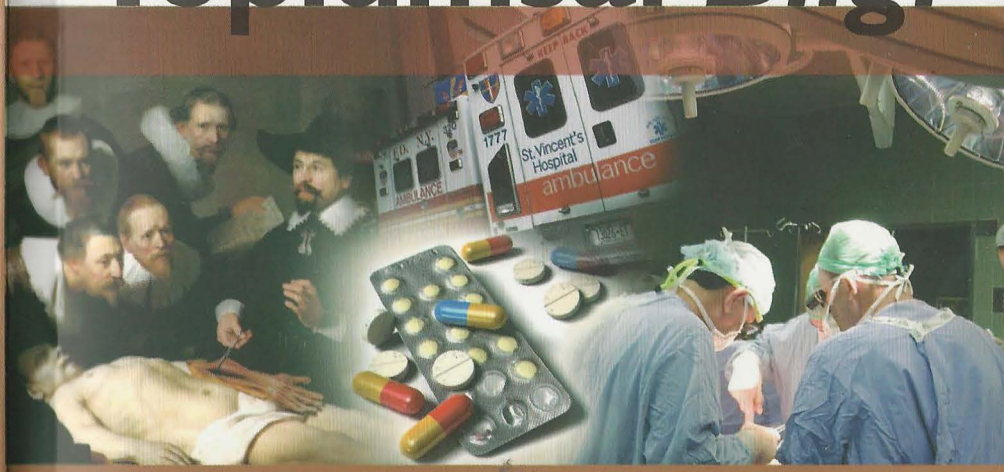
Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi Bryan S. Turner

Bryan S. Turner

Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi



Çeviri:
Ümit Tatlıcan

SENTEZ

BRYAN S. TURNER

Tıbbî *Güç* ve Toplumsal *Bilgi*

Sentez, Sosyal Teori: 4
Referanslar Dizisi: 4

Editör: Ümit Tatlıcan

Medical Power and Social Knowledge
Bryan S. Turner
2nd Edition, 2007 (1995)

© *Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi*
Çeviri: Ümit Tatlıcan
Sentez Yayıncılık 2011

ISBN 978-605-5790-10-3

1. Basım
Bursa Mart 2011

Kapak ve İç Düzen
Uludağ (224) 223 72 10
Baskı
Star Ajans Ltd.Şti. Bursa
Sertifika No: 15366

SENTEZ

YAYIN VE DAĞITIM EĞİTİM ve
ÖĞRETİM KURUMLARI TİC.ve SAN. A.Ş.
Cumhuriyet mah. Eski Tahıl İçi no:138 BURSA
TEL:(0 224)225 11 80(pbx) & FAX:225 02 00
bilgi@sentezdagitim.com.tr

BRYAN S. TURNER

Tıbbî *Güç* ve Toplumsal *Bilgi*

Çeviri:
Ümit Tatlıcan

SENTEZ YAYINCILIK

Eileen H. Richardson'a

İçindekiler

Açıklamalar 7

I. Giriş

1 Tıp Sosyolojisi 9
2 Din ve Tıp: Günahtan Hastalık Durumuna 28

II. Hastalık ve Hastalık Durumu Kavramları

3 Hasta Olma Üzerine 49
4 Delilik ve Psikiyatri 70
5 Kadınların Şikâyetleri: Ataerkillik ve Rahatsızlık 104
6 Yaşlanma, Ölme ve Ölüm 133

III. Tıbbi Gücün Toplumsal Organizasyonu

7 Uzman Meslekler, Bilgi ve Güç 155
8 Tıp Bürokrasileri: Hastane, Klinik ve Modern Toplum 181
9 Kapitalizm, Sınıf ve Rahatsızlıklar 196
10 Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Tıbbî Gücün Küreselleşmesi 222

IV. Sonuç

11 Bedenlerin Düzenlenmesi 237
12 Risk Toplumu ve Yeni Hastalık Rejimi 253
13 Beden Sosyolojisinin Genişleyen Alanı 264

Kaynakça 279

Dizin 315

Açıklamalar

Bu tıp sosyolojisi kitabının ilk baskısı Güney Avustralya Flinders Üniversite'sinde 1982-1997 yılları arasında verdiğim derslerden hareketle yazıldı. Gözden geçirilmiş ikinci baskı Almanya'da Bielefeld Üniversitesi (1987-1988), Hollanda'da Utrecht Üniversitesi (1988-1990), Essex Üniversitesi'de (1990-1993) ve 1992'den itibaren Avustralya Deakin Üniversitesi Beden ve Toplum Merkezi'nde verilen dersler ve yapılan araştırmalardan hareketle oluşturuldu. Elinizdeki gözden geçirilmiş ve yeniden yazılan metin bu kültürler, uluslar ve disiplinler arası ortamın bir ürünüdür. Essex Üniversitesi'nden, Büyük Britanya ve Kuzey Amerika'daki akıl sağlığı politikaları ve devletin sağlık alanından çekilmesi üzerine çalışan Colin Samson akıl sağlığı üzerine yazdığı bölümü gözden geçirdi, genişletti ve güçlendirdi. Bu gözden geçirilen baskı çağdaş ve disiplinler arası bir sağlık ve rahatsızlık yaklaşımı oluşturmak için beden sosyolojisi, risk toplumu ve küreselleşme sürecine odaklanmaktadır.

Deakin Beden Merkezi'nin üyeleri Liz Eckermann, Neville Millen, Miranda Hughes, Anne Riggs, Robyn Clifford, Pat Crotty ve Derek Colquhoun'a yardımları ve ilhamları için teşekkür borçluyum. Yuzo Shindo (Nara Kadın Üniversitesi, Japonya) ve Anne Riggs yaşlanma konusundaki bölümü kapsamlı olarak yeniden değerlendirmemde yardımcı oldu. Monika Loving ve Susie Della Monica'ya bu yeni baskıyı hazırlarken sunduğu cömert yardımları için teşekkür ederim. Son olarak, Britanya Sage'ten Stephen Barr'a bu kitabın yeniden basılması için ısrarları için teşekkür etmek istiyorum.

Bryan S. Turner

I.
Giriş

1
Tıp Sosyolojisi

Tıbbî İktidar ve Toplumsal Bilgi 1987'de ilk kez yayınlandığında tıp sosyolojisi gelişkin veya sistematik bir teorik çerçeveye veya geleneğe sahip değildi. Tıp sosyolojisi, tipik olarak, sosyologlardan ziyade tıbbî araştırma birimleri tarafından tanımlanan problemlerle ilgilenen bir uygulamalı sosyal bilimdi. İlk baskıda Michel Foucault gibi filozofların fikirlerinin çoğunu tıbbî sorunların analizinde kullanmaya çalıştım, zira onun çalışmaları tıp kurumları, yönetim-zihniyeti (govermentality) ve insan bedeniyle ilişkili sistematik bir yaklaşım içermektedir. Tıbbî antropolojinin, özellikle karşılaştırmalı konulara odaklandığı yerlerde, kültürel ayrıntılar konusunda daha büyük bir teorik gelişmişlik düzeyine ve daha rafine nitel yaklaşımlara sahip olduğunu belirtmemiz gerekir. Bunlara özellikle Margaret Lock'un Japonya (Lock, 1980) ve Arthur Kleinman'ın Çin üzerine (Kleinman and Lin, 1981; Kleinman and Good, 1985) araştırması örnek olarak verilebilir. Çağdaş tıp sosyolojisinde artık teorinin önemi konusunda daha güçlü bir anlayış ve temel sosyolojik problemlere karşı belirli bir ilgi vardır. *Sociology of Health and Illness* gibi dergilerde hastalığın sosyal olarak inşa edilen doğası hakkında tartışmalar yapılması bu gelişmelerin açık bir örneğidir. Bu yeni baskıda amacım, söz konusu teorik tartışmaları beden sosyolojisindeki daha yeni gelişmeler, risk toplumu kavramı ve küreselleşmeyle ilgili süreçler bağlamında görüşmeye açmaktır.

Tıp sosyolojisiyle ilgili ders kitapları, tipik olarak, disiplinin ve gelişiminin eleştirel bir değerlendirmesiyle başlar. Bu tıp sosyolojisine

giriş kitabında büyük ölçüde konuyla ilişkili geleneksel eleştirilere bağlı kalsam da, tıp sosyolojisinin karakteri ve geleceği konusunda kökten farklı yargılara ulaşmayı umuyorum. Bu tıp sosyolojisi eleştirileri esasen sosyoloji ve tıbbî kurumlar arasındaki ilişkilerle ilgilidir. Bu yüzden, tıp ve toplum arasındaki bu ilişkinin incelenmesi nihayetinde tıp sosyolojisinin içeriği ve konularının eleştirel bir değerlendirmesine yol açacaktır.

Sosyolojinin tıpla ilişki içindeki sözde muğlâk konumu geleneksel olarak bir 'tıpta-sosyoloji' ve 'tıp sosyolojisi' dikotomisi çerçevesinde ifade edilir. Bu dikotomik ayrımda tıpta-sosyoloji tıbbî değerler ve meslekî ihtiyaçların egemenliğinde tanımlanırken, tıp sosyolojisi (veya sağlık ve hastalık sosyolojisi) geleneksel olarak bir uzman meslek olarak tıbbın doğasıyla ilgilenmiştir ve bu ilgi "rahatsızlık konusunda doktorun perspektifi"nden "hastaların kendi durumları hakkındaki görüşleri"ne yönelmeyi temsil eder. Tıp sosyolojisinin odağını doktorların yetiştirilmesi, eğitimleri, doktorlar, yardımcı sağlık görevlileri ve hastaların rollerindeki gelişmeler, tıbbî ve sağlıkla ilgili mesleklerin uzmanlaşması oluşturmuştur. Onun odağını, ayrıca bir sosyolojik bürokrasi araştırması çerçevesi içinde, tıbbî organizasyonların, özellikle klinik, tımarhane ve hastane gibi kurumlar bağlamında araştırılması oluşturur.

Bu kitapta tıp sosyolojisinin aslında sosyolojinin temel teorik problemlerini tanımlamakla daha fazla ilgilenmesi gerektiğini iddia ediyorum. Eski 'tıpta-sosyoloji' ve 'tıp sosyolojisi' dikotomisi nihayetinde sadece daha teorik düzeyde formüle edilmiş problemlere yönelerek aşılabilir. Tıp sosyolojisi tıp içindeki bir araştırma alanı değil, aksine esasen (din sosyolojisi ve hukuk sosyolojisi gibi) sosyoloji içindeki bir araştırma alanıdır. Nihayetinde, sosyoloji hastaların pratik sorunları ve ihtiyaçlarında (tıbbî problemlerden ziyade) sosyolojik problemleri açıklayarak daha iyi yardımcı olabilir.

Hastalık, Rahatsızlık ve Hastalık Durumu

Tıp sosyolojisi üzerine bu çalışmada, özellikle sağlığın ve rahatsızlıkların toplumsal dağılımında bilgi ve güç arasındaki ilişkiyi araştıracak ve bu ilişkiyi toplumsal açıdan sapkın bireylerin meslekî kontrolü temelinde ele alacağım. Yani, bu tartışma tıbbî gücün temeli olarak tıbbî söylemin rolüyle ilişkili olacaktır. Bu kitapta tıbbî söylemin doğasını anlamak için 'sapkınlık', 'rahatsızlık' ve 'hastalık durumu' ayrımı ilişkili çeşitli bağlamlarda ele alınacaktır. Parsons'ın bir sosyal ey-

lem sistemi içinde seçim ve öznellik içeren bir olgu olarak 'hastalık durumu' tanımı 1950'lerdeki biyomedikal modelden köklü bir ayrılığı temsil etse de, günümüzde genel sosyal ve psikolojik faktörlerin rahatsızlıkların etiyolojisinde (ortaya çıkmasında) temel önemde oldukları fikri genel kabul görmektedir. Belirli tıp sosyolojisi kitaplarında artık üç ayrı kategorinin, yani hastalık durumu, rahatsızlık ve hastalığın net ve ekonomik sınıflandırmaları yapılmaktadır. Hastalık (disease) fizyolojik ve biyolojik nitelikte sorunları betimleyen bir kavramken, rahatsızlık (illness) bireyin kendi rahatsızlığının öznel farkındalığını ifade eder ve hastalık durumu (sickness) toplumsal açıdan uygun rolleri anlatır (Susser and Watson, 1971). Bu üçlü aksaklık ayrımının meslekî işbölümüne ve tıbbî etkinliklerin prestij temelli konumlandırılmasına karşılık geldiği öne sürülebilir. Örneğin, hekim hastalığı iyileştirmek için bir meslekî uzmanlık eğitimi almıştır, klinik psikiyatr rahatsızlıkla ve klinik sosyolojide çalışanlar hastalık durumuyla ilgilenir. Ayrıca, hastalık-rolleri (sick-roles) analizinin kesinlik, geçerlilik ve güvenirlik bakımından tıbbî pratiğin en azgelişmiş yönü olarak algılandığı bir bilimsel statü hiyerarşisi vardır.

Hastalık doğada, yani hastanın bedeninde yer alan nötr ve doğal bir şey olarak görülür. Fiziksel ve zihinsel rahatsızlık ayrımı –gerçekte felsefi ve sosyolojik açıdan oldukça problemli olan– kültürel "zihin ve beden ayrımı"na karşılık gelir. Tıp sosyolojisi üzerine bu incelemede uygun bir tıp sosyolojisinin bir beden sosyolojisini gerektirdiği öne sürülür, zira geleneksel 'beden ve zihin', 'birey ve toplum' ayrımlarını sadece bir toplumsal bedenleşme (embodiment) anlayışı geliştirerek uygun biçimde araştırmaya başlayabiliriz. Nitekim, beden sosyolojisi tıp sosyolojisinin önemli bir teorik temeli hâline gelmiştir (Turner, 1984, 1992). Tıbbî pratiğin problemlerinden ziyade sosyolojinin temel problemlerine uygun doyurucu bir tıp sosyolojisi yaklaşımını sadece sosyolojiyle ilişkili kapsamlı felsefî problemleri ele alarak geliştirmeyi umabiliriz.

Sosyolojik Teorinin Temel Problemleri

Sosyolojik teorinin temel problemlerini özetle aşağıdaki gibi ifade edebiliriz.

İlk olarak, sosyoloji toplumsal eylemin anlamını, yani toplumsal bireyler olarak insan aktörlerin öznel perspektifleri, heyecanları ve duygularını anlamaya çalışır. İkinci olarak, sosyoloji faillik ve yapı arasındaki ilişkiyle ilgilenir. Sosyoloji insan eylemi *ile* toplumsal ilişki-

lerin –genelde güç ilişkileri olarak betimleyebileceğimiz– belirli kısıtlayıcı unsurlar tarafından yapısal belirlenimi arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışır. Üçüncü olarak, klâsik sosyoloji toplumsal düzen problemi, yani insan hayatında konsensüs ve kısıtlamayla toplumsal bütünleşmenin nasıl sağlandığı problemi etrafında şekillenmiştir. Sosyoloji basitçe "Toplum nasıl mümkündür?" sorusunun cevabını aramıştır. Son olarak, sosyoloji kırılgan toplumsal ilişkiler ve toplumsal alışverişler düzenini sürekli olarak bozan ve yıkan toplumsal süreçler ve durumları analiz etmeye çalışır. Bunu özetle toplumsal eşitsizlik problemi olarak ifade edebiliriz, zira düzenli çatışmalar ve bireysel dirençlerin toplumsal ilişkilerin ve sosyal sistemlerin istikrarını nasıl bozduğunu eşitsiz güç dağılımını (sınıf, statü ve güç temelinde) analiz ederek anlayabiliriz.

Teorik donanıma sahip bir tıp sosyolojisi, sadece bir davranış olarak rahatsızlık fikrini 'rahatsızlık deneyimi'nde* seçim, anlam ve failliğin rolüne dikkat çekerek eleştirir. Bununla beraber, sosyoloji ayrıca toplumsal ve doğal kısıtlayıcıların hastalık ve sağlık dağılımı ve deneyimindeki rolüne dikkat çekmeye çalışır. Bu yaklaşım "gerçekliğin tıbbî bir yorumu olarak hastalık" fikrinin felsefi analizini içerir (King, 1982). Bu araştırma 'doğa'nın kullanılmasını hastalık ve rahatsızlık kategorileri konusunda bir bilgi sosyolojisi perspektifinden hareketle eleştirel olarak değerlendirmeye yönelir. Bu tıp sosyolojisi biyomedikal söylemin tıbbî güç ve pratiği meşrulaştırma sürecinin eleştirel bir analizidir. O, hastalık durumlarının toplumdaki güç ilişkileri içinde nasıl sosyal olarak inşa edildiğiyle ilgilenir. Bu bilgi sosyolojisi projesi eleştirel tıp tarihinin ve tıp mesleğinin önemli bir bileşeni hâline gelmiştir (Armstrong, 1983). Daha genel bir tarihsel çerçevede, tıp sosyolojisinin bu yönü, ayrıca, "rahatsızlıkla ilişkili söylemlerin" dünya görüşlerini nasıl inşa ettikleri ve dönüştürdüklerini toplumsal yapıyla ilişki içinde araştırmayı gerektirecektir. Tıp sosyolojisi özellikle beden, toplum metaforları ile hastalık metaforları arasındaki ilişkinin araştırılmasını gerektirir (Sontag, 1978).

Son olarak, teorik donanıma sahip bir tıp sosyolojisi, bizzat tıbbî değerler ve kurumların hastalık ve rahatsızlıkların düzenlenmesinde-

---

* Rahatsızlığın evreleriyle ilişkili kararlar, davranışlar ve sonuçlar. Edward Schuman rahatsızlık deneyiminin evrelerini şöyle sıralar: (1) belirtiler, (2) hastalığın kabulü, (3) tıbbî hizmet için temas kurma, (4) hekimin teşhisini kabul etme ve (5) iyileşme ve sağlığına kavuşma (Dictionary of Medical Sociology, William C. Cockerham and Ferris J. Ritchey, Greenwood Press, 1997).

ki rolünü dikkate alarak, 'toplumsal düzen' ve 'eşitsizlik' problemlerine yönelecektir. Bu tür bir araştırma toplumsal gruplar içindeki sapmalar ve düzensizlikleri ortadan kaldırmayı amaçlayan kurumsal sosyal kontrol biçimleri olarak din, hukuk ve tıbbın geçirdiği yapısal değişimlerle ilgilenir. Bu ilgi farklı kültürel günah, hastalık durumu ve iyileşme örüntüleriyle ilişkili kurumsal düzenlemeleri karşılaştırmalı tarihsel bir perspektif içinde araştırmayı gerektirecektir. Bu çerçevede, tıp sosyolojisi, örneğin, dinsel ve tıbbî sistemlerde itiraf ve günah çıkarmanın tarihsel rolünü araştırmayı gerektirir (Asad, 1983; Hepworth and Turner, 1982). Toplumsal düzen problemi, ayrıca, toplumdaki güç ve servet eşitsizliklerini araştırmayı gerektirir, zira sağlığı bir toplumda rahatsızlıkların hiyerarşik dağılımıyla sonuçlanan bir kaynak olarak alabiliriz. Sağlık alanındaki eşitsizliklerin analizi özellikle toplumdaki cinsiyete dayalı işbölümüyle, sosyal sınıflar problemiyle ve son olarak yaşlanma ve sağlık arasındaki ilişkiyle bağlantılıdır.

Sağlık ve rahatsızlıklar konusunda genel bir sosyal teori geliştirmek için üç analiz düzeyini ele alacağız. İlk olarak, tıp sosyolojisi 'rahatsızlık deneyimi'ni bireyin perspektifinden betimleyebilir. Bu araştırmada, 'hastalık deneyimi' bedenin bir nesne veya şey olarak yaşadığı bir yabancılaşma biçimi olarak analiz edilebilir (Sacks, 1986). Bu görevi farklı sosyolojik perspektifler yerine getirmeye çalışır: fenomenoloji (dayandığı temel kabulleri ortaya koyabilmek için gündelik hayatın analiz edilmesi) ve sembolik etkileşimcilik (bir sembollerin iletilmesi sistemi olarak toplumsal hayatın araştırılması). İkinci düzeyde, tıp sosyolojisi uzman meslek gruplarının bireyleri sınıflandırmak ve düzenlemek için kullandıkları hastalık kategorilerinin ('rahatsızlık', 'günah' ve 'sapma'nın) sosyal inşasına odaklanacaktır. Bu düzeyde, günah ve sapmadan sorumlu özel kurumların (tımarhaneler, hastaneler ve kliniklerin) ortaya çıkışını açıklamaya çalışırız. Hastalık-rolü kavramı bu araştırma için merkezi öneme sahiptir. Üçüncü analiz düzeyi, sağlık hizmetleri sistemlerinin genel toplumsal organizasyonu, devlet ve ekonomiyle ilişkileri ve toplumların kendi içlerinde ve aralarındaki toplumsal eşitsizlik problemleriyle ilişkilidir. Makro-sosyal analizle ilgili problemler, tipik olarak, ekonomi politik ve Marksist sosyoloji tarafından ele alınmıştır (McKinlay, 1984). Bu analiz düzeylerini özetle Şekil 1.1'deki gibi aktarabiliriz.

Düzey	Araştırma Konusu	Perspektif
Birey	Rahatsızlık deneyimi	Fenomenoloji
(Mikro)	'Kültürel' rahatsızlık kategorileri	Roller, normlar ve sapma sosyolojisi
(Makro)	Sağlık hizmetleri sistemleri ve sağlık politikaları	Rahatsızlığın ekonomi politiği

Şekil 1.1 Sağlık ve hastalık sosyolojisi

Bireyin rahatsızlık deneyimlerini anlamak için sosyal sistemin güç eşitsizlikleri temelinde genel analizinin yapılması gerekir. Bununla beraber, ayrıca farklı zamanlar ve yerlere ait kültürel hastalık kategorilerini araştırmamız gerekir. Sosyal sistemlerin makro analizi ile hastalığın fenomenolojisi arasındaki bağlantı noktasını sosyal rol kavramı ve özelde hastalık-rolü fikri oluşturur.

Tıp Sosyolojisinin Tarihi

Bir disiplinin tarihi çoğu kez onun karakteri ve problemleri konusunda önemli bir yol göstericidir. Bu kesimde, tıp ve sosyoloji arasındaki ilişki konusunda bir argüman sunmak için tıp sosyolojisinin tarihsel gelişimini ana hatlarıyla ortaya koymaya çalıştım. Önemli bir anlamda, tıp bir uygulamalı sosyoloji biçimidir (veya olması gerekir), dolayısıyla bir hastanın rahatsızlığını anlamak için onu toplumsal ve kişisel bir bağlamı içinde ele almak önemlidir (aslında zorunludur). Teknolojik tıpla ilgili temel bir problem, hastayı toplumsal bağlamdan koparark ele almasıdır. Fakat, ayrıca, tıp uygulamalı sosyolojiyse, tıbbî bilginin ve tıp tarihinin sosyolojinin teorik gelişiminde büyük bir paya ve öneme sahip olduğu söylenebilir. Tıbbî problemler sosyolojik teoriyi sürekli olarak insan biyolojisi, fizyolojisi ve sosyokültürel olgular arasındaki ilişkiyi sorgulamaya iter.

Bu problemler üzerinde düşünürken –bu alt disiplinin sosyolojik müfredatın son katılan üyesi olarak alındığı– geleneksel tıp sosyolojisi tarihini eleştirmek istiyorum. Aksine, temel argümanıma göre, Foucault'nun sosyolojinin kaynağında 19. yüzyıldaki tıbbî pratikler (özellikle tıbbî araştırmalar) yatar, sosyoloji ve tıp ayrılmaz ilişki içindedir ve "modern tıp gerçekte uygulamalı sosyoloji ve sosyoloji de uygulamalı tıptır" yorumu göz önünde bulundurulur. Dolayısıyla, söz konusu tarihsel iskeletin ardında şu kabul yatar: "tıp sosyolojisinin

günümüzdeki önemi onun, 'Hastalık nedir?' sorusunu sorarak, ontolojik bir sosyal problemin acilen çözülmesi gereğinin önemini vurgulamasıdır". Ontoloji var olabilen şeylerle ilişkili bir felsefe dalıdır; hastalığın sosyal ontolojisi hastalıkların sosyal inşasını ele alır. Sosyal ontoloji problemi, mevcut hâliyle, sosyolojide ihmal edilen bir probleme, "beden nedir?" sorusuna odaklanır. Bu yüzden, tıp sosyolojisi tarihi üç problemle, yani doğa, toplum ve bedenleşme (embodiment) problemleriyle ilişkili yaklaşımlardaki belirli gelişmelerin bir özetidir.

Geleneksel tıp sosyolojisi tarihinde, genelde tıp sosyolojisinin kurumsallaşması ve gelişiminin akademik bir araştırma-konusu olarak sosyolojinin evriminde nispeten geç ortaya çıktığı öne sürülür (Badley and Bloom, 1973; Gold, 1977). Bir disiplin olarak sosyolojiye ilişkili ilk araştırmalar tıp sosyolojisine nadiren referanslar içerirken (Gurvitch and Moore, 1945), tıp sosyolojisi 1960'larda sosyolojik müfredatın yerleşik ve kabul gören bir parçası hâline geldi ve kısmen tıp müfredatının bir parçası olarak, tıp fakültelerinden gelen talepler sonucunda ortaya çıktı.

Tıp sosyolojisinin bu sözde geç gelişiminin bir açıklaması, sosyolojinin kurucu babalarının sağlık, rahatsızlık ve hastalık konusunda açıklamalarının bulunmaması olabilir. Din ve tıp sosyolojilerini karşılaştırırsak, Marx, Weber, Durkheim ve Simmel'in din konusunda önemli katkıları olmasına rağmen (çünkü dinsel değerler rasyonaliteyi anlamada temel önemdedir), sosyolojinin kurucu babalarının tıp ve sağlık konusunda sosyolojik bir perspektifin gelişmesine neredeyse yok denecek kadar az katkıda bulundukları açıktır. Hiçbir klâsik sosyolog sağlık ve hastalık konusunu açıkça ele almadığı için, bir bütün olarak sosyoloji disiplini kurulmadan önce tıp sosyolojisi alanında hiçbir gerçek teorik temel çalışma yapılmamıştır. Bu tezin temel istisnası Durkheim'ın 1897 tarihli intihar araştırması olabilir (Durkheim, 1951). Durkheim'ın, Avrupa toplumlarında intihar oranlarıyla ilişki içinde toplumsal bütünleşme ve düzenin önemi konusundaki görüşünün daha sonraki intihar araştırmaları için teorik bir temel oluşturduğu ve bu araştırmaların modern sosyolojik depresyon analizi için bir çerçeve sağladığı kesinlikle doğrudur (Brown and Harris, 1978). Ancak, Durkheim'ın sosyolojisinin temel problemi, aslında intihar eylemi değil, sosyolojinin bireysel davranış hakkında psikolojik açıklamalara veya kabullere dayanmayan özerk ve bağımsız bir ilgi-alanı olduğunu ispatlamaktır. Durkheim intiharı, kısmen, sosyolojinin intihar oranlarındaki farklılıkları psikolojik veya felsefi ön-kabullere başvurmadan açıklayabileceğini göstermek için seç-

miştir.

Ayrıca, klâsik sosyolojinin tıp ve sağlıkla ilgili problemlerle, kısmen sosyoloji 19. yüzyıl toplumsal düşüncesinde biyolojizm ve Sosyal Darwinizmin yaygın egemenliğiyle karşıtlık içinde geliştiği için ilgilenmediğini söyleyebiliriz. Örneğin, Weber'in yorumcu sosyolojisi doğa ve kültür arasındaki ilişkiyi ve özellikle anlam-yüklü davranışın kültürel önemini vurgulayan yeni-Kantçı bir tepkidir. Weber'in anlama ve yorumlamayı vurgulayan sosyolojisinde "bir biyolojik sistem olarak toplumsal aktör" fikrinden uzak durulur. Ayrıca, Marx ve Engels'in Darwinizmi, "en uygunun hayatta kalması" fikrinin basitçe kapitalist toplumun rekabetçi doğasına ifadesini kazandıran toplumsal ilişkilerin ideolojik bir çarpıtması olduğu kabulünden hareketle reddettikleri doğrudur. Çoğu eylem sosyolojisine göre, beden eylemin doğal ortamının bir parçasıdır, yani bedenleşme sadece toplumsal eylem koşulları içinde yer alır (Turner, 1992). Muhtemelen bu iddianın temel istisnası, geliştirdiği pratik, mizaç, strateji ve habitus anlayışları toplumsal aktörlerin bedenleşmelerini tam olarak anlamayı mümkün kılan (Shilling, 1993) Pierre Bourdieu'nun çalışmasıdır (1990).

Tıp sosyolojisinin standart tarihinde 20. yüzyılda Parsons'ın (1951) rahatsızlıkta güdülerin rolü ve hastalık-rolü analiziyle özel bir alt-alanın ortaya çıkışına temel tarihsel katkı sağladığına işaret edilir. Freud'dan etkilenen Parsons, doktor-hasta ilişkilerinde nesnellik ve katılma sorunuyla ilgilendi ve bu problem onun sosyal sistem analizindeki hastalık-rolü kavramının odak noktasını oluşturdu. Ayrıca, Parsons uzman meslekler ve kapitalizmde meslekî değerlerin rolü tartışmasına bazı önemli katkılarda bulunmuştur; bu erken dönem uzmanlaşma analizleri modern meslekî hiyerarşiler içinde merkezî bir unsur olarak tıp mesleğinin gelişimine ilginin artmasına büyük katkıda bulunmuştur (Parsons, 1939). Fakat, Parsons'ı bir tıp sosyologu olarak adlandırmak yanıltıcı olacaktır, zira onun hastalık durumu ve tıp mesleği analizi sadece daha genel sosyal sapma, genel değerler ve meslek ahlâkı araştırmasının bir parçasıdır. Bununla beraber, Parsons'ın tıp sosyolojisi hakkında daha farklı bir görüş Uta Gerhardt tarafından (1989) *Hastalık Konusunda Fikirler*'de ortaya konulmuştur.

Parsons'ın katkıları bir kenara bırakılırsa, tıp sosyolojisinin 1960'lara kadar önemli bir gelişme kaydetmediği konusunda belirli bir fikir birliği vardır. Genelde, tıp sosyolojisinin tarihi üzerine açıklamalarda, geç bir başlangıca sahip olan ve idari bir eğilimin hâkimiyetindeki tıp sosyolojisinin sonunda sosyolojide kabul gören bir

araştırma alanı olarak ortaya çıkmaya başladığı ve ayrıca tıp mesleği içinde giderek daha fazla kabul gördüğü belirtilir. Sosyolojinin tıbbî bir anlayışa hastalığın toplumsal nedenlerini anlama konusunda önemli katkılarda bulunabileceği, hastanın 'rahatsızlık deneyimi' konusunda bir görüş sunabileceği, pratisyen hekimlerin görüşme becerilerini geliştirebileceği ve son olarak, tıbbî sağlık hizmetleri sistemlerinde bürokrasinin karakteri hakkında yeni bir perspektif sunabileceği düşünülür.

Hastalığın Doğasındaki Değişimler

Bu tıp ve sosyolojinin gelişen birliği anlayışı, aynı zamanda, çağdaş sanayi toplumlarında hastalık ve rahatsızlığın değişen doğasının bir ürünüdür. Örneğin, 19. yüzyılda ABD'de doktorlar esasen akut, hayatı tehdit eden ve çoğu kez bulaşıcı çeşitli hastalıklar ve rahatsızlıklarla karşı karşıyaydı. ABD'de 1900'de temel ölüm nedenleri grip, zatürree, verem ve mide-barsak iltihabıyken, 1980'lerde kalp hastalıkları, kötü huylu tümörler (kanserler), merkezi sinir sisteminde damar hasarları ve kazalardır. 20. yüzyılda diğer hastalık nedenleri nüfusun yaşlanmasıyla ve hayat tarzlarındaki değişimlerle ilişkilidir. Örneğin, 20. yüzyılda şeker hastalığı, temel ölüm nedenleri listesinde yer almasa da, zenginleşen ve yaşlı nüfusa sahip toplumlarda giderek önem kazanmaktadır. Şeker hastalığı günümüzde, ayrıca, gelişmekte olan ülkelerde ve Avustralya'daki yerli topluluklarda önemli bir problem hâline gelmiştir. Bu yüzden, 20. yüzyılın ikinci yarısında Batılı sanayi toplumlarındaki doktorlar esasen hastanın toplumsal görevlerini yerine getirmesini engelleyen uzun-dönemli kronik rahatsızlarla karşı karşıyadır. Modern rahatsızlıkların temel açıklaması olarak mikrobun yerini bir ölçüde stres almıştır; tedavi kavramının yerini giderek rehabilitasyon ve bakım kavramları alacaktır. Neticede, pratisyen hekimlerin hastalıklar ve rahatsızlıkların fizyolojik, kimyasal ve biyolojik yönlerine ilişkin aldıkları eğitim hastaların tedavileri ve kontrolleriyle giderek daha az ilişkili hâle gelirken, onlar sosyolojik becerilere daha fazla bağımlı hâle gelmektedirler. Kahraman tıp çağının ve akut hastalıkların yerini kronik hastalıkların rutin tıbbî kontrolü almaktadır. Uzun dönemli rahatsızlıklar ve kontrolü problemi daha etkin bir biçimde salt biyomedikal bir perspektiften ziyade sosyolojik perspektifler tarafından ele alınacaktır.

Kronik rahatsızlıkların yaşlanmayla ilişkisi konusundaki bu açıklama gelişmiş toplumlardaki rahatsızlıklara ilişkin geçerli bir genel

görüş olsa da, modern hastalığın karakterinde temel bir değişim yaşanmış, yani son on yılda zengin toplumlarda AIDS (edinilmiş bağışıklık yetersizliği sendromu) ve HIV (insanlarda bağışıklık yetersizliği virüsü) 'salgın hastalık' hâline gelmiştir. "Kamusal bir sağlık problemi olarak AIDS'in yeni, önceden görülmemiş, paniklere yol açan, toplumsal çatlaklar, eşitsizlikler ve toplum içindeki marjinal gruplara karşı ayrımcılık ve damgalamaların varlığını gösteren bir olgu" (Pollak, 1992: 1) olduğu öne sürülebilir. AIDS başlarda eşcinsel erkeklerle ve damardan uyuşturucu alan kişilerin durumuyla ilişkili bir rahatsızlıktı (Huber and Schneider, 1992); ancak o, artık, cinsel ilişkilerde prezervatif kullanılmaması yüzünden heteroseksüel insanlar arasında da yaygın hâle gelmiştir. O artık ayrıca küresel düzeyde bir olgudur. İlk kez 1979-1980'de rapor edilen AIDS vakalarına artık 130 ülkede rastlanmaktadır. Virüsün, özellikle Hindistan ve Endonezya gibi gelişmekte olan ülkelerdeki ekonomik etkisi hakkındaki yorumlar yine de tartışmalıdır. Bazılarına göre AIDS salgını "Orta Çağın kara vebasından, 1800'lerin kolera salgınından ve 1918-1919'un büyük grip salgınından beri en yıkıcı salgın hastalıklar arasında yer almaktadır" (Herdt and Lindenbaum, 1992: 3-4). O, ayrıca, insan hakları yasasının ve sivil özgürlüklerin temel bir ihlâlidir, zira devlet müdahalesiyle hastalığı kontrol altına alma girişimi ile yurttaşların kendi cinsel tercihlerini belirleme hakkı arasında bir çatışma vardır. AIDS toplumun ekonomik ve siyasal kaynakları için belirli bir tehdit oluştururken, çoğu sosyolog kamunun tepkisinin (çoğu kez gay topluluk hakkındaki söylentilerin güdümlendirdiği) bir panik olduğuna inanmaktadır (Patton, 1990).

Hastalık ve rahatsızlığın değişen doğası sosyolojide ve klinik tıpta yeni bir holistik tıp* anlayışının ortaya çıkmasına yol açmıştır. Sosyolojinin bütün kişileri toplumsal ortamları içinde ele aldığı ve bu nedenle tıbbî algı ve anlayışa modern toplumlardaki rahatsızlıklar konusunda doğrudan ve önemli bir katkıda bulunabileceği öne sürülür. Mangen'in (1982: 2) ifadesiyle, "sosyolojik perspektif bizi 'bütün kişiler' olarak sadece hastaları değil, çalışanları da göz önünde bulundurmaya teşvik eder". Sosyolojik perspektif tıp uzmanlarını bir rahatsızlık araştırmasının ilgi odağı olarak 'hasta'yı değil, 'kişi'yi ele almaya teşvik eder.

---

* Hastaları kendi ortamlarının bütünlüğü içinde fiziksel varlıklar kadar zihinsel, duygusal, toplumsal ve manevî varlıklar da olarak ele alan bir tıbbî paradigma (Dictionary of Medical Sociology, William C. Cockerham and Ferris J. Ritchey, Greenwood Press, 1997).

Tedavi amaçlı tıbbın holistik eleştirisi, biyomedikal modele sosyolojik eleştiriler ve (stres, sağlıksız konutlar ve yoksulluğa bağlı modern hastalıkların nedeni olarak kapitalist toplumdaki sosyal-çevresel faktörleri vurgulayan) neo-Marksist yaklaşım arasındaki yakınlaşmalara ilişkin bazı kanıtlar vardır. Biyomedikal modelin tıbbî hastalık açıklaması bazı önemli yanlara sahiptir. Bu modelde hastalık biyokimyasal bir makine olarak kavramlaştırılan insan bedenindeki belirli aksamaların sonucu olarak görülür. İkinci olarak, biyomedikal model insanlardaki aksamaların nihayetinde organizma içindeki belirli özel nedensel mekanizmalarla açıklanabileceğini varsayar; gerçekte, belirli zihinsel rahatsızlık biçimleri doğrudan biyomekanik değişimlerle açıklanabilir. Biyomedikal model, tüm hastalıklar ve rahatsızlıkların nedenlerinin bazı özel biyokimyasal mekanizmalarla açıklanabileceğini savunması anlamında indirgemecidir. Ayrıca, biyomedikal model alternatif perspektifleri geçersiz olarak görmesi bakımından dışlayıcıdır. Son olarak, biyomedikal model, nihayetinde, rahatsızlığın nedensel failini insan bedeni içinde arayan açık bir zihin/beden ayrımına dayanır.

Sosyolojik rahatsızlıklar modelinde biyokimyasal hastalık modelini eleştirilir ve karşı çıkılır. Bir bedenleşme (embodiment) anlayışı geliştiren, zihin/beden ayrımını sorgulayan ve suç gibi hastalığın da tek bir nedensel çerçeveye yerleştirilemeyeceğini öne sürerek indirgemeci ve dışlayıcı çerçevelere karşı çıkan ve hastanın rahatsızlığının kişinin tarihsel, toplumsal ve kültürel bağlamı dışında anlaşılamayacağını iddia eden bu sosyolojik model tıp bilimindeki kavramlar ve anlayışları kültürel değişlerimin ürünleri olarak alır. İlerlemeci ve hümanist bir tıbbî pratiğin bizzat 'bütün kişiler'le ilişkili olması gerektiği ve kaçınılmaz olarak sosyolojik bir tıbbî pratik hâline geleceği öne sürülür. Bu tıp sosyolojisi anlayışının içerimi, sosyoloğun nihayetinde hekim, psikiyatr ve diğer uzman sağlık çalışanları içinde yerini alacağı kliniğe girecek donanıma sahip olduğudur.

Foucault ve Tıp Sosyolojisi

Bu tıp sosyoloji giriş kitabında, özellikle tıp sosyolojisi için merkezî önemde gördüğüm sorunları ele alan Fransız düşünür Foucault'nun çalışmalarına odaklanacağım. Foucault belirli tıbbî söylemler ile toplumdaki güç kullanımı arasındaki ilişkiyi, yani söylemler, pratikler ve uzman meslek grupları arasında zamanla ittifakların nasıl geliştiğini araştırır. Bu Foucaultcu güç/bilgi araştırması bir beden (bireyler)

ve bedenler (nüfuslar) araştırması etrafında düzenlendi. Foucault, beden etrafındaki tıbbî mücadeleleri tarihsel açıdan modern toplumdaki biyolojik nüfus politikasının kaynakları olarak görür. Bu meslekî ve tıbbî söylemler bedenler ve nüfuslar üzerinde disiplin uygulanarak sağlanan gözetimle ilişki içinde gelişmişlerdir. Foucault (1971, 1973, 1977) 'panoptizm' olarak adlandırdığı gözetim biçiminin özellikle klinik, tımarhane ve cezaevi aracılığıyla nasıl geliştiğini araştırdı. Günümüzde Foucault'nun çalışmasına ilişkin bazı yorumlar vardır; bu yorumlar onun çalışması ve modern sosyal teoriye katkısıyla ilişkili genel bir açıklama sunarlar (Cousins and Hussain, 1984; Dreyfus and Rabinow, 1982; Gutting, 1989; Lemert and Gillan, 1982; Smart, 1985). Foucault'nun "bilimsel bilgi söylemi" ile "meslekî güç kullanılması" arasındaki ilişkiye, beden etrafında gelişen siyasal mücadeleye, tıp kurumlarıyla bağlantı içinde cinselliğin tarihine ve son olarak, genel bir panoptizm fikri altında disiplin ve gözetim biçimlerinin gelişimine ilgisi anlam, yapı, toplumsal düzen ve güç gibi temel sorunları ele alacak bir teorik tıp sosyolojisinin geliştirilmesi için güçlü bir çerçeve sağlamıştır.

Foucault'nun çalışmasının özet bir taslağını sunarken yaklaşımını dört başlık altında ele alacağım: epistemoloji, güç, tarih ve beden sosyolojisi. Bir felsefe dalı olarak epistemoloji bilgi teorisidir; nelerin bilinebileceğiyle ilgilenir. 17. yüzyıldaki bilimsel devrim Fransa'da René Descartes ve İngiltere'de Francis Bacon gibi düşünürlerin empirist epistemolojileriyle ilişkiliydi. Empirizm gördüğümüz şeylerin (veya daha genel olarak, duyu verilerinin) gerçek olduğunu ve bilimin sadece empirik araştırmalar ve deneylerle gelişebileceğini öne sürer. Empirist bilim adamları, bu nedenle, özellikle örneğin optikteki ilerlemeler sayesinde, görme biçimlerimizi geliştirmeye çalışırlar. Aksine, Friedrich Nietzsche gibi yazarlardan etkilenen 20. yüzyıl filozofları, deyim yerindeyse, kanıtları bakışlarıyla dünyadan elde eden gören-bilen özneye güvenemeyeceğimizi iddia etme eğilimindedir (Jay, 1986). Foucault'ya göre, şeyleri dilimizin izin verdiği ölçüde bilir veya görürüz, zira 'gerçekliği' dil olmadan asla çıplak olarak kavrayamaz veya bilemeyiz. Bilimsel söylem, tüm bilgi biçimleri gibi, basitçe bir metaforlar toplamıdır. Dünyanın bilimsel bilgisi bir anlatı biçimidir (bir hikâyedir) ve bilimler, tüm anlatılar gibi, farklı dilsel uzlaşımlara (örneğin, belirli yazım tarzlarına) dayanırlar. 'Anlatı' bir dil içindeki olaylar bütünü ve 'dil' bir kendine-gönderimli sistemdir. Hiçbir şey dil dışında ortaya çıkmaz. Bu yüzden, 'dünya' hakkında bildiklerimiz basitçe dünyayı betimlemek için benimsediğimiz keyfi uzlaşımların sonucudur. Farklı toplumlar ve tarihsel dönemlerin farklı

uzlaşımları ve bu nedenle farklı gerçeklikleri vardır.

Foucault'nun çalışmalarıyla ilişkili bu epistemoloji tıp sosyolojisi açısından radikal sonuçlara sahiptir. Artık, 'hastalıkları', dünyadaki, betimlendikleri dilden bağımsız olarak ortaya çıkan doğal olaylar olarak alamayız. Bir hastalık durumu –ayrıca bir toplumdaki egemen düşünme biçimini (Foucault'nun terminolojisiyle epistemeyi) yansıtan– tıbbî söylemlerin ürünüdür. Örneğin, eşcinsellik Hıristiyan terapide bir günah olarak, psikolojinin kuruluş döneminde bir davranış bozukluğu olarak ve çağdaş tıpta sadece bir cinsel tercih olarak görülmüştür. Benzer şekilde, Tuke'un Foucault'nun *Deliliği Tarihi*'nde (1971) sorgulamaya çalıştığı ahlâkî tedavisi ortaya çıkmadan önce delilik haylazlık olarak görülmekteydi. Anoraksıya nervoza genç kadınlarda hormon sisteminden kaynaklanan bir davranış bozukluğu mu, yoksa ruhsal mükemmellik arayışı mıdır? Veya aksine, anoraksıya belirli bir beden imgesi geliştirmek için ataerkil tutumları kullanan modern tüketimciliğin bir ürünü müdür? Şeylerin ne oldukları nasıl tanımlandıklarına bağlıdır; şeylerin nasıl tanımlandıkları genel kültürün olguları uzlaşım alanları içine nasıl yerleştirdiğine bağlıdır. Bu bilgi teorisi benimsendiğinde, hastalık doğada yer alan patolojik bir durum değil, aksine toplumsal ve tarihsel süreçlerin bir sonucu olarak görülür. Bu epistemolojik argüman Foucault tarafından *Kelimeler ve Şeyler*'de (1974) sunulmuştur.

Foucault kendi epistemolojisinde tek mevcut gerçeğin fikirler olduğunu veya maddi olaylara fikirlerin yol açtığını öne süren idealist bir konumu benimsemez. Aksine, güç ve bilgi arasındaki yakın ilişkiyi ortaya çıkarmaya çalışır. Örneğin, bir 'bilimsel' bilgiler yapısı oluşturmaları doktorlara 19. yüzyıl sonlarında büyük bir saygınlık ve nüfuz sağlamıştır. Foucault'nun *Kliniğin Doğuşu*'nda tıbbî güç olarak adlandırdığı klinik tetkik (gaze) tıpçıların gerçekliği tanımlamada ve bu nedenle sapkınlık ve toplumsal düzensizliği saptamada önemli ölçüde toplumsal güç uygulayabilmelerini sağlamıştır. Foucault'nun Batıda rasyonalite tarihinde toplumsal gerçekliğin bekçileri olarak rahiplerin yerini tıpçılar ve polisin aldığı vurgulanır. Gerçekte, Foucault güç ve bilginin büyük ölçüde iç içe geçtiğini düşünür ve bu yüzden, bu birlikteliği ifade etmek için sürekli olarak 'bilgi/güç' ifadesini kullanır. Ona göre:

> Daha ziyade gücün bilgi ürettiğini... güç ve bilginin doğrudan birbirini içerdiğini; tekabül eden bir bilgi alanı yapısı olmadan hiçbir güç ilişkisinden, ne de aynı anda güç ilişkileri gerektirmeyen ve oluşturmayan bir bilgiden söz edemeyeceğimizi kabul etmemiz gerekir. Dolayısıyla, bu 'güç/bilgi' ilişkileri güç sistemiyle

bağlantı içinde özgür olan (veya olmayan) bir 'bilgi öznesi' temelinde analiz edilemez, aksine bilen özne, bilinen nesneler ve bilgi tarzları bilgi/gücün bu temel içerimleri ve tarihsel dönüşümlerinin birçok farklı sonuçları olarak görülmelidir (Foucault, 1977: 27-28).

Foucault modern toplumlarda ve çağdaş tarihte insanların ('Man') aynı anda hem tarihin özneleri (aktif eyleyenler) hem de nesneleri (söylem konuları) olması paradoksundan büyük ölçüde etkilendi. Özellikle 'İnsan' ('Man') teriminden ne anladığımız tıp ve sosyal bilimlerin kontrol birimleri olarak önemli bir rol oynadıkları güç/bilgi ilişkilerinin ürünüdür. Düzeni açık şiddetle değil, aksine insanları ahlâkî itaatle düzenleyen mikro disiplin politikaları aracılığıyla sağlayan modern ıslahevi, hastane, cezaevi ve okul genişleyen bir kontrol, disiplin ve düzenlemeler aygıtı (panoptik bir gözetim sistemi) içindeki unsurlardır. Bu kontrol sistemi, en azından bir ölçüde, bilimsel tıptaki 'gelişmeler' sayesinde ve yeni bilgi biçimlerinin, yani kriminoloji, ceza bilimi (penology)[1], sosyoloji, psikoloji gibi alanların ortaya çıkışıyla mümkün olmuştur. Disiplin mimarisi basitçe yeni binalar tasarlanması meselesi değil, aksine sosyal bilimlerin yardımıyla insanların yeniden tasarlanması meselesidir. Foucault'ya göre, sosyoloji sadece sosyal tıbbın bir alt dalıdır.

Bilgi ve güç konusundaki bu görüşler Foucault'nun çalışmasındaki özel bir tarih ve tarih-yazımı yaklaşımıyla ilişkilidir. Foucault genelde 'resmi tarihler' olarak adlandırabileceğimiz yaklaşımları eleştirir. Meslekî yapılar toplumsal güçlerini, daha çok tüm toplumlar gibi, ortaya çıkışlarıyla insanlığa özgeci katkılarını ve zulüm ve şiddete karşı muhalefetlerini vurgulayan tarihsel açıklamalarla meşrulaştırmaya çalışırlar. Foucault bu resmi tarihleri bir ölçüde tarihin her zaman süreksizlik sergilediğini göstererek teşhir etmeye çalışır. Tarihin bu şekilde kullanılması özellikle onun delilik üzerine araştırmasında önemli bir yere sahiptir. İlk olarak, Foucault delilik hakkında akıl sağlığı açısından yazma eğiliminde olduğumuza (böylece, deliliği akla ayrıcalıklı statü tanımadan bilip bilemeyeceğimiz sorununa) işaret eder. İkinci olarak, deliliğin sürekli bir tarihe sahip bütünsel bir olgu olduğu kabulünü reddeder. Son olarak, artık 'delilerimizi' zincire vurmasak ve suya batırmasak da, yeni, kompleks, dolaylı, ayrıntılı ve kesin düzenleme sistemleri geliştirdiğimizi belirtir.

Foucault bilim tarihi ve meslekler arasında yanlış bütünlüklerin

---

* Suçluların cezalandırılması ve hapishanelerin işleyişi ile ilgili konuları işleyen bilgi dalı.

kurulmasına karşı tarihteki kopuşlar, kırılmalar ve çatlakları vurgulasa da, onun çalışmasında Max Weber'in tarihsel sosyolojisindeki rasyonelleşme temasıyla paralellik içinde bir rasyonellik araştırması bulmak mümkündür. Foucault'ya göre, Batılı toplum (devlet, polis gücü, meslek birlikleri ve sosyal hizmet uzmanları aracılığıyla) giderek belirli bir düzen içine sokulmuş, bilimin gündelik hayata uygulanmasıyla giderek daha fazla aklın standartlarının egemenliği altına girmiştir. O neticede giderek tekbiçimli ve standart bir toplum hâline gelmiştir, zira (esasen tıp tarafından tanımlandığı şekliyle) 'normal'den uzak düşünceler ve hayat tarzlarını hoş göremeyiz ve görmeyeceğiz. Devlet aygıtı ve onun yerel birimleri bu standartlaşmanın en küçük kısmını sağlar. Foucault bu düzenleme ilkesini panoptizm, panoptizmin yarattığı şeyi tecrit toplumu olarak adlandırır. Özetle, tıp insanların tıbbî rejimler aracılığıyla ahlâkî olarak düzenlendikleri büyük ve kapsamlı bir sistemin parçasıdır. Son olarak, bu nedenle, Foucault'nun felsefesi ve tarihini beden sosyolojisine bir katkı olarak görebiliriz. Bu tür bir sosyoloji, insanların duyguları ve coşkularının kabul edilebilir 'normal coşku' kriterlerini belirleyen tıp aracılığıyla nasıl normalleştirildiğini anlamaya çalışır. O, türün yeniden-üretiminin [üremenin] tıpçıların eline geçmesiyle cinselliğin nasıl tıp teknolojisinin hedefi hâline geldiğini analiz eder. Foucault'ya göre, artık tıp hayatı işgal etmiştir; sonuç, toplumun siyasal tarihinde yeni bir evre, yani 'anatomik insan bedeni politikası' ve 'biyolojik nüfus politikası' evresidir (bu süreç *Cinselliğin Tarihi*'nde betimlenir). Modern disiplinler, gözetim ve kontrol sistemleri ve insan hakkındaki çağdaş bilgi biçimleri bedene ve onun yeniden-üretimine odaklanır. Tıp bedenlerin –Foucault'nun 'yönetim-zihniyeti' olarak adlandırdığı (Burchell *et al.*, 1991), modern toplumları karakterize eden (Turner, 1992) şey aracılığıyla– genel düzenlenişinin bir yanını, ancak önemli bir boyutunu oluşturur. Sosyologların özellikle tıpla ve ahlâkî düzenlemenin bir boyutu olarak toplumsal ilişkilerin tıbbileştirilmesiyle ilgilenmelerinin sebebi budur; ayrıca bizzat bu yüzden Foucault'nun çalışmasını ciddiye almamız gerekir.

Bununla beraber, Foucault'nun teorisinde bazı problemler vardır. İlk olarak, disiplin ve gözetimin gücü dikkate alınırsa, tıbbî (veya bir başka) egemenlik biçimine muhalefet, direniş ve eleştirinin nasıl açıklanacağını ve konumlandırılacağını bilmek zordur. İkinci olarak, Foucault dilin etkilerine bu kadar güçlü vurgu yaptığı için, sapmanın nasıl geliştiğini ve varlığını sürdürdüğünü anlamak zordur. Üçüncü olarak, Foucault eylemle ilgili paradoksları ve eylemin niyetlenilmemiş sonuçlarını kavrayamamıştır: modern tıbbın her yönünün göze-

time bir katkı olduğunu söyleyebilir miyiz? Dördüncü olarak, Foucault'nun epistemolojisi alternatifler için ortamlar sağlamayı zorlaştırır. Bu eleştirilerin çoğu günümüzde çok iyi bilinmektedir (Hoy, 1986). Bu eleştirilere rağmen, Foucault'nun tıp tarihi araştırmaları ve genel perspektifi tıp sosyolojisinin geliştirilebileceği güçlü bir çerçeve sunar.

Tıp sosyolojisi üzerine bu araştırmada temel vurgu Foucault'nun perspektifinden beden, benlik ve toplumun analizine yapılsa da, önceki araştırmalar ve perspektiflerin tıp sosyolojisindeki bu yeni paradigma tarafından tamamen çürütüldüğünü öne sürmek istemiyorum, ne de önceki araştırmaların kolayca göz ardı edileceğini veya terk edilebileceğini iddia ediyorum. Bu araştırmanın esas amacı, genel ve tutarlı bir tıp sosyolojisi anlayışı, ancak çağdaş sosyal teorik perspektiften hareketle bazı problemler etrafında şekillendirilen bir yaklaşım ortaya koymaktır. Önemli olan daha ziyade, önceki tüm analizler ve sonuçları ayıklamaya çalışan dar ve dışlayıcı görüşler üretmek yerine, teorinin yaratıcı ve yapıcı bir biçimde kullanılmasıdır.

Her halükârda, çağdaş toplumlarda sağlık ve rahatsızlık kompleks özelliklere sahip olduğu için, farklı teoriler ve metodolojiler tıbbî olgular konusunda yeterli bir perspektif geliştirmek için tıp sosyolojisine gerek duyacaklardır. Sosyolojide rahatsızlık, tıpkı suçta olduğu gibi, dar ve tek boyutlu bir yaklaşımla doyurucu bir biçimde açıklanamaz. Gelişmiş toplumlarda kronik rahatsızlıkların doğası kapsamlı ve çok boyutlu bir yaklaşımı gerektirir. Tıp sosyolojisinde bu eklektizm ve teorik genişlik iddiasını Avustralya'da ve diğer modern sanayi toplumlarında 'salgın' düzeyine gelen tuhaf bir rahatsızlığı, yani tekrarlanan zorlanma sakatlığı veya kısaca RSI'yi ele alarak savunabiliriz (Stone, 1983).

1980'lerden beri RSI veya kiriş zarı iltihabı (tenosynovits) özellikle modern büro teknolojisinin kullanıldığı işyerlerinde önemli bir problem hâline gelmiştir. Esasen modern büro koşullarındaki tekrara dayalı iş pratikleriyle ilişkili olarak kollarda yaşanan bir ağrı olan RSI'den Avustralya'daki yeni endüstriyel salgın hastalık olarak söz edilir (Ferguson, 1984): bu hastalık yaygın tazminat talepleriyle, iş pratiklerinin dönüşmesiyle sonuçlanmış ve medyada kapsamlı olarak yer almıştır. Ayrıca, 'hastalık' hakkında birçok tıbbî tartışma yapılmıştır, zira görünüşte Avustralya'ya özgü olması bazı doktorları onu hasta numarasıyla işten kaytarmayı sağlayan bir mit olarak değerlendirmeye itmiştir. Bazı teşhislerde hastalığın organik bir temeli olduğuna inanılır; başka teşhislerde bir meslekî nevroz biçimi olarak

kabul edilir. RSI ayrıca sendikacılar, sigorta şirketleri, sanayiciler ve farklı resmî komisyonların önemli ölçüde dikkatini çeken bir konu olmuştur.

Tıp çevrelerinde RSI'nin doğası ve tedavisi konusunda bir konsensüs olmasa da, bazı araştırmacılar onun yaygınlığında birçok faktörün katkısı olduğunu düşünürler. İlk olarak, bazı çalışanları bu adale problemine açık kılan bazı psikolojik faktörler olabilir, zira aynı rahatsızlıklara maruz kalan tüm çalışanların kolunda ağrı yaşadığını iddia etmedikleri kesinlikle doğrudur. İncinmeye yol açan bu faktörler öfke ve stresle bağlantılı olabilir. İkinci olarak, aşırı kullanımla ilişkili incinmelere katkıda bulunan muhtemel çalışma koşulları ve pratikleri vardır. Bu koşullar arasında ayrıca modern büro donanımı ve mimarisi yer alabilir. RSI ayrıca idareciler, sendikalar ve sigorta şirketleri arasındaki, 'hastalığın' kabulüyle veya aksine bir mit ya da mazeret olarak görülmesiyle ilişkili bir siyasal mücadeleyle bağlantılıdır. Son olarak, RSI'nin Avustralya'da niçin belirli bir dönemde ortaya çıktığını, niçin 1980'lerin başlarında salgın hâline geldiğini ve niçin belirli durumlarda ve iş alanlarında görüldüğünü ele almamız gerekir. Bu tartışmanın vurgusu, bir anlamda, RSI'nin belirli uzmanlar tarafından bir 'hastalık' durumu olarak kabul edildiği bir toplumsal süreç olduğudur (Willis, 1986, 1994). Bir hastalığın kabulünün toplumsal-siyasal süreçlerin sonuçları olduğu önceki dönemlerle RSI vakaları arasında bazı paralellikler bulmak mümkündür (Figlio, 1982).

RSI tipik olarak bir 'modern' hastalıktır; kroniktir ve kısmen kompleks ve muğlâk bir etiyolojiye sahip olduğu için teşhisi ve tedavisi zordur. Ayrıca, bu hastalık belirli ölçüde meslekî ve siyasal anlaşmazlık konusudur: gerçekte böyle bir hastalık var mıdır? Hastalıkla ilişkili belirli ahlâkî imalar vardır: o hasta numarası yapmak için bir mazeret midir? Bu açıdan, tıbbî bir kategori olarak RSI AIDS, anoraksıya nervoza, hiper-aktif çocuk sendromu ve Munchausen sendromuyla belirli ortak özellikler taşır. Bu 'hastalıklar' çoğu kez (ahlâkî ve siyasal açıdan) büyük bir tartışma konusudur; onları tedavi etmek kolay değildir; gerçekte, anoraksıya gibi modern rahatsızlıklara yakalanan bazı kişiler tedavi ve iyileşmeyi çoğu kez bir kişisel yenilgi olarak görürler. Kesinlikle, bu hastalıklarla ilgili tedavi rejimleri farklı (psikolojik, sosyolojik ve tıbbî) yaklaşımları gerektirir. RSI karşısındaki tepki, bizzat ağrıya özel tıbbî müdahale dâhil, büro ergonomileri, iş pratikleri ve çalışma motivasyonunun yeniden ele alınmasıydı.

Yukardaki betimlemelerin esas amacı, rahatsızlıklarla ilişkili sosyolojik açıklamalardaki teorik açıklıkların sadece arzulanır değil, aynı zamanda gerekli olduğunu göstermektir. Bir RSI sosyolojisi (ayrıca

anoraksıya, Alzheimer, şeker hastalığı ve diğer birçok kronik durumun sosyolojisi) şunları gerektirecektir: (1) rahatsızlığı yaşayan kişinin yorumları ve algılarını ayrıntılı olarak araştıran bir 'acının fenomenolojisi'; (2) 'hastalığın' problemin ortaya çıkışı ve ortadan kalkışının yerleşik çıkarlara sahip çatışan meslek grupları tarafından hangi toplumsal süreçlerle inşa edildiğinin analizi; ve (3) çalışanlar üzerindeki baskının meslekî yaralanmalara yol açtığı iş süreçlerini üreten modern kapitalizmde beyaz-yakalıların çalışma koşullarının ekonomi politiği. Bu farklı analiz düzeylerini (bireysel, mikro-sosyal ve makro-sosyal analizleri) gerçekleştirebilmek için çağdaş sosyolojideki farklı açıklayıcı paradigmalar arasında üst düzeyde bir teorik bütünlüğe ihtiyaç vardır.

Çağdaş toplumlardaki rahatsızlıklar ve hastalıklar konusundaki anlayışın sürekliliği ve kapsamlılığıyla ilgili bu tez ayrıca bu kitaptaki "entellektüel açıdan doyurucu bir tıp sosyolojisinin aynı zamanda karşılaştırmalı ve tarihsel bir yaklaşıma sahip olması gerekir" teziyle ilişkilidir. Gerçekte toplumsal koşullar ve süreçlerin ürünleri olan rahatsızlık kategorilerinin kapsamlı bir kavramlaştırmasını sadece tarihsel sosyolojiyi öne çıkaran bir perspektifle gerçekleştirebiliriz. Ayrıca, karşılaştırmalı ve tarihsel sosyolojik düşünceler tarihi bilgi sosyolojisi ile tıp felsefesi arasındaki verimli örtüşmeleri görmemizi mümkün kılar. Bu kabul, bir ölçüde, Foucault'nun tıp sosyolojisine katkısını ciddiye almak için bir başka haklı nedendir.

Foucault'nun çalışması bizi sosyal bilimlerin tarihi, özellikle sosyal tıp ve sosyolojinin tarihi üzerinde yaratıcı biçimde düşünmeye zorlar. Örneğin, bir görüşmede Foucault sosyoloji tarihi hakkındaki görüşünü şöyle açıklar:

> sayısız insan sosyolojinin kökenlerini Montesquieu ve Comte'da aramıştır. Bu çok cahilce bir girişimdi. Sosyolojik bilgi (*savoir*) daha ziyade doktorlarınkine benzer pratikler içinde biçimlendirilir. Örneğin, 19. yüzyıl başlarında Guepin Nantes kenti hakkında olağanüstü bir araştırma yayınlamıştır (1980: 151).

Foucault'ya göre, beşerî ve sosyal bilimler 19. Yüzyılda, bir ölçüde, yeni bilgi biçimlerinin kentsel nüfusun gözetimi ve kontrolü için önemli olduğu sanayi kentlerindeki nüfus baskısının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Sosyal tıp, bir siyasal kontrol ve toplumsal gözetim problemi olarak bu nüfus krizini çözme çabalarının bir boyutu olarak görülebilir. Foucault'ya göre, hem sosyoloji hem sosyal tıp bu sorunlara çözüm bulma çabaları içinde şekillenmiştir. Bu bakış açısından, tıp sosyolojisi sosyoloji içinde geç ortaya çıkan gelişme de-

ğildir veya onun kenarında kalmamıştır, aksine tıp sosyolojisinin temelinde klinik araştırma pratiklerinin ve bir sapma biçimi olarak hastalıkla ilişkili sosyal araştırmaların yattığını görebiliriz. Bu çerçevede, sosyoloji ve tıp çok yakın bir ilişki içinde olmamıştır; Foucault'ya göre, tıp daha ziyade bir klinik sosyoloji biçimi olarak görülebilir ve sosyolojinin kökenleri Comte ve Durkheim'ın sosyal biliminden ziyade devrim sonrası Fransa'ya kadar uzanır.

19. yüzyılın ilk yarısında sosyal tıp ve sosyoloji arasında gerçekte yakın bir ilişki bulunduğunu kabul ettiğimizde neo-Marksist ve ekonomi politik yaklaşımlar o kadar radikal veya yenilikçi görünmeyecektir (Stern, 1959). Engels ve Marx 19. yüzyılda işçi sınıfında yoksulluk, hastalıklar ve sosyal sapma arasındaki ilişkiyi açıkça ifade etmiştir. Hastalıklar ve anominin toplumsal nedenlerine bu ilgi daha sonra İngiliz sosyal bilimciler Booth ve Rowntree tarafından paylaşılır. Rosen'e (1979: 23) göre:

> Sosyal bilimciler tıp sosyolojisinin yeni bir alan olduğunu vurgulama eğilimindedir, ancak sağlıkla ilgili olgular ile toplumsal faktörler ve bağlam arasındaki ilişkinin araştırılması olarak anlaşıldığında tıp sosyolojisinin derin tarihsel köklere sahip olduğu görülür.

Bu yüzden, gerçek bölünme sosyoloji ve tıp arasında değil, aksine rahatsızlıklar ve hastalıkları Durkheim'ın düşündüğü anlamda toplumsal olgular olarak gören paradigmalar *ile* hastalıkları bireyle, özellikle mikroplar ve rahatsızlığın istilâ ettiği bağımsız organizmalarla ilişkili durumlar olarak gören paradigmalar arasındadır. Bu araştırmanın temel fikri, "soyut, bağımsız insan organizması" fikrinin kültürel olduğudur, zira bedeni basitçe doğa içindeki bir varlıktan ibaret olarak alamayız. Foucault'nun perspektifinin önemi, kesinlikle hem bireysel bedenleri hem de nüfusların bedenini güç ve bilginin ürünleri olarak görmesidir.

Sosyoloji hem dinle hem de tıpla yakından ilişkilidir, zira onlar aynı anda hem toplumsal eylemin anlamıyla hem de toplumsal düzenin karakteriyle ilişkili problemleri çözmeye çalışırlar. Toplumsal eylemlerin anlamı ve toplumsal düzenin dokusu, ikisi de insan bedeninin düzenlenmesi veya kontrolünü gerektirir. Sosyoloji ve tıbbı birbirinden kopardığımızda tıp hem hastalığın toplumsal nedenlerini hem de rahatsızlığın birey için anlamını kavrayamaz. Nitekim, biyomedikal söylemde, insanların sıkıntılarına pozitivist ve tek boyutlu bir yaklaşım hem hastalıkların toplumsal ortamını hem de tıp rejiminin ahlâkî bileşenlerini bulanıklaştırır.

2
Din ve Tıp: Günahtan Hastalık Durumuna

Bu incelemenin açılış bölümünde tıp sosyolojisinin tıbbî kategoriler konusunda bir bilgi sosyolojisi yaklaşımı içermesi gerektiğini öne sürdüm, çünkü hasta olmanın ne anlama geldiği davranışların betimlenmesi ve anlaşılmasında kullanılan mevcut kültürel kategorilere bağlı olacaktır. Din sosyolojisinin dinin ne olduğunu araştırması gibi, tıp sosyolojisi de bizzat toplumsal olgular olarak sağlık ve hastalığın tarihsel inşasıyla ilgilenmek ve bu inşa sürecini karşılaştırmalı olarak ele almak zorundadır. Örneğin, Batılı sağlık ve tedavi kategorilerinin Çin'de geçerli olan kategorilerden önemli ölçüde tarihsel farklılıklar sergilediği iyi bilinmektedir (Unschuld, 1985). Bu salt bir akademik sorun değildir, zira tıptaki meslekî uzmanlık iddialarının çoğu, nesnel olmaktan ziyade, toplumsal olarak üretilen 'bilgi'ye dayanır ve güç ve otorite dağılımı bakımından önemli etkilere sahiptir. Sosyoloji, hem hukukî sosyal sapma kategorileriyle hem de tıptaki rahatsızlık, sağlık ve hastalık tanımlarıyla yetinemez. Tüm sosyolojide –tıbbî araştırma alanında göz ardı edilemeyecek– kapsamlı bir rölativizm problemi vardır. Farklı tipten toplumların farklı tipte hastalıklara ve farklı tedavi yaklaşımlarına sahip oldukları kesinlikle doğrudur; bu çeşitlilikler ilgili kültür ve toplumsal düzenin ürünüdür.

Bu bilgi sosyolojisi perspektifi bizi tıbbî sınıflamaların tarihine götürür. Hastalıkların kendi özel tarihleri olduğunu söylemek, medikal modelin otoritesini tehdit ettiği için, özgürleştirici bir iddiadır, ancak aynı zamanda oldukça problemlidir. Hastalıklar sadece farklı tipte sınıflandırma işlemlerinin ürünleri midir? Yoksa biyolojik ve psikolojik yapımızın etkileri midir? İki soru arasında nasıl bir ilişki vardır? Bu incelemede hastalıkların gerçekte kültürel ve toplumsal düzenlerin sosyal olarak inşa edilen ürünleri olduklarını öne sürüyorum, zira bedeni bizzat kültürel pratiklerin ürünü olarak görüyorum. Beden salt fiziksel bir varlık değildir; o farklı kültürlerde ve özellikle Yahudi-Hıristiyan geleneğinde muğlâk ve problemlidir. Kültürel kategorilerin önemini kabul etsem de, temelci bir beden epistemolojisi ve fenomenolojisini alıkoymanın önemli olduğunu düşünüyorum; zira örneğin, sadece sosyal olarak inşa edilen bir şey olarak alındığında bedensel acının yeterince anlaşılamayacağını düşünüyorum (Turner,

1992: 105-107). Bourdieu (1990: 124) gibi, nesnelcilik ve öznelcilik benzeri temel sosyolojik dikotomilerin genelde yanıltıcı ve çoğu kez gerçeklikten yoksun olduklarına inanıyorum. Temelcilik ve inşacılık arasında tercih yapmak zorunda değiliz.

Modern hastalık anlayışlarının doğasını anlamak için tıbbî kategorilerin bağımsız ve özel söylem biçimleri olarak ortaya çıkışlarına tarihsel düzlemde bakmamız gerekir. Bu bölümde, beden hakkında bir söylem olarak tıbbın farklı boyutlarının ortaya çıkışını bir diyet ve anatomi araştırması aracılığıyla ele alacağım. Ayrıca, tıbbın tarihsel kökeninde kurumsal sosyal kontrol aygıtının yattığını ve tıbbın Foucault'nun sözünü ettiği mikro-politikanın, yani anatomi sahnesi ve tıbbî klinik gibi farklı toplumsal ortamlar aracılığıyla merkezî konumdan uzaklaştırılan ve yerel düzeyde işleyen siyasal pratik biçimlerinin önemli bir parçasını oluşturduğunu öne sürdüm.

Vücudun Egemenliği

Weber'i izleyerek, Batı kültürünün tarihini zihin ve beden, ruh ve vücut, kültür ve doğa arasında kurulan bir dizi farklı ilişki olarak görebiliriz. Weber çilecilik, rasyonelleşme ve dünyaya hâkimiyetