik yapmış, bir taşıyıcı anne yoluyla çocuk sahibi olmuş veya yumurta donörlüğü yapmış kadınlar ve eşlerinden

oluşmaktadır. Bu görüşmeler 1 saat ila 3 saat arasında değişen yüz yüze derinlemesine mülakat şeklinde Türkiye, Gürcistan ve Kıbrıs'ta yaşayan bireylerle araştırmacının kendisi tarafından gerçekleştirilmiş, her biri yine araştırmacı tarafından deşifre edilmiş ve MaxQda Programı kullanılarak incelenmiştir. Görüşmeler, bir tanesi dışında ses kaydı alınmak suretiyle kayıt altına alınmıştır. İki Gürcü taşıyıcı anne ile yapılan görüşmelerde tercüman desteği alınmıştır. Onun dışında kalan görüşmeler Türklerle, Türkçe dilinde yapılmıştır. Katılımcıların 10'una kadın doğum uzmanları, embriyologlar, Yardımcı Üreme Merkezlerinde çalışan hemşireler aracılığıyla; ikisine ise kartopu örneklem üzerinden ulaşılmıştır. Makalede, katılımcıların doğrudan ifadelerine yer verilmiş olup, gerçek isimleri yerine takma isimler kullanılmıştır.

ÖYP (Öğretim Üyesi Yetiştirme Programı) dışında herhangi bir kurum veya kuruluş tarafından ilave maddi destek alınmayan bu çalışma için ODTÜ İnsan Araştırma Etik Kurulundan Etik Onay belgesi alınmıştır. Bu onay kapsamında katılımcıların her biri görüşme öncesinde bilgilendirilerek araştırmaya katılım onamları sağlanmıştır.

Kuramsal açıdan Weber'in rasyonelite kavramı ele alınarak, ÜYT deneyimlerinde ona uygun davranan bireyler davranışları, araştırmacının saha bulguları ile yeniden tartışılacaktır.

Aşağıdaki bölümde konuyu ele alan kısa bir literatür taraması yapılmıştır.

3. ALANYAZIN TARAMASI

Üreme sosyolojisi daha çok cinselliğin tarihi içerisinde ve beden sosyolojisinde temellenmektedir. Her iki alan da insanlığın tarihi ile birlikte şekillenmektedir. Habermas (2003, s. 73), yaşam dünyamızın bir bakıma "Aristotelesçi" biçimde yapılandığını vurgulamaktadır. Ona göre, organik ve inorganik doğa ayrımını üzerinde fazla düşünmeyerek bitkileri hayvanattan, hayvan alemineyse akıl sahibi toplumsal insan doğasından ayırt ederiz. Bu kategorik sınıflandırma yapma nedenimizi ise "bizim dünyayla münasebette olma formlarımızdan doğan bakış açılarımız" belirlemektedir. Habermas'a (2003, s. 74) göre bu formlar, Aristoteles'in temel kavramlarından hareketle çözümlenebilir.

Aristoteles'e (2017, s. 30) göre, canlılar akıl ve bedenden meydana gelirler; burada akıl yöneten, beden ise yönetilendir. Aristoteles'in (2017, s. 30) eserlerindeki köle tanımı ve açıklamalarının aslında Kant'ın (2005, s. 226) sonraları aydınlanma argümanını üzerinde temellendireceği vesayet konusunun köklerini oluşturduğu söylenebilir. Aristoteles (2017, s. 30) bu eserlerinde, hayvanların –kendilerinden akılca üstün olan- insanlar tarafından yönetilmesinin onlar için daha güvenli bir yaşam sağlayacağından hareketle, bu ilişki biçimini insanlar toplulukları için de uygulamaktadır. Bu bağlamda der ki, "...nasıl ki bazı insanlardan sadece bedenlerini kullanarak çeşitli işler yapmaları dışında başka bir şey beklenemezse o insanlar da doğal olarak köledirler" (Aristoteles, 2017, s. 31). Hatta Aristoteles, dişi ve erkek arasında da birisinin yöneten diğerinin yönetilen olduğuna dair bir ilişki biçimi olduğunu da ileri sürer (2017, s. 31). Aristoteles'e göre, doğaya müdahale etmeksizin onu gözlemleyen *kuramsal* duruşun yanı sıra iki farklı duruş daha vardır (Habermas, 2003, s. 74):

...Üreten ve belli bir amaca yönelik edimde bulunan, böylece doğaya müdahale ederek araçlar kullanan ve malzeme tüketen öznenin teknik duruşu ile akılla ya da törel olarak edimde bulunan, etkileşim ilişkileri içinde birbirleriyle karşılaşan kişilerin pratik duruşu.

Aristoteles'in bu rasyonel davranış açıklaması, sonraları Weber'in pratik-rasyonel davranışının temelini oluşturmuştur. Öyle ki Habermas (2003, s. 73) kitabında, hayvanlarını güdüp, tarlasını süren çiftçinin pratiklerini *kuramsal duruş*, hastalıkları teşhis edip hastalarını iyileştiren hekimin pratiklerini *teknik duruş*, bir popülasyondaki kalıtsal özellikleri kendi amaçları doğrultusunda yetiştiren ve geliştiren yetiştiricinin edimlerini *pratik duruşa* örnek olarak göstermiştir. Özellikle pratik duruşla ilgili tanım ve örnekler, Weber'in pratik-rasyonel davranışı yerleştirdiği kökenlere işaret etmektedir.

ÜYT süreçlerinde yer alan bireylerin sergiledikleri çoğu davranış, bu çalışmada pratik-rasyonel davranış kavramıyla ilişkilendirilmektedir. Bu amaçla, Weber'in (2012) literatüre yaptığı önemli katkılardan yalnızca rasyonellik ve pratik-rasyonellik ile ilgili olanlar dikkate alınmak suretiyle yararlanılmıştır.

Weber'e (1950, s. 75) göre rasyonelleşme, aklın belirli bir eylemi bugün için mevcut bulunan boyutlarıyla, öncesini ve sonrasını da göz önünde bulundurarak kontrol etmesi, yönlendirmesi ve nihayete erdirmesi durumudur. Pratik-rasyonellik ise, amaç, araç ve değer-rasyonelliklerinin sistematik şekilde bütünleşmesidir. Bu açıdan Weber amaç-rasyonellik ile değer-rasyonellik şartlarının bir eylem veya kararda mevcut bulunmasını pratik-rasyonellik olarak ifade eder (Weber, Habermas'tan aktaran Çamlı, 2020, s. 18).

Diğer bir deyişle pratik-rasyonellik, bireyin ihtiyacını karşılamak üzere rasyonel amaç ya da amaçlar ortaya koyması; sonrasında bu amaç veya amaçları karşılayan en uygun, akılcı, verimli, etkin ve az maliyetli araç, yöntem ve uygulamaları araştırması ve kıyaslaması; beklentilerin gerçekleşip gerçekleşmeme ihtimallerine hazırlıklı olması ve ortaya çıkabilecek beklenmedik şartlara karşı stratejiler üretmesi; tüm bu eylem ve karar sürecinde kendi çıkarımı, başarısını, faydasını da gözeterek dini ve ahlaki değerlere göre hareket etmesidir (Weber, 1950 s. 71). Parsons, sonraları Weber'den, geliştirdiği bu kavramı ödünç alarak onu daha ileriye götürecektir.

Bu çalışmada Weber'in yukarıda açıkladığı pratik-rasyonel davranışın ÜYT deneyimleri ile ilişkilendirilen örnekleri aşağıdaki gibi ele alınmıştır:

1. ÜYT süreçlerinde yer alan bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere, çocuk sahibi olmak veya başkalarını çocuk sahibi yapmak gibi rasyonel amaç ya da amaçlar ortaya koydukları;
2. Sonrasında bu amaçları karşılayan en uygun, akılcı, verimli, etkin ve az maliyetli araç, yöntem ve uygulamaları araştırdıkları ve kıyasladıkları, hatta bu kıyas sonucunda bu isteklerini gerçekleştirebilecekleri ÜYT leri buldukları ve bunun için Türkiye'ye en yakın ve makul ülkeler olan Gürcistan ve Kıbrıs'ı tercih ettikleri;
3. Beklentilerin gerçekleşip gerçekleşmeme ihtimallerine hazırlıklı oldukları ve ortaya çıkabilecek beklenmedik şartlara karşı stratejiler ürettikleri; tüm bu eylem ve karar süreçlerinde kendi

çıkarlarını, başarılarını ve faydalarını gözeterek dini ve ahlaki değerlerine göre hareket ettikleri izlenmiştir.

