

Kadının Üreme Sağlığına Eleştirel Bir Bakış: Kadın Bedeninin Medikalizasyonu

The Critical View of the Women's Reproductive Health: The Medicalization of the Female Body

Uz.Hem. Öznur KÖRÜKCÜ,^a
Doç.Dr. Kamile KUKULU,^a
Prof.Dr. Nurşen ADAK^b

^aDoğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği AD,
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu,
^bSosyoloji AD,
Akdeniz Üniversitesi Edebiyat Fakültesi,
Antalya

Geliş Tarihi/Received: 08.07.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 15.09.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Uz.Hem. Öznur KÖRÜKCÜ
Akdeniz Üniversitesi
Antalya Sağlık Yüksekokulu,
Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği AD, Antalya
TÜRKİYE/TURKEY
oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr

ÖZET Medikalizasyon tıp vasıtası ile kendine özgü düşünme yolları, modelleri, metaforları, değerleri, uyarıları ve kurumları olan, özellikle yaşam alanları üzerinde pratik ve teorik yetkiyi getiren büyük bir sosyal ve entelektüel oluşumdur. Medikalizasyon süreçleri kişisel ya da sosyal sorunlarla çok ilgilenmez, normal durum ve faaliyetlerde bile insanları medikal perspektiften ele alma eğilimdedir. Medikalizasyon medikal terimlerin kullanılarak problemin tanımlanması, medikal sorunu tanımlarken tıbbi dil kullanılması, problemi anlamak için tıbbi bir çerçevenin benimsenmesi ya da "tedavi"si için tıbbi müdahalelerin kullanılması ile oluşur. İnsanlar belirli kategorilerde geçmişe oranla daha uzun bir süreden beri tıbbin kontrolü altındadır. Ataerkil sistem etkin bir şekilde kadının, özellikle bedeninin kontrolüne odaklanmaktadır. Kadının eylemleri, tutumları, cinselliği, yaşam biçimi, gebeliği, doğumu, menopoz ve yaşlanma dönemi, hatta tüm sağlığı "uzmanların" elindedir. Bu kontrol ataerkil egemenlik ve ekonomiyi korumak için şarttır. Pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de kadınlar obstetrik komplikasyonu olmamasına rağmen, sezaryen doğum konusunda cesaretlendirilmekte, sezaryen oranları gittikçe artmaktadır. Doğumda müdahale yaygın olarak kullanılmakta, bu nedenle müdahaleli doğum oranları, özellikle cerrahi gittikçe artmaktadır. Ne yazık ki kadın bedeninin, cinsellik, üreme, güzellik, doğum ve pek çok başka boyutu, önemli bir kazanç sağlamak için uygun bir fırsat olarak düşünülmektedir. Bu çalışma kadınların üreme sağlığında aslında "normal" olan pek çok durumun nasıl "hastalık" olarak algılandığına dikkat çekmek amacı ile derleme şeklinde yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kadınlar; üreme tıbbi

ABSTRACT Medicalization is a major social and intellectual trend whereby medicine, with its distinctive ways of thinking, its models, metaphors, values, agents, and institutions, comes to exercise practical and theoretical authority over particular areas of life. Medicalization processes do not so much concern personal or social problems; they refer to the phenomenon that people tend to consider even normal situations or activities from a medical perspective. Medicalization consists of defining a problem in medical terms, using medical language to describe a problem, adopting a medical framework to understand a problem, or using a medical intervention to "threat" it. Certain categories of people are under the control of medicine for a longer time than in the past. The patriarchal system is effectively based on the control and appropriation of women, especially their bodies. The control of women's movements and attitudes, their sexualities and fertility, life cycles, pregnancies and births, menopause and aging, even the control of their overall health is in the hands of "experts". This control is essential for maintaining patriarchal sovereignty and the economy. Women without obstetric complications are encouraged to have a caesarean section by the obstetricians in Turkey like the other countries, so the caesarean section rates increase. As labour intervention has become more widespread, so too have assisted delivery rates and major surgery. There are many who control the women's bodies and who reap a considerable profit from their bodies, sex, reproduction, beauty, labor, everything. This study is conducted to emphasizing the most "normal" situations is perceived like "disease" in the women's reproductive health.

Key Words: Women; reproductive medicine

Toplumsal cinsiyet, doğumla birlikte kazanılmış olan biyolojik cinsiyetin üzerine eklenen, bireye ailesi ve onun yaşadığı toplum tarafından öğretilen “kadın olmak” ya da “erkek olma”yı içeren durumların tümünü kapsamaktadır.¹ İnsan toplumsallaşma sürecinde, ne yapıp ne yapmaması gerektiğini, yani içinde bulunduğu toplumun normlarını öğrenir. Doğumundan itibaren kişiye konulan isim, giysilerin rengi ve seçilen oyuncaklarla görünür halde olan bir cinsiyetçi farklılık içinde davranılır. Hatta, davranışçı ekole göre kişilik yalnızca bu toplumsal öğrenmeye dayanır.² Bu bağlamda biyolojik farktan çıkarak cinsiyet rolleri öğrenilir. Örneğin kadın pasif, uyumlu, anaç olmayı, toplum ise kadın davranışlarını mevcut normlara göre yorumlamayı öğrenir.³ Geleneksel olarak halsizlik, güçsüzlük ve incinebilirlik kavramları toplumsal cinsiyet ile ilişkilendirilecek olursa kadınlık eğilimindedir. Buna karşın, erkeklik ise, güç, dayanıklılık ve incinmezlik ile ilişkilidir.⁴ Bu yüzden, kadınların fiziksel ya da ruhsal sağlığının erkeklerden daha hassas olduğu algısı ve üreme sağlığına ilişkin pek çok medikal müdahalenin kadın bedenine yönelik olması şaşırtıcı değildir.

Hastalık algısı insan problemlerinde geniş yer tuttuğu için kültürel bir metafor olarak kabul edilebilir. Gerçeğin sosyal yapısında doğumdan ölüme kadar medikal model kullanılmaktadır ve tıbbın cinsiyeti eril yöndedir. Toplumsal cinsiyet bakış açısına sahip sağlık yazarları tıbbın gelişmesinde kadının temel hedef olduğunu belirtmektedir. Bu bilim insanları patriarşi için toplumsal gerekçelerin nasıl tıbbi gerekçelere dönüştüğünü araştırmışlardır. Doğumların eskiden doğal yollarla kadının baş edeceği eylemler olduğunu ve 19. yüzyılın sonlarında psikomedikal uzmanların eline geçtiğini ifade etmişlerdir. Bu yazarlar kadınların sağlığının erkek kontrollü, teknoloji egemen sağlık sisteminde nasıl tehlikeye düştüğünü vurgulamaktadır. Kadınlar medikal üstünlükte sadece pasif birer mağdur değildir, bu durumu kabullenerek kadının medikalizasyonu konusunda pozitif bir role de sahiptirler.⁵

Medikalizasyon ilaçların yalnızca bilimsel ürünler değil, aynı zamanda sosyal bir konu olduğunu vurguladığı için önemli bir kavramdır. Medikalizasyon terimi birbiri ile ilişkili iki süreci

kapsamaktadır. İlki, tıbbi anlam içeren kesin davranış ve durumlarıki bunlar hastalık ya da sağlık terimleri ile tanımlanır. İkincisi ise, sosyal normlara uyum sağlamak için sapkın olarak tanımlanan problemler deneyimlerin ortadan kaldırılması için bir araç olarak kullanılan tıbbi uygulamalardır.⁵ Medikalizasyon çeşitli düzeylerde olabilir: kavramsal olarak, sorunu tanımlamak için tıbbi kelime kullanıldığı zaman; kurumsal olarak doktorların bir sorun ya da programı yasal kıldığı zaman ya da hasta-hekim etkileşiminde gerçek bir sorunun tanı ve tedavisi yapılırken.⁴

Üreme sağlığı; üreme sistemi işlevleri ve süreci ile ilgili sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, tüm bunlara ilişkin fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olup, çiftlerin doyurucu ve güvenli cinsel yaşamlarının olması, üreme yeteneğine sahip olmaları, üreme yeteneklerini kullanmada karar verme özgürlüğüne sahip olmaları demektir.¹ Hem doğum olayını kadının bedeninde gerçekleştiği için, hem de yetiştirme sorumluluğu öncelikle kadının üstlenmesi beklendiği için üreme otonomisinin merkezinde kadının iyilik hali yer almalıdır. Ancak yoksulluk ve inanç sistemleri bu otonominin değerini düşürmektedir.⁶ Varoluşçu yaklaşıma göre kadının üreme sağlığı konusundaki medikalizasyonunu ele alacak olursak, eril yöndeki medikal uygulamaların çoğu kadını bir nesne gibi inceleme ve açıklama eğilimindedir. Oysa kendi var oluşunu algılayabilmek, kendi seçtiği amaçlara, kendi seçtiği yolda ilerleyerek ulaşmak ve böylece kendi varoluşunu yaşamak insan olmanın en temel karakteristiğidir. Yani insan doğanın egemenliğinden kurtulmak için teknolojiyi geliştirmiş, ancak bu kez insanoğlu kendi geliştirdiği uygarlık ve teknolojinin bir tutsağı, kölesi haline gelmiştir. Bu tutsaklık onun birey olarak evrendeki yerini, kimliği ve biricikliğini yitirmesini yol açmıştır.⁷ Bu medikal ve teknolojik gelişimlerden en çok etkilenen de kadın olmuştur. Hiçbir şey kadının kendi üremesi konusundaki otonomisinden daha önemli olamaz. Bu çalışma, kadının kendi üreme sağlığı konusundaki otonomisini etkileyen hayatındaki pek çok doğal durumun nasıl hastalık olarak algılandığını ve kadın bedeninin nasıl medikalizasyonlaştırıldığını vurgulamak amacı ile yapılmıştır.

MENSTRUAL SIKLUS

Kadın yaşamının neredeyse yarısını oluşturan menstruasyon genellikle “kadın sorunu” olarak görülür ve günlük sohbetlerde konuşulmasından hoşlanılmaz. Kadının kendi bedeni ile ilgili bilgi ve bakımı göz ardı edilerek, genellikle erkeklerden oluşan “uzman” doktorlar kadın bedeni ile ilgili medikalizasyon konusunda söz sahibi olan kişilerdir.^{4,8} Medikal sistem bu gücü kadından alır ve tıbbi profesyonellere kadın bedenini tanımlama, yapılandırma izni verir. Kadınlar da bu medikalizasyona katılmakta ve desteklenmektedirler. Menstruasyonun medikalizasyonu genellikle, kadın yaşamının neredeyse yarısını oluşturan menstruasyonunun fiziksel ve psikolojik semptomları olan bir hastalık olarak tanımlanması anlamına gelmektedir.⁹

Yüzyıllardır menstrual siklus nedeni ile kadın değişken olarak bilinmekte, sosyal ve ekonomik pozisyonlarda kadınlara sorumluluk verilmektedir. Bu durum, fizyolojik durumları stabil olan erkeklerin durumundan farklı olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadının üreme anatomi ve fizyolojisi, fiziksel ve ruhsal sağlığı açısından risk olarak görülmüştür.⁴ Menstruasyonun ilk başlangıcına menarş denilmektedir ve bu kadınların hayatında bir dönüm noktasıdır.⁵ 18-45 yaş arası 137 kadında yapılan bir araştırmada katılımcılarının hepsinin ilk menstruasyonunu ve çoğunun bununla ilgili detayları hatırladığı gözlemlenmiştir. Ancak genel olarak menstruasyondan utanılmasına bağlı olarak, menarş genellikle gizlilik içerisinde gerçekleşmektedir.⁸

9-12 yaş arası kızlarla yapılan araştırmaya göre, bir çoğu menstruasyonu büyümekle ilgili ve normal olduğunu, ancak nerdeyse üçte biri bunun utanç verici, sinir bozucu olduğunu söylemekte, ve bir çoğu da menstruasyon yaşayan kadının yüzmemesi yada sporda aktif olmaması gerektiğini düşünmektedir. Bu kızların %85’i bu konuda erkeklerle konuşmamaları gerektiğini, %40’ı babalarıyla bile tartışmamaları gerektiğini düşünmektedir.¹⁰

