

# ÇOKLU DAMGALANMA KOŞULLARINDA TIBBİ BİR DURUM OLARAK HIV İLE YAŞAMAK

## Türkiye’de HIV ile Yaşayan Bireylerin Sağlık Hizmetleri Sırasındaki Deneyimleri

Mihriban ŞENGÜL\*, Murat SAYAN\*\*, Furkan HANCIOĞLU\*\*\*, Esra CANPOLAT GÖKÇE\*\*\*\*

**Öz:** Damgalama, tarihsel olarak belirlenen ve iktidar ilişkilerinin de dâhil olduğu eşitsiz toplumsal ilişkiler alanında “inşa edilen”, dışlayıcı davranışlara dönüşebilen bir algı ve tutum biçimidir. Birden çok damganın birbirine ilişkilendirilerek üretildiği durumlarda, bir damgalama diğerini büyüten ve dışlamanın şiddetini ve sürekliliğini artıran bir etkiye sahip olabilir. Biri diğerinin işaretine dönüşen bu damga nesnelere dönüştürülen bir görelilik olarak normalleşse bile damgalama süer. Damgalama, çok aktörlü ve akışkan bir yapıya sahiptir. Toplumsal yaşamın farklı alanları (sivil ve siyasal alanlar) arasındaki geçişken ilişkiler nedeniyle, damgalama odakları belirsizleşirken etkileri bireylerin/grupların yaşamının tüm boyutlarına (özel ve kamusal ilişkiler alanlarına) yayılır. Hatta profesyonel kurallara ve ilkelere dayanan kamu ve özel sektör eliyle sunulan hizmetlere de damgalayıcı tutum ve pratikler sızır. Toplumların özgül koşulları içinde, hetero-ataerik kültürel yapının “normal dışı” olarak işaretlediği yaşam biçimleri, kimlikler ve HIV (Human Immunodeficiency Virus) ile yaşamın birlikte damgalanması söz konusudur. Günümüzde tıbbi gelişmelerin ve artan bilginin etkisiyle HIV’i damga nesnesine dönüştüren koşullar önemli ölçüde değişmiştir. HIV ile yaşayan bireylerin (HYB) yaşadığı dışlanmanın bu durumdan nasıl etkilendiğini görmek önemlidir. Bunu Türkiye’de HYB’lerin sağlık hizmeti alımı sürecinde karşılaştıkları damgalanma deneyimlerine yönelik bir saha araştırması ile anlamaya çalıştık. HYB’lere erişimin güçlüğü ve konunun hassasiyeti nedeniyle internet üzerinden kazara/uygun örneklem modeli ile anket uygulaması ve kişisel referanslarla ulaşılan HYB’lerle yüz yüze yapılandırılmamış görüşmeler yaptık. Elde ettiğimiz bulgular, araştırmanın dinamikleri içinde oluşan örneklem damgalanma deneyimini yorumlamak amacıyla nicel ve nitel analiz teknikleri ile işledik.

**Anahtar sözcükler:** damgalama, çoklu damgalama, HIV, HIV ile yaşayan birey, sağlık hizmetleri

### *Living With HIV as a Medical Situation in Multiple Stigmatization Conditions The Experiences of the People Living With HIV in Health Care Services in Turkey*

**Abstract:** Stigmatization is a form of perception and attitude that is determined historically, and that is “constructed” in the unequal social relations including power relations in which could transformed into exclusivist actions. In cases multiple stigma are produced by associating with each other a stigma may have an effect that magnifying the effect of the other and increasing severity and continuity of the exclusion. Stigmatization continues even if one of the stigma objects that one of which became the mark of the other is relatively normal. Stigmatization has a multi-actor and fluid structure. The effects of stigmatization units are spread to all dimensions of the life of individuals and groups while its focus are uncertain, because of the transitional relationships between the different spheres of social life (civic and political spheres). Stigmatizing attitudes and practices infiltrate to the services provided by the public and private sectors based on professional rules and principles too. In the original condition of societies, ways of life and identities what the hetero-patriarchal cultural structure calls “abnormal” and living with HIV (Human Immunodeficiency Virus) are co-stigmatized. Nowadays the conditions that transformed HIV into a stigma object have changed significantly by medical development and increased knowledge on it. It is important to see how the exclusion of people living with HIV (PLWH) is affected by this situation. We tried to understand it through a field research on stigma experiences of PLWH faced in the process of their health care in Turkey. Because of the difficulties of accessing to the PLWH and the sensitivity of the subject, we conducted survey study with incidental/convenience sampling techniques and unstructured face-to-face interviews with PLWH accessed by personal references. We worked with quantitative and qualitative analysis techniques to interpret the findings we obtained for the purpose of criticize the experience of stigmatization of the sample formed within the dynamics of research.

**Key words:** stigmatization, multi stigmatization, HIV, people living with HIV, health care services

### Giriş

Dışlayıcı davranışlara dönüşebilen bir algı ve tutum biçimi olarak damgalama, tarihsel olarak belirlenen ve iktidar ilişkilerinin de dâhil olduğu eşitsiz toplumsal ilişkiler alanında inşa edilir. Toplumsal yaşamın farklı alanları (sivil ve siyasal alanlar) arasındaki geçişken ilişkiler nedeniyle, damgalama

odakları belirsizleşirken etkileri bireylerin/grupların yaşamının tüm boyutlarına (özel ve kamusal ilişkiler alanlarına) yayılır.

Akışkan, çok katmanlı ve çok aktörlü toplumsal ilişkiler ağı içinde ortaya çıkması ve bir katmandan

\* Prof. Dr., İnönü Üniv., İktisadi ve İdari Bilimler Fak. Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü (ORCID No: 0000-0002-6487-8854)

\*\* Prof. Dr., Kocaeli Üniv., Araştırma ve Uygulama Hast. PCR Laboratuvarı-Yakın Doğu Üniversitesi, Deneysel Sağlık Bilimleri Araştırmaları Merkezi (DESAM) (ORCID No: 0000-0002-4374-7193)

\*\*\*Bağımsız Araştırmacı, Misafir Doktor Öğrencisi, Université de Genève, La Faculté des Sciences de la Société (SdS) (ORCID No: 0000-0003-2919-8754)

\*\*\*\* Dr., İnönü Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Ekonometri Bölümü (ORCID No: 0000-0003-1447-7267)

Geliş Tarihi / Received : 06.09.2019

Kabul Tarihi / Accepted : 08.02.2020

ötekilere taşınması damgalamayı karmaşık hâle getirir. Çünkü, damgalama, gündelik yaşamın moral değerler alanında üretilmekle birlikte yalnızca sivil alanda kalmaz, siyasal alana ve devletin işleyişine taşınır. Damgalamanın içinde doğduğu ve etkili olduğu toplumsal ilişkiler ağının içerdiği iktidar odakları üzerindeki hegemonik yapısı nedeniyle devlet damga nesnesinin tanımlanmasında ve/veya akışkanlık kazanmasında ya da damgalamanın ortadan kaldırılmasında çok etkili bir aktördür (**Gramsci, 2007**). Ancak Foucaultcu (2015, 2016a) anlamda *biyopolitik iktidarın* tesisinde damgalama, devletin elindeki önemli araçlardan birine dönüşebilir ve bunun sonucunda hem siyasal hem sivil toplumdaki etki alanı genişler. Bu karmaşık ve geçişken ilişki ağları içinde profesyonel kurallara ve ilkelere dayalı olarak kamusal ve özel sektör eliyle sunulan hizmetlere de damgalayıcı tutum ve pratikler sızar.

Birden çok damganın birlikte ve birbiriyle ilişkilendirilerek üretilmesi ise yukarıdaki karmaşıklığı daha da artırır. Bu bağlamda, bir damgalama diğerini büyüten, dışlamanın şiddetini ve sürekliliğini artıran bir etkiye sahip olabilir. Biri diğerinin işaretine dönüşen bu damga nesnelere biri görece olarak normalleşse bile damgalama sürebilir. Bu çalışmanın konusu açısından somutlaştırmak gerekirse, toplumların özgül koşulları içinde şekillenmekle birlikte, yaygın biçimde hetero-ataerkil kültürel yapının "normal dışı" olarak işaretlediği yaşam biçimleri ve kimlikler ile HIV (Human Immunodeficiency Virus) statüsü birlikte damgalanmaktadır. Günümüzde tıbbi gelişmelerin ve artan bilgilenmenin etkisiyle HIV'i damga nesnesine dönüştüren koşullar (ölümcüllük, bilinmezlik gibi) önemli ölçüde değişmiştir. Bu durum şu soruyu doğurmaktadır: *Hetero-ataerkil değerlerin gücünü koruduğu koşullarda, HIV statüsünün yönetilebilir bir tıbbi duruma dönüşmesi HIV ile yaşayan bireylerin (HYB)<sup>1</sup> yaşadığı damgalanma ve dışlanmayı nasıl etkilemektedir?* HYB'lerin sürekli tıbbi takibe ihtiyaç duyması nedeniyle sağlık hizmetleri en kritik öneme sahip alanı oluşturmaktadır. Bu nedenle, biz bu sorunun yanıtını Türkiye'de HYB'lerin sağlık hizmeti alımı sürecinde karşılaştıkları damgalanma deneyimlerine yönelik bir saha araştırması ile bulmaya çalıştık.

Ayrıca belirtmek isteriz ki bu araştırma, Türkiye'nin ekonomik, toplumsal, kültürel ve siyasal yapısı içinde HIV damgasının HYB'ler üzerinde yarattığı baskının bilincinde olarak ve pratikte yaşanan sorunlardan özerkleşmiş bir "akademik yayın" yapma amacının ötesinde pratiğin dönüştürülmesi sürecine katkıda bulunmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

## 1. HIV ile yaşayan bireylerin çoklu damgalanmasına ilişkin teorik tartışma ve türkiye koşulları

Goffman (2014: 33) damgayı kültürel olarak belirlenmiş koşullarda "istenmeyen (onaylanmayan) farklılıkları" taşıyan bireylerin "itibarlarını düşürmeye" yönelik tutum olarak tanımlar. Goffman'a (2014: 33) göre bu "onaylanmayan farklılıklar", fiziki deformasyonlar gibi beden korkunçluklarıyla, sosyal davranış sapmaları ya da ruh sağlığı bozuklukları ve ırk, ulus, din gibi etnolojik farklılıklardan, sınıfsal konumdan kaynaklanabilir. Damgalamaya konu olan hastalıklar, çoğu zaman Goffman'ın sınıflamasında ikinci öbeğe giren sapkınlık ya da ahlaksızlık gibi damga nesnelere ile ilişkilendirilenlerdir. Bazı hastalıkların damga nesnesi olmasının başka bir nedeni de Sontag'ın (2005: 6) vurguladığı gibi esrarengiz olmaları ve kendilerinden dehşetle korkulmasıdır. Bu tür hastalıklar, düz anlamıyla olmasa da moral etkileri bakımından "bulaşıcı" olarak algılanır. Lepra, tüberküloz, hepatit C, şizofreni ve cinsel yolla bulaşan frengi farklı kültürlerde en çok damgalamaya konu olan hastalıklardır. Yine Sontag'a (2005: 65) göre nedeni aydınlatılmamış ve dolayısıyla etkili biçimde tedavi edilemeyen hastalıklar "bir anlam akıntısının içinde sürüklenmeye eğilimlidir". Hastalığın yol açtığı bozulma, çürüme, kirlenme, anomali, zayıflık gibi korku salan konular hastalıkla özdeşleştirilir ve böylece hastalığın kendisi bir metafor haline gelir. Sonra da hastalıkla ilgili dehşet duygusu, hastalığın kendisi metafor olarak kullanılarak başka konulara empoze edilir. Yani hastalık sığata dönüşür.

Günümüzde damgalanmaya en çok maruz kalan kesimlerinden birini oluşturan HIV ile yaşayan ve/veya AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) tanısı almış bireyler, yalnızca taşıdıkları virüs nedeniyle değil, belki daha da fazla, bu virüsü alma yolları üzerinden (tek bulaşma yolu bu olmamasına karşın özellikle cinsellik üzerinden) damgalanmaktadır. İlk HIV vakalarının tanımlanmasını izleyen ve etkin ilaçların henüz bulunmadığı dönemde HYB'lere yönelik damgalama *esrarengizlik*, ölüm, *ahlak dışı* ve *sapkın ilişki* metaforları üzerinden üretilmiştir. Ancak 1990'ların ikinci yarısından itibaren geliştirilen ilaçlar ve hayat boyu tıbbi bakım yoluyla HIV'in kronik bir enfeksiyon hastalığı etkenine dönüşmesine, AIDS ve ölüm korkusunun son bulmasına karşın *ahlak dışı* ve *sapkın ilişki* metaforu üzerinden damgalama sürmüştür (**Epstein, 1996; Treichler, 1999; Herek ve Capitanio, 1999; Parker ve Aggleton 2003; Mawar ve ark., 2005; Preston ve ark., 2007; Deeks ve ark., 2013**). HIV taşıyor olmak, toplumca onaylanmayan bir yaşam tarzının (evlilik dışı ya da sapkın ilişkilerin, uyuşturucu bağımlılığının)

işareti haline gelmiştir. Dolayısıyla virüse ilişkin korkunun yanı sıra, hatta onu bastıran ölçüde, bu virüs ile yaşayan bireylerin "sapkın" olarak tanımlanması, "hastalığın şeytanileştirilmesinden kusurun hastaya yüklenmesine geçiş" in gerçekleşmesi HIV'i tıbbi yöntem ve araçlarla tanılanacak ve kontrol altına alınacak bir durumdan öte bütün toplum tarafından gerçekleştirilecek bir savaşın konusu haline getirmiştir (**Sontag, 2005**). Nitekim birçok ülkede, 1980'lerde ve 1990'larda daha yoğun olmak üzere, kamu siyaseti ve mevzuat ile sivil toplum alanındaki değer ve yaptırımların HYB'lerin kamusal yaşamda kontrol edilmesine yönelik uygulamalar içermesi söz konusu olmuştur; zorunlu HIV taraması, belli meslek veya istihdam alanlarında HYB'lere konulan yasaklar, zorunlu tedavi, muayene, tecrit veya alıkoyma, uluslararası seyahatin ve göçün yasaklanması/sınırlandırılması gibi (**Duckett ve Orkin, 1989; Tomasevski ve ark., 1992; Epstein, 1996; Gostin ve Lazzarini, 1997; Amon ve Todrys, 2008; PYD, 2008; Chang ve ark., 2013**).

Diğer birçok damga örneği gibi HYB'lere yönelik damgalama da dünyanın değişik coğrafyalarında, ortaya çıktığı dönemin ve mekânların özgül koşulları içinde ve eşitsiz toplumsal ilişkilerin belirlediği zeminde şekillenmektedir (**Parker, 1996; Aggleton ve ark., 2003; Parker ve Aggleton 2003; Campbell ve Gibbs, 2009; Garcia ve Parker, 2011**). Çoğu zaman HIV, tek başına bir damga nesnesi değildir. Eşitsiz toplumsal koşulların öteki dışlananları olan siyahilere, uyuşturucu bağımlılarına, seks işçilerine ve eşcinsel yönelimli bireylere yönelik damgalarla birlikte üretilmektedir. Örneğin AIDS'in yeni bir hastalık olarak ortaya çıktığı 1981'de, nedeni konusunda dört H sorumlu tutulmuştur: Heroin (ero-in), Homosexuals (eşcinsel bireyler), Haemophiliacs (hemofili hastaları) ve Haitians (Haitililer). Hatta medyada GRID (Gay Related Immune Defficiency) biçiminde adlandırılmıştır (**Altman, 1982**). Kısacası, zaten damgalanan bireyler ve gruplar yeniden damgalanmıştır.

Bireylerin/grupların maruz kaldıkları damgalama ile damgalamanın sosyal ve psikolojik etkileri, aynı zamanda iktidar ilişkilerinin tazyiki altındaki sınıfsal ve kültürel konuma bağlı bir deneyimleme sürecini de içerir. Ana akım literatürde HIV/AIDS damgası ve ayrımcılığı konusundaki araştırmaların birey odaklı olmasını sorunsallaştıran Parker ve Aggleton (2003) da damgalama ve ayrımcılığın içinde olduğu ve var olan cinsellik, toplumsal cinsiyet, ırk ve yoksullukla ilgili damgaları daha da güçlendiren toplumsal, kültürel, siyasal ve ekonomik çerçeve içinde

analiz edilmesini önerirler. HIV damgalaması ve ayrımcılığının, bireysel süreçler/eylemler olmaktan çok toplumsal kontrol sağlamak ve sürdürmek, yapısal eşitsizlikler üretmek ve yeniden üretmek üzere kullanılan toplumsal süreçler olarak tanımlanması gerektiğinin altını çizerler. Nitekim, damga, günlük yaşam pratiklerini düzenleyen norm ve moral değerler sistemi içine gömülüdür ve bunlar aracılığı ile yeniden üretilir. Günlük yaşamı düzenleyen normlar ve moral değerler ise yalnızca mikro ölçekte belirlenmez ve sınırlı kalmaz. Toplumsal yapının ve yaşamın farklı katmanları arasındaki geçişken ilişkiler üzerinden taşınır ve daha geniş ölçeklerde yeniden üretilir. Bu çerçevede, damgalama aileden devlete kadar uzanan ölçeklerde iktidar ilişkilerinin parçası olur ve toplumsal yaşamın tüm boyutlarına sızar.

Gramsci'yi (2007) izleyerek bakıldığında, damgalayıcı algı ve kültür kodları, devlet (veya siyasal toplum) ile sivil toplum arasındaki ilişki içinde, dönüşümlü olarak birinden diğerine taşınır. Damgalamanın kaynağı genel olarak belirsiz olmakla birlikte her düzeyden iktidar ilişkileri alanında gerçekleşir ve birinden diğerine aktarılır. İktidar odağının gücü ve hegemonyası büyüdükçe damgalayıcı söylem ve uygulamalarının etki alanı genişler. Gramsci'nin işaret ettiği gibi siyasal toplum ile sivil toplum arasındaki geçişken ilişkiler dolayısıyla hegemonik güce sahip siyasal iktidar odaklarının damgalayıcı söylem ve eylemlerinin etkisi, hiyerarşik olarak yapılandırılmış iktidar ilişkileri yoluyla kamusal alanlardan bireylerin/ailelerin gündelik yaşamlarına, üretim ve tüketim ilişkileri alanlarına kadar uzanan bir etkiye sahiptir. İşte bu noktada damgalama, Foucault'nun ortaya koyduğu disiplinci/denetimci iktidarın başlıca araçlarından birine dönüşür. Foucault, iktidarın devlette cisimleştiğini görmezden gelse de iktidar odakları arasındaki geçişken ilişkiler nedeniyle Foucault'nun *bijoiktidar* modeli konumuz açısından açıklayıcıdır.

İktidar, insanların özneleşme süreçlerine iktidar teknolojileri yoluyla dâhil olarak kendi söylemini toplumsal yaşamın bütününde eyleme dönüştürür. Böylelikle, iktidarın söylemi özneyi oluştururken bedeni ve yaşamı da kontrol altına alır ve iktidarın yeniden üretimini mümkün kılar. İktidar her bir beden üzerinde *bijoiktidar* kurulmasıyla sınırlı değildir; nüfusun (toplumsal bedenin) ve yaşamın denetlenmesi (*biyopolitik*) söz konusudur (**Foucault, 2016a, 2012**). İktidar, bu amaçla kendi *doğru ve yanlış (hakikat)* anlayışını *sorunsallaştırmalar*<sup>2</sup> (cinselliğin, deliliğin, hastalığın, yaşamın, dilin, suçun *sorunsallaştırılması*) yoluyla öznel deneyimlerin

yaşandığı, iktidarın hakikatinin bireylere dayatıldığı *dispozitiflere*<sup>3</sup> taşır (Foucault, 2016a; 2016b). Korumuz açısından iktidar (egemen), bilgi ve iktidar ilişkileri içinde cinselliği/cinsel kimliği *sorunsallaştırarak* kurduğu *dispozitifler* yoluyla *normalin* dışında kalanları işaretleyerek kendi *hakikatini* dayatır. İktidarın *hakikatinin* hetero-normatif kabullere dayanması, cinsel yolla bulaşan hastalıkların *sorunsallaştırılma* biçimlerini de belirler. Bu hastalıklar, *normal* olmayanın işaretine dönüşür. HIV/AIDS ile “sapkın cinsel kimlikler” arasında kurulan metaforik ilişkinin arkasında böyle bir gerçeklik vardır.

Tarihsel olarak belirlenen koşullar içinde farklı *hakikat anlayışlarının* bir arada ve gerilimli olarak varlığını sürdürebileceğini de not etmek gerekir. Toplumlar homojen yapılar olmadığı gibi dışlayıcı ve damgalayıcı değerlere ilişkin algı ve pratikler de toplumun değişik kesimleri arasında farklılaşır ve damga karşıtı mücadelelerle birlikte gerilimli bir ilişki içinde varlığını sürdürebilir. Dolayısıyla verili bir zamanda siyasal iktidarın *hakikat anlayışı*, toplumda yaygın anlayışla örtüşebileceği gibi çelişkili de olabilir. Ancak iktidarın hegemonik gücü oranında *hakikat anlayışının* etki alanı genişler.

Devlet ve özel sektör eliyle yürütülen, profesyonel kurallara dayanan hizmetler de yukarıda tanımladığımız *biyoiktidar* alanı içinde gerçekleşir. Yaşam boyu tıbbi takip gerektiren bir sağlık statüsüne sahip olan HYB’ler açısından kritik önemi olan sağlık hizmetleri de damgalamanın üretildiği bu heterojen ve gerilimli toplumsal ilişkiler alanında şekillenir. Toplumda hetero-ataerkil değerlerin güçlü olduğu, devletin *biyopolitik* amaçlarla ahlaki kodları araçsallaştırdığı koşullarda tıbbi bir durum olarak tanı ve tedavi hizmetleri yaygınlaştırılırsa, bunlara erişimi kolaylaştıracak yasal ve kurumsal tedbirler alınsa bile sağlık çalışanlarının değişen orandaki kısmının tutum ve davranışları damgalayıcı olabilir. Hatta HIV’e ilişkin sağlık hizmetlerine erişim engellerini ve damgalamayı ortadan kaldırmaya yönelik yasal ve kurumsal düzenlemeler yapılsa bile yeterince etkili olamaz. Çünkü hem kamu hem özel sağlık kuruluşları çalışanları da egemen değerler sisteminin parçası oldukları ve *hetero-normatif dispozitifler* içinde hareket ettiklerinden yazılı kuralları ve kurumsal süreçleri öznel yaklaşımlarıyla yeniden tercüme ederek pratiğe dönüştürürler.

Sağlık kurum ve kuruluşları, HYB’lerin HIV statülerinin en açık ve mahremiyetlerinin en kırılgan olduğu yerlerdir (Köylü, 2012). Bu nedenle, sağlık çalışanlarının tutum ve davranışları kritik önemdedir. Sağlık

çalışanlarının damgalayıcı tutum ve davranışları, HYB’lerin sağlık hizmetlerine erişiminin önünde engel oluşturma, iç damgalamaya yol açma, sağlık hizmetinin kalitesinin düşmesi gibi sorunlara yol açabilmektedir. Ayrıca Sağlık çalışanlarının konuyla ilgili uzmanlık bilgisinden kaynaklanan otoriteleri, kullandıkları söylemin ve eylemin gücünü artırdığından toplumdaki mevcut damgalayıcı kültürü besleyebilmektedir.

Türkiye koşullarına baktığımızda ise şöyle bir manzara görülmektedir. Geç kapitalistleşmiş ve pre-modern ilişkilerin hâlen görece olarak güçlü olduğu bir ülke olarak Türkiye’de toplumsal ilişkilerin en önemli belirleyicilerinden (ve tanımlayıcılarından) biri hetero-ataerkil yapının yaygınlığı ve gücüdür. Nitekim toplumsal cinsiyet ilişkileri ve cinsellik, baskın biçimde hetero-ataerkil ilişkiler temelinde şekillenmekte ve geçmişte olduğu gibi günümüz siyasetinde de cinsellik hetero-ataerkil değerler üzerinden *biyopolitika* arayışı içinde *sorunsallaştırılmaktadır* (İlkkaracan, 2003; Cindoğlu, 2003; Altınay, 2004; Akşit, 2005; Saraçgil, 2005; Sancar, 2009; Selek, 2010; Zeybek, 2011; Coşar ve Yeğenoğlu, 2011; Özbay, 2013; Kandiyoti, 2016; Lordoğlu, 2018). Bunun en önemli sonuçlarından biri, meşru değerleri temsil eden aile kurumu dışında kalan cinsel yönelimlerin ve deneyimlerin ve bu deneyimlere sahip bireylerin damgalanmasıdır. Bunun en ağır sonuçlarını ikili cinsiyet rejimi dışında kalan bireyler yaşamaktadır.

Eşcinsel bireylerin dışlanması, toplumsal yaşamın günlük dokusunu oluşturan ilişkilerin içine gömülü biçimde, aile ilişkilerinden komşuluk ilişkilerine, siyasetten medyaya, çalışma ilişkilerinden kamusal hizmetlere uzanan geniş bir ilişkiler alanında söz konusudur. Yukarıda vurguladığımız gibi damgalamanın yeniden üretilmesinde olduğu kadar engellenmesinde de kritik öneme sahip olan siyasal aktörler ise LGBTİ kimlik gruplarını açık biçimde dışlayıcı, hatta nefret içeren bir yaklaşımla söylemlerine taşımaktadır (Güner ve ark., 2011; Hancıoğlu, 2016; Şah, 2012). Fakat yazılı yasal ve yönetsel düzenlemelerde LGBTİ bireylerin varlığı görmezden gelinmekte ve ayrımcılığı yasaklayan mevzuata “cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği” ibarelerini yansıtmamak konusunda kararlı bir tutum izlenerek eşcinsel yönelimli bireylere ilişkin ayrımcılık güçlendirilmektedir. Hatta kamu çalışanlarının eşcinsel yönelime sahip olması “devletin itibarını sarsan ahlak dışı davranış” olarak tanımlanmakta, mevzuatın içerdiği ahlak ve genel ahlak gibi soyut ibareler yargı süreçlerinde LGBTİ bireyler aleyhine

yorumlanmaktadır (**Doğanoğlu, 2009; Güner ve ark., 2011; Engin, 2015; Yılmaz ve Demirbaş, 2015**). Eşcinselliğe yönelik bu toplumsal ve siyasal tutumların somut sonuçları, LGBTİ bireyler tarafından gündelik yaşamın her alanında damgalanma ve dışlanma biçiminde deneyimlenmektedir (**Yavuz ve ark., 2006; Gelgeç ve Öktem, 2009; Yılmaz, 2010; Ataman, 2011; Biçmen ve Bekiroğulları, 2013; Depeli ve Rahte, 2009; Erdem, 2012; Erol, 2008; Esmer, 2009, 2011; Eşsiz, 2012; Kılıç, 2011; Utaş ve Barlas, 2013; Yeğen, 2014; Öner, 2015; Yılmaz ve Göçmen, 2016; Göregenli, 2016, 2017, 2018; Çetin, 2017; Dondurucu, 2018**). Türkiye’de dönemselsel olarak yaşanan darbe, sıkıyönetim, OHAL gibi olağanüstü dönemlerde ise LGBTİ hareketi ve bireyler üzerindeki baskıcı kamu yönetimi uygulamaları ve damgalayıcı söylemler daha da güçlenmektedir (**Amnesty International, 2018; Erdoğan ve Köten, 2014; Göregenli, 2018**).

Diğer taraftan, cinselliğin hetero-ataerkil anlayış içinde *sorunsallaştırılması*, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların ve HIV’in kavranma biçimini etkilemektedir. Nitekim Türkiye’de vertikal (anneden bebeğe), kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu ve damar içi uyuşturucu kullanımı gibi diğer bulaşma yollarının varlığı biliniyor olmasına, heteroseksüel ilişki en yaygın bulaşma yolunu oluşturmasına ve bulaşların çoğunluğu erkek bireyler dolayısıyla gerçekleşiyor olmasına (**Erbaydar ve Erbaydar, 2012: 20; Gökengin, 2018**) karşın HIV’in bulaş kaynakları konusunda yabancı ve seks işçisi kadınlar ile eşcinsel bireyleri öne çıkaran bir kavrama biçimi söz konusudur (**Brown, 2007; Adaman ve Keyder, 2007; Öktem, 2013; Bayrak ve ark., 2014; Yeğen, 2014; Güner, 2015; Gökengin ve ark., 2017**). Başka bir söyleyişle, HIV ile yaşıyor olmak, *hetero-ataerkil hakikat anlayışının normalinin* dışında kalan, toplumca onaylanmayan bir yaşam tarzının işareti haline gelmiştir. Bu nedenle, HIV damgası, tek başına bulaşıcılığı ve ölümcüllüğü nedeniyle virüsün değil, *normal dışı* ilişkilere işaret eden bulaşma yolları üzerinden HIV taşıyan bireylerin damgalanması biçiminde yaşanmaktadır. Nitekim HYB'lere yönelik tutumlar, hetero-ataerkil ilişkiler çerçevesinde farklılaşmaktadır. Örneğin aile kurumunun koruması içindeki kadınların HIV statüsü daha kolay kabul edilebilmekte, heteroseksüel erkekler gayrimeşru ilişki yoluyla HIV almış olsa bile sorgulanmamakta fakat eşcinsel yönelimli bireylere yönelik damgalayıcı bir tutum sergilenmektedir (**Brown, 2007; Kasapoğlu ve Kuş, 2008; Öktem, 2013**).

Türkiye’de ilk HIV vakası 1985’te tanı almıştır.<sup>4</sup> HIV’e ilişkin tıbbi siyasanın gelişmesi, ilk vaka deneyimlerinin ardından ilgili sivil toplum örgütlerinin verdiği mücadelenin, uluslararası işbirliklerinin ve sözleşmelerin etkisi altında gerçekleşmiştir (**Başer’den akt. Çetin, 2017: 15; Öktem, 2013**). İlk vakaları takiben HIV tanı ve tedavisine ilişkin hizmetler üretilmeye başlanmış, süreç içerisinde iyileştirilerek yaygınlaştırılmıştır. Günümüzde devlet, HIV olgularının ulusal sürveyansını yapmakta, elde ettiği verileri uluslararası antlaşmalar gereğince Dünya Sağlık Örgütü ile paylaşmakta, HIV tanı ve tedavi hizmetlerini sunmakta ve finanse etmektedir (**Çetin, 2017**). Ancak HYB'lere yönelik damgalamayı görmezden gelmektedir. Devletin (değişik kurumların) bu konudaki faaliyetleri, geniş kitlelere ulaşmayan AIDS günü etkinlikleri ve bazı üniversitelerin araştırma merkezlerinin HIV ve AIDS eğitimi ile sınırlıdır.

Türkiye’de damgalamanın yaygınlığı HYB'lerin statülerinin ifşasının önlenmesini kritik hâle getirmesine karşın bu konuda uluslararası kodlama sistemiyle bildirim dışında özel bir önlem söz konusu değildir. Kamu yönetiminin bürokratik işleyişi içinde, 2010’a kadar, kişisel verilerin HYB ile aynı toplumsal ya da kurumsal ilişki ağına mensup çalışanlarca (olası tanışıklık veya ortak tanıdıkların bulunmasının söz konusu olduğu kişiler, mesai arkadaşları gibi) kaydedilmesi ve arşivlenmesi nedeniyle ifşa olguları ve buna bağlı mağduriyetler yaşanmıştır (**PYD, 2007, 2010**). 2010 yılından itibaren kamu yönetimi aygıtının birçok uygulamasının, özellikle de sağlık ve sosyal güvenlik uygulamalarının dijital ortamda gerçekleşmeye başlaması, bazı ifşa yollarını kapatmıştır. Örneğin, kamu çalışanlarının sevk ve reçete ödeme işlemlerinin kurum muhasebesinden geçmeden sosyal güvenlik kurumu sistemine aktarılmaya başlanması önemli bir gelişmedir. Fakat kişisel bilgilerin hasta ya da ilaç takip sistemleri üzerinden ifşa olduğu yönündeki örnekler yeni sistemde de yeterli önlemin alınmadığını göstermektedir (**PYD, 2008: 6**). Kamu hizmeti aygıtlarının ve işlem süreçlerinin ifşaya açık bu yapısının yanı sıra kamu çalışanlarının takdir yetkilerini HYB'lerin kişisel verilerinin ve statülerinin korunması yönünde kullanmadıkları yönünde örnekler bulunmaktadır. Örneğin, özel hayatın ve tıbbi verilerin korunmasına yönelik bağlayıcı nitelikteki ulusal ve uluslararası düzenlemelerin varlığına karşın HYB'lerin açtıkları davaların gizli ve kapalı yapıma talepleri mahkemelerce reddedilebilmektedir (**PYD, 2010**).

**Saha araştırması hakkında**

Bu çalışmada, yukarıda ortaya konan teorik bağlamdan hareketle hetero-ataerkil değerlerin siyasal alanda ve gündelik yaşamda güçlü olduğu Türkiye'de HYB'lerin sağlık hizmeti alma süreçlerinde yaşadığı deneyimlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Fakat Türkiye'de HYB'lerin damgalanma kaygısıyla tanı ve tedavi hizmetlerinden kaçınması ve/veya gizlenme çabası nedeniyle HIV ile yaşayan kitleye ilişkin resmi veriler gerçek dağılımı vermekten uzaktır (**Sayan ve ark., 2017; Gökengin, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2019**). Bu durum, araştırma evreninin tam olarak tanımlanamamasına yol açmıştır. Ayrıca HYB'lerin damgalanma ve dışlanma baskısı nedeniyle "gizli nüfus" durumunda olması, çalışmada uygun/kazara örnekleme (convenience/incidental sampling) yapma zorunluluğunu doğurmuştur. Bu örnekleme modeline özellikle hedef kitlenin ulaşılabilirliğinin zor olduğu, zaman ve ekonomik maliyetin yüksekliği gibi diğer pratik sınırlılıkların bulunduğu koşullarda başvurulmaktadır. Evreni temsil edecek bir örneklem oluşturmak mümkün olmadığından ve örneklem erişilebilir öğelerden/bireylerden oluştuğundan elde edilen bulgular genelleme yapmaya uygun değildir (**Magnani ve ark., 2005**). Bununla birlikte, bu model özel öneme sahip konularda kritik bilgilerin elde edilmesini sağlayabilmektedir.

Ana veri toplama aracı olan anket sorularının hazırlık sürecinde araştırma nesnesinin tanımlanması amacıyla kişisel referanslar yoluyla ulaşılan 9 HYB ile yapılandırılmamış görüşme gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışmanın yazarlarından birinin "HIV Gönüllülük Ağı" içinde gerçekleştirdiği "akran danışmanlığı" çalışmaları kapsamındaki ve moleküler mikrobiyolog olan diğer bir yazarın Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Polimeraze Chain Reaction (PCR) Laboratuvarındaki katılımlı gözlemlerinden yararlanılmıştır.

Hedef kitleye erişime uygun mekân/ortam tabanlı yaklaşımla, HYB'lere HIV tanılama merkezlerinden biri olan, Türkiye'nin tüm bölgelerinden 34 şehirden ve 109 klinikten hasta ve numune almakta olan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi PCR Laboratuvarının HIV veri tabanı üzerinden ulaşılmıştır. Çalışmada, olası ifşa riskini azaltacak önlemler alınmıştır (Etik kurul kararı (KOU KAİK 2013/45) ve hasta onamı). Anketler, 19.5.2016-30.12.2016 tarihleri arasında herhangi bir ayırım gözetmeksizin Kocaeli Üniversitesi PCR merkezi HIV veritabanındaki e-posta havuzunda kayıtlı ve e-posta ile iletişim onamı vermiş tüm HYB'lere gönderilmiş ve anketin

yanıtlanma dinamiği içinde örneklem oluşmuştur. Bu çerçevede, 203 kişiden oluşan, baskın özellikleri açısından kentli, orta sınıf, erkek, 20-40 yaş aralığında, bekâr, eşcinsel yönelime sahip ve 2-5 yıldır HIV ile yaşayan bir araştırma kütlesi ortaya çıkmıştır.

Ayrıca, anket formunun sonunda yer alan ve sağlık hizmetleri sırasında yaşadıkları damgalanmaya ilişkin deneyimlerini anlatmalarına olanak veren açık uçlu bir soru ile nitel veriler elde edilmiştir. Nicel veriler, SPSS kullanılarak tanımlayıcı istatistik teknikleriyle işlenmiş, nitel verilerden nicel verilerin yorumlanmasında yararlanılmıştır.

**Bulgular**

Araştırmaya katılanların %88.2'si 20-40 yaş aralığında yer alırken (20-29 yaş %45.3, 30-39 yaş %42.9, 40-49 yaş %7.4, 50-59 yaş %3, 60 yaş ve üzeri %1.5), %73.9'u bekâr (evli %12.3, boşanmış %5.9, evli ama ayrı yaşayan %1, birlikte yaşayan %6.9) ve %79.8'i eşcinsel yönelime (heteroseksüel %15.8, biseksüel %16.8, gay %59.6, CD/trans %3.4, cinsel yönelimini belirtmeyen %4.4) sahiptir.

Katılımcıların %62.3'ü lisans ve lisansüstü eğitim (üniversite %52.6, lisansüstü eğitim %9.7), %37.8'i ise ilk ve ortaöğretim derecesine (ilkokul %3.6, ortaokul %4.1 ve lise %30.1) derecesine sahiptir. Gelir kaynaklarına bakıldığında %71.4'ünün ücret gelinine sahip olduğu, %20.7'sinin aileden gelir desteği aldığı, %17.2'sinin kendi yatırımından gelir elde ettiği, %2.4'ünün sosyal yardım aldığı ve %0.5'inin diğer yollardan gelir elde ettiği görülmektedir. Gelir düzeyleri açısından 2500 TL'nin altında geliri olanlar toplamda %30.4 (250-999 TL %6.5, 1000-1499 TL %6.5 ve 1500-2499 TL %17.4) ve geliri olmayanlar %1.5 oranına sahiptir. 2500-4999 TL aralığında geliri olanlar %49.8 ile en büyük çoğunluğu oluşturmaktadır. 5000 TL ve üzerinde geliri olanlar toplamda %18.4 (5000-9999 TL %12.4, 10000 TL ve üzeri %6) oranındadır.<sup>5</sup>

Mesleki durum bakımından ise gelir dağılımı ve gelir kaynakları ile tutarlı bir dağılım söz konusudur. Göreli olarak yüksek eğitim gerektiren ve/veya gelir düzeyi yüksek mesleklerin yoğunluğu (toplamda %66.3) söz konusudur; profesyonel meslek (doktor, avukat, mühendis, öğretmen gibi yükseköğrenim düzeyinde eğitime dayalı meslekler) %23.7, vasıflı işçi %23.7, yönetici %12.6, küçük ve orta ölçekli girişimci %5.8, büyük ölçekli girişimci %0.5. Toplamda %33.7'lik oranı ise vasıfsız işçiler (%12.1), büro ve sekreterlik işlerinde çalışanlar (%6.3), esnaf ve zanaatkarlar (%3.1), seks işçileri (%5.3),

teknik personeller (tekniker, laborant gibi) (%5.3) ve ücretsiz eviçi emekçiler (ev kadınları) (%1.6) oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılanların diğer özelliklerine bakıldığında ise kentli, aktif olarak çalışan bir kitle olduğu görülmektedir. Katılımcıların %87.6'sı kentsel yerleşim birimlerinde (bunların %91.1'i metropol kentlerde (İstanbul, Ankara, Antalya, Bursa, Mersin), %10.9'u ilçe merkezinde, %0.05'i beldede, %1'i köyde yaşamaktadır. Metropol çeperlerindeki kentlerden (Edirne, Tekirdağ, Yalova, Balıkesir, Sakarya, Kocaeli) katılım %7.9, diğer taşra kentlerinden (Şanlıurfa, Rize) katılım ise yalnızca %1 düzeyindedir. İstanbul'da yaşayanlar (%64) en büyük grubu oluşturmaktadır.