Elbette Aristoteles'in, Weber'in ve başka birçok düşünürün ileri sürdüğü rasyonalizm açıklamaları bazı çağdaş düşünürlerce de eleştirilmekte, bireylerin bu davranışları daha farklı açılardan da yorumlanmaktadır.

Cinsellik ve üreme ile ilgili özellikle çağdaş yaklaşımların temelini oluşturan *Cinselliğin Tarihi* adlı kitabında Foucault (2007, s. 12), 17. yüzyıl ve 19. yüzyıl toplumlarını cinselliğe ve üremeye yaklaşımları açısından karşılaştırmakta ve Aristoteles'in temellerini oluşturduğu ve Victoria döneminin mührünü vurduğu bu yaklaşımları eleştirmektedir. Foucault'nun söz konusu rasyonalizm eleştirisi hala varlığını sürdürmektedir. Toplumda evlilikle kurulan ilişkilerin çocukları saygı görmektedir. Buna karşın, evlilik birliği dışındaki kişilerin üreme hücresi kullanılarak dünyaya getirilen çocuklar, genellikle yadırganmakta, "normal" karşılanmamaktadır.

Üreme ile ilgili günümüzde önemli yaklaşımlarda bulunan Franklin (2013: 154-155), akrabalıktan farklı olarak cinsellik ve üremenin "sadece biyolojik" olarak görüldüğünü ifade edip bu ikilinin gerçek mekanizmalarının henüz kuramsallaştırılmadığını çünkü bu açıklamalara gerek duyulmayacak kadar ortada olduklarının sanıldığını paylaşmaktadır. Oysa ona göre IVF'nin, üreme ile ilgili başarısızlıklarına rağmen, evlilikle ilgili ne kadar başarılı bir teknoloji olduğu, benzer şekilde üreme ile ilgili olanlardan bağımsız olarak toplumsal cinsiyet kimliği ve rollerinin üretilmesinde ne kadar yüksek başarılı bir teknoloji olduğu, hatta Franklin'in (Becker'den aktaran Franklin, 2013, s. 154) ileri sürdüğü gibi, uğraştırıcı bir kimlik üretimine, kimlik sonrası mücadelelere, veya bir sınıf kimliğinin yeniden üretiminin bir aracına neden olan bir teknoloji olup olmadığı gibi soruların tartışılması gerekmektedir. Bu soruların hepsi, IVF teknolojilerinin bebek yapmaya yardımcı rolünden ziyade toplumda anlamlar yüklenen, hatta bireyleri çocuk sahibi yapmaktan daha başarılı olduğu başka yönlerinin de, hatta bu diğer yönlerinin daha çok dikkate değer olduğuna işaret etmektedir.

Bu makale bu noktada, yani üreme biyoteknolojisinin çocuk yapmaya yardımcı olma rolünün dışında, bu süreçlerde yer alan bireylerin davranışları üzerinde yarattığı etkilere odaklanmaktadır.

Burada hatırlanması gereken önemli bir diğer konu, üçüncü tarafları içeren bütün ÜYT'lerin (diğer bir deyişle, üçüncü kişilerden alınan yumurta, sperm ve embriyo donasyonunun ve taşıyıcı anneliğin) 2010 yılında Türkiye'de, yönetmelikle yasaklanmış olmasıdır.² Zaman içerisinde bu yasak daha fazla genişletilmiş; sınırları, farklı hukuki yaptırım ve cezalarla daha belirgin hale getirilmiştir³. Türkiye gibi, vatandaşlarının üçüncü kişilerin dahil olduğu ÜYTleri kullanmasını yasaklayan başka ülkeler de vardır. Ancak Türkiye, bu uygulamaları vatandaşlarına ülke içinde ve dışında yasaklayan tek ülke olmuştur. Dolayısıyla, böylesi bir alanda saha araştırmaları yapmak zor olduğu kadar, literatür için büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle Türkiye'deki bu üreme yasağı ve bireylerin deneyimlerine ışık tutan çalışmalar (Türkmendağ, 2012; Gürtin, 2012; Ugan Çalışkan, 2016; Mutlu, 2018) önem taşımaktadır.

Türkmendağ'ın (2012, s. 145) belirttiği gibi: "Türkiye hükümetinin, vatandaşlarının yurtdışında bile üreme hücresi arama ve almalarını yasaklaması onun Sınır Ötesi Üreme Bakımı (CBRC- Cross-Border Reproductive Care) hareketine karşı yasa çıkartan ilk ülke olmasını sağlamıştır." Mutlu'nun (2018, s. 166) çalışmasında aktardığına göre hükümet, ulusal donasyon yasağını bir adım daha ileri götürerek ulus-ötesi bir boyut getiren bu düzenlemeyle artık sperm ve/veya yumurta donasyonu için yurtdışına hasta yönlendirmek, aracılık etmek ve (donör veya hasta olarak) bizzat gitmeyi yasaklamış; aksi yönde hareket eden kişi ve kurumların savcılığa bildirileceğini belirtmiştir.

² Resmî Gazete no 27513, 6 Mart 2010; 'Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik,' Elde edildiği tarih: 15.09.2018, ilgili link: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100306-10.htm>

³ Resmî Gazete no 29135, 30 Eylül 2014; 'Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik,' Elde edildiği tarih: 15.09.2018, ilgili link: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.20085&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=%C3%9CREME>

Acaba bu yasa, zemini nereden almakta, meşruiyetini nereye dayandırmaktadır? Fukuyama (2003, s. 110, 111) bu soruya “din, insan genetik mühendisliğine en açık karşı çıkış zeminini oluşturur” cevabını verir. Yahudiler, Hıristiyanlar ve Müslümanların ortak geleneğine göre, insanın Tanrı’nın suretinde yaratıldığını hatırlatmakta ve bu cevabını aşağıdaki gibi temellendirmektedir:

İnsanın ve insan olmayanların yaratılışları arasında çok belirgin bir ayırım bulunur; yalnızca insanlar ahlaki seçim, özgür irade ve inanç yetilerine sahiptir. Bu yetiler onlara geri kalan hayvan yaratılışından daha yüksek bir ahlaki konum sağlar. Tanrı bu sonuçları elde etmek için doğa aracılığıyla hareket eder; dolayısıyla cinsel ilişki sonucunda çocuk sahibi olmak ve aile gibi doğal normların aksine davranış biçimleri, Tanrı iradesine karşı gelmek sayılır... Bu öncüller göz önüne alındığında, Katolik Kilisesi’nin ve muhafazakâr Protestan gruplarının doğum kontrolü, yapay dölleme, kürtaj, kök hücre araştırmaları, kopyalama ve genetik mühendisliğinin olası biçimleri de dahil olmak üzere biyomedikal teknolojiye bir bütün olarak güçlü bir tavır almaları şaşırtıcı değildir (Fukuyama, 2003, s. 110, 111).

Türkiye toplumunun daha çok Müslüman nüfusundan oluştuğu bilinmektedir. Ancak böylesi bir yasağı, Fukuyama’nın yukarıda ifade ettiği gibi, dinle doğrudan ilişkilendirmek ne kadar doğru olur? Bu soruyu makalelerinde ele alan Görtin, Inhorn ve Tremayne (2015, s. 3149) Sünni Arap dünyası, Şii İran ve Seküler Türkiye’yi karşılaştırmış ve sonuçta bu ülkelerde, ÜYT’ye yönelik tek ve basit bir “İslami” cevabın olmadığına karar kılmışlardır. Bu durumda en fazla belirleyici olan faktör ise Sünni ve Şii otoritelerin varlığı olmuştur. Sünni otoriteler, kısırlık tedavilerinde üçüncü kişileri kapsayan tüm uygulamaları yasaklarken, Şii otoriteler diğerine kıyasla ÜYT ile ilgili izinlerde ve verilen fetvalarda daha farklı politikaları destekleyebilmektedir. Görtin vd.’nin (2015, s. 3150) vurguladığı diğer önemli bir nokta, dinin yeni teknolojiler ve onların toplumsal etkileri üzerine kişisel ve kültürel kanaatlerin geliştirilmesinde çok önemli bir faktör olmasının yanı sıra, tek başına belirleyici faktör olmadığıdır: diğer bir deyişle, din ve kültür etkileşimi göz ardı edilmemelidir.

Gürtin vd.'nin (2015) bulgularıyla paralel bir şekilde söylenebilir ki, söz konusu yasağın toplum bireylerini üçüncü kişilerin yer aldığı yardımcı üremeye başvurmaktan alıkoymasına mümkün olmamıştır. Doğal yollarla çocuk sahibi olamayan bireylerin, yurt dışında veya içinde bu süreçlerde yer alarak çocuk sahibi olmayı/veya sağlıklı bireylerin başkalarının çocuk sahibi olmasını sağlamayı başardıkları anlaşılmaktadır. Bürokrasiler ve toplum baskısı el ele vererek, bu bireyleri toplumdaki saygınlıklarını kaybetmemeleri için hem ÜYT'ler yoluyla çocuk sahibi olmaya, hem de çeşitli yaptırımlardan ve bürokrasiden kaçınmak isteyen bireyleri farklı biçimlerde rol yapmaya itmiştir.

Yasalar ve bürokrasi, bireylerin üreme davranışlarını ve organlarını belirli kurallara göre kullanmalarını öngörmüştür. Ancak, yine daha çok toplumsal yapılar ve içerisinde doğulan toplum tarafından şekillendirilen çocuk sahibi olma isteği baskın gelmekte; bireyleri bu kuralların dışında hareket etmeye ve bu kurallara uygun olmayan davranışlarını ise çeşitli şekillerde saklamaya, diğer bir deyişle stratejik davranmaya itmektedir.

Bu nedenle bu makalede, ÜYT süreçlerinde farklı rollerde yer alan bireylerin pratik-rasyonel davranışlar sergileyerek bürokrasi ve otorite ile baş etme biçimleri ele alınmaktadır. Burada, yasal olarak belirlenen alanla ilgili düşünceler ve katılımcıların yasal olmayan deneyimleri paylaşılmış ve otoritenin ortaya koyduğu yasağın meşruluğu ÜYT uygulamaları özelinde yeniden sorgulanmıştır.

4. BULGULAR

Yukarıda belirtildiği gibi, bu bölümde ÜYT'lere başvuran ancak Türkiye'de yasaklandığı için otoritenin belirlediği bürokratik ve toplumsal kurallara uyuyormuş gibi görünen bireyin üreme süreçlerinde başvurdukları pratik-rasyonel davranışları ele alınmaktadır. ÜYT yoluyla çocuk sahibi olan bireyler ve bu süreçlerde yer alan üçüncü kişiler, daha çok cezalandırılmaktan ve toplumsal çevreleri tarafından yargılanmaktan kaçınmak amacıyla bu deneyimlerini saklama eğilimi göstermektedirler. Özellikle kadınlar ve sürecin içinde birlikte yer aldıkları aileleri bu baskıdan kaçmak için çeşitli yollara başvurabilmektedirler.

Aşağıda, ÜYT süreçlerinde farklı paydaşlar olarak yer alan taşıyıcı anneler, taşıyıcı anne yoluyla çocuk sahibi olan kişiler, yumurta donörleri ve taşıyıcı anne yoluyla çocuk sahibi olan kişilerle ilgili veriler ayrı ayrı ele alınarak tartışılmıştır.

4.1. ÜYT Süreçlerinde Taşıyıcı Anneler ve Pratik-Rasyonel Davranış

Bu çalışmadaki anlatımlara ve ilgili sosyal medya paylaşımlarına göre, taşıyıcı anneler özellikle hamileliklerinin son dönemlerinde, komşu ve tanıdıklarına içinde buldukları durumu açıklamak zorunda kalmamak için başka bir şehre, yakın arkadaşlarına, başka bir eve veya çocuğu verecekleri ailenin yanına taşınmak durumunda kalmaktadırlar.

Burada ifadesine ilk olarak yer verilecek olan kişi, Ayten, Adana’da eşi ve çocukları ile birlikte yaşayan bir taşıyıcı annedir. Ayten’in konu ile ilgili olarak belirtmiş olduğu ifadelerinden, onun toplumsal baskı ve utanmadan, ayrımcılık ve toplumsal baskıdan kaçınmak için pratik-rasyonel davranış kalıbına uygun hareket ettiği görülmektedir. Ayten’in ve eşinin evlerinin tadilatı, üç çocuğunun bakımı, eşinin işsizlikle geçen dönemi nedeniyle yaşamlarını sürdürebilmek için para kazanması gerekiyordu. Bu amaçla, eşinin ve çocuklarının yanında yapabileceği onun için en kolay ve hızlı para kazanma yolu taşıyıcı annelik yapmaktan geçiyordu. Evli olması, gebelik süreci için bir avantaj bile sağlayacaktı. Çevresine karşı, gebeliğin evlilik birliği içinde oluştuğunu söyleyebilirdi. Hatta bu düşüncesini “bu işi bekar kadınlar nasıl yapıyor, hiç aklım almıyor. Benim en azından başımda kocam var..” şeklinde ifade etmiştir. Yine de Ayten’in hamilelik sonunda bebeği ile ilgili gelecek olan sorulardan kaçınabilmesi için, evinden bir süre taşınması gerekmiştir.

Ayten’in ifadeleri sonucunda, ÜYT süreçlerinde, taşıyıcı annelik deneyimi yaşayan bireylerin sadece hamileliğin gerçekleştiği ilk süreç ile ilgili değil; aynı zamanda anne karnının belirginleştiği, yani gebeliğin görünür olduğu, hamileliğin ilerleyen dönemlerinde de önemli ve ilk dönemlerine göre daha farklı kaygılar da yaşayabildiği anlaşılmaktadır. Ayten bu süreci aşağıdaki gibi deneyimlemiştir:

Çok iyi anlaştık. Eşyalı ev tuttu, böyle bir dairede birlikte kaldık. 4 ay sonra bu evden gittim ben. Hepimiz gittik eşim, çocuklar falan, biz şey dedik. Bir iş var diye gittik biz, kapıcılık işi gibi. Komşulara evet. öyle gittik biz. Zaten benim [karnım] 4 aydan sonra çıkıyor. Türk Milleti sonuçta yani, herkes bir eleştiri söylüyor.

Görüldüğü gibi Ayten ve ailesi çevrelerine karşı yeni bir iş bulmuş gibi davranmış, ücret karşılığı gerçekleştirdikleri bu hamileliği “başka bir binada kapıcılık yapma” rolü altında tamamlayabilmişlerdir. Ancak gerçekte, ailesiyle ve çocuğu alacak olan kadınla birlikte başka bir dairede kalmış, doğum gerçekleşene kadar hamileliğini yakınlarından gizleyebilmiştir.

Yine de Ayten her şeyin ortaya çıkmasından korktuğunu belirtmiştir. Ancak bu korku kendisinden ziyade, çocuğu taşıdığı kadın adına hissettiği bir korkudur. Taşıyıcı annenin de sosyal annenin de toplumsal çevrelerine karşı rol yapmaları zor süreçler yaşamalarına neden olmaktadır. Hayatlarına dair aldıkları bu önemli kararı uygulamaları, konu ile ilgili yasaklar nedeniyle daha fazla zorlaşmaktadır. Taşıyıcı anneler, hamileliğin ilerleyen süreçlerinde karınlarını çevrelerinden saklamaya çalışırken, sosyal anneler ise bunun tam aksine çevrelerine karşı hamileymiş gibi görünmeye gayret etmektedir. Her ikisi de aynı sürecin farklı rollerini üstlenmiş kadınlar oldukları için bu rollere uygun görünmeye çabalamakta, çevrelerini buna uygun şekilde kandırmaktadırlar. Ayten bu durumu şöyle ifade etmiştir:

Valla endişem ne yani? Hesaplamadığım bir şey. Bir de her şey ortaya çıkmasın sonuçta. O aile için de önemli çünkü eşinden başka kimse bilmiyor. Herkes onu çocuğu zannediyor sonuçta.

Anlaşılacağı üzere, burada rol yapan sadece Ayten değildir. Ayten’in bedenini kullanarak çocuk sahibi olan kadın da çevresine karşı rol yapmaktadır. Ayten’in anlatımına göre, kadın Almanya’da eşiyle yaşamaktadır. Hamile ve ailesinin yanında doğum yapacakmış gibi Türkiye’ye gelmiştir. Ayten, bu sosyal annenin saygınlığı adına da endişe duyduğunu ifade etmiştir. Ona göre, sosyal anne, kuma baskısı ile ÜYT

süreçlerine başvurmaya ve pratik-rasyonel davranışlar sergilemeye itilmiştir. Ayten'in kelimeleriyle başından geçen bu süreç aşağıdaki gibi gelişmiştir:

Boşanmak değil kuma. Yani bir de Doğulu oldukları için Antep'li oldukları için. Almanya'da yaşıyorlar, Berlin'de. Ailesi bu tarafta. Ailesi Türkiye'de yaşıyor. Kendisi kocasıyla Almanya'da. Zaten akrabaları, teyzesinden, eşiyle yani. Doğuluları bilirsin, çocuk olmayınca hemen kumaya başvururlar ya o yüzden. Kötü bir şey yok ki bu taşıyıcılık olsun, bir aileyi.. yani ben maddi yönden o da manevi yönden zengin ediyorum ben. İki aile de mutlu oluyor sonuçta yani amacına ulaştıktan sonra. Ha Türkiye'de yasaklıyorlar ya sonuçta yani.

Ayten'in yukarıda yer verdiği "Kötü bir şey yok ki bu taşıyıcılık olsun, bir aileyi.. yani ben maddi yönden o da manevi yönden zengin ediyorum ben. İki aile de mutlu oluyor sonuçta yani amacına ulaştıktan sonra." ifadesi pratik-rasyonel davranış tanımının hatırlanması gereken bir ifade olmuştur. Pratik-rasyonellik bireylerin "tüm bu eylem ve karar sürecinde kendi çıkarını, başarısını, faydasını da gözeterek dini ve ahlaki değerlere göre hareket etmesidir (Weber, 1950 s. 71)." Ayten'in iki tarafın da yapılan bu işten çıkarının olduğu ve verdiğini düşündüğü manevi huzur, pratik-rasyonel davranışın tanımına uygun betimlemeler içermektedir.

Taşıyıcı annelerin içinde yer aldıkları ÜYT süreçlerinde oldukları/hissettikleri gibi davranamadıkları bir konunun da emzirme ile ilgili olduğu anlaşılmıştır. Türk taşıyıcı annelerden bazılarının doğurdukları bebekleri emzirmeyi istedikleri ancak çocuğu verdikleri aileler istemeyince emziremedikleri, Gürcülerin ise, emzirmek istemedikleri halde aileler istediği için emzirmek durumunda kalabildikleri görülmüştür.

Ayten, aşağıda belirttiği gibi, hastaneye doğuma giderken emzirmemesi konusunda tembihlenmiş ve her iki kadın da Türkiye'de gerçekleştirilen doğum sonrasında hastanede yine pratik-rasyonel davranış sergilemek durumunda kalmışlardır:

Onu da demişti zaten bayan bana hastaneye giderken. Emzirmesen daha iyi olur dedi, çünkü hazır mama verecekti. Ne bileyim emzirmemi istemedi. Ben de tamam dedim yani. Ben isteseydim hemşirenin yanında emzirebilirdim ama aile böyle dediği için hatta bayan teşekkür etti, sağol dedi emzirmediğin için dedi. Sonra hazır mama getirmişti zaten yanında, hemşire görmeden veriyordu. Hemşire geldi mi biberonu saklıyordu.

Türklerin bebeğini taşıyan bir Gürcü taşıyıcı anne olan Elene, emzirme konusundaki endişesini bebeğe bağlanmak istememesiyle açıklamıştır:

Hiç düşünmek istemiyorum. Sonuçta vermem gerekir. Hiç o yüzden kendimi telkin ediyorum düşünmeyeyim diye. Çocuğu da görmesem daha iyi olur, bağlanmak istemem.

Doğum sürecinde yine taşıyıcı anneler, doğurdukları bebeğin yasal anneleri olmadıkları için yukarıdaki örneklerde görüldüğü gibi, doğum sonrasında emzirme ile ilgili olarak veya hastaneye başvurduklarında kimlik beyan ederken bazı sorunlar yaşayabilmekte, özellikle bu hususlar yasalarla belirlenmediği zaman kişisel inisiyatiflerle aşılmaya çalışılmaktadır. Diğer bir deyişle, zaman zaman yargılanmaktan, zaman zaman ise bağlanmaktan kaçınmakta; hem de kendileri için maksimum fayda elde edecek şekilde davranmaktadırlar.

Ayten'in belirttiği gibi, Türkiye'de gerçekleştirilen bu gibi doğumlarda taşıyıcı anne, kendi nüfus bilgilerini saklayabilmektedir:

Doğumu ailenin kimliğiyle yaptık. O yüzden doktora ekstradan para ödediler. Yani doktor da tehlikeye attı kendini. Yani mesleğinden olur öyle birşey duyulursa. Çünkü yasal değil. Gizli işler. Normal gittim özeline, bayanın kimliğiyle herşey yapıldı yani. Özel hastanede. Zaten doğum adına olduğu için sorun olmuyor zaten. Bir tek aile, götürmekte zorlandı işte Almanya'ya çocuğu. Hani, Türkiye'de doğduğu için, yurtdışına götürmek biraz sorun oldu. [Başka bir ilde] beklediler bir ay falan ancak öyle götürebildiler. Direk götürülmüyor zaten.

Ayten'in yukarıda açıkladığı durum, soy bağıny yanıltmayı içerdiği bilindiğı için, yasalar önünde suç teşkil etmektedir. Bu bilgi aslında, ÜYT sürecinin içerisinde yer alan, doktor ve sağlık çalışanları dahil herkes için risk oluşturan bir konudur.

Ancak Ungan Çalışkan (2016, s. 504) makalesinde taşıyıcı anneliğın, çocuk doğmadan önce soy bağı değiştirildiğı durumlar için cezai durum oluşturmadığını tartışmaktadır. Ona göre gerek taşıyıcı annenin gerekse gönüllü annenin ve/veya babanın doğum sertifikasını tağıyir etmesi halinde soybağıny değiştirme ve gizleme suçu işlemiş olacağı düşünülebilir. Öte yandan ceza hukuku doktrinde yalnızca sağ doğan çocukların nüfusa kaydolması nedeniyle soybağıny tağıyirinin söz konusu olabilmesi için çocuğın sağ doğmuş olması gerektiğı, bu nedenle embriyonun soybağıny değiştirilmesi hallerinde suçun işlenmiş sayılamayacağı; yani üremeye yardımcı tedavi esnasında embriyonun karı-koca anne-baba dışında üçüncü şahısların üreme hücreleri kullanılarak oluşturulması durumunda TCK'nın 321. maddesinin uygulama alanı bulamayacağı görüşü vardır (Yenerer Çakmut'tan aktaran Ungan Çalışkan, 2016, s. 504, 505).

Ancak pratik-rasyonel davranış gereğı Ayten de Elene de dahil oldukları süreci kurallarına göre tamamlamış, pratik-rasyonel; diğeri bir deyişle menfaatinlerine uygun ve ilkeli ölçütler, verdikleri sözler dahilinde gebeliklerini sorunsuz tamamlayarak bebekleri ailelerine bu hukuki şartlar altında teslim etmişlerdir. Görüldüğü gibi, yasadışı ortamlarda bile pratik-rasyonel eylem optimum faydayı hesaplayabilmekte ve bu amaca uygun olarak ortaya çıkabilmektedir.

4.2. Taşıyıcı Anne Yoluyla Çocuk Sahibi Olma ve Pratik-Rasyonel Davranış

Taşıyıcı anne yoluyla çocuk sahibi olan annelerin, özellikle de çevreleri tarafından bebek bekledikleri biliniyorsa, karınlarının belirginleşip belirginleşmediğı sorgulanan ve paylaşılan bir konu olagelmektedir. Bu nedenle bu süreçte yer alan anneler de, toplumsal çevrelerini bebeklerinin gelişine, yaşadıkları yerden uzaklaşarak hazırlamaktadırlar.

Fatma, Karadeniz Bölgesi'nde yaşayan ve taşıyıcı anne yoluyla çocuk sahibi olan bir annedir. Görüşme esnasında Fatma, taşıyıcı annenin çocuğuna hamile kaldığını öğrenmiş, gebeliğin tamamlanmasını beklemekte idi. Onun da bu süreçte, Ayten'in çocuk sahibi yaptığı anne gibi, çevresine karşı rol oynamak durumunda kaldığını görmekteyiz. Karadeniz Bölgesi'nin de çocuk sahibi olma ve aile ilişkileri konularında Türkiye'nin çoğu bölgesi gibi muhafazakâr olduğu bilinmektedir. Fatma, bu özel durumunu sadece annesi ile paylaşabilmiş. Geri kalan çevresine ve özellikle eşinin ailesine karşı rol yapacağını belirtmiştir.

Fatma'nın kendi anlatımıyla bu ÜYT süreci aşağıdaki gibi planlanmıştır:

Yok, hiçbir aşamayı hiçbiri bilmiyor. Sadece annem biliyor. O da zaten yaşlı hani sadece bana destek oluyor işte, 'kızım üzülme hani şey yapma'.. Böyle hani beni anlasa oturup konuşabileceğim hani o kadar şey yok. Aramızda çok yaş farkı var annemle. Ama hiç kimseye anlatmadım yani eşimin aile tarafında hiç anlatmadım. Yani başka çarem yok. Son aylarda uzaklaşacağım yani son mesela 6 aylıktan sonra uzaklaşacağım. Hani kendim o aya kadar, biraz topluyum yani hani. Göbek kısmım da hani üstten biraz çıkıntılı hani öyle bir yapım var hani. Balık etliyim. Ama hani son aylara doğru artık uzaklaşacağım hani başka bir şansım yok. Gürcistan'a [gideceğim], yakın zaten orda ablam var akrabalar var, abim var hani öyle düşünüyorum eğer olursa.

Görüldüğü gibi, Fatma da fiziksel özelliklerini avantaja çevirerek, rolünü yukarıdaki senaryoya göre oynamayı ve çevresi tarafından utandırılmaktan veya küçük düşürülmekten, acınmaktan kaçınmayı hedeflemektedir. Onun için çocuk taşıyan kadın, Gürcü bir kadındı ve Gürcistan'da yaşamaktaydı. O nedenle, çocuğunun doğum tarihi yaklaştıkça Fatma, Gürcistan'a yakın olan akrabalarının yanında kalmayı, orada doğum yapmış gibi çocuğunu Gürcistan'dan alıp dönmeyi planlamıştır. Hedeflerine uygun, stratejik çözümler geliştirmiş, ihtimalleri hesaplamıştır.

Fatma'nın da bu süreçlerde yer alan diğer bireyler gibi üreme süreçleri ile ilgili olarak arkadaş veya akrabalarına gerçeğe dair bir şey anlatmadığı anlaşılmaktadır. Sadece eşleri ve çok yakın akrabaları detayları bilmektedir. Karadeniz'de yaşamının getirdiği coğrafi avantajla birlikte Fatma, doğum sürecini diğer bireylerden daha iyi planlayabilmiştir. Gürcistan, Batum'daki yardımcı üreme merkezlerini tercih eden Türk aileler için özellikle Doğu Karadeniz'de yaşamak stratejik bir öneme sahiptir. Yukarıda belirttiği gibi Fatma, doğum zamanı yaklaşınca Batum'a yakın bir şehirdeki kardeşinde veya yakın akrabalarında kalacaktır. Diğer bir deyişle, üreme yöntemi ile ilgili olarak doğru bilgileri akrabalarıyla, ancak gerekirse paylaşacaktır.

Fatma dışında, taşıyıcı anne yoluyla çocuk sahibi olacak olan Eda ve Serkan'la olan görüşmede Serkan daha çok, bürokrasi ile ilgili olarak endişeler duyduğunu “*Sınırdan çocuğu çıkartırken sorun olur mu diye korkuyorum sadece ben biraz*” sözleriyle belirtmiştir. Görüldüğü gibi, taşıyıcı anne yoluyla çocuk sahibi olan aileler bürokratik ve hukuki engellerle ilgili endişeler yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Acaba bu endişelere kapılmak ve yasa dışı yollara başvurmak yerine, evlatlık çocuk başvurusunda bulunmayı düşünmediler mi?

Birincisi, taşıyıcı anne Ayten'in belirttiği gibi, bazı kadınlar hangi nedenle olursa olsun, kendi çocuklarını doğuramazlarsa kuma bazıları ise boşanma ile karşı karşıya kalabilmektedir. Evlatlık edinme, kişilerin içinde bulunduğu sosyal çevrelerine bunu kabullendirebildikleri veya olası tepkilere kayıtsız kalabildikleri durumlarda hayata geçebilmektedir. ÜYT uygulamaları ve taşıyıcı annelik veya donasyon yoluyla çocuk sahibi olan aileler, çocuk sahibi olduklarını genellikle sosyal çevrelerinden saklayabilmektedirler.

İkincisi, bireylerin evlat edinme başvurularında sıklıkla karşılaştıkları bürokratik engeller, onların ÜYTLere yönelmesine neden olabilmektedir.

Üçüncü olarak ise, bireylerin mümkünse kendi çocuklarına sahip olmak, değilse de en azından yeni doğmuş bir bebek sahibi olmak istemeleri onları ÜYT süreçleri ile tanıştırmaktadır. Örneğin, daha önce evlatlık

başvurusu da yaptıklarını bildiren Ali, bu başvurularında da bürokratik engellerle karşılaştıklarını ve büyük bir çocuktan ziyade yeni doğmuş bir bebek istediklerini aşağıdaki gibi anlatmıştır:

Esirgeme kurumuna gidiyorsunuz, yaşıınız 40 oldu çocuk alamazsınız bilmem ne. 40'ı geçtikten sonra 41 oldunuz mesela 1 yaşında alabiliyorsunuz. 42 oldunuz, 2 yaşında alabiliyorsunuz. Öyle yasal.. Tabi alabiliyorsunuz ama biz de.. tabi biliyorsunuz insan 0 km istiyor herşeyi, çocuğu amiyane tabirle.

Ali'nin yukarıda bahsettiği, evlatlık çocuk edinme başvurularında yaş ile ilgili bürokratik engele yönelik son zamanlarda bazı iyileştirmeler yapıldığı bilinmektedir. Ancak bu ve başvuru sonrasında uzun süre beklemek gibi bürokratik engellerin, bireyleri uzun bir süre, evlatlık çocuk başvurusu yapma fikrinden uzaklaştırdığı bilinmektedir. Burada ÜYT uygulamaları yoluyla çocuk sahibi olan ailelerin Özbay'ın (1999) çalışmasında belirttiği gibi evlatlık edinme yönelimi içinde olmadığı ya da bu yönelimlerinin başarısız olduğu düşünülebilir.

4.3. ÜYT Süreçlerinde Yumurta Donörü Olma ve Pratik-Rasyonel Davranış

Herhangi bir nedenle çocuk sahibi olmak için yumurta üretemeyen kadınlar, yumurta donasyonu almaya başvurumaktadırlar. Yumurta donörleri, yumurtaları anestezi altında toplanmadan önce yumurtalıklarını uyarmak ve daha çok sayıda ve büyüklükte yumurta oluşumuna yardımcı olmak için hormon iğneleri kullanmak durumundadırlar.