Tamponlar ve hijyenik mendiller için reklamlar da bu fikre katkı sağlamakta ve kadınların bu zor ve utanç verici dönemde o ürünün onları nor-

mal bir kadın yapacağı fikrini vermektedir. Menstrual hijyen üreticileri tarafından yayımlanan eğitim kitapçıklarında menstruasyon hakkında hala gizlilik vardır ve bu sadece kadını erkekten ayıran bir fark olarak ifade edilmiştir.⁴

Yıllardır psikologlar, menstruasyon başlangıcının birkaç gün öncesinde meydana gelen yüksek gerginlik, sinirlilik, depresyon ve buna bağlı psikolojik etmenleri premenstrual sendrom (PMS) olarak kabul etmişlerdir. Bazı araştırmalar; kadınların premenstrual ve menstrual dönemde diğer dönemlere oranla daha gergin, irritabl ve depresif olduğunu bildirmiştir. Buna rağmen bazıları, duygusal durum ve menstrual siklus arasında bir ilişki kurmamış, bazıları ise bunların tam tersi bir durum belirten bulgular da bildirmiştir.^{8,11,12}

Son yıllarda, kadınların normal üretkenlik dönemlerinde uyumsuz oldukları konusu ele alınarak bu konunun olumsuz yönleri sık sık dile getirilmektedir. Bu sendromun atlatılması için PMS tedavi grupları ve sağlıklı yiyecek depoları oluşturulmuştur. Bu ürünlerin reklamları, kadınların menstruasyonun olası yan etkilerine dair endişelerini arttırmasını sağlamış ve bir çok kadının ciddi menstrual sorunlar yaşadığı gözlemlenmiştir. Görülen o ki, PMS’ye ilgi çok fazladır.⁴

PMS’nin semptomları çeşitlilik göstermekle birlikte, genel bir yargı, sendromun duygusal, psikolojik, fiziksel ve davranışsal sorunlar yaratabileceğidir. Aslında tüm bunlar ayın herhangi bir döneminde karşılaşılabilecek cinsten sorunlar olsa da PMS hastalarına özel bir dikkat gösterilmiştir. Genel olarak, PMS’liler premenstrual evrede ciddi psikolojik ve fiziksel semptomlar yaşarken, menstruasyonun başlangıcıyla bir rahatlamaya kavuşur.⁵

Kadınlar kendilerine Premenstrual Disforik Bozukluk (PMDB) semptomları sorulduğunda bu kavramın bilinirliğinden olsa gerek, kendi semptomlarını bu kavramınkiyle bütünleştirmişlerdir. Fakat, kendilerini PMS’li olarak gören kadınlarla, normal semptomlar rapor eden kadınlar arasında çok az bir fark vardır, ya da hiçbir fark yoktur.¹¹

Yayımlar, PMS için bir çok tedavi ortaya koymuş ve bunlardan sonuç alındığını saptanmıştır. Ancak kadınlar (kullanılan ilaç ne olursa olsun) bir

yarar elde ettiklerini söylemişlerdir, başka bir de-ğişle plasebo etkisi göstermişlerdir.^{4,6,13} Çift-kör bir araştırmada ilaç verilen hastalarla diğer kadınlar arasında hiçbir fark gözlemlenmemiştir. Bu sonuç en etkili PMS tedavisi olan progesteron terapisini de kapsamış ve bunun işe yaramadığını göstermiştir.¹⁴ En etkili PMS tedavisinin, basit bir stres kontrolü, mantıklı ölçüde diyet ve egzersiz olduğu çalışmalarla gösterilmiştir.^{6,13}

Kadınların medya destekli PMS kavramını çabucak kabul etmesinin sebebi, menstrual rahatsızlık için “geçerli” bir etiket olması ve bunun sağlık profesyonelleri tarafından çok ciddiye alınması olabilir. Ancak, rahatsızlık seviyesi PMS olarak nitelendirilecek seviyede şiddetli değildir ve kadınların normal menstrual siklusdaki değişimlerin bir hastalık olarak algılanabileceğini düşünmesine sebep olabilir.⁵

Kadınlardan birkaç ay boyunca duygu durumları ve semptomlarla ilgili günlük kayıtlar tutmaları istendiğinde, sonuç kişiden kişiye büyük farklılıklar göstermiş ve düzenli bir ritmi takip etmemiştir.¹⁵ Fakat bazı araştırmalar premenstrual dönemde yorgunluk, karın ağrısı, göğüs hassasiyeti, iştah, baş ağrısı ve sinirlilik gibi düzenli sıklık değişiklikler görüldüğünü ortaya koymuştur.^{5,16} Menstrual siklus sırasında duygusal değişimi yaşayan kadınların kesin bir sıklığı verilemezken, değişik çalışmalar, değişik sonuçlar doğurmuştur. Bir görüşe göre; %50-75 kadın bazı değişimler gösterirken, %25'i hiçbir değişim göstermemektedir. Dahası, menstrual siklusa rağmen, kadınların duygusal değişiminin erkeklerden çok da farklı olmadığı saptanmış ve bu karı kocaların 2 ay boyunca günlük duygu durumlarını tabloştırdığı bir çalışmada gösterilmiştir. Yani, menstrual siklusun duygusal üzerindeki etkisi diğer değişkenlere oranla sönük kalmıştır. Sıklıkla da, kadınların şu anki semptomları geçmişle uyuşmamaktadır.⁴

Başka bir problem de, kadınların premenstrual ve menstrual evrelerde “normal” zamanlardan daha negatif bir duygu durumunda olduğu varsayılarak, araştırmaların negatif semptomlar üzerine odaklanmış olmasıdır. Ancak menstrasyonun iyi yanlarını da bulmak mümkündür.⁴ Bir araştırmada, kadınların %66'sı premenstrasyonun en az bir po-

zitif yanını belirtmiştir. Bunlar; artan cinsel ilgi, temizlik yapma eğilimi, artan cinsel haz, etkileyici göğüsler, daha çok enerji ve daha yaratıcı fikirler olarak gözlemlenmiştir.¹⁷