Katılımcılardan aktif olarak çalışanların oranı %87.6 olmakla birlikte kamu kurumlarında çalışanların oranı yalnızca %11.8'dir. Kamu kurumu

dışında çalışanların işyerlerine göre dağılımı şöyledir: Kurumsal özel işletme %46.1, küçük özel işletme %16.3, kendi işyeri %9, evden çalışma %4.5, nerede iş bulunursa %12.4. Çalışmayan grubu işsizler (%2.5), öğrenciler (%5.9) ve emekliler (%4) oluşturmaktadır. Düzenli ve tam zamanlı bir işte çalışanların oranı 73.3 iken, esnek işlerde çalışanların oranı %12.8 (düzenli ve yarı zamanlı çalışan %5.4, vasıfsız işlerde ne iş olursa yapan %4.4, freelance çalışan %1.5, kendi işinde home office çalışan %1.5), ücretsiz eviçi işlerde çalışanların oranı ise %1.5'tir.

Araştırmaya katılanların baskın çoğunluğunu oluşturan %70.3'ü 2-5 yıldır, %14.9'u 1 yıldan daha kısa süre, %13.9'u 6-10 yıl, %1'i 11-15 yıldır HIV ile yaşamaktadır.

Araştırmaya katılanların tamamının sosyal güvencesi vardır ve toplamda %99'u (%75.9'u çalışma ilişkisine

**Tablo 1. Sosyal güvenlik durumu ve tedavinin finansmanı**

| Sosyal güvenlik durumu   | Sayı | Oran (%) |
|--|------|----------|
| Çalışma ilişkisine dayalı sosyal güvenlik (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK)   | 154  | 75,9     |
| Genel sağlık sigortası   | 29   | 14,3     |
| İsteğe bağlı sigorta   | 7    | 3,4      |
| Özel sağlık sigortası  | 2    | 1,0      |
| Hem çalışma ilişkisine dayalı sosyal güvenlik hem de özel sağlık sigortası | 11   | 5,4      |
| Toplam   | 203  | 100,0    |
| <b>Tedavi masraflarının karşılanma biçimi</b>                              |      |          |
| Kamusal sosyal güvenlik kurumu tarafından                                  | 201  | 99       |
| Özel sağlık sigortası tarafından   | 1    | 0,5      |
| Kendi cebinden   | 0    | 0,00     |
| Ailenin maddi desteği ile  | 1    | 0,5      |
| Diğer  | -    | -        |
| Toplam   | 203  | 100,0    |

**Tablo 2. HIV tanısını ilk olarak kimin bildirdiği ve tanının bildirildiği koşullar**

| Tanıyı bildirenler                               | Sayı | Oran (%) |
|--|------|----------|
| Doktor   | 131  | 64,5     |
| Hemşire/sağlık memuru                            | 32   | 15,8     |
| Laboratuvar teknisyeni                           | 30   | 14,8     |
| Sekreter/Hizmetli                                | 2    | 1,0      |
| Diğer  | 8    | 3,9      |
| Toplam   | 203  | 100,0    |
| <b>Tanının bildirildiği koşullar</b>             |      |          |
| Özel bir kapalı ortamda                          | 130  | 64,0     |
| Açık ve başkalarının bulunduğu bir ortamda       | 56   | 27,6     |
| Eve/iş yerine gönderilen yazılı bildirim yoluyla | 1    | 0,5      |
| Telefonla  | 14   | 6,9      |
| Diğer  | 2    | 1,0      |
| Toplam   | 203  | 100,0    |

bağlı sosyal güvenlik, %14.3'ü genel sağlık sigortası, %3.4'ü isteğe bağlı sigorta ve %5.4'ü çalışma ilişkisine bağlı sosyal güvenliğe ek olarak özel sağlık sigortası) kamu sosyal güvenlik sistemi çatısı altındadır. Nitekim araştırmaya katılanların %99'unun tedavi masrafları, kamu sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılanmaktadır. Yalnızca özel sağlık sigortası bulunan ve tedavi masraflarını özel sağlık sigortası ve aile desteği ile karşılayan kişi oranı %1'dir (Tablo 1). Ayrıca HIV tanı hizmeti, ağırlıklı olarak (%64.5) Türkiye'deki bir kamu sağlık kurumundan alınmıştır. Türkiye'deki bir özel kurumdan tanı alma oranı %35, yurt dışında özel bir kurumdan tanı alma oranı ise yalnızca %0.5'tir.

İlk tanı bildirimlerinin %35.5'i sorumlu doktor dışındaki sağlık çalışanları tarafından yapılmıştır. Kamu hastanelerinde tanı alanların %33.6'sına, özel hastanelerde tanı alanların %38'ine tanısı doktor dışındaki çalışanlar tarafından bildirilmiştir. Tanı bildirimlerinin %64'ü özel ve kapalı bir ortamda, %27.6'sı açık ve başkalarının bulunduğu bir ortamda ve %6.9'u iletişim güvenliğinin sağlanmasının güç olduğu telefon ve eve/işyerine yazılı bildirim yoluyla yapılmıştır (Tablo 2).

Araştırmaya katılanların yalnızca %37.8'i (heteroseksüel bireylerin %43.8'i, LGBTİ bireylerin %34.5'i) sağlık hizmeti alırken kendini diğer hastalardan farklı hissetmediğini ifade etmektedir. Katılımcıların %32.1'i göz temasından kaçınma, %37.8'i dokunmaktan kaçınma, %44'ü sağlık hizmeti sırasında görüşmeyi bir an önce sonlandırmaya çalışma, %33.2'si açık biçimde yargılayıcı ve hakaret içeren bir dil kullanımı, %42'si HIV statüsünü ilgisiz kişilere yazılı veya sözlü olarak ifşa etme, tıbbi müdahale yapmaktan kaçınma ya da eksik yapma (%46.1), hatta tıbbi müdahale hizmeti vermeme (%37.3) biçimindeki dışlayıcı

tutum ve davranışla karşılaştığını ifade etmektedir. Ayrıca LGBTİ bireylerin her bir dışlayıcı tutum ve davranışı daha yüksek oranlarda yaşadığı görülmektedir (Tablo 3).

Sağlık çalışanlarının damgalayıcı tutumlarının etkilerinin anlamlı düzeyde olduğu ve cinsel yönelime göre farklılaştığı görülmektedir. Katılımcıların toplamda %34.7'si sağlık hizmeti almanın hakkı olduğu bilinciyle damgalamaya karşı mücadele edip tedavisini sürdürürken bu oran heteroseksüellerde %62.5, eşcinsellerde %29.4'tür. Toplamda %36.4 olan tedaviye başlama konusunda tereddüt yaşama oranı heteroseksüellerde %31.3, eşcinsellerde %37.6'dır (trans bireylerde %71.4). Damgalama nedeniyle diğer sağlık sorunlarını dile getirememeye toplamda %54.2, heteroseksüellerde %31.3, eşcinsellerde %58.4'tür (trans bireylerde %100). Kendisini "küçülmüş" hissettiğini ifade edenlerin oranı toplamda %35.6, heteroseksüellerde %31.3, eşcinsellerde %36.6'dır. Tedavisini yarıda kestiğini<sup>6</sup> ifade edenlerin oranı toplamda %47.4, heteroseksüellerde %25, eşcinsellerde %51.5'tir (translarda %85.7). Tedavi takibini başka bir merkeze aldırılanların oranı toplamda %56, heteroseksüellerde %37.5, eşcinsellerde %59.4'tür (Tablo 4).

Katılımcıların yalnızca %7.3'ü HIV ile yaşamının saklanacak bir durum olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %74'ü HIV statüsünün ifşa olacağı kaygısıyla hastaneye gitme nedeni konusunda sorulara yanıltıcı bilgi vermekte, %66.1'i ilaçlarını yaşadığı yerden uzakta ve tanınmadığı bir yerdeki eczaneden almakta, %12'si yaşadığı kentten başka bir kentte tedavi hizmeti almaktadır. Kendisini kimsenin tanımadığı bir mahalleye/kente taşındığını belirtenlerin oranı ise %7.8'dir. Resmi kayıtlara girmemek için ilaçlarını kendi parasıyla alanların oranı %0.5, tedavi masraflarını

**Tablo 3. Sağlık çalışanlarının damgalayıcı tutum ve davranışları**

|  | Genel<br>(n=193) |          | Hete.<br>(n=30) | LGBTİ<br>(n=163) |
|--|------------------|----------|-----------------|------------------|
|  | Sayı             | Oran (%) | Oran            | Oran %           |
| Öteki hastalardan farklı bir tutumla karşılaşmadım                     | 73               | 37,8     | 43,8            | 34,5             |
| Göz temasından kaçınmak  | 62               | 32,1     | 23,3            | 33,7             |
| Dokunmaktan kaçınmak   | 73               | 37,8     | 30              | 39,3             |
| Sağlık hizmeti sırasında görüşmeyi bir an önce sonlandırmaya çalışmak. | 85               | 44       | 26,6            | 47,2             |
| Açık bir biçimde yargılayıcı ve hakaret içeren bir dil kullanmak       | 64               | 33,2     | 20              | 35,6             |
| HIV statüsünü ilgisiz kişilere yazılı veya sözlü olarak ifşa etmek     | 81               | 42,0     | 16,7            | 46,6             |
| Tıbbi bir müdahaleyi yapmaktan kaçınmak ya da eksik yapmak             | 89               | 46,1     | 20              | 50,9             |
| Tıbbi müdahale hizmeti vermemek  | 72               | 37,3     | 16,7            | 41,1             |



**Tablo 4. Sağlık çalışanlarının damgalayıcı tutum ve davranışlarının sağlık hizmeti alımına etkileri<sup>7</sup>**

| n=118  | Genel |          | Hete.    | LGBTİ    |
|--|-------|----------|----------|----------|
|  | Sayı  | Oran (%) | Oran (%) | Oran (%) |
| Sağlık hizmeti almak hakkım olduğu için bu tutum ve davranışlara karşı mücadele ettim ve tedavimi kesmedim       | 41    | 34,7     | 62,5     | 29,4     |
| HIV tanımı bildiren sağlık personelinin yargılayıcı tutumu nedeniyle tedaviye başlama konusunda tereddüt yaşadım | 43    | 36,4     | 31,3     | 37,6     |
| Doktorumun beni yargıladığını hissettiğim için yaşadığım diğer sağlık sorunlarını dile getiremiyorum             | 64    | 54,2     | 31,3     | 58,4     |
| Doktorun/hemşirenin bana dokunmaya çekindiğini fark ettiğimde kendimi "küçülmüş" hissediyorum                    | 42    | 35,6     | 31,3     | 36,6     |
| Doktorumun ayrımcı ve dışlayıcı davranışı/tutumu nedeniyle tedavimi yarıda kestim                                | 56    | 47,4     | 25,0     | 51,5     |
| Doktorumun ayrımcı ve dışlayıcı davranışı/tutumu nedeniyle tedavi takibimi başka bir merkeze aldım               | 66    | 56,0     | 37,5     | 59,4     |

**Tablo 5. HIV statüsünün başkaları tarafından öğrenilmesini önleme yolları**

| n=192  | Sayı | Oran (%) |
|--|------|----------|
| HIV ile yaşamak saklanacak bir durum değil, gerektiğinde başkalarına kendim söylüyorum.  | 14   | 7,3      |
| Yaşadığım kentten başka bir kentte tedavi hizmeti alıyorum.  | 23   | 12,0     |
| HIV durumumun kayıtlara geçmemesi ve ifşa olmamak için ilaçlarımı kendi paramla alıyorum.  | 1    | 0,5      |
| HIV durumumun resmi kayıtlara girmesini istemediğim için tedavi masraflarımı özel sağlık sigortam üzerinden karşıladım/karşıyorum. | 3    | 1,5      |
| Hastaneye gitme nedenim konusunda soranlara yanıltıcı bilgi veriyorum.   | 142  | 74,0     |
| İlaçlarımı yaşadığım yerden uzakta bulunan ve beni tanımayan bir eczaneden alıyorum.   | 127  | 66,1     |
| Beni kimsenin tanımadığı bir mahalleye/kente taşındım.   | 15   | 7,8      |
| Mecbur kalmadıkça evden çıkmıyorum.  | 3    | 1,5      |
| Diğer  | 9    | 4,7      |

**Tablo 6. HIV statüsünün başkaları tarafından istem dışı öğrenilme yolları**

| n=111   | Sayı | Oran (%) |
|---|------|----------|
| İşe girerken yapılan zorunlu test yoluyla öğrenildi   | 6    | 5,4      |
| Çalışmakta olduğum kurumda/kuruluşta yapılan sağlık taramasında öğrenildi                           | 5    | 4,5      |
| Evlilik öncesi yapılan test yoluyla öğrenildi   | 2    | 1,8      |
| Tedavi olduğum hastanenin hasta takip sistemi üzerinden öğrenildi                                   | 8    | 7,2      |
| İlaç aldığım eczanenin ilaç takip sistemi üzerinden öğrenildi                                       | 21   | 18,9     |
| Başka bir nedenle tedavi/ameliyat olduğum hastanede onayım olmadan yapılan test nedeniyle öğrenildi | 39   | 35,1     |
| Davacı/davalı olduğum bir mahkeme sürecinde öğrenildi   | 11   | 9,9      |
| HIV ile yaşadığımı paylaştığım aile üyelerim tarafından ifşa edildi                                 | 14   | 12,6     |
| HIV ile yaşadığımı paylaştığım arkadaşlarım tarafından ifşa edildi                                  | 51   | 45,9     |
| Hastanede HIV tanımı arkadaşımın/yakınımın önünde bildirildiği için öğrenildi                       | 7    | 6,3      |
| Diğer   | 3    | 2,7      |

özel sağlık sigortası üzerinden karşılayanların oranı %1.5'dir. Mecbur kalmadıkça evden çıkmadığını belirtenlerin oranı ise %1.5'tir (Tablo 5).