Bu çalışma kapsamında görüşülen Sevgi adlı katılımcı, Kıbrıs'ta lisans eğitimi alan bir öğrenci ve düzenli bir yumurta donörüdür. O da ailesinin olası tepkilerinden kaçınmak için rol yapma davranışı içine girmek durumunda kaldığını bildiren bir katılımcı olmuştur. Onun için bu nedenle ailesinden uzakta, Kıbrıs'ta eğitim alıyor olmak bir avantaj olmuştur. Bu sayede ne ailesine durumu açıklamak ne de onların yargı ve müdahalelerinden kaçınmak için sürekli rol yapmak durumunda kalmaktadır.

Sevgi, eğer ailesiyle yaşıyor olsaydı yumurta donörlüğünü yapmasının imkânsız olduğunu ifade etmiştir. Yine de deneyimlediği bir anı üzerinden ailesinin yanında bu süreci nasıl atlatabildiğini paylaşmıştır. Bu iğnelere henüz birkaç gün önce başlamışken, ailesi tatil için yanına geldiği zaman, iğneleri aracında saklayıp uygulayarak, risk alması gerektiğini belirtmiştir.

Sevgi bu süreci aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

Ha Türkiye’de yapmazdım. Ama burada mesela bayrama denk geldi bir önceki. Bizimkiler de buradaydı, herkes buradaydı, bütün ailem buradaydı. Ve ben yine yaptım. Ama bu büyük bir cesaret. Arabada buz şeylerinin içine koyuyordum, kolilerin içine koyuyordum iğneleri. Yapılıyor ya. Ama yapmazdım. Öyle bir şeye onların yanında başlamazdım. Öyle bir şey, bunların yanında yaptım ama onlar gidiciydi. Yani misafir olarak düşündüğüm için. Yoksa burada yaşasa yani hepsi yapar.. yapmazdım ya.. Çünkü o riski alamam.

Aslında Sevgi de Fatma da birbirine benzer şekilde coğrafi yakınlık veya uzaklıktan dolayı üçüncü kişileri kapsayan ÜYT süreçlerinde farklı rollerde yer alırken coğrafi yakınlık ve uzaklığın avantajlarını kullanmışlardır. Sevgi de Fatma da, daha çok ailesinin yanında farklı davranışlar sergilemek durumunda iken, onlardan uzakta iken özgür hissetmekte ve böyle bir kaygı duymamaktadır.

Hatta sürekli rol yapamayacağını düşündüğü için Sevgi, eğitimini tamamladıktan sonra artık yumurta donasyonu yapmayacağını da belirtmiştir. Diğer bir deyişle, uzakta olmak Sevgi’yi bürokratik ve toplumsal baskılarla strateji savaşında avantajlı duruma getirmiştir.

Ancak, uzaklık bazı pratikler için dezavantaj da getirebilmektedir. Zeynep için durum böyle olmuştur. Zeynep, rahmine yerleştirdiklerinin bir embryo değil de, kendisine başvuran çifte ait sperm olmasından şüphelenen bir taşıyıcı annedir. Zeynep’in endişeleri aşağıdaki gibidir:

Ya o benim kendi çocuğumsa? Ya bana söylemeden rahmime sperm enjekte etmişlerse? Bunu affedemem. O benim çocuğumsa, bir de onu taşıdıysam, annesiyim ben onun. Onu almam gerekir, başkasına emanet edemem. Bunu nasıl anlayabilirim? Annelik testi yaptırmak istiyorum. Ailenin haberi olmamalı. Çocuk okula, en azından kreşe gidene kadar beklemeliyim. Saç telini alabilsem yeter. İzlerini buldum zaten, isimlerini biliyordum. Çocuğun saç telinden benim çocuğum olup olmadığı anlaşılır. Eğer benim çocuğumsa mahkemeye de veremem. Onu kaçıracağım. Umarım benim değildir. Ona bakacak durumum yok, ama bir şekilde halledebilirim. Zaten birkaç sene sonra ortaya çıkar, bir işim olabilir o zamana kadar.

Aileye böyle bir endişem olduğunu, ve saç örneğini almak istediğimi söylersem vermez, bir de polise şikayet ederler. Ama artık dayanamıyorum. Uyuyamıyorum, içim içimi yiyor. Bunu hissettim, o benim çocuğum olmalı. Öyle garip davrandılar ki, bunu hissettim. Bir gün bunu anlayacağım. Herşey gün yüzüne çıkacak. Onların sahtekarlığı ortaya çıkacak.

Zeynep yukarıda görüldüğü gibi, içinde yer aldığı yasadışı sürecin cezasını vicdanen çok yüksek bedellerle ödemektedir. Yasalarla belirlenmemiş bu alanın özellikle Türkiye’de gerçekleştirilen hiçbir anı kayıt altına alınmamakta, kuralları sözleşmelerle belirlenmemektedir. Dolayısıyla, şifahen yapılan bu anlaşmalarda kurallara uyulup uyulmadığı genellikle ispatlanamamakta, ispatlansa bile bireyler yasadışı bir süreçte yer aldıkları için haklarını arayamamaktadır.

Bu örnekte, diğerlerinden farklı olarak pratik-rasyonel davranışın Zeynep’in içinde bulunduğu olumsuz ÜYT koşullarına ve süreçlerine uygun olarak geliştiği görülmektedir. Zeynep, bir şekilde çocuğun kendine ait olduğunu ispatlarsa, onu kaçırmayı düşünmektedir. Aslında bu kurguda da Zeynep stratejik ve amaçlarına uygun hareket etmekte; bu amaçlarını, inandığı kişisel değerleri ile paralel şekilde gerçekleştirmeyi istemektedir. Amaçlarına, değer ve inançlarına uygun, stratejik bir davranış yönelimi olduğu açıkça görülmektedir.

4.4. Yumurta Donasyonu Yoluyla Çocuk Sahibi Olma ve Pratik-Rasyonel Davranış

ÜYT süreçlerinde yer alan ve en az rol yapma davranışı sergilemek durumunda kalan grup muhtemelen yumurta donasyonu yoluyla çocuk sahibi olan anneler olmaktadır. Bu grupta, daha çok Kıbrıs veya Gürcistan'da, genellikle –eğer eşlerinin spermeleri çocuğun oluşumu için yeterli düzey ve kalitede ise- eşlerinin spermi ve yumurta donörünün yumurtası laboratuvar ortamında birleştirilerek tüp bebek yapılması sağlanmakta ve uygun süre içinde bu bebekler onlara hayatları boyunca eşlik edecek olan annelerinin (sosyal ve biyolojik anne) rahimlerine yerleştirilmektedir.

Dolayısıyla bu grupta yer alan anneler, hamilelik ve doğum süreçleri sonrasında, yaşadıkları bu ÜYT süreçlerini unutmaya ve çocuklarını kendi çocukları gibi benimsemeye çok daha yatkın olmaktadır. Bu grupta yer alan annelerden birisi Hale'dir. Hale, ağır bir kanser tedavisi gördüğü için yumurtaları elverişsiz hale gelmiş; defalarca gerçekleştirdikleri tüp bebek girişimleri olumlu sonuç vermemiştir.

Hale, bir zamanlar içinde bulunduğu bu durumu aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

Ben unuttum aslında. Hani onu diyorum ya işte aslında. Unutuyorsun yani. Unuttum derken hani işte bir, bir dokunaklı bir şey gibi düşündüğüm için hani kendim doğurdum kendim emziriyorum, benim çocuklarım. O hissiyat çok farklı. Hani o konuyu tekrar konuşuyor olmak da ya insanlara bir yararı olacaksa mesela ben destek de olup konuşabilirim de birisi bunu düşünüyorsa mesela işte bana fikir sormak istese. Ben beyan ederim fikrimi. O konuyu unutmak derken tamamen kapamak şeklinde değil. Ama hani insan böyle bir şey yaşadığını unutuyor çocuklarla olduktan sonra. Nasıl diyeyim, hani doğumu da unutuyorsunuz bir yerden sonra o acıları, sıkıntıları. Hani o sıkıntıları, acıları, insan beyni öyle herhalde sıkıntıları acıları atıyor, güzel şeylere konsantre olmayı tercih ediyor. Öyle oluyor yani çocuklar olunca.

Hale'nin paylaştığı bu anlatı, yaşadığı süreci hayatında nasıl konumlandığıyla ilgili olarak önem taşımaktadır. Donasyon almış olduğunu unutmak istediğini, kendi doğurup emzirdiği için çocuklarını tam

anlamıyla benimsediğini ifade etmektedir. Ancak Nurgül, kendisine yapılan donasyon ve tüp bebek işlemleri anestezi altında gerçekleştirildiği için, başarısız olan bu işlemlere yönelik şüphe içinde olduğunu aşağıdaki gibi belirtmiştir:

Ha tabi şey, şöyle.. Zaten hani bu yapı.. yumurtayı koymadı belki. Öyle şeyler de okudum ben internette. Kıbrıs'ta. Yumurta nakli.. Zaten bir hafta sonra hamilelik testi yapıyorsunuz hani.. Ben mesela iki embryo yerleştirdiklerini ultrasonda gördüm. Pıt atıldı. Ama onun embryo olduğunu ben bilmiyorum. Bişe atılar sonuçta, su da olabilir. Bilmiyorum ki...

Yumurta donasyonu alma yoluyla çocuk sahibi olma, ÜYT süreçleri içinde sosyal, ekonomik ve psikolojik anlamda en kolay yönetilebilir ve rol yapma davranışı gerektirmeyen, aileler için sadece gizlilikle atlatılması gereken bir hamilelik başlangıcını içeren bir süreç olarak anlaşılmıştır. Ancak süreç içinde ailelerin yoğun bir güvensizlik içinde oldukları, zaman zaman tüp bebek merkezlerine olan güvenlerini sorguladıkları; ancak bu endişelerini çocuk sahibi olma umudu taşıdıkları için saklamak durumunda kaldıkları, yine mutlu olmak ve çevrelerini mutlu etmek adına, amaçlarına uygun ve stratejik davrandıkları görülmektedir.

4.5. ÜYTLere Başvurmadan Çocuk Sahibi Olma ve Pratik-Rasyonel Davranış

Bundan önceki bölümlerde bireylerin ÜYT süreçlerinde yasal yaptırımlar ve çevresel-toplumsal baskılardan kaçınmak için içinde buldukları pratik-rasyonel davranışlar, ilgili örnekler üzerinden incelenmiştir. Bu bölümde ise, ÜYT süreçlerine başvurmadan çocuk sahibi olmada sergilendiği anlaşılan bazı pratik-rasyonel davranışlara kısaca değinilmektedir. Türkiye'de bir kadın doğum uzmanı ve embriyolog olan Veli, kendisine farklı zamanlarda çocuklarının olmaması nedeniyle başvuran hastalarının hangi ilişkiler üzerinden çocuk sahibi olmayı denediklerini aşağıdaki gibi özetlemiştir:

Bir de biz bazı şeyleri yasaklıyoruz ne oluyor? Örneğin kadının çocuğu olmuyor, kız kardeşinin oluyor. Kız kardeşine diyor ki bir tane doğur bana ver diyor, bu en masumu. Kendi kocasıyla onun

kendi kızkardeşi ilişkiye giriyor. Bu ikinci kademe. Üçüncü kademe adamın spermi yok, bilem ne. Bu arada bir falan olmuyor bizim ülkemizde. Yani köylerde çocuk sahibi olamamak çok büyük bir yük ve bunu aileler kendi usulleriyle çözmeye çalışıyorlar. Ee, gidiyor bir başka erkekle beraber olmasına karısının izin veriyor. Yani bu hikâyeleri ben, 200 000 hasta ile görüştüm, neler dinlediğimi anlatamam sana. Burda biz onların önüne yarattığımız sosyal engellerle onun sperm donasyonunu o biçim usullerle yapmasına meydan veriyoruz. Sperm donasyonu Türkiye’de var ve yaygın. Hem de nasıl yaygın.. Eşle dostla, kardeşle, bilmem neyle cinsel ilişkiye giren insanlar var Türkiye’de. Ben doğum hastanesinde çalıştım. Orda kadın doğumda çalışsan neler neler dinlersin. Yani benim bildiklerim bunlar.

Veli tarafından “Çocuk sahibi olamamanın bireylere getirdiği yük” sonucu bireylerin ÜYT’nin yasak, pahalı, uzak olması veya bilinmemesi nedeniyle başvurdukları çözümler (!) anlatılmıştır. Aslında bütün bu kişisel paylaşımlar, üçüncü kişilerin yer aldığı ÜYT uygulamalarının “muhafazakâr bir toplum olma” veya “soy bağıını bozma-yanıltma” gerekçeleriyle yasaklanmasının başarılı bir politika olmaktan ziyade, başarısız olduğunu göstermektedir.

Bu bölümde, bulgularla desteklenmeye çalışılan konu, üçüncü kişileri içeren ÜYT süreçlerinin hangi tarafında yer alırsa alsın, bireylerin çevrelerine karşı nasıl pratik-rasyonel davranış içinde bulduklarını ortaya koymaktır. Burada yer alan örnekler, münferit gibi görünse de, farklı, gizli ve riskli bir grubun deneyimleri ile ilgili olarak literatüre katkı sunması ve hatta alan ile ilgili yeni politikalar üretilmesi açısından önem taşımaktadır.

5. SONUÇ VE TARTIŞMA

Bu çalışmada bulgular, Türkiye’de yaşayan ve üreme süreçlerinde üçüncü kişilerin bedenleri ve üreme hücrelerine başvuran bireyler ile ilgili gerçekleştirilmiş nitel bir araştırmaya dayanmaktadır. İki ayrı problem ayrı ayrı ortaya çıkmaktadır. Bunlar: *Türkiye’de ÜYTler üzerinden yaratılan pratik-rasyonel davranış şekli* ile *Türkiye’deki ÜYT yasağının meşruiyet problemi*dir.

Araştırmanın literatüre en önemli katkıları, 1. ÜYT süreçlerinde yer alan bireylerin stratejik, gizli, rol-yapmacı davranışlarının Weber’in pratik-rasyonel davranış kavramı ile olan uyumunun, 2. ÜYTlerin yasadışı değil, onu yasaklayan otoritenin meşru kabul edilmeyip ona uygun davranışlar sergilenmemesinin, ortaya çıkan bu pratik-rasyonel davranışlar üzerinden keşfedilmesidir. Katılımcıların özellikle bu çalışmada yer alan davranışlarının pratik rasyonel davranış tipine uygun olduğu anlaşılmakta bu tespit ve araştırma katılımcılarının davranışlarını söz konusu analogi içinde anlamamızı kolaylaştırmak suretiyle literatüre katkı sağlamaktadır.

Bu çalışmada yer alan katılımcıların, Weber’in pratik-rasyonel eylemine uygun davrandıkları görülmüştür. Weber’e göre bu tür davranış içinde olan bireyler faaliyetlerinde maksimum fayda elde edeceği akılcı hedefler belirler, hedefine ulaşmak için etkin yöntemleri seçer, bu süreçte dini ve ahlaki ilkelere göre davranır. Sadece kendi menfaatini değil, karşısındakinin ya da içinde yaşadığı toplumun genel menfaatini de dikkate alır (Weber, 1950: 75). Zira Çamlı’nın (2020, s. 19) belirttiği gibi, “pratik-rasyonellik dinamiklerinin özünde insanın günlük hayatını kolaylaştırma, hayatı ve çevreyi daha yaşanabilir kılma, fayda ve kârı optimum ahlak noktasına çıkarma, toplumsal rızayı ve konsensüsü tesis etme, özgür ve mutlu bireyler yetiştirme, sosyal refahı artırma, adilane ve barışçıl bir toplum inşa etme gibi idealler yatıyorsa,” ÜYT uygulamalarına başvuran bireylerin de bu davranışa uygun hareket ettikleri söylenebilir. Türkiye’de çocuk sahibi olamayan bireyler yasadışı da olsa ÜYTLere başvurarak ve pratik-rasyonel davranışlar sergileyerek:

1. Boşanma, kuma gibi yaptırımlardan kaçınarak günlük hayatlarını kolaylaştırmakta,
2. Kendilerinin ve ailelerinin saygınlıklarını korumakta,
3. Kendilerinin, çocuklarının ve ailelerinin toplum baskısı olmadan, özgür ve mutlu yaşamalarını sağlamakta,
4. Dolayısıyla ahlaki, dini, kültürel ve toplumsal değerleriyle çelişmeyen çünkü her tarafın çıkar sağladığı bir “çocuk sahibi olma” veya “çocuk sahibi etme” ediminde bulunabilmektedirler.

Toplumun ve yasaların üreme konusunda uyguladığı baskının, bireyler üzerinde caydırıcı etki oluşturmadığı görülmüştür. Aksine bu yasa, bireyleri rol yapma ve stratejik davranma davranışlarını gerçekleştirmek suretiyle cezadan ve yargılanmaktan kaçınarak ÜYT süreçlerinde yer alma yoluna itmektedir.

Diğer bir deyişle, bireyler ona uygun davranmayarak aslında, otoritenin meşruluğunu kabul etmemektedir.

Bir davranışın, teknolojinin veya temel ihtiyacın yasaklanması, onun gerçekleştirilmeyeceği anlamına gelmemektedir. Hatta bu gibi örneklerin gerçekleşme biçimleri onu, göze alınan riskleri ve uğrunda verilen tavizler bakımından bilimsel araştırma ve incelemeler için zor; ancak çok daha değerli hale getirmektedir. Konunun önemi ve araştırmanın daha önce bahsedilen sınırlılıkları nedeniyle, benzer araştırmaların daha geniş ÜYT süreçlerinde yer alan katılımcılar ile gerçekleştirilmesi, desteklenmesi ve Türkiye’ye ait daha geniş bir literatür oluşturulması gerekmektedir. Bu çalışma özelinde Weber’in pratik-rasyonel davranış tanımına odaklanılmış, meşruiyet/otorite türleri konu dışına çıkmamak adına göz ardı edilmiştir. Ancak, Türkiye’nin hangi otorite/meşruiyet türü ile yönetildiği ve bireylerin ÜYT bağlamında bu otorite türü ile ilişkisi de başka çalışmalarda ele alınabilir.

Kant’ın (2005, s. 230) *Aydınlanma Nedir*’ i sonlandırırken ifade ettiği düşüncenin burada anılması faydalı olacaktır: “...Son olarak bu insanların hürriyeti kullanabilme yeteneğine sahip olması siyasi iradenin

ilkelerini etkiler, ki siyasi irade, artık makineden fazlası olan insanlara, onurlarına saygı göstererek davranmayı kendi lehine bulur.”

Anlaşıldığı gibi, aydınlanma için bireysel aydınlanma bunun için de siyasi iradenin bireysel onura ve düşünceye saygı göstermesi şarttır. Bunlardan herhangi birisinin eksik olması durumunda, bireyler karar vermek için de kararlarını uygulamak için de daima başkalarına tabi olmak durumunda kalacaklardır. Bu konu özgürlükler, akıl ve meşruiyetin yeniden sorgulanmasını gerektirmektedir.

6. SUMMARY

Developments in the field of biomedicine directly affect the social lives of people who experienced Assisted Reproductive Technologies (ARTs). It is known that in Turkey, using the third parties' bodies and gametes in the In Vitro Fertilization processes of couples is banned and punished via regulations in the field of ARTs. However, that punishment and ban do not make families disclaim having a baby via these technologies including third parties. Rather, they started to make it in a more insecure and secret way afterwards.

For this reason, it is claimed and supported by the field results in this paper that Turkish citizens were forced to apply for some ways in order to avoid any kind of punishment such as social exclusion and legal enforcements. This study focuses on the practical-rationality concept of Weber, which was adopted in this study for people avoiding social pressure and humiliation in not being able to have a child or in requiring other people's bodies for this aim.

The results of face-to-face interviews of the researcher with surrogate mothers, oocyte donors, couples who had their children via surrogacy and embryologists are used in this study. In other words, this paper aims at understanding if ARTs and restrictions have social pressure on surrogate mothers and oocyte donors, who are mainly worried if their roles reveal in the end, and families that have their children via these ways; and finally understanding the strategies which these people appeal to avoid from humiliation in Turkey.

In this paper, the statements of the participants were given directly as quotations. These statements were discussed and interpreted in the context of rationalism and specifically, the practical-rationality concept of Weber. Finally, the possibility of living private and reproductive lives under no pressure for individuals in Turkey is discussed under the light of research findings.

KAYNAKÇA

- Aristoteles (2017). *Politika: Bütün Yapıtları-3*, F. Akderin (Çev.), İstanbul: Say.
- Çamlı, A. Y. (2020). Yeni Bir Toplum Kuram Dinamiği: Pratik Rasyonellik, *Kocatepe İİBF Dergisi*, 22(1), 14-27.
- Evsel, G. (2018). *Human Rights Domain for Reproductive Biotechnology: A Qualitative Study on Turkish Case*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilim ve Teknoloji Politikası Çalışmaları EABD.
- Foucault, M. (2001). *Power*. R. Hurley (Çev.), New York: The New.
- Foucault, M. (2007). *Cinselliğin Tarihi*, İstanbul: Ayrıntı.
- Franklin, S. (2013). *Biological Relatives: IVF, Stem Cells and the Future of Kinship*, Duke University.
- Fukuyama, F. (2003). *İnsan Ötesi Geleceğimiz: Biyoteknoloji Devriminin Sonuçları*, A. Fromm (Çev.), Ankara: ODTÜ.
- Gürtin, Z. B. (2012). Practitioners as Interface Agents between the Local and the Global: The Localization of IVF in Turkey, *Academia*.
- Gürtin, Z. B., Inhorn, M. C. ve Tremayne, S. (2015). Islam and Assisted Reproduction in the Middle East: Comparing the Sunni Arap World, Shia Iran and Secular Turkey, Book Chapter 165 in *The Changing World Religion Map*, Springer Science and Business Media Dordrecht, 3137-3153.
- Habermas, J. (2003). *İnsan Doğasının Geleceği*, K. H. Ökten (Çev.). İstanbul: Everest.
- Kant, I. (2005). *Aydınlanma Nedir? Liberal Düşünce*. A. Yayla (Çev.), 20(38-39), 225-230.
- Malthus, T. (1998). *An Essay on the Principle of Population*, Electronic Scholarly Publishing Project. URL: <http://www.esp.org/books/malthus/population/malthus.pdf>
- Mutlu, B. (2018). Gizleyerek Aile Olmak: Yurtdışında Yasaklı Biyoteknolojilerle Çare Arayışları. *Toplum ve Bilim*, 144, 161-194.

- Özbay, F. (1999). *Türkiye’de Evlatlık Kurumu: Köle mi Evlat mı?* (Çevrimiçi) URL: https://www.academia.edu/1156044/T%C3%9CRK%C4%B0YEDE_EVLATLIK_KURUMU_K%C3%96LE_M%C4%B0_EVLAT_MI
- Türkmenadağ, İ. (2012). Home and Away: The Turkish Ban on Donor Conception. *Law, Innovation and Technology*, 4: 2, 144-164.
- Ungan Çalışkan, H. (2016). Bırakınız Taşısınlar: Taşıyıcı Anneliğe Güncel Bakış, *MÜHF-HAD*, 22(1).
- Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri hakkında Yönetmelik, *Resmî Gazete* no 27513, 6 Mart 2010. URL: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100306-10.htm>
- Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri hakkında Yönetmelik, *Resmî Gazete* no 29135, 30 Eylül 2014. URL: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20085&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Weber, M. (1950). *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*, Third Impression. Tr. T. Parsons, New York: Charles Scripner’s Son.
- Weber, M. (2012). *Sosyolojinin Temel Kavramları*, İstanbul: Yarın.