Parlee premenstrual ve menstrual dönemde meydana gelen değişiklikleri incelemiş, şiddetli suç işleme, intihar ve psikiyatrik rahatsızlıkla hastaneye başvurma gibi davranışları arasında kesin bir bağlantı olmadığını ortaya koymuştur.¹⁸ Ayrıca Parlee belli bir grup içinde yapılan retrospektif çalışmaların (kadın suçlular gibi) genel bir sonuca götürmeyeceğini söylemiştir. Bazıları, potansiyel suçlu olan kadınların o suçları bu dönemde yapmaya eğilimli olduklarını söylerken başka bir grup, bunun hiçbir somut kanıtı dayanmadığını belirtmiştir.¹⁹

Popüler bir düşünce kadınların bu dönemde görevlerini yerine getiremediklerini üzerindedir. Buna karşın bazı araştırmalar, bu dönemde kadınların bilişsel özelliklerinden ve performanslarından taviz vermediklerini gösterirken, kadınlar bunun aksi olduğuna inanmaktadır.^{6,20}

Araştırmacılar sıklık değişiklikleri ve bilişsel performans ilişkisini incelemiştir. Bulgular şöyledir: kadınların östrojen seviyeleri yüksek olduğu zaman (siklus ortası) motor becerisi ve sözlü artikülasyonda daha iyiyken, östrojen seviyesi düştüğünde görsel becerileri yüksektir.^{13,21} Yine başka bir çalışma da kadınların menstrasyon öncesindeki haftada sağ kulağın duyma kabiliyetinde ve asimmetrik görme kabiliyetinde aksama olduğunu saptamıştır. Örtülü hafızanın bir çeşidinin luteal faz ortasında foliküler fazdan daha iyi olduğunu saptamıştır. Bu bulgular gösteriyor ki, menstrual siklusun bilişsel performansa etkisi siklus ortası artış ve premenstrual dönemde azalış şeklinde açıklanamayacak kadar karmaşıktır.¹⁶

Menstrual siklusa duygusal yanıt üzerine çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Görsel, işitsel, kokuyla ilgili, tat almayla ilgili duyarlılıklarla siklus bağlantısı incelenmiş; bazıları dokunsal ve işitsel değişiklikler ile ilgili, bazıları kan basıncı ve kalp ritmindeki değişikliklerle ilgili, bazıları reaktiflik ve siklus bağlantıları bulurken, bazıları ise böyle bir değişim saptamamışlardır.²² Hatta bir grup ara-

tırmacı, kadınların cinsel anlamda erkek sesine ovulasyon öncesi fazda, foliküler fazdan daha fazla tepki verdiğini saptamışlardır. Ancak bu sonuçlarla ilgili, değişikliklerin kanıtlanmaması, ölçümlerin kesin bir sonuç verecek sıklıkta yapılmaması, böyle bir sonuca daha sonra ulaşılmamış olması gibi sorunlar vardır.¹⁶

Tarihi ve antropojik kanıtlara göre, menstürasyon sadece fiziksel bir olay değildir. Menstürasyon yaşayan kadın, bilinmeyen güçleri olan, tehlikeli, güçlü bir kimse olarak görülmektedir. Bir çok kültür, kadını menstürual dönemde toplumdandan ayırmış, yemek yapmasına ve erkeklerle herhangi bir temas kurmasına izin vermemiştir. Roman'ın ilk yüzyılında menstürasyon yaşayan kadının dokunuşu yeni bir şarabın ekşimesine, jiletin körleşmesine ve kaynatılmış çamaşırın kararmasına sebep olarak görülmekte idi. Bazı kültürlerde, menstürasyon yaşayan kadının dokunduğu her şeyi kirleten biri olarak görülmekte idi. Örneğin; Yeni Gine'de kadınlar diğerleri için bir tehlike oluşturmaları diye menstürual kulübelerde tutuluyorlardı. Daha pozitif yaklaşımlar ise şöyle: Japon geleneğinde bir kızın ilk menstürasyonu "karpuzun çatlama yılı" olarak, Hindistanda ise "aşk tanrısının evinde yetişen çiçek" olarak adlandırılmıştır.⁴

Günümüzde bile, menstürasyon bir "lanet" olarak görülmekte, bazı dinler adet gören kadını kirli olarak değerlendirmekte ve menstürasyon döneminde cinsel ilişki bir tabu olarak devam etmektedir. Menstürasyona tepki aslında kadınlara tepkiyi göstermektedir.⁵

Menstürasyon hakkında çeşitli mitler bulunmaktadır. Eğitimli kadınlarda bile menstürasyona yaklaşım yanlış olabilir. Negatif duygu durumu ve sinirlilik siklusun premenstürual evresine atfedilmektedir. Görünen o ki, toplumun menstürasyona negatif tutumu, kadının siklusundaki negatif duygu durumunun "premenstürual gerilim" olarak etiketlenmesine neden olmaktadır. Bu tutum, menstürasyon yaşayan kadının negatif duyguyu beklemesi ve abartmasına neden olabileceğinden sakıncalıdır. Bir kadın bu tutumu kendi duyguları olarak kabul ederse, bunu değiştirmek için çaba harcamaz

ve premenstürual gerilimi sorunun kaynağı olarak kabul eder.⁵

Menstürual evrede hormonal değişikliğin kadınları etkilediği bir gerçek olmakla birlikte ana etken sosyokültürel etkenlerdir. Ayrıca, bu semptomların neden kişiden kişiye yada aynı kişide zaman içinde değişiklik gösterdiği gibi sorular hala cevapsızdır. Diyet, stres, yorgunluk gibi etkenler önemli olabilir ama diğer etkenler araştırılmalıdır. Ayrıca yaşadıkları semptomlar ne olursa olsun, kadınların bu döneme iş yerlerinde ve evlerindeki işlerin başarıyla üstesinden geldiğini görmek de ilginçtir.⁴

GEBELİK

Pek çok yaşam ve sağlık konuları medikalize edilmesine rağmen, kadın hayatında gebelik en çok medikalizasyonlaştıran konuların başında gelmektedir. Bir zamanlar doğal, normal, kadın merkezli kabul edilen gebelik süreci, günümüzde kadını ve bebeğini riske atan, tıbbi müdahale ve izlem gerektiren bir tehlike olarak kavramsallaştırılmaktadır. Gebelik süresince ultrason ve fetal monitörlerinin kullanımının artması, yüksek sezaryen oranları ve amniyosentezin yaygın kullanımı, kadının gebelik ve doğum boyunca nasıl medikalize edildiğini gösteren bazı belirteçlerdir. Gebeliğin medikalizasyonunun arkasındaki itici güç fetal, bazen de maternal sağlıkla ilgili risk varsayımdır. Bu riskler gebelik ve doğum boyunca olası ve gerçek sorunları belirleyen, kontrol eden ve düzelten medikal profesyonellerin odakındadır. Ancak kadınların gebelik ve doğum ile ilgili sesleri göz ardı edildiğinde, kendi doğum deneyimlerine yabancılaşmış olmaktadırlar.²³

Bir kadın gebe kaldığında normal aylık hormonal siklusu aksar, östrojen ve progesteron seviyesi oldukça yükselir. Hormonal olarak, gebelik en çok ovulasyondan hemen sonra gerçekleşen menstürual siklus evresine benzer ve bazı araştırmacılar tarafından genel pozitif duygu durumlarından biri olarak karakterize edilir.⁴

Tam tersine, gebelik iyi olma yerine çoğu birey için bir yetersizlik olarak görülebilir. Genellikle gebe kadının yetersiz olduğunu düşünerek negatif semptomlar üzerine odaklanılmaktadır. Bu o kadar

yaygın bir hale gelmiştir ki, gebe bir kadını sağlıklı yada normal olarak betimleyen bir medikal sözlük bulmak zordur.^{4,5} Sosyal bilimcilerin de düşünceleri bu yöndedir. Gebelikle ilgili psikolojik araştırmalar, gebeliğin kadınsallık, cinsellik ve kadının kendi annesiyle ilişkisi konularında bilinç altı çatışmalar doğurduğunu savunan psikanalitik fikre dayanmıştır.²⁴ Yani, hem medikal hem psikolojik araştırmalar gebeliğin problemlerine odaklanmış, yalnız son yıllarda yapılan çalışmalar deneyimin normatif yönlerini de incelemeye başlamıştır.⁴

Biyolojik olmasının yanında gebelik, sosyal bir roldür de. Gebelik, gebe kadınların etkileşim kurduğu insanların ona yönelik tutumlarını öğrenmede bir yol olarak görülmektedir. Bir çalışmada iki araştırmacı, gebe rolü yapan bir kadını asansörün bir köşesine ve elinde bir poşet taşıyarak gebe kadın kadar yer kaplayan bir başka kadını da diğer köşeye yerleştirerek bir deney yapmışlardır. Asansördeki kişilerin, özellikle erkeklerin davranışları şöyle olmuştur: Aynı yeri kaplamalarına rağmen insanlar gebe kadına mümkün olduğunca daha fazla yer açmaya özen göstermiş ve bir fiziksel engeli olan insanlara baktıkları gibi bir bakışla izlemişlerdir. Şüphe yok ki, gebe kadınlar diğer insanların kendilerine farklı bir gözle baktıklarının farkındadırlar. Aslında gebeler, sosyal çevredeki gerçek bir değişime yanıt olarak gebelik semptomları göstermektedirler.²⁵

Fizyolojik değişiklikler, beklentiler ve duygu durumu arasındaki ilişkiler incelendiğinde, nedenselliğin her zaman belli bir doğrultuda gittiği söylenemez. Duygusal değişikliklerin fizyolojik sonuçlar doğurduğu duruma psödosiyezi adı verilir. Psödosiyeziye bağlı semptomlar gebeliktekilere benzerdir. Bunlar, menstrual siklusun gerçekleşmemesi, abdomenin genişlemesi, terleme, göğüs hassasiyeti, kilo almadır. Hatta bazı psödosiyezi hastaları cenin hareketi bile bildirmişlerdir. Bu durum, infertil kadınlarda ve hatta erkeklerde bile görülebilmektedir.²⁶

DOĞUM VE POSTPARTUM DÖNEM

Son birkaç yüzyıldır doğum giderek medikal teknolojiden fazlasıyla etkilenir hale gelmiştir. 17. yy'la kadar doğum kadınların kendi kişisel alanlarında gerçekleşen bir eylemdi ve 20 yy'la kadar

hastane doğumları bazı büyük şehirlerin dışında yaygın değildi. Forsepsin icadından önce erkekler sadece annenin ve bebeğin ölüm tehlikesi olduğu durumlarda bazı tahrip edici, zor aletleri kullanmak için doğuma dahil olurlardı. Forseps ile müdahaleli doğum obstetrik alana damgasını vurmuştur. 19. ve 20. yüzyıllarda anestezi, analjezi ve güvenli kan transfüzyonlarının gelişmesi ile yeni tıbbi etkiler olmuştur. İlk olarak aseptik ve antiseptik tekniklerin, daha sonra sulfonamidlerin doğumlarda kullanılması ile puerperal sepsis ile baş etme yolları öğrenilmiş, hastanede yapılan doğumlar daha az tehlikeli olmaya başlamıştır.²⁷ Hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülkelerde sezaryen ile doğum oranlarında ilerleyici bir artış söz konusudur. Dünyada, bir yanda gerektiği halde sezaryen doğum yapamadığı için maternal mortaliteyle yüz yüze gelen büyük bir kadın nüfusu varken diğer yandan bu cerrahi işlemin, hiçbir endikasyonu olmaksızın çok sayıda kadına uygulanıyor olması temel bir sağlık sorunu olarak karşımızda durmaktadır.²⁸

Erkeklerin genellikle dışarıda tutulduğu doğum, son yüzyılda çoğu kültürde çok değişmiştir.²⁹ İki değişim dikkat çekmektedir. Birincisi doğum sürecinin günümüzde daha çok medikal yöntemlerle gerçekleştiği, ikincisi ise babaların da doğum sürecine katıldığıdır. Geçiş döneminde kadınlar, doğum konusunda kontrolü kaybetmişlerdir. Ebeler ve kadın akrabaların yerini doktorlar ve hemşireler almıştır ki bunun hem olumlu hem olumsuz sonuçları vardır. Manevi ve sosyal bir süreç yerine fiziksel-mekanik bir süreç olarak görülen anlayışla doğum, medikal bir uzmanlık olarak düşünülmektedir. Pek çok toplum da çocuğu doktorun doğurduğunu söylemektedir. Her ne kadar gebenin kocası destek olmak için eşinin yanında olsa da, asıl iş doktorun elindedir.⁴

Bazı durumlarda doğum ciddi psikolojik semptomları tetikleyebilir. Doğum sırasındaki fizyolojik ve sosyal faktörler birleşerek doğum sonrası dönemi stresli bir hale getirebilir ve bu durum farklı şekillerde karşımıza çıkabilir. Bunlar annelik hüznü; postpartum depresyon ve postpartum psikozdur.³⁰ Bazı araştırmacılar doğum sonrası depresyona, doğum sırasında düşen progesteron ve

doğumdan sonraki haftada düşen östrojen seviyelerinin neden olduğunu ileri sürmektedir, ancak bu ikisi arasında nedensel bir bağ henüz kurulamamıştır.^{30,31} Çalışmalar, doğum sonu depresyon yaşayan ve yaşamayan kadınlarda, gebelik ve doğum sonrasında bir hormon farkı bulamamıştır. Ancak, menstrual sorunlar yaşayan kadınların doğum sonu depresyon sendromu yaşaması olasıdır.^{4,29,31}

Araştırmacılar bu depresyonun psikolojik, kültür-çevresel bağlantılarını araştırmışlar ve stresli yaşam olayları, doğumla ilgili stres, zayıf evlilik bağı, sosyal destek eksikliği gibi faktörlerin kadını depresyona ittiğini bulmuşlardır.^{30,32} Doğum sonrası depresyon için kuvvetli 13 risk faktörü saptanmıştır. Bunlar; doğum öncesi depresyon, zayıf özgüven, çocuk bakım stresi, doğum öncesi endişe, hayat stresi, sosyal destek eksikliği, sorunlu evlilik ilişkileri, depresyon geçmişi, bebek bakım zorluğu, annelik hüznü, evlilik durumu eksikliği, düşük sosyoekonomik durum ve planlanmamış ya da istenmeyen gebeliktir.³² Postpartum depresyondan korunmada eş ve ailenin sosyal desteği özellikle önemlidir. Bu dönemde kadınlar hormon dengeleri ile sosyal ve çevresel faktörler arasında kalabilirler.³¹ Kadınlar bu değişimi hormonlar, rol değişimi, olumsuz emzirme deneyimi, zor doğum deneyimleri, uykusuzluk ve yalnızlığa bağlanmaktadır. Nedenine bakmaksızın yaşananlar benzerdir. Kontrol edilemeyen ağlama, bunalmışlık hissi, şaşkınlık, utanç ve suçluluk hissi, yeme problemleri ve duygu kontrolünü kaybetme korkusu yaşanmaktadır.⁴

Bu süreç bazı değişkenlerle etkilenebilir, örneğin doğuma katılan babalar bebekle daha yoğun bağ kurabilir. Evlilik problemleri ve gebelik konusunda çatışma yaşamış olan anneler bebekle iletişim kurmakta zorlanabilir. Doğum teknolojisinin psikolojik etkisi hakkındaki modern görüşlerin aksine, sezaryen gibi müdahaleler doğum sonrası depresyon olasılığını arttırmamakta ya da bebek-anne ilişkisini etkilememektedir.³³ Korkusuz doğum geçişi ebe, doktor ve kadın tarafından birlikte ele alınmalıdır. Doğru bir takım çalışmasına ihtiyaç vardır. Primer bakıma verilen önem artırılmalı ve sağlık çalışanları tarafından normallğe daha fazla

vurgu yapılmalıdır. Normal doğum anne ve bebek üzerine olumlu etkilerini kanıtlayan çalışmaların sayısı artırılmalıdır.²⁷

YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ

Yapay dölllenme, ultrason, embriyo nakli ve taşıyıcı annelik insanların doğum konusundaki seçeneklerini çoğaltmıştır ve doğum psikolojisi ile ilgili farklı deneyimlerin yaşanmasına neden olmuştur. Örneğin, bir taşıyıcı annenin gebelik deneyimi ve hangi faktörlerin bu deneyimi etkileyebileceği konusunda çok az şey bilinmektedir.³⁴ Taşıyıcı annelerle yapılan örnek araştırmalar görüşlerin olumlu yönde olduğunu göstermektedir.^{34,35}

Cinsiyetin bilinmesi bazı ebeveynlerde çocuklarının cinsiyetini seçmek için kullanılmaktadır (istenilen cinsiyet olmazsa küretajla aldırma gibi). Bilindiği gibi bir çok toplumda özellikle ilk çocuğun erkek olması tercih edilir ve bu teknoloji bu amaçla kullanılıyor. Amerikan kolej öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin %76'sı erkek çocuk istemiştir. Daha sonra yapılan bir araştırma da bu ilk çocuğun erkek olmasını tercih etme geleneğinin devam ettiğini belirtmektedir. Ayrıca araştırma yapılan gençler, ileride cinsiyet seçme teknolojisini kullanmaya istekli olduklarını belirtmişlerdir.⁵

KÜRETAJ

Bir gebeliğe son vermek kadın için oldukça zor bir karar olmakla birlikte, konuyla ilgili politik çelişkiler de durumu daha sorunlu hale getirebiliyor.⁴ Kadınların küretajdan sonra suçluluk ve pişmanlık duyabildiği, aynı zamanda rahatlama ve mutluluk da hissettiği bilinmektedir. Birçok durumda, küretajın doğumda olduğundan daha fazla psikolojik probleme neden olması pek mümkün değil. Küretaj yaptıran kadınlarda depresyon yada post-traumatik stres bozukluklarına rastlanmamıştır, hatta bu oran küretaj yaptıran kadınlarda genel ortalamanın da altındadır. Ergenlerde de psikolojik hasara rastlanmamıştır. Ancak; küretaja zorlanma, önemli kişilerden destek eksikliği, gebeliğin ikinci

trimesterdeki küretaj, dine olan güçlü bağlılık gibi bazı faktörler olumsuz sonuçlar yaşanmasına sebep olabilir.⁵

MENOPOZ

40 yaşlarında kadın overleri hipofiz hormonlarının uyarısına cevap vermemeye başlar, östrojen ve progesteron salgılaması gittikçe azalır. 10-15 yılda menstrual sikluslar düzensizleşir.⁴ Perimenopoz olarak bilinen bu süre boyunca, kadın yoğun menstrual akıntı, vajinal kuruluk ve uyku problemleri gibi değişiklikler yaşayabilir. Bu değişime östrojen düşüşünün mü neden olduğu bilinmemekle beraber bunu yaşayan kadınların oranı hakkında da tartışma var. 40-60 yaş arası kadınlarla yapılan araştırmada, kadınlar menopoz döneminde öncesi ve sonrasında daha sık fiziksel semptom yaşamadıklarını rapor etmişlerdir.¹¹ Menopozda en sık karşılaşılan semptomlar ise, sıcak basmaları, vajinal kuruluk, üriner problemler ve osteoporozdur. Sıcak basmasında; kan damarları genişler, deri iletkenliği artar ve birey sıcaklamış hisseder. Ancak bu semptomun sıklığında kültürel farklılıklar vardır. Örneğin Japonlarda hiç yaygın değildir.⁵

Kadınların menopoza tepkisi medikal kaynaklardan alınan değişik bilgiler yüzünden farklıdır. Bazı hekimler menopozu, kadının ölümüne kadar baş edilmesi gereken bir östrojen eksikliği hastalığı olarak nitelemektedir. Bazıları da diyabet ve menopoz arasında bir bağ kurarak diyabet hastasına insülin vermek gerektiği gibi menopoz dönemindeki kadına da östrojen verilmeli demektedir. Bu medikal model, fiziksel semptomları güçsüzleştirilmeye odaklanmıştır ve tek çözümün östrojen replasman tedavisi (ERT) olduğu iddia etmektedir. Aksine, "hayat geçişi" modeli, bunun bir hayat tecrübesi olduğunu ve ergenlikte cilt problemleri yaşadığı gibi, menopozda da kendince semptomlar olabileceğini belirtmektedir. Menopozu bir hastalık olarak görmek yerine normal seyrinde yaşamak gerektiğini savunmaktadır.⁴ Menopoza karşı tutumlar önemlidir, çünkü kadının deneyim ve davranışlarına aracılık edebilir. Premenopozal dönemde kadındaki negatif tutumlar, inançlar ve beklen-

tiler yüzünden kadın menopoz döneminde stres yaşayabilir.³⁶ Bazı kadınlar sosyal-çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Bu dönemde kadın doğum yeteneğini kaybettiği için kadınlığını da kaybetmiş gibi görülebilir. Ayrıca güzelliğinin kaybolduğunu ve eşi ile ilişkisinin kötüleştiğini düşünüp gereksiz yere stres yaşayabilir.⁵

CİNSELLİK

Kadın ve erkeğin cinsel beklentilerini etkileyen sosyokültürel, ekonomik, psikolojik ve dar toplumsal cinsiyet rolleri gibi karmaşık faktörler, kadında cinsel istek eksikliğine neden olabilir.³⁷ Kadının cinsel disfonksiyon bozukluğunun medikalizasyonunda tüm bu önemli toplumsal faktörler göz ardı edilmekte ve kadının cinsel yanıtının genital merkezli olduğu öngörülmektedir. Erkek cinsel disfonksiyon sorunu ereksiyon problemlerini önlemeye odaklanmış viagra ve türevi ilaçlarla çözümlenmeye çalışılmaktadır. Kadın cinselliği de benzer bir sihirli hap tarafından sabitlenecektir. Hem kadın hem de erkek cinselliğinde atlanan nokta onların cinselliğinin toplumsal cinsiyet kalıpları ile sınırlandırıldığıdır. Kadınlar da erkekler de bir makineden daha farklı ve fazladır, kendilerine ait değer ve inanç sistemleri vardır.³⁸ Ancak Kadın cinselliğinin çevresel faktörlerden daha fazla etkilendiği belirtilmektedir. Arslan ve ark.nın yaptığı çalışmada infertilite sorunu yaşayan çiftlerde cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesinde erkeklerle oranla infertil kadınlarda daha belirgin azalmalar olduğu ve ruhsal ve sosyal problemler kadınların cinsel fonksiyonlarını oldukça etkilediği saptanmıştır.³⁹

SONUÇ

İnsan sorunların medikalizasyonu kadınlar için çelişki bir gerçekliktir. Bu sorunun ve çözümünün bir parçasıdır. Büyümesi ve dışarı çevrilmesi ciddi paradoksları yaratmıştır. Çünkü kadınlar bu biyolojik sürecin kendi yaşamları üzerindeki kontrolden kurtulmayı denemesi, aynı zamanda deneyimlerinin biyomedikal bakış açısının kontrolünde olmasını güçlendirmiştir. Kadın sağlığında sapmalar hissettiğinde ve semptomlar konusunda yardım

almak istediğinde, onların sorunlarının sosyal boyutu göz ardı edilip sadece medikal boyutu üzerine odaklanılmaktadır. Çünkü mevcut sağlık sistemi sağlık profesyonellerini kadının sorununu tıbbi olarak tedavi etmeye sevk etmektedir. Her doğum, üreme sağlığı, premenstrual problemler, kilo ve psikolojik stres olayları medikal tedavi gerektirmektedir ve bu durumlar yeni piyasa ortamının yaratılması için kullanılabilir. Bu piyasaların yara-

tılmasında aynı zamanda kadınların da teşvik edici rolü yadsınamaz derecededir. Doğum, menopoz ve kilo ile ilgili normal fizyolojik durumların tıbbi tedavi gerektiren durumlar olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Gerçekten medikal tedavi gerektiren durumlarla, normal durumlarının ayrımının dikkatli bir şekilde yapılması sağlık profesyonellerinin en önemli sorumlulukları arasında yer almalıdır.

KAYNAKLAR

- Karaöz B, Aksu H. [Legal acts and practices on women's reproductive health], Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 24(2):147-54.
- Konkan R, Yalçınkaya S, Erkıran M, Erkmen H. [Panic disorder and comorbidity diagnosis], Düşünen Adam 2003; 16(4): 219-22.
- Guidelines for Psychological Practice with Girls and Women. Am Psychol 2007;62(9): 949-79.
- Lips HM. Sex & Gender, New York: McGraw-Hill; 2008. s. 354-89.
- Weitz R. The politics of women's bodies, London: Oxford University Pres; 2009. s. 49-67.
- Purdy L. Women's reproductive autonomy: medicalisation and beyond. J Med Ethics 2006; 32(5):287-91.
- Koçak R, Gökler R. [Existentialist psychological counseling and application to the group]. Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi 2008; 2: 91-107.
- Costos D, Ackerman R, Paradis L. Recollections of menarche: Communication between mothers and daughters regarding menstruation. Sex Roles 2002;46(1):49-59.
- Ehrenreich B. The real truth about the female body. Time Magazine 1999: 56-69.
- Kissling EA. On the rag on screen: Menarche in film and television. Sex Roles 2002;46(1): 5-12.
- Sen G, Östlin P. Gender Equality in Health, London: Routledge Taylor & Francis Group; 2010. p.141-212.
- Erchull MJ, Chrisler JC, Gorman JA, Johnston-Robledo I. Education and advertising: A content analysis of commercially produced books about menstruation. Journal of Early Adolescence 2002;22(4):455-74.
- McFarlane J, Williams TM. Placing premenstrual syndrome in perspective. Psychology of Women Quarterly 1994;18(3):339-73.
- Chrisler JC, Levy K. The media construct a menstrual monster: A content analysis of PMS articles in popular pres. Women and Health 1990; 16(2): 89-104.
- Laessle RG, Tuschl RJ, Schweiger U, Pirke KM. Mood changes and physical complaints during the normal menstrual cycle in healthy young women. Psychoneuroendocrinology 1990; 15(2): 131-8.
- Graham C, Janssen E, Sanders S.A. Effects of fragrance on female sexual arousal and mood across the menstrual cycle. Psychophysiology 2000;37(1):76-84.
- Stewart DE. Positive changes in the premenstrual period. Acta Pschiatrica Scandinavica 1989; 79(4): 400-5.
- Parlee MB. The premenstrual syndrome. Psychological Bulletin 1973; 80(6): 454-65.
- Parlee MB. Menstrual rhythms in sensory processes: A review of fluctuations in vision, olfaction, audition, taste, and touch. Psychological Bulletin 1983; 93(3): 539-48.
- Sommer B. Cognitive performance and menstrual cycle. Women & Health 1992; 8: 53-90.
- Lebrun CM, McKenzie DC, Prior JC, Taunton JE. Effects of menstrual cycle phase on athletic performance. Medicine and Science in Sports and Exercise 1995; 27(3): 437-44.
- Tersman Z, Collins A, Eneroth P. Cardiovascular responses to psychological stressors during menstrual cycle. Psychosomatic Medicine 1991; 53(2): 185-97.
- Parry D. We wanted a birth experience, not a medical experience: Exploring Canadian women's use of midwifery. Health Care for Women International 2008; 29: 784-806.
- Bayley TM, Dye L, Jones S, DeBono M, Hill AJ. Food cravings and aversions during pregnancy: Relationships with nausea and vomiting. Appetite 2002; 38(1): 45-51.
- Bledsoe SE, Grote NK. Treating depression during pregnancy and the postpartum: A preliminary meta-analysis. Research on Social Work Practice 2006; 16(2): 109-20.
- Whelan CI, Steward DE. Pseudocyesis: A review and report of six cases. International Journal of Psychiatry in Medicine 1990; 20(1): 97-108.
- Johanson R, Newburn M, Macfarlane A. Has the medicalisation of childbirth gone too far?. BMJ 2002; 324(7342): 892-5.
- Arıkan İ, Barut A, Gezer Ş, Başaran M, Harma M, Harma M, Bayar Ü. [Evaluation of the cesarean section case: A 5 year experience. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010;20(3):155-60.
- Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors for early postpartum depressive symptoms. General Hospital Psychiatry 2006;28(1):3-8.
- Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. Journal of Affective Disorders 2006; 91(2-3): 97-111.
- Roberts SL, Bushnell JA, Collings SC, Purdie GL. Psychological health of men with partners who have post-partum depression. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2006; 40(8): 704-11.
- Beck CT. Predictors of postpartum depression: An update. Nursing Research 2001; 50(5): 275-85.
- Carter FA, Frampton CM, Mulder RT. Cesarean section and postpartum depression: A review of the evidence examining the link. Psychometric Medicine 2006; 68(2): 321-30.

34. Kleinpeter CH, Hohman MM. Surrogate motherhood: Personality traits and satisfaction with service providers. *Psychological Reports* 2000; 87: 957-70.
35. Swetkis D, Gilroy FD, Steinbacher R. Firstborn preference and attitudes toward using sex selection technology. *Journal of Genetic Psychology* 2002; 163(2): 228-38.
36. Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ. Postmenopausal hormone use and secondary prevention of coronary events in the Nurses's Health Study. *Annals of Internal Medicine* 2001;135(1): 1-8.
37. Reilly J, Kremer J. PMS: Moods, measurements and interpretations. *Irish Journal of Psychology* 2001; 22(2): 22-37.
38. Drew J. The myth of female sexual dysfunction and its medicalization. *Sexualities, Evolution & Gender* 2003; 5(2): 89-96.
39. Arslan H, Berkiten-Ergin A, Coşkuner-Potur D, Çıtak-Bilgin N. Evaluation of the relationship between sexual dysfunction and quality of life in infertile couples, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2008;18(6):364-71.