Araştırmaya katılanların %54.4'ünün HIV statüsü, kendi istekleri dışında başkaları tarafından öğrenilmiştir. HIV statüsünün ifşa yolları açısından sağlık hizmetleri dikkat çekmektedir. Katılımcıların

%7.2'si tedavi olduğu hastanenin hasta takip sistemi üzerinden, %35.1 başka bir nedenle tedavi/ameliyat olduğu hastanede onayı olmadan yapılan test nedeniyle, %6.3'ü, hastanede HIV tanısı yanındaki arkadaşının/yakınının önünde bildirildiği için, %18.9'u ilaç aldığı eczanenin ilaç takip sistemi üzerinden, %5.4'ü işe girerken yapılan test nedeniyle, %4.5'i çalışmakta olduğu kurumda/kuruluşta

**Tablo 7. HIV statüsünün başkaları tarafından bilinmesine ilişkin görüşler**

|  | Katılıyorum |          | Kısmen Katılıyorum |          | Katılmıyorum |          | Ortalama değer |
|--|-------------|----------|--------------------|----------|--------------|----------|----------------|
|  | Sayı        | Oran (%) | Sayı               | Oran (%) | Sayı         | Oran (%) |                |
| HIV pozitif olduğu herkes tarafından bilinen biriyle birlikte görülmek istemem                                 | 28          | 13,8     | 33                 | 16,3     | 116          | 57,1     | 2,50           |
| HIV, LGBTİ bireylerde daha çok görülür   | 42          | 20,7     | 51                 | 25,1     | 84           | 41,4     | 2,24           |
| HIV ile yaşadığının bilinmesini istemiyorum çünkü LGBTİ olduğumun düşünülmesinden korkuyorum                   | 87          | 42,9     | 28                 | 13,8     | 62           | 30,5     | 1,86           |
| HIV ile yaşadığının bilinmesini istemiyorum çünkü LGBTİ olduğumun bilinmesinden korkuyorum                     | 69          | 34       | 37                 | 18,2     | 66           | 32,5     | 1,96           |
| HIV ile yaşadığının bilinmesini istemiyorum çünkü uyuşturucu bağımlısı olduğumun düşünülmesinden korkuyorum    | 15          | 7,4      | 44                 | 21,7     | 108          | 53,2     | 2,56           |
| HIV ile yaşadığının bilinmesini istemiyorum çünkü seks işçisi olduğumun düşünülmesinden korkuyorum             | 18          | 8,9      | 23                 | 11,3     | 99           | 48,8     | 2,58           |
| HIV ile yaşadığının bilinmesini istemiyorum çünkü ahlak dışı bir ilişki yaşadığının düşünülmesinden korkuyorum | 90          | 44,3     | 34                 | 16,7     | 51           | 25,1     | 1,78           |

Değişkenler normal dağılım göstermemektedir. Bu nedenle, değişkenlere ilişkin istatistiksel çıkarımlar parametrik olmayan istatistiksel teknikler ile yapılmıştır.

**Tablo 8. Toplumsal ve kurumsal aktörlerin HIV konusundaki damgalayıcı tutum ve eylemlerinin yoğunluğuna ilişkin algılar (1= en az, 5=en çok)**

|  | 1    |          | 2    |          | 3    |          | 4    |          | 5    |          | Ortalama değer |
|--|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|----------|----------------|
|  | Sayı | Oran (%) | Sayı | Oran (%) | Sayı | Oran (%) | Sayı | Oran (%) | Sayı | Oran (%) |                |
| Aile sağlık merkezleri                                 | 19   | 9,4      | 8    | 3,9      | 22   | 10,8     | 20   | 9,9      | 69   | 34       | 3,81           |
| Özel hastaneler  | 22   | 10,8     | 12   | 5,9      | 22   | 10,8     | 19   | 9,4      | 62   | 30,5     | 3,64           |
| Askeri kurumlar  | 25   | 12,3     | 6    | 3        | 9    | 4,4      | 18   | 8,9      | 43   | 21,2     | 3,48           |
| Emniyet müdürlükleri ve karakollar                     | 21   | 10,3     | 7    | 3,4      | 13   | 6,4      | 22   | 10,8     | 32   | 15,8     | 3,39           |
| Yargı kurumları  | 29   | 14,3     | 4    | 2        | 7    | 3,4      | 12   | 5,9      | 40   | 19,7     | 3,33           |
| Eş/sevgili/partner                                     | 43   | 21,2     | 17   | 8,4      | 27   | 13,3     | 21   | 10,3     | 50   | 24,6     | 3,11           |
| Kamu hastaneleri                                       | 37   | 18,2     | 12   | 5,9      | 28   | 13,8     | 21   | 10,3     | 39   | 19,2     | 3,09           |
| Kamu eğitim kurumları                                  | 28   | 13,8     | 7    | 3,4      | 22   | 10,8     | 10   | 4,9      | 26   | 12,8     | 2,99           |
| Arkadaşlar   | 49   | 24,1     | 24   | 11,8     | 32   | 15,8     | 22   | 10,8     | 39   | 19,2     | 2,87           |
| Özel eğitim kurumları                                  | 30   | 14,8     | 4    | 2        | 24   | 11,8     | 5    | 2,5      | 24   | 12,0     | 2,87           |
| Komşular   | 49   | 24,1     | 2    | 1        | 11   | 5,4      | 4    | 2        | 31   | 15,3     | 2,65           |
| Mülki idare (valilik, kaymakamlık)                     | 40   | 19,7     | 10   | 4,9      | 21   | 10,3     | 8    | 3,9      | 21   | 10,3     | 2,60           |
| Mahalle esnafı   | 46   | 22,7     | 1    | 0,5      | 8    | 3,9      | 5    | 2,5      | 25   | 12,3     | 2,55           |
| Eczaneler  | 57   | 28,1     | 25   | 12,3     | 35   | 17,2     | 12   | 5,9      | 22   | 10,8     | 2,45           |
| Ev sahibi (kiracı iseniz)                              | 44   | 21,7     | 1    | 0,5      | 14   | 6,9      | 2    | 1        | 20   | 9,9      | 2,42           |
| Meslek örgütleri (odalar/birlikler)                    | 44   | 21,7     | 5    | 2,5      | 9    | 4,4      | 4    | 2        | 20   | 9,9      | 2,40           |
| Siyasal partiler                                       | 32   | 15,8     | 2    | 1        | 7    | 3,4      | 3    | 1,5      | 14   | 6,9      | 2,40           |
| Nüfus müdürlükleri                                     | 44   | 21,7     | 7    | 3,4      | 15   | 7,4      | 3    | 1,5      | 16   | 7,9      | 2,29           |
| Belediyeler  | 55   | 27,1     | 8    | 3,9      | 16   | 7,9      | 4    | 2        | 18   | 8,9      | 2,23           |
| Sivil toplum örgütleri (meslek örgütleri dışındakiler) | 45   | 22,2     | 7    | 3,4      | 9    | 4,4      | 2    | 1        | 8    | 3,9      | 1,89           |
| Aile üyeleri   | 115  | 56,7     | 20   | 9,9      | 4    | 2        | 8    | 3,9      | 12   | 5,9      | 1,63           |

Ölçeğin güvenilirlik düzeyi yüksektir (Crombach's alpha değeri: 0.980)

yapılan sağlık taramasında, %1.8'i evlilik öncesi test yoluyla, %9.9'u davacı/davalı olduğu mahkeme sürecinde HIV statüsünün ifşa olduğunu belirtmektedir. HIV statüsünün ifşa kaynakları içinde %45.9'luk oranla arkadaşlar ve %12.6'lık oranla aile üyeleri önemli bir yer tutmaktadır (Tablo 6).

HIV pozitif olduğu bilinen biriyle görülmekten kaçınma oranı düşüktür. HIV statüsünün başkaları tarafından öğrenilmesi konusundaki en güçlü kaygının ahlak dışı bir ilişki yaşadığının düşünülmesi olduğu görülmektedir. HIV'in LGBTİ bireylerde daha çok görüldüğüne ilişkin kanaat zayıf olmasına karşın LGBTİ

birey olduğunun düşünülmesi ve/veya bilinmesine ilişkin kaygı yüksektir (Tablo 7).

Gündelik yaşamda değişen sıklıkta ilişki kurulan toplumsal ve kurumsal aktörlerin damgalayıcılık düzeylerine ilişkin algılar konusunda ise şöyle bir resim ortaya çıkmaktadır. En yüksek oranda damgalayıcı olarak algılanan ilk iki kurum aile sağlık merkezleri ve özel hastaneler olmak üzere sağlık kuruluşlarıdır. Askeri kurumlar, emniyet müdürlükleri ile karakollar ve yargı kurumları bunları izlemekte, kamu hastaneleri ise yedinci sırada yer almaktadır. Kamu ve özel kurumsal yapılar dışındaki sosyal ilişkilerde de damgalanma oranı yüksektir. Eş/sevgili/partnerin damgalayıcı tutumuna ilişkin algı diğer sosyal aktörlerden daha yüksektir. Örneklemin %79.8'inin eşcinsel yönelime sahip olması ve nitel bulgular, bu algının eşcinsel bireylerin partnerlerine yönelik olduğunu göstermektedir. Arkadaşlar ve komşular ise damgalayıcı aktörler arasında 9. ve 11. sırada yer almaktadır (Tablo 8).

### Tartışma

HYB'lere erişimin kolay ve hızlı olduğu kanallardan birinde (Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi PCR Laboratuvarının HIV veri tabanı) internet üzerinden uygulanan anket uygulamasına katılanların %79.8'inin eşcinsel yönelime sahip olması çarpıcı bulgulardan biridir. Pratikte eşcinsel bireylerin tanı aldıktan sonra daha duyarlı hâle geldikleri, tedaviyle ilgili yeni gelişmeleri takip ettikleri hatta sivil toplum örgütlerindeki faaliyetleri kapsamında konuyla ilgili tıp kongrelerine katıldıkları gözlenmektedir. Eşcinsel bireylerin ankete katılımlarındaki yoğunluk da bu duyarlılığın yansımalarından biri olarak açıklanabilir. Kimlik grubu olarak yaşadıkları dışlanmaya karşı geliştirdikleri mücadeleci tavır ve yaygın biçimde sosyal medya ortamlarında sosyalleşiyor olmalarının desteklediği dijital ortam pratikleri de bu araştırmaya katılımlarını artıran etkenlerden biri olarak görülebilir. Ayrıca, bu araştırma kapsamındaki doğrudan gözlemler, LGBTİ bireyler/gruplar arasında HIV ile yaşamın tıbbi bir durum olarak algılanma düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bizim araştırmamızın sınırları dışında kalan bu konu ayrı bir incelemeye değer niteliktedir.

Bu araştırmanın sonuçlarını genellemek mümkün olmasa da araştırma kütlesinin %87.6'sının kentsel yerleşim birimlerinde ve bunların %91.1'inin metropol kentlerde yaşıyor olması diğer araştırmaların bulgularıyla tutarlıdır (**Kasapoğlu vd., 2007; Köse vd., 2012; Öktem, 2013**). Bu, kentsel nüfus yoğunluğunun yüksekliğine paralel olduğu kadar

HYB'lerin, özellikle de eşcinsel bireylerin büyük kentte yaşama eğilimi ile ilişkiseldir. Çünkü, metropollerin kaotik düzeni içinde ataerkil ve geleneksel toplumun bireylerin mahremiyet alanını sınırlayıcı ve dışlayıcı etkilerinden uzaklaşmak mümkün olmaktadır. Araştırmaya katılanlardan %7.8'inin HIV statüsünün ifşasını önlemek amacıyla kendisini kimsenin tanımadığı bir mahalleye/kente taşındığını ifade etmesi (Tablo 5) de bu bağlamda değerlendirilebilir.

Türkiye'de gündelik yaşamdan siyasete uzanan ilişkiler alanında hetero-ataerkil ilişki ve değerlerin güçlü olması, HIV ile yaşama durumunun cinsellikle birlikte bu değerler içinde *sorunsallaştırılması* ve "gayri meşru" cinsel yaşamın (eşcinsel ya da evlilik dışı ilişki gibi) işaretine dönüşmesine zemin hazırlamaktadır. Araştırma bulguları da LGBTİ bireylerin HIV ile yaşamı heteroseksüellerden daha farklı biçimde deneyimlediklerini göstermektedir. Araştırmaya katılanların HIV ile yaşadıkları için karşılaştıkları damgalamaya ilişkin deneyimlerinin eğitim, gelir, meslek gibi değişkenlere göre anlamlı bir farklılaşma göstermezken cinsel yönelime göre farklılaşması (Tablo 3 ve 4) da bu açıdan anlamlıdır.

Yukarıda da vurguladığımız gibi Türkiye'de tanı ve tedavi hizmetleri süreç içerisinde yaygınlaşmıştır. Bu hizmetlere erişim açısından kritik öneme sahip olan sosyal güvenlik hizmetleri de bütün yurttaşları (gelirleri oranında) kapsayacak biçimde genişlemiştir. Nitekim araştırmaya katılan HYB'lerin %64.5'i tanı hizmetini ağırlıklı olarak Türkiye'deki kamu sağlık kurumlarından almıştır, tamamı sosyal güvenceye sahiptir ve %99'unun tedavi hizmetlerinin finansmanı kamu sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmaktadır (Tablo 1). Bununla birlikte, görüşmeler sırasında saptanan çalıştığı yerde ifşa olma korkusuyla sigorta primini işvereniden (elden) alma karşılığında kayıt dışı çalışan eşcinsel yönelimli HYB'lerin varlığı, devletin sosyal güvenlik şemsiyesini genişlettiği kadar damgalamayı aşamadığının göstergelerinden biridir.

Türkiye'deki tanı ve tedavi hizmetlerindeki ve finansmanındaki gelişmelere karşın, sağlık çalışanları egemen cinsellik dispozitifinde hareket ederek hizmet üretmeyi sürdürmektedir. Nitekim araştırmalar, Türkiye'de sağlık çalışanlarında hem cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim temelli ayrımcılığın (**Utaş ve Barlas, 2013; Yıldırım ve Yılmaz, 2017**) hem de HIV/AIDS konusunda bilgi eksiğinin ve damgalamanın varlığını gösteren sonuçlar ortaya koymaktadır (**Duyan ve ark., 2001; PYD, 2007,**

**2008, 2010; Kasapoğlu ve ark., 2011; Bayrak ve ark., 2014; İnci, 2014; Ataç ve Buzlu, 2016).** Bu araştırmanın bulguları da HYB'lere yönelik olarak sağlık çalışanları kaynaklı göz temasından kaçınmaktan tedavi hizmeti vermemeye kadar uzanan dışlama türlerinin varlığını göstermektedir. Ayrıca eşcinsel yönelimli HYB'ler görece olarak daha fazla dışlamayla karşılaşmaktadır (Tablo 3). Bu bulgular, genelleme yapmak mümkün olmasa bile, Türkiye'de sağlık çalışanları arasında heteroataerik cinsellik dispozitifini içinde hareket eden ve HYB'lere yönelik olarak damgalayıcı tutumla hizmet üretenlerin oranının anlamlı büyüklükte olduğuna işaret etmektedir.

Hekimler de dâhil olmak üzere sağlık çalışanlarında HIV damgasının aldıkları mesleki eğitimin kazandırdığı donanımdan daha güçlü olabildiği görülmektedir. Hatta soyut korkuların tıbbi bilgilerden daha güçlü bir biçimde tutum ve davranışa dönüşebildiği örnekler bulunmaktadır:

*Basit bir hemoroid, fistül, kıl dönmesi ya da sıradan bir pansuman bile yapılmıyor HIV ile yaşayan kişilere. Bir taşra kentinde, anal siğil nedeniyle başvurduğum tıp fakültesi hastanesindeki bir dermatolog, HIV taşıdığım konusunda kendisini bilgilendirdiğimde beni muayene masasında bırakarak telaşla odayı terk etti. Dışarıya "bütün gay'ler, AIDS'liler de beni buluyor" diye söylenerek çıktığı için dışarıda beni bekleyen arkadaşım HIV statümü öğrenmiş oldu. Daha sonra, beni muayene masasında bırakıp çıktığında bulaşıcı hastalıklar uzmanı bir doktorla görüşmeye gittiğimi öğrendim. Sonuçta konuyu yargıya taşıdım ve tedavimi burada yaptıramadım. (Erkek, 33 yaş, eşcinsel, lisansüstü öğrenci)*

*Doktorların iletişim şekilleri sorgulayıcı ve pişman ettirici. Tedavi sürecinde takip sistemi ve yönlendirme çok yetersiz ve hasta bence ilaç dışında kendi kaderine mahkum. (Erkek, 20-29 yaş, heteroseksüel, profesyonel meslek)*

Sağlık çalışanlarından kaynaklı olarak yaşadıkları damgalanma ve dışlanma nedeniyle tedavisini başka bir sağlık kurumuna taşıyanların (%56), diğer sağlık sorunlarını dile getiremeyenlerin (%54.2) ve tedavisini yarıda kesenlerin (47.4) oranlarındaki büyüklük, sağlık kurumlarında HYB'lere yönelik tıbbi hizmet sunulurken aynı zamanda bu hizmetlere kaliteli biçimde erişim konusunda bariyer oluşturulduğunu göstermektedir. Eşcinsel bireyler üzerindeki etkilerin heteroseksüel bireylere göre daha yüksek olması (Tablo 4) ise

çoklu damgalamanın olumsuz etkiler üzerindeki artırıcı etkisini ortaya koymaktadır.

Sağlık çalışanlarının HYB'lerin statülerini ifşa etme oranlarındaki yüksekliğin (%42, Tablo 3) yanı sıra hastanelerdeki işleyişin de ifşaya açık olduğu anlaşılmaktadır. Hasta takip sisteminden ifşa mümkün olabildiği gibi (Tablo 6) tanı bildirimlerinin %36'sı ifşaya açık koşullarda yapılmış ve fiilen ifşaya dönüşmüştür (Tablo 2 ve 6). Nitel bulgular, özel ve kapalı ortamda doktor ya da laboratuvar şefi tarafından yapılan tanı bildirimi sırasında hemşirenin, diğer laboratuvar çalışanlarının hatta sağlık görevlisi olmayan sekreter vb. personelin de bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bu personeller tarafından ifşa örnekleri söz konusudur:

*Sağlık personeli dışındaki hastane sekreter ve kayıt görevlilerinin bilinçlendirilmesi bu konuda önemli. En büyük sıkıntı onlar tarafından afişe edilmek. Yakın arkadaşım bir personel tarafından sosyal medya üzerinden bulunup, mesaj atılarak rahatsız edildi. (Erkek, 30-39 yaş, eşcinsel, küçük girişimci)*

HIV epidemisinin kontrolü ve önlenmesi açısından seks işçilerinin diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ve HIV konusundaki bilgi ve tutum düzeyi kritik öneme sahiptir. Ancak HIV Gönüllülük Ağı içinde Akran Danışmanlığı kapsamındaki eğitim çalışmaları sırasında seks işçiliği yapan trans bireyler arasında CYBE'lerden korunma konusunda batıl ve modern tıp dışı uygulamaların yaygın olduğu görülmüştür. Ayrıca bu gruptaki bütün bireyler, HIV ve diğer CYBE'lerden herhangi biriyle enfekte oldukları takdirde bu bilgiyi kesinlikle en yakın arkadaşlarıyla bile paylaşmaktan, hatta ifşa olma ihtimali karşısında hastaneye gitmekten kaçınacaklarını beyan etmektedirler. Trans bireylerin bu tutumlarında sağlık sisteminde karşılaştıkları damgalama kadar toplumun onlara seks ticareti dışındaki sektörlerde çalışma ve hayatını kazanma olanağı vermemesinden kaynaklanan koşullar etkili olmaktadır. Nitekim trans bireylerden oluşan grupların, geçim ve hayatta kalmak için zorunlu seks işçiliği yapmak durumunda kaldıklarında, CYBE ile enfekte olduğu (bu bilgi gerçek olmasa bile) yönünde birbirlerini ifşa etmeye ya da bu yönde dedikodu yaymaya oldukça açık oldukları görülmüştür. Hepatit veya farklı bir enfeksiyon türü yerine en geçerli yöntem kastedilen kişi(ler)in HIV ile enfekte olduğuna dair bilginin dolaşıma sokulmasıdır. Başka bir ifade ile HIV statüsü, seks ticareti piyasasında bir rekabet stratejisi aracına dönüştürülmekte, toplumun HYB'lere

uyguladığı damgayı seks sektöründe rakiplerini devre dışı bırakarak müşteriye ulaşma amacıyla kullanmaktadırlar. Aynı yaşam ve geçim koşulları, trans bireylerin hastaneye başvuru konusundaki sakınımlarını daha karmaşık hâle getirmektedir:

*Her meslekten, polis, doktor, hasta bakıcı vb. müşterilerimiz oluyor. İki arkadaşımız hastane çalışanları tarafından sosyal ilişkiler yoluyla ifşa oldu. Müşterisi oldukları trans kadınlara anlatarak ifşa ettiler. (Trans kadın, 38 yaş, seks işçisi)*

Sağlık hizmetlerinde damgalamanın daha fazla olmasını önleyen aktörlerden biri enfeksiyon hekimleridir. HYB'ler enfeksiyon hekimi dışında başka bir bölüm ve hekimden kolay kolay hizmet almamaktadırlar. Birçok enfeksiyon hekimi, zaten bu kişiler uzun süreli takip ettikleri danışanları olduğu için, başka bir hekimden veya bölümden sağlık hizmeti alınması gerektiğinde referans yoluyla belli hekimlere göndermekte ya da danışana refakat ederek o doktora kendileri götürüp bırakmaktadır. Böylece damgalayıcı tutum ve davranışla karşılaşılma, bireysel ölçekte önlenmiş olmaktadır:

*Şu ana kadar HIV olduğumu söylemeye mecbur kalacak kadar hasta olmadım. Bir kez kemik erimesi ile ilgili konuda fizik tedavi doktoruyla enfeksiyon doktorumun yönlendirmesi ile konuştum. Hiçbir sıkıntı yaşamadım ama daha sonraki başka hastalıklar ile gideceğim bir hastanede başıma neler geleceğini nasıl bir ayrımcılık yaşayacağımı bilemiyorum. (Erkek, 50-59 yaş, biseksüel, yönetici)*

Aile sağlık merkezleri başta olmak üzere özel ve kamuya ait sağlık kurumları araştırmaya katılanlar tarafından damgalama düzeyi en yüksek olarak algılanan ilk 7 kurum içinde algılanırken (Tablo 8) Tablo 3'te görülen sağlık çalışanlarının damgalayıcı davranışlarına ilişkin deneyimler bu algının somut dayanaklarına işaret etmektedir. Yukarıdaki açıklamalara ek olarak, damgalamanın yaygınlığı (Tablo 3) ve HIV ile yaşayan bireyler üzerindeki etkilerin büyüklüğü (Tablo 4) yönündeki bulgular, Türkiye'de sağlık sisteminin yapısal olarak damgalama üreten ya da buna zemin hazırlayan koşullara sahip olduğuna işaret etmektedir. Bu araştırma sırasında gördüğümüz, kısa süre önce HIV tanısı alan bir sağlık çalışanının çalıştığı kurumda yaşadığı mobing ve içdamgalama sonucunda yaşamına son vermesi ise bu damgalayıcı ortamın en dramatik göstergelerinden ve sonuçlarından biridir.

Bütün bu bulgular, HYB'lerin başta sağlık hizmeti olmak üzere diğer sosyal ve ekonomik haklarına erişimleri açısından devletin HIV statülerinin ifşasını önleyecek tedbirler almasını kritik hâle getirmektedir. Ancak Türkiye'de HYB'lerin tanı bildirimlerinin kodlama sistemi ile yapılması dışında herhangi bir kamusal önlem söz konusu değildir. Son on yıl içerisinde birçok kamu hizmetinin dijital teknolojiye taşınarak kişisel müdahalelerden uzak bir ortamda yeniden organize edilmesine yönelik düzenlemeler, yeni riskler söz konusu olmakla birlikte (kişisel bilgilerin satışı ya da bilgisayar korsanlığı yoluyla ifşa gibi) tanıdık çevre ilişkilerinden kaynaklanan bazı ifşa yollarını kapatmıştır. Fakat pratikte hâlen kamu kayıtları üzerinden ifşanın mümkün olduğu görülmektedir:

*Doktor olan bir arkadaşım tarafından sistemden öğrenildi. (Erkek, 20-29 yaş, eşcinsel, profesyonel meslek)*

*Çalıştığım hastanede tanı konduğu için yasal prosedür gereği üst yöneticilerim öğrendi. (Erkek, 30-39 yaş, eşcinsel, profesyonel meslek)*

Yukarıda açıklamaya çalıştığımız gibi toplumsal yaşamın bütünselliği içinde HYB'lerin tıbbi olarak ihtiyaç duydukları hizmetlere erişimlerini belirleyen koşullar yalnızca sağlık kurumları ve çalışanlarıyla ilgili değildir. Gündelik yaşamlarını değişen düzeylerde paylaştıkları sosyal çevre aktörleri, HYB'lerin öteki sosyal ve ekonomik haklarının yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimlerinin önünde zorluklar ya da bariyerler oluşturabilmektedir. Araştırdığımız örnekte eş/sevgili/partner, arkadaşlar, komşular, mahalle esnafı, ev sahibi gibi sosyal aktörlere ilişkin damgalayıcılık algısı anlamlı büyüklüktedir (Tablo 8). Ahlak dışı bir ilişki yaşadığı veya LGBTİ olduğu düşünülür ve/veya bilinir kaygısı ile HIV statüsünü saklama çabasının varlığı (Tablo 7) da toplumdaki HIV'i ahlak dışı ve sapkın yaşam biçiminin işareti olarak görme tutumunun yansımasıdır. HYB'lerin çevrelerindeki kişilere hastaneye gitme nedenleri konusunda yanıltıcı bilgi verme (%74) ve ilaçlarını yaşadıkları yerden uzakta bir eczaneden alma (%66.1) oranlarının yüksekliği, hatta kendilerini kimsenin tanımadığı bir mahalleye/kente taşınanların bulunması (%7.8, Tablo 5) ise sağlık hizmeti sırasında ve dolayımında gelişen damgalanma ve ifşa olma kaygısının büyüklüğüne işaret etmektedir. Bu veriler, sosyal çevrede varolan damgalayıcı kültürün sağlık hizmetlerine erişim açısından yarattığı etkileri göstermesi açısından da önemlidir.

**Sonuç**

Hetero-ataerkil değerlerin gücünü koruduğu, "normal" in yaygın biçimde bu değerler üzerinden tanımlandığı Türkiye'de tıbbi gelişmeler, uluslararası ilişkiler ve ilgili sivil toplum örgütlerinin mücadeleleriyle HIV'e ilişkin doğrudan ve açık bir dışlama zaman içerisinde görece olarak zayıflamıştır. Buna karşın, somut olgular söz konusu olduğunda HYB'lere yönelik olarak HIV'in bulaş yollarının ahlaki kodlar ile kavranması üzerinden damgalama sürmektedir. Nitekim Türkiye'de HIV'e ilişkin damgalamanın en önemli kaynaklarından birini eşcinsel kimliğe ilişkin algı ve HIV ile eşcinsellik arasında kurulan ilişki oluşturmaktadır. Devlet, bu bağlam içinde bir tıbbi durum olarak HIV tanı ve tedavilerini finanse etmekte, damga karşıtı uluslararası siyasetleri formel olarak ülkeye taşımaktadır. Fakat ahlaki kodlar üzerinden siyaset yapmaya devam ederek, aile kurumu dışındaki cinselliğin ve LGBTİ kimliğinin damgalanmasına dolaylı ya da doğrudan bir biçimde katılarak *biyopolitik iktidarını* güçlendirmeye çalışırken HIV damgasını da yeniden üretmektedir. HYB'lere yönelik damgalamayıcı ortamın sonucu ise HYB'lerin başta sağlık hizmetleri olmak üzere kamusal hizmetlere ve olanaklara erişiminin sınırlandırılması, temel insan haklarının ihlali ve HIV epidemisinin önlenmesinde başarısızlıktır.

Bu toplumsal ve siyasal zeminde, tanı ve tedavi hizmetlerindeki ve finansmanındaki gelişmeye karşın, bu hizmetlerin sunumu sırasında sağlık sektörü çalışanları arasında da HIV'i ve HYB'leri egemen *cinsellik dispositifi* içinde algılayanların, damgalayıcı ve dışlayıcı tutumlar sergileyenlerin olduğu görülmektedir. HIV ve HYB'lere yönelik damgalama ile mücadelede sürekli olarak eğitim durumuna atıf yapılmaktadır. Oysa eğitim seviyesi yüksek ve ayrıca doğrudan sağlık eğitimi almış bir kitle olan doktorlarda ve diğer sağlık çalışanlarında da damgalayıcı tutum ve davranışlar söz konusudur. Ayrıca sağlık çalışanları kaynaklı HIV damgalaması, Türkiye'de tıp eğitiminin evrensel değerleri (ırk, dil, cinsiyet, sınıf, politik görüşten arı olma) aktarmadaki başarısızlık düzeyinin de somut bir göstergesidir.

HIV ve HYB'lere yönelik damgalama ile mücadele etme konusunda, eğitim (tahsil) düzeyinin yükseltilmesinden ve HIV konusunda bilgilendirme yapılmasından çok ayrımcılık karşıtı bir kültürel ortamın oluşturulması, hetero-ataerkil ilişkilerin şekillendirdiği *cinsellik dispositifinin* cinsiyetler ve cinsel yönelim kimlikleri arasında eşitlikçi ilişkiler üretecek biçimde dönüştürülmesi kritik önemdedir. Ancak Türkiye'de

yapısal hâle gelen farklı kimlikler, inançlar ve yaşam tarzları arasında ayrımcılık temelli bir siyaset yapma biçimi damgalayıcı ortamı desteklemekte ve diğer yandan da cinselliğin tabu konulardan biri olması *cinsellik dispositifinin* dönüştürülmesini güçleştirmektedir.

**Dipnotlar**

1. HYB kısaltmasını bir tür maskeleyme olduğunun ayırımı olmamıza karşın metnin uzunluğunun yarattığı pratik nedenlerle zorunlu olarak kullanıyoruz.
2. *Sorunsallaştırma*, "herhangi bir şeyi doğru yanlış oyununa sokan ve onu (ister ahlaki düşünce biçiminde, ister bilimsel bilgi, isterse siyasi analiz, vb. biçiminde olsun) bir düşünce nesnesi olarak kuran söylemsel ya da söylemsel olmayan pratikler bütünüdür" (Foucault, 2016a: 86).
3. *Dispositifler*, "sorunsallaştırma odakları, bilgi ve iktidar ek-senlerinin biraraya geldiği söylemsel ve söylemsel olmayan pratik yumaklarıdır. Bu pratikler yoluyla dispositif'ler bir-takım deneyimler kurup insanları bu deneyimlerin öznesi olarak tanıtarak, onlara kendileriyle ilgili hakikatler dayatır, iktidarın şiddet kullanmadan bedeni kuşatmasını sağlar, onu itaatkâr ve uysal hale getirir" (Keskin, 2016: 18-19).
4. Türkiye'de 1985'te HIV/AIDS konusundaki bilinç ve tutum düzeyini görmek açısından kendisi de gösteri dünyasından olan ilk vakanın basına yansımaya biçimleri ve devletin tutumu için şu kaynağa bakılabilir (Üğüden, 2016).
5. Gelir oranları, 2016 rakamlarını yansıtmaktadır.
6. Nitel bulgular, tedaviyi yarıda kesmenin yeni bir doktor ya da hastane bulana kadar sürdüğünü göstermektedir.
7. Sağlık hizmetlerinin bütünlüğü içinde kamusal ve özel kurumlardan hizmet alımının karmaşık yapısının anketin yanıtlanmasında yaratacağı pratik sorunlar nedeniyle bu soruda kamu ve özel ayrımı yapmadık.

**Kaynaklar**

- Adaman, F. ve Keyder, Ç. (2007) *Türkiye'nin Büyük Kentlerinin Gecekondu ve Çöküntü Mahallelerinde Yaşayan Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma*, *Tes-İş Dergisi*, 83-89.
- Aggleton, P., Parker, R. ve Maluwa, M. (2003) *Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean*, Washington: Inter-American Development Bank Sustainable Development Department Technical Papers Series.
- Akşit, E. E. (2005) *Kızların Sessizliği Kız Enstitülerinin Uzun Tarihi*, İstanbul: İletişim.
- Altınay, A. G. (der.) (2004) *Vatan Millet Kadınlar*, İstanbul: İletişim.
- Altman, L. K. (1982) *New Homosexual Disorder Worries Health Officials*, Erişim Tarihi 3.6.2017, <https://www.nytimes.com/1982/05/11/science/new-homosexual-disorder-worries-health-officials.html>.
- Amnesty International (2018) *Weathering The Storm Defending Human Rights in Turkey's Climate of Fear*, Erişim Tarihi 25.8.2018, <https://www.amnesty.org/download/Documents/EU/R4482002018ENGLISH.PDF>.

- Amon, J. J., Todrys, K. W.** (2008) Fear of Foreigners: HIV-Related Restrictions on Entry, Stay, and Residence, *Journal of The International AIDS Society*, 11(8).
- Ataç, M., Buzlu, S.** (2016) Hemşirelerde HIV/AIDS Tanılı Hastalara Yönelik Damgalama, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(3): 155-164.
- Ataman, H.** (2011) *Less Than Citizens: The Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Question in Turkey*, içinde R. Ö. Dönmez, P. Enneli (ed.) *Societal Peace and Ideal Citizenship for Turkey*, Plymouth: Lexington Books.
- Bayrak, B., Ketten, S., Fincancı, M.** (2014) Sağlık Çalışanlarının HIV/AIDS Olgularına Yaklaşımları, *Klimik Dergisi*, 27(3): 103-8.
- Biçmen, Z. ve Bekiroğulları, Z.** (2013) Social Problems of LGBT People In Turkey, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 113: 224-233.
- Brown, S. A.** (2007) *The Effect of Gender on HIV-Related Stigma and Discrimination: Cases From Turkey*, yayımlanmamış yüksek lisans tezi, ODTÜ Sosyal Bilimler, Ankara.
- Campbell, C., Gibbs, A.** (2009) "Stigma, Gender and HIV: Case Studies of Intersectionality", içinde J. Boesten, N. K. Poku (eds.), *Gender and HIV/AIDS: Critical Perspectives from The Developing World*, Surrey: Ashgate.
- Chang, F., Prytherch, H., Nesbitt, R. C., Wilder-Smith, A.** (2013) HIV-Related Travel Restrictions: Trends and Country Characteristics, *Glob Health Action*, 6(1).
- Cindoğlu, D.** (2003) Modern Türk Tıbbında Bekâret Testleri ve Suni Bekâret, içinde P. İlkaracan (der.) *Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik*, İstanbul: İletişim.
- Coşar, S., Yeğenoğlu, M.** (2011) New Grounds for Patriarchy in Turkey? Gender Policy in the Age of AKP, *South European Society and Politics*, 16(4): 555-573.
- Çetin, Z.** (2017) *Intertwined Movements, Interwoven Histories: HIV and AIDS in Turkey. Disentangling European HIV/AIDS Policies: Activism, Citizenship and Health*, (EUROPACH) Working Paper, Erişim Tarihi 20.8.2018, <http://www.europach.phils.uj.edu.pl/project-outcomes/library/workingpapers/>
- Deeks, S. G., Lewin, S. R., Havlir, D. V.** (2013) The End of AIDS: HIV Infection as a Chronic Disease, *Lancet*, 382(9903): 1525-1533.
- Depeli, G., Rahte, E. Ç.** (2009) Bir Yanlış Var Bu Temsilde: Medyaya Müdahil Olmak, içinde A. Erol (haz.) *Anti-Homofobi Kitabı Uluslararası Homofobi Karşıtı Buluşma*, Ankara: Kaos GL.
- Doğanoğlu, S.** (2009) Adaletin "LGBTİ" Hâli, Ankara: KaosGL.
- Dondurucu, Z. B.** (2018) Eşcinsellik Temelli Nefret Söylemi İçeren İletilerin Twitter'da İncelenmesi, *Erciyes İletişim Dergisi*, 5(4): 513-534.
- Duckett, M., Orkin, A.** (1989) AIDS-Related Migration and Travel Policies and Restrictions—A Global Survey *AIDS*, 3(1): 231-252.
- Duyan, V., Ağalar, F., Sayek, I.** (2001) Surgeons' Attitudes Toward HIV/AIDS in Turkey, *AIDS Care*, 13(2): 243-250.
- Engin, C.** (2015) LGBT in Turkey: Policies and Experiences, *Social Sciences*, (4): 838-858.
- Epstein, S.** (1996) *Impure Science: AIDS, Activism, and the Politics of Knowledge*, Los Angeles: University of California.
- Erbaydar, T., Erbaydar, N. P.** (2012) Status of HIV/AIDS Epidemic in Turkey, *Acta Medica*, (1):19-24.
- Erdem, T.** (2012) Hizadan Çıkmaya, Yoldan Sapmaya ve Çıkanı Olmaya Dair: Kimlik Değil, Cinsellik! Tektip Cinsellik Değil, Cinsel Çeşitlilik!, içinde C. Çakırlar, S. Delice (haz.) *Cinsellik Muamması*, İstanbul: Metis.
- Erdoğan, B., Köten, E.** (2014) *Yeni Toplumsal Hareketlerin Sınıf Dinamiği: Türkiye LGBT Hareketi*, Marmara Üniversitesi Siyasal Bilimler Dergisi, 2(1): 93-113.
- Erol, A.** (haz.) (2008) *Türkiyede Eşcinsel Olmak*, Ankara: Kaos GL.
- Esmer, Y.** (2012) *Değişimin Kültürel Sınırları Türkiye Değerler Atlası*, İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi.
- Esmer, Y.** (2009) *Radikalizm, Aşırılık ve Toplumsal Değerler Bir Saha Araştırmasının Bulguları*, İstanbul: Uğur.
- Eşsiz, V.** (2012) *Devletin Eli, Bel, Sopası: Anlatılmamış Sürgünden Kabahatlere Türkiyede Trans Bedenin Denetimi*, içinde C. Çakırlar, S. Delice (haz.) *Cinsellik Muamması*, İstanbul: Metis.
- Foucault, M.** (2016a) *Özne ve İktidar*, çev. Işık Ergüden, O. Akınhay, İstanbul: Ayrıntı.
- Foucault, M.** (2016b) *Entelektüelin Siyasal İşlevi*, çev. I. Ergüden, O. Akınhay, F. Keskin, İstanbul: Ayrıntı.
- Foucault, M.** (2012) *İktidarın Gözü*, çev. I. Ergüden, Ayrıntı, İstanbul.
- Garcia, J., Parker, R. G.** (2011) *Resource Mobilization for Health Advocacy: Afro-Brazilian Religious Organizations and HIV Prevention and Control*, *Social Science & Medicine*, 72(12): 1930-1938.
- Geleş, A., Öktem, P.** (2009) *Media Discourses on Homosexuality and Managing Heterosexism in Turkey*, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 12(1):5-32.
- Goffman, E.** (2014) *Damga Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar*, çev. Ş. Geniş, L. Ünal, S. N. Ağırnaslı, Ankara: Heretik.
- Gostin, L.O., Lazzarini, Z.** (1997) *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic*, New York: Oxford University Press.
- Gökengin, D.** (2018) *Türkiyede HIV Enfeksiyonu: Hedefe Ne Kadar Yakımsız?*, *Klimik Dergisi*, 31(1): 4-10.
- Gökengin, D., Çalık, Ş., Öktem, P.** (2017) *Türkiyede HIV'le İlgili Damgalama ve Ayrımcılığın Analizi: HIV'le Yaşayan Kişiler İçin Damgalanma Göstergesi Sonuçları*, *Klimik Dergisi*, 30(1): 15-21.
- Göregenli, M. (haz.)** (2018) *Türkiyede Kamu Çalışan Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans ve İntersekslerin Durumu 2017*, Kaos GL, Ankara:
- Göregenli, M. (haz.)** (2017) *2016 Yılında Türkiyede Gerçekleşen Homofobi ve Transofobi Temelli Nefret Suçları Raporu*, Ankara: KaosGL.
- Göregenli, M. (haz.)** (2016) *Türkiyede Özel Sektör Çalışan Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans ve İntersekslerin Durumu 2016 Yılı Araştırması*, Ankara: Kaos GL.
- Gramsci, A.** (2007) *Hapishane Defterleri*, çev. A. Cemgil, İstanbul: Belge.
- Güner, U.** (2015) *Heteroseksist Ayrımcılığın Eşcinsel, Biseksüel ve Trans Yaşamlara Yansıması*, içinde Y. Tar (der.) *Çalışma Yaşamında Ayrımcılık*, Ankara: Kaos GL.
- Güner, U., Kalkan, P., Öz, Y., Özsoy, E. C., Söyle, F. (haz.)** (2011) *Türkiyede Cinsel Yönelim veya Cinsiyet Kimliği Temelinde Ayrımcılığın İzlenmesi Raporu 1 Ocak - 30 Haziran 2010*, İstanbul Bilgi Üniversitesi, İstanbul.
- Hancıoğlu, F.** (2016) *Yeni Türkiyede Muhafazakâr Medya ve Öteki(!): Cinselliklere Yönelik Ayrımcılık ve Nefret Söylemi Üzerine Kısa Bir Tartışma*, *Kaos GL*, 147: 42-45.
- Herek, G. M., Capitano, J. P.** (1999) *AIDS Stigma and Sexual Prejudice*, *American Behavioral Scientist*, 42(7): 1130-1147.

- İlkkaracan, P.** (2003) Türkiye'nin Doğu Bölgelerinde Kadın Cinselliği Bağlamının İncelenmesi, içinde P. İlkkaracan (der.), Müslüman Toplumlarında Kadın ve Cinsellik, İstanbul: İletişim.
- İnci, A.** (2014) Sağlık Personelinin HIV/AIDS Konusunda Bilgi Düzeyi ve Tutumları, *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 5(5): 394-396.
- Kandiyoti, D.** (2016) Locating The Politics of Gender: Patriarchy, Neo-liberal Governance and Violence in Turkey, *Research and Policy on Turkey*, 1(2): 103-118.
- Kasapoğlu, A., Kaya, N. Ç., Turan, F., Kuş, E.** (2007) Türkiye'de HIV ile Yaşayan Kişilerin Hassasiyet/Savunmasızlık Araştırması/Değerlendirmesi Üçüncü Taslak Rapor, Sosyoloji Derneği, Ankara.
- Kasapoğlu, A., Kuş, E.** (2008) The Role of Gender in The Stigmatization of People Living with HIV/AIDS in Turkey, *Journal of Gender Studies*, 17(4): 359-368.
- Kasapoğlu, A., Saillard E. K., Kaya N., Turan F.** (2011) AIDS Related Stigma in Social Relations: A Qualitative Study in Turkey, *The Qualitative Report*, 16(6): 1496-1516.
- Keskin, F.** (2016) Özne ve İktidar (Sunuş), içinde M. Foucault, Özne ve İktidar, çev. I. Ergüden, O. Akınhay, İstanbul: Ayrıntı.
- Kılıç, D.** (2011) Bir Ötekileştirme Pratiği Olarak Basında Eşcinselliğin Sunumu: Hürriyet ve Sabah Örneği (2008-2009), *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Elektronik Dergisi*, 1(1): 143-169.
- Köse, Ş., Mandıracıoğlu, A., Mermut, G., Kaptan, F., Özbel, Y.** (2012), "The Social and Health Problems of People Living with HIV/AIDS in Izmir, Turkey", *The Eurasian Journal of Medicine*, 44(1): 32-39.
- Köylü, M.** (2012) HIV/AIDS ile Mücadelede En Büyük Sorun Virüs Değil Önyargılar, içinde Y. İnceoğlu (ed.) Nefret Söylemi ve/veya Nefret Suçları, İstanbul: Ayrıntı.
- Lordoğlu, C.** (2018) İstanbul'da Bekâr Kadın Olmak, İstanbul: İletişim.
- Magnania, R., Sabin, K., Saidel, T., Heckathorn, D.** (2005) Review of Sampling Hard-to-Reach and Hidden Populations for HIV Surveillance, *AIDS* 19 (2): 67-72.
- Mawar, N., Saha, S., Pandit, A., Mahajan, U.** (2005) The Third Phase of HIV Pandemic: Social Consequences of HIV/AIDS Stigma & Discrimination & Future Needs, *The Indian Journal of Medical Research*, 122(6):471-484.
- Öktem, P.** (2013) Patriarchal and Medical Discourses Shaping The Experience and Management of HIV- Related Stigma in Turkey, yayımlanmamış doktora tezi, Ankara: University of East Anglia School of International Development.
- Öner, A.** (2015) Beyaz Yakalı Eşcinseller, İstanbul: İletişim.
- Özbay, C.** (2013) Türkiye'de Hegemonik Erkekliği Aramak, *Doğu Batı*, 63: 185-204.
- Parker, R. G.** (1996) Empowerment, Community Mobilization and Social Change in The Face of HIV/AIDS, *AIDS*, 10(3): 27-31.
- Parker, R., Aggleton, P.** (2003) HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications For Action, *Social Science & Medicine*, 57(1): 13-24.
- Preston, D. B., D'Augelli A. R., Kassab C. D., Starks M.T.** (2007) The Relationship of Stigma to the Sexual Risk Behavior of Rural Men Who Have Sex with Men, *AIDS Education and Prevention*, 19(3): 218-230.
- PYD (Pozitif Yaşam Derneği)** (2010) Türkiye'de HIV ile Yaşayan Kişilerin Yaşadıkları Hak İhlalleri Raporu (Ağustos 2008- Aralık 2009 Dönemi), C. Soyer ve H. Y. Kayar (haz.), Erişim Tarihi 6.2.2016, [http://pozitifyasam.org/assets/files/Hak\\_ihlalleri%20Raporu\\_kasim2010.pdf](http://pozitifyasam.org/assets/files/Hak_ihlalleri%20Raporu_kasim2010.pdf).
- PYD** (2008) Türkiye'de HIV ile Yaşayanların Yaşadıkları Hak İhlalleri Raporu (Temmuz 2007-Temmuz 2008 Dönemi, Erişim Tarihi: 6.2.2016, Şu2016.<http://www.pozitifyasam.org/Content/Upload/Raporlar/Hak%20C4%B0hlalleri%20Raporu%202.pdf>.
- PYD** (2007) Türkiye'de HIV ile Yaşayanların Yaşadıkları Hak İhlalleri, Erişim Tarihi 6.2.2016, <http://www.pozitifyasam.org/Content/Upload/Raporlar/Hak%20C4%B0hlalleri%20Raporu%201.pdf>.
- Sağlık Bakanlığı (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü)** (2019) HIV-AIDS İstatistik, Erişim Tarihi 22.12.2019, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/h%20C4%B1v-aids-istatistik.html>.
- Sancar, S.** (2009) Erkeklik: İmkânsız İktidar, İstanbul: Metis.
- Saracgil, A.** (2005) Bukalemun Erkek, İstanbul: İletişim.
- Sayan, M., Evren, H., Şanlıdağ, T., Kaymakzade, B., Farouk, T. S., Baba, I. A.** (2017) Dynamics of HIV/AIDS in Turkey from 1985 to 2016, Quality and Quantity, DOI 10.1007/s11135-017-0648-7.
- Selek, P.** (2010) Sürüne Sürüne Erkek Olmak, İstanbul: İletişim.
- Sontag, S.** (2005) Metafor Olarak Hastalık- AIDS ve Metaforları, çev. O. Akınhay, İstanbul: Agora.
- Şah, U.** (2012) "Eşcinsellik Hastalığıdır [ve Dahası] Sapkınlıktır" Bir Eleştirel Söylem Analizi Denemesi, içinde S. Arkonaç (ed.), Söylem Çalışmaları Ankara: Nobel.
- Tomasevski, K., Gruskin, S., Lazzarini, Z., Hendriks, A.** (1992) AIDS and Human Rights, içinde J. Mann, D.S.M. Tarantola, T.W. Netter, (eds.) AIDS in the World, Boston: Harvard University.
- Treichler, P. A.** (1999) How to Have Theory in an Epidemic: Cultural Chronicles of AIDS, Durham: Duke University.
- Utaş, L.A., Barlas, G.Ü.** (2013) Study of Health Care Providers and Attitudes Against Homosexual, Bisexual Individuals, *International Journal of Human Sciences*, 10(1): 434-444.
- Üğüden, D.** (2016.2.3) Türkiye'nin İlk Resmi AIDS Vakası ve Çaresizlikle İmtihan, Erişim Tarihi 5.3.2018, <https://listelist.com/murtaza-elgin-kimdir/>.
- Yavuz, M.F., Dalkanat, N., Gölge, Z. B., Müderrisoğlu, S.** (2006) Eşcinsel Erkeklerle Yönelik Fiziksel Şiddetin Değerlendirilmesi, *Adli Tıp Dergisi*, 20(2): 15-21.
- Yeğen, C.** (2014) Türk Yazılı Basınının HIV/AIDS Haberlerindeki Nefret Söylemi: Posta Gazetesi Örneği, *Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 2(3): 317-349.
- Yıldırım, Y., Yılmaz, D.V.** (2017) Türkiye'de Cinsiyet Kimliği ya da Cinsel Yönelim Temelli Ayrımcılık ve Sağlığa Yansımaları, *Researcher: Social Science Studies*, 5(10): 446-461.
- Yılmaz, H.** (2010) Türkiye'de "Biz"lik, "Öteki"lik, Ötekileştirme ve Ayrımcılık: Kamuoyundaki Algılar ve Eğilimler-Nihai İçeriksel Rapor, İstanbul: Açık Toplum Vakfı ve Boğaziçi Üniversitesi, Erişim Tarihi 11.8.2017, [http://hakanyilmaz.info/yahoo\\_site\\_admin/assets/docs/HYilmaz-Otekilestirme-02-%20C4%B0%20C3%A7e\\_rikseRapor.188160919.pdf](http://hakanyilmaz.info/yahoo_site_admin/assets/docs/HYilmaz-Otekilestirme-02-%20C4%B0%20C3%A7e_rikseRapor.188160919.pdf).
- Yılmaz, V., Demirbaş, H.B.** (2015) TBMM'nde LGBT Hakları Gündeminin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi: 2008-2014, *Alternatif Politika Dergisi*, 7(2): 230-56.
- Yılmaz, V., Göçmen, İ.** (2016) Denied Citizens of Turkey: Experiences of Discrimination Among LGBT Individuals in Employment, Housing and Health Care, *Gender, Work & Organization*, 23(5): 470-488.
- Zeybek, H.A.** (2011) Bir Aile Mekânında Cinsiyet, Cinsellik ve Güvenlik, içinde C. Özbay, A. Terzioğlu, Y. Yasin (haz.) Neoliberalizm ve Mahremiyet, İstanbul: Metis.