

**GENÇLERİN HIV/AIDS'TEN KORUNMAYA YÖNELİK BİLGİ, ALGI VE  
DENEYİMLERİ: PANDA (INHAMBANE-MOZAMBIK) ÖRNEĞİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Gulamudine Muhamad Charifo Xavier Manuel**

**Eskişehir 2023**

**GENÇLERİN HIV/AIDS'TEN KORUNMAYA YÖNELİK BİLGİ, ALGI VE  
DENEYİMLERİ: PANDA (INHAMBANE-MOZAMBIK) ÖRNEĞİ**

**Gulamudine Muhamad Charifo Xavier Manuel**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Sosyoloji Anabilim Dalı**

**Danışman: Doç. Dr. Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN**

**Eskişehir**

**Anadolu Üniversitesi**

**Sosyal Bilimler Enstitüsü**

**Temmuz 2023**

## JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

## ÖZÜ

### GENÇLERİN HIV/AIDS'TEN KORUNMAYA YÖNELİK BİLGİ, ALGI VE DENEYİMLERİ: PANDA (INHAMBANE-MOZAMBIK) ÖRNEĞİ

Gulamudine MANUEL

Sosyoloji Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Temmuz, 2023

Danışman: Doç. Dr. Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN

Bu tezin genel amacı, Panda'daki gençlerin HIV/AIDS'in önlenmesi konusundaki bilgi, algı ve deneyimlerini ortaya çıkarmaktır. Bu amaca ulaşmak için belirli hedefler tanımlanmıştır: katılımcıların HIV/AIDS virüsü ve bulaşma yolları hakkındaki bilgi düzeylerini ve bu bilgileri nasıl ve nereden edindiklerini belirlemek; katılımcıların HIV/AIDS virüsünün tedavisi hakkındaki bilgi düzeylerini ve bu hastalığa nasıl baktıklarını belirlemek gibi belirli hedefler izlenmiştir; katılımcıların HIV/AIDS'ten korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları ve bu yöntemleri kullanmaya istekli olup olmadıkları; katılımcıların çevrelerinde gördükleri farklı aşamadaki HIV/AIDS vakalarına karşı tutumları; katılımcıların HIV/AIDS pozitif vakalara karşı ayrımcılık yapıp yapmadıkları ve HIV pozitif kişilerin kendilerinin ayrımcılığa veya dışlanmaya maruz kalıp kalmadıkları, kalıyorlarsa bu süreci nasıl yaşadıkları. Nitel araştırma yöntemlerine dayalı olarak ve yarı yapılandırılmış görüşme yoluyla Panda'da yaşayan 16-30 yaş arası 14 gençten veri toplanmıştır. Bunlardan 9'u cinsel deneyim yaşamış (4'ü HIV/AIDS ile enfekte olmuş ve 5'i olmamış), kalan 5 genç ise cinsel deneyim yaşamamıştır. Bu katılımcılar amaçlı örnekleme tekniğine göre seçilmiştir. Veri toplama işlemi WhatsApp aramaları kullanılarak çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Panda'daki gençlerin HIV/AIDS virüsü hakkında kapsamlı bir bilgiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak buna rağmen RİA, HIV/AIDS virüsüyle mücadeleye olumsuz katkıda bulunmaktadır çünkü birçok kız RİA'yı tercih ettikten sonra prezervatif kullanmayı bırakmaktadır. HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık ailelerde, okullarda ve işyerlerinde bir gerçektir. Sağlık çalışanlarının mesleki gizlilik konusunda eksiklikleri vardır ve son olarak dil sorunları HIV/AIDS konusunda topluma aktarılan bilgilerin etkinliğini olumsuz etkilemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** HIV/AIDS, Damgalama, Ayrımcılık, Sağlık ve hastalık sosyolojisi

**ABSTRACT**  
**YOUTH'S KNOWLEDGE, PERCEPTIONS AND EXPERIENCES ON AIDS  
PREVENTION: THE CASE OF PANDA (INHAMBANE-MOZAMBIQUE)**

**Gulamudine MANUEL**

**Department of Sociology**

**Anadolu University, Graduate School of Social Sciences, December 2010**

**Adviser: Assoc. Dr. Temmuz GÖNC ŞAVRAN**

The overall aim of this thesis is to explore the knowledge, perceptions and experiences of young people in Panda on HIV/AIDS prevention. Specific objectives were defined to achieve this overall goal: to determine the respondents' level of knowledge about the HIV/AIDS virus and its transmission routes and how and where they acquired this information; to determine the respondents' level of knowledge about the treatment of the HIV/AIDS virus and how they view this disease; whether the respondents have knowledge about HIV/AIDS prevention methods and whether they are willing to use these methods; participants' attitudes towards HIV/AIDS cases at different stages that they see in their environment; whether participants discriminate against HIV/AIDS positive cases and whether HIV positive people themselves are subjected to discrimination or exclusion, and if so, how they experience this process. Based on qualitative research methods and through semi-structured interviews, data were collected from 14 young people aged 16-30 living in Panda. Of these, 9 had had sexual experience (4 had been infected with HIV/AIDS and 5 had not), while the remaining 5 had not had sexual experience. These participants were selected according to purposive sampling technique. Data collection was conducted online using WhatsApp calls. It was concluded that young people in Panda have a comprehensive knowledge about the HIV/AIDS virus. However, despite this, the IUD contributes negatively to the fight against the HIV/AIDS virus because many girls stop using condoms after opting for the IUD. HIV/AIDS-related stigma and discrimination is a reality in families, schools and workplaces. Health workers lack professional confidentiality and, finally, language barriers negatively affect the effectiveness of HIV/AIDS information disseminated to the public.

**Keywords:** *HIV/AIDS, Stigma, Discrimination, Sociology of health and illness*

## İTHAF

*Babamın anısına.*

## ÖNSÖZ

Öncelikle yaşam ve sağlık nimeti için Allah'a şükrediyorum. Elhamdulillah!

Türkiye'de eğitim alma fırsatı için Türkiye Bursları - YTB'ye özel teşekkürlerimi sunarım. Maputo, Mozambik'teki başvuru sürecinden Türkiye'de kaldığım süre boyunca hedeflerimde başarılı olmam için gerekli desteği koşulsuz olarak sağladılar. Bu burs akademinin de ötesine geçti. Neredeyse bu 4 yıl içinde hayatım iyi öğrenme ve zorluklarla doldu. Artık farklı bir insan olduğumu söyleyebilirim.

Danışmanım ve öğretmenim Doç. Dr. Temmuz Gönç-Şavran'a sabrı, bana yardım etmeye hazır olması, beni anlaması ve bu tezi sürdürme motivasyonumu her zaman yeniden canlandıran bir vektör olduğu için içten teşekkürlerimi borç bilirim.

Ayrıca Türkçe hazırlık kursu - TÖMER ve sosyoloji bölümü öğretmenlerine de teşekkür etmek isterim. Özellikle derslerine katılma fırsatı bulduğum Profesör Filiz Yaylacı, Erhan Akarçay, Fuat Güllüpnar, Fatime Güneş, Serap Suğur'a sabırları, yardımları ve anlayışları için teşekkür ederim.

Görüşmelere katılmaya gönüllü olan Panda'daki tüm gençlere ve özellikle de iletişimimi sürdürmeme ve görüşmelerin katılımcılarını organize etmeme yardımcı olmayı kabul ettiği için Riyad Mussagy'ye ve tüm arkadaşlarıma ve sınıf arkadaşlarıma özel bir teşekkür.

Son olarak, maddi ve manevi destekleri için aileme ve özellikle de sonsuz sevgisi ve yokluğuma katlandığı için anneme teşekkür ederim. Annem eski bir atasözü kabul etmeyi öğrendi: *"Bir çocuk büyüdükten sonra kuş olur ve uçmak ister"*. Seni seviyorum Raquel'im.

## İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI .....	iii
ÖZÜ .....	iv
ABSTRACT.....	v
1.Giriş .....	1
1.1.Problem.....	1
1.1.1.HIV/AIDS Salgını.....	5
1.1.1.1.HIV/AIDS salgınının tarihçesi.....	5
Tablo 2 devam .....	7
1.1.1.2.HIV ve AIDS'in anlamı .....	7
1.1.1.2.1.HIV/AIDS'in geçiş yolları.....	8
1.1.1.2.2.Önleme yöntemleri .....	10
1.1.1.2.3.Tedavi süreci.....	10
1.1.2. HIV/AIDS .....	11
1.1.2.1.Mozambik bağlamında HIV/AIDS .....	14
1.1.2.1.1.Mozambik'te HIV/AIDS'in kısa tarihi geçmişi.....	15
1.1.2.1.2.HIV/AIDS virüsünün mevcut yaygınlık durumu.....	18
1.1.2.1.2.1.Gençlerin durumu .....	23
1.1.2.1.3.HIV/AIDS ile Mücadele: salgın yönetim politikalarına eleştirel bir bakış .....	26
1.1.3.Damgalama .....	31
1.1.3.1.Damgalama, ayrımcılık ve HIV/AIDS .....	35
1.1.4.Gençler ve gençlik .....	40
1.1.4.1.Gençliğe sosyolojik bakış .....	41
1.1.4.1.1 Kuşak Akımı.....	44
1.1.4.1.2.Klasist Akım .....	45
1.1.5.Sağlık ve Hastalık Sosyolojisinin Kuramsal Kökenleri ve Gelişimi .....	46

1.1.5.1.Sağlık ve hastalık kavramları.....	46
1.1.5.2.Sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişimi.....	48
1.1.5.2.1.Sosyolojik yaklaşımlar açısından sağlık ve hastalık.....	52
1.1.5.2.1.1.İşlevselci yaklaşım.....	53
1.1.5.2.1.2.Marxist yaklaşım.....	54
1.1.5.2.1.3.Parsons'cu yaklaşım.....	56
1.1.5.2.1.4.Foucault'cu yaklaşım.....	57
1.1.5.2.1.5.Feminist yaklaşım.....	58
1.2.Amaç.....	59
1.3.Önem.....	59
1.4.Sınırlılıklar.....	60
2.Yöntem.....	60
2.1.Araştırma Modeli.....	60
2.2.Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	61
2.2.1.Panda İlçesi, Mozambik.....	61
2.3.Verilerin Toplanması.....	62
2.3.1.Veri toplama süresi.....	63
2.4.Geçerlilik ve Güvenilirlik.....	63
2.5.Karşılaşılan zorluklar.....	64
Bulgular ve Yorum.....	66
3.1.Örneklemin genel özellikleri.....	66
3.2.HIV/AIDS virüsüne ilişkin yönelik bilgi ve algılar.....	66
3.2.1.HIV/AIDS virüsünün bulaşması üzerine.....	68
3.2.2.HIV/AIDS'in önlenmesi üzerine.....	70
3.2.3.1.Prezervatif tercihi.....	74
3.3.Gençlerin HIV/AIDS Bilgilerine Erişim Algıları.....	76
3.3.1.HIV/AIDS danışmanlık ve test hizmetlerine bağlılık.....	79

3.4.Gençlerin HIV/AIDS pozitif kişilere ilişkin algıları.....	80
3.4.1.HIV/AIDS pozitif biriyle yaşamak .....	82
3.5.Panda'daki HIV/AIDS pozitif gençlerin günlük yaşamları .....	83
3.5.1.Aile bağlamı.....	83
3.5.2.HIV/AIDS-pozitif öğrenci olmak .....	87
3.5.3.İşyerinde.....	88
3.5.4.ART süreci: doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler .....	89
4.Sonuç ve Öneriler .....	91
4.1.Sonuç .....	91
4.2.Öneriler .....	94
KAYNAKÇA.....	95
EKLER.....	104

## TABLO LİSTESİ

<i>Tablo 1 Uluslararası HIV/AIDS zaman çizelgesi</i> .....	6
Tablo 1 devam .....	7
<i>Tablo 2 AIDS tanımında bazı değişiklikler</i> .....	8
Tablo 3 HIV/AIDS'e ilişkin 2021 yılı için tahmini küresel epidemiyolojik veriler .....	12
<i>Tablo 3 devam</i> .....	13
Tablo 4 Tahmini bölgesel HIV/AIDS verileri, 2021 .....	14
<i>Tablo 5 Mozambik'te HIV/AIDS zaman çizelgesi</i> .....	17
Tablo 6 Tıbbi sosyolojinin örgütlenmesine yönelik iki şemanın etkileşimi.....	49
<i>Tablo 6 devam</i> .....	50

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 1998-2010 yılları arasında Mozambik'te HIV/AIDS ile yaşayan kişi sayısı.....	18
Şekil 2 Mozambik'te HIV/AIDS'e Bağlı Ölümlerin Sayısı, 2000-2010.....	19
Şekil 3 İllere göre HIV/AIDS virüsü yaygınlığı, 2009 ve 2015 .....	20
Şekil 4 İllere göre HIV/AIDS yaygınlığı, 2021 .....	22
Şekil 5 Damgalama ve marjinalleşme çemberi.....	39
Şekil 6 Panda Coğrafi Konumu .....	62

## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>AIDS</b>	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
<b>ART</b>	: Antiretroviral Tedavi
<b>CIP</b>	: Centro de Integridade Pública/Kamu Dürüstlüğü Merkezi (Mozambik'te)
<b>CNCS</b>	: Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA/Ulusal HIV ve AIDS ile Mücadele Konseyi (Mozambik'te)
<b>CYBH</b>	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
<b>FRELIMO</b>	: Frente de Libertação de Moçambique/Mozambik Özgürlük Cephesi
<b>HIV</b>	: Human Immunodeficiency Virus
<b>HYUSP</b>	: HIV/AIDS'e Yanıt için Ulusal Stratejik Plan (Mozambik'te)
<b>IMASIDA</b>	: Inquérito sobre Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA/ Bağışıklama, Sıtma ve HIV/AIDS Göstergeleri Araştırması (Mozambik'te)
<b>INE</b>	: Instituto Nacional de Estatística/Ulusal İstatistik Enstitüsü (Mozambik'te)
<b>IESE</b>	: Instituto de Estudos Sociais e Económicos/Toplumsal ve Ekonomik Araştırmalar Enstitüsü (Mozambik'te)
<b>MISAU</b>	: Ministério da Saúde/Sağlık Bakanlığı (Mozambik'te)
<b>PEP</b>	: Maruziyet Öncesi Profilaksi
<b>PREP</b>	: Maruziyet Sonrası Profilaksi
<b>RENAMO</b>	: Resistência Nacional Moçambicana/Mozambik Milli Direnişi
<b>TÖMER</b>	: Türkçe Öğretimi Uygulama ve Araştırma Merkezi
<b>UNAIDS</b>	: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
<b>UNICEF</b>	: United Nations International Children's Emergency Fund
<b>WHO</b>	: World Health Organization
<b>YTB</b>	: Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı

## 1.Giriş

### 1.1.Problem

İlk vakaların teşhis edilmesinden kırk yıl sonra, HIV/AIDS virüsü hala dünyanın en ölümcül pandemileri arasında yer alıyor. Daha da endişe verici olanı, bu virüsle ilgili yeni enfeksiyon, ölüm ve sosyal sorun oranlarının, dünyanın biyotıpta ve bu konudaki bilgiye erişim ve yayılmada önemli ilerlemeler kaydettiği bir dönemde artmasıdır. HIV/AIDS virüsüne ilişkin bu toplumsal sorunlar yelpazesinin, insanlık tarihindeki diğer tüm pandemiler gibi bizi bir şekilde virüsün ortaya çıkış tarihine götürdüğünü belirtmek gerekir. İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV), 1981 yılında tanınmasından bu yana, sağlık alanlarında ve sosyal ilişkiler bağlamında derin bir cevap arayışına, "yayılmının suçlusu veya sorumlusu" arayışına neden olmuştur. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde HIV/AIDS salgınının eşcinsel erkekler ve enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları arasında ortaya çıktığı ve sonuç olarak olumsuz bir toplumsal tepkinin bu gruptaki bireylerin ve virüsle enfekte olan diğer pek çok kişinin deneyimlerinde kritik bir rol oynadığı ve oynamaya devam ettiği ileri sürülmektedir (Fullilove'den aktaran Alonzo ve Reynolds, 1995). HIV/AIDS enfeksiyonlarının çoğunun, cinsel karışıklık ve HIV/AIDS'ten kaynaklanan damgalama ile yakından bağlantılı bir bulaşma biçimi olarak görülen heteroseksüel bulaşma yoluyla gerçekleştiği Afrika'da da enfeksiyon durumunun ifşa edilmemesi, izolasyon, ayrımcılık ve sağlık hizmetlerine erişimin engellenmesi gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır (Block, 2009; Zungu-Dirwayi vd., 2004, aktaran Yuh vd., 2014). Bu son örnekte, kadınlar neredeyse her zaman mağdur konumundadır. Örneğin Mozambik'te<sup>1</sup> (bu araştırmanın yapıldığı Afrika ülkesi), üç şehirde (Maputo, Quelimane ve Inhassunge) yapılan bir araştırmada, nüfusun HIV/AIDS virüsünü dışıleştirildiği belirtilmiştir (Andrade, Cruz ve Silva, 2005). Ayrıca, UNAIDS'in çeşitli araştırmalarından birinde, HIV/AIDS virüsünün giderek daha genç ve dişilere etkilediği düşünülmektedir (UNAIDS, 2004'ten aktaran UNAIDS, 2005).

Daha önce de belirtildiği gibi, bu virüsün ortaya çıkış tarihi ve mevcut durumu bize HIV/AIDS virüsünden enfekte olma veya ölme korkusunun insanlar arasında virüsün yayılmasından "suçlu" veya "sorumlu" olanları belirleme eğilimi yarattığını ve yaratmaya

---

<sup>1</sup>Mozambik ile ilgili ayrıntılı bir sunum bu tezin II. bölümünde (yöntem) yer almaktadır.

devam ettiğini göstermektedir. HIV/AIDS her zaman "ben değilim", "benim grubum değil" gibi söylemlerle "grup dışı" bir hastalık olarak görülmüştür (Sontag, 1989:47).

Çeşitli bağlamlarda HIV/AIDS her zaman "ötekinin hastalığı" olarak algılanmaktadır (Loyola, 1994; Knauth, 1998, 1999; Alves, 2001). Sonuç olarak, bu eylemler virüsle yaşayan birçok insanı marjinalleştirerek sorunu daha da ağırlaştırmaktadır. Örneğin, günümüzde HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık virüsün kendisinden daha ciddi bir sorun olarak kabul edilmektedir (Garcia vd., 2008; UNAIDS, 2005; WHO, 2021). Böylece, bu virüsle yaşayan kişinin damgalanması ve ayrımcılığa uğraması, Dünya Sağlık Örgütü'nün bu mücadelede tasarladığı en önemli hedeflerden biri haline gelmektedir. HIV/AIDS virüsüne ilişkin mevcut literatür, virüsün test edilmesi, tedavisi ve kontrolüne ilişkin tamamlanmamış ilerlemenin (virüs için halâ tam bir tedavi yoktur) yanı sıra kırk yılı aşkın süredir virüsle mücadeleyi engelleyen virüsle ilgili sosyal sorunların karmaşıklığını bildirmektedir. 2005 yılı sonu itibariyle dünya genelinde yaklaşık 40 milyon kişi HIV/AIDS ile yaşamaktadır. Bunların 10 milyondan fazlasını 15 ila 24 yaş arasındaki gençler oluşturmaktadır. 2005 yılında yetişkinlerde görülen 4,2 milyon yeni enfeksiyonun yarısı bu yaş grubunda (15-24 yaş arası) görülmüştür. Her gün gençler arasında 5.000 ila 6.000 yeni enfeksiyon meydana gelmektedir (Monascha ve Mahy, 2006:16). Aynı yıl Birleşmiş Milletler HIV/AIDS Ortak Programı tarafından hazırlanan bir rapor, dünya çapında 1,9 milyon kişinin virüs nedeniyle hayatını kaybettiğini ortaya koymuştur (UNAIDS, 2005).

Son yıllarda, bazı UNAIDS raporları dünya çapında HIV/AIDS'e bağlı ölüm oranlarının azaltılmasını savunmuştur. Ancak bunun aksine, dünya genelinde yeni enfeksiyonların sayısı 2020 ve 2021 yılları arasında yalnızca %3,6 oranında azaldı ve bu da 2016'dan bu yana yeni HIV enfeksiyonlarındaki en küçük yıllık düşüşü temsil ediyor. Doğu Avrupa ve Orta Asya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika ile Latin Amerika'da HIV/AIDS enfeksiyonlarında birkaç yıldır yıllık artışlar görülmektedir. UNAIDS verileri, dünyanın en kalabalık bölgesi olan Asya ve Pasifik'te, yeni HIV enfeksiyonlarının azalmakta olduğu yerlerde artmakta olduğunu göstermektedir. Aynı durum, dünyada virüsten en çok etkilenen ülkeler listesinde başı çeken Doğu ve Güney Afrika'nın aleyhine olacak şekilde, yakın geçmişte yeni enfeksiyon oranlarının düşük olduğu Kuzey Afrika ülkeleri için de geçerlidir (WHO, 2021).

2021 yılında, 14 Temmuz'da Cenevre'de “tehlkede” (*in danger*) sloganıyla bir konferans düzenlendi. Bu konferans sırasında, 2021 yılına kadar dünya genelinde yaklaşık 43,8 milyon kişinin HIV/AIDS virüsü ile yaşıyor olacağına dair bir güncelleme yapıldı. Bunların yaklaşık 41,9 milyonunun 15 yaş ve üzeri kişilerden oluşacağı hesaplanmaktadır. Yaklaşık 2 milyon kişinin HIV/AIDS ile yeni enfekte olduğu ve yaklaşık 860.000 kişinin HIV/AIDS ile ilişkili hastalıklardan öldüğü tahmin edilmektedir. Daha da önemlisi, 2021 yılında 41,9 milyon kişiden sadece 28,7 milyonu antiretroviral tedaviye (ART) erişmekteydi (UNAIDS, 2022). Bu konferansta ayrıca, 2019 ve 2020 yıllarında dünyanın yaşadığı COVID-19'un etkileriyle birlikte HIV/AIDS ile mücadele için kaynakların kısıldığı ve bu durumun milyonlarca hayatı tehlikeye attığı vurgulandı. Bu tehlike en çok, bu salgınla mücadele etmek için çoğunlukla dış maddi ve mali desteğe bağımlı olan Afrika ülkeleri (Mozambik dahil) için geçerlidir (UNAIDS, 2022).

Yukarıda özetlenenler, HIV/AIDS salgınının sosyal yaşam üzerindeki doğrudan olumsuz etkilerini ve insanların bu salgınla mücadele etmek için uygun stratejiler geliştirilebilmesi amacıyla bu salgın hakkında sahip oldukları bilgi ve algı düzeyleri üzerine düşünme ihtiyacını ortaya koymaktadır. Mozambik'te bu, çoğu zaman dikkate alınmayan ciddi bir sorundur ve Parker'ın (2000) bir araştırmasında belirttiği gibi en endişe verici şey, HIV/AIDS'in sadece bir sağlık sorunu ve sosyo-ekonomik bir yük olduğu için değil, aynı zamanda çeşitli çıkarları içerebilen ve harekete geçirebilen yüksek ekonomik, sembolik ve politik değerlere sahip bir endüstri haline geldiği için gündeme getirilmiş olmasıdır (Parker, 2000). Ancak, insanların bu virüs hakkında sahip oldukları farklı bilgi ve algılara gereken önemin verilmemesinin bir sonucu olarak, bu virüsle mücadele etmek için tasarlanan çeşitli politikalar boşa çıkmaktadır, çünkü politikalar öncelikle uygulanacakları bağlam bilinmeden tasarlanmaktadır.

Mozambik Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Enstitüsü (IESE), Mozambik'in bu salgınla gerçek alanda mücadele stratejilerinin uygulanmasında halâ büyük zorluklarla karşı karşıya olduğunu savunuyor. Diğer bir deyişle, belirlenen politikalar ile sosyo-kültürel gerçekler arasında ciddi çatışmalar yaşanmakta, bu da HIV/AIDS ile mücadeleye bir anlamda olumsuz katkı sağlamaktadır. Ayrıca bu başarısızlığın bir şekilde virüsle mücadele için dünyadaki tüm sosyokültürel bağlamlara eşit derecede uygun olmayan uluslararası politikalara bağımlılıktan kaynaklandığını ve özellikle Mozambik'in hala bu

politikaları veya HIV/AIDS hakkında halka iletilecek "mesajı" Mozambikleştirme sürecinde olduğunu da ekliyor (Manuel, 2011).

Mozambik'te yapılan araştırmalar, HIV/AIDS hakkındaki "kapsamlı bilgi"<sup>2</sup> ve algı eksikliğinin, ülkedeki virüs oranlarının artmasının ana nedenlerinden biri olduğunu, bunu cinsel etkinliğe erken başlangıç, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, damgalanma ve diğer sosyal kökenli nedenlerin izlediğini savunmaktadır (INSIDA, 2009'dan aktaran UNAIDS, 2013). HIV/AIDS hakkında Yaygınlık, Davranışsal Riskler ve Bilgi Ulusal Araştırması, HIV/AIDS'e yönelik bilgi ve tutumlarda önemli gelişmeler olmasına rağmen, halâ virüs hakkında kapsamlı bilgiye sahip olmayan çok sayıda Mozambikli olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, cinsel olarak aktif Mozambik nüfusunun sadece üçte birinin HIV/AIDS hakkında genel bilgiye sahip olduğu sonucuna varılmıştır (MISAU, 2010). 2011 yılında Mozambik'te 15-49 yaş arası nüfusun bilgi, tutum ve uygulama göstergelerini araştıran Demografik ve Sağlık Araştırması (DSA) gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, Mozambikli kadınların %98'inin ve erkeklerin %100'ünün HIV/AIDS'i duyduğunu, ancak kadınların sadece %31'inin ve erkeklerin %51'inin virüs hakkında kapsamlı bilgiye sahip olduğunu göstermiştir. Bunlardan kadınların %29'u, erkeklerin ise %13'ü ilk cinsel ilişkilerini 15 yaşından önce yaşamıştır (IDS, 2011'den aktaran ONUSIDA, 2013). Ancak bugüne kadar Mozambikliler arasında bu virüse ilişkin kapsamlı bilgi düzeyinin düşük olduğu ve bunun açık nedenlerinden birinin de virüsün ülkede, özellikle de gençler arasında yüksek yaygınlık oranı olduğu söylenebilir. Mozambik şu anda yaklaşık 2,2 milyon kişinin enfekte olmasıyla dünyada HIV/AIDS'den en çok etkilenen ülkeler listesinde ikinci sırada yer almaktadır. Her gün yaklaşık 300 kişinin virüse yakalandığı tahmin edilmektedir. Bunların 70'ten fazlası kız çocuğudur. Genel olarak, 15 yaşından küçük ergen kızların virüsle en çok enfekte olan kişiler olduğu ileri sürülmektedir (MISAU, 2022).

Özetle, önceki paragraflarda sunulan veriler Mozambikliler arasında HIV/AIDS hakkında kapsamlı bilgi ve algı konusunda ciddi bir eksiklik olduğunu göstermektedir. Bu eksiklik, ülkedeki yüksek cinsiyet eşitsizliği, farklı sosyo-kültürel ve dini inançlar,

---

<sup>2</sup>Cinsel ilişki sırasında doğru ve tutarlı prezervatif kullanımının ve enfekte olmayan tek bir cinsel partnere sahip olmanın HIV/AIDS kapma riskini azaltabileceğini bilmek. Sağlıklı görünen bir kişinin HIV/AIDS taşıyabileceğini bilmek ve HIV/AIDS'in önlenmesi veya bulaşmasıyla ilgili en yaygın iki yanlış kanıyı reddetmek: HIV/AIDS'i sivrisinek ısırıkları yoluyla kapmak veya HIV/AIDS bulaşmış bir kişiyle birlikte yemek yemek (INSIDA, 2013).

düşük okuryazarlık seviyeleri, yoksulluk ve virüsle mücadele politikalarının zayıflığı ile birleştiğinde, Mozambik'te virüsün yaygınlığına önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Bu bağlamda, bu tezin temel problemi "Panda'da gençlerin HIV/AIDS'ten korunmaya yönelik bilgi, algı ve deneyimleri nelerdir" şeklinde ifade edilebilir.

### ***1.1.1.HIV/AIDS Salgını***

#### ***1.1.1.1.HIV/AIDS salgınının tarihçesi***

1970'lerin sonlarında HIV, tanınmadan ve fark edilmeden tüm dünyaya sessizce yayılmıştır. İlk vaka 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde resmi olarak tanınmış olsa da enfeksiyonun geniş kapsamı 1980'lerin ortalarına kadar fark edilmemiştir. Artık dünya çapında bir salgın veya veba olarak kabul edilmektedir (Adrião, 2010; Weiss ve Lonquist, 2015:81). Kesin bir yaygınlık oranı belirlemek zor olsa da, 2011 yılında dünya çapında yaklaşık 34 milyon kişinin HIV ile enfekte olduğu ve her yıl 2,5 milyon kişinin daha enfekte olduğu tahmin edilmektedir. O yıl tahminen 1,7 milyon kişi AIDS'ten ölmüştür. Toplamda 30 milyondan fazla insan AIDS'e bağlı hastalıklardan ölmüştür (küresel olarak AIDS dördüncü en yaygın ölüm nedenidir) (Weiss ve Lonquist, 2015:81).

Tarihsel olarak HIV virüsünün ortaya çıkışına ilişkin çeşitli metinlerde kabul edilen hipotezlerden biri, 35'ten fazla Afrika primat türünde tespit edilen SIV virüsünün (simian immunodeficiency virus) mutasyonundan ortaya çıktığıdır. Pan Troglodytes troglodytes türünden şempanzeler HIV'e en çok benzeyen virüslere sahiptir ve Batı Afrika'da bir ülke olan Kamerun'da bulunurlar. Bu hayvanlar, etlerini yiyecek olarak kullanan ve enfekte kanla doğrudan temas eden insanlar tarafından avlanmıştır. Bu ilk bulaşma 19. yüzyılda meydana gelmiş olabilir ve böylece virüs Afrika kıtasında on yıllar boyunca ve daha sonra dünya çapında yayılmıştır (Levy, 2010; UNAIDS, 2016). İnsanlarda, daha önce de belirtildiği gibi, ilk vakalar 1977'den itibaren Amerika Birleşik Devletleri, Haiti ve Orta Afrika'da kaydedilmiştir. Ancak hastalık, ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezlerinin (CDC) 1981 yılında beş erkeğin zatürreden ölümüne ilişkin bir rapor yayınlamasıyla dikkat çekmeye başlamıştır. Şunu da belirtmek gerekir ki, 1980 yılı civarında çok nadir görülen bir tür cilt kanseri ya da çok şiddetli zatürreye yakalanan birçok kişi tıbbi yardım almaya başlamıştır. Hepsinin vücut savunma sistemi çok zayıflamıştı ve birkaç ay sonra öldüler. Bunların çoğu eşcinsel erkekler olduğu için, ilk başta eşcinsellere özgü bir hastalık olduğu düşünülmüştür. Ancak, yeni vakalar ortaya

çıkıyordu ve bunlar sadece erkeklerle seks yapan erkekler arasında değildi. Enjekte eden uyuşturucu kullanıcıları, kan nakli yapılan erkekler ve kadınlar, özellikle de hemofili hastaları aynı semptomları göstermeye başlamıştır (Adrião, 2010). 1983 yılında, hamilelik sırasında anneden çocuğa bulaşan ilk vaka tespit edilir. Bir yıl sonra, virüs taraması yapabilen ilk kan testi oluşturuldu.

Dünyada daha önce keşfedilen pek çok virüs gibi HIV/AIDS virüsünün ortaya çıkışı da cehalet ve şüphelerle şekillenmiş, öyle ya da böyle bugün hala hissedilen korku ve sosyal düzensizlik tohumlarını ekmiştir. Tarih, Amerika Birleşik Devletleri'nde eşcinsel erkekler ve enjekte eden uyuşturucu kullanıcılarından oluşan sosyal grupların toplumda ötekileştirildiğini ve ötekileştirilmeye devam edildiğini göstermekte olup, bu gruplar hakkında, örneğin hastalığın yalnızca eşcinselleri, uyuşturucu kullanıcılarını, hemofili hastalarını ve birden fazla partneri olan ve "risk grupları"<sup>3</sup> olarak adlandırılan kişileri etkilediği gibi birçok efsane ve gerçek dışı bilginin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu hastalık bir ölüm cezası olarak görülmüş ve yalnızca belirli nüfus gruplarıyla ilişkilendirilmiş, bu da çok fazla önyargı ve zulüm yaratmıştır (Adrião, 2010; Fullilove, 1989'dan aktaran Alonzo ve Reynolds, 1995). Aynı durum Afrika'da ve Mozambik gibi ülkelerde (bazı kırsal kesimlerde) virüsün bir ölüm cezası, kötü şans ya da lanet, şeytanlardan gelen bir şey olarak algılandığı yerlerde de geçerlidir. Ancak, Güney Afrika Cumhuriyeti'nde seks işçileri, uzun mesafe kamyon şoförleri, maden işçileri tarihsel olarak "yayıcılar" veya "risk grupları" olarak kabul edilmiştir. Halen bir tedavisi olmamasına rağmen, tarih boyunca yapılan bilimsel keşifler, hastalığın önlenmesi için prezervatif kullanımı gibi daha etkili stratejilerin benimsenmesini ve semptomlarının tedavi edilmesini mümkün kılarak kontrolünü ve birlikte yaşamayı denilebilir. Aşağıdaki tablo virüsün uluslararası kronolojisini göstermektedir.

*Tablo 1 Uluslararası HIV/AIDS zaman çizelgesi*

1981	- Atlanta CDC tarafından genç eşcinsel erkeklerde ağır pnömoni (PPC) vakalarının resmi duyurusu. - tiyoloji tartışmalı - bulaşıcı veya yaşam tarzı hastalığı (risk grupları).
------	--

<sup>3</sup>"Risk grubu" terimi dünya çapında HIV pozitif kişileri ifade etmek için yaygın olarak kullanılmaktaydı, ancak 1983 yılında enfekte heteroseksüellerin sayısının artması nedeniyle bu terim sorgulanmaya başlandı. HIV/AIDS virüsüne maruz kalma için 1985'ten beri kullanılan doğru terim "risk davranışı"dır". Hastalık ve eşcinsellikle ilgili damgalamayla mücadele etmek için bu terimin kullanılması önemlidir (Brasil, 2016).

**Tablo 2 devam**

1982	- A.I.D.S (Acquired Immune Deficiency Syndrome) kısaltması. - İmmün yetmezliğin klinik tablosunun sınırlandırılması. - Atlanta CDC tarafından AIDS'in klinik tanımı. - Uyuşturucu kullanıcıları ve daha sonra hemofili hastaları arasında vakaların tespiti. - Fırsatçı hastalıkların temel bir nedeni olarak immünodepresyon; immün yetmezlik için olası viral etiyoloji.
1983	- Sendromlu kadın ve çocukların tespiti. - LAV virüsünün Montagnier tarafından izolasyonu ve tanımlanması. - Tedavi: sekonder semptomlar, fırsatçı enfeksiyonların kemoterapisi ve radyoterapisi; tim hormonlar, lökosit transfüzyonu, ilik transplantasyonu. - İmmün yetmezlik; cinsel yolla ve kan yoluyla bulaşan viral etiyoloji.
1984	- Robert Gallo tarafından HTLV-III virüsünün tanımlanması. - Sağlıklı bir taşıyıcıya gebe kalma
1985	- Seropozitif durumun tanınması. - Klinik belirtilerin 6 hiyerarşik derecede sınıflandırma sistemi (hastalığın kronolojik evrimi) - Elisa yönteminin ticarileştirilmesi, Western blot - Kan kontrol programı - Nörolojik bozuklukların görünürlüğü - Risk davranışına ilişkin hipotezler risk gruplarının yerini alır.
1986	- Yeni HIV kısaltması - HIV-2 virüsünün izolasyonu - Anti-HIV-2'ye uyarlanmış Elisa yöntemi
1987	- Atlanta CDC'nin AIDS tanımında yaptığı değişiklik - AIDS'te AZT (zidovudin) kullanımı - Antiretroviral tedavi diğer ters transkriptaz inhibitörlerini içerir
1988	- PCR - Fırsatçı enfeksiyonların profilaksisi
1995	- Monoterapinin kombinasyon tedavisi ile değiştirilmesi
1996	- Antiretroviral tedavide proteaz inhibitörlerinin kullanımı

**Kaynak:** ONUSIDA (2013)

### **1.1.1.2.HIV ve AIDS'in anlamı**

İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü anlamına gelen HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromu anlamına gelen AIDS'in (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) nedenidir. Genel olarak HIV olarak adlandırılan iki farklı virüs vardır, bunlar HIV-1 ve HIV-2'dir (Levy, 2010).

HIV virüsü, genetik materyali olarak RNA'ya sahip olma özelliğine sahip Retroviridae ailesine aittir, bu nedenle ters transkriptaz adı verilen bir enzim aracılığıyla RNA'dan DNA sentezleme yeteneğine sahiptir. Bu aile içinde HIV, Lentivirus cinsi

içinde sınıflandırılır. Bu virüsler, hayvan hücrelerinin zorunlu hücre içi parazitleri olmaları ile karakterize edilir. İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü'nün yanı sıra Sığır, Kedi ve Simian İmmün Yetmezlik Virüsleri de bu cinse aittir ve farklı hayvan türlerinde immün yetmezlik, ensefalopati, enteropati ve diğer semptomlara neden olur (Levy, 2010).

HIV virüsü kronik bir immünolojik azalmaya neden olur ve ilerleyici bir davranışa sahiptir. Bu karakter, saldırgan ajana karşı immünolojik mücadeleyi başlatmak için çeşitli lökositler için saldırı habercisi olarak hareket eden CD4 lenfositlerinin seviyelerindeki azalmanın sonucudur. CD4 lenfositlerine yapılan saldırı ile organizmanın bu savunması yetersiz hale gelir ve sonuç olarak AIDS, Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromuna neden olur (Canini vd., 2004). Başka bir deyişle, AIDS, HIV enfeksiyonunun klinik olarak ortaya çıkmasıdır ve bu enfeksiyonun kendini göstermesi ortalama sekiz ila on yıl sürer. Aşağıda AIDS tanımındaki bazı değişiklikleri özetleyen bir tablo yer almaktadır.

*Tablo 3 AIDS tanımında bazı değişiklikler*

1982	- CDC tanımı - Edinilmiş immün yetmezlik sendromu; - İmmün yetmezlik ile ilişkili klinik tanımı.
1985	- CDC yeniden tanımlaması - HTLVIII-LAV serolojisini içerir ve yetişkin ve çocuk vakaları arasında 13 yıllık kesme noktasını benimser; - Walter Reed Sınıflandırması - Altı immünolojik ve klinik parametre kullanarak enfeksiyonun altı evrimsel durumunu gösterir;
1986	- Enfeksiyon sınıflandırma sistemi - Klinik ve enfeksiyonla ilgili aşamalara göre sınıflandırma;
1987	- CDC yeniden tanımlama - Enfeksiyon sınıflandırma sistemini A'dan E'ye kadar alt gruplara ayrılmış dört grupta kullanır. Tanı kaynaklarının az olduğu durumlar için kriterleri uyarlar; - Çocuk vakaları için farklılaştırılmış standardizasyon.
1989	- Caracas tanımı - enfeksiyon ve immün yetmezliğin klinik teşhisini sağlayan belirti ve semptomlar.
1992	- CDC Yeniden Tanımlama - Akciğer tüberkülozu, tekrarlayan pnömoni ve servikal-uter kanser dahil olmak üzere fırsatçı hastalıkların sayısını artırır. Vaka tanımı için laboratuvar seviyelerini belirler.

**Kaynak:** UNAIDS (2021)

#### ***1.1.1.2.1.HIV/AIDS'in geçiş yolları***

HIV/AIDS'in en yaygın bulaşma şekilleri şunlardır: cinsel ilişki, kan ve kan ürünleri ve dikey/anneden bebeğe yoluyla bulaşma. Bu üç bulaşma şekline ek olarak, son zamanlarda mesleki bulaşma da bulaşma yolu olarak kabul edilmektedir. Çeşitli laboratuvar ve epidemiyolojik çalışmalarda tükürük ve diğer vücut sıvıları (gözyaşı,

idrar) da bulaşma yollarından biri olarak değerlendirilmiştir. Ancak aynı çalışmalar HIV/AIDS'li bireylerin tükürüklerindeki virüs konsantrasyonunun ve etkinliğinin son derece düşük olduğunu kanıtlamıştır. Aynı durum değerlendirilen diğer sıvılar için de geçerlidir.

**Cinsel ilişki ile bulaşma:** Bu, tüm dünyada HIV/AIDS virüsünün ana bulaşma yoludur. Korunmasız cinsel ilişkide heteroseksüel bulaşma, Dünya Sağlık Örgütü tarafından en sık görülen bulaşma olarak kabul edilmektedir. Sahra altı Afrika'da ana bulaşma şekli budur. Gelişmiş ülkelerde, homoseksüel ilişkiler yoluyla HIV/AIDS'e maruz kalma hala en fazla vakadan sorumlu olmakla birlikte, heteroseksüel ilişkiler salgının dinamiklerinde bir eğilim olarak orantılı bir şekilde artmaktadır. Heteroseksüel bir ilişkide HIV/AIDS bulaşma riskini artıran faktörler şunlardır: yüksek viremi, ileri derecede immün yetmezlik, alıcı anal ilişki, adet döneminde cinsel ilişki ve özellikle ülseratif olanlar olmak üzere başka bir cinsel yolla bulaşan hastalığın (CYBH) varlığı. Yumuşak pamukçuk, sifiliz ve genital herpes gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan kaynaklanan ülserlerin HIV bulaşma riskini büyük ölçüde artırdığı artık bilinmektedir (WHO, 2021).

**Kan ve kan ürünleri ile bulaşma:** Enjekte uyuşturucu kullanımıyla ilişkili kan yoluyla bulaşma, şırınga ve iğnelerin ortak kullanımı nedeniyle çok etkili bir HIV/AIDS bulaşma yoludur. Bu bulaşma yolu Asya, Latin Amerika ve Karayipler gibi dünyanın çeşitli bölgelerinde giderek daha önemli hale gelmektedir (WHO, 2021).

**Dikey/anneden bebeğe bulaşma:** Hamilelik, doğum veya emzirme sırasında çocuğun maruz kalması sonucu ortaya çıkan dikey bulaşma, daha fazla heteroseksüel bulaşma nedeniyle artmaktadır. HIV/AIDS enfeksiyonunun bu türünün en yüksek oranları %30 ila 40 arasında Afrika'da görülmektedir. Kuzey Amerika ve Avrupa gibi dünyanın diğer bölgelerinde bu oranlar %15 ila 29 civarındadır. Bu farklılığın temel nedenleri, Afrika'da heteroseksüel bulaşmanın daha yoğun olması ve bu kıtada emzirmenin sanayileşmiş ülkelere göre çok daha sık olmasıdır. Rahim içi bulaşma hamileliğin herhangi bir aşamasında mümkündür; ancak ilk üç aylık dönemde daha az görülür. Bu dönemdeki enfeksiyonlar fetal malformasyonlarla ilişkilendirilmemiştir. Anneden çocuğa HIV/AIDS bulaşma riski, hamilelik sırasında ve doğumda AZT kullanımı ve aynı ilacın altı hafta boyunca yenidoğana uygulanmasıyla %67'ye kadar azaltılabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma (AIDS Clinical Trial

Group 076 veya ACTG-076), gebelik sırasında AZT kullanımıyla dikey bulaşmanın %25,6'dan %8,3'e düştüğünü göstermiştir. Anne sütü yoluyla bulaşma, donörlere danışmanlık veren ve onları tarayan süt bankalarında işlenen yapay süt veya insan sütünün kullanılmasıyla önlenir (WHO, 2021; UNAIDS, 2022).

**Mesleki bulaşma:** Bu genellikle işyerindeki kazalardan, özellikle de HIV/AIDS ile enfekte hastalardan gelen kanla kontamine olmuş keskin aletlerle yaralanan sağlık çalışanlarından kaynaklanır (WHO, 2021; UNAIDS, 2022). Son yıllarda, maruziyet öncesi profilaksi (PREP) ve maruziyet sonrası profilaksi (PEP) olarak bilinen ilaçların uygulanmasıyla, mesleki bulaşma durumlarında HIV/AIDS enfeksiyonunu önlemek mümkün olmaktadır.

#### ***1.1.1.2.2.Önleme yöntemleri***

Prezervatif kullanımı HIV/AIDS enfeksiyonunun önlenmesinde en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesindeki önemi de dikkate değerdir. İnsanlar prezervatifin etkinliğini ve önemini bilmelerine rağmen, çoğu insan ilişkilerinde kullanmamaktadır. Erkek sünneti de HIV'den korunma yöntemlerinden biridir ve doğu ve güney Afrika'daki yüksek nüfus yoğunluğuna sahip ülkelerde tavsiye edilmektedir. Zarar azaltma (iğne şırınga programları ve opioid ikame tedavisi) uyuşturucu enjekte eden kişilerde HIV ve kan yoluyla bulaşan diğer enfeksiyonları önler. Prezervatif, erkek sünneti ve enfekte şırınga/kesici aletlerin bakımının yanı sıra son yıllarda yine kullanılan korunma yöntemlerinden biri olan maruziyet öncesi profilaksi (PREP) ve maruziyet sonrası profilaksi (PEP), HIV virüsüne maruz kalmadan önce veya sonrasında virüsü önlemek için antiretroviral ilaçların kullanılmasından oluşmaktadır (WHO, 2021).

#### ***1.1.1.2.3.Tedavi süreci***

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre HIV/AIDS virüsü tamamen önlenebilir bir hastalıktır. HIV virüsünün etkili bir şekilde tedavi edilmesi, dünyanın çeşitli yerlerinde uzun yıllar süren araştırmaların sonucudur. Virüsün anatomisi ve fizyolojisi hakkındaki bilginin, HIV enfeksiyonu için etkili bir tedavi geliştirilmesinde ana faktör olduğu savunulmaktadır. Bu araştırma sırasında, enfeksiyonu kontrol altına almak ve HIV ile yaşayan insanların yaşam kalitesini artırmak amacıyla çok sayıda ilaç üzerinde çalışılmış ve kullanılmıştır. Bu araştırma, AIDS virüsünün bir retrovirüs olarak sınıflandırılmasına yol açtı ve bu da HIV'in yayılmasına karşı ilk etkili ilaç olarak zidovudin (AZT)

uygulamasına yol açtı. AZT, viral replikasyon sürecini bloke eden bir ters transkriptaz inhibitörü madde olarak tanımlanmaktadır (Levy, 2010).

AZT, kanser hastalarının tedavisinde kullanılmak üzere sentezlenmiş ve 1987 yılında HIV'li kişilerin tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Başlangıçta hastalara çok yüksek dozlar verildi ve çeşitli yan etkilerin yanı sıra yüksek düzeyde kemik iliği toksisitesinden muzdarip oldular. AZT'nin yanı sıra HIV pozitif bireyler fırsatçı enfeksiyonlar için de ilaç almaktadır (Levy, 2010; Brasil, 2016).

Bilimsel kanıtlar, tedaviye daha erken başlayan HIV ile yaşayan kişilerin, tedaviye daha geç başlayan kişilere kıyasla, daha az komplikasyon, daha az fırsatçı enfeksiyon ve daha uzun yaşam beklentisi ile orta ve uzun vadede hastalığın daha iyi bir evrim geçirdiğini göstermiştir. Ayrıca bu veriler, antiretroviral tedavi sayesinde tespit edilemeyen viral yüke sahip HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin, yaşam kalitelerini önemli ölçüde artırmanın yanı sıra virüsü başka bir kişiye bulaştırma şanslarının çok daha düşük olduğunu da göstermektedir (UNAIDS, 2016). Günümüzde etkili antiretroviral tedavi (ART), HIV'in hamilelik, doğum ve emzirme sırasında anneden çocuğa geçmesini de engellemekte ve ileriye dönük bulaşma riskini %96 oranında azaltmaktadır. ART, kişinin yaşamı boyunca her gün alınmalıdır. Kısacası HIV/AIDS, bir veya daha fazla ilaçtan oluşan antiretroviral tedavi ile tedavi edilir. ART, HIV/AIDS virüsünü tedavi etmez, ancak kandaki replikasyonunu azaltır ve böylece viral yükü tespit edilemez bir düzeye indirir (WHO, 2021).

### **1.1.2. HIV/AIDS**

HIV/AIDS, dünya genelinde kamu sağlığı için hâlâ büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Virüsün yaygınlık oranları gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir. Dünya genelinde 2021 yılına kadar yaklaşık 43,8 milyon kişinin HIV/AIDS ile yaşıyor olacağı tahmin edilmektedir. Bunların yaklaşık 41,9 milyonu 15 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır. 2,1 milyonu ise 0-14 yaş arası çocuklardan oluşmaktadır. HIV/AIDS ile yaşayanların %54'ünü kadınlar ve kız çocukları oluşturmaktadır. HIV/AIDS ile yaşayan tüm insanların %85'inden biraz fazlası 2021 yılında HIV statülerini biliyordu ve tahminen 5,9 milyon insan 2021 yılında HIV/AIDS ile yaşadığını bilmiyordu (UNAIDS, 2022). Bu veriler, 2000 yılından bu yana dünya genelinde HIV/AIDS yaygınlığında bir artış olduğunu göstermektedir. 2000 yılında yaklaşık 29,7 milyon, 2005 yılında yaklaşık 32,5

milyon, 2010 yılında yaklaşık 35,2 milyon ve 2020 yılında 43,1 milyon kişi HIV/AIDS ile yaşamaktaydı (UNAIDS, 2022).

Yeni HIV enfeksiyonlarına gelince, 2000 ve 2020 yılları arasında yeni enfeksiyonların oranı önemli ölçüde azalmıştır. 2000 yılında yaklaşık 3,9 milyon, 2005 yılında yaklaşık 3,3 milyon, 2010 yılında yaklaşık 2,9 milyon ve 2020 yılında yaklaşık 2 milyon yeni enfeksiyon görülmüştür. Ancak 2021 yılında bir artış kaydedilmiş, yaklaşık 2,2 milyon kişi HIV/AIDS virüsü ile enfekte olmuştur. UNAIDS için bu değişim, HIV/AIDS virüsüyle mücadelede en bilinen engellere ek olarak, 2019 ve 2020 yıllarında COVID-19 virüsünün neden olduğu etkilerle de ilgilidir. Bu kuruluş, bu etkilerle birlikte HIV/AIDS ile mücadele için kaynakların kısıtlandığını ve tüm dünyada binlerce insanı tehlikede bıraktığını savunmaktadır (UNAIDS, 2022).

Genel olarak, HIV/AIDS salgınları ile COVID-19'un kesişmesinin yarattığı zorluklara rağmen, virüsle enfekte olup ART'ye erişimi olan kişi sayısının 2000 yılından bu yana önemli ölçüde arttığı (yaklaşık 560.000) ve 2021 yılı itibariyle yaklaşık 28,7 milyon kişinin ART'ye erişiminin olduğu tahmin edilmektedir. Ancak bu zorluklar, özellikle sağlık hizmetlerinin çoğunun kesintiye uğradığı ve milyonlarca öğrencinin okul dışında kalarak HIV/AIDS'e karşı savunmasızlığını artırdığı gelişmekte olan ülkelerde HIV/AIDS'e karşı küresel müdahaleyi giderek artan bir tehdit altına sokmuştur (UNAIDS, 2022). Bununla birlikte, HIV/AIDS ile enfekte kişilerin ART'ye erişim oranı arttıkça, HIV ile ilişkili ölüm oranı 2000 yılından bu yana önemli ölçüde düşmüştür (yaklaşık 2,2 milyon). 2005 yılında yaklaşık 2,6 milyon, 2010 yılında yaklaşık 1,8 milyon, 2020 yılında yaklaşık 900.000 ve 2021 yılında yaklaşık 860.000 kişi ART'ye erişmiştir. Aşağıdaki tablo 2021 yılı için tahmin edilen küresel HIV/AIDS rakamlarını özetlemektedir.

*Tablo 4 HIV/AIDS'e ilişkin 2021 yılı için tahmini küresel epidemiyolojik veriler*

Yıl	HIV/AIDS ile yaşaya insanlar	Yeni HIV/AIDS enfeksiyonları (Toplam)	Yeni HIV/AIDS Enfeksiyonlar (15+ yaş)	HIV/AIDS için Yeni Enfeksiyon r (0-14 yaş)	ART tedavisine erişimi olan kişiler	HIV/AIDS bağlantılı ölümler
2000	29,7 milyon	3,9 milyon	3,2 milyon	770 bin	560 bin	2,2 milyon
2005	32,5 milyon	3,3 milyon	2,7 milyon	700 bin	2 milyon	2,6 milyon
2010	35,2 milyon	2,9 milyon	2,5 milyon	480 bin	7,8 milyon	1,8 milyon

Tablo 5 devam

2020	43,1 milyo	2 milyon	1,8 milyon	250 bin	27,2 milyo	900 bin
2021	43,8 milyo	2,2 milyon	1,8 milyon	230 bin	28,7 milyo	860 bin

**Kaynak:** UNAIDS (2022).

Bölgesel duruma gelince, Afrika, Sahra Altı Afrika'nın en yüksek oranlara sahip olduğu, dünyada HIV/AIDS'in en yüksek yaygınlık ve görülme sıklığına sahip kıta olmaya devam etmektedir. 2015 yılı sonu itibariyle dünya genelinde yaklaşık 36,7 milyon kişi HIV/AIDS ile yaşamaktadır. Sahra-altı Afrika'da 25,6 milyon HIV prevalansı (PLHIV) vardı ve bunların 2,3 milyonu 15 yaşın altındaki çocuklardan oluşuyordu; bu da çocuklar arasındaki küresel HIV/AIDS yükünün neredeyse %90'ını temsil ediyordu. 2015 yılında dünya genelinde görülen 2,1 milyon yeni enfeksiyonun 1,37 milyonu (%65) Sahra-altı Afrika'da meydana gelmiştir. Bölgedeki HIV/AIDS yaygınlığının genel tahmini %4,8'dir, ancak Cezayir'de %0,1'den Svaziland'da %27,7'ye kadar ülkeler arasında büyük farklılıklar vardır. 2015 yılında dünya genelinde tahmini 1,1 milyon yetişkin ve çocuk AIDS nedeniyle hayatını kaybetmiş olup, bu ölümlerin 800.000'i (%73) Sahra-altı Afrika'da meydana gelmiştir (WHO, 2017). Doğu ve Güney Afrika, HIV/AIDS prevalansının en yüksek olduğu bölge olmaya devam etmektedir ve bu virüse verilen yanıt, COVID-19 azaltma çabalarına uyarlanan HIV/AIDS tedavi ve önleme programları ile zorluklar karşısında dikkate değer bir esneklik göstermiştir. Yeni enfeksiyonların azaltılmasındaki ilerleme önemli ölçüde yavaşlamıştır, ancak UNAIDS verileri, bu bölgedeki HIV/AIDS programlarının, bugüne kadar ilerleme kaydedilmesini sağlayan yerel ve uluslararası finansman konusunda ciddi zorluklarla karşı karşıya olduğunu göstermektedir (UNAIDS, 2022:7).

Son yıllarda, Doğu ve Güney Afrika en yüksek HIV/AIDS yaygınlık oranlarına sahipken, Doğu Avrupa ve Orta Asya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika ve Latin Amerika'da son on yılda yıllık HIV/AIDS enfeksiyonlarında artış görülmüştür. UNAIDS verileri, dünyanın en kalabalık bölgesi olan Asya ve Pasifik'te yeni HIV/AIDS enfeksiyonlarının son 10 yıldır düştüğü yerde arttığını göstermektedir. Malezya ve Filipinler, özellikle kilit konumlardaki kilit nüfuslar arasında salgın hastalıkların arttığı ülkeler arasındadır. Bu bölgelerdeki enfeksiyonlardaki artış endişe vericidir (UNAIDS, 2022:6).

Tedavinin yaygınlaştırılmasında erken bir başarı hikayesi olan Latin Amerika, genç eşcinsel erkekler ve erkeklerle cinsel ilişkiye giren diğer erkekler ve diğer kilit popülasyonlar arasındaki salgınların yayılmasına izin vererek ivme kaybetti. Doğu Avrupa ve Orta Asya'nın büyük bir kısmı, ağırlıklı olarak uyuşturucu enjekte eden kişileri ve cinsel partnerlerini etkileyen salgın hastalıkların gidişatını değiştirmek için gereken zarar azaltma hizmetlerinden yoksundur (UNAIDS, 2022:7). Aşağıdaki tablo, 2021 yılında HIV/AIDS'e ilişkin tahmini bölgesel verileri göstermektedir.

*Tablo 6 Tahmini bölgesel HIV/AIDS verileri, 2021*

<b>Bölge</b>	<b>HIV ile yaşayan yetişkinler ve çocukla</b>	<b>HIV ile yeni enfeksiyon olmuş yetişkinler ve çocuklar</b>	<b>AIDS'e bağlı yetişkin ve çocuk ölümleri</b>
<b>Doğu ve Güney Afrika</b>	23 milyon	900 bin	360 bin
<b>Batı ve Orta Afrika</b>	5,6 milyon	270 bin	210 bin
<b>Orta Doğu ve Kuzey Afrika</b>	210 bin	38 bin	6900 bin
<b>Asya ve Pasifik</b>	7,2 milyon	360 bin	210 bin
<b>Latin Amerika</b>	2,8 milyon	150 bin	42 bin
<b>Karayipler</b>	380 bin	18 bin	76 bin
<b>Doğu Avrupa ve Orta Asya</b>	2 milyon	180 bin	53 bin
<b>Batı ve Orta Avrupa ve Kuzey Amerika</b>	2,6 milyon	76 bin	16 bin

**Kaynak:** UNAIDS 2022 epidemiyolojik tahmini.

### **1.1.2.1. Mozambik bağlamında HIV/AIDS**

Tezin bu bölümünde Mozambik'teki HIV/AIDS virüsü ele alınmaktadır: ülkedeki HIV/AIDS virüsünün kısa bir tarihsel bağlamı; virüsün mevcut yaygınlığı; HIV/AIDS bağlamında gençlerin yeri; ülkenin HIV/AIDS virüsüyle mücadelede karşılaştığı bazı zorluklar; ve HIV/AIDS virüsüyle mücadele politikalarına eleştirel bir bakış.

Sorunsallaştırma bölümünde de belirtildiği üzere Mozambik, Güney Afrika Cumhuriyeti'nden sonra dünyada HIV/AIDS'ten en çok etkilenen ikinci ülke konumundadır (MISAU, 2022). HIV/AIDS, %29 ile ilk sırada yer alan sıtmanın ardından

%27 ile ülkede ikinci önde gelen ölüm nedenidir (INE'den aktaran Casimiro vd, 2021:15). HIV/AIDS ile mücadele bağlamında Mozambik, doğal afetler (seller, kuraklıklar, siklonlar), 2017'den bu yana Cabo Delgado eyaletindeki terörizm ve kitlesel yerinden edilme sorunları nedeniyle tekrarlayan acil durumlarla<sup>4</sup> (HIV/AIDS'in kontrolüne bir şekilde olumsuz katkıda bulunan) karşı karşıya kalan ülkeler listesinin bir parçasıdır. Ancak HIV/AIDS'e karşı küresel müdahalede ilerleme kaydedilmesi, virüsle mücadele hizmetlerinin tüm bağlamlarda işler durumda kalmasını gerektirmektedir ki bu da tekrarlayan acil durumlar nedeniyle neredeyse imkansızdır. Bu bağlamda, UNAIDS'in temel tavsiyelerinden biri, müdahalelerin hazırlanması ve uygulanmasına toplulukların dahil edilmesidir. Yanıtların yerel ihtiyaçlara göre bağlamsallaştırılması ve toplumdaki herkesin katılımını sağlayacak şekilde yapılandırılması gerekir: kapsayıcı, hak temelli, toplumsal cinsiyete dayalı, katılımcı ve işbirlikçi (UNAIDS, 2022:22).

#### ***1.1.2.1.1.Mozambik'te HIV/AIDS'in kısa tarihi geçmişi***

Mozambik'te ilk HIV/AIDS virüsü vakasının teşhis edilmesinin üzerinden kırk yıl geçmesine rağmen HIV/AIDS salgını ülkede ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmekte ve ülkenin bir bütün olarak kalkınmasına olumsuz katkıda bulunmaktadır. Diğer ülkelerde olduğu gibi Mozambik'te de HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık sorunları büyümekte ve virüsle mücadeleye yönelik çeşitli politika ve stratejileri zayıflatmaktadır. Başka bir deyişle, Mozambik'teki HIV/AIDS sorununun karmaşık bir karışım olduğu söylenebilir, çünkü yukarıda bahsedilen damgalama ve ayrımcılığa ek olarak, eğitim sisteminin zayıflığı (ülkenin önemli bir kısmı okuma yazma bilmiyor), çeşitli dini, kültürel ve geleneksel inançlar ve yoksulluk, virüsün ülkedeki mevcut yüksek yaygınlığını açıkça ortaya koymaktadır.

Mozambik'te HIV/AIDS virüsü için ilk pozitif test 1986 yılında bir doktor üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bir yıl sonra, 1987'de, virüsle enfekte olmuş ilk beş Mozambikli vakası teşhis edilmiştir. (CNCS, 2004). İstatistikler, bu yıllardan sonra HIV/AIDS virüsünün yaygınlığının günümüze kadar giderek arttığını göstermektedir. Virüsün bu erken teşhisleri, elbette, virüsün keşfi ve tedavisi için ilk stratejilerin oluşturulmasıyla sonuçlanan ulusal endişenin başlangıcını işaret ediyordu. Ancak bu

---

<sup>4</sup>Ukrayna yalnız değildir. Acil durumlar Bolivarçı Venezuela Cumhuriyeti, Etiyopya, Libya, Mozambik, Myanmar, Suriye Arap Cumhuriyeti, Afrika'nın Sahel bölgesi ve diğer ülkeleri etkilemektedir (UNAIDS, 2022:22).

faaliyetlerin koordinasyonu küresel düzeyde Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sorumluluğundaydı. Bu bağlamda bir DSÖ ekibi 1986 yılında ülkedeki ilk vakanın teşhisine yardımcı olmak üzere Mozambik'te bulunmuştur. 1987 yılında ilk HIV/AIDS vakasının ortaya çıkmasının ardından DSÖ, Mozambik Sağlık Bakanlığı (MISAU) ile koordineli olarak hastalıkla ilgili ilk epidemiyolojik çalışmaların hazırlıklarını başlatmıştır (MISAU, 1988). Bu çalışmalar 1986'dan 1989'a kadar AIDS Küresel Programı (*Global Programme on HIV/AIDS*) kapsamındaydı (Mann ve Kay, 1991).

1987 yılında, DSÖ ile koordineli olarak, HIV/AIDS (PNCS) ile mücadele eylemlerini koordine edecek idari bir yapı oluşturmak amacıyla Kısa Vadeli Plan oluşturulmuştur (MISAU'dan aktaran Matsinhe, 2005:39). Bu planın uygulanmasının ardından, ülkedeki salgının dayattığı yeni gerçeklere uygun olarak diğerleri çoğaldı (bu planlardan bazıları bu tezin ilerleyen bölümlerinde ele alınmaktadır). Örneğin, tarihsel olarak RENAMO ile FRELİMO hükümeti arasında 16 yıl süren iç savaş da HIV/AIDS ile mücadele için özel politikaların uygulanmasına yol açan olaylardan biridir. Bu savaş, 1992 yılına kadar, ulusal sınırlar içinde ve dışında hareketi kısıtlamıştır. Ancak, mültecilerin geri dönüşü ve ekonomik ve ticari faaliyetlerin yoğunlaşması, Mozambik'te HIV/AIDS yaygınlık seviyelerinin hızla artmasına katkıda bulunmuştur (Manuel, 2011:333). Öyle ki, bu savaş sırasında ve 1992'de ülkedeki savaşın sona erdiği Roma Genel Barış Anlaşması'nın (RGA) imzalanmasından sonra, kadınların cinsel saldırıya uğradığına ve askerlerin cinsel zevkleri için kullanılmak ve savaşın başlangıcında arınma törenleri yapmak üzere kaçırıldıklarına dair birçok rapor ortaya çıkmıştır (Osório ve Arthur, 2002'den aktaran Raimundo, 2011:49).

HIV/AIDS virüsünün tarihi ve Mozambik'teki yaygınlığı ile tekrar tekrar ilişkilendirilen ve bir şekilde virüsle mücadele için bazı planların veya özel politikaların hazırlanmasına yol açan bir başka olgu da göç hareketleridir (Muanamoha, 2008; Raimundo, 2011; Patrício, 2016). Konuyla ilgili tarihsel literatürün büyük bir kısmı, madencilik sektörünün 19. yüzyılın ikinci yarısındaki maden devriminden 20. yüzyılın ortalarına kadar göçmen işgücünün en büyük işvereni olduğunu savunmaktadır (Horwitz, 2001:104). Bu devrimle birlikte birçok Mozambikli ve Zimbabve, Svaziland, Tanzanya, Malavi ve diğer güney Afrika ülkelerinden gelenler madenlerde çalışmak ve kasvetli, tehlikeli ve sağlıksız koşullarda yaşamak için Güney Afrika Cumhuriyeti'ne göç etti. Göç modelleri 1970'ten bu yana istikrar kazanmış olsa da, o dönemde göçmenlerin çoğu

baraka benzeri pansiyonlarda çok az olanakla yaşıyordu. O dönemde rakamlar, Güney Afrika'daki maden işçilerinin yüzde 20 ila 30'unun HIV/AIDS ile enfekte olduğunu gösteriyordu (Horwitz, 2001:104).

Son olarak, o dönemde kayıtlı Mozambik sınırlarının kırılabilirliği nedeniyle, ülke Güney Afrika Cumhuriyeti'ne ulaşmak için yoğun bir yol haline geldi. Bu gerçekler aynı zamanda Tete, Manica, Gaza ve Maputo'nun (Mozambik illeri) komşu ülkeler olan Malawi, Zambiya, Zimbabve ve Güney Afrika Cumhuriyeti gibi yüksek HIV oranlarına sahip ülkelere göre coğrafi konumu nedeniyle bölgesel ve bölge içi bir eşitsizliğe yol açmıştır. Bu nedenle, o dönemde bir yandan bu ülkeler ve bu (Mozambik) iller arasındaki yüksek hareketlilik ile diğer yandan HIV/AIDS'in yayılması arasında olası bir ilişki olduğu öne sürülmüştür (Raimundo, 2011:47). Aşağıda Mozambik'te HIV/AIDS ile ilgili bazı olayların seçici bir zaman çizelgesi tablosu yer almaktadır.

*Tablo 7 Mozambik'te HIV/AIDS zaman çizelgesi*

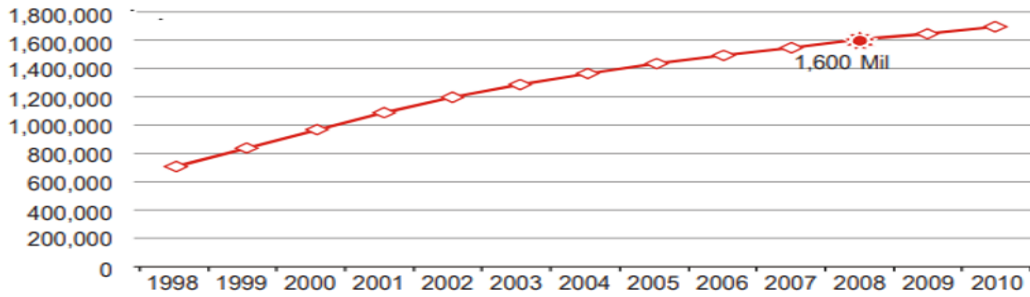
1986	- Kuzeydeki Cabo Delgado eyaletinde teşhis edilen ilk HIV/AIDS vakası; DSÖ tarafından önerilen model temel alınarak Ulusal AIDS Komisyonu (UAK) ve AIDS Koordinasyon Merkezi'nin (AKM) oluşturulması.
1987	- Epidemiyolojik çalışmalar yürütmek, ülkedeki baskın HIV/AIDS türünü belirlemek ve karakterize etmek amacıyla bir DSÖ ekibi kurdu.
1988	- CYBH/HIV/AIDS Kontrol Programının başlatılması ve HIV/AIDS Epidemiyolojik Sürveyans Programının kurulması.
1996	- UNAIDS, ülkenin HIV/AIDS'e yönelik müdahalesini güçlendirmek ve Birleşmiş Milletler (BM) sisteminden sağlanan desteği koordine etmek üzere Mozambik'teki müdahalesine başlar.
1997	- AIDS'ten muzdarip hastalara yardım sağlamak üzere ülkenin başkenti Maputo ve Manica eyaletindeki Chimoio şehirlerinde açılan iki birimle "Gündüz Hastaneleri"nin başlatılması.
1998	- Prezervatif ve HIV/AIDS'in Önlenmesine ilişkin ilk ulusal araştırma.
2000	- HIV/AIDS ile Mücadele Ulusal Konseyi'nin (AMUK), artık sadece Sağlık Bakanlığı'na (MISAU) bağlı olmayan, çok sektörlü bir mesleğe sahip bir Devlet kuruluşu olarak oluşturulması.
2002	- Sağlık Bakanlığı, Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri ile entegre edilen Dikey Geçişin Önlenmesi Ulusal Programını (PMTCT) başlattı.
2022	- Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından Toplumsal Kalkınma Vakfı (FDC) ile ortaklaşa HIV/AIDS kendi kendine test uygulamasının başlatılması.

**Kaynak:** (CNCS, 2004; Matsinhe, 2005; Casimiro vd., 2021).

### 1.1.2.1.2.HIV/AIDS virüsünün mevcut yaygınlık durumu

Mozambik Sağlık Bakanlığı (MISAU) ve diğer kamu ve özel kuruluşlar tarafından yıllar içinde sunulan raporlara dayanarak, Mozambik'te HIV/AIDS pandemisinin durumu alarm ve kritik olarak değerlendirilmektedir. Bu tezde de belirtildiği üzere, ülke sağlığını bu denli tahrip eden bu sorunun arkasında birçok faktör bulunmaktadır. HIV/AIDS virüsünün ülkedeki tarihsel yaygınlık oranları incelendiğinde, virüse karşı ilk pozitiflik vakalarından günümüze kadar ülkede HIV/AIDS virüsünün yaygınlık oranlarında bir artış kaydedildiği (aşağıda 1998 ve 2010 yılları arasında HIV/AIDS virüsü ile yaşayan kişi sayısını gösteren bir şekil yer almaktadır), bu artışın daha çok çocukları ve gençleri etkilediği ve 2010 yılına kadar yaklaşık 1.699 bin enfekte kişiye ulaşacağı tahmin edildiği görülmektedir (INE vd., 2008). Ayrıca, antiretroviral tedaviyi (ART) bırakma oranları, damgalanma ve ayrımcılık (Taela, 2004:3) ve HIV/AIDS'in feminizasyonu (Cruz, Silva ve Andrade, 2005) da artmaktadır. Bununla birlikte, bazı yıllarda, örneğin 2019'da, ülkenin HIV/AIDS ile mücadelede önemli ilerleme kaydettiği ve dikey/anneden çocuğa bulaşma insidansının azaldığı belirtilmelidir.

Şekil 1 1998-2010 yılları arasında Mozambik'te HIV/AIDS ile yaşayan kişi sayısı

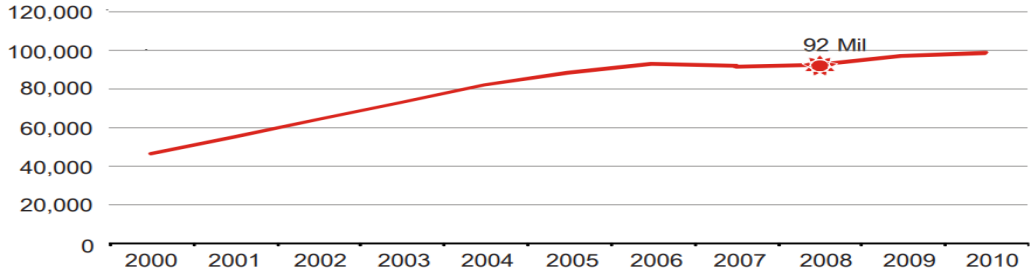


**kaynak:** INE vd., (2008:10).

Mozambik'te 1998 ve 2010 yılları arasında HIV/AIDS yaygınlık oranındaki artışa HIV/AIDS ve ilgili diğer hastalıklar nedeniyle artan ölüm oranı eşlik etmiştir. Daha da önemlisi, bazı çalışmalar, ART ihtiyacı ile HIV/AIDS'ten ölüm arasındaki medyan sürenin, eğer kişi tedavi edilmemişse, Afrika toplumlarında yaklaşık 3 yıl olduğunu göstermektedir. Ancak, yeni enfeksiyon projeksiyonları ve ART programının kapsamı temel alındığında, 2008 yılına kadar ülke genelinde 92.000 kişinin HIV/AIDS nedeniyle öleceği tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin 22.000'inin 0-14 yaş arasındaki çocuklar arasında gerçekleşmesi beklenmektedir. Ülke coğrafyası açısından bakıldığında, 92.000

kişinin 17.000'inin Kuzey'de, 54.000'inin Merkez'de ve 21.000'inin Güney'de öleceği tahmin edilmiştir (INE vd., 2008:18).

*Şekil 2 Mozambik'te HIV/AIDS'e Bağlı Ölümlerin Sayısı, 2000-2010*



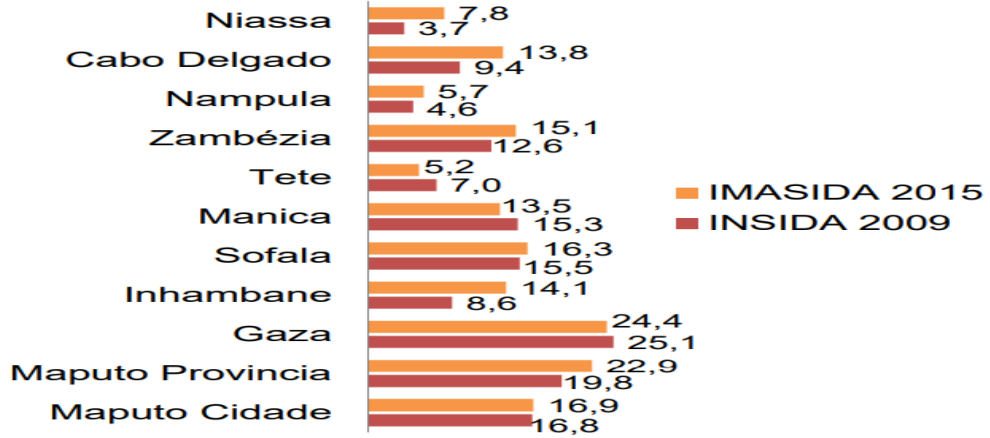
**Kaynak:** INE (vd., 2008:18).

Bir önceki şekilde gösterilen aynı dönemde ve yapılan tahminlere göre, HIV/AIDS virüsüne bağlı ölümler açısından ülkenin üç bölgesi arasında bir eşitsizlik söz konusudur. Bu eşitsizlik, HIV/AIDS virüsünün yeni enfeksiyon oranlarında da kendini göstermekte olup, bu oran orta bölgede daha yüksektir ve bunu ülkenin güney bölgesi izlemektedir (özellikle merkezdeki Tete ve Manica illeri ile güneydeki Gaza ve Maputo illerinde). Daha önce de belirtildiği gibi, bu bölgesel eşitsizlikle tekrar tekrar ilişkilendirilen nedenlerden biri göç, yani Tete, Manica, Gaza ve Maputo illerinin komşu ülkelere, yani analiz edilen dönemde HIV/AIDS oranlarının yüksek olduğu Malawi, Zambiya, Zimbabve ve Güney Afrika'ya göre coğrafi konumudur (Casimiro vd., 2021: 15). Bununla birlikte, 2009 ve 2015 IMASIDA raporları, HIV/AIDS yaygınlık oranlarındaki bölgesel eşitsizliğin yıllar içinde kaydedilmeye devam ettiğini göstermektedir (güney bölgesindeki Gaza ve Maputo ilinde daha büyük hale gelmiştir).

IMASIDA 2015'e göre, 15-49 yaş arası erkek ve kadınların %13,2'si HIV pozitifdir. 2009 ve 2015 verileri karşılaştırıldığında, HIV yaygınlığı 2009'da %11,5 iken 2015'te %13,2'ye yükselmiştir. 2015'te tahmin edilen HIV yaygınlığı kadınlarda (%15,4) erkeklere (%10,1) kıyasla daha yüksektir. Her iki cinsiyette de prevalans kentsel alanlarda (kadınlar için %20,5 ve erkekler için %12,3) kırsal alanlardan (kadınlar için %12,6 ve erkekler için %8,6) daha yüksektir. 2009 ve 2015 yılları arasında, kentsel alanda erkek ve kadınlar için yaygınlık 2009'da %15,9'dan 2015'te %16,8'e, kırsal alanda ise 2009'da %9,2'den 2015'te %11,0'a yükselmiştir (INS, INE ve ICF, 2015:7-8). IMASIDA 2015 ve INSIDA 2009 sonuçları karşılaştırıldığında, HIV yaygınlığının (önceki yıllarda en yüksek orana sahip olan) Manica ve Tete hariç neredeyse tüm illerde arttığı görülmektedir.

Yaygınlık Niassa'da iki katına çıkmış (2009'da %3,7'den 2015'te %7,8'e) ve Cabo Delgado ve Inhambane'de yüzde 5 puan artmıştır (sırasıyla 2009'da %9,4 ve %8,6 ve 2015'te %13,8 ve %14,1) (INS, INE ve ICF, 2015:9).

Şekil 3 İllere göre HIV/AIDS virüsü yaygınlığı, 2009 ve 2015



**Kaynak:** INS, INE ve ICF (2015:10).

Ulusal AIDS Konseyi'nin raporlarına göre bu rakamlar Mozambik'i dünyada HIV/AIDS'ten en çok etkilenen on ülke arasına yerleştirmektedir. Hükümetin çabalarına ve 2004-2008 yılları arasında salgını kontrol altına almak için ulusal ve uluslararası kaynakların seferber edilmesine rağmen, HIV/AIDS ile mücadele için yapılan toplam yıllık harcama 48,5 milyon dolardan 146 milyon dolara yükselmiş ve bunun sadece %1'i önlemeye ayrılmıştır. HIV/AIDS virüsünün 15-49 yaş arası kişilerdeki yaygınlığı %11,5'e ulaştığından (INSIDA, 2009'dan aktaran Casimiro vd., 2021:15) ve her yıl yaklaşık 120.000 yeni enfeksiyonun meydana geldiği tahmin edildiğinden (CNCS, 2014'ten aktaran Casimiro vd., 2021:15) durum hala endişe verici olarak değerlendirilmektedir.

Son yıllarda Mozambik Sağlık Bakanlığı, 2020 yılı için HIV/AIDS ile ilgili faaliyetlere ilişkin yıllık raporunda bazı iyileştirmeler yapılmasını savunmuştur. Mozambik'te kullanılan epidemiyolojik model olan Spectrum'a dayanarak MISAU, 2020 yılına kadar ülkede toplamda yaklaşık 2.055.036 HIV ile yaşayan kişi (PLHIV) olacağını tahmin etmiştir. Bunların 1.926.050'si yetişkin (15-49 yaş arası) ve yaklaşık 128.986 bini çocuktur (0-14 yaş arası). Bu, 2020 yılı için ülkede toplam 97,85 bin yeni enfeksiyon ve günde 268 enfeksiyon kaydedildiği anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, HIV/AIDS'e bağlı ölüm oranları 2008'de 92.000'den 2020'de 38.071.000'e düşerek önemli ölçüde

azalmıştır. Dikey/anneden çocuğa bulaşma oranı da 2010'da %33,5'ten 2020'de %13,49'a düşerek önemli ölçüde azalmıştır (MISAU, 2020:14).

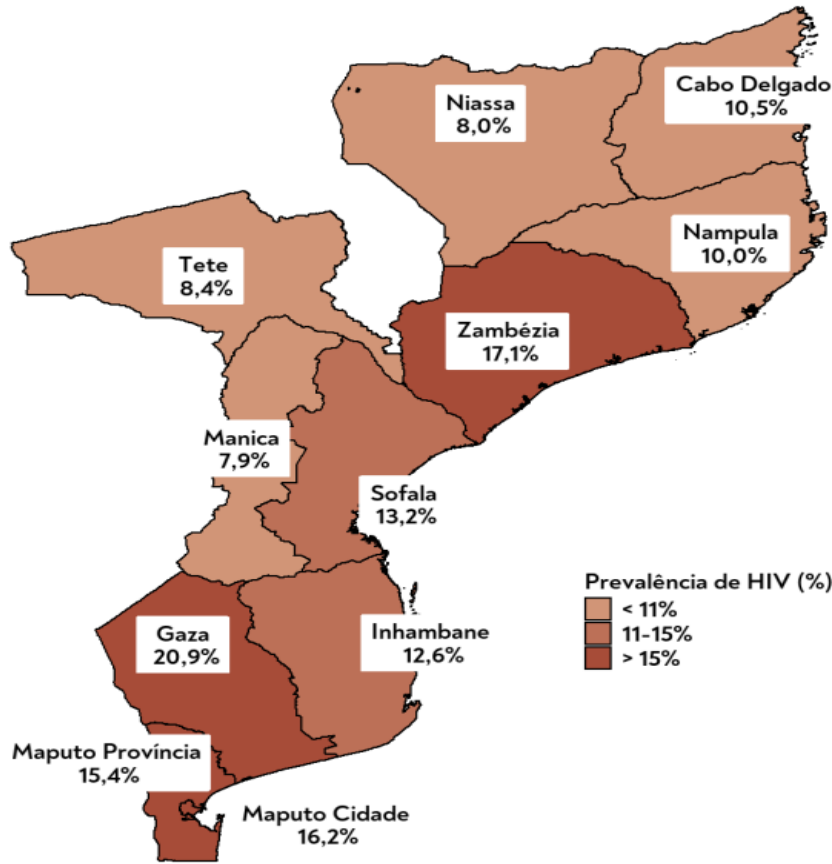
Özellikle HIV/AIDS'e bağlı ölümler ve anneden çocuğa bulaşma oranlarında kaydedilen iyileşmeler, 2019'un son çeyreğinde bakım ve tedavi (BT) alanında yeni izleme ve değerlendirme (MEP) araçlarının kullanılmaya başlanmasından kaynaklanmaktadır. Bunun nedeni, Mozambik'te ART hizmetleri sunan sağlık birimlerinin (SB) sayısının yıllar içinde (2003-2020) artması ve bu hizmetlerin kapsamının Ulusal Sağlık Hizmeti sağlık ağıının %1'inden %95'ine yükselmesidir. Başka bir deyişle, Aralık 2020 itibariyle Mozambik'te ART hizmeti verilen 1.633.000 sağlık birimi (SB) bulunmaktadır. Bununla birlikte, Aralık 2020 sonu itibariyle, 2019 sonundaki 1.338.100'e kıyasla ART kullanan toplam 1.402.902 aktif hasta bildirilmiştir; bu da 64.802 hastalık bir artışı temsil etmektedir (MISAU, 2020:47-48).

Mozambik, 2021 yılına ilişkin HIV/AIDS ile mücadele faaliyet raporları temelinde, dünyada HIV/AIDS virüsünden en çok etkilenen ülkeler listesinde, listenin başında yer alan Güney Afrika Cumhuriyeti'nin ardından ikinci sırada yer alıyor. Toplamda, 2021 yılı için yaklaşık 2,2 milyon Mozambiklinin virüs tarafından enfekte edileceği tahmin edilmektedir. Ardından, bu yıl yaklaşık 1.976.250 yetişkin HIV/AIDS virüsü ile yaşamaktadır (15-49 yaş), bu yetişkinlerin yaklaşık 1.253.516'sı yetişkin kadınlardır (15-49) ve ayrıca 124.971.000 enfekte çocuk bulunmaktadır. Her gün 258 ila 300 kişinin HIV/AIDS ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Bunların 70'inden fazlası kız çocukları ve genellikle 15 yaşın altındaki ergenlerdir (virüsün en çok bulaştığı yaş grubu). HIV/AIDS'e bağlı ölümlerin 35.463.000 olduğu ve yaklaşık 93.925.000 hamile kadının enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Ancak bu rakama rağmen, anneden çocuğa bulaşma oranı 2020'deki %13,49'a kıyasla %12'ye düşmüştür (MISAU, 2022:11).

Başka bir açıdan bakıldığında, Nisan 2021 ve Şubat 2022 ayları arasında gerçekleştirilen Mozambik'te HIV/AIDS'in Etkisi Ulusal Araştırması - INSIDA 2021, Mozambik'te yetişkinler (15 yaş ve üstü) arasında yıllık HIV insidansının %0,43 olduğunu ortaya koymuştur. Kadınlarda görülme sıklığı %0,61, erkeklerde ise %0,24'tür. Mozambik'te yetişkin HIV prevalansı %12,5 olup, bu oran HIV ile yaşayan yaklaşık 2,2 milyon yetişkine karşılık gelmektedir. HIV prevalansı kadınlar arasında (%15,0) erkeklerden (%9,5) daha yüksektir. Mozambik'te HIV ile yaşayan yetişkinler arasında viral yük baskılanması prevalansı %64,1, kadınlar arasında %67,1 ve erkekler arasında

%58,8'dir. Viral yük baskılanması tahminleri, HIV durumları veya antiretroviral tedavi durumları hakkında bilgi sahibi olup olmadıklarına bakılmaksızın HIV ile yaşayan tüm yetişkinler arasındadır. INSIDA raporunda HIV/AIDS yaygınlık ve insidans oranlarında bölgeler ve iller arasındaki eşitsizlik vurgulanmakta olup Gaza ili en yüksek oranlara sahip olmaya devam etmektedir (INSIDA, 2022). Aşağıda, HIV/AIDS'in illere göre yaygınlığını gösteren bir Mozambik haritası yer almaktadır.

Şekil 4 İllere göre HIV/AIDS yaygınlığı, 2021



**Kaynak:** INSIDA (2022:17).

Son olarak, HIV/AIDS'e bağlı ölümler ve anneden çocuğa bulaşma konusunda olumlu ilerlemeler kaydedilmiş olsa da, HIV/AIDS durumu halâ ciddi bir sorundur. Mozambik'te her sekiz yetişkinden biri HIV/AIDS ile yaşamaktadır ve bu durum ülkenin sağlık sistemi için önemli bir zorluk teşkil etmektedir. Bu sonuçlar, yeni enfeksiyonların sayısını azaltmak için önleme tedbirlerinin uygulanmasının güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Viral yükün baskılanmasını sağlamak, özellikle 15-24 yaş arası kadınlar ve 15-34 yaş arası erkekler olmak üzere, her iki cinsiyet için de neredeyse tüm yaş

gruplarında bir zorluktur. 95-95-95 hedefleriyle ilgili olarak Mozambik, HIV statüsünü bilen HIV ile yaşayan kişiler için %95'lik tedavi hedefine ulaşmıştır, ancak tanı ve viral yük baskılama hedeflerine ulaşmak için çaba gösterilmelidir (INSIDA, 2022).

#### ***1.1.2.1.2.1.Gençlerin durumu***

HIV/AIDS virüsü ile ilgili olarak gençlerin durumu Mozambik'te ve dünya çapında büyük bir ilgiyi hak etmektedir, çünkü virüsten en çok etkilenen yaş grubu olarak kabul edilmektedir, özellikle Afrika Bölgesi'ndeki ergenlik çağındaki kızlar ve genç kadınlar aynı yaştaki genç erkeklerin iki katı oranında enfekte olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bu durum, HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılığın, özellikle çocuklar, ergenler, genç kadınlar ve cinsel işçileri gibi kilit nüfuslar için sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerden biri olmasından kaynaklanmaktadır (WHO, 2017:4; Lemia, 2018'den aktaran Casimiro vd., 2021:47).

Mozambik yaklaşık 30.832.244 nüfusa sahip bir ülkedir ve 2017 yılında yapılan son (dördüncü) Genel Nüfus ve Konut Sayımına göre genel olarak genç olarak tanımlanmaktadır, çünkü nüfusun yaklaşık %46,6'sı 15 yaşın altındadır ve ortanca yaş 16,6'dır, bu da nüfusun yarısının 16,6 yaşın altında olduğu anlamına gelmektedir (INE, 2017:5). MISAU ve ortakları tarafından 2015 yılında ülkenin üç ilinde ergenlere ve gençlere yönelik sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti üzerine yapılan nitel bir çalışma, ergenlerin ve gençlerin Mozambik nüfusunun %50'sinden fazlasını oluşturduğunu ve HIV/AIDS ile ilgili olarak, kanıtların ergenlerin ve gençlerin okul içinde ve dışında sağlıklarının kapsamlı bir şekilde geliştirilmesini ve virüsün önlenmesini sınırlandıran farklı türde engellerin (siyasi, kurumsal, sosyokültürel ve bireysel) varlığını ortaya koyduğunu savunmaktadır. Bu anlamda, Mozambik Hükümeti bu hedef grubu bir öncelik olarak kabul etmiş ve özel ihtiyaçlarına yönelik müdahaleyi yönlendirmenin bir yolu olarak Okul, Çocuk, Ergen ve Gençlik Sağlığı için stratejiler geliştirmeye karar vermiştir (MISAU, 2018:9). Hükümetin, 1999 yılında Mozambik hükümeti ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu - UNFPA (Maloa ve Pereira, 2012:41) tarafından ortak bir girişim olarak başlatılan “Geração-Biz” programı gibi, geçmişte ergenlerin ve gençlerin cinsel ve üreme sağlığını (HIV/AIDS'in önlenmesi dahil) teşvik etmeyi amaçlayan çeşitli programlar oluşturduğunu belirtmek gerekir. Bununla birlikte, Mozambik'in genç nüfusuna ilişkin istatistiki veriler ile Mozambik'teki HIV/AIDS virüsünün yaygınlık oranlarının bir şekilde aralarında bir ilişki kurduğu söylenebilir. Ayrıca, bu yaş grubu diğer yaş

gruplarına kıyasla cinsel açıdan daha aktif, bazı durumlarda HIV/AIDS konusunda sorumsuz ve bilgisiz, cinsel merakları en fazla olan ve damgalama ve ayrımcılıktan (HIV/AIDS pozitifliği ve ART durumunda) en fazla etkilenen gruptur.

HIV/AIDS ile ilgili HIV testi, korunma (örneğin prezervatif kullanımı), bilgi, algı ve tutumlar, damgalama ve ayrımcılık Mozambik'te yapılan çeşitli çalışmalarda gençlerin en çok öne çıktığı konulardır. Önleme konusunda, INSIDA (2009) ve IMASIDA (2015) verilerinin karşılaştırılması, 15-24 yaş arası gençler arasında prezervatif kullanımında bir düşüş olduğunu göstermektedir. 2009 (%45) ve 2015 (%42) yıllarında kadın katılımcılar ve 2009 (%44) ve 2015 (%39) yıllarında erkek katılımcılar son 12 ay içinde iki veya daha fazla cinsel partnere sahip olduklarını ve son cinsel ilişkilerinde prezervatif kullandıklarını bildirmişlerdir (INSIDA 2009 ve IMASIDA 2015'ten aktaran MISAU, 2018:4). Mozambik Ulusal Sağlık Enstitüsü (MUSE) tarafından USAID (*United States Agency for International Development*) ile ortaklaşa yürütülen bir başka çalışmada, başkent Maputo'da cinsel olarak aktif kişilerin yaklaşık %50'sinin prezervatif kullandığı, bu oranın Nampula gibi diğer şehirlerde %30'un altına düştüğü gösterilmiştir. Bu sonuçların arkasında muhtemelen kültürel ve dini<sup>5</sup> meseleler bulunmaktadır (Fedatto, 2017:2299). Bununla bağlantılı olarak, IMASIDA raporu (2015) kırsal kesimdeki kadınların %28'inin ve kentsel kesimdeki kadınların %19'unun 15 yaşından önce cinsel aktiviteye başladığını ve bunların %37'sinin hiçbir eğitim seviyesine sahip olmadığını ve sadece %11'inin ortaöğretim veya daha fazla eğitime sahip olduğunu ortaya koymuştur. Ülkede 15-19 yaş arası ergenler arasındaki doğurganlık oranının yüksek kalmaya devam ettiği ve 2011 yılında 1000 kadın başına 167 olan doğum sayısının 2015 yılında 194'e yükseldiği not edilmelidir. Ergen kızların 15 yaşından önce çocuk yaşta evlendirilme oranı %14, 18 yaş altı genç kızların erken yaşta evlendirilme oranı ise %48'dir. 15-19 yaş arası ergen kızların ve genç kadınların %46'sı hâlihazırda anne veya hamileydi (IMASIDA, 2015). Özetle, ülkede cinsel aktivitenin başlangıcı kadınlar arasında daha erkendir: 20 ila 49 yaş arasındaki kadınların %29'u ve erkeklerin %13'ü ilk cinsel ilişkilerini 15 yaşından önce yaşamıştır. İlk evlilik yaşı da aynı şekilde seyretmektedir: 20 yaşından önce evlilik hayatına başlamış olan 25-49 yaş arası erkeklerin oranı %17 iken, aynı yaş grubundaki kadınların oranı %60'tır. Mozambik'te 15-49 yaş arası kadın ve

---

<sup>5</sup>Aşağıdaki bölümde Mozambik'te HIV/AIDS virüsüyle mücadele sürecinde kültür, din ve yerel geleneklerin müdahalesine ilişkin daha ayrıntılı bilgi verilmektedir.

erkeklerin sırasıyla %68 ve %60,9'u evli veya evlilik birliği içindedir. Birliktelik yaşayan kadınların %75'i tek eşli birliktelik yaşamakta, %16'sı kocasının bir eşi daha olduğunu, %3'ü ise kocasının iki veya daha fazla eşi olduğunu belirtmiştir. Çok eşlilik kırsal bölgelerde ve daha az eğitilmiş kadınlar arasında daha yaygındır (MISAU, INE e ICFI, 2013:63).

Yukarıdaki veriler, HIV/AIDS virüsüyle mücadele için gençlere odaklanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca HIV/AIDS, eğitim düzeyi, prezervatif ve evlilikle ilgili sosyo-kültürel inançlar ve yaş arasındaki ilişkinin virüsün yaygınlığını nasıl olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, HIV/AIDS'in ötesinde, 15-24 yaş arası ergen ve gençlerin teşhis edilen cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) %41'ine katkıda bulunması, bu nüfus grubunda risk alma davranışını göstermesi açısından kayda değer ve endişe vericidir (MISAU, 2021:45; Baltazar vd., 2021:10). Cinsel risk davranışları ile ilgili olarak, 2015 yılında Mozambik'te ergenler arasında cinsel risk davranışlarının yaygınlığını ve korelasyonlarını değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmaya 11-18 yaş arası 1918 öğrenci katılmış olup, bunların yarısından fazlası (%57,4) daha önce cinsel ilişkiye girmiştir; bu oran erkeklerde %68,4, kızlarda ise %45,8'dir. Daha önce cinsel ilişkiye girmiş olan öğrencilerin %41,5'i erken yaşta (14 yaşından önce) cinsel ilişkiye girmiş, %57,9'unun birden fazla cinsel partneri olmuş, %25,0'ı kondom kullanmamış ve %2,0'ı son cinsel ilişkisinde doğum kontrol yöntemi kullanmamış ve %59,4'ü birden fazla cinsel risk davranışında bulunmuştur. Alkol kullanımı, esrar kullanımı, okul terki, ileri yaş ve erkek cinsiyet çoklu cinsel risk davranışları ile ilişkilendirilmiştir. Mozambik'teki çok sayıda ergen, cinsel risk davranışları bildirerek müdahalelere duyulan ihtiyacı vurgulamıştır (Pengpid ve Peltzer, 2021:31). Mozambik Sağlık Bakanlığı da alkol ve diğer maddelerin birçok ergen ve gencin riskli davranışlarının artmasına katkıda bulunduğunu ve bu ürünlerin 18 yaşın altındaki kişilere satışını sınırlayan Kararnamenin uygulanmasının ülkede giderek zayıfladığını savunmaktadır (MISAU, 2018:6).

HIV/AIDS virüsü hakkındaki bilgi ve algılarla ilgili olarak, mevcut ve danışılan araştırma raporları (genellikle tüm illeri kapsayan ulusal çalışmalar) arasında bir çelişki vardır. Örneğin Mozambik'te HIV/AIDS Yaygınlığı, Davranışsal Riskler ve Bilgi Ulusal Araştırması'nın sonuçları, 15-49 yaş grubundaki erkek ve kadınlar arasında HIV/AIDS hakkında sırasıyla %99 ve %98 gibi yüksek oranlarda bilgi sahibi olduğunu

göstermektedir (INS vd., 2010, aktaran Machado, Mangué ve Rodrigues, 2013:141). Buna ek olarak 12-14 yaş arası ergenler için de bilgi seviyeleri yüksektir ve yaşla birlikte artmaktadır (INE, 2009, aktaran Machado, Mangué ve Rodrigues, 2013:141). Aynı dönemde, 2011 yılında yetişkin Mozambik nüfusu arasında bilgi, tutum ve uygulama göstergelerini araştıran daha derinlemesine bir Mozambik Demografik ve Sağlık Araştırması (DHS) yapılmıştır. Çalışma, Mozambikli kadınların %98'inin ve 15-49 yaş arası Mozambikli erkeklerin %100'ünün HIV/AIDS'i duyduğunu göstermiştir. Ancak bunlardan sadece kadınların %31'i ve erkeklerin %51'i virüs hakkında kapsamlı bilgiye sahiptir (MISAU, INE ve ICFI, 2013:193). Kapsamlı bilgi şunları içermektedir: (i) cinsel ilişki sırasında tutarlı prezervatif kullanımı ve enfekte olmamış, sadık tek bir cinsel partnere sahip olmak HIV enfeksiyonu riskini azaltabilir; (ii) görünüşte sağlıklı olan bir kişi HIV taşıyıcısı olabilir ve; (iii) HIV bulaşması ve önlenmesine ilişkin en yaygın iki yanlış kanıyı reddederler. Mozambik'te HIV/AIDS ile ilgili en yaygın iki yanlış kanı, HIV'in sivrisinek sokması ya da doğaüstü yollarla bulaşabileceğine inanılmasıdır (MISAU, INE ve ICFI, 2013:196).

Yine de bu ayrışmada, bir yandan HIV/AIDS virüsü hakkında bilgi kırılabilirliği söz konusudur ve edinilen bilgi düzeyi, sosyalleşme ve uygulamalar arasında riskli cinsel davranışların etkisini her zaman dikkate almayan engeller vardır. İşte bazı şüpheler burada yatmaktadır. Yukarıda bahsedilen ve MUSE tarafından yürütülen çalışma gibi ulusal düzeyde yürütülen bazı çalışmalar, birçok Mozambiklinin virüs hakkında bilgi sahibi olduğunu, ancak diğer yandan ülkede HIV/AIDS virüsü, damgalama ve ayrımcılık nedeniyle yeni enfeksiyon oranlarının her geçen yıl arttığını (bilgi kapsamlı olsaydı böyle olmazdı) savunmaktadır. Öte yandan, birçok Mozambiklinin virüs hakkında kapsamlı bilgiye bile sahip olduğu, ancak bu bilginin sosyokültürel, dini ve geleneksel engeller nedeniyle etkili olmadığı kabul edilmektedir (Andrade, Cruz ve Silva, 2005; WHO, 2017; Lemia, 2018'den aktaran Casimiro vd., 2021). Ek bir husus da özellikle gençlerin danışmanlık, test, önleme ve tedavi hizmetlerine erişim konusunda sahip oldukları bilgilerle ilgilidir. Bu hizmetlere ilişkin bilgisizlik düzeyi korkutucudur (Andrade, Cruz ve Silva, 2005; MISAU, 2018:14; Hoofst vd., 2021:9).

#### ***1.1.2.1.3.HIV/AIDS ile Mücadele: salgın yönetim politikalarına eleştirel bir bakış***

Mozambik'te HIV/AIDS virüsünün yayılmasıyla mücadele politikalarının tasarlanma ve yönetilme şekli, özellikle politikacılar ve akademisyenler arasında, bu

politikaların toplumda yarattığı çatışmalar ve sonuç olarak 30 yılı aşkın bir süredir bu salgını durdurmayı amaçlayan çeşitli kamu ve özel projelerin başarısızlıkları konusunda eleştirel tartışmalara yol açmaktadır. IESE, HIV/AIDS virüsünün yönetimi konusunda eleştirilerin gündeme geldiği çeşitli sosyal ve ekonomik konuları incelemeye adanmış çeşitli alanlardan akademisyenleri bir araya getiren bazı kurumların somut bir örneğidir. Bunlara göre, politika ve faaliyetleri analiz ederken ve uygularken yerel "geleneği" vurgulamaktan kaynaklanan zorlukların bir kısmı, nüfusun "yaşam tarzı" üzerinde aşırı olumsuz bir yük oluşturmaktadır. Bunun sonuçlarından biri de, niyetler ne kadar iyi olursa olsun, bu müdahalelerin hedef nüfus arasında güvensizlik ve hoşnutsuzluk yaratma eğiliminde olmasıdır; çünkü bu nüfus, varoluşlarını ve uyumlu bir sosyal bağlamı tanımlayan inançlarına, değerlerine ve mantıklarına saygısızlık edildiğini düşünmektedir (Manuel, 2011: 347). Bu durum bir yandan özellikle Mozambik'in HIV/AIDS ile mücadele politikalarına ve bu salgını ortadan kaldırmaya yönelik programların finansmanına olan bağımlılığından, diğer yandan da bir ülke olarak Mozambik'in bu salgınla mücadele politikalarını yeniden ele alma, bunları yerel sosyal bağlama uyarlama, yani "HIV/AIDS ile mücadele politikalarını Mozambikleştirme" konusunda sahip olduğu verimsizlikten kaynaklanmaktadır. Bu hususlar, HIV/AIDS ile mücadeleyi amaçlayan çeşitli programların verimsizliğini ve sonuç olarak HIV/AIDS ile ilgili diğer olumsuzlukların yanı sıra yeni enfeksiyonların, cehaletin ve ölümlerin oranının her geçen gün artma eğiliminde olduğunu belirlemektedir. Ancak, başka bir deyişle, HIV/AIDS kontrolündeki bu başarısızlıklar, sahadaki gerçeklerin yeterince anlaşılmasının, ulusal ve uluslararası kalkınma girişimlerinden elde edilen fonların israf edilmesinin başlıca nedenlerinden biri olduğu görüşüyle ilişkilendirilebilir (Crewe ve Harrison, 1999'dan aktaran Manuel, 2011:347). Bu durum, fonların gizlice zimmete geçirildiği büyük skandallar için verimli bir alan yaratmaktadır.

Küresel ve Mozambik düzeyinde bu salgınla mücadeleye yönelik politikalar, stratejiler ve planlar çeşitlidir, ancak bu bölüm, yıllar içinde geliştirilen ve uygulanan bazı politikaların ve bunların Mozambik toplumunda HIV/AIDS virüsünün yayılmasına karşı mücadele bağlamında öne çıkan etkilerinin rastgele bir tartışmasıdır.

HYUSP I - HIV/AIDS'e Yanıt için Ulusal Stratejik Plan (2005-2009): Mozambik'te ilk pozitif HIV/AIDS vakalarının ortaya çıkması, 2000-2002 yılları için HIV/AIDS Ulusal Stratejik Müdahale Planının oluşturulmasına ve uygulanmasına yol

açmıştır. Ancak bundan önce, Mozambik'te bu virüsle mücadelenin başlangıcında birkaç orta vadeli planın, özellikle de Matsinhe (2005) ve diğer araştırmacılar tarafından ülkede 16 yıl süren iç savaşın neden olduğu istikrarsızlık nedeniyle politikalarının sahada uygulanmasında zayıfladığına işaret edilen 1988-1990 planının (virüs hakkında çok fazla cehalet olduğu için nüfusun davranışını değiştirmeye odaklanan) hazırlandığını belirtmek gerekir. Bu planın (savaş nedeniyle) eksiklikleri kabul edilmekle birlikte, "davranış değişikliği" ile ilgili olarak bu döneme yönelik en büyük eleştirilerden biri, Mozambik hükümeti ve ortaklarının başarının ölçüsü olarak bu tür bir değişikliğe ulaşma konusunda ısrarcı olmalarıdır; oysa salgının planlanması ve kontrol altına alınması sürecinin çok başlarında davranış değişikliği ulaşılması zor bir hedef olarak görülmüştür. Böylece, Orta Vadeli Plan (1988 - 1990), salgının sosyal dönüm noktasında, savaş nedeniyle yerlerinden edilmiş kişiler, karışıklık eğilimi nedeniyle virüsün ana yayıcıları olarak algılanmaya başlanmıştır (Matsinhe, 2005'ten aktaran Manuel, 2011:337-338).

HYUSP - I'e (2000-2002) gelince, politikaları temel olarak 1988-1990 yılları arasındaki Orta Vadeli Planı karakterize eden davranış değişikliğini sürdürmüştür. Yine bu dönemde, kondom dağıtım programlarına daha fazla vurgu yapan Orta Vadeli Planın üçüncü aşaması başlamıştır. Daha dinamik bir dağıtım için, bir pazarlama stratejisi tasarlama ve dağıtım ağını geliştirme ihtiyacı ortaya çıkmıştır (MISAU, 1992:14). Sağlık Bakanlığı, kondom sosyal pazarlama stratejisini uygulamak için ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID) tarafından sağlanan fonlarla Population Service International (PSI) ile anlaştı. PSI'nin faaliyetleri üç şehirde başlamış ve daha sonra ülkenin tüm illerine, özellikle de çoğu ilçeye yayılmıştır (Matsinhe, 2005'ten aktaran Manuel, 2011).

Ancak, gösterilen çabalara rağmen, Mozambik'in HIV/AIDS virüsüyle mücadelede bugün karşı karşıya olduğu en büyük sorunlardan biri, özellikle kırsal bölgelerde, virüse karşı bir korunma yöntemi olarak ya da aile planlaması kampanyaları bağlamında doğum kontrolü olarak prezervatif (erkek ve kadın) kullanımının kabul edilmesidir. Zambézia Eyaletinde kadın kondomu ve toplum sağlığının teşviki üzerine bir düşünce, bir kadının aşağıdaki ifadesine dayanmaktadır:

*"...Ne yapıyorsunuz? Biz bu tür konferansa katılmak zorunda değildik, burada toplum içinde bize asla kadın kondomu kullanmamız söylenmedi... Bunun bizim için yeri yok. Bu plastiği asla kullanmayız. Cinsel organıma plastik koymak sizce mantıklı mı? Yaptıklarınızdan bıktık artık! Benim yaşımda yaşlı bir kadının bunu*

*kullanması mümkün mü...?" (Kadın kabul törenlerinden sorumlu - Mutepua, Namarrói, Zambézia) (Messias, 2009).*

Bir önceki ifade, Mozambik'teki çeşitli kırsal topluluklarda HIV/AIDS virüsünün bulaşmasına karşı korunma yöntemlerine ilişkin çeşitli kişilerin düşüncelerini temsil etmektedir. Bu çalışmada da yer alan Messias'ın (2009) dediği gibi, bu tür çatallı söylemler iki farklı dünya tasvir etmektedir: kırsal çevre olan kadının (kadın) dünyası ve HIV/AIDS ile mücadele stratejilerinin çarpanları olan "karar vericilerin" yaşadığı kentsel çevre olan diğerlerinin dünyası. Bu gerçeklik aynı zamanda HIV/AIDS ile mücadelede kullanılan stratejilerin özellikle kırsal bağlamda işlerlik ve uygunluk açısından arzulanan çok şey bıraktığını ortaya koymaktadır. Örnek olarak cinsel perhiz, pozitif önlemenin temel mesajlarından biri olarak tanımlanmıştır. Zambézia Eyaleti'nin ve ülkedeki diğer birçok eyaletin kırsal bağlamında, cinsel perhizden bahsetmek, erkek ve kadın kabul törenlerinin cinsel ve cinsellikle ilgili tüm bilgilerin edinildiği bir tür "sınıf" olduğu geleneksel kültürel aygıtlar arasında bir çatışma yaratmaktadır. Ancak cinsel perhizden bahsetmek mümkün değildir. Bununla birlikte, kadınların kabul törenlerinde acı verici fedakarlıklar gözlemlenir, karın ve kalçalara dövme yapılması durumunda (bu dövmeler erkeği heyecanlandırmaya yarar), kızlar cinsel eyleme eşlik eden hareketlerle gösterici rol oyunları öğrenir, partneri tatmin etmek için nasıl hareket edileceğine dair koreografik teknikler öğrenir, erkeğe hizmet etmeye ve cinsel olarak tatmin etmeye son derece hazır olduğunu sembolik olarak söylemeye yarayan boncuk kolyeyi beline takmayı öğrenir. Ancak, cinsel perhizi bir praksis olarak işaret etmek, geleneksel eğitim karşısında bir saçmalık olarak değerlendirilebilir (Messias, 2009). Prezervatif, cinsel perhiz ve HIV/AIDS virüsünün bulaşmasını önlemeye yönelik diğer çeşitli yöntemler hakkında konuşmak ülkenin ve dünyanın kamu sağlığı için gereklidir, ancak mesajın topluma iletme yolları, özellikle kırsal topluluklarla çatışmamak için doğru stratejileri gerektirir ve böylece HIV/AIDS virüsünü ortadan kaldırmayı amaçlayan çeşitli projeler olumlu etkilere sahiptir.

Son olarak, hükümete ve diğer özel kuruluşlara göre kondom kullanımının düşük olması geleneksel, kültürel ve dini meselelerden kaynaklanmaktadır. CNCS genel sekreteri Mozambik'te kondom kullanımının beklentilerin altında olduğunu savunmuştur. Rızaya dayalı birliktelik yaşayan vatandaşların yarısından azı evlilik dışı ilişkilerde

doğum kontrol yöntemi olarak kondom kullanmaktadır; örneğin evlilik dışı ilişki yaşayan erkeklerin yalnızca %46'sı kondom kullanmıştır (MISAU, 2021).

HYUSP-II (2005-2009), HIV/AIDS virüsüne karşı bir başka ulusal stratejidir ve bu salgınla mücadele açısından politikaları olumsuz yönde öne çıkmıştır. Bu dönemde, virüse karşı mücadeleye toplumsal cinsiyet ilişkilerinin dahil edilmesinin önemi konusunda halkın duyarlılaştırılması öne çıkmaktadır. Bu politika son derece önemlidir, ancak evlilik çatışmalarının, cinsiyet ayrımcılığının ve sonuç olarak yetişkin kadınların ve genç kızların kitlesel HIV/AIDS enfeksiyonuna karşı savunmasızlığının kaynağı haline gelmiştir (MISAU, 2021; Manuel, 2011). Başka bir deyişle, bu dönemde "toplumsal cinsiyet" terimi sahada "kadın" ile eşanlamlı olarak kullanılmış, bu da otomatik olarak erkekleri (Mozambik'in kırsal topluluklarında "gücü elinde tutanlar" çoğunlukla onlardır) dışlamıştır. Bu durum pek çok kadının cinsiyete dayalı aile içi şiddete maruz kalmasına ve HIV/AIDS'e yakalanan kadın ve genç kızlarının oranının artmasına neden olmuştur. Ancak HYUSP-III'ün (2010-2014) uygulanmasıyla birlikte toplumsal cinsiyet kavramına daha bütüncül bir bakış açısıyla ilerleme kaydedilmiştir. Bu planda, erkeklere ulaşmanın ve onları HIV/AIDS ile mücadele faaliyetlerine dahil etmenin pratik zorlukları veya güçlükleri kabul edildikten sonra, toplumsal cinsiyet ve kadınları birbirinden ayırma çabaları açıkça görülmektedir (MISAU, 2021; Manuel, 2011).

Bu anlamda, HYUSP-III (2010-2014) ve Toplumsal Cinsiyet ve HIV/AIDS Eylem Planı (2009-2015) toplumsal cinsiyetin sadece kadınlardan ibaret olmadığını varsaymakta ve son zamanlarda stratejiler ve müdahaleler erkekleri göz ardı etmenin sonuçlarını açıkça üstlenmektedir. Bu, toplumsal cinsiyet yaklaşımının yerleştirilmesinde bir dönüm noktası teşkil etmektedir. Örnek olarak, evlilik içi aile içi şiddet ve çoklu eşler hakkındaki çeşitli multimedya iletişim kampanyaları, müdahalelerin sahada karşılaştığı zorlukların arkasında yatan erkeklikle ilgili bazı stereotiplerle diyalog kurmak üzere tasarlanmıştır (Manuel, 2011).

HIV/AIDS virüsünün yayılmasıyla mücadeleye yönelik ulusal planların uygulanmaya başlamasından bugüne kadar eleştirilerde öne çıkan son husus, "kilit gruplar ya da risk grupları" olarak adlandırılan grupların belirlenmesine yönelik politikalarla ilgilidir. Bu gruplar arasında kadın cinsel işçileri, uzun mesafe kamyon şoförleri, Güney Afrika Cumhuriyeti'nden gelen Mozambikli maden işçileri ve diğer

erkeklerle cinsel yapan erkekler/LGBT grupları yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü "kilit popülasyonları/risk gruplarını" birden fazla partnerle korunmasız cinsel, birden fazla partnerle korunmasız anal cinsel ve steril olmayan malzeme kullanarak uyuşturucu enjekte etme gibi riskli davranışlar nedeniyle risk altında olabilecek kişiler olarak tanımlamıştır. Bu tanım, damgalayıcı yönü nedeniyle eleştirilmiştir, çünkü bu gruptaki insanların çoğu HIV/AIDS virüsünün yayılmasından sorumlu olarak görülmektedir. Başka bir deyişle, "kilit grup veya risk grubu" terimi, HIV pozitif kişileri tanımlamak için dünya çapında yaygın olarak kullanılmaktaydı, ancak 1983'ten bu yana, enfekte heteroseksüellerin sayısının artması nedeniyle bu terim sorgulanmaya başlanmıştır (Brazil, 2016). Özellikle Mozambik'te bu terminolojinin kullanımı kadın cinsel işçilerini, uzun yol kamyon şoförlerini, Güney Afrika Cumhuriyeti'ndeki Mozambikli maden işçilerini ve erkeklerle cinsel yapan erkekleri/LGBT'yi damgalamakta, ayrımcılığa uğratmakta ve dışlamaktadır (MISAU, 2013:9). HIV/AIDS ile mücadele bağlamında ise bu sosyal aktörleri daha da açığa çıkararak virüsün en çok bulaştığı nüfuslar listesine dahil etmektedir.

Kısacası, Mozambik'te HIV/AIDS ile mücadeleye yönelik çeşitli ulusal plan ve stratejilere yönelik eleştirilerin merkezinde, bu salgınla ilgili mesajların, korunma yöntemlerinin vb. nüfusa, özellikle de eğitim seviyeleri çok düşük olduğu için kırsal kesimde yaşayanlara nasıl aktarıldığı yer almaktadır. Mozambik'te HIV/AIDS virüsü ile mücadele plan ve stratejilerine yönelik eleştiri dalgasının sonuçlarından yola çıkarak, ülkede HIV/AIDS virüsü ile artan yeni enfeksiyon oranının sadece nüfusun virüsle ilgili bilgisizliği/davranışları, prezervatif ve diğer önleme yöntemlerinin kullanılmaması, uyuşturucu kullanımı ve virüs arasındaki ilişki vb. ile bağlantılı olmadığı, aynı zamanda hükümet tarafından bu virüsle mücadele politikalarının kötü yönetilmesinin bir sonucu olduğu düşünülebilir. Politikaları uygulamaya koymadan önce virüsle mücadele politikalarının hedef alanı hakkında çeşitli yönleriyle daha fazla bilgi sahibi olmak son derece önemlidir.

### **1.1.3.Damgalama**

Damgalama kavramı, Sağlık Bakanlığı'nın (MISAU) çeşitli raporlarında ve diğer araştırmalarda kanıtlandığı üzere, Mozambik'teki yüksek HIV/AIDS yaygınlık oranının ve antiretroviral tedaviye düşük bağlılığın arkasındaki başlıca nedenlerden biri olduğu için bu tezde büyük bir ilgiyi hak etmektedir.

Etimolojik olarak stigma, “batırmak, delmek, işaretlemek” anlamına gelen eski Yunanca bir kelimedir. Stigma, Antik Yunan'da kölelere dövme yapılması ya da damgalanması anlamında da kullanılmıştır (Frisk, 1970'den aktaran Adak, 2010). Damgalama, Antik Yunan'dan bu yana toplumda var olan bir terimdir, 1960'larında Goffman'ın toplumu şekillendirme sürecinin bir katılımcısı olarak ele alan kavramlar vermesiyle birlikte ortaya çıkmıştır (Siqueira ve Cardoso, 2011:93).

Stafford ve Scott'a (1986, aktaran Link ve Phelan, 2001:364) göre, damgalama literatürünün ilginç özelliklerinden biri, kavramın tanımlanmasındaki değişkenliktir. Çoğu durumda, araştırmacılar net bir tanım sunmamakta ve sözlük tanımı gibi bir şeye atıfta bulunmaktadır. Ya da stereotipler veya reddetme gibi ilgili bir husus, örneğin bir sosyal mesafe ölçeği (Link ve Phelan, 2001:364).

Stigma, özü sapkınlığa odaklanan geniş ve çok boyutlu bir kavramdır (Alonzo ve Reynolds, 1995:303). Kavram kapsamlı bir şekilde araştırılmış ve çeşitli tanımlar formüle edilmiştir. Damgalama, sapkın özelliğe atfedilen olumsuz sosyal anlamlar bireye yüklendiğinde ortaya çıkar (Berger, Ferrans ve Lashley, 2001'den aktaran Greeff vd., 2008). Birenbaum ve Sagarin (1976) faydalı bir tanım sunmaktadır. Damgalamadan bahsettiğimizde, "bazıları kuralları çiğnedikleri için, diğerleri ise sadece oldukları kişi oldukları ya da pek değer verilmeyen özelliklere sahip oldukları için olumsuz olarak görülen tüm insanları tartışıyoruz" derler (Alonzo ve Reynolds, 1995:303-304). Yani, damgalama olumsuz bir özelliğin algılanmasını ve bu özelliğe sahip kişinin genel olarak değersizleştirilmesini içerir (Katz, 1979'dan aktaran Greeff vd., 2008:3).

Damgalama teorisinin öncüsü Amerikalı sosyolog Goffman'a göre damgalama, dürüst olmayan özelliklere işaret etmek için kullanılır; ancak bir ilişki dili olarak görülmelidir. Damgalama, bir bireyin itibarını ciddi şekilde zedeleyen bir özelliktir ve damgalananlar istenmeyen farklılıklara sahiptir (Goffman, 1963'ten aktaran Adak, 2010).

Sosyolog Goffman'ın tanımında vurgulanması gereken bir husus, damgalamanın bir ilişki dili olarak ele alınmasıdır. Yani, sosyal çevrelerinde kabul edilemez özellikler sergileyen tüm bireyler başkalarıyla etkileşimde zorluklarla karşılaşır. Bu anlamda, damgalama hem bir etkileşim koşuludur hem de, mikro düzeyde günlük etkileşimleri karmaşıklaştıran sosyal yaşamın genel bir yönüdür. Damgalanmış bireyler, kendi damgalarını paylaşmayan kişilerle ilişki kurmakta tereddüt edebilir ve belirli bir damgası

olmayan kişiler damgalanmış bireyleri küçümseyebilir, telafi edebilir veya görmezden gelmeye çalışabilir. Ayrıca, çoğu insanın en azından bazı bağılıklarda ve yaşamın bazı aşamalarında damgalama rolünü deneyimlediğini de ekliyor. Gerçekten de Goffman'ın geniş stigma tanımı, (i) ırk, etnik köken ve din gibi kabilesel stigmalar; (ii) sağırılık, körlük ve cüzzam gibi fiziksel deformasyonlar ve (iii) eşcinsellik, bağımlılık ve akıl hastalığı gibi karakter lekeleri de dahil olmak üzere birçok çağdaş itibarsız özelliği içermektedir (Goffman'dan aktaran Clair, 2018).

Belirli bir toplumda istenmeyen özelliklere sahip bireylerin itibarsızlaştırılması süreci birbiriyle ilişkili dört bileşenden oluşur: (i) insanlar insan farklılıklarını ayırt eder ve etiketler; (ii) baskın kültürel grubun üyeleri etiketlenen bireyleri belirli istenmeyen niteliklerle ilişkilendirir; (iii) olumsuz olarak etiketlenen gruplar veya bireyler damgalanmayanlardan farklı ve ayrı kategorilere yerleştirilir ve; (iv) ilk üç bileşenin bir sonucu olarak etiketlenen bireyler statü kaybı yaşar. Bu düzeyde, damgalama süreci ve dolayısıyla yönetişim, sosyal, ekonomik ve siyasi güce erişim derecesine bağlıdır (Link ve Phelan, 2001'den aktaran Kusow, 2015:4778). Link ve Phelan'ın (2001) fikri Goffman'ın kavramından çok uzak olmasa da, Link ve Phelan "sosyal, ekonomik ve siyasi güce erişim" gibi en ilgili ve öne çıkan unsurları günümüze taşımaktadır. Bu yazarlara göre, damgalama ve yönetimi sürecinde, istenmeyen özellikler sergileyen birey, kabul edilmek için nihayetinde sosyal, ekonomik ve siyasi güce yüksek düzeyde erişime ihtiyaç duyacaktır. Başka bir deyişle, aynı birey bu güçlere yüksek derecede erişime sahip değilse, reddedilir ve sosyal çevresinin çeşitli faydalarından dışlanır.

Bununla birlikte, damgalamanın tanımı ne olursa olsun, bir özelliğin damgalama işareti olarak belirlenebilmesi için iki koşulun mevcut olması gerekir. İlk olarak, damgalama tanımlaması, belirli bir sosyal bağlamda mevcut sosyal açıdan önemli kategoriler kümesinde hangi özelliklerin damgalayıcı olduğuna dair tüm katılımcılar tarafından ortaklaşa paylaşılan bir anlayışla bilgilendirilmelidir. Bu ifade önemlidir çünkü bir sosyal bağlamda damgalayıcı olan bir özellik başka bir sosyal bağlamda damgalayıcı olmayabilir. İkinci koşul, damgalama işaretinin görünür olma derecesiyle ilgilidir. Görünürlük derecesi, damgalanmış kişinin kendisi hakkındaki duygularını ve özellikle potansiyel olarak damgalayıcı karşılaşmalar olarak algılanan durumlarda damgalanmamış gruplar ve bireylerle etkileşimlerini ve ilişkilerini belirler (Kusow, 2015:4778). Aynı yazar, damgalayıcı niteliklerin iki genel kategorisi olduğunu öne

sürmektedir. İlk kategori, sosyal karşılaşmalarda hemen veya potansiyel olarak görünür olan niteliklere atıfta bulunur. Bu kategoride iki tür damgalayıcı özellik tanımlanabilir. Bunlardan ilki dışsal ve bariz fiziksel deformasyonlarla ilgilidir. İkincisi, Goffman'ın "ırk, ulus ve dinin kabile damgası" olarak tanımladığı şeye atıfta bulunur. Bu tür damgalama kolektif veya grup damgalaması olarak nitelendirilebilse de, ilk fiziksel deformasyon yalnızca bireyleri etkiler ve bu nedenle bireysel damgalama olarak adlandırılabilir. İkinci genel kategori, damgalamanın dışarıdan görülemeyen ancak sosyal etkileşimde görünür hale gelebilen veya gelemeyen ve damgalanan kişinin damgasının etkileşimde bulunduğu kişiler tarafından bilinmediğine inandığı niteliklerine atıfta bulunur (Kusow, 2015: 4778).

Görüldüğü üzere, damgalama ile ilgili kavramlarda değişkenlik söz konusudur ve bu fikir, başta da belirtildiği gibi Stafford ve Scott (1986) tarafından da paylaşılmaktadır. Bu değişkenlik, kavramın karmaşıklığını ve farklı alanlardan araştırmacılar için zorlukları ortaya koymaktadır. Öte yandan, sosyoloji ve özellikle sosyal psikoloji alanındaki çeşitli araştırmacılar arasında doğal olarak bir dizi eleştirel tartışma yaratmaktadır. Ancak, bu zorlukları anlamak, özellikle sosyolojik bir perspektiften damgalama üzerine araştırmaların geliştirilmesi için önemlidir (Link ve Phelan, 2001:365).

Link ve Phelan, "*Conceptualizing Stigma*, 2001" başlıklı makalelerinde, damgalamayı tanımlamanın iki temel zorluğu olduğunu ileri sürmektedir: (i) Damgalanmış gruplara mensup olmayan ve damgalama üzerine çalışan birçok sosyal bilimci, bunu, üzerinde çalıştıkları kişilerin yaşam deneyimlerinden beslenmeyen teoriler açısından yapmaktadır (Kleinman vd., 1995; Schneider, 1988). Örneğin Schneider (1988), engellilik deneyimi hakkında yazarken, "en nitelikli uzmanların", "bilimsel teorilerine ve araştırma tekniklerine, üzerinde çalıştıkları insanların sözlerine ve algılarına göre öncelik verdiklerini" belirtmektedir. Sonuç, damgalanmış kişilerin deneyimlerinin yanlış anlaşılması ve asılsız varsayımların sürdürülmesidir; (ii) İkinci zorluk, damgalama üzerine yapılan araştırmaların dar bir bireysel odağa sahip olmasıdır. Örneğin, Oliver'a (1992) göre, damgalama üzerine yapılan araştırmaların temel itici gücü, bireylerin algılarına ve bu algıların mikro düzeydeki etkileşimler üzerindeki sonuçlarına odaklanmıştır. Oliver'a (1992) göre, sosyal ve ekonomik hayattan yaygın, toplumsal dışlanmanın kaynaklarını ve sonuçlarını inceleyen araştırmalar çok daha az yaygındır (Oliver, 1992'den aktaran Link ve Phelan, 2001:365-366).

Yukarıda bahsedilen ilk zorluk, araştırmacıların damgalama ile ilgili kavramları formüle ederken karşılaştıkları büyük zorlukları ortaya koymaktadır, ancak bu sorunun sosyal bilimler düzeyinde kavramları formüle etmeye yönelik diğer birçok girişimde de bulunabileceğini söyleyebiliriz. Bu bir şekilde "araştırmacının saha çalışmasındaki rolünün" (özellikle sosyologlar ve antropologlar) bir sonucu olabilir. Ve sonuç olarak, temelsiz sonuçların formüle edilmesi. İkinci zorlukta ise (ki bu aynı zamanda bir eleştiri olarak da anlaşılabilir), yazarlar damgalamanın araştırılmasında bireyciliğe odaklanmaktadır. Yani, birçok araştırmacı damgalama ile ilgili algıları ve bu algıların mikro düzeydeki ilişkiler üzerindeki sonuçlarını sorgulama eğilimindedir. Ancak, damgalama algılarına ve bunun makro düzeydeki sonuçlarına odaklanan araştırmalar neredeyse yok denecek kadar azdır. Makro düzeyde damgalamaya ilişkin araştırma ve tanımlar da bir ölçüde önemlidir.

Ancak, damgalama kavramının değişkenliğine ve karmaşıklığına rağmen, Link ve Phelan bu tezin de paylaştığı bir tanım formüle etmişlerdir. Bu tanım elbette mutlak ya da eleştirilemez değildir. Bu kitapta sadece damgalama ve sonuçlarını (özellikle HIV/AIDS ile ilgili damgalama) anlamak için uygun olduğunu düşündüğümüz unsurlar sunulmaktadır. Dolayısıyla damgalama, etiketleme, stereotipleştirme, ayrıştırma, statü kaybı ve ayrımcılık unsurları, bunların gerçekleşmesine izin veren bir güç durumunda bir araya geldiğinde ortaya çıkar (Link ve Phelan, 2001:377). Ayrıca bu tanım, damgalanmanın, psikolojik refahtan istihdama, barınmaya ve yaşamın kendisine kadar sosyologların incelediği pek çok yaşam şansının temel belirleyicisi olabileceğini öne sürmektedir (Link ve Phelan, 2001:382).

#### ***1.1.3.1.Damgalama, ayrımcılık ve HIV/AIDS***

Bu iki olgunun birleşimi, Mozambik'te ve dünya genelinde HIV/AIDS virüsünün yayılmasıyla mücadele etmek için benimsenen farklı politikaların zayıflamasında dikkat çekicidir. Damgalama ve ayrımcılık, HIV/AIDS salgınının üçüncü aşamasını karakterize etmekte ve "HIV/AIDS virüsünün kendisi kadar merkezi bir sorun" oluşturmaktadır (Parker ve Agleton, 2001'den aktaran Garcia vd., 2008:73). Bu iki olgu, HIV/AIDS virüsünün sadece tıbbi bir hastalık değil, aynı zamanda ekonomik, kültürel, psikolojik ve sosyal boyutları olan toplumsal bir sorun olduğunun somut bir kanıtıdır (Duyan, 2001'den aktaran Adak, 2010:2).

Damgalama, statü kaybına ve ayrımcılığa yol açar. Ayrımcılık, damgalamanın doğal bir parçasıdır; ayrımcılık yoksa damgalama da olmaz. Bir kişi etiketlendiğinde ve bu etiket olumsuz özelliklerle ilişkilendirildiğinde, diskalifiye, reddedilme ve dışlanmaya yol açan rasyonel bir yapı vardır. Damgalama, damgalanmış bireyin çevresini olumsuz etkileyen yapısal ayrımcılık yaratarak damgalanmış bireyin büyük sosyal dezavantajlı durumlar yaşaması anlamına gelir (Garrafa, Godoi ve Soares, 2012:120). Damgalama ve ayrımcılıkla ilgili geniş literatürde, bu iki sosyal olgu arasında “neden-sonuç” ilişkisi olduğu söylenebilecek doğal bir ilişki kurulmaktadır.

HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılığa ilgi yeni olmaktan çok uzak. Cindy Patton, *"Cinsiyet ve Mikroplar: AIDS'in Politikası"nda*, AIDS'in insanların üç temel kaygısını nasıl etkilediğini ilk tartışanlardan biriydi: mikrop ve hastalık korkusu, ölüm korkusu ve cinsellik ve cinsellikle ilgili derin kaygılar (Maluwa, Aggleton ve Parker, 2002:3). Kısa bir süre sonra, *"AIDS ve Metaforları"nda* Susan Sontag, insanların AIDS hakkındaki korkuları ile cüzzam, tüberküloz ve kanser hakkındaki korkuları arasındaki bazı benzerlikleri (ve farklılıkları) inceledi. 1980'lerin sonlarında Jonathan Mann, herhangi bir toplumda AIDS salgınının üç aşamasına dikkat çekti: (i) Birincisi, normalde sessiz ve fark edilmeyen bir topluluğa giren HIV enfeksiyonu salgınıdır; (ii) ikincisi, HIV'in potansiyel olarak ölümcül enfeksiyonları tetiklediğinde ortaya çıkan AIDS salgınının kendisidir; (iii) üçüncü salgın ise damgalama, ayrımcılık, suçluluk ve toplu inkarın birleşik tepkisidir (Maluwa, Aggleton ve Parker, 2002:3).

Yukarıdaki yazarlar, HIV/AIDS veya başka herhangi bir konuyla ilgili olarak damgalama ve ayrımcılığın yeterli bir şekilde anlaşılması için, bazı bireylerin ve grupların sosyal olarak nasıl dışlandıklarını incelemenin hayati önem taşıdığını savunmaktadırlar. Çünkü damgalanma doğal olarak oluşmadığı gibi kişilerin zihinlerinden de kaynaklanmaz. Aksine, damgalama her zaman, nerede ve ne zaman ortaya çıkacağını ve aldığı biçimleri etkileyen bir toplumsal tarihe verilen bir tepkidir. Bu sosyal tarihi anlamak, onunla daha iyi mücadele etmemize yardımcı olabilir. HIV/AIDS ile ilgili damgalamanın çoğu, önceki önyargılara dayanıyor ve onları güçlendiriyor. Örneğin pek çok ülkede, örneğin, HIV/AIDS'li kişiler genellikle (erkeklerse) seks işçileriyle yasa dışı cinsel ilişkiye girerler veya (kadınlarsa) "gelişigüzel" olarak görülürler. Gelişmekte olan dünyanın bazı bölgelerinde HIV/AIDS, cinsel yolla bulaşan diğer birçok enfeksiyon türüne benzer şekilde bir "kadın hastalığı" olarak görülebilir. Batı'nın bazı kesimlerinde

HIV/AIDS sadece bağımlıların kaptığı bir hastalık ya da bir "gey vebası" olarak görülebilmektedir (Maluwa, Aggleton ve Parker, 2002:5). HIV/AIDS'li insanlara karşı damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmek için sosyal tarihi anlama fikri, bu tezin sonraki bölümlerinde çok fazla ilgiyi hak edecektir. Aslında sosyal tarih, Afrika ve Mozambik'teki damgalama ve ayrımcılığın en büyük temellerinden biridir. HIV/AIDS, damgalama ve ayrımcılığın yayılmasına katkıda bulunan yerel bilgi, inanç ve uygulamaları içerir.

Kültürel tarihe ek olarak, yukarıdaki yazarlar damgalama ile sosyal eşitsizlikler arasında bir ilişki kurmaktadır (Link ve Phelan, 2000 tarafından da savunulan bir fikir). Onlara göre, HIV/AIDS ile yaşayan kişilere yönelik damgalama ve ayrımcılık algıları büyük farklılıklar gösterse de rastgele değildir. Aslında, HIV/AIDS ile ilgili damgalamanın mevcut sosyal eşitsizliklere katkıda bulunmasını ve bunları pekiştirmesini sağlamak için normleştirilirler. Bu eşitsizlikler arasında kadınları erkeklerden aşağı gören, seks işçilerinin haklarını inkâr eden ve uyuşturucu ve madde kullanımı, ulusal ve etnik köken ve cinsellikle bağlantılı olanlar yer almaktadır.

HIV/AIDS ile ilgili damgalama, bu nedenle, "kötü" insanların zihinlerinden kaynaklanmaz, bir bütün olarak topluluğun gücü ve egemenliği ile bağlantılıdır. Güç ve kontrol ilişkilerinin üretilmesinde ve güçlendirilmesinde kilit bir rol oynarlar. Bazı grupların değersizleşmesine ve bazılarının üstün görülmesine neden olurlar. Sonuç olarak, sosyal eşitsizlik damgalanmayı yaratır ve pekiştirir (Maluwa, Aggleton ve Parker, 2002).

Link ve Phelan 2000, Maluwa, Aggleton ve Parker, 2002 ve; Tyler ve Slater, 2018, gücün ve sürekli kâr arayışının damga üretimini motive ettiğini gösteriyor. Bu anlamda HIV/AIDS ile yaşayan ve HIV/AIDS durumu nedeniyle ayrımcılığa uğrayan bireyin sosyal, ekonomik ve politik güçlere erişiminin düşük olduğunu söyleyebiliriz. Bu arada INSIDA'nın yaptığı araştırmalardan biri de Mozambik'te HIV/AIDS oranındaki artışın nedenlerinden birinin kapsamlı bilgi eksikliği olduğunu gösterdi. Ancak bu araştırma, "görünüşte sağlıklı bir kişinin HIV/AIDS'e sahip olabileceğini" bilmeyen Mozambik vatandaşlarının hala olduğunu ortaya çıkardı. Bu konu bir yandan bilgi eksikliğine bağlı olabilir, diğer yandan Mozambik'teki bazı kırsal ve kentsel alanların

kültürel veya tarihsel etkisinin sonucu olabilir. Örneğin, "*Xangana*"<sup>6</sup> halkları arasında, HIV/AIDS ile yaşayan "*kwayman*"<sup>7</sup>, "*kwayman*" olmayan, ancak sağlıklı olan birinin aksine, çok muhafazakar bir aileden bir kızla kolayca evlenebilir; "*Makua*"<sup>8</sup> halkları arasında, ergenliğe ulaşan bir kıza, hayattaki başarısının vücuduna bağlı olduğu doğrudan veya dolaylı olarak öğretilmektedir. Buna bağlı olarak, birçok kızın sağlık durumları yerine yalnızca eşlerinin varlıklarına odaklanmasına neden oluyor. Bu örneklerle HIV/AIDS ile yaşayan bir bireyin sosyal, ekonomik ve politik güce erişimi yüksek bir kişiye damgalanmayabileceği göstermektedir.

HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık, insanları enfekte olup olmadıklarını öğrenmekten, HIV'e maruz kalma risklerini nasıl azaltacakları hakkında bilgi aramaya ve bu artışa karşı davranışlarını daha güvenli davranışlara dönüştürmekten korkutarak önleme çabalarını baltalamaktadır. Bu nedenle, damgalama ve ayrımcılık, bireylerin ve toplulukların kendilerini koruma yeteneklerini baltalar. Damgalanma ve ayrımcılık korkusu, HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin HIV/AIDS enfeksiyonlarını aile üyelerine ve cinsel partnerlerine bile açıklamaktan caydırır. HIV enfeksiyonunu çevreleyen ve damgalanma ve ayrımcılık korkusundan kaynaklanan gizlilik, insanların HIV/AIDS enfeksiyonu riski altında olmadıklarını düşünmelerine neden olur. HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık, aynı zamanda HIV/AIDS ile yaşayan insanların bakım ve destek alma olasılığının çok daha düşük olduğu anlamına gelir. Eşler, çocuklar ve bakıcılar gibi gerçekten enfekte olmayan ancak enfekte kişilerle ilişkili olanlar bile damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Bu damgalama ve ayrımcılık, hastalıkla bağlantılı kişisel acıyı gereksiz yere artırır. Bazı yazarlar tarafından 'içselleştirilmiş' damgalama olarak tanımlanan bir damgalanma belirtisi olan HIV/AIDS ile ilişkili utanç, HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin tedavi, bakım ve destek aramasını ve çalışma, okula gitme vb. gibi diğer haklarını kullanmasını da engelleyebilir. Bu tür bir utanç,

---

<sup>6</sup>*Xanganalar (Şanganalar)*, güney Mozambik, Güney Afrika Cumhuriyeti ve güneydoğu Zimbabve'de bulunan, güçlü geleneklere ve benzersiz ve canlı bir sosyal kültüre sahip bir halktır.

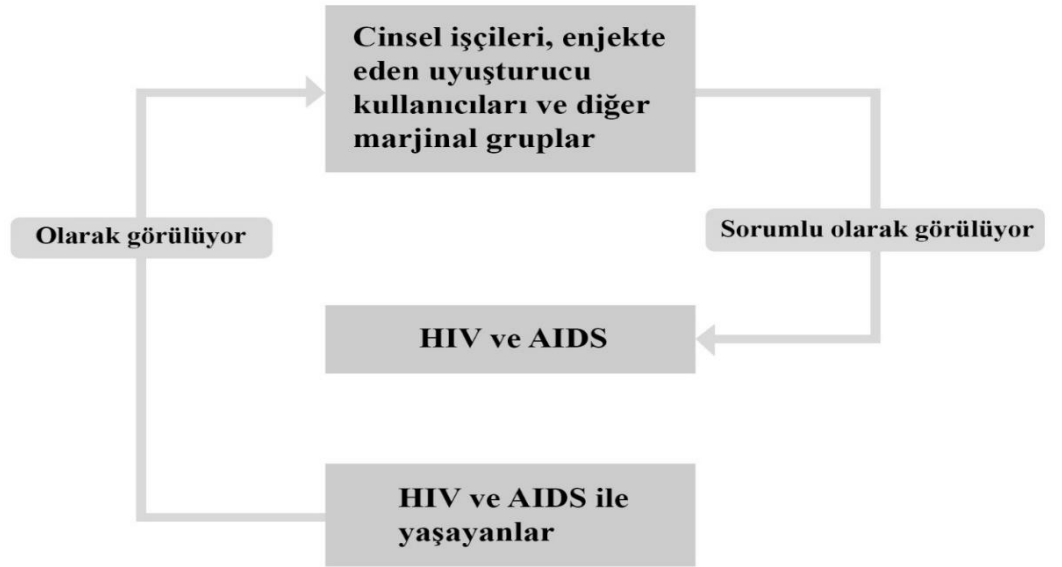
<sup>7</sup>*Kwayman*, *Xangana* halkı arasında çok önemli bir sosyal ve bazen ekonomik statüye sahip olan veya ailesi ve topluluğu içindeki sorunların çözümünde önemli roller oynayan birini tanımlamak için kullanılan terim. Genel olarak *Kwayman*'in sosyal rolü Mozambik'in güney eyaletlerinin kırsal kesimlerinde, özellikle de Gaza'da öne çıkmaktadır.

<sup>8</sup>*Makua* halkı dört milyonu aşkın nüfusuyla en büyük etnik gruptur ve çoğunlukla Tanzanya sınırındaki Mozambik'in kuzey eyaletlerinde (Nampula, Cabo Delgado ve Niassa) yaşamaktadır.

HIV/AIDS'li kişilerin kendilerini nasıl gördükleri ve statülerine nasıl uyum sağladıkları üzerinde güçlü bir psikolojik etkiye sahip olabilir, bu da onları suçlamaya, depresyona ve kendi kendini tecrit etmeye karşı savunmasız hale getirir (UNAIDS, 2005:5).

Ancak, diğerlerinin yanı sıra cinsel işçileri, erkeklerle cinsel ilişkiye giren erkekler, uyuşturucu enjekte edenler gibi marjinalleştirilmiş grupların parçası olan bireyler, HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılığın sonuçlarıyla en fazla karşılaşanlardır. Bu grup ve HIV/AIDS'li diğer insanlar, hastalıkları sapkın davranışlarla ilişkili olduğu için damgalanır. Bireyin sorumluluğu olarak algılanır, bulaşıcı ve toplum için bir tehdit olarak görülür ve “istenmeyen ve anestetik bir ölüm şekli” ile bağlantılıdır (Alonzo ve Reynolds, 1995:305). Aşağıdaki şekilde gösterildiği gibi, bunlar HIV/AIDS virüsünün yayılmasının suçluları olarak görülmektedir.

*Şekil 5 Damgalama ve marjinalleşme çemberi*



**Kaynak:** Parker ve Aggleton (2002'den aktaran UNAIDS, 2005).

Marjinal gruplara ek olarak, HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık, AIDS ile yaşayan diğer kişileri veya bazen onlarla birlikte yaşayanları da etkilemektedir. Aile içinde, işyerinde ve diğer sosyal alanlarda ortaya çıkabilir. Genel olarak, HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık şu alanlarda kendini göstermektedir:

- (i) Sağlık hizmetleri. Bakım standartlarının düşürülmesi, bakım ve tedaviye erişimin reddedilmesi, rıza olmadan HIV testi yapılması, birinin akrabalarına ve dış kuruluşlara

- HIV/AIDS pozitif olarak tanımlanması dahil olmak üzere gizlilik ihlalleri, sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları ve aşağılayıcı uygulamaları;
- (ii) İşyeri. HIV/AIDS pozitif statüsüne dayalı olarak istihdamın reddi, zorunlu HIV testi, HIV pozitif bireylerin emeklilik planlarından veya tıbbi yardımlardan hariç tutulması;
- (iii) Okullar. HIV/AIDS'ten etkilenen çocukların girişine izin verilmemesi veya öğretmenlerin işten çıkarılması;
- (iv) Hapishaneler. HIV/AIDS pozitif bireylerin zorunlu olarak ayrılması, toplu faaliyetlerden dışlanma (UNAIDS, 2005). HIV/AIDS'li bireylerin sağlık, çalışma, eğitim gibi temel haklardan mahrum bırakılması, 1948 tarihli BM İnsan Hakları Evrensel Beyanname'sinin 1. maddesinde savunulan insanlık onurunu ihlal etmektedir. Bu madde, tüm insanların "haklar ve haysiyet açısından eşit" olduğunu belirtmektedir (McCrudden, 2008).

#### **1.1.4.Gençler ve gençlik**

Söz konusu konu HIV/AIDS virüsünden korunmada gençlerin bilgi, algı ve deneyimlerini ele aldığından, genç ve gençlik kavramını anlamaya çalışmak bu tezde söz konusu sorunun anlaşılmasını bir şekilde zenginleştirmektedir. Bu anlamda, takip eden alt başlık sadece gençlik kavramını sosyolojik bir perspektiften ele almaktadır.

Toplumlar varlıklarını sürdürebilmek için türlerini devam ettirme eğilimindedirler, yani aile yoluyla çocuk sahibi olarak biyolojik anlamda kendilerini üretme işlevini yerine getirirler. Bu şekilde yeni nesil eskisinin yerini alır. Kültürün kazanılması aile ortamında oluşur ve kültür, yaşın ilerlemesi ve sosyal pratikler yoluyla aktarılır. Kültür nesilden nesile, toplum yaşamının gelenek ve deneyimlerinin depolanması, yaşam döngüsü, öğrenme, edinme ve paylaşma yoluyla aktarılır (Sayın'dan akt. Baran, 2013). Böylece yaşam döngüsü somutlaşmakta ve bu döngü boyunca bireyin yaşlanmasıyla ilgili olarak belirli kategorilerin oluştuğu görülmektedir. Bunlar bebeklik, çocukluk, ergenlik, gençlik, yetişkinlik, emeklilik ve yaşlılık olarak kategorize edilmektedir (Baran, 2013).

Ancak, gençlik kavramının tanımlanmasındaki sayısız zorluğa rağmen, modern toplumlarda temel bir kategori olarak ortaya çıkmıştır. Aslında gençlik, çağdaş toplumda hem akademik alanlarda hem de kamu politikalarında giderek artan bir konu haline gelmektedir (Silva, 2005). "Günümüz dünyasında genç olmak ne anlama geliyor?" sorusuyla sık sık karşılaşıyoruz. Bu nedenle bu konunun modern toplumdaki rolünü incelemek ve anlamak önemlidir (Doutor, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre genç, 15 ila 24 yaş arasındaki herkeştir. Ve 2007 Nüfus Sayımına göre Mozambik'te gençler ve ergenler 10 ila 24 yaş arasındaki herkeştir (INE, 2013). Bu grubun büyüklüğü oldukça fazladır, bu da sadece gelecekte yetişkin sağlığının belirleyicilerini anlamak için değil, aynı zamanda sosyal ve ekonomik etkilerini de anlamak için demografik dinamiklerini ve sağlık durumlarını bilmeyi önemli hale getirmektedir. Gençler ve ergenler hayatta çeşitli riskler ve zorluklarla çevrilidir (INE, 2013).

#### ***1.1.4.1. Gençliğe sosyolojik bakış***

Macar sosyolog Karl Mannheim (1893 - 1947) Bilgi Sosyolojisi ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilir, ancak aynı zamanda Gençlik Sosyolojisinin de öncüsü olarak kabul edilir. Bu alana katkıları en çok kuşaklar kavramını geliştirdiği ilk çalışmasıyla dikkat çekmiştir (Weller, 2007). Ayrıca sistematik olarak sosyolojik bir kuşak teorisi geliştirdiği de ileri sürülmektedir. Bu katkı, Gençlik Sosyolojisi'nin oluşumunda belirleyici olmuş, olgunun açıklanmasındaki natüralist kalıntıları kıran ve onu tarihsel ve toplumsal süreçten önce durumsal bir koşul olarak tanımlayan sosyolojik kuşak kavramını sağlamıştır. Gençlikle ilgili literatür, bu olgunun geçmişten günümüze sosyoloji, antropoloji, psikoloji, eğitim ve pedagoji gibi çeşitli alanlarda vurgulandığını göstermektedir. Sosyoloji söz konusu olduğunda, özerk ve kurumsallaşmış bir bilim haline gelmeden önce bile gençlik, 18. yüzyılda Sosyal Bilimlerin tarih öncesine damgasını vuran sosyal anket çalışmalarında araştırma nesnesi olmuştur (Weisheimer, 2015).

Genel olarak, evreler arası geçiş süreciyle ilişkilendirilen veya bir yaş grubuna atıfta bulunan gençlik kavramı, giderek geçerliliğini yitirmektedir. Geleneksel olarak çocukluk veya ergenlikten yetişkinliğe uzanan yaşam dönemi olarak kabul edilen gençlik kavramı, her zaman fiziksel ve psikolojik gelişimin bir aşamasından daha fazlasını ifade etmiştir. Günümüzde bu kavram, gençlerin Batılı ve sanayileşmiş toplumlarda üstlendikleri sosyal statü ile yakından ilişkilidir (Doutor, 2016). Buna karşılık Segalen (1999), 19. yüzyılın ikinci yarısında gençliğin toplumsal görünürlüğüne sosyal farkındalığın bir nesnesi haline geldiğini ve bu temayla ilişkili sorunların ve gerilimlerin farkına varıldığını açıklamaktadır. Bu tanıma daha sonra bir medya kültürü, kitle kültürü ve yetişkinliğe girişin giderek daha geç ve zor olması nedeniyle kırılğan olarak

tanımlanan bir “ergen kültürünün” varlığına yol açmıştır (Segalen'den aktaran Doutor, 2016).

Ancak gençlik kavramının toplumsal bir mesele olarak ortaya çıkması, gençlerin hem sosyal hem de sosyolojik olarak bir sorun haline geldiği 1950'ler ve 1960'larda etkili olmuştur. Bu şekilde gençlik bir “sorun” olarak görülmüş, bir değerler krizinin ve aynı şekilde etik ve kültürel davranışlara ilişkin bir kuşaklar çatışmasının kahramanı olarak tanımlanmıştır (Pais, 1994; Alves, 2008). 1970'lerde gençlik neredeyse ekonomik bir kategori haline gelmiştir, çünkü gençler ekonomik kriz ve bunun yol açtığı sorunlarla, özellikle de istihdam sorunları ve çalışma hayatına girişle ilişkilendirilmiştir (Martins, 2000'den aktaran Doutor, 2016).

Ancak gençlik kavramına ilişkin tartışmalar yıllar içinde her toplumun karşı karşıya kaldığı sorunlara göre kavramsal değişikliklere uğramış ve yeni biçimler kazanmıştır. Gençlerin yaşadığı çeşitli sorunları ya da başka bir deyişle (1950'ler ve 1960'larda gençlerin adlandırıldığı şekliyle) "sorunu" anlamak için sosyolog Mannheim tarafından ortaya atılan ve geliştirilen "kuşaklar" kavramına odaklanmaktadır. Bu yazara göre bir kuşak, toplumsal sürecin tarihsel boyutları karşısında ortak bir "durum" yaşayanlar tarafından oluşturulur ve bu da bir "kuşak durumu" karakterize eder. Mannheim, aynı kuşak durumuna katılabilmek, yani bir kuşak durumuna özgü avantaj ve ayrıcalıklara pasif olarak boyun eğebilmek ya da bunları aktif olarak kullanabilmek için aynı tarihsel ve kültürel bölgede doğmuş olmak gerektiğini de eklemektedir (Mannheim, 1982'den aktaran Weisheimer, 2015). Kuşak durumu, aynı yaş grubundaki bireyler tarafından paylaşılan sosyal konumları yapılandıran, ancak yaşlarına indirgenmeyen belirli kuşak konumlarına karşılık gelecektir. Böylece kuşağın durumsal bir kavram olduğu anlaşılmaktadır (Weisheimer, 2015).

Dolayısıyla, homojenlik bağlamında, gençlik evresini karakterize eden daha tek tip yönler, yani belirli bir gençlik kültürünün parçası olan özellikler arayışı baskın çıkmıştır. Daha sonra, dayatılan sosyolojik duruş, sadece gençler veya genç grupları arasındaki olası benzerlikleri değil, aynı zamanda ve temelde aralarında var olan sosyal farklılıkları da aramaktır (Doutor, 2016). Örneğin, genç öğrencilerden, genç işçilerden, kentsel bağlamdaki gençlerden veya kırsal bağlamdaki gençlerden bahsettiğimizde, gençliğe atfedilen farklı anlamlar olduğunun farkına varırız. Böylece farklı gençlere atıfta bulunuruz ya da basitçe farklı gençlik kültürlerinin varlığını kabul ederiz. Bu anlamda,

gençliği heterojenliği temelinde incelemek çok önemlidir. Aslında tek bir gençlik değil, farklı gençler vardır (Fernandes, 2001; Bourdieu, 2008; Santos, 2014). Bu şekilde gençliğe çeşitliliği içinde bakılmalıdır. Bu teorik perspektiflerin ardından, gençliği kültürel, sosyal, ekonomik ve politik koşullara bağlı olarak çeşitli okumaların yapılabileceği, sosyal olarak inşa edilmiş bir gerçeklik olarak düşünmenin daha uygun olacağını düşünüyoruz. Bu da gençliğin sosyal olarak inşa edilen bir kavram olduğu ve yalnızca biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve diğer kriterler göz önünde bulundurularak tanımlanamayacağı anlamına gelmektedir (Doutor, 2016).

Melucci ise gençliği hayatın bir evresi olarak görüyor. Gençliğin, çocukluk terk edildiğinde ve yetişkinliğe doğru ilk adımlar atıldığında başladığını ekliyor. Bununla birlikte, gençlik kategorisini yaşamın bir aşaması olarak tanımlamanın zorluklarını ve sınırlamalarını kabul etmenin önemli olduğunu, çünkü gençliğin homojen bir kategori olmadığını belirtmektedir. Aksine, gençlik heterojen bir kategoridir, çünkü kültür, sınıf, gruplar gibi bir dizi faktöre tabidir. Günümüzde gençlik kategorisi, yaş kronolojisini ya da bazen psikolojik olgunlaşmamışlığı gençlikle ilişkilendiren fikirlerle ilişkilendirilmektedir (Melucci, 1997'den aktaran Doutor, 2016).

Melucci'nin, Doutor'un (2016) metninde alıntılanan, gençliğin kültürel faktörler, sınıf ve sosyal gruplar gibi nedenlerle heterojenliği sorununu ele alan yukarıdaki yaklaşımı ve sosyolog Mannheim'ın kuşak yaklaşımı, Panda gençliği arasında HIV/AIDS virüsünün bulaşmasına karşı korunma sorunsalını anlamak için merkezi temellerdir. Bu iki yaklaşıma, birçok sosyolojik çalışmada savunulan, gençliğin temel özelliğinin sorumsuzluk olduğu fikri de eklenmiştir. Bu çalışmalar, gençliğin temel sorunları olarak suçluluğa, uyuşturucu ve alkol bağımlılığına işaret etmekte, böylece gençlik kavramını sorumsuzluk ve sosyal sorunlar kavramıyla ilişkilendirmektedir. Aslında gerçek şu ki, gençlik ve sosyal sorunlar bilimsel, politik ve sağduyulu söylemlerin ayrılmaz ve bütünlükçü iki ifadesi haline gelmiştir (Sposito, 2002; Alves, 2008'den akt. Doutor, 2016). Son olarak, gençlikle ilgili sorunlar içinde, HIV/AIDS ile ilgili riskli davranışların oluşması için bir temel vardır.

Görüldüğü üzere, gençlik hakkında konuşmak karmaşıktır ve Doutor (2016) ve Pais (2003) gibi yazarların önerdiği gibi, kavramın heterojenliği nedeniyle “gençler” değil “gençlik” hakkında konuşmalıyız, yani ekonomik, sosyal ve kültürel düzeyde gözlemlenen yoğun heterojenliğe göre genç olmanın farklı yolları vardır. Bu nedenle

gençlik, dinamik ve karmaşık bir topluma gömülü sosyo-kültürel bir olgu olarak anlaşılmalıdır. Günümüzde gençleri çevreleyen sosyal koşulları anlamak için üç önemli akım çeşitli çalışmalarda tartışılmaktadır: kuşak akımı, klasist/sınıfçı akım ve gençlik kültürü akımı (Pais, 1993). Ancak, söz konusu temaya uyduğu için aşağıda sadece ilk iki akım ele alınmaktadır.

#### **1.1.4.1.1 Kuşak Akımı**

Kuşak akımı, gençlik kavramının yaşam evresi anlamında anlaşılması gerektiğini savunur ve bu nedenle gençliğin üniter yönünü vurgular (Pais, 1993). Bu akımın teorik çerçevesi, işlevselcilik ve kuşaklar teorisi tarafından geliştirilen sosyalleşme teorilerine dayanmaktadır. Bu şekilde, kuşaklar arası çatışmalar veya süreksizlikler çoğu durumda sosyalleşme süreçlerinin işlevsizliği olarak görülür ve gençliğin biyolojik kuşaktan ve demografik kuşaktan farklı bir sosyal kuşak olarak oluşumunun temelinde yer alır (Pais, 1993). Kuşak akımı yazarları da diğer kuşakların, yani yetişkin kuşakların kültürüne karşı çıkan bir gençlik kültürünün varlığı fikrine dayanmaktadır. Ancak bu karşıtlık farklı türlerde kuşaklar arası süreksizlikler, yani kuşaklar arası krizler veya çatışmalar biçimini alabilir (Pais, 1993'ten aktaran Doutor, 2016). Belirli bireylerin deneyimleri, benzer durumlarda yaşayan ve bazen aynı sorunlarla karşılaşan aynı kuşaktan diğer bireyler tarafından paylaşılmaktadır.

Bu, hayata dair farklı perspektiflerin aynı kuşağın farklı üyeleri tarafından paylaşamayacağı anlamına gelmez. Bu nedenle gençlik konularına değer verilmesinin kuşaklar arası süreklilik ve süreksizlik işaretleriyle gerekçelendirildiğini vurgulamak önemlidir. Bu işaretler kendilerini iki şekilde gösterir: bir yandan, belirli sosyal kurumlar, özellikle de okul veya aile aracılığıyla sosyalleşme süreçlerinin hedefidirler. Böylece genç nesiller, süreklilik açısından yetişkin nesillere özgü bir dizi inanç, değer, norm ve sembolü içselleştirmekte ve günlük yaşamlarında yeniden üretmektedir. Öte yandan, göstergelerin bu şekilde içselleştirilmesi pasif bir şekilde gerçekleşmediğinden, çeşitli kuşaklar arasında, eski kuşakların hakim olduğu sosyal kurumlar arasında süreksizlik anlamında kültürel kırılmalar ortaya çıkmaktadır (Doutor, 2016).

Morin ve Galland'ın katkılarında, sürekli sosyalleşmeyi savunanlar, yeni nesillerin toplumsal hayata katılımının iki önemli özelliği olduğunu ileri sürmektedirler: gençlerin sosyalleşmesi ve toplumun gençleşmesi. Bir yandan gençlerin sosyalleşmesi, gençlerin toplumsal ilişkiler sistemine entegre olmalarını mümkün kılan mekanizmalar aracılığıyla

gerçekleşir. "gençlerin sosyalleşmesinden" bahsettiğimizde, gençlere norm ve değerleri özümseme gibi pasif bir rol biçilmektedir. Öte yandan, toplumun gençleşmesinde gençler yetişkinleri etkilemiştir (Morin, 1962 ve Galland, 1991'den aktaran Doktor, 2016:165).

Bununla birlikte, kuşak akımında gençleşmenin "toplumun gençliği kendi suretinde şekillendirmesi" ama aynı zamanda kendini gençleştirilmesi anlamına geldiği belirtilmektedir. Bu akım aynı zamanda gençlik kültürlerini eski kuşakların baskın kültürüne bir karşıtlık olarak tanımlamaktadır. Başka bir deyişle, gençlik kültürleri işlevsel olarak eski kuşakların baskın kültürüne göre "sapkın" kültürler olarak anlaşılmaktadır (Pais, 1993). Ancak, kuşak akımına, özellikle de gençliğin homojen bir varlık olarak görülmesine bazı eleştiriler yöneltilmiştir. Tipik olarak gençlik bir yaş kategorisi olarak görülmekte, yaş sosyo-ekonomik değişkenlerden daha önemli bir değişken olarak kabul edilmektedir (Dutor, 2016).

#### ***1.1.4.1.2.Klasist Akım***

Klasist/sınıfçı akımda, toplumsal yeniden üretim esasen toplumsal sınıfların yeniden üretimi bağlamında görülür. Bu anlamda toplumsal yeniden üretim, bir toplumun farklı mekanizmalar aracılığıyla kendi yapısını yeniden ürettiği süreç olarak anlaşılmaktadır (Maia, 2002). Diğer bir deyişle, bu akım için toplumsal yeniden üretim temelde toplumsal sınıfların yeniden üretimi açısından görülmektedir; örneğin, gençlerin yetişkinliğe geçişi her zaman toplumsal eşitsizlikler tarafından yönlendirilecektir: hem cinsel iş bölümü düzeyinde hem de her şeyden önce toplumsal statü düzeyinde (Pais, 1993). Aslında, sınıfçı akım içinde geliştirilen bazı çalışmalar, gençliği yaşamın bir evresi veya yaş grubu olarak tanımlayan kuşak akımı gibi halihazırda bilinen gençlik kavramlarına eleştirel yaklaşmaktadır.

Sınıfçılar için gençlik, er ya da geç bir sınıf ilişkisinin egemen olacağı bir sosyal kategori olarak anlaşılmalıdır. Bu teori tam istihdam ekonomilerine nispeten daha iyi uyum sağlayabilir. Uzun süreli eğitimin iş dünyasına girişte yarattığı zorluklar ve işsizliğin yol açtığı maddi bozulma çoğu genç için endişe kaynağıdır. Eğitim sistemi ve gençlerin sosyal durumu, örneğin işçi çocuklarının eninde sonunda işçi olacağını belirleyecektir. Dolayısıyla bu pozisyonda belirli determinizmlerin doğrusallığı söz konusu olacaktır (Fernandes, 2001; Pappámikail, 2010'dan aktaran Dutor, 2016).

Kısacası, sınıfçı akım için gençlik kültürleri her zaman sınıf kültürleridir ve antagonistik sınıf ilişkilerinin ürünü olarak anlaşılır. Gençler arasındaki sembolik ayrımlar (kıyafet farklılıkları, dil alışkanlıkları, tüketim pratikleri, vb.) her zaman sınıflar arası farklılıklar, nadiren de sınıf içi farklılıklar olarak görülür. Bu kültürlerin ritüelleri her zaman (hakim sınıflara) 'direniş', kültürel alanlar kazanma ve yaratma kapasitesini ortaya koyacaktır.

### **1.1.5.Sağlık ve Hastalık Sosyolojisinin Kuramsal Kökenleri ve Gelişimi**

Çalışmanın bu bölümü sağlık ve hastalık kavramlarının kavramsallaştırılmasını içermektedir. Bu kavramlar araştırma için büyük önem taşımaktadır, zira söz konusu sorun, derhal ve uygun şekilde tedavi edilmediğinde AIDS ve tüberküloz, pnömosistoz, nörotoksoplazmoz, nörokiptokokkoz gibi diğer birçok fırsatçı hastalığa dönüşen HIV virüsüne işaret etmektedir. Tam tersine, HIV pozitif birey uygun şekilde tedavi edilirse fiziksel olarak sağlıklı ve virüsü tespit edilemez hale gelir. Ancak toplumda zaten yaygın olan HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık ile aynı birey sosyal olarak hasta kabul edilebilir. Çalışmanın bu bölümünde ayrıca sağlık ve hastalık sosyolojisinin kuramsal kökenleri ve gelişimi ve son olarak HIV/AIDS sosyolojisi üzerine kısa bir bölüm yer almaktadır.

#### **1.1.5.1.Sağlık ve hastalık kavramları**

Önemleri nedeniyle sağlık ve hastalık kavramları günlük ve akademik olarak farklı açılardan tartışılmakta (Gönç-Şavran, 2013) ve genellikle sosyal, ekonomik, politik ve kültürel bağlamı yansıtmaktadır. Başka bir deyişle, sağlık ve hastalık kavramları tüm insanlar için aynı şeyi ifade etmemektedir. Zamana, yere ve sosyal sınıfa bağlı olacaktır. Bu aynı zamanda bireysel değerlere, bilimsel, dini ve felsefi anlayışlara da bağlı olacaktır (Scliar, 2007:30). Gerçek ya da hayali, hastalık ve özellikle de bulaşıcı hastalık, paleontolojik araştırmaların da ortaya koyduğu gibi, insan türünün kadim bir yoldaşdır. Bu nedenle, Mısır mumyalarında hastalık belirtileri görülmektedir, örneğin firavun V. Ramses'in çiçek hastalığı. İnsanlığın çok erken dönemlerden beri bu tehditle yüzleşmekle meşgul olmasına ve hastalık ve sağlığın ne olduğuna dair farklı kavramlara dayanarak çeşitli şekillerde uğraşmasına şaşmamalı. Dolayısıyla, büyüsel-dinsel anlayış, hastalığın, günah ya da lanet nedeniyle organizmaya giren ve organizmaya yabancı olan güçlerin etkisinden kaynaklandığı ilkesine dayanıyordu ve hala da dayanmaktadır. Eski İbraniler için hastalık mutlaka şeytanların ya da kötü ruhların eyleminden kaynaklanmıyordu,

ancak her durumda insan günahlarına karşı ilahi öfkenin bir işaretini temsil ediyordu (Scliar, 2007). Tanrı aynı zamanda Büyük Hekim'dir: "Ben Rab'bim ve size getirdiğim sağlıktır" (Çıkış 15:26, alıntılan Scliar, 2007); "Bütün şifa Tanrı'dan gelir" (Vaiz, 38:1-9, alıntılan Scliar, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 7 Nisan 1948'de (Dünya Sağlık Günü olarak belirlenen tarih) yayınladığı ilkeler mektubunda sağlığı "sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır (WHO, 1948). Örneğin birinin sağlıklı olduğunu söylediğimizde, sadece o anda hasta olmadığını kastetmeyiz. Bu açıdan hastalık kavramını sağlık kavramının zıt anlamı olarak değerlendirmek yanlış olacaktır (Gönç-Şavran, 2013). Sağlık ve hastalık kavramlarına verilen farklı tanımlar, insanların sağlık durumlarına atfedilen sosyal koşulların önemini açıkça göstermektedir (Moklif & Ratoubi, 2016). Ancak sağlık ve hastalık sadece doğru beslenme ve diğer sağlıklı alışkanlıklar, hastaneler gibi kurumlar, doktorlar ve hemşireler gibi sağlık profesyonelleri olarak düşünüldüğünde, genellikle sağlık ve hastalığın sosyal yönü ihmal edilmektedir (Eckholm, 1977).

Lock (2000), sağlık ve hastalığın sadece biyolojik değil aynı zamanda sosyal bir mesele olduğu fikrinden yola çıkarak, bir ağacın hastalığı ile bir insanın hastalığı arasında bir analogi kurmaktadır: ağaçlar hastalıktan iyileşebilir veya ölebilir, dallar cansızlaşır, yapraklar kurur, kökler ve gövdeler bozulur. Ancak, ağaçlardan farklı olarak, insanlar da hastalığın deneyimsel yönleriyle uğraşmak zorundadır. İnsanlar kendilerini, fiziksel durumlarını ve benlik algılarını yansıtabilirler. Bu düşünme kapasitesi, insanların genellikle sadece hastalıktan değil, aynı zamanda hastalık deneyimlerinden ve kendilerinin ve diğer insanların buna yüklediği anlamlardan da muzdarip olduğu anlamına gelir. Hastalık aynı zamanda sosyal grubu da bozar. Toplumsal ideallerin veya normların ihlali olduğu için yıkıcı olabilir. Hastalık, insanların hayatlarına anlam verdikleri ve günlük yaşamlarının rutinlerini düzenledikleri düzen ve anlamlar için bir tehdit oluşturmaktadır. Hastalık aynı zamanda "Bu talihsizlikten kim (ya da ne) sorumlu?" gibi ahlaki soruları da gündeme getirir (Lock, 2000).

HIV/AIDS, Lock (2000) tarafından sağlık ve hastalık kavramları hakkında yapılan benzetme için somut bir örnektir (daha önce sunulan diğer kavramlarla da uyumludur). Hastalığın yanı sıra, virüsle yaşayan insanlar hasta olma deneyimlerinden ve çevrelerindeki insanların bu deneyimlere yükledikleri anlamlardan da muzdariptir. Bu

anlamda virüsle yaşayan kişiler, içinde yaşadıkları toplum için bir tehdit oluşturmaktadır. Toplum, talihsizlikleri için onları suçlamakta, bu da genellikle damgalanma ve ayrımcılıkla ve sonuç olarak tedaviye zayıf bağlılıkla sonuçlanmaktadır. Lock'un (2000) benzetmesini ve DSÖ'nün sağlık ve hastalık üzerine formüle ettiği kavramları takip ederek, özellikle Mozambik gibi ülkelerde HIV/AIDS virüsü ile yaşayan pek çok kişinin, ne kadar tedavi görüyor olurlarsa olsunlar, sağlıklı olmadıklarını söyleyebiliriz. Normal olan, antiretroviral tedaviyi (ART) doğru bir şekilde uygulayan kişinin sağlıklı kalması ve virüsü başkalarına bulaştırmamasıdır, ancak çoğunun sosyal çevrelerinde her gün maruz kaldıkları damgalanma, ayrımcılık ve sosyal dışlanma deneyimi, sağlık durumlarını, özellikle de ruh sağlıklarını sorgulanır hale getirmektedir (Mozambik argosunda dedikleri gibi: "kişi çok düşünmekten ölür"). Başka bir deyişle, HIV/AIDS ile yaşayan birey, rapor edilen vakaların çoğunda fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde değildir. Bu durum, başta Mozambik olmak üzere virüsün dünyadaki yüksek yaygınlık oranlarına önemli ölçüde katkıda bulunmaktadır. Bununla birlikte, HIV/AIDS ile ilgili damgalama, ayrımcılık ve diğer faktörler, antiretroviral tedaviye (ART) zayıf uyum, bir dereceye kadar insanların sağlık ve hastalıkla ilgili farklı tanımlarının veya anlayışlarının (yani insanların HIV/AIDS'i bir hastalık olarak algılamalarının) sonucudur.

#### ***1.1.5.2.Sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişimi***

“*Sociology of Health and Illness*” dergisinde yayınlanan “*Towards a sociology of disease*” ve “*Mapping the field of medical sociology: a comparative analysis of journals*” başlıklı makalelerde, sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişimi üzerine bazı önemli yansımalar bulmaktayız. Yansımalar daha çok Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'a atıfta bulunsa da, bu bilgi alanının diğer ülkelerdeki gelişimini konumlandırmak için de geçerlidir (Nunes, 2009:1128).

“*Towards a sociology of disease*”, başlıklı ilk makalede yazarlar Timmermans ve Haas, tıp sosyolojisinin kökenlerine, Parsons'a ve onun hastalığı birey ve toplum için sosyal ve işlevsel bir sapma biçimi olarak gördüğü "doktor-hasta" ilişkisi üzerine sembolik çalışmasına geri dönerek bir sağlık, hastalık ve hastalık sosyolojisi oluşturulmasını savunmaktadırlar (Timmermans ve Haas, 2008'den aktaran Nunes, 2009:1128). Başka bir deyişle, Parsons hastalığı bir sapkın davranış biçimi, doktoru da hastaları normal sosyal işlevlerine kavuşturmak için toplumun koruyucusu olarak

kavramsallaştırmıştır. Parsons, hem hastanın hem de hekimin hastalığın üstesinden gelmede belirli roller oynadığını belirtmiştir (Parsons, 1951:430). Parsons'ın bu görüşleri, işlevselci bir karaktere sahip olduğu iddiasıyla yaygın bir şekilde eleştirilmiştir, ancak yine de Parsons, tıp ve sağlığın sosyal yönlerinin kavramsal alanını oluşturmuştur" (Timmermans ve Haas, 2008'den aktaran Nunes, 2009:1128). Parsons, sağlık bakımının tüm yönlerine nüfuz eden ve sosyal analize açık olan açık bir sosyal veya psikososyal boyutu ayırt etmiştir. Her ne kadar özel önemlerini sınırlandırsa da, bu sosyal faktörlerin geleceğin tıbbında çok önemli bir rol oynayacağını öngörmüştür (Lupton, 1997'den aktaran Timmermans ve Haas, 2008:660). İkinci makalede (Mapping the field of medical sociology: a comparative analysis of journals) Clive Seale, tıp sosyolojisi için yeni yönler önermeyi amaçlayarak, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de yayınlanan dokuz sosyoloji ve tıp sosyolojisi dergisini karşılaştırmalı olarak inceliyor. Ancak bu tezde sadece yazarın analizlerini dayandırdığı arka plana odaklanılmaktadır. Yazar bir yandan Turner'ın (1995) tıp sosyolojisi alanını bireysel, toplumsal ve sosyal olmak üzere üç düzeyde tanımlamasına dayanmakta, diğer yandan da Robert Straus'un (1957) "tıp sosyolojisi", "tıpta sosyolojisi" ve "sağlık ve hastalık sosyolojisi" arasında yaptığı ayrımı temel almaktadır (Seale, 2008'den aktaran Nunes, 2009:1129; Annandale, 2014:2).

Dolayısıyla, bireysel düzey, sağlık ve hastalık algıları ve deneyimlerinin analizidir. Sosyal düzey: hastalık kategorilerinin sosyal inşası ya da sosyal yapısal faktörler yoluyla hastalığın sosyal yaratımına ilişkin çalışmalardan oluşur. Ayrıca tıbbi bilgi üretimi ve sağlık kurumlarının örgütsel analizleri de dahil olmak üzere tıbbi ve diğer sağlık hizmetleri çalışmalarının incelenmesinden oluşur. Ve son olarak, ulusal veya küresel düzeyde sağlık hizmeti sunum sistemlerinin analizi olan toplumsal düzey, bir "politik ekonomi" yaklaşımı içermektedir (Seale, 2008:677). Açıkçası, aşağıdaki kutuda gösterildiği gibi, her üç seviyenin de "tıp sosyolojisi içinde" veya "tıpta sosyoloji" olması mümkündür.

*Tablo 8 Tıbbi sosyolojinin örgütlenmesine yönelik iki şemanın etkileşimi*

	<b>Tıpta/Sağlıkta</b> ( <i>in medicine/health</i> )		<b>Tıbbın/Sağlığın</b> ( <i>of medicine/health</i> )
<b>Bireysel düzey</b>	Sağlık davranışı	-	Hastalık kategorilerinin/tıbbi bilginin sosyal inşası
	İnançlar	-	Benlik ve kimliğin söylemsel veya anlatsal inşası
	Lay sevk	-	Beden Sosyolojisi
	Uyumluluk		
	Sosyal destek ve stres/psiko-sosyal perspektifler		

Tablo 9 devam

<b>Sosyal düzey</b>	- Hastalığın sosyal nedenleri - Sosyal epidemiyoloji - Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi - Yönetimsel etkinlik ve verimlilik - Sağlık teşviki ve eğitimi - Sağlıkta eşitsizlikler	- Tıbbi hakimiyet/güç/meslekler arası rekabet - Meslekten olmayanlarla meslekten olanlar arasındaki ilişkiye çatışma perspektifi - Tıbbileştirme - Bir ideoloji veya söylem olarak yöneticilik
<b>Toplumsal düzey</b>	- Politikaların ve hükümet girişimlerinin etkinliğinin ve verimliliğinin artırılması - Toplumda sosyal sermaye oluşturmak	- Kapitalizm/küreselleşme ve sağlık sistemleri - Sağlık sosyal hareketleri - Disipliner gözetim/ yönetimsellik yoluyla topluluğun sosyal inşası

**Kaynak:** Seale (2008:678).

Straus'un (1957) ayrımına gelince, tıpta sosyoloji, tıp ve sağlık mesleklerinin (ve bazen sağlık politikası yapımcılarının) bilgisini tamamlamayı ve etkinliğini artırmayı amaçlayan çalışmaları tanımlamak için kullanılır. Bu çalışma, sosyal epidemiyoloji, sosyal tıp ve sağlık hizmeti değerlendirme çalışmalarına yaklaşabilir veya bireysel düzeydeki sorunları araştırıyorsa, sosyal teoriden ziyade özellikle sosyal psikolojiden yararlanabilir. Tıp Sosyolojisi, bu perspektif biyotıp, sağlık profesyonelleri ve sağlık politikası kategorilerine yönelik daha sorgulayıcı bir duruş benimser, bazen eleştirel bir siyasi mesaj verir ve genellikle sosyal ve sosyolojik teorinin uygulanması veya tarihsel analiz yoluyla gerçekleştirilir (Straus, 1957'den aktaran Seale, 2008).

Sağlık ve Hastalık Sosyolojisi, sağlık sosyolojisi kavramının ilk kullanıldığı yer Charles McIntire'nin (1991) 1894 yılında yazdığı Sağlık Sosyolojisi Çalışmalarının Önemi (*The Importance of Sociological Studies of Health*) adlı makaledir. Ortaya çıktığı ilk yıllarda sosyoloji bilimi genel olarak 'toplumsal düzen' fikrinin peşinden gitmiş ve 'toplumsal düzenin nasıl sağlanacağı' üzerine teoriler üretilmiştir. Sağlık sosyolojisi kavramı 1894 yılında kullanılmaya başlansa da o yıllarda gerekli ilgi gösterilmemiştir. Sağlık sosyolojisi çalışmaları ve konuları sosyoloji, psikoloji ve sağlık bilimleri alanlarında pratik olarak paylaşılmaktadır (Tecim, 2018).

Ancak sağlık ve hastalık sosyolojisi ağır bir şekilde eleştirilmiştir ve onu sosyal bilimciler için bir konu olarak görmemektedir (Eckholm, 1977). Ayrıca bu alandaki çalışmalar ağırlıklı olarak ampirik çalışmalar olmaları ve sosyolojik teoriye fazla katkı sağlamadıkları için (Turner, 1992:152; Gerhardt, 1989 akt Gönç-Şavran, 2010) eleştirilmiştir. Öte yandan sosyoloji tutarlı olmaya çalışılsa da özünde parçalı bir disiplin

olduğuna işaret edilmekte ve bu anlamda yapılan eleştirilere karşı çıkmaktadır (Johnson vd., 1984; Nettleton 2006 akt Gönç-Şavran, 2010). Yapılan eleştirilere rağmen, hastalıkla ilgili toplumsal boyutların anlaşılmasında sosyologların rolü önemlidir. Sosyologlar, sağlık ve hastalıkları yalnızca özünde ilginç oldukları ve insan varoluşunun merkezindeki konulara - acı, ıstırap ve ölüm - gittiği için değil, aynı zamanda toplumun nasıl çalıştığını anlamamıza yardımcı oldukları için de çalışırlar. Sosyologlar için sağlık ve hastalık deneyimi, toplumun örgütlenmesinin bir sonucudur. Örneğin, kötü yaşam ve çalışma koşulları, insanları sosyal sistemin tepesindeki karşılıklarından daha hasta yapar ve daha yoksul insanlar daha erken ölür. İyileştirilmiş yaşam koşulları ve tıbbi uygulamalar olsa da, sınıf, cinsiyet ve etnik kökene dayalı eşitsizlikler çözülmediğinde bile, zengin ve fakir arasındaki farklar devam etmekte ve genişlemektedir. Hastalık ve eşitsizlik yakından bağlantılıdır (White, 2002:1).

Turner ve Samson'a göre (1995) sağlık sosyolojisinin çalışma alanını betimlemek için şu üç düzeyi değerlendirmek gerekmektedir. Bu düzeylerden ilki, "hasta olma deneyimini ve sağlık ve hastalığa ilişkin algıları" konu alan ve fenomenolojik bir bakış açısına sahip olan bireysel düzeydir. İkincisi, "hastalığın kültürel kategorilerini" yani, hastalık kategorilerinin toplumsal inşasını ve sağlık hizmeti veren kuruluşları konu almakta diğer taraftan bireylerin rol ve davranışlarının, kültürel normların ve sosyal sapmanın incelendiği işlevselci bakış açısına sahip olan toplumsal düzeydir. Sonuncusu ise "sağlık politikalarını ve sağlık sistemlerini" konu alan ve sağlık sistemlerini kendi politik bağlamlarında inceleyen kurumsal düzeydir (Tecim, 2018).

Sosyologlar sağlık, iyileşme ve hastalık üzerine çalışırlar çünkü bunlar insan deneyiminin merkezi bir parçasıdır, toplumun nasıl işlediğini anlamamıza yardımcı olur ve sosyal ilişki kalıplarını yansıtır. Sosyologlar, sağlık, hastalık ve iyileştirme uygulamalarına ilişkin açıklamaların biyolojik ve bireysel faktörlerin ötesine geçerek sosyal bağlamın önemli etkisini incelemesi gerektiğini vurgulamaktadır (Weiss & Lonquist, 2015). Yani, sağlık ve hastalık sosyolojisi, sosyal ve kültürel faktörlerin sağlığı ve insanların sağlık ve iyileşme algılarını nasıl etkilediği ve farklı toplumlarda iyileşmenin nasıl yapıldığı gibi konuları inceler. Sosyal yapılar ve kültürel uygulamaların insanların yaşamları üzerinde somut sonuçları vardır (Eckholm, 1977). Örneğin,

Mozambik'in kuzeyindeki Nampula'da, yerel olarak "*emuali*"<sup>9</sup>. olarak bilinen kültürel ve geleneksel yöntemlere dayalı erkek sünnetinin nüfusun sağlığı üzerinde doğrudan etkileri olmuştur ve olmaya devam etmektedir. Ya da Mozambik'in güneyindeki Gaza eyaletinin bazı bölgelerinde, doktor ya da hemşire yerine "*nyanga*"<sup>10</sup>'nın gücüne olan inanç da bazı durumlarda halkın sağlığını ve yaşamını riske atmaktadır. Bu iki örnekte bazı sorular sorulabilir: Bir babanın, HIV/AIDS virüsü veya diğer bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski olmaksızın güvenli bir sünnet gerçekleştirmek üzere eğitilmiş profesyonellerin bulunduğu hastaneler olduğunu bilerek oğlunu emuali kabul törenleri sırasında sünnet ettirmeyi tercih etmesinin nedenleri nelerdir? bir kişinin sıtma tedavisinde anti-retroviral tedaviyi (ART) veya "*coartem*"i reddedip, ölümlerin ruhuyla iletişim kuran nyanga tarafından sağlanan kök veya yapraklarla tedavi olmayı seçmesinin nedenleri nelerdir? Ayrıca "hasta-doktor" ve "hasta-nyanga" ilişkileri ne şekilde kuruluyor? Bu soruların yanıtları bizi, sosyal yapıların ve kültürel uygulamaların insanların yaşamlarında somut sonuçları olduğu fikrine götürmektedir (Eckholm, 1977). Öte yandan, sağlık ve hastalık sosyolojisinin ve sosyologların sağlık ve hastalıkla bağlantılı sosyal yönleri anlamadaki rolünü vurgulamaktadırlar. Bununla birlikte, sağlık ve hastalık sosyolojik açıdan ilginçtir çünkü sosyal faktörler hastalık ve iyileşmenin çeşitli aşamalarında rol oynar (Parsons, 1951 citado por Timmermans e Haas, 2009:660).

#### **1.1.5.2.1.Sosyolojik yaklaşımlar açısından sağlık ve hastalık**

Sosyologlar, ampirik araştırmalara dayanarak, sınıf, mesleki çıkarlar, güç, cinsiyet ve etnik köken etkileşimlerinin bilginin oluşumuna ve bir hastalık veya hastalığın tedavisine nasıl girdiğini gösterirler. Hastalığın ve hastalığın sosyal üretimini ve dağılımını gösterirler. Sosyologlar, hastalıkların nasıl farklı anlaşılabileceğini, tedavi edilebileceğini ve deneyimlenebileceğini göstererek, hastalığın doğadan, biyolojiden

---

<sup>9</sup>Özetle, Mozambik'in kuzeyindeki Nampula eyaletinde sünnet uygulaması terk edilmektedir. HIV/AIDS ve bulaşıcı hastalıkların yüksek oranda yayılması nedeniyle ameliyat giderek daha fazla tercih edilmektedir. Kabul törenleri sırasında sünnet edilmiş çocuklar, ergenler ve gençler (*Lukhos* olarak adlandırılır) 30 ila 40 gün boyunca bir araya getirilir. Ahlaki eğitimin yanı sıra, ev içi bakım, ölü bakımı ve hatta cenaze törenleri gibi çeşitli testlere tabi tutulurlar. Geçmişte pek çok kişi bıçakla sünnet ediliyordu ve bu yöntem HIV/AIDS'in yayılmasına katkıda bulunuyordu (Carvalho, 2013).

<sup>10</sup>*Nyanga* - şifacı anlamına gelen Xixanganaca kökenli terim (çoğunlukla güney Mozambik'te Xangana kabilesi tarafından konuşulan yerel dil). Kendileriyle profesyonel ve ontolojik bir ortak yaşam oluşturan ölümlerin ruhları tarafından sahiplenilmeleri nedeniyle iyileştirme, kehanet ve ritüel etkinlik güçlerine sahip kişilerdir (Honwana, 2002). *Nyanga*'nın rolü ve işlevi terapötik ve ritüel hizmetlerin sağlayıcısı olmak, ruhani varlıklarla arabuluculuk yapmak (kehaneti kullanarak) ve belirsizliğin yöneticisi olmaktır.

veya bireysel yaşam tarzı seçimlerinden ziyade sosyal örgütlenmeden nasıl üretildiğini ortaya koyarlar. Sosyologlar biyoloji bilimcisi olduklarını iddia etmeseler de, sağlık ve hastalıkla ilgili bilgilerimizin siyasi, sosyal ve kültürel bir ortamda yaratıldığını göstermek için biyolojik bilginin sosyolojik olarak açıklanabileceğini iddia ederler. Hastalık hakkında saf, değerden arınmış bilimsel bilgi yoktur (White, 2017).

#### ***1.1.5.2.1.1. İşlevselci yaklaşım***

İşlevselcilik, toplumda kurumlar, hiyerarşiler ve normlar gibi sosyal yapılar tarafından yerine getirilen işlevlere odaklanan teorik bir bakış açısıdır. Bu teoride işlev, belirli bir faaliyetin bir sistemin sürdürülmesini ne ölçüde desteklediğini veya engellediğini ifade eder. İşlevselcilik 20. yüzyılın başlarında ortaya çıkmış ve 1950 ve 1960'larda Amerikan sosyal teorisine hakim olan Émile Durkheim, Talcott Parsons, Herbert Spencer ve Robert Merton gibi yazarlarla ilişkilendirilmiştir (White, 2002).

İşlevselcilik, toplumu "birbirine bağlı ve birbiriyle ilişkili parçalardan" oluşan bir sistem olarak tanımlayan sosyolojik bir bakış açısıdır. Amerikalı sosyolog Talcott Parsons (1902-1979) işlevselci teorinin vaftiz babası olarak kabul edilir. Parsons, T.H. Marshall (İngiliz ekonomist), Vilfredo Pareto (İtalyan sosyolog-ekonomist), Emile Durkheim (Fransız sosyolog), Max Weber (Alman sosyolog) ve Sigmund Freud (Avusturyalı psikolog) gibi farklı sosyal teorisyenlerden etkilenmiştir (Haralambos, 2000:85).

İşlevselcilik bireylerden ziyade topluma odaklanır ve toplumu sosyal bir sistem olarak görür. Bir sosyal sistemin "işlevsel önkoşullar" olarak adlandırılan belirli ihtiyaçları olduğunu ve bu ihtiyaçların sosyal sistemin varlığını sürdürmesi ve hayatta kalması için önemli olduğunu savunur. İşlevselcilik, toplumun farklı parçaları arasındaki ilişkileri vurgular. Bu, her "parçanın" (birey veya grup) bir rolü olduğu ve bu rolün diğer parçaların ve bir bütün olarak toplumun rollerini etkilediği anlamına gelir. Dolayısıyla, bir alandaki (parçadaki) değişimin başka bir alanda da değişime yol açması mantıklıdır. "Parçalar" arasındaki ilişkiler, "değerler konsensüsü" olarak bilinen toplum üyelerinin değerleri ve normları tarafından belirlenir (White, 2002).

İşlevselciler, sistemlerinin sorunsuz işlemesi halinde toplumdaki tüm farklı grupların bundan fayda sağlayacağına inanırlar. Marx gibi Parsons da kapitalizmi bir 'sosyal sistem' olarak görmektedir. Ancak Parsons kapitalizmin adil olduğuna ve

bireylerin toplumdaki katkı ve çabalarına göre kazandıklarına inanmaktadır. Parsons, bireylerin sistemden faydalanma potansiyeline odaklanır. Bu nedenle Parsons, "servet ve güç eşitsizlikleri üzerinde yükselen bir ekonomik sistemin kaba işleyişinin dayattığı gereklilikler yerine, insanların kendi karar ve seçimlerine göre hareket etme yeteneği" olarak tanımlanan gönüllülüğü vurgulamaktadır (White, 2002).

Sağlık ve hastalık açısından, işlevselci bir bakış açısıyla, sağlık sistemi farklı parçalardan oluşur ve bu sistemin her bir parçasının diğer parçaları ve daha sonra tüm sağlık sistemini etkileyebilecek kendi önemli rolü vardır. Örneğin doktor, sahip olduğu bilgi birikimiyle, toplumdaki rollerini yerine getirebilmeleri için hastalarla ilgilenerek toplumda önemli bir rol oynar. Eğer doktor toplumun bir üyesi olarak görevlerini en iyi şekilde yerine getirmezse, bu durum toplumun tüm sistemini etkiler, çünkü toplumun pek çok üyesi hastalanabilir. Benzer şekilde, bir ülkenin siyasi yapısı düzgün işlemediğinde, yoksulluk, yolsuzluk ve işsizlik, suçluluk gibi sorunlar ortaya çıkar. Bu sosyal sorunlar vatandaşlar için sağlık sorunlarına yol açabilir ve onları toplum sisteminin düzgün işlemlerini sağlamanın bir parçası olan faaliyetlerinde başarısızlığa maruz bırakabilir.

#### ***1.1.5.2.1.2. Marxist yaklaşım***

Marksizm siyasi, sosyolojik ve ekonomik bir felsefe olarak kabul edilir ve ana öncüleri Karl Marx ve Friedrich Engels'tir (Elster, 1986). Marksistler sosyal sınıflar arasındaki eşitlik anlayışına odaklanır ve kapitalist toplumdaki eşitsizliği vurgular (Norrie, 1982). Marksizm kavramlarına tarım alanında başlar ve daha sonra mal sahipleri ile işçiler arasındaki çatışmaların başladığı sanayi sektörüne kadar uzanır. Marksizmin üç ana yönü vardır: diyalektik ve materyalist tarih kavramı, kapitalizm eleştirisi ve proleter devrim savunusu. Marksistler, insanların gelirlerini kontrol edemedikleri için savunmasız olduklarına inanmaktadır (Moklif ve Ratoubi, 2016).

Marksizmin sağlık ve hastalık sosyolojisine katkılarına gelince, Kevin White'ın bir çalışmasında (2002), materyalist ve Marksist gelenekteki araştırmacılar tarafından üretilen, hastalığın üretimi ve toplumsal dağılım örüntüsüne ilişkin güçlü sosyolojik açıklamalar öne çıkmaktadır. Bu yaklaşımlar, ekonomik çıkarların hem hastalığın üretiminde hem de tedavi edilme biçiminde belirleyici rolünü vurgulamaktadır (White, 2002). Bu argümanların somut bir örneği, HIV/AIDS gündeminin sadece bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda sosyo-ekonomik bir yük olduğu, özellikle Afrika ülkelerindeki (Mozambik dahil) HIV/AIDS salgınıdır. Farklı çıkarları içeren ve harekete

geçiren büyük ekonomik, sembolik ve siyasi değerlere sahip bir endüstridir (Parker, 2000). Bu yaklaşımlar tıbbın kapitalist toplumlarda temel bir işlevi olduğunu savunur: kapitalistlerin kâr peşinde koşmalarının neden olduğu hastalıkların kurbanlarını bu durumlarından dolayı suçlar. Dahası, hastalığın tedavi edilme biçiminin kendisi de kapitalist toplumun bir yönüdür (White, 2002). Mozambik bu yaklaşımlar üzerine düşünmek için kesinlikle verimli bir alan. Kronik yolsuzluğun eşlik ettiği yüksek ekonomik ve siyasi değerleri içeren büyük ölçekli vakalara odaklanmadan, son yıllarda HIV ve COVID-19 test sonuçlarının tahrif edilmesi ve HIV pozitiflere yönelik ilaç ve gıdaların gizlice transfer edilmesi gibi daha yaygın örnekler düşünülebilir.

Kamu Dürüstlüğü Merkezi (CIP) tarafından hazırlanan bir rapor Mozambik'te kamu sağlık sektöründeki yolsuzluk sorunlarına dikkat çekti. Bu kuruma göre, kamu ihalelerinde şirketlerin seçimi siyasi elitlerle bağlantılı kayırmacılığı ortaya koymaktadır. CIP, "milyonluk ihaleler için verilen savaşın iki yıldan uzun bir süredir ilaç ithalatı sürecini nasıl felce uğrattığını, bunun da stokların tükenmesine neden olduğunu ve milyonlarca Mozambiklinin hayatını riske attığını" göstermiştir (CIP, 2021). Bu örnekler karşısında akla gelen soru şudur: kaç kişi bu işten kârlı çıkmıştır ve kaç vatandaşın sağlık durumu kötüleşmiş ve kayırmacılık ve kâr mücadelesi nedeniyle temel malzemelerden yoksun bırakılmıştır? Sağlık sektörünün dışında, ancak bir şekilde bağlantılı olarak, Mozambik'teki yeni dini hareketlerin hizmetlerinde canlı olarak gerçekleştirilen "HIV/AIDS virüsünün" ve "diğer hastalıkların" kehanetle tedavisi üzerine de düşünülebilir. Bu durumda sorulması gereken soru şudur: Bir hükümet, ülkenin HIV/AIDS konusunda alarm durumunda olduğu bir durumda bu etkinliklere nasıl izin verebilir? Kuşkusuz bu dini hareketlerin arkasında, çoğunlukla alt sınıfa mensup olan inananların ödediği ondalıklardan kazanç sağlayan elit kesimler vardır. Marksistler ayrıca tıp mesleğinin, hastalığı bireyselleştirip depolitize ederek ve sağlık sertifikasına erişimi kontrol ederek, işçi sınıfının sosyal kontrolünün bir aracı olarak hareket ettiğini savunmaktadır. İnsanları iyileştirmeyen ama muazzam karlar getiren yüksek maliyetli teknik "çözümler" aranmaktadır. Kapitalist bir toplumda tıp kar odaklıdır, kurbanı suçlar ve doktor olan insanlar açısından sınıf yapısını yeniden üretir, örneğin, genellikle erkekler, üst orta sınıf öğrencileri özel eğitimlidir veya genellikle alt orta sınıf kadınları olan hemşireler. Sağlık hizmetlerine erişim de sınıfsal eşitsizliği yansıtmaktadır (White, 2002:8).

### ***1.1.5.2.1.3.Parsons'cı yaklaşım***

Tıbbın alternatif bir analizi, modern toplumların kapitalist bir ekonomiye sahip olmakla birlikte kapitalist olmayan sosyal yapılara sahip olduğunu savunan Talcott Parsons tarafından yapılmıştır. Tıp mesleğinin de bu yapılardan biri olduğunu savunur. Tıp uzmanları, hastalarına bakmak gibi para kazanmaktan başka faktörlerle motive olurlar. Tüm toplumun çıkarları doğrultusunda hareket ederek, bireyleri yargılamadan ve en iyi bilimsel bilgiyi kullanarak hastalıkları için özel olarak tedavi ederek ekonomik olmayan önemli bir işlevi yerine getirirler. Deyim yerindeyse, piyasanın bireyleri ezip geçtiği rekabetçi kapitalizm çarkına karşı bir denge unsuru oluştururlar. Parsons aynı zamanda tıbbın modern toplumlarda sapkınlığı kontrol etmek için önemli bir kurum olduğunu vurgulamaya devam eder (White, 2002).

Sadece bilimsel bakıma dayalı iyi huylu bir kurum değildir, aksi takdirde sosyal rollerinden kaçmaya çalışabilecek bireylerin sapkın eğilimlerini kontrol etmek için hareket eder. Parsons, modern hayatın stresinin insanları normal sorumluluklarından kaçmak için hasta rolüne itecek kadar büyük olabileceğini ve bu eğilimin kontrol edilmesi gerektiğini savunur. Dolayısıyla, her ne kadar tıba Marksistlerden daha olumlu bir bakış açısıyla yaklaşılsa da, tıbbın hastalıkların salt bilimsel tedavisi iddiasının ötesinde bir toplumsal işlevi yerine getirdiğini düşünmektedir. Parsons'ın analizi, tıp mesleğinin güdülenmiş sapkınlığı kontrol etmek için nasıl hareket ettiğini gösterir ve hastalığın toplumsal gerilime bir yanıt olarak tanımlanmasını sağlar. Parsons'ın hastanın rolü kavramı, hastalığın doğal ve biyolojik bir şey olduğu fikrini sorunsallaştırmada çok faydalıdır, ancak akut hastalık dönemlerine odaklanması bakımından sınırlıdır. Genel olarak, Parsons'ın modern toplumların istikrarlı olduğuna dair uzlaşma odağı, 1950'lerde yazarken kendisine görüldüğü kadar doğru değildir (White, 2002).

Doktor-hasta ilişkileri, Parson'un sağlık ve hastalık anlayışına yaptığı katkılardan biridir. Hastalar ve tıp arasındaki bu ilişkiler, son yıllarda sosyologların büyük ilgisine ve önemli bir kuramsallaştırma çabasına konu olmuştur. Bununla birlikte, sosyolog Talcott Parsons'ın düşüncesi, kendi zamanının karakteristik patolojilerinden, genellikle bulaşıcı olan akut hastalıklardan etkilenmiştir.

Bununla birlikte, modern toplumlarda hastalık ve tıbbın yeri Parsons, hastalık ve tıbbın küresel toplumdaki yerine ilişkin bir analiz öneren ve ardından doktor-hasta ilişkisini anlamayı mümkün kılacak bir model çıkaran ilk sosyologdur. Sağlığın toplumun

düzgün işleyişi için gerekli olduğu, buna karşılık hastalığın toplumsal düzeni bozma gücüne sahip olduğu ve potansiyel bir sapma teşkil ettiği gözleminde yola çıkar. Parsons'a göre doktor, bir kişinin hasta olduğunu ilan etme ve o andan itibaren kişiyi yükümlülüklerinden muaf tutma yetkisine sahip tek kişidir. Tıbbın bu sosyal kontrolü bir bütün olarak toplum için faydalı görülmekte ve tıp tamamen topluma adanmış bir meslek olarak ortaya çıkmaktadır.

#### ***1.1.5.2.1.4.Foucault'cu yaklaşım***

Foucault'yu ilgilendiren, tıbbın profesyonelleşmesinin bir ürünü olan hastalık kategorisinin gelişimidir. Michel Foucault modern toplumun bir başka önemli yönüne dikkat çeker: Bu toplum, profesyonel grupların idari bir devlet adına insan kategorilerini -hasta, deli, suçlu, sapkın- tanımladığı, yönetilen bir toplumdur. Foucault'ya göre tıp, normal davranışı denetleyen ve 'normal'e uyulmasını sağlamak için akredite profesyonelleri kullanan idari devletin bir ürünüdür. Modern toplum, Max Weber'in Demir Kafes'inin bir versiyonudur; burada meslek (ve onun hastalık kategorileri) yurttaşlar üzerinde totalleştirici bir gözetim uygular. Foucault ayrıca, çoğumuzun bu davranış normlarını çoğunlukla içselleştirmiş olduğumuz ve yardım uzmanlarının hizmetlerine nadiren ihtiyaç duyduğumuz önemli bir noktanın altını çizmektedir. Göreceğimiz gibi, Foucault'nun argümanı Marksist ve feminist pozisyonlar için ciddi sorular ortaya çıkarmaktadır. Feministlere göre, modern toplum ataerkdir ve erkekler, nasıl görünmeleri ve davranmaları gerektiğine dair erkek tanımlarına uymak zorunda kalan kadınlar üzerinde güç kullanmaktadır (White, 2002).

Ancak Foucault'nun iktidar teorisi, iktidarın yayılımını ve çoğumuzun -kadın ya da erkek- çoğu zaman toplumsal normlara uyma konusundaki istekliliğini vurgular. Benzer şekilde Foucault'nun argümanı, iktidarın kapitalist sınıfın elinde merkezileştigiğine odaklanan Marksist açıklamalara meydan okur. Foucault'ya göre iktidar, ister sınıfsal ister ataerki ilişkilere dayansın, hiçbir grubun malı değildir. Foucault'nun konumunun faydası, tıbbi bilgiyi tarihsel olarak konumlandırması, özellikle de beden sosyolojisinin gelişimini sağlamasıdır. Bedenin tarihsel olarak nasıl inşa edildiğini göstererek Foucault, analiz edilmesi gerekenin toplumsal cinsiyete özgü bedenlerin inşası olduğunu gösteren feministler tarafından benimsenmiş ve genişletilmiştir (White, 2002:9).

#### **1.1.5.2.1.5.Feminist yaklaşım**

Marksistlerin çağdaş yaşamın her zaman ekonomik faktörler tarafından şekillendirilmediği yolları görmezden geldiği, Parsons'ın toplumsal yaşamın “gerilimlerini” belgelemede çok ileri gitmediği ve bedenlere olan tüm ilgisine rağmen Foucault'nun toplumsal cinsiyeti tartışmadığı doğrudur. Feminist sosyoloji, özellikle Marksist ve Foucaultcu sosyolojiyi genişletmeye ve geliştirmeye çalışır. Feministlerin temel argümanı, erkek ve kadın toplumsal rollerine göre sosyalleşme biçimimizin sağlığımız ve hastalıklarımız üzerinde belirleyici bir etkisi olacağıdır (White, 2002:9-10). Tıbbın bu toplumsal rollere uyulmasını sağlamada hayati bir rol oynadığını ve özellikle kadınları hedef aldığını savunmaktadırlar. Bunun nedeni, kadınların üreme yeteneğini kontrol etmenin ataerkil bir toplum için temel olmasıdır. Feministlere göre, kadınlara gösterilen tıbbi ilginin neredeyse tamamının üreme organları ve çocuk doğurma yetenekleri ile ilgili yaşam döngüleri etrafında dönmesi tesadüf değildir (White, 2002:9-10).

Pek çok durumda, kadınların hasta olarak teşhis ve tedavi edilmesi, kadınların uygun toplumsal rollerine, özellikle de annelik rollerine ilişkin kötü bir şekilde gizlenmiş toplumsal normlardan başka bir şey değildir. Modern tıbbın rolü ve işlevine dair Marksizm ve feminizmin bir karışımından ortaya çıkan güçlü açıklamalar vardır. Marksist feministler kapitalizm, ataerkillik ve tıbbın kökenlerinin birbiriyle bağlantılı olduğunu savunmuşlardır. Sermayenin mirasını mümkün kılmak için çocukların meşruiyetini sağlama ihtiyacı, tıp mesleğinin kadınları kontrol etmede çok önemli bir rol oynadığı anlamına geliyordu. Çağdaş kapitalizmde meslek, kadınların özel alandaki ev içi rolünü meşrulaştırma işlevini yerine getirmekte, kadınların annelik ve bakıcılık rolünü doğanın bir 'gerçeğine' dönüştürmektedir. Böylece kapitalistlere en az maliyetle yeni nesil işçilerin yetiştirilmesini ve beslenmesini sağlar. Aynı zamanda kadınları, nüfusun kârlı olmayan kesimlerinin - çocuklar ve yaşlılar- sağlık hizmetlerinin daha büyük bir kısmından sorumlu hale getirir (White, 2002).

Tıbbın bedenlerini tıbbileştirme biçimine yönelik feminist tepkiler, hastalığın sosyolojik açıklamalarının merkezinde yer alan önemli soruları gündeme getirmiştir. Bir yandan, kadınların kapitalist patriyarka deneyimlerini 'hastalık' olarak açıklamak, onlara nasıl ezildiklerine dair bir açıklama sağlamaktadır. Örneğin, premenstrüel sendromun bir hastalık olarak varlığını savunmak, yaşadıkları stresin toplumsal meşruiyeti olan bir

açıklamasını sağlar. Öte yandan, toplumsal açıklamalarını biyolojik bir açıklamaya dönüştürmek, erkek doktorların onları hasta olarak tanımlamaları karşısında onları güçsüz bırakmaktadır (White, 2002:10).

### **1.2.Amaç**

Bu araştırmanın genel amacı Panda'da gençlerin HIV/AIDS'ten korunmaya yönelik bilgi, algı ve deneyimlerini ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Buna yönelik olarak saptanan alt amaçlar şunlardır:

- Katılımcıların HIV/AIDS virüsü ve bulaşma yolları hakkında ne düzeyde bilgi sahibi olduğunu ve bu bilgiyi nereden ve nasıl edindiklerini,
- Katılımcıların HIV/AIDS virüsünün tedavisi konusunda bilgi düzeylerini ve bu hastalığı nasıl algıladıklarını
- Katılımcıların HIV/AIDS virüsünü önleme yöntemleri hakkında bilgi sahibi olup olmadıklarını ve bu yöntemleri kullanma konusundaki istekliliklerini,
- Katılımcıların çevrelerinde gördükleri farklı aşamalardaki HIV/AIDS vakaları konusunda nasıl bir tutuma sahip olduklarını,
- Katılımcıların HIV/AIDS pozitif vakalara yönelik ayrımcılık uygulayıp uygulamadıklarını ve kendisi pozitif olanların ayrımcılığa veya dışlanmaya maruz kalıp kalmadıklarını, kalıyorsa bu süreci nasıl deneyimlediklerini
- Katılımcıların AI ortaya koymak ve bulguları sağlık sosyolojisi çerçevesinde analiz edip yorumlamak.

### **1.3.Önem**

Bu araştırma, bir yandan HIV/AIDS'in dünyada ve özellikle Mozambik'te halk sağlığı açısından teşkil ettiği sorunun büyüklüğü ile motive olmaktadır. Bilindiği üzere bu virüs tüm dünyada binlerce insanın ölümüne yol açmış ve aynı zamanda sosyal sorunların da önemli bir nedeni olmuştur.

Mozambik'teki HIV/AIDS durumu çok karmaşıktır, bu virüsle mücadeleyi zayıflatan çeşitli sosyal faktörlerle çevrilidir ve bu durumdan en çok etkilenenler gençlerdir. Sosyoloji ve antropoloji gibi sosyal bilimlerde nitel araştırmalar azdır. Ülkede virüsün yaygınlık ve görülme sıklığı seviyesini bilmek için istatistiksel veri toplamayı amaçlayan daha fazla nicel çalışma vardır. Ancak bu çalışmaların çoğu Mozambik'te HIV/AIDS oranlarındaki artışa katkıda bulunan çeşitli faktörleri tespit etmiş olmakla

birlikte, bu virüse ilişkin bireysel ve kolektif davranışlar hakkında daha derin açıklamalardan yoksundur.

Mozambik'te HIV/AIDS'e ilişkin davranışlar, tutumlar ve algılar üzerine yapılan araştırmaların neredeyse tamamı ülkenin büyük şehirlerinde (başkent Maputo, Beira ve Nampula şehirleri ile bazıları Quelimane şehrinde) gerçekleştirilmiştir, Mozambik'in kırsal kesimi geniş aileler, sosyokültürel ve dini inançlar ve yüksek düzeyde cehalet ile karakterize edildiğinden, bu durum araştırmacılar ve sponsorları tarafından gözlemlenen kriterler hakkında bazı soru işaretleri ve şüpheler doğurmaktadır.

Bu durum, yakın geçmişte COVID-19 virüsüyle mücadelede uygulanan stratejilere benzemektedir; tedavi ve önleme tedbirleri tüm sosyal bağlamlar için neredeyse tek tipti, çünkü virüsün sosyal, ekonomik veya siyasi statüden bağımsız olarak ülkenin her köşesinde çoğalacağı biliniyordu.

#### **1.4.Sınırlılıklar**

Bu çalışma Mozambik'in Panda, Inhambane bölgesinden gençlerle sınırlıdır.

Panda'daki gençlerin HIV/AIDS'ten korunmaya, yönelik bilgi, algı ve deneyimleri ile sınırlıdır.

## **2.Yöntem**

### **2.1.Araştırma Modeli**

Söz konusu araştırma probleminin doğası gereği nitel bir yaklaşım seçilmiştir. Nitel araştırma, görüşülen kişiler tarafından sunulan anlamların ve durumsal özelliklerin detaylı bir şekilde anlaşılması girişimi olarak tanımlanabilir (Richardson, 1999). Bilgi üretimi, araştırmacı ve araştırılan arasında etkileşimli, iletişimsel bir şekilde gerçekleşir ve döngüsel bir bilgi süreci meydana gelir. Genel anlamda nitel araştırma, metinlerin (sözlü ve yazılı) toplanması, gözlemlenmesi ve analiz edilmesi ve davranışların doğrudan gözlemlenmesi ile ilişkilendirilebilir (Silva, 2008).

Başka bir deyişle, nitel araştırma, incelenen olayları saymaya veya ölçmeye çalışmaz ve verileri analiz etmek için istatistiksel araçlar kullanmaz. Çalışma geliştikçe tanımlanan geniş sorulardan veya ilgi odaklarından başlar. Araştırmacının incelenen durumla doğrudan teması yoluyla insanlar, yerler ve etkileşimli süreçler hakkında betimleyici veriler elde eder ve olguları öznelere, yani incelenen durumun

katılımcılarının bakış açısına göre anlamaya çalışır (Godoy, 1995). Dolayısıyla, çalışma betimleyici olduğunda ve amaç olguyu karmaşıklığı içinde bir bütün olarak anlamak olduğunda, nitel bir analizin en uygun analiz olması mümkündür.

Bu bağlamda, bu araştırma belirli bir grup gencin HIV/AIDS virüsü hakkındaki bilgi, algı ve deneyimlerine ilişkin veri toplamaya odaklanmıştır. Araştırma, HIV/AIDS virüsünün ciddi bir sorun olduğu, yani söz konusu soruna aşına olan insanların bulunduğu bir bağlamda uygulandığı için nitel yaklaşım benimsenmiştir. Genel olarak nitel yaklaşım, Panda'daki gençlerin HIV/AIDS ile ilgili olarak sosyal gerçekliği nasıl inşa ettiklerine dair bakış açılarını anlamaya yardımcı olmuş ve ayrıca HIV/AIDS virüsüne karşı korunma konusundaki bilgi, algı ve deneyimlerini derinlemesine ve ayrıntılı olarak tanımlamaya yardımcı olmuştur.

## **2.2.Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Nitel araştırmalarda evren ve örneklem kavramları kullanılmadığından, katılımcılar bir grup katılımcı olarak anılmaktadır. Katılımcılar Panda'da yaşayan gençlerdir. Yaşları 16 ile 30 arasında değişen 14 katılımcıdan 9'u cinsel deneyime sahip (4'ü HIV/AIDS ile enfekte ve 5'i virüssüz), geri kalan 5 genç ise cinsel deneyime sahip değildir. Bu katılımcılar amaçsal örnekleme tekniğine göre seçilmiştir. Görüşülen tüm gençler Mozambik'in Inhambane iline bağlı Panda bölgesindedir ve bu bölgede ikamet etmektedir. Aumentar tecnicas selecciono.

### **2.2.1.Panda İlçesi, Mozambik**

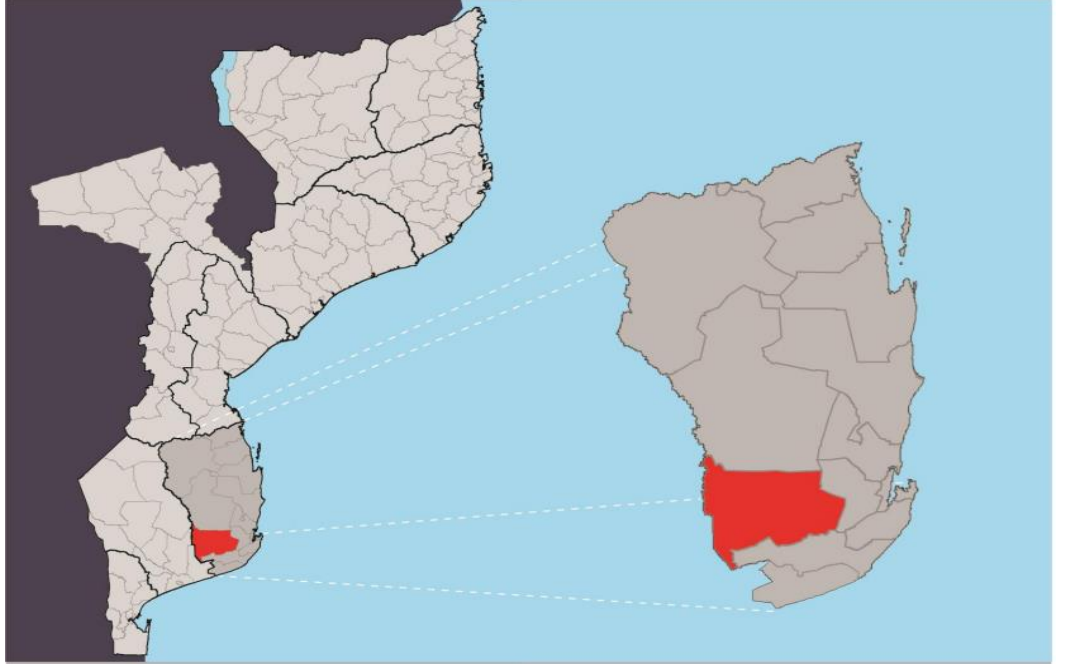
Mozambik son yıllarda benzeri görülmemiş bir nüfus artışı yaşamıştır. 1997 yılında 16 milyon olan nüfus 2017 yılında yaklaşık 29 milyona yükselmiştir ve 2040 yılına kadar 46 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (INE, 2007). Mozambik'in nüfusu %65'i 25 yaşın altında ve %46'sı 15 yaşın altında olmak üzere oldukça gençtir. Mevcut tartışmaların odak noktası, ülkenin demografik kazanımı ve gençlik avantajı olan değerli kaynağı yakalamak için fırsatları nasıl en üst düzeye çıkarabileceğidir.

Ülke Afrika'daki en dinamik ekonomilerden birine sahip; 1992'de 16 yıl süren iç savaşın sona ermesinden bu yana etkileyici bir hızla büyüyor. Ancak bu durum eşitsizliklerde kayda değer bir azalma getirmemiştir ve 2016 İnsani Gelişme Endeksi'ne göre Mozambik 188 ülke arasında 181. sırada yer almaktadır. Mozambik, kökleşmiş ayrımcılık, her iki kız çocuğundan birinin 18 yaşından önce evlendirildiği çocuk yaşta

evlilik gibi zararlı uygulamalar da dahil olmak üzere keskin toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin damgasını vurduğu bir ülkedir. Yaygın toplumsal cinsiyete dayalı şiddet, 15-24 yaş arası kız çocukları ve genç kadınlar arasında yaygınlığının erkek çocukları ve genç erkeklere kıyasla 3 kat daha fazla olduğu HIV salgınının kadınlaşması ve 15-19 yaş arası kız çocuklarının %46'sının hamile veya anne olduğu yüksek ergen hamilelik oranları toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini derinleştiren unsurlardır (INE, 2017).

Panda ilçesi, Mozambik'teki Inhambane eyaletinin güney kesiminde yer almaktadır. İlçe 6,852 km<sup>2</sup> yüzölçümüne sahiptir ve tahmini nüfusu 56,792 kişidir. Çoğunluk genç nüfus ve nüfusun% 42'si 15 yaşın altında (çoğunlukla kadın). Sadece 5 hastanesi vardır ve 1 hastanenin 11 bin kişi kapasiteli olduğu tahmin edilmekte, bu durumda her 2000 kişiye bir doktor düşmektedir.

*Şekil 6 Panda Coğrafi Konumu*



**Kaynak:** Panda Bölge Hükümeti, 2000.

### **2.3.Verilerin Toplanması**

Tüm veriler Panda, Mozambik'te çevrimiçi olarak toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış görüşmeler seçilmiştir. Burada, önceden bir görüşme formu düzenlenmiştir. Tüm veri toplama süreci çevrimiçi olduğundan, WhatsApp aramaları kullanılmış ve tüm aramalar (konuşmalar) kaydedilmiş ve daha sonra veri işleme sürecinde yazıya dökülmüştür. Veri toplama sürecini kolaylaştırmanın bir yolu olarak, Panda'da ikamet eden ve bazı gençleri görüşmelerin yapılacağı konusunda bilgilendiren

ve karşılığında görüşmelere katılmaya gönüllü olan biriyle temas kurulduğu belirtilmelidir. Görüşmelere katılmak için 18 yaşın altındaki gençlere velileri tarafından izin verilmiştir. Ancak 15 yaşında HIV/AIDS pozitif bir kız görüşmelere katılmak istemiş ancak velileri kabul etmemiştir.

Bu çalışma kapsamında toplanan tüm veriler betimsel olarak analiz edilmiştir. Bu amaçla ilk olarak, görüşmelerin ses kayıtları yazıya dökülmüş ve orijinaline sadık kalınarak Türkçe'ye çevrilerek analiz edilmiştir. Araştırmadaki temel sorular doğrultusunda katılımcıların görüşlerinin en göze çarpan noktalarını yansıtmak amacıyla, özellikle HIV/AIDS ile yaşayanlar olmak üzere, gizlilik nedeniyle katılımcıların isimlerinin atlandığı alıntılara sıklıkla yer verilmiştir.

### **2.3.1. Veri toplama süresi**

Bu araştırma bir yüksek lisans tezidir. Veriler çevrimiçi olarak toplandığı için yaklaşık altı ay sürmüş ve Kasım 2022 sonu ile Mayıs 2023 arasında gerçekleşmiştir. Bu süre, Panda'daki gençlerle görüşmelere katılmaları konusunda konuşmayı ve verilerin toplanmasını kapsamaktadır. Bununla birlikte, görüşmelere katılan gençlerden bazılarının Whatsapp'a bağlanabilmeleri (sesli görüşme) için internet ücreti ödendi. Tüm bu süreç Panda, Mozambik'te yaşayan bir arkadaş sayesinde gerçekleşti. Tüm görüşmeler benim tarafımdan gerçekleştirildi.

### **2.4. Geçerlilik ve Güvenilirlik**

Nitel ve nicel araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirlik sorunu, kanıta dayalı uygulamaları merkeze alan tartışmalara yol açmaktadır. Bu tartışmalar, her bir araştırma çalışması farklı epistemolojik ve ontolojik paradigmalardan yola çıktığı için sonuçta pek de verimli olmayan bir dizi karmaşık argümana dönüşme eğilimindedir. Görünüşe göre, bu tartışmalar "mikro-politikaya" benzemektedir, yani araştırmacılar "mikro-politikacılar" haline gelmekte ve bazı durumlarda kendi çıkarlarını desteklemek için güç ve etki kaynaklarını kullanmaya çalışmaktadır (Hoyle, 1982).

Bu anlamda, kanıtların gerçek sayılara dayandığı nicel araştırmalardan farklı olarak, nitel araştırmalarda test edilecek ve kanıtlanacak sayılar olmadığı için verilerin geçerliliğini ve güvenilirliğini garanti altına almak zordur. Bu amaçla, Guba ve Lincoln geçerlilik ve güvenilirlik kriterlerini dört ana kategoriye ayırır: inandırıcılık, güvenilirlik,

teyit edilebilirlik ve aktarılabilirlik. Bu yazarlara göre, bir araştırmanın sonunda sonuçların doğruluğunun teyit edilebilmesi için bu kategorilerden bir ya da daha fazlasının belirtilmesi gerekmektedir (Guba ve Lincon, 1989).

Ancak bu araştırma, tüm konuşmaların kaydedildiği Whatsapp görüşmeleri aracılığıyla çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Ses kayıtlarının deşifre edilmesi ve Türkçeye çevrilmesi sürecinde, katılımcıların verdikleri cevapların anlamlarının herhangi bir etki altında kalarak değiştirilmemesi için sıkı önlemler alınmıştır (bir noktada, bazı kelimelerin çevirilerini güçlendirmek için dili çok iyi bilen bir Türk arkadaşına danışmak gerekmiştir). Veriler çevrimiçi olarak toplanmış olsa da, bu araştırmadaki verilerin yüzeysel değil, derinlemesine ve orijinal olduğu unutulmamalıdır. Görüşmeler, katılımcıların cevaplarını daha derinlemesine incelemek veya cevaplarındaki şüpheleri gidermek amacıyla farklı günlerde tekrarlanmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcılara sorulan tüm sorular, söz konusu konuyla ilgili bilgi, düşünce, tutum ve davranışları hakkında açık uçlu olmuştur. Tüm bu önlemler ve bir WhatsApp grubunun oluşturulması (daha fazla ayrıntı aşağıdaki başlıkta) her bir katılımcıyı daha iyi tanımamıza ve karşılıklı güven ortamı yaratmamıza yardımcı oldu.

## **2.5.Karşılaşılan zorluklar**

Bu araştırma sırasında iki temel engelle karşılaşılmıştır. Bir yandan, Türkçe diliyle ilgili zorluklar vardı. Bu tez önce Portekizce yazılmış ve daha sonra Türkçeye çevrilmiştir. Bu, tüm metnin yazımının düzeltilmesinin daha uzun sürdüğü anlamına geliyordu. Bu zorluklar en çok toplanan verilerin çevirisi sırasında yaşandı, çünkü Portekizce'den Türkçe'ye uygun olmayan terimlerin yanı sıra Panda bölgesindeki nüfusun bir kısmı tarafından kullanılan Xitswa dilinden terimlerle de uğraşmak zorunda kaldık (bir katılımcı Xitswa dilinde görüşme verdi).

Öte yandan, bu araştırmanın konusu Mozambik'te hala korku ve tabu olarak görülüyor. Birçok insan ve görüşülen gençlerin bir kısmı başlangıçta HIV/AIDS virüsü veya genel olarak cinsel yaşam hakkında konuşurken kendilerini rahat hissetmediler. Bu sorunu çözmek için, öncelikle görüşülen gençleri rahatlatmak ve görüşmelerin hassasiyetlerine herhangi bir şekilde zarar vermeyeceğinden emin olmak için bir ön görüşme yapıldı. Ayrıca tüm gençlerle basit bir arkadaşlık kurmaya karar verildi ve bu da konu hakkında ve Panda ve Mozambik'teki gençlerin cinsel yaşamları hakkında konuştuğumuz bir WhatsApp grubunun oluşturulmasıyla sonuçlandı (burada her şeyden

biraz paylaştık, *mem*<sup>11</sup>, internetten ve sosyal ağlardan kareler). HIV/AIDS ve genel olarak cinsel yaşamla ilgili tabular kızlar, genç kadınlar ve yetişkin kadınlar arasında daha yaygın ve gerçektir.

---

<sup>11</sup>*Mem* kelimesi Yunanca "*mimema*"dan gelmektedir ve "taklit, taklit edilen şey" anlamına gelmektedir. Bu terim evrimsel biyolog Richard Dawkins tarafından 1976 yılında "*The Selfish Gene*" adlı kitabında kullanılmıştır. Dawkins bu terimi kültürel yayılmanın bir biçimini tanımlamak için kullanmıştır. Tıpkı genin bir kişinin genetik bilgisini aktarma yeteneğine sahip olması gibi, *mem* de bireyler arasında yayılarak bir fikri veya davranışı yayabilir. İnternette *mem* ifadesi, viral hale gelen, kopyalanan veya taklit edilen herhangi bir bilgiye atıfta bulunmak için kullanılır. Bu *memler* genellikle sosyal ağlar veya forumlar aracılığıyla internette yayılan komik içerikli resimler, videolar veya *giflerdir*. Memin temel özelliklerinden biri, duruma göre uyarlanabilmesi veya değiştirilebilmesidir ve bu nedenle kolayca viral hale gelir.

## **Bulgular ve Yorum**

Araştırmanın bu bölümü, bulguların analizi ve yorumlanmasına odaklanmaktadır ve belirlenen özel hedefler doğrultusunda, bu bölüm boyunca toplanan bulgular dört bölümde incelenmektedir.

Birinci bölümde, katılımcıların HIV/AIDS terimi/virüsü ile ilgili tanımları ve algıları incelenmektedir. Ayrıca araştırmaya katılanların HIV/AIDS virüsünün bulaşması ve önlenmesi hakkında sahip oldukları bilgileri de incelenmektedir. İkinci bölüm, gençlerin HIV/AIDS hakkında bilgiye erişim algılarını ele almaktadır. Üçüncü bölüm, gençlerin HIV pozitif olan kişilere ilişkin algılarını ele almaktadır. Bu bölümde ayrıca gençlerin HIV pozitif biriyle birlikte yaşama tercihleri de ele alınmaktadır. Dördüncü ve son bölüm Panda'daki HIV pozitif gençlerin günlük yaşamlarını ele almaktadır. Bu bölüm aile, okul, işyeri gibi bağlamları ve bu gençlerin doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleriyle olan ilişkilerini kapsamaktadır.

### **3.1.Örneklemin genel özellikleri**

Bu araştırmanın metodolojik bölümünde de belirtildiği üzere, örneklem her iki cinsiyetten ve yaşları 16 ila 37 arasında değişen 14 genç Panda yerlisinden (Jacubécua ve Matsémane mahallelerinden) oluşmaktadır. Kendisini HIV statüsü nedeniyle boşanmış olarak tanımlayan bir katılımcı dışında (eski karısı kocasının HIV pozitif olduğunu öğrendikten sonra ondan boşanmaya karar vermiştir), geri kalan 13 kişi bekarlıdır.

Eğitim düzeyine gelince, 10 genç öğrenci olduğunu söylemiştir; bunlardan 5'i farklı bölümlerde üniversite öğrencisi, geri kalan 5'i ise ortaokul öğrencisidir. Meslek olarak, görüşülen kişilerden sadece üçü görüşmeler sırasında çalışmaktadır. Bu kişiler mekanik, tarım ve cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile bağlantılı özel bir kuruluştaki proje asistanlığı alanlarında çalışmaktadır. Tüm mülakat katılımcıları arasında sadece bir kişi (kadın) çalışmadığını veya okumadığını söylemiştir. Görüşülen kişilerin hepsi kendi dini inançlarına sahiptir; bazıları Müslüman, diğerleri ise Katolik ve Protestan'dır.

### **3.2.HIV/AIDS virüsüne ilişkin yönelik bilgi ve algılar**

Mozambik hükümeti (MISAU), kamu ve özel kuruluşlar ve bireyler tarafından Mozambik nüfusunun, özellikle de gençlerin HIV/AIDS virüsünden korunma konusundaki bilgi, algı ve deneyim düzeylerine ilişkin yapılan araştırmalarla ilgili olarak başvurulmuş hemen hemen tüm raporlara göre, zaman içinde artan bir iyileşme söz

konusudur. İstatistikler virüsün neden olduğu yeni enfeksiyonların sayısının ülke genelinde arttığını gösterse de. Bununla birlikte, bu araştırmaya yön veren özel hedeflerden biri de budur ve araştırma örnekleminin 14 üyesine bu konu sorulmuştur. Diğer bir deyişle, görüşmelere katılanlara HIV/AIDS virüsü hakkında ne bildikleri sorulmuş ve hemen hemen hepsi HIV/AIDS virüsünü halihazırda bilinen tanımlarla, özellikle de Dünya Sağlık Örgütü veya Levy (2010) tarafından yapılan tanımlarla aynı şekilde tanımlamıştır. Kendileriyle yapılan görüşmelerden, HIV'in insan bağışıklık yetmezliği virüsü olduğunu ve AIDS'in de HIV virüsü için erken test veya tedavi yapılmaması sonucu edinilen bağışıklık yetmezliği sendromu olduğunu bildikleri ortaya çıkmıştır. Vurgulanması gereken bir gerçek, aşağıdaki ifadelerde de görülebileceği gibi, tüm bu gençlerin HIV/AIDS virüsünü devam ettikleri okul ve üniversitelerdeki derslerde, hastanelerde, ailede, televizyonda, internette ve arkadaş sohbetlerinde duyduklarını veya bu konuda bilgi sahibi olduklarını teyit etmeleridir.

*“AIDS, HIV virüsünün neden olduğu bir hastalıktır. Başka bir deyişle, HIV insan bağışıklık yetmezliği virüsü, AIDS ise edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromudur. HIV virüsü insan vücuduna girdiğinde, heritrositlere saldırarak bağışıklık sistemini çok zayıf bırakır ve virüse karşı kendini savunamaz ve vücudu diğer fırsatçı hastalıklara yatkın hale getirir. Okulda okudum. Tam da bu konuyu ele alan bir dersim vardı.” (Kadın. 18 yaş. Hemşirelik ve anne-çocuk sağlığı öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“...HIV/AIDS, insan vücudunun savunma sistemini zayıf bırakan bir insan bağışıklık yetmezliği virüsüdür. Bunu okulda ve evde öğrendim. Babam bana her zaman açıklar, kendisi hemşiredir” (Erkek. 17 yaş. Lise öğrencisi. CDY ve HIV/AIDS-)*

*“HIV, AIDS'e dönüşebilen ve öldürebilen bir insan bağışıklık yetmezliği virüsüdür. Ayrıca tüberküloz ve diğer hastalıklara da yol açabilir. HIV/AIDS ve cinsel sağlık hakkında okulda ve internette bilgi ediniyorum” (Erkek. 20 yaş. Tüccar. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“HIV/AIDS bir insan ve edinilmiş bağışıklık yetmezliği virüsüdür. İnsan organizması içinde gelişir ve zamanla ilerler. Her kişinin bağışıklık sistemine bağlı olarak belirtiler hızlı ya da geç ortaya çıkabilir ve bu süre zarfında kişi enfekte olduğunun farkında olmadan yaşayabilir. Virüs vücudun bağışıklık sistemini zayıflatarak vücudu çeşitli fırsatçı sağlık sorunlarına açık hale getirir” (Kadın. 22 yaş. Çevre ve çevresel sürdürülebilirlik öğrencisi, 3. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-)*

*“HIV ve AIDS, insan bağışıklık yetmezliği virüsüdür ve AIDS, HIV'in erken teşhis edilip tedavi edilmemesi durumunda zaman içinde edinilen bağışıklık yetmezliğidir. Kısacası tehlikeli bir hastalık olduğunu söyleyebilirim” (Erkek. Mekanik çilingir. 30 yaş. HIV/AIDS+)*

*“Genel olarak HIV bir insan bağışıklık yetmezliği virüsüdür. Bir kişi virüsle enfekte olduğunda, virüs vücudun bağışıklık hücrelerine saldırır. Ancak bu hücreler, zamanında tedavi edilmezse HIV virüsüyle savaşmak için yeterli güce sahip değildir, dolayısıyla vücudu kırılğan bırakır. Ve eğer enfekte kişi tedaviye bağlı kalmazsa, başka fırsatçı hastalıklar edinebilir ve hatta AIDS aşamasına ulaşabilir veya ölebilir” (Erkek. Araştırma görevlisi. 21 yaş. HIV/AIDS+)*

Bu ifadelerden bazı gençlerin HIV/AIDS virüsünü diğerlerine göre daha detaylı tanımladıkları görülmektedir. Örneğin, virüs hakkında daha fazla detay verenlerin bir kısmı sağlık alanında üniversite öğrencileridir. Buna karşılık daha az detay verenler ise genellikle lise öğrencileridir. Ancak daha da önemlisi, görüşülen tüm gençlerin HIV/AIDS virüsü hakkında, Sağlık Bakanlığı ve diğer kuruluşların bazı araştırma raporlarında belirtilen cehaletten uzak, temel bir bilgiye sahip olmalarıdır. Görüşülen tüm gençlerin bu virüs hakkında kapsamlı bilgiye sahip oldukları, yani cinsel ilişki sırasında doğru ve tutarlı bir şekilde prezervatif kullanmanın ve enfekte olmayan bir cinsel partnere sahip olmanın HIV/AIDS virüsüne yakalanma riskini azaltabileceğini bildikleri, görünüşte sağlıklı olan bir kişinin HIV/AIDS virüsünü bulaştırabileceğinin farkında oldukları ve HIV/AIDS virüsünün önlenmesi veya bulaşmasıyla ilgili en yaygın iki yanlış kanıyı reddettikleri söylenebilir: HIV/AIDS sivrisinek ısırması ya da HIV/AIDS ile enfekte bir kişiyle yemek yeme yoluyla bulaşabilir (INSIDA, 2013). HIV/AIDS hakkındaki bilgisizlik sorununun ülkedeki okuma yazma bilmeme sorunuyla yakından bağlantılı olduğu bilinmektedir. Mozambik 1975 yılında bağımsızlığını kazandıktan sonra eğitim sektöründe ilerlemeler kaydetmiştir, ancak buna rağmen özellikle ülkenin kırsal kesimlerinde bu sektörde hala ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlara yerel kültürel inançlar da eklenmektedir.

### **3.2.1.HIV/AIDS virüsünün bulaşması üzerine**

HIV/AIDS virüsünün ya da bireysel veya kamu sağlığına saldırı teşkil eden herhangi bir virüsün nasıl bulaştığının bilinmesi ya da hangi koşullar altında enfeksiyon riski altında olunduğunun bilinmesi, özellikle gençler arasında son derece önemlidir. Bu nedenle Mozambik'te ve dünyanın diğer bölgelerinde HIV/AIDS virüsü üzerine yapılan çeşitli çalışmalar, "HIV/AIDS'in bulaşması hakkında bilgi sahibi olmayı" temel araştırma konusu olarak ele almaktadır. Sonuçta, küresel sağlığı denetleyen hükümetlerin ve kurumların bu salgının getirdiği zorluklarla başa çıkabilmelerini sağlayan da bu değişkendir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre HIV/AIDS'in nasıl bulaştığını bilmek, HIV virüsünün korunmasız cinsel ilişki yoluyla, virüs bulaşmış kan içeren steril

olmayan kesici aletler yoluyla, anneden bebeğe hamilelik döneminde ve emzirme döneminde bulaştığı anlamına gelmektedir.

Ancak, Panda'daki gençlerle (HIV/AIDS pozitif ve negatif olan ve herhangi bir cinsel deneyimi olmayan) HIV/AIDS virüsünün bulaşması hakkında yapılan görüşmelerde, HIV/AIDS virüsünün korunmasız cinsel ilişki yoluyla bulaştığına dikkat çekmişlerdir, Steril olmayan kesici aletlerle (enjeksiyon, bıçak, makas gibi), kişisel hijyen malzemelerinin (jilet) paylaşılmasıyla, dikey bulaşma yoluyla veya hamilelik ve emzirme döneminde anneden bebeğe. Bir önceki konuya benzer şekilde, görüşülen gençler, HIV/AIDS virüsünün başlıca bulaşma yollarını ayrıntılı bir şekilde açıklamış, konuyla ilgili bilgilerinin kapsamlı olduğunu, yani aşağıdaki ifadelerde görülebileceği gibi bazı riskli davranışlardan kendilerini nasıl uzak tutacaklarını bilmelerinin temel olduğunu düşünmüşlerdir.

*“HIV/AIDS korunmasız cinsel ilişki, steril olmayan kesici ve delici aletlerle bulaştığı gibi dikey bulaşma olarak adlandırılan anneden bebeğe de geçmektedir” (Kadın. 18 yaş. Hemşirelik ve anne-çocuk sağlığı öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-)*

*“Eh! Çoğu durumda virüs korunmasız cinsel ilişki ve virüsü taşıyan bir kişi üzerinde kullanıldıktan sonra başka bir kişi üzerinde kullanılan kesici aletler yoluyla bulaşır, yah! Sanırım bu daha doğru. Başka bir yol daha vardır: Bir kadın hamileyken virüsü taşıyorsa ve tedavi görmüyorsa virüsü bebeğine bulaştırabilir” (Kadın. 18 yaş. Maden mühendisliği üniversite öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-)*

*“Bildiğim kadarıyla insanlar prezervatif kullanmadan cinsel ilişkiye girdiklerinde virüsü kapabilirler. Ayrıca, HIV/AIDS'li bir kişi tarafından kullanılmış olan jilet, bıçak ve şırınga gibi keskin nesnelere kullanırsa da virüs bulaşabilir” (Erkek. 17 yaş. Lise öğrencisi. CDY ve HIV/AIDS-)*

*“Bildiğim şey, virüsü taşıyan bir kişiyle cinsel ilişkide prezervatifi doğru kullanmadığımızda HIV/AIDS virüsünü kapabileceğimizdir. Virüsü taşıyan ve tedavi edilmeyen bir anne de bebeğine bulaştırabilir” (Erkek. 16 yaş. Lise öğrencisi. CDY ve HIV/AIDS-)*

*“HIV/AIDS cinsel ilişki, enfekte kan yoluyla ve enfekte annenin virüsü tedavi etmemesi durumunda doğum ve emzirme sırasında bulaşabilir” (Erkek. 20 yaş. Tüccar. CDY ve HIV/AIDS-)*

*“HIV/AIDS virüsü korunmasız cinsel ilişki ve enfekte olmuş kesici aletler yoluyla bulaşır” (Kadın. 18 yaş. Genel hemşirelik öğrencisi, 1. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-)*

*“HIV/AIDS virüsü genellikle korunmasız cinsel ilişki sırasında ve enfekte olmamış bir kişi tarafından kullanılan enfekte olmuş kesici aletler yoluyla, yani kişinin kendisini kesmesi veya*

*delmesi durumunda bulaşır” (Erkek. 18 yaş. Maden jeolojisi öğrencisi, 1. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-)*

*“Prezervatif kullanmadan cinsel ilişkiye girersek HIV/AIDS kapabiliriz. Enfekte bıçakları ve şırıngaları paylaşmaktan kaçınmalıyız” (Erkek. 17 yaş. Lise öğrencisi. CDV ve HIV/AIDS-)*

*“HIV virüsü prezervatifsiz cinsel ilişki yoluyla bulaşır. Ayrıca enfekte bir kişinin kanı yoluyla da bulaşabilir, örneğin kan bir yarayla temas ettiğinde veya şırıngalarda kaldığında” (kadın. 16 yaş. Lise öğrencisi. CDV ve HIV/AIDS-).*

Bu gençlerin virüs hakkında sahip oldukları bilgi düzeyini belirleyen bir faktör olarak eğitimin altını çizmek de önemlidir. Başlangıçta da belirtildiği gibi, tüm gençler HIV/AIDS virüsünü okulda veya üniversitede duymuşlardır.

### **3.2.2.HIV/AIDS'in önlenmesi üzerine**

HIV/AIDS virüsünün bulaşması hakkındaki bilgiye benzer şekilde, aynı virüse karşı korunma yöntemleri hakkındaki bilgi de elbette büyük önem taşımaktadır. Halihazırda HIV/AIDS ile yaşayanlar ve cinsel deneyimi olmayanlar da dahil olmak üzere gençlerin çoğu başlıca korunma yöntemlerinden bahsetmiş, bunların başında prezervatif, ardından steril olmayan kesici aletlerle bakım, cinsel perhiz ve maruziyet öncesi ve sonrası profilaksi (PREP ve PEP) gelmiştir. Bir vakada 17 yaşında bir genç erkek, detayları anlatırken paslı demir veya sacın da HIV/AIDS virüsü bulaştırabileceğini söylemiştir. Bu vaka dışında, kızların çoğu kendilerine daha fazla güvenmiş ve virüsün önlenmesi konusunda daha fazla ayrıntı vermiştir. İşte bazı tanıklıklar.

*“İnsanlar cinsel ilişkiye girerken doğru şekilde prezervatif kullanmalıdır. Bu önleme yöntemi, istenmeyen gebeliklerin yanı sıra CYBE'leri de önleme gibi çifte bir işleve sahiptir. Keskin malzemelerin kullanımdan önce sterilize edilmesi de bir yöntemdir, örneğin hastanelerde doktorlar ve hemşireler enfekte kan içerebilecek şırıngalar ve diğer keskin nesnelere temas ederler” (Kadın. 18 yaş. Hemşirelik ve anne-çocuk sağlığı öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“İlk olarak, bence, korunmalı cinsel ilişki, sterilize edilmiş keskin nesnelere kullanarak. Eşler arasındaki sadakat de enfeksiyon seviyesini azaltmanın bir yoludur, bundan eminim. Virüsün sizde olduğunu öğrenir öğrenmez tedaviye başlamanız ve başka biriyle ilişkiniz olduğunda bu tür bir bulaşmayı önlemek için virüsün sizde olduğunu söylemeniz iyi olacaktır. Bence yapmamız gereken bu” (Kadın. 18 yaş. Maden mühendisliği üniversite öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Bildiğim şey, cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanarak ve virüslü jilet, iğne ve şırınga kullanmaktan kaçınarak HIV/AIDS'ten korunabileceğimizdir” (Erkek. 17 yaş. Lise öğrencisi. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Prezervatiflerin hala geçerliken nasıl doğru kullanılacağını bilmek HIV enfeksiyonunu önlemenin en güvenli yoludur. Enfekte bir annenin sağlıklı çocuk sahibi olabilmesi için tedavi görmesi gerekir. Bir başka yol da test yaptırmak ve cinsel ilişkiye girmemektir” (Erkek. 16 yaş. Lise öğrencisi. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Öncelikle henüz cinsel ilişkiye girmedğim için herhangi bir korunma yöntemi kullanmayı tercih etmiyorum. Bildiğim kadarıyla HIV/AIDS virüsünden korunmanın yolları şunlar: cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanmak; erken test yaptırmak ve virüsün size bulaştığını biliyorsanız tedavi olmak; bu, virüsün diğer insanlara bulaşmasını önlemeye çok yardımcı olur, örneğin, enfekte olmuş hamile bir kadın HIV/AIDS'li olmayan çocuklara sahip olabilir; enfekte olmuş kişilerle kesici veya delici nesnelere paylaşmaktan kaçınmak” (Erkek. 20 yaş. Tüccar. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“HIV/AIDS'e karşı korunma yöntemleri şunlardır: her zaman doğum kontrol yöntemleri kullanın, yani prezervatif, "kondom". Kişisel hijyen söz konusu olduğunda, keskin nesnelere paylaşmaktan kaçınmak bunun yollarından biridir. Önce kendimizi sevmeliyiz, korunmadan asla biriyle cinsel ilişkiye girmemeliyiz. Cinsel ilişkiye girme niyetiyle biriyle tanışırsak, en azından durumunu öğrenmek için ondan HIV/AIDS testi talep etmeliyiz. Bununla bile güvenli olduğu anlamına gelmez çünkü test negatif çıkabilir, ancak virüsün kendini göstermesi için kendi süresi vardır. Örneğin, iki kişi (bir erkek ve bir kadın) HIV/AIDS testi için hastaneye gitmeye karar verebilir ve sonuç negatif çıkabilir, ancak bu virüsü taşımadıkları anlamına gelmez. Bu nedenle, önce kendimizi dikkat etmemiz ve her zaman prezervatif kullanmamız daha pratiktir” (Kadın. 18 yaş. Genel hemşirelik öğrencisi, 1. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-).*

*“Şu ana kadar bildiğim HIV/AIDS'e karşı korunma yöntemleri şunlardır: cinsel ilişki sırasında erkek veya kadın prezervatifinin doğru kullanımı; diğer en etkili yol ise cinsel ilişkiden kaçınmaktır. İnsanlar virüsün varlığını ve ne yaptığını biliyorlar, bu nedenle cinsel ilişkiden kaçınmak ve son olarak da herhangi bir keskin nesneyi paylaşmaktan kaçınmak en etkili yollardan biri” (Erkek. 18 yaş. Maden jeolojisi öğrencisi, 1. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-).*

*“Cinsel ilişkiye girerken her zaman prezervatif kullanılmalı, enfekte kişilerde kullanılmış paslı ütüler, çiviler, bıçaklar alınmamalıdır” (Erkek. 17 yaş. Lise öğrencisi. CDV ve HIV/AIDS-).*

*“Bu virüsü önlemek basit ve pratiktir: geçerli prezervatifleri doğru kullanın; daha önce bahsettiğim keskin nesnelere kimseyle paylaşmaktan kaçının. Bazen yanlışlıkla başkalarının jiletlerini kullanabilirsiniz ve eğer onlar enfekte olmuşsa siz de enfekte olma riskiyle karşı karşıya kalırsınız; en savunmasız kişiler için doktor takibiyle maruziyet öncesi ve sonrası profilaksi de*

*kullanabilirsiniz. Seks işçileri ve cinsel saldırı vakalarından bahsediyorum..." (kadın. 22 yaş. Çevre ve çevresel sürdürülebilirlik öğrencisi, 3. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-).*

*Bildiğim korunma yöntemleri: prezervatif kullanmak ve enfekte kan içeren şırıngaları kullanmamak..." (kadın. 16 yaş. Lise öğrencisi. CDV ve HIV/AIDS-)*

Yukarıdaki verilere karşılık olarak, HIV/AIDS virüsüne ilişkin bilgi düzeyleri üzerine yapılan bir anket, 12-14 yaş arası ergenlerin bu durumdan memnun olduğunu ortaya koymuştur (INE, 2009'dan aktaran Machado, Mangué ve Rodrigues, 2013:141). Aynı dönemde, 2011 yılında yetişkin Mozambik nüfusu arasında bilgi, tutum ve uygulama göstergelerini araştıran daha derinlemesine bir Mozambik Demografi ve Sağlık Araştırması yapılmıştır. Bu çalışma, kadınların virüs hakkında erkeklerden daha az bilgi sahibi olduğunu ortaya koymuş, aynı zamanda en fazla bilgi sahibi olanların erkekler olduğunu vurgulamıştır (MISAU, INE ve ICFI, 2013:193). Sağlık Bakanlığı'nın raporlarına göre bu gerçeklik değişmektedir. Örneğin, bu araştırmada genç kızların virüs hakkında genç erkeklerden daha fazla bilgi sahibi oldukları ve virüs ve cinsel yaşamları hakkında konuşmaya daha açık oldukları görülmüş, bu da konuyu derinleştirmelerini kolaylaştırmıştır.

Mozambik genelinde HIV/AIDS hakkında kapsamlı bilgiye sahip kadın ve genç kızların sayısı artmasına rağmen, yeni enfeksiyon oranları kadınlar ve genç kızlar için artma eğilimindedir. Bu durum, bazı çalışmaların da gösterdiği gibi, kültürel ve dini faktörler vb. nedenlerden kaynaklanmaktadır. Aşağıdaki ifade, cinsel deneyimi olmayan bir genç kıza ait olup, Panda'daki genç kızların HIV/AIDS virüsüne nasıl yakalandıklarını veya bu virüse karşı nasıl savunmasız olduklarını bir şekilde açıklamaktadır.

*"...Bence buradaki gençlerin çoğu kendilerini HIV/AIDS'e karşı gerektiği gibi korumuyor. Birçok kız cinsel hayatına çok erken başlıyor ve maalesef erken yaşta evlilikler yapıyor. Bunun nedeni bilgi eksikliği mi bilmiyorum, çünkü okullarda her zaman HIV/AIDS ve erken evlilikler hakkında dersler veriliyor. Diğer bir şey de, virüsün yayılmasına katkıda bulunan çok sayıda cinsel partnere sahip olmak. Durum hiç iyi değil... Kızlar cinsel yaşamlarına çok erken başlıyorlar ve bazı durumlarda bunun nedeni para ama burada gördüğüm başka bir şey: "Flört etmek moda". Hiç cinsel deneyimi olmayan bizler bile ayrımcılığa uğruyor ve dalga geçiliyoruz. ...Burada yaşlı erkeklerle cinsel ilişkiye girmek moda. Ve ne kaçırduğımızı bilmediğimizi söylüyorlar. Birçok yaşlı erkek, kızları kendileriyle cinsel ilişkiye girmeleri için parayla kandırıyor. Okulda başarılı olmayan bir sınıf arkadaşım vardı ve öğretmeni onu okulda başarılı olmasının bir yolu olarak kendisiyle cinsel ilişkiye girmeye ikna etti ve maalesef o da kabul etti." (Kadın. 18 yaş. Hemşirelik ve anne-çocuk sağlığı öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-).*

Yukarıdaki ifade, konuşmalar sırasında kızlar tarafından paylaşılan diğer birkaç ifadeyi temsil etmektedir. Dikkat edileceği üzere, Panda'daki ve genel olarak ülkedeki özel ve devlet okullarında kültür, damgalama ve ayrımcılık ve yolsuzlukla ilgili sorunlar bulunmaktadır. Kızın da söylediği gibi, pek çok kız cinsel hayata çok erken başlıyor ve bu Mozambik'in genelinde yeni bir şey değil. Hatta pek çok aile kızlarını mal ve sosyal prestij karşılığında evlenmeye zorlamaktadır.

Dikkate alınması gereken bir başka gerçek de cinsel deneyimi olmayan genç kızlara yönelik damgalama ve ayrımcılıktır. Kızlarla yapılan konuşmalardan, ergenlik döneminde genç kızın okuldan, mahalleden kız arkadaş gruplarına kabul edilmesinin, cinsel olarak aktif olmasının gruba entegrasyon ve grupta kalıcılık için bir avantaj teşkil ettiği anlaşılmaktadır. Tüm bu süreç, yukarıdaki ifadeyi paylaşan genç kızın durumunda olduğu gibi, damgalanmaya ve arkadaş gruplarından dışlanmaya yol açabilir veya açmaktadır. Cinsel deneyime sahip olmak ya da cinsel bir hayata başlamaya istekli olmak, seyahatlere, son model iphone'lara, şehirdeki en iyi restoranlara sponsor olan bir *sugar daddy*'ye sahip olmak için bir yoldur. Ayrıca öğretmenlerle ilişkiye girerek okulda veya üniversitede başarıyı garanti eder.

Aynı olgu, birkaç kız arkadaşına sahip olmanın gerçek bir erkek olmakla eşanlamlı olduğu ve hatta genç erkekler arasında bir şaka haline geldiği bazı genç erkek gruplarını da karakterize etmektedir. Öğretmenlerle aşk ilişkisi yaşamak, okuldaki test ve sınavlarda yüksek not almayı garanti ediyor. Aşağıdaki tanıklıkta da görülebileceği gibi.

*"...Widas<sup>12</sup> yok. Yah! Pek çok erkek kondom kullanmayı sevmiyor, burada hâlâ öyle, hafta sonları kız arkadaşınızla dışarı çıkıyorsunuz. Panda'da birçok erkek bu tür şeylerden hoşlanır ve bir kızın birkaç erkek arkadaşı olması normaldir... Okulda buna benzer pek çok vaka var, pek çok öğretmen kız öğrencilerle birlikte oluyor. Kızları öğretmenleriyle birlikte barlarda içki içerken buluyoruz ama bu vakalar asla okul yönetimine ulaşmıyor. Daha sonra pek çoğu öğretmenleriyle ilişkiye giriyor ve açıkçası bu ilişkilerde prezervatif kullandıklarından şüpheliyim, bu çok riskli, HIV veya bel soğukluğu ve diğer hastalıklara yakalanma riski yüksek."*

---

<sup>12</sup>*Widas* veya *Wiwi*, çoğunlukla gençler tarafından sosyal medyada kullanılan popüler bir Mozambik argo terimidir. Bu ifade İngilizce "*without*" teriminin Mozambik Portekizcesine dönüştürülmüş halinden gelmektedir ve korunmadan cinsel ilişkiye girmek anlamına gelmektedir. Bu terim, Mozambikli dijital influencer ve girişimci Guyzelh Ramos tarafından Instagram canlı yayınları sırasında ortaya atılmıştır. Ancak *Widas/Wiwi* terimi genç Mozambikliler tarafından, özellikle sosyal medyada HIV/AIDS virüsüyle mücadeleyle ilişkin tartışmalarda, korunmasız cinsel ilişkiyi ifade etmek için kullanılmaktadır.

Ancak bir yandan Panda'daki gençlerin paylaştığı bu gerçeklik, sosyolog Erving Goffman'ın damgalama, stereotipleştirme, ayrıştırma, statü kaybı ve ayrımcılık unsurlarının, bunların gerçekleşmesine izin veren bir güç durumunda bir araya gelmesiyle ortaya çıktığını söylerken savunduğu damgalama ve ayrımcılık sürecini yansıtmaktadır (Link ve Phelan, 2001:377). Diğer bir deyişle, etiketlenen kişinin siyasi ve sosyal güçlere erişimi arttıkça, grup içinde kabulü de artar; bunun tersi ise sosyal dışlanmadır. Damgalama, sosyal yaşamın birçok fırsatında belirleyici bir faktör olabilir. Söz konusu vaka için, cinsel deneyimi olmayan bir genç kızın arkadaşları arasında damgalanması ve ayrımcılığa maruz kalması durumunda, istemeden cinsel bir hayata başlamaya karar verebileceği, bunun da onu risk altına sokabileceği veya HIV/AIDS'e karşı savunmasız hale getirebileceği belirtilebilir.

Okullarda öğretmen ve öğrencilerin dahil olduğu cinsel yolsuzluk vakası, sosyal faydalara erişimde belirleyici olan gücün pratik bir örneğidir; daha doğrusu, toplumda temsil ettiği rol nedeniyle öğretmen, okuldaki başarı karşılığında genç bir kızı kendisiyle korunmasız cinsel ilişkiye girmeye zorlama gücüne sahiptir. Bu durum, birçok genç kızın okulda, üniversitede, işte terfi vb. başarı karşılığında seks alışverişine maruz kaldığı neredeyse tüm kamu ve özel kurumlarda da göze çarpmaktadır. Burada sorulması gereken soru, çıkar karşılığında cinsel ilişkiye zorlanan bir genç kızın cinsel ilişkide kondom kullanma konusunda ne ölçüde karar verme yetkisine sahip olduğudur.

Bu durum bazı açılardan gençlerin sorumsuzluğunu yansıtmaktadır. Sorumsuzluk genellikle gençlikle ve otomatik olarak suç işleme, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı ve diğer sosyal problemlerle ilişkilendirilir. Gençlikle ilişkilendirilen bu sorumsuz davranışlar, HIV/AIDS virüsü ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından riskli davranışların veya enfeksiyona karşı savunmasızlığın ortaya çıkması için bir temel oluşturmaktadır (Sposito, 2002; Alves, 2008'den aktaran Doutor, 2016).

### ***3.2.3.1. Prezervatif tercihi***

Görüşmelere katılan gençlerin HIV/AIDS virüsünün bulaşmasını önlemek için dile getirdikleri çeşitli yöntemler arasında kondom öne çıkmakta, bunu cinsel perhiz ile PREP ve PEP kullanımı izlemektedir. Ancak görüşmelerin yapıldığı dönemde cinsel olarak aktif olan gençlerin tamamı HIV/AIDS'e karşı korunma yöntemi olarak cinsel ilişki sırasında kondom kullanmayı tercih ettiklerini açıklamışlardır ve bu tercihin gerekçeleri çeşitlilik göstermekle birlikte çoğunluk kondomu etkili, erişimi ve kullanımı

kolay, yani diğer korunma yöntemlerine göre daha pratik olduğu için tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Görüşmeler sırasında herhangi bir cinsel deneyimi olmayan katılımcılar da gelecekte cinsel hayata başlamaya karar verdiklerinde kendilerini HIV/AIDS'ten korumak için kondom kullanmayı tercih edeceklerini bildirmişlerdir. Bu tercihin nedenleri, cinsel olarak aktif olan diğer katılımcılar tarafından belirtilenlerle aynıdır. Aşağıdaki ifadelerden de anlaşılacağı üzere.

*“... Prezervatif tabii ki. Prezervatif, HIV/AIDS'e karşı korunmak için en etkili yöntemlerden biridir, kullanılması için çok fazla gereklilik yoktur, bilirsiniz, daha basit ve daha pratiktir, bu yüzden prezervatif kullanmayı tercih ediyorum” (Kadın. 18 yaş. Genel hemşirelik öğrencisi, 1. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-).*

*“... Bu yöntemlerin hiçbirini kullanmıyorum. Aktif bir cinsel hayatım yok, o yüzden kullanmıyorum. Bir gün cinsel ilişkiye başladığımda prezervatif kullanmayı tercih edeceğim, enfeksiyonu önlemenin en iyi yolunun bu olduğunu düşünüyorum” (Kadın. 18 yaş. Hemşirelik ve anne-çocuk sağlığı öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Ben hiç cinsel ilişkiye girmedim, bu yüzden hiç prezervatif kullanmadım, ama evde okulda bana verilenlerden var” (Erkek. 16 yaş. L.Öğrencisi. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Pek çok genç sorumsuz davranıyor çünkü kendilerini zevke kaptırıyorlar, birçoğu her zaman şöyle diyor: "Prezervatif olmadan daha çok zevk alıyorum". Ancak bunun sonuçlarını, HIV/AIDS virüsüne yakalanmanın çok kolay olduğunu unutuyorlar. Bazıları da bunu iddia ederek prezervatifi tercih etmiyor: "bunu getirdiler...". Bu çok ciddi! Birçok kişi Mozambik'te HIV virüsüne karşı seropozitiflik oranının yüksek olduğunu farkında değildir” (Kadın. 18 yaş. Genel hemşirelik öğrencisi, 1. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-).*

*“Evet, evet, yöntemlerden birini kullandım. Cinsel ilişkiye girdiğimde prezervatif kullanırım. Bence prezervatif daha güvenli, ona güvenebilirim” (Erkek. 17 yaş. Lise öğrencisi. CDV ve HIV/AIDS-).*

*“Prezervatif kullanmayı tercih ediyorum çünkü erkek arkadaşımın enfekte olmamak konusunda anlaşmıştık” (kadın. 16 yaş. Lise öğrencisi. CDV ve HIV/AIDS-).*

*“En basit ve minimum güvenliği garanti eden prezervatifi tercih ediyorum. Prezervatif kullandığım bir cinsel ilişkiden sonra prezervatfin yırtılıp yırtılmadığını ya da vücudumda sıvı veya spermatozoa kalma riski olup olmadığını görebiliyorum. Şimdi, sadece maruziyet öncesi profilaktik haplara güvenerek, enfekte olup olmadığımı konusunda herhangi bir garantiye sahip olamıyorum.” (kadın. 22 yaş. Çevre ve çevresel sürdürülebilirlik öğrencisi, 3. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-).*

*“Benim tercih ettiğim yöntem cinsel perhizdir, ancak biriyle cinsel ilişkiye girdiğim durumlarda her zaman prezervatif kullanırım” (Erkek, 18 yaş. Maden jeolojisi öğrencisi, 1. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-).*

Prezervatif kullanımı HIV/AIDS enfeksiyonunun önlenmesinde en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH) ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesindeki önemi de dikkate değerdir. İnsanlar kondomun etkinliğini ve önemini bilmelerine rağmen, çoğu ilişkilerinde kullanmamaktadır (WHO, 2021). Bu gerçek, genç katılımcılarla yapılan görüşmelerde de dile getirilmiştir. Prezervatif tercih edilmektedir, ancak ses tonundan bazen prezervatif kullanmadıkları anlaşılmaktadır. Ayrıca, görüşülen genç kızlardan biri, çoğu kızın kondomu HIV/AIDS'ten korunmak için değil, istenmeyen gebeliklerden korunmak için kullandığını söyledi. Kızlardan birinin belirttiği gibi, aileler kızlarının erken yaşta hamile kalmasına hiç tahammül edemiyor, bu nedenle birçok genç kız istenmeyen gebeliklerden kaçınmak için aile planlamasını (RIA) tercih ediyor. Ancak korunmasız cinsel ilişkiye giriyorlar.

Değinilmesi gereken bir diğer önemli husus da, Panda'daki ve ülke genelindeki birçok genç arasında kondom kullanımının aşkın kanıtı olarak görülmesidir. Partnerlerden biri, özellikle de kız, cinsel ilişki sırasında erkek arkadaşından kondom kullanmasını talep ettiğinde, bu durum ilişkide güvensizliğe neden olmaktadır. Başka bir deyişle, prezervatif kullanılmasını talep etmek partnerinizi aldattığınız anlamına gelir. Yapılması gereken normal şey, sevgililer arasında prezervatif kullanmamaktır. Bu uygulamalar birçok genci HIV/AIDS virüsüne ve cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklara maruz bırakmaktadır.

Bununla birlikte, Panda'daki gençler arasında kondom kullanımı konusunda sorulması gereken çok şey var. Buna ek olarak, neredeyse tüm gençler sağlık durumlarından emin olmak istedikleri için HIV/AIDS testi yaptırdıklarını bildirirken, diğerleri bazen korunmasız cinsel ilişkiye girdikleri için test yaptırmaya karar verdiklerini söyledi. Bu bağlamda, birçok gencin kondom kullanımını ve avantajlarını bildiği ancak kullanmadığı söylenebilir (WHO, 2021).

### **3.3.Gençlerin HIV/AIDS Bilgilerine Erişim Algıları**

Panda'daki gençlerin HIV/AIDS virüsünün ülkedeki yayılımından ne ölçüde haberdar olduklarını araştırmak amacıyla, gençlere HIV/AIDS virüsü hakkında topluma aktarılan bilgilerin etkinliğine ilişkin farklı algıları sorulmuştur. Ülkede hâlâ virüs

hakkında bazı yanlış bilgilendirme oranları veya yanlış bilgilendirmenin sonuçları olduğu için bu çok önemlidir. Bu bağlamda çeşitli görüşler elde edilmiştir. Bir yandan, bazıları bilginin en iyi şekilde iletildiğini ve etkili olduğunu ve sorunun insanlarda olduğunu savundu. İnsanlar bilgiyi almakta ve iyi kullanmamaktadır. Görüşülen kişilerden bazıları bunun kültürel unsurlardan ve özellikle kırsal kesimdeki düşük eğitim seviyesinden kaynaklandığını savunmuştur. Aşağıda bu konudaki bazı ifadeler yer almaktadır.

*“Evet, bu virüs hakkında toplumlara en iyi şekilde bilgi verildiğini düşünüyorum. Örneğin, Gaza HIV'in en çok görüldüğü illerden biridir ve en çok etkilenen topluluklarda ve hastanelerde her gün halka açık konferanslar düzenlenmektedir. Ancak kırsal kesimde durum farklı, insanların bu virüsle ilgili olarak neler olduğunu gerçekten anladıklarından şüpheliyim. Orada, 17 yaşındaki bir kızın 40 yaşın üzerindeki bir erkekle aşk ilişkisi yaşaması normaldir, bu virüsle ilgili bilgiye erişim zayıf olduğu için bu bir şekilde virüsün bulaşmasını artırır. Ayrıca, eğitim seviyesinin çok düşük olması ve bildirilen çok sayıda HIV/AIDS vakası olması nedeniyle” (Kadın. 18 yaş. Hemşirelik ve anne-çocuk sağlığı öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Evet! Buna cevap vermek biraz zor. Evet diyebilirim. Ülkenin iç kesimlerinde yaşayan ve Portekizce bilmeyen insanların bile HIV/AIDS ve prezervatif kullanımı hakkında konuştuklarını duydum, bu yüzden öyle olduğunu düşünüyorum. Buradaki sağlık çalışanları bunu mümkün olan en iyi şekilde açıklıyor. Her şeyi anlamıyor olabilirler ama en azından bir şeyler anlıyorlar. Önemli olan, prezervatifin önemini ve HIV/AIDS virüsünün uygun şekilde tedavi edilmediğinde ölümcül olduğunu anlamaları” (Erkek. 18 yaş. Maden jeolojisi öğrencisi, 1. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-).*

*“Evet, mümkün olan en iyi şekilde açıklandıklarını düşünüyorum. Okullarda ve çeşitli kamusal alanlarda sürekli olarak halka açık konferanslar verildiğinden, bazı insanların bu tür hizmet ve bilgileri benimsememesi veya anlamamasının, yeterli bilgiye sahip olmadıklarından değil, anlamak istemediklerinden kaynaklandığını düşünüyorum. Ancak daha ücra bölgelerde, bazı konuşmaları dinleseler bile, belki de o yerlerde var olan bazı efsaneler ve tabular nedeniyle en iyi şekilde anladıklarını sanıyorum. Bence bir kişi HIV/AIDS hastasıysa ve o yerde kalıyorsa, iyi bir hayatı olmayacaktır çünkü orada bu bilgiyi en iyi şekilde alamıyorlar” (Kadın. 18 yaş. Maden mühendisliği üniversite öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-)*

Yukarıdaki ifadelere dayanarak, toplumda HIV/AIDS'in önlenmesi konusunda bir ihmal olduğu görülmektedir. Bunun bilgi eksikliği ya da bilginin etkinliği ile bir ilgisi yoktur. Ayrıca kültürel etki ya da eğitim eksikliği ile de ilgisi yoktur.

Öte yandan, HIV/AIDS'in önlenmesine ilişkin bilgi ve sağlık hizmetlerinin ele alınış biçimlerini eleştiren bir grup katılımcı da bulunmaktadır. Onlara göre bilgi

mevcuttur ancak bazı sosyal bağlamlarda etkili değildir. Bu gerçeklik, Panda'daki sağlık hizmetlerinin idari yapılarından, biraz da ülke genelinden başlamaktadır.

*“İlk olarak, herkesin bilgiye erişimi yoktur. Bunun nedeni, konferans veren alan uzmanlarının genellikle son bölgelere (kırsal alanlar) ulaşamamasıdır. Portekizce dilinin düşük algılanması da insanların virüse yönelik algısını büyük ölçüde etkilenmektedir. Bununla şunu kastediyorum: örneğin Panda'dan bir doktor ya da bir duyarlaştırıcı Madzukane ya da Makavelane'ye gider, orada bir aileyle tanışır ve virüsü anlatmaya başlarsa, bilin ki oradaki herkes Portekizce anlamıyor. Ve çoğu zaman, oraya konferans vermeye giden sağlık teknisyeni yerel dili nasıl konuşacağını bilmiyor. Yani, bunun bir etkisi var! Çelişkiler yaratıyor ve sonuçta insanlar hiçbir şey anlamıyor. Prezervatifi bile yanlarında bırakabilirler, tamam mı? Nasıl kullanılacağını bile açıklayabilir. O sadece işini yaptı, ama anlamayanların prezervatif kullanacaklarını mı sanıyorsunuz? Ancak bazen bu tür yerlerde insanların yeterli bilgiye ya da doğru kanallara sahip olmadığını düşünüyorum” (Kadın. 18 yaş. Genel hemşirelik öğrencisi, 1. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-).*

*“Bu soruya bir cevap vermek zor ama bence yeterli değil. Birincisi, her ülkede sağlık alanında hala ciddi sorunlarımız olduğunu düşünüyorum, örneğin doktor başına düşen nüfus oranına bakın, bu çok kötü. İkincisi ise sağlık çalışanlarının ya da HIV/AIDS ya da cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile mücadele projelerinin halkla iletişim sorunu. Panda'da çalışan bazı doktorlar buralı değil ve Xithsua dilini konuşamıyorlar, peki böyle bir doktor Chivalo'dan gelen enfekte bir hastaya HIV/AIDS hakkında bir şeyi nasıl açıklayacak ya da psikolojik bir sorun hakkında nasıl tavsiyede bulunacak? Makavelane'den bahsetmiyorum, orası çok uzakta, yakınlardaki Chivalo'dan bahsediyorum. Elbette doktorların bir suçu yok, onlar işe alındılar ve işsiz kalmayacaklar. Cabo Delgado'daki bir HIV/AIDS projesinde saha asistanı olarak işe alınan Gazalı bir arkadaşım var, şimdi benimle birlikte düşünün: sizce ne olacak? Gerçekten bir Maxangana gibi Makonde konuşacağını mı düşünüyorsunuz? Bunun sonucu olarak birçok şef HIV/AIDS hakkında yalanlarla dolu raporlar okuyor. "Way's" her şeyi bozar kardeşim” (Kadın. 22 yaş. Çevre ve çevresel sürdürülebilirlik öğrencisi, 3. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-).*

*“İnsanlar isteseler de istemeseler de her gün HIV/AIDS hakkında bir şeyler duyabiliyor ve öğrenebiliyorlar. Şimdi, eğer bilgi yeterli bir şekilde aktarılıyorsa, benim şüphelerim var çünkü HIV ile enfekte olan insanların sayısı her ülkede her geçen gün artıyor. Bundan çok şüpheliyim” (Erkek. 20 yaş. Tüccar. CDY ve HIV/AIDS-).*

Mozambik, resmi dili Portekizce olan bir ülkedir, ancak kültürel çeşitliliği nedeniyle 40'tan fazla yerel dil vardır. Bu yerel diller çoğunlukla ülkenin daha kırsal kesimlerinde konuşulmaktadır. Ülkedeki kamu ve özel eğitim sistemi Portekizce ve diğer yabancı dillerde takip edildiğinden, bu durum devlet için büyük bir zorluk haline

gelmekte, bu da bazı sağlık çalışanlarının ve diğer çeşitli alanların dillerini koruyan nüfusla sağlam bir etkileşim sürdürmesini zorlaştırmaktadır.

Ülkede doktor-hasta oranı düşük kalmaya devam etmektedir. MISAU halen büyüme sürecindedir ancak Mozambik toplumunun neredeyse tüm alanlarında yolsuzluğun normalleşmesi nedeniyle çabaları kayda değer değildir. rnek olarak, görüşülen kişilerden biri Mozambik'in güneyindeki Gaza ilinden (Xangana, Xopi dillerinin konuşulduğu yer) bir arkadaşının, Makonde ve Swahili dillerinin konuşulduğu Mozambik'in kuzeyindeki Cabo Delgado'da bir HIV/AIDS projesinde saha asistanı olarak işe alındığını belirtmiştir. Görüşülen kişi mantıksal sorular sorarak, işe alınan bu kişinin aynı dil grubunu paylaşmayan ve Portekizceyi iyi konuşamayan toplulukları ne lde ikna edeceğini soruyor. Daha da ileri giderek, bu gerçeğin ülkenin tüm kurumlarında personel alımında zaten normal olan yolsuzluğun bir sonucu olduğunu gösteriyor. Bu rnekler, gençliğe yönelik klasist/sınıfi sosyolojik yaklaşımlara ilişkin tartışmalar için uygun bir unsurdur. Sınıfılar için genellikle eğitim sistemi ve gençlerin sosyal durumu, örneğin içi çocuklarının eninde sonunda içi olacağını belirleyecektir. Dolayısıyla bu pozisyonda belirli determinizmlerin doğrusallığı söz konusudur. Ya da başka bir deyişe, çocuğunun iş sahibi olması için devlet veya özel kurumları yozlaştırma imkanı olmayan alt sosyal sınıftan yoksul bir ebeveyn, aynı sosyal statüde bir çocuğa sahip olma riskini taşır (Doutor, 2016).

Ancak tüm bunların olumsuz yanı, HIV/AIDS'in sonuçlarının toplumun hemen her kesiminde hissedilmesidir. Bu arada, Matsinhe'nin (2005) eleştirdiği gibi, HIV/AIDS proje yöneticileri ve diğer kamu ve özel kuruluşlar her zaman gerçeklerle örtüşmeyen raporlar sunmaktadır.

### ***3.3.1.HIV/AIDS danışmanlık ve test hizmetlerine bağlılık***

Hizmetlere erişim ve HIV/AIDS testi ile ilgili olarak, görüşülen gençlerin çoğu hizmetlere erişimlerinin olduğunu ve HIV/AIDS testi yaptırduklarını belirtmiştir. Bununla birlikte, bazıları, çoğu, sağlık durumlarından emin olmak için hayatlarında en az bir kez HIV/AIDS testi yaptırmışlardır. Diğerleri ise geçmişe korunmasız cinsel ilişkiye girdikleri için virüs testi yaptırduklarını ve bunun da enfeksiyon korkusu yarattığını belirtmişlerdir. Bu gerçeklik görüşmelerde (ses tonundan) ok belirgindi. Öte yandan, HIV/AIDS için hiç test yaptırmamış olan bazı gençler, bunu yapmak için bir nedenleri olmadığını, çünkü hiçbir zaman tehlike arz eden bir cinsel ilişkiye girmediklerini iddia

etmişlerdir. Aktif bir cinsel yaşama sahip olma aşamasına geldiklerinde virüs için test yaptırmak isteyeceklerini de sözlerine eklediler..

*“Evet, HIV/AIDS testi yaptırdım. Yaptırdım çünkü sağlık durumumu bilmek istiyordum. Bugünlerde dikkatli olmazsak virüsü kapmak çok kolay, bu yüzden. Her gün şırıngalarla uğraşıyorum, bu yüzden yine de testi yaptırmak zorundaydım” (Kadın. 18 yaş. Hemşirelik ve anne-çocuk sağlığı öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-)*

*“Evet, meraktan yaptım, çünkü durumumu öğrenmek istedim, çünkü virüsü kapmanın birkaç yolu var, bu yüzden belki de kendimi kestiğim zamanlardan birinde kendime bulaştırmış olabileceğimi düşündüm” (Kadın. 18 yaş. Maden mühendisliği üniversite öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Evet, bunu zaten 4 kez yaptım ve neyse ki negatif çıktı. HIV/AIDS olup olmadığını anlamak içindi” (Erkek. 16 yaş. Lise öğrencisi. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“HIV/AIDS testini hiç yaptırmadım çünkü henüz yaptırmaya karar vermedim” (Erkek. 20 yaş. Tüccar. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Evet. Ben zaten yaptırdım, hatta yanımda düzenli olarak test yaptıranlara verilen bir kart bile var. HIV/AIDS testini ilk kez ortaokuldayken okulda yaptırmıştım ve hatırlıyorum da HIV/AIDS ve erken evlilikler hakkında halka açık bir konferans vardı ve sonunda testi yaptırmaya karar vermiştim. Testi yaptırdım çünkü heyecana kapıldığım ve korunmasız cinsel ilişkiye girdiğim birkaç an olmuştu. Daha önce de biz gençlerin virüse karşı daha savunmasız olduğumuzu söylemiştim, bu yüzden test yaptırdım. Korunmasız birkaç cinsel ilişkim oldu. İlk testi yaptırdığım günden bugüne kadar hiç durmadım. Her zaman prezervatif kullanıyorum, ancak yine de güvenlik ve kesinlik için her zaman test yaptırıyorum” (Kadın. 18 yaş. Genel hemşirelik öğrencisi, 1. Sınıf. CDV ve HIV/AIDS-).*

Genel olarak, çoğunluğun zaten virüs testi yaptırdığı ve bunu güvenlik nedenleriyle yaptığı anlaşılmıştır. Ayrıca hiç yaptırmamış olanların erkek çocuklar olduğu ve bu konunun yeni olmadığı, çünkü Mozambik'te, özellikle de daha kırsal bölgelerde, erkek çocukların test yaptırmaktan veya doğrudan cinsel yaşamı ilgilendiren herhangi bir faaliyete katılmaktan korkmalarının çok yaygın olduğu belirtilmiştir.

### **3.4.Gençlerin HIV/AIDS pozitif kişilere ilişkin algıları**

Araştırmanın bu bölümü Panda'daki gençlerin HIV/AIDS virüsü pozitif olan kişiler hakkındaki algılarını ele almaktadır. Bu konuda gençlerle yapılan görüşmeler, gençlerin virüs hakkında ne ölçüde bilgi sahibi olduklarını ortaya koyması açısından son derece önemli. Ancak elde edilen yanıtlarda, virüsün bulaştığı kişilere yönelik acıma

duygusu öne çıkmıştır.. Birçok genç HIV/AIDS virüsü ile yaşayan insanlar için üzüldüklerini çünkü bu virüsün uygun şekilde tedavi edilmediği takdirde ölümcül bir virüs olduğunu ifade etti. Bu gerçek Mozambik genelinde çok yaygındır; virüsle enfekte olmak ölüm duygusuyla eş anlamlıdır. Maluwa, Aggleton ve Parker'a (2002:3) göre bu acıma duygusu, virüs ya da ölüm korkusu HIV/AIDS salgınının aşamalarıdır. Ancak virüsle enfekte olmuş kişilere yönelik bu bakış açısı, insan özünün bir parçası olmakla birlikte, HIV/AIDS ile yaşayan kişilere yönelik damgalama ve ayrımcılık için de koşullar yaratmaktadır. Aşağıda tanıklıklardan bazıları yer almaktadır.

*“Anormal bir şey yok. Bence onlar normal insanlar, sadece bir tür hastalıkları var, aynı şey başka bir tür hastalığı olan diğer insanlarda da görülebilir. Ama dürüst olmak gerekirse, bazen acı çektiklerini düşünüyorum, bununla başa çıkmanın kolay olmadığını düşünüyorum. Örneğin kız kuzenim çok genç ve bence bu onun acı çekmesine neden oluyor. Şu anda iyi durumda çünkü tedavi görüyor ve ilaçlara iyi tepki veriyor ama onunla bu konu hakkında konuştuğumda bunun onu bir şekilde psikolojik olarak etkilediğini fark ettim. Ama bazen küçük kız kuzenimin üzgün, depresif ve çökmüş hissettiğini görüyorum” (Kadın. 18 yaş. Maden mühendisliği üniversite öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Öncelikle onların da benim gibi normal insanlar olduğunu düşünüyorum. İkinci olarak, acı çektiklerini düşünüyorum. HIV/AIDS olduğunu bilen birinin istediği gibi yaşamasının kolay olduğunu düşünmüyorum, her zaman üzücü bir şeyler düşünecektir” (Erkek. 17 yaş. Lise öğrencisi. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Bence acı çekiyorlar. Bu bir hastalık ve öldürüyor, kimse böyle yaşamak istemez, çok sıkıcı” (Erkek. 16 yaş. Lise öğrencisi. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Hasta olan birini düşünüyorum, hayatı boyunca hap almaya mahkûm olan ve hap almazsa ölebilecek birini. Birçok kişi bunun kolay olduğunu ve uzun süre yaşayabileceğini söylüyor, ancak her gün yaşadıkları acıyı düşünmüyorlar” (Erkek. 20 yaş. Tüccar. CDY ve HIV/AIDS-).*

Tanıklıklara dayanarak, HIV/AIDS ile yaşayan bir kişiye yönelik bu tür bir düşünce, bir şekilde insanların HIV/AIDS virüsü hakkında sahip oldukları bilgi düzeyiyle ilişkilendirilebilir, yani bu gerçeklikten hareketle bilgi düzeyi bir şekilde ölçülebilir. Çünkü günümüzde HIV/AIDS'in tedavi edilebileceği ve bir kişinin virüsü taşımayan bazı insanlardan daha uzun ve sağlıklı yaşayabileceği bilgisine sahip olmak mümkündür. İnsanlar HIV/AIDS virüsünü hala bir ölüm tehdidi olarak görmektedir. Bu bağlamda gençlere HIV/AIDS'li biriyle birlikte yaşayıp yaşayamayacakları sorulmuştur. Aşağıdaki bölüm bu konuda daha fazla ayrıntı vermektedir.

### 3.4.1.HIV/AIDS pozitif biriyle yaşamak

Bu soru üzerine, görüşülen tüm gençler kategorik olarak HIV/AIDS virüsü taşıyan bir kişiyle herhangi bir sorun yaşamadan yaşayabileceklerini belirtmişlerdir. Bazıları virüsün bulaştığı aile üyeleriyle yaşama deneyimlerini paylaştı. Ancak tüm ifadelerde göze çarpan bir husus var: gençler, insan oldukları ve bir gün kendilerinin de aynı durumda olabilecekleri için virüs bulaşmış biriyle yaşayabileceklerini söyleyerek kendilerini haklı çıkardılar. Hatta bazıları kendi ailelerinden örnekler vererek, ebeveynleri aynı durumda olsaydı onları hiçbir şey için terk etmeyeceklerini söyledi. Aşağıda tanıklıklardan bazıları yer almaktadır.

*“HIV/AIDS pozitif bir kişiyle birlikte yaşayabilirim. Onlar da insan, sadece virüsle enfekte olmuşlar. Bu yüzden onlara karşı ayrımcılık bile yapmazdım” (Kadın. 18 yaş. Hemşirelik ve anne-çocuk sağlığı öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Tabii ki birlikte yaşayacağım. Aslında bunu zaten yapıyorum, kız kuzenimle yaşıyorum ve ailemden olmasa bile başka herhangi biriyle de bunu yapardım. HIV/AIDS’li insanların bizden farklı olduğunu düşünmüyorum. Onlar normal insanlar, sadece bir tür hastalığa sahipler, aynı şey başka bir hastalığa sahip olan diğer insanlarda da görülebilir” (Kadın. 18 yaş. Maden mühendisliği üniversite öğrencisi, 1. Sınıf. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Tabii ki. Annemde ya da babamda virüs olduğunu düşünün, onları hiçbir şey için yalnız bırakmam. Ayrıca HIV/AIDS, COVID-19 gibi sadece öksürerek ya da nefes alarak diğer insanlara bulaşabilecek bir hastalık değil” (Erkek. 17 yaş. Lise öğrencisi. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Evet, HIV/AIDS ile enfekte olmuş biriyle de sorunsuz bir şekilde yaşarım. Çünkü onlar da bizim gibi insanlar ve bu onların acı çekmesini önlemenin bir yolu. Ailenizden biri deli olsa bile ona bakılmalıdır” (Erkek. 16 yaş. Lise öğrencisi. CDY ve HIV/AIDS-).*

*“Sorunsuz yaşadım çünkü bu normal. Yarın ben de olabilirim, asla bilemezsin” (Erkek. 20 yaş. Tüccar. CDY ve HIV/AIDS-).*

HIV/AIDS virüsü bulaşmış bir kişiyle yaşayıp yaşayamayacaklarına ilişkin olarak, gençler bunu herhangi bir sorun yaşamadan yapabileceklerini açıkça belirtmişlerdir. Bununla birlikte, gerekçelerinde HIV/AIDS pozitif bir kişiyle yaşayabileceklerini çünkü bir gün kendilerinin de virüse yakalanabileceklerini ve bunun da birlikte yaşayacakları birine ihtiyaç duyacakları anlamına geleceğini açıkça ifade ettiklerini belirtmek gerekir. Ayrıca, bazılarının birlikte yaşadıkları enfekte aile üyeleri de bulunmaktadır. Bu soruya verilen cevaplar, HIV/AIDS ile ilgili ayrımcılık veya damgalamanın aile üyesi olmayan kişiler için daha fazla olduğunu göstermiştir. Başka bir deyişle, eğer bir kişi akraba değilse ve HIV/AIDS pozitifse, damgalanma veya ayrımcılığa maruz kalma olasılığı daha yüksektir.

### **3.5.Panda'daki HIV/AIDS pozitif gençlerin günlük yaşamları**

Metodoloji bölümünde belirtildiği üzere, HIV/AIDS pozitif dört gençle de görüşülmüştür. Hem Panda bölgesinde HIV/AIDS pozitif bir genç olmaya dair gündelik deneyimlerini toplamak hem de araştırma probleminin özünden sapmadan, gençlerin virüs hakkında sahip oldukları bilgi ve algılarla daha fazla ilgili olmak önemliydi.

Bu gençlerin ailelerinden, devam ettikleri okullardan veya üniversitelerden, işyerlerinden, sağlık hizmetlerinden (ART bağlamında doktorlarla ve diğer sağlık profesyonelleriyle olan ilişkileri, kontroller ve bir bütün olarak sağlık sistemiyle ilgili diğer durumlar) ve bir bütün olarak toplumdan edindikleri deneyimleri anlamaya çalıştık. Bu araştırmalar, HIV/AIDS pozitif olmayan (cinsel deneyimi olan veya olmayan) gençlerin görüşlerinin, özellikle HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılık konusunda virüsle yaşayan gençlerin görüşleriyle çapraz kontrol edilmesini kolaylaştırmıştır.

Genel olarak, görüşülen dört genç de bu virüsle ilgili olarak içinde yaşadıkları sosyal gerçeklik hakkındaki görüşlerini, duygularını ve algılarını dile getirmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, Panda'da toplumun farklı alanlarında HIV/AIDS ile yaşayan kişilere karşı hala damgalama ve ayrımcılık yapıldığı ortaya çıkmıştır. Ve bu eylemler birçok gencin ve HIV/AIDS ile yaşayan diğer birçok insanın hayatını olumsuz etkilemektedir.

#### **3.5.1.Aile bağlamı**

Aile, neredeyse tüm toplumlarda sosyalleşme sürecinde büyük önem taşıyan bir toplumsal kurumdur. Ancak bazı durumlarda kendi üyelerini yok etmenin bir aracı olmuştur ve Panda da bu gerçeklikten kaçmamaktadır. Mozambik'te HIV/AIDS virüsü ile ilgili damgalama ve ayrımcılığa ilişkin raporlardan, ailenin aynı zamanda virüs testi pozitif çıktığında, kendi kararlarıyla HIV/AIDS testi yaptırmak için bir sağlık kuruluşuna gitmek istediklerinde üyelerinin damgalanmasına ve ayrımcılığa uğramasına katkıda bulunan, hatta üyelerinin ART'den çekilmesine katkıda bulunan bir yer olduğu görülebilir.

HIV/AIDS testi pozitif çıkan gençlere dönecek olursak, ilk olarak virüsle yaşadıklarını fark ettikleri dönemi ve o zamanki duygularını, dolayısıyla kimden destek aldıklarını ya da kimden damgalandıklarını veya ayrımcılığa uğradıklarını hissettiklerini

sorguladık. Ancak, bir hastalık veya virüsle yaşayan herkes gibi, aşağıdaki tanıklıklarda da görülebileceği gibi, durumdan sarsılmış hissetmişlerdir.

*“Ne yazık ki virüsle yaşadığımı 2018 yılında, 21 yaşındayken hastanede test yaptırdıktan sonra öğrendim. Annem ve benim için acı verici bir dönemdi ama bu beklenen bir şeydi! Hayatım "txilar"<sup>13</sup>’dı ve kötü şans kapımı çaldı. Uzun bir süre bunun için kendimi çok suçladım ama hayat böyle bir şey ve ben her şeyin ve herkesin üstesinden geldim” (Kadın. İşsiz. 26 yaşında. HIV/AIDS+).*

*“Virüsün bende olduğunu geçen yıl öğrendim. Bir test yapmaya karar verdim ve maalesef pozitif çıktı. Hastalanmadım ya da garip bir şey olmadı, sadece mahalledeki bir konferanstan sonra iyi olup olmadığını görmek için test yaptırmaya karar verdim. Bunu duyduğuma üzülüm ama olumlu bir sonuç beklemiyordum. HIV virüsü için pozitif bir sonuç beklemiyordum çünkü daha önce tehlikeli bir şeye bulaştığımı hatırlamıyorum, ama epah!<sup>14</sup>” (Erkek. Mekanik çilingir. 30 yaş. HIV/AIDS+).*

*“Aslında bunu bir test sonucunda öğrendim, 17 yaşındaydım, o zamanlar bu virüsü taşıdığımı kabul etmek zordu ama zamanla HIV/AIDS hakkında çok şey öğrendim ve ayrıca tedavi sayesinde bu mücadeleyi kabul ettim ve bugün kendimi iyi hissediyorum. Aslında bu durumu kabullenmek karmaşık ve zordu, çünkü henüz çok gençtim. Bugün kendimi iyi hissediyorum ve bu durumdaki diğer gençlere bunun üstesinden gelmeleri için yardım ediyorum. Bunu yaptığımda kendimi daha iyi hissediyorum” (Erkek. Araştırma görevlisi. 21 yaş. HIV/AIDS+).*

*“Elbette size söyleyebilirim. Bu virüsü taşıdığımı iki yıl önce öğrendim. Her zaman çok hastaydım ve hatta bir süre hastane yatağında kaldım, sonra doktorların yaptığı testlerden bu virüsü kaptığımı öğrendim. Çok korkmuş ve üzülmüştüm. Bunu kabullenmek kolay değildi ama doktorlar başka bir şey yapamazdı çünkü zaten enfekte olmuştum. Yaptığım tek şey tedaviye başlamak oldu” (Erkek. Panda-Matsemáne. Çiftçi. 37 yaşında. HIV/AIDS+).*

Neredeyse tamamı, sağlık durumlarını kabullenme konusunda aile içinde sorunlarla karşılaştıklarını ve diğerlerinin her zaman bir aile üyesinin desteğine sahip olduğunu açıklamıştır (çeşitli tanıklıklarda annelerin rolü daha belirgindir). Görüşülen kişilerden bazıları, sağlık durumları nedeniyle ailelerin bile gruplara ayrıldığını ve bu gerçekliğin doğal olarak damgalama ve ayrımcılık ortamları yarattığını ve sonuç olarak bazılarının ART sürecinde sorunlar yaşadığını bildirmiştir (görüşülen kişilerden biri

---

<sup>13</sup>Mozambik'te zevk almak, çok fazla eğlenmek, rahatlamak anlamına gelen bir halk terimi. Genellikle sadece parti yapmaya ve eğlenmeye odaklanan ve örneğin okulu bırakan gençleri tanımlamak için kullanılır.

<sup>14</sup>Mozambik portekizce konuşmalarında kullanılan ve çeşitli zamanlarda kullanılabilen bir terim. Türkçe'de "epah" terimi "yani" terimine benzemektedir.

ilaçlarını evdekilerden gizlenerek içtiğini). Çoğu zaman, aile içindeki bu damgalama ve ayrımcılık eylemleri, virüs, hastalık ve hatta ölüm korkusu ile cinsel ve cinsellik hakkındaki derin endişelerden kaynaklanmaktadır (Maluwa, Aggleton ve Parker, 2002). Maluwa, Aggleton ve Parker'a (2002) göre bu durum, HIV/AIDS salgınının herhangi bir toplumdaki aşamalarının bir parçasıdır: Birincisi, HIV enfeksiyonunun bir topluma sessizce ve fark edilmeden girmesiyle ilgilidir. İkinci aşama, HIV'in yaşamı tehdit eden enfeksiyonları tetiklediği AIDS salgınının kendisiyle ilgilidir ve son olarak, damgalama, ayrımcılık, suçlama ve kolektif inkarın birleşik tepkisi olan üçüncü aşamadır. Aşağıda görüşülen kişiler tarafından yapılan açıklamalardan bazıları yer almaktadır.

*“Annem korkumu yenmeme yardım eden tek kişiydi, beni kabul etti. Çok hastalandığımda bana test yaptırmamı tavsiye etti. Ailemin geri kalanı beni ancak şimdi sağlıklı olduğum için kabul etmeye başladı, onlar için ölüydüm. Ben ölümün eşiğindeyken annemi yalnız bıraktılar, biliyor musun?... Bazı komşularım ve aile dostlarım virüs taşıdığımı biliyor ama artık hakkımda ne düşündükleri umurumda değil, bu benim hayatım” (Kadın. İşsiz. 26 yaşında. HIV/AIDS+).*

*“Annem ve teyzem HIV durumumu bilen ilk kişilerdi çünkü çok hastaydım ve virüs taşıdığımı öğrendiğimden beri bana destek olan ilk kişiler onlar oldu. Onlar ve ben bunu ailenin geri kalanına söylememeye karar verdik çünkü insanlar insan. Bir kadınla birlikte yaşıyordum ve partnerime de söylemek zorunda kaldım, ancak ailesi öğrendiğinde kızlarını da yanlarına almaya karar verdiler. Bildiğim kadarıyla ona virüs bulaşmadı. Ayrıldıktan sonra bilgi dışarı sızdı ve Matsemáne'de neredeyse herkes HIV/AIDS olduğumu biliyor. Elbette hakkımda kötü şeyler söylüyorlar ama ne yapmalı? Bu virüse sahip olmayı ben seçmedim, yarın kendilerini korumazlarsa onlara da bulaşabilir. Başkalarının başına gelmesini istemem çünkü bu bir hastalık ama "unga tsáki loko a nhóka ifamba hi kwíri, amundzúko hiwéna" (Erkek. Panda-Matsemáne. Çiftçi. 37 yaşında. HIV/AIDS+).*

*“Aslında, ilk başta saklamıştım! HIV taşıdığımı ben de inanmıyordum ama hiçbir şey sonsuza kadar saklanamaz, ailem farklı bir insan olduğumu öğrendi, ben de itiraf etmeye karar verdim, anneme ve babama her şeyi anlattım. Bu bilgi onları da üzdü ve benim yüzümden iyi geçinemedikleri bir dönem oldu ama zaman geçtikçe bu üzüntüyle yaşamayı öğrendiler. Zor olmasına rağmen bana her konuda destek oldular...” (Erkek.Mekanik çilingir. 30 yaş. HIV/AIDS+).*

*“Neyse ki virüsün bende olduğunu öğrendiğimden beri ailem bana çok yardımcı oldu. Ayrıca çok genç olduğum için her halükarda bana destek olmak zorundaydılar...” (Erkek. Araştırma görevlisi. 21 yaş. HIV/AIDS+).*

Tanıklıklardan da görülebileceği gibi, HIV/AIDS testi pozitif çıkan bazı gençler annelerinden, teyzelerinden ve ebeveynlerinden destek görmüş, ancak bazı durumlarda

damgalanmaktan ve hatta ayrımcılığa uğramaktan kaçınmanın bir yolu olarak ailenin geri kalanının bilmemesi için bu bilgi gizlenmiştir. Genç bir erkek vakasında, yaşı nedeniyle (virüsle doğmuş olabilir), aile virüsle yaşadığını fark ettiği andan bugüne kadar destek sağlamıştır. Öte yandan, evli olan ve virüs testi pozitif çıkan genç bir adamın durumu hakkında bilgi eşinin ailesine ulaştığında, onlar da kızlarını almaya karar vermişlerdir. Adam bekar kaldı ve bugün bile toplumun ve potansiyel taliplerinin ailelerinin damgalaması nedeniyle yeniden evlenme şansının olmadığını düşünüyor.

Bu başlığın ilk bölümlerinde de belirtildiği gibi aile, üyelerini şekillendiren ama aynı zamanda HIV/AIDS gibi bazı durumlarda damgalama, ayrımcılık ve hatta dışlama yoluyla üyelerini yok eden sosyal bir kurumdur. Bu iki olgunun (damgalama ve ayrımcılık) birleşimi, Panda, Mozambik ve dünya çapında HIV/AIDS'in yayılmasıyla mücadele etmek için benimsenen farklı çabaları baltalaması açısından çarpıcıdır. Parker ve Agleton'ın (2001'den aktaran Garcia vd., 2008:73) belirttiği gibi, damgalama ve ayrımcılık HIV/AIDS salgınının üçüncü aşamasını karakterize etmektedir ve virüsün kendisi kadar ciddi bir sorundur. Bu iki olgu, HIV/AIDS'in sadece tıbbi bir hastalık değil, aynı zamanda ekonomik, kültürel, psikolojik ve sosyal boyutları olan sosyal bir sorun olduğunun somut kanıtıdır.

Panda'da ve Mozambik'in diğer bölgelerinde, HIV/AIDS duyarlılığı bir kurum veya bir bütün olarak aileye daha fazla odaklanmaya devam etmelidir, çünkü aile içinde toplumdaki diğer kurumları da etkileyen birçok sorun vardır. Örnek olarak, HYUSP I ve II'nin uygulanması Mozambikli aileler düzeyinde çeşitli sorunlara yol açmıştır. Bu planlar toplumsal cinsiyeti kadınlarla eş anlamlı olarak görmüş ve virüsle mücadeleye ilişkin faaliyetler genellikle kadınlara odaklanmış, dolayısıyla "geleneksel olarak gücü elinde tutan" erkeklerle (özellikle kırsal kesimde) sürtüşmelere neden olmuştur. Bu gerçeklik yıpratıcı olmuş, cinsiyete dayalı aile içi şiddete yol açmıştır.

Son olarak, HYUSP-III (2010-2014) ve Toplumsal Cinsiyet ve HIV/AIDS Eylem Planı'nın (2009-2015) uygulanmasıyla birlikte, artık toplumsal cinsiyetin sadece kadınlarla ilgili olmadığı varsayılmakta ve strateji ve müdahalelerde erkeklerin göz ardı edilmesinin sonuçları açıkça kabul edilmektedir. Bu, toplumsal cinsiyet yaklaşımının dahil edilmesinde bir dönüm noktasını temsil etmektedir. Örneğin, evlilik içi aile içi şiddet ve birden fazla partnerle ilgili çeşitli multimedya iletişim kampanyaları, sahadaki

müdahalelerin karşılaştığı zorlukların altında yatan erkeklikle ilgili bazı klişelerle diyalog kurmak üzere tasarlanmıştır (Manuel, 2011).

### **3.5.2.HIV/AIDS-pozitif öğrenci olmak**

Okullar ve üniversiteler, HIV/AIDS danışma ve test merkezlerine ve Generation Biz gibi diğer cinsel sağlık ve üreme sağlığı programlarına sahip olmalarına rağmen, bazen HIV/AIDS ile yaşayan kişilere karşı damgalama ve ayrımcılıkla karakterize edilmektedir. Ne yazık ki pek çok genç, tüm bu olgulardan korktukları için okulu bırakmaya karar vermekte ve bu da onları HIV pozitif olmayanlara kıyasla dezavantajlı duruma düşürmektedir.

Öte yandan, daha önceki başlıklarda da belirtildiği gibi, okullarda öğretmenlerin ve kızların karıştığı cinsel yozlaşma da HIV/AIDS'in yayılmasına katkıda bulunmaktadır. Virüs testi pozitif çıktığı için okulu bırakmak zorunda kalan pek çok genç ise konformizmi tercih ederek gelir getirici başka işlere yöneliyor. Aşağıda bazı tanıklıklar yer almaktadır.

*"...Okulda da, geçirdiğim nüksetme nedeniyle neredeyse tüm yılı kaybediyordum, okul arkadaşlarım, virüsün bende olduğunu bilmeden bile, fiziksel görünüşüm nedeniyle bende olduğunu ima ettiler. Kolay değildi ama hap almaya başladığımda durumum değişti ve bugün burada herkes gibi hayallerim için savaşıyorum..." (Kadın. İşsiz. 26 yaşında. HIV/AIDS+).*

*"...O zamanlar arkadaşlarım, okul arkadaşlarım bilmiyordu, sadece ailemin bir kısmı enfekte olduğumu biliyordu. Ancak bilgi etrafta çok dolaşüyor ve bazıları artık biliyor ve arkamdan konuşuyor, hatta bazıları her zaman "alumiwili!"<sup>15</sup>(" derdi. Ne yazık ki Inhambane şehrindeki Eduardo Mondlhane'de Elektrik, Metal İşleme ve Mekanik eğitimime devam edemedim, artık hayatın anlamını göremiyordum, her şey benim için çok kalabalık ve karanlıktı, derslere konsantre olamıyordum, bu yüzden her şeyi bırakıp para kazanmak ve hayatın bana sunabileceği şeylerin biraz tadını çıkarmak için "bescates"<sup>16</sup> yapmayı tercih ettim" (Erkek.Mekanik çilingir. 30 yaş. HIV/AIDS+).*

Bu gerçeklik Mozambik devleti için her geçen gün daha da zorlayıcı bir hal almaktadır zira yıllardır (yoksulluk ve devlet okullarına erişim gibi faktörler nedeniyle) öğrencilerin okulu bırakma oranını azaltmak için yeni eğitim politikaları uygulamaktadır

---

<sup>15</sup>Panda ve diğer komşu bölgelerin nüfusunun büyük bir kısmı tarafından konuşulan yerel Xitswa dilinden bir kelime. Terim ısırtık, ısırtılmış anlamına gelmektedir. Ancak Xitswa dilinde bu terim, başta belsoğukluğu olmak üzere cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyon geçiren birini tanımlamak için kullanılır.

<sup>16</sup>Çok az öneme sahip basit, hızlı bir hizmet anlamına gelen Portekizce bir terim.

ancak bu durum HIV/AIDS sorunuyla birleştğinde daha da karmaşık bir hal almaktadır. Bu gerçeklikte, sosyolog Goffman'ın (1963) damgalama ve ayrımcılık sürecinden sonra dışlanmaktan kaçınmak için siyasi, ekonomik ve sosyal güce daha fazla erişime sahip olmanın avantajına ilişkin yaklaşımlarına da dikkat çekilebilir. Yani, bazı öğrencilerin damgalanma ve ayrımcılık nedeniyle okulu bıraktığı ifadesine geri dönersek, Goffman'ın fikrini takip ederek, okulu bırakan bu öğrenci yüksek ekonomik, sosyal ve siyasi güce erişimi olan bir aileden gelseydi, okulu bırakma riski taşımayacaktı. Goffman (1963), bu güçlere erişimin, damgalanmanıza ve ayrımcılığa uğramanıza yol açan bir etiket nedeniyle belirli bir sosyal gruptan dışlanıp dışlanmayacağınızı belirlediğini anlar. Başka bir deyişle, HIV/AIDS pozitif olduğu için damgalanan ve ayrımcılığa uğrayan bir öğrencinin yukarıda bahsedilen güçlere erişimi yüksek olsaydı okulu bırakmasına gerek kalmazdı.

### 3.5.3.İşyerinde

İşyeri hâlâ HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılığın yaşandığı yerlerden biridir. Buna ek olarak, HIV/AIDS pozitif kişiler için iş piyasasının belirsizliği yakın geçmişte ciddi tartışmalara yol açmıştır. Bu, devletin ve diğer birçok kamu ve özel kuruluşun karşılaştığı bir başka zorluktur. Ancak gerçek olan, bir görüşmecinin de belirttiği gibi, virüsle yaşayan kişilerin işyerinde hala damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalmasıdır.

*“...Bazı meslektaşlarım tarafından ayrımcılığa uğradığımı hissettim. Aslında insanlar zaten dolambaçlı bir şekilde ayrımcılık yapıyorlar. İyi arkadaş gibi görünürler ama yokluğunuzda sizin hakkınızda kötü konuşurlar ya da sizden uzak dururlar. Ancak HIV/AIDS iyi tedavi edildiğinde sağlığınıza kavuşabileceğiniz bir virüs. Viral baskılama sağladım ve kendimi çok iyi hissediyorum. Şimdi çoğu insan için en büyük mücadele psikolojik olanı, ayrımcılık korkusunun üstesinden gelmek. İşyerindeki meslektaşlarım son zamanlarda bana iyi davranıyor ya da bir şekilde davranıyormuş gibi yapıyorlar çünkü ayrımcılık korkusunun üstesinden geldiğimi ve işimi bazılarının daha iyi yaptığımı keşfettiler” (Erkek. Araştırma görevlisi. 21 yaş. HIV/AIDS+).*

Ancak yukarıdaki ifadeden de anlaşılacağı üzere genç, işyerinde yaşadığı durumu anlatmakta ve bu sorunun üstesinden gelmek için bireysel olarak aldığı önlemleri de paylaşmaktadır. Ayrımcılık ve damgalanma korkusunun üstesinden gelmek için elinden gelen her şeyi yaptığını ve bu şekilde iş arkadaşlarının kendisiyle iyi ilişkiler kurduğunu veya kuruyormuş gibi yaptığını savunuyor. Genç adam tarafından benimsenen önlemlerden biri, günlük faaliyetleriyle ilgili içerik hakkında daha fazla araştırma

yapmaya çalışarak işte çaba sarf etmekte; bu şekilde virüsle yaşıyor olmasının mesleki ve kişisel olarak gelişmesine engel olmadığını fark etti. Bu önlemler özgüvenini artırmaktadır. İşyerinin ortak bir bağlılık gerektirdiğini, bu nedenle becerilerini göstermek için doğru alana sahip olduğunu ekledi..

#### **3.5.4.ART süreci: doktor ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkiler**

Bu bölüm antiretroviral tedavi sürecine odaklanmaktadır. Bu amaçla, Panda'da görüşülen HIV/AIDS-pozitif gençlerin deneyimleri başlık boyunca analiz edilmektedir. HIV/AIDS pozitif gençler ile doktorlar ve diğer sağlık çalışanları arasında antiretroviral tedavi sırasında kurulan ilişki de araştırmanın bu bölümünde vurgulanan hususlardan biridir. Bu konu şu anda sağlık alanında, özellikle HIV/AIDS virüsüne ilişkin test, bilgi ve tedaviye erişim konusunda, sosyoloji alanında (doktor-hasta ilişkisi), çeşitli devletlerde ve ulusal ve uluslararası özel veya kamu kuruluşlarında tartışmalara yol açmaktadır. HIV/AIDS pozitif hastalar ile doktorlar ve diğer sağlık çalışanları arasındaki ilişki, özellikle Mozambik'te HIV/AIDS virüsünün yayılmasına karşı mücadeledeki zayıflıkların arkasındaki nedenlerden biridir. Bu zayıflıklardan bazıları tezin bu bölümü boyunca sıralanmıştır.

HIV/AIDS virüsü testi pozitif çıkan gençlerin antiretroviral tedavi sürecindeki deneyimleri ile ilgili olarak verilen yanıtlar benzerdir. Hepsi antiretroviral tedavilerinin başlangıcında zorluklar yaşadıklarını, yani ilaca alışmakta güçlük çektiklerini belirtmişlerdir. Ancak, doğru şekilde uygulanan ART virüsün insan vücudundaki gücünü en aza indirdiğinden, aşağıdaki ifadelerde de görülebileceği gibi ART almaktan başka seçenekleri yoktu.

*“Başlangıçta haplara alışmakta sorun yaşadım ama bugün her şey yolunda!”* (Kadın. İşsiz. 26 yaşında. HIV/AIDS+).

*“İlaçlara alışmak kolay olmadı, her gün hap almak kolay değil ve bazen kendimi çok halsiz hissediyordum”* (Erkek. Panda-Matsemáne. Çiftçi. 37 yaşında. HIV/AIDS+).

*“...Baştan beri ilaçlarla iyi anlaşıyordum ama tabii ki ilk başlarda sabırlı olmam gerekiyordu ama alıştım”* (Erkek. Araştırma görevlisi. 21 yaş. HIV/AIDS+).

Yukarıdaki ifadelerden, görüşülen gençlerin ilaç tedavisine alışmakta zorlandıkları, ancak sabırlı olmanın bununla başa çıkma yollarından biri olduğu görülmektedir. Görüşme tarihine kadar gençler ART'ye normal şekilde devam ettiklerini

belirtmişlerdir. MISAO raporunda (2021) gösterildiği gibi, bırakma vakaları bildirilene kadar, ilk birkaç gün içinde ilaçla başa çıkmanın zorluğunun Mozambik'te neredeyse genel olduğu unutulmamalıdır. ART için yeterli bir diyetin olmaması, birçok Mozambiklinin hayatında bir engeldir. Bu, HIV/AIDS virüsü pozitif olan birçok kişinin, ART'ye ne kadar bağlı olurlarsa olsunlar, kötü beslenmeleri nedeniyle tedavilerinin kötü sonuçlandığı anlamına gelmektedir. INE'ye (2017) göre, Mozambik kırsal nüfusunun büyük bir kısmı günde üç öğün yemek yiyemiyor ve tamamen geçimlik tarıma bağımlı durumda. Ekonomik sorunlarla ilgili bir diğer husus da hastaların ART sağlayan bir hastane bulmak için kat etmek zorunda oldukları mesafedir. Örnek olarak, Matsemane, Panda'da yaşayan görüşmecilerden biri, aşağıdaki katılımcının ifadesinde de görülebileceği gibi, ulaşım için parasının olmadığı günlerde antiretroviral ilaçları almak için Panda'daki hastaneye yürümek zorunda kaldığını söylemiştir.

*“Hastalık nedeniyle Güney Afrika Cumhuriyeti'ndeki işimden ayrılmak zorunda kaldım, orada neredeyse 6 yıl çalıştım. Parasız kaldım ve annem de bir çiftçi, üretebildiği ürünlerden yaptığı satırlara bağlı, bu karmaşık bir durum. Başlangıçta da zordu çünkü hastane Panda'da ve biraz uzak. Annem ve teyzem zaten yaşlılar ve ilaçlarını almaya gidemediler, çok zayıf olmama rağmen kendim gitmek zorunda kaldım”* (Erkek, Panda-Matsemâne. Çiftçi. 37 yaşında. HIV/AIDS+).

Yukarıdaki açıklamada belirtilen ekonomik sorunlar tam da Marksistlerin sağlık sorunlarını analiz ederken gündeme getirdikleri konulardır. Marksist sosyologlar, kapitalist toplumlarda hastalıkların üretim ve toplumsal dağılım biçimlerini tartışmaktadır. Onlara göre, toplumların yapıları hem ekonomik çıkarlarda hem de hastalık üretiminde belirleyici bir rol oynamaktadır (White, 2002). Mozambik'teki Panda örneğinde ve birçok Afrika ülkesinde, HIV/AIDS salgını sadece nüfusun sağlığı için değil, aynı zamanda sosyo-ekonomik bir yük için de gündem oluşturmaktadır. Farklı çıkarları içeren ve harekete geçiren muazzam ekonomik, sembolik ve siyasi değerleri olan bir endüstridir (Parker, 2000). Bu yaklaşımlar, tıbbın kapitalist toplumlarda temel bir işleve sahip olduğunu savunur: kapitalistlerin kar arayışının neden olduğu hastalıkların kurbanlarını bu durumlarından dolayı suçlar. Dahası, hastalıkların tedavi edilme biçimi de kapitalist toplumun bir parçasıdır (White, 2002). Mozambik'te HIV/AIDS'ten etkilenen nüfusun çoğunluğu dezavantajlı gruplardan oluşmakla birlikte, seks işçileri, LGBT toplulukları ve uzun yol kamyon şoförleri de bu gruba dahildir (MISAU, 2013).

İkinci boyut olan HIV/AIDS pozitif gençlerin ART sırasında doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarıyla olan ilişkilerine gelince, araştırma alanında iki farklı yanıt grubu

bulunmaktadır. Ancak her iki yanıt grubunda da ART almak için hastaneye gitmekten, damgalanma ve ayrımcılığa uğrama korkusuyla doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarıyla muhatap olmaktan korkulduğu belirtilmelidir.

Bir yandan, ilk grup, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının mesleki gizliliğe sahip olmadığı farkında olmasına rağmen doktorlarla ilişkisi hakkında olumlu yorumlar yapan genç bir kadından gelmektedir. Bu genç kadın, aşağıdaki ifadede de görülebileceği gibi, kendisini gören doktorlardan biriyle iyi bir ilişkisi olduğunu ve hastane dışında bile sağladığı destek nedeniyle onu kardeşi olarak gördüğünü bildirmiştir.

*“Bu çok karmaşık bir durum. İlk başlarda, öleceğimi bilsem bile hastaneye gitmeye utanıyordum. İnsanlar kötü konuşuyor, biliyor musun? İnsanlar kendi hayatlarından çok başkalarının hayatlarını analiz etmekle ilgileniyor. Hemşireler ve doktorlar bile böyledir, hepsi olmadığını anlayın ve genelleme yapmak istemiyorum, ancak birçok insanın sonucunu bilenler onlardır ve bazıları dürüst değildir ve meslektaşlarını veya tanıdıklarını diğer insanların hastalığı ve yaşamı hakkında bilgilendirir. Örneğin 2020 yılında tanıdığım bir hanımefendi bebeğini doğurdu, kendisi enfekte oldu ve maalesef bebek de virüsle doğdu. Ne olduğunu biliyor musun? Tüm hemşireler o kadının ve bebeğinin HIV/AIDS'li olduğunu zaten biliyordu, dolayısıyla buradaki insanları tanıyan pek çok kişi o kadının üzücü hikayesini öğrendi... Kardeşim haline gelen iyi bir doktor var, hastane dışında bile bana destek oluyor, iyi bir insan. Diğerleri bazen çok garip görünüyor, bakışları sanki biri onları orada çalışmaya zorlamış gibi küçük bir dostluğa benziyor. Ama tüm bunlardan kurtulabilirim, şimdi söz konusu olan benim hayatım, ama bazen bununla başa çıkmak çok zor” (Kadın. İşsiz. 26 yaşında. HIV/AIDS+).*

Mesleki gizlilik, özellikle insanların sağlığıyla ilgili durumlarda çok hassas bir konudur. HIV/AIDS bağlamında, Dünya Sağlık Örgütü bir kişinin sağlık durumunun önceden rızası alınmaksızın üçüncü şahıslara açıklanmasını suç olarak kabul etmektedir (MISAU, 1988). Ancak, yukarıdaki genç kadının ifadesi, doktorların, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının mesleki gizlilikten yoksun olmalarının HIV/AIDS virüsünün yayılmasına ve ART'ye karşı mücadeleyi ciddi şekilde tehlikeye attığı Mozambik bağlamında yaygındır.

## **4.Sonuç ve Öneriler**

### **4.1.Sonuç**

Bu araştırma bir yüksek lisans tezidir ve Mozambik'in Inhambane iline bağlı Panda'daki gençlerin HIV/AIDS'ten korunmaya yönelik bilgi, algı ve deneyimlerini ortaya çıkarmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Son raporlara göre, HIV/AIDS salgını

Mozambik genelinde giderek büyümektedir ve ülkede şu anda yaklaşık 2,2 milyon kişi enfekte olmuş durumdadır, bu da ülkeyi dünyada HIV/AIDS'ten en çok etkilenen ülkeler listesinde ikinci sıraya yerleştirmektedir. Enfekte olanların çoğunluğunu gençler, özellikle de 15 yaşın altındaki ergen kızlar oluşturmaktadır (MISAU, 2022).

Bu araştırmanın amacına ulaşabilmesi için, HIV/AIDS virüsüne karşı korunma konusundaki bilgi, algı ve deneyimlerini tartışabilecek üç farklı genç grubunun organize edilmesi gerekmiştir. Üç grup şu şekilde yapılandırılmıştır: cinsel deneyimi olmayan ve HIV/AIDS virüsü negatif olan beş genç, aktif cinsel yaşamı olan ve HIV/AIDS virüsü negatif olan beş genç ve HIV/AIDS virüsü pozitif olan ve cinsel deneyimi olan dört genç.

Araştırmanın özel amaçlarından biri, tüm genç katılımcıların HIV/AIDS virüsünden korunma konusunda sahip oldukları bilgileri tespit etmektir. Toplanan verilerden, tüm gençlerin HIV/AIDS virüsünün yayılması, bulaşma şekilleri, korunma ve tedavi konularında kapsamlı bilgiye sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Tanım açısından, gençler virüsü Dünya Sağlık Örgütü (2021) ve literatür taraması boyunca HIV/AIDS virüsünün tanımına ilişkin olarak atıfta bulunulan Levy (2010), Canini vd., (2004) ve UNAIDS (2022) gibi bazı yazarlarla aynı şekilde tanımlamıştır. Aynı durum, katılımcıların HIV/AIDS virüsünün bulaştığı farklı yollara (özellikle korunmasız cinsel ilişkiler, steril olmayan kesici ve delici malzemelerin kullanımı, hamilelik ve emzirme sırasında anneden bebeğe) ilişkin cevaplarında da görülebilir. HIV/AIDS virüsü bulaşmasına karşı korunma yöntemlerine ilişkin veriler, gençlerin çoğunluğunun sadece erkek ve kadın kondomu kullanımı, cinsel perhiz, erkek sünneti ve sterilize edilmemiş kesici aletlerin dikkatli kullanımı gibi en eski veya en iyi bilinen yöntemler hakkında daha fazla bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Hem cinsel deneyimi olmayan hem de cinsel deneyimi olan katılımcılar kondom kullanımını tercih etmiş ve kondomların etkinliğini, pratikliğini ve erişim kolaylığını savunmuştur. Kondomların HIV/AIDS enfeksiyonunu, cinsel yolla bulaşan hastalıkları ve istenmeyen gebelikleri önlemede en etkili yöntem olarak kabul edildiği, ancak çoğu insanın cinsel ilişkilerinde kullanmadığı unutulmamalıdır (WHO, 2021). Özellikle kadın kondomu Mozambik halkı tarafından nefretle karşılanmaktadır (Messias, 2009). Başka bir deyişle, genç katılımcılar en güncel korunma yöntemlerinden biri olan maruziyet öncesi veya sonrası (PREP ve PEP) hakkında çok az bilgiye sahip olduklarını göstermektedir. İkinci yöntemle ilgili olarak, verilerin toplandığı dönemde tıp ve anne-çocuk sağlığı eğitimi alan katılımcıların (hepsi

genç kız) yanıtları öne çıkmaktadır. Bu verilere dayanarak, HIV/AIDS virüsünün yayılmasına karşı mücadelede eğitimin gençler ve bir bütün olarak nüfus arasında oynadığı önemli rolü vurgulamak önemlidir. Aslında bu, son yıllarda Eğitim ve Sağlık Bakanlıkları aracılığıyla Mozambik hükümetinin amaçlarından biri olmuştur ve bu stratejilerin geliştirilmesi bağlamında, çocukların, ergenlerin ve gençlerin sağlığına odaklanan, HIV/AIDS virüsüne karşı önleme de dahil olmak üzere cinsel ve üreme haklarını teşvik eden bir program olan "Geração-Biz" kırsal okullarda daha yaygın bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır (MISAU, 2018:9). Katılan gençlerin çoğu HIV/AIDS virüsü hakkında okullardan, üniversitelerden, televizyondan, ailelerinden ve arkadaşlarından bilgi edindiklerini söylemiştir. Bazı gençlerin HIV/AIDS testi yaptırmaya ilk kez okullarda aldıkları derslerden sonra karar verdiklerini söylemeleri, okulların HIV/AIDS virüsünün yayılmasına karşı mücadeledeki rolünü bir kez daha ortaya koymaktadır. HIV/AIDS'ten korunma yöntemleriyle ilgili olarak vurgulanması gereken bir diğer husus da Mozambik'te en yaygın aile planlaması yöntemlerinden biri olan RIA'ların (implant) yanlış kullanımınıdır. Katılımcılardan birinin (anne ve çocuk sağlığı öğrencisi) verdiği yanıtlardan, genç kızların bu yöntemi uygunsuz bir şekilde kullandıkları ortaya çıkmıştır. Bu yöntemi benimsedikten sonra kızlar cinsel ilişkilerinde prezervatif kullanmamakta, bu da onları HIV/AIDS virüsü ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı daha savunmasız hale getirmektedir. HIV/AIDS virüsünün tedavisi ile ilgili olarak ise veriler, ankete katılan ve HIV/AIDS virüsü negatif olan gençlerin konu hakkında kapsamlı bir bilgiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu gençler, virüsü taşıyorlarsa test yaptırmının ve tedavi olmanın önemini farkında olduklarını göstermişlerdir. Hatta bazıları antiretroviral tedavi gören aile üyelerine yardım etme deneyimlerini paylaşmıştır.

Veriler ayrıca HIV negatif gençlerin HIV/AIDS virüsü ile yaşayan kişilere ilişkin algılarını belirlemeye odaklanan özel hedefin bir parçası olarak toplanmıştır. Bu hedefin bir parçası olarak, gençlerin HIV/AIDS virüsü bulaşmış bir kişiyle birlikte yaşayıp yaşayamayacaklarını da anlamaya çalıştık. Katılımcıların yanıtları, HIV pozitif olan kişiler hakkında olağandışı bir şey düşünmediklerini göstermektedir. Onlar için virüsle yaşayan bir kişinin herhangi birinden farkı yoktur. Bu gerekçeyle ilgili olarak katılımcılar, HIV virüsü ile enfekte olmuş bir kişinin antiretroviral tedaviyi düzgün bir şekilde aldığı anda AIDS'ten kaçınabileceğini ve daha uzun süre sağlıklı yaşayabileceğini

söylediklerinden, ART açısından virüs hakkında kapsamlı bilgiye sahip olduklarını göstermişlerdir. Bu nedenle, bazı katılımcılar Panda'da insanların HIV/AIDS virüsünü lanet ve ölümlle ilişkilendirmesinin bazen yaygın olduğunu, bunun da HIV pozitif kişilerin damgalanmış ve ayrımcılığa uğramış hissetmelerine ve sonuç olarak antiretroviral tedaviyi terk etmelerine neden olduğunu açıklamıştır.

Son olarak, HIV/AIDS virüsü ile enfekte olmuş gençlerin günlük yaşamlarındaki deneyimlerine, özellikle de tedavi süreci ve doktorlar ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerine odaklanan özel hedef kapsamında veri toplanmıştır. HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin damgalanması ve ayrımcılığa maruz kalması, gençlerin virüs hakkında sahip oldukları kapsamlı bilgiye rağmen hala bir gerçektir. HIV/AIDS virüsünün ölümlle ilişkilendirilmesi hala yaygındır ve bu da korku ve dolayısıyla damgalama ve ayrımcılık yaratmaktadır. Aileler, okullar ve işyerleri hala HIV/AIDS ile ilgili damgalama ve ayrımcılıkla karakterize edilmektedir. Bazı doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının gizliliğe önem vermemesi de virüsle yaşayan kişilere karşı damgalama ve ayrımcılığa yol açmaktadır (gençlere göre HIV/AIDS seropozitiflik durumu hakkında bilgi sızdıranlar genellikle sağlık çalışanlarının kendileridir).

#### **4.2.Öneriler**

Sonuçlara dayanarak, Panda'daki ve genel olarak ülkedeki gençler arasında HIV/AIDS konusunda farkındalığın artırılmasına daha fazla yatırım yapılmasını öneriyoruz. Bu duyarlılık, bugüne kadar olduğu gibi sadece okullarla sınırlandırılmaz.

Kırsal topluluklarda HIV/AIDS danışmanlık ve test hizmetlerinin iyileştirilmesi için daha fazla yatırım yapılmalıdır.

Okullarda genç kızlara öğretmenleri tarafından cinsel tacizde bulunulması örnek olarak cezalandırılmalıdır, çünkü bu olgu virüsün bulaştığı genç kızların ve istenmeyen gebeliklerin oranının artmasını ciddi düzeyde etkilemektedir.

Son olarak, sağlık sektöründe mesleki etik eğitime sürekli yatırım yapılmasına ihtiyaç vardır.

## KAYNAKÇA

- Adak, Nurşen. (2010). Çağın Vebası AIDS: HIV/AIDS'e İlişkin Damgalama ve Ayrımcılık. *ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar*. Sayı: 3(2).
- Alonzo, A.A. ve Reynolds, N.R. (1995). Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of stigma trajectory. *Social Science and Medicine*, 41(3), 303-315
- Alves, M. F. P. (2001). Representações Sociais sobre Masculinidade entre Homens Pobres do Recife. *Relatório de Pesquisa*. Recife: Universidade Federal Rural de Pernambuco.
- Andrade, X. E; Cruz, T ve Silva E. (2005). Feminização do SIDA em Moçambique: A cidade de Maputo, Quelimane e distrito de Inhassunge na província da Zambézia como estudos de caso.
- Annandale, Ellen. (2014). *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Aytaç, Ö ve Kurtdaş, M. (2015). Sağlık - Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. F.Ü. *Sosyal Bilimler Dergisi*. Cilt: 25, Sayı: 1, Sayfa: 231-250, Elazığ.
- Baltazar, C.S., Boothe, M.A.S., Sathane, I., Raymond, H.F., Fazito, E., Temmerman, M., et al. (2021). Young key populations left behind: The necessity for a targeted response in Mozambique. *PLOS ONE* 16(12): e0261943. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261943>.
- Babayıgıt, M.A ve Bakır, B. (2004). HIV Enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyoloji ve Korunma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3 (11), *GATA Halk Sağlığı ABD/Ankara*. *ETHOS: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar / Sayı: 3 (2)* Temmuz.
- Baran, A. G. (2013). Genç ve Gençlik: Sosyolojik Bakış. *Gençlik Araştırmaları Dergisi*. Yıl: 1, 6-25, Ankara.
- Bourdieu, P. (2008). Razões Práticas sobre a Teoria da Acção. *Oeiras: Celta Editora*.

Bourdieu, P. (1998). *Practical Reason: on the Theory of Action*. Stanford, Calif: Stanford University Press.

Brasil. (2016). <http://unaid.org.br/prevencao-combinada/>. Erişim: 12 Eylül.

Brasil. (2007). Coordenação Nacional de DST e Aids. Guia de tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes. 4<sup>o</sup> ed. Brasília: MS.

Bulduk, S; Esin, N; Umut, N. (2006). Adlesanların HIV/AIDS Bilgi Dzeyleri ve Hastalığa Karşı Sosyal nyargıları. Cilt 15. sayı 8. 139.

Canini, S. al. Qualidade de vida de individuos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, n. 6, p. 940-945, 2004. Traduo. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n6/v12n6a14.pdf>. Erişim: 09 Aralık 2022.

Capra, Fritjof (1992), Batı Dşüncesinde Dnm Noktası, eviren: M. Armağan, İnsan Yayınları, İstanbul. *Cirhinlioğlu, Zafer (2001), Sağlık Sosyolojisi, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul.*

Carvalho, N. (2013). HIV-SIDA provoca mudanças nos ritos de circuncisao masculina em Moçambique. Moçambique. Nampula. <https://www.dw.com/pt-002/hiv-sida-provoca-mudanças-nos-ritos-de-circuncisao-masculina-em-moçambique/a-17327115vP.15>. Erişim: 14 Aralık 2022.

Casimiro. (2021). O impacto sócio-econmico do HIV/ SIDA numa perspectiva de gnero. Agregados familiares e comunidade nas cidades de Maputo e Quelimane e Centro dos Estudos Africanos e Ministério da Mulher e Coordenao Social. Maputo.

CİP. (2021). Corrupo no setor da saúde pública periga a vida de moçambicanos. *MMO*. Erişim: 21 Aralık 2022.

Clair, M. (2018). Stigma. *Core Concepts in Sociology*. Harvard University.

- CNCS (Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA). (2004). Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2005-2009) – *PEN II*. Maputo: CNCS.
- Conceição da Luciano. (2016). Milhares abandonam tratamento de HIV/SIDA em Inhambane. <https://www.dw.com/pt-002/milhares-abandonam-tratamento-de-hiv-sida-em-inhambane/a-19503085>. Erişim: 14.04.2021.
- Doutor, C. (2016). Um Olhar Sociológico Sobre os Conceitos De Juventude e de Práticas Culturais: Perspetivas E Reflexões. *Última década n°45, proyecto juventudes, Diciembre 2016*, pp. 159-174.
- Elster, J. (1986). *An Introduction to Karl Marx*. London: Press Syndicate of the University of Cambridge.
- Fedatto, M.S. (2017). The AIDS Epidemic and the Mozambican Society of Medicines: an analysis of Brazilian cooperation. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7):2295-2304.
- Garcia, Sandra et al (2008). Estigma, discriminação e HIV/AIDS no contexto brasileiro, 1998 e 2005. 73. *Rev Saúde Pública*; 42 (Supl 1):72-83.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas – ERA*. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63.
- Gonçalves, Patrício. (2016). Moçambique: compulsando as migrações internas e internacionais. v. 2, n. 5 p. 78-101 jan./abr. 2016. ISSN: 2446-6549 DOI: 10.18766/2446-6549/interespaco.v2n5p78-101.
- Gosdal, T. C. (2003). *Discriminação da Mulher no Emprego*. Curitiba: Genesis, Brazil.
- Millet, K. (1969). *Sexual politics*. London. 1969.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Greeff, M et al. (2008). Experiences of HIV/AIDS Stigma of Persons Living with

- HIV/AIDS and Nurses Involved in their care from five African Countries. *Africa Journal of Nursing Midwifery*. 10(1):78-108.
- Horwitz, S. (2001). Migrancy and HIV/AIDS: A Historical Perspective, *South African Historical Journal*, 45:1, 103-123, DOI: 10.1080/02582470108671404.
- Hoyle, E. (1982). Micropolitics of educational organisations. *Educational Management and Administration*, 10(2), 87-98.
- IMASIDA. (2015). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA. *Instituto Nacional de Saúde*. Maputo.
- INE. (2017). IV Recenseamento Geral da População E Habitação. *Indicadores Sócio-demográficos Mocambique*.
- INE, (2013). Portal Estatísticas de Moçambique, Instituto Nacional de Estatística, Maputo. [www.ine.gov.mz](http://www.ine.gov.mz). Erişim: 17 Aralık 2022.
- INSIDA. (2009). Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique, Maputo, Novembro de 2010.
- Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística (INE), ICF Internacional, (2015). Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015. *Relatório Preliminar de Indicadores de HIV*. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF.
- Yuh, J. N, *et al* (2014). Stigma among HIV/AIDS Patients in Africa: A critical Review. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 140 ( 2014 ) 581 – 585.
- Levy, Jay A. (2010). HIV e a patogenia da Aids. São Paulo: Unifesp, 665 p.
- Link, B. ve Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 27(3):363–85.
- Loyola, M. (1994). A percepção e prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. *In: AIDS e Sexualidade: O Ponto de Vista das Ciências Humanas* (M. A. Loyola, org.), pp. 19-74, Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Katia, Taela (2004). Análise da documentação sobre o estigma e a discriminação

- relacionados com o HIV/SIDA em Moçambique. Maio. N'weti.
- Knauth, D. R. (1998). A banalização da AIDS. *Horizontes Antropológicos*, 9:171-202.
- Knauth, D. R. (1999). Subjetividade feminina e soropositividade. In: *Sexualidades pelo Avesso* (R. M. Barbosa & R. Parker, org.), pp. 122-135, São Paulo. Editora 34.
- Maia, R. (2002). Dicionário de Sociologia. *Porto: Porto Editora*.
- Maloa, B. ve Pereira, M. (2012). Atitudes em Relação ao HIV/AIDS nos Alunos das Escolas Secundárias de Moçambique: Um Estudo Comparativo Entre as Províncias de Maputo e Niassa. *Interação Psicol.*,16(1), 39-50.
- Maluwa, M, Aggleton, P and Parker, R. (2002). HIV and AIDS-Related Stigma, Discrimination, and Human Rights: A Critical Overview. Vol. 6, No. 1, pp. 1-1.
- Mann, J. ve Kay, K., (1991). Confronting the pandemic: the World Health Organization's Global Programme on AIDS 1986-1989. *AIDS* 5 (suppl 2), pp. 221-229.
- Manuel, S. (2011). Políticas de HIV e SIDA e dinâmicas socioculturais em Moçambique. *Desafios Para Moçambique 2011*, 333–351. [www.iese.ac.mz/lib/publication/livros/.../IESE\\_Des2011\\_12](http://www.iese.ac.mz/lib/publication/livros/.../IESE_Des2011_12). Erişim: 31 Aralık 2022.
- Matsinhe, C., (2005). Tábula Rasa: Dinâmicas da resposta moçambicana ao HIV/SIDA. Maputo: *Texto Editores*.
- Messias, J. (2009). O preservativo feminino, uma reflexão sobre "nós", e a promoção da saúde da comunidade na Província da Zambézia. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF). 56(6):699-701.
- McCrudden, Christopher. (2008). Human Dignity and Judicial Interpretation of Human Rights. *The European Journal of International Law*. Vol. 19 no. 4. P. 655 – 724.

- Ministerio da Educação e Cultura. (2010). O programa Geração Biz. Maputo, Moçambique: Ministerio da Educação e Cultura. *MISAU-DCI*. <https://www.misau.gov.mz/index.php/441-mocambique-registou-cerca-de-98-000-novas-infecoes-do-hiv-em-2020>. 2021. Erişim: 21 Aralık 2022.
- MISAU. (2020). Republica de Moçambique. Ministério da Saúde Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA. Maputo.
- MISAU. (2018). Breves considerações em relação a Estratégia Nacional de Saúde Escolar dos Adolescentes e Jovens. *República de Moçambique Ministério da Saúde*. PEPFAR/DREAMS. Pp.32.
- Ministerio da Saude (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). (2013). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. *Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI*.
- MISAU, INS, CDC, UCSF, MITRAB e I-TECH (2013). Relatório Final: Inquérito Integrado, Biológico e Comportamental entre Trabalhadores Moçambicanos nas Minas da República da África do Sul, 2012. Maputo: *MISAU*.
- MISAU ve INS. (2012). Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Trabalhadores Moçambicanos nas Minas da República da África do Sul, 2012. *Relatório Final. MISAU, INS, CDC, UCSF, MITRAB e I-TECH*. Maputo.
- MISAU ve INE. (2009). Moçambique: estudo nacional sobre a mortalidade infantil 2009, sumário. *Maputo, MISAU, UNICEF. London School of Hygiene and Tropical Medicine*.
- MISAU. (1988). Programa Nacional de Combate a SIDA: Plano de 3 anos, 1988-1990. *Maputo: INDE. VIH/Sida: Moçambique deve combater estigma para sair da lista de mais afetados*. <https://www.dw.com/pt-002/vih-sida-mocambique-deve-combater-estigma-para-sair-da-lista-de-mais-afetados/a-57736697>. Erişim: 01 Haziran 2021.
- Moacyr Scliar. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.
- Moklif, A ve Ratoubi, A. (2016). Critical Review of Different Sociological Perspectives

- toward Conceptualization of Management of Health Services. *International Multispecialty Journal of Health (IMJH)*. Vol-2, Issue-8, August.
- Muanamoha, R. (2008). Cardoso. Dynamics of Undocumented Mozambican Labour Migrations to South Africa. *Germany: VDM, Verlag Dr Muller GmbH & co. KG*.
- Mutisse, L. (2021). Mulheres lutando contra o HIV/SIDA: Cuidadoras de Moçambique. [Research Report] 12355, *ANRS; Universidade Eduardo Mondlane; IRD*. 2021, 168 p. ffhshs-03337114v2f. 13-16.
- Norrie, A.W. (1982). Marxism and the critique of criminal justice Crime, Law and Social Change. ;6(1):59-73.
- Nunes, D. (2009). Sociologia da Saúde e da Doença: Novos Desafios. *História, Ciências, Saúde, Manguinho*. v.16. p.1128-1132. n.4, p.1128-1132. s, Rio de Janeiro.
- ONUSIDA. (2013). Distribuição da incidência de infecções por HIV na população de 15 a 49 anos em Moçambique por modo de transmissão, 2013. [https://cncs.gov.mz/wp-content/uploads/2019/08/MoT2013\\_Final.pdf](https://cncs.gov.mz/wp-content/uploads/2019/08/MoT2013_Final.pdf). Erişim: 28.04.2021.
- Pais, J. M. (1993). Culturas juvenis. *Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda*.
- Parker R, Aggleton P. (2000). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*. Jul;57(1):13-24. doi: 10.1016/s0277-9536(02)00304-0. PMID: 12753813.
- Raimundo, I. (2011). Migração e HIV/SIDA em Moçambique: Desafios da região centro de Moçambique. *GEOUSP - Espaço e Tempo*, São Paulo, Nº 29 - Especial, pp. 43 – 55.
- Richardson, R. J. (1999). Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas.
- Santos, Cristina Alexandra (2014). Os jovens, o consumo e a identidade: uma trilogia contemporânea? O consumo de marcas de vestuário e de calçado e a construção

- identitária juvenil. *Tese de doutoramento (Sociologia)*. Lisboa: ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- Seale, Clive. (2008). Mapping the field of medical sociology: a comparative analysis of journals. *Sociology of Health and Illness, Henley on Thames*, vol.30, no.5, p.677-695.
- Silva, A. C. R. (2008). Metodologia da pesquisa aplicada a contabilidade: orientações de estudos, projetos, artigos, relatórios, monografias, dissertações e teses. 2. ed. 2. *Reimpr.* São Paulo: Atlas.
- Siqueira, R ve Cardoso Júnior, H. R. (2011). O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. *Imagonautas*, 2(1), 92-113.
- Sontag, S. (1989). A AIDS e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- MÍSAU, (2010) Moçambicanos Com Grande desconhecimento sobre HIV/SIDA.*  
[www.voaportugues.com](http://www.voaportugues.com). Erişim tarih: 20. Aralık. 2022.
- Sütlaş, Mustafa. (2002). AIDS'ten Korunmanın Yolları. *İstanbul - BİA Haber Merkezi*, 08Aralık. <https://bianet.org/bianet/siyaset/15103-aidsten-korunmanin-yollari>. Erişim: 30.04.2021.
- Teixeira F, António (Coord.). (2001). Estudantes do Ensino Superior no Porto: Representações e Práticas Culturais. *Porto: Edições Afrontamento*.
- Timmermans, S ve Haas, S. (2008). Towards a sociology of disease. *Sociology of Health and Illness, Henley on Thames*, vol.30, no.5, 2008, p.659-676.
- UNAIDS. (2022). Women and Law in Southern Africa Research and Education Trust.  
[UNAIDS data 2022 | UNAIDS](https://www.unaids.org/en/resources/press-material/2022-12-01-UNAIDS-data-2022). Erişim: 31 Aralık 2022.
- UNAIDS. (2021). Women and Law in Southern Africa Research and Education Trust.  
WLSA. <http://www.wlsa.org.mz/>. Erişim: 29 Nisan 2021.

- UN [United Nations] Mozambique. (2011). Mozambique key development indicators. *UN Mozambique*. <http://mz.one.un.org>. Erişim: 17 Nisan 2022.
- USAID. (2018). HIV - Related Stigma, Discrimination and Human Rights Violations Case studies of successful programmes. *Controlling The HIV/AIDS Epidemic*.
- UNAIDS. (UNAIDS, 2005). Handbook for legislators on HIV/AIDS, law and human rights: action to combat HIV/AIDS in view of its devastating human, economic and social impact. Geneva, Switzerland.
- Weiss, G. and Lonquist, L. (2015). The Sociology of Health, Healing, and Illness.
- Weisheimer, N. (2015). Marialice Foracchi e a Formação da Sociologia da Juventude no Brasil.
- Weller, W. (2007). Karl Mannheim: Um Pioneiro Da Sociologia Da Juventude. *XIII Congresso Brasileiro De Sociologia 29 De Maio A 1 De Junho De 2007, Ufpe, Recife (Pe)*.
- White, K. (2017). An introduction to the Sociology of Health and Illness. *SAGE Publications*. 3 edition.
- White, K. (2002). An introduction to the Sociology of Health and Illness. *SAGE Publications*.
- WHO. (2021). HIV/AIDS: Framework for action in the WHO African Region, 2016-2020. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. CIP. <http://apps.who.int/iris>. Erişim: 31 Aralık 2022.

## EKLER

### Ek-1: Panda'da Örnekleme Uygulanan Görüşme Formları

#### GÖRÜŞME FORMLARI

##### Cinsel deneyimi olan HIV/AIDS negatif katılımcılara uygulanacak görüşme formu

1. Cinsiyet: \_\_\_\_\_
2. Yaş: \_\_\_\_\_
3. Eğitim Seviyesi: \_\_\_\_\_
4. Medeni durumu: \_\_\_\_\_
5. HIV/AIDS virüsü hakkında neler biliyorsunuz? Bu bilgiyi kimden, ne zaman, ne sebeple (eğitim, konferans, sohbet) öğrendiniz?
6. HIV/AIDS nasıl bulaşır? Bu konuda neler biliyorsunuz?
7. HIV/AIDS'ten nasıl korunulur? Bu konuda neler biliyorsunuz? Bu yöntemlerden kullandıklarınız var mı? Hangileri? Korunmak için bir yöntem kullanmıyorsanız, lütfen nedenini açıklayınız?
8. Sizce HIV/AIDS ile ilgili bilgiler topluma yeterli şekilde ulaştırılıyor mu?
9. Bir kişide HIV/AIDS olup olmadığını nasıl anlarsınız?
10. Sizce kimler HIV/AIDS olabilir?
11. Hiç HIV/AIDS testi yaptırdınız mı? Neden?
12. Ailenizde HIV/AIDS pozitif üye var mı?
13. HIV/AIDS pozitif bireyler hakkında ne düşünüyorsunuz?
14. HIV/AIDS pozitif olan biriyle yaşar mıydınız? Neden?
15. HIV/AIDS konusunda diğer gençlere ne gibi tavsiyelerde bulunursunuz?

##### Cinsel deneyimi olmayan HIV/AIDS negatif katılımcılara uygulanacak görüşme formu

1. Cinsiyet: \_\_\_\_\_
2. Yaş: \_\_\_\_\_
3. Eğitim Seviyesi: \_\_\_\_\_
4. HIV/AIDS virüsü hakkında neler biliyorsunuz? Bu bilgiyi kimden, ne zaman, ne sebeple (eğitim, konferans, sohbet) öğrendiniz?
5. HIV/AIDS nasıl bulaşır? Bu konuda neler biliyorsunuz?
6. HIV/AIDS'ten nasıl korunulur? Bu konuda neler biliyorsunuz?
7. Sizce HIV/AIDS ile ilgili bilgiler topluma yeterli şekilde ulaştırılıyor mu?
8. Bir kişide HIV/AIDS olup olmadığını nasıl anlarsınız?
9. Sizce kimler HIV/AIDS olabilir?
10. Hiç HIV/AIDS testi yaptırdınız mı? Neden?
11. Bildiğiniz HIV/AIDS'ten korunma yolları nelerdir?
12. Ailenizde HIV/AIDS pozitif üye var mı?
13. HIV/AIDS pozitif bireyler hakkında ne düşünüyorsunuz?
14. HIV/AIDS pozitif olan biriyle yaşar mıydınız? Neden?
15. HIV/AIDS konusunda diğer gençlere ne gibi tavsiyelerde bulunursunuz?

##### HIV/AIDS pozitif katılımcılara uygulanacak görüşme formu

###### I. Sosyodemografik veriler

1. Cinsiyet: \_\_\_\_\_
2. Yaş: \_\_\_\_\_
3. Eğitim Seviyesi: \_\_\_\_\_
4. Medeni durumu: \_\_\_\_\_

5. HIV/AIDS virüsü hakkında neler biliyorsunuz? Bu bilgiyi kimden, ne zaman, ne sebeple (eğitim, konferans, sohbet) öğrendiniz?
6. HIV/AIDS nasıl bulaşır? Bu konuda neler biliyorsunuz?
7. HIV/AIDS'ten nasıl korunulur? Bu konuda neler biliyorsunuz?
8. Sizce HIV/AIDS ile ilgili bilgiler topluma yeterli şekilde ulaştırılıyor mu?
9. HIV/AIDS virüsü ile yaşadığımızı ne zaman ve nasıl öğrendiğinizi anlatır mısınız? Öğrendiğinizde ne hissettiniz?
10. HIV/AIDS pozitif olmanıza yönelik ailenizin, arkadaşlarınızın, iş arkadaşınızın ve toplumun tepkisini anlatır mısınız? Kimler size destek oldu, olumsuz tepki gösterenler oldu mu?
11. Tedavi sürecinizden bahseder misiniz, bu konuda karşılaştığımız sorunlar var mı?
12. Sağlık merkezilerindeki hizmetten ve personelin size yönelik davranışlarından memnun musunuz?
13. HIV/AIDS negatif gençlere ne gibi tavsiyelerde bulunursunuz?

#### 1. Soruların doğru cevapları

1. Cevap: ...
2. Cevap: ...
3. Cevap: ...
4. Cevap: ...

## EK -2:. Gönüllü Katılım Formu

# ÖRNEK ARAŞTIRMA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Bu çalışma, Gençlerin HIV/AIDS'ten Korunmaya Yönelik Bilgi, Algı ve Deneyimleri: Panda (Inhambane-Mozambik) Örneği başlıklı yüksek lisans bir araştırma çalışması olup Panda'da gençlerin HIV/AIDS'ten korunmaya yönelik bilgi, algı ve deneyimlerini ortaya çıkarmak amacını taşımaktadır. Çalışma, Gulamudine Muhamad Charifo Xavier Manuel tarafından yazılan doktora tezi çerçevesinde yürütülmektedir. Araştırma sonuçları ile akademik yayınlarla ortaya konacaktır ve Panda'da yaşayanların HIV/AIDS'ten korunmaya yönelik gelecek çalışmalara ışık tutulacaktır.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, Nitel bir araştırma olarak desenlenen bu tez çalışmasında veriler yarı yapılandırılmış görüşme yoluyla yapılarak sizden veriler toplanacaktır.
- İsminizi yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Sizden toplanan veriler bilimsel ve akademik yöntemi ile korunacak ve araştırma bitiminde arşivlenecek ve yasal süre sonunda imha edilecektir.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınızı Anadolu Üniversitesi Sosyoloji Bölümü'ne yöneltebilirsiniz.

**Araştırmacı Adı:** Gulamudine Manuel  
**Adres:** Anadolu Üniversitesi Sosyoloji Bölümü

**İş Tel** :  
**Cep Tel** :

**Bu çalışmaya tamamen kendi rızamla, istediğim takdirde çalışmadan ayrılabileceğimi bilerek verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını kabul ediyorum.**  
(Lütfen bu formu doldurup imzaladıktan sonra veri toplayan kişiye veriniz.)

**Katılımcı Ad ve Soyadı:**  
**İmza:**  
**Tarih:**

## EK – 3. Etik Kurul Onay Belgesi

Ana.Üni.: 27.10.2022-432499



T.C.  
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Hukuk Müşavirliği

Sayı : E-54380210-050.99-432499  
Konu : 25.10.2022 tarihli 2/40 sayılı Etik Kurul  
Kararı

27.10.2022

### SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 23.09.2022 tarihli ve 398248 sayılı yazı.

İlgi yazınız ekinde Rektörlüğümüze gönderilen Doç. Dr. Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN'ın danışmanlığını yaptığı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gulamudine MANUEL'in "Gençlerin HIV/AIDS'ten Korunmaya Yönelik Bilgi, Algı ve Deneyimleri: Panda (Inhambane-Mozambik) Örneği" başlıklı yüksek lisans tez çalışması incelenmiş olup raportör raporunda belirtilen eksikliklerin giderilmesi koşuluyla etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Saime ÖNCE  
Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel  
Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Başkanı

Ek:Raporör Raporu

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSCAZTS21R

Belge Doğrulama Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/anadolu-universitesi-ebys>

Yunusemre Kampüsü Tepebaşı/Eskişehir

Telefon No:+90 222 335 05 80/4411 Faks No:+90 222 335 36 16

e-Posta:gensek@anadolu.edu.tr İnternet Adresi:gensek@anadolu.edu.tr

Kep Adresi:anadoluuniversitesi@hs03.kep.tr

Bilgi için: Merve SARI  
Büro Personeli



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

25.10.2021

ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Başkanlığına;

Gulamudine MANUEL'nin "Gençlerin HIV/AIDS'ten Korunmaya Yönelik Bilgi, Algı ve Deneyimleri: Panda (Inhambane-Mozambik) Örneği" başlıklı yüksek lisans tez çalışması tarafımdan incelenmiştir.

Bu çalışmanın amacı, Panda'da gençlerin HIV/AIDS'ten korunmaya yönelik bilgi, algı ve deneyimlerini ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Nitel veri toplama yöntemi kullanılacaktır. Araştırmanın evrenini Mozambik-Panda'da yaşayan 18-30 yaş arası kişiler oluşturmaktadır. 20 kişi ile görüşme planlanmıştır.

Sonuç olarak, ekte sunulan görüşme soruları incelendiğinde katılımcıları küçük düşürücü, rahatsız edici, huzursuz edici, yorucu, işleri aksatıcı vb. olumsuz özellikler taşımadığı görülmüştür. Ancak Gönüllü katılım formuna görüşmelerin kayıt altına alınacağı ifadesi eklenmesi koşuluyla.

Bilgilerinize arz ederim



ANADOLU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL VE BEŞERÎ BİLİMLER BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU  
KARAR BELGESİ

<b>ÇALIŞMANIN TÜRÜ:</b>	Yüksek Lisans Tez Çalışması
<b>KONU:</b>	Sosyal Bilimler
<b>BAŞLIK:</b>	Gençlerin HIV/AIDS'ten Korunmaya Yönelik Bilgi, Algı ve Deneyimleri: Panda (Inhambane-Mozambik) Örneği
<b>PROJE/TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ:</b>	Doç. Dr. Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN
<b>TEZ YAZARI:</b>	Gulamudine MANUEL
<b>ALT KOMİSYON GÖRÜŞÜ:</b>	-
<b>KARAR:</b>	Olumlu
<b>Prof. Dr. Saime ÖNCE</b> (Başkan-İkt. ve İdari Bil. Fak.)	
<b>KATILMADI</b> <b>Prof. Dr. M. Erkan ÜYÜMEZ</b> (Başkan Yardımcısı -İkt. ve İdari Bil. Fak.)	<b>Prof. Dr. Fatime GÜNEŞ</b> (Edebiyat Fak.)
<b>Prof. Dr. Yıldız UZUNER</b> (Eğitim Fak.)	<b>Prof. Dr. İbrahim Cemil ULUKAN</b> (Açıköğretim Fak.)
<b>Prof. Dr. Handan DEVECİ</b> (Eğitim Fak.)	<b>Prof. Dr. Erkan YÜKSEL</b> (İletişim Bil. Fak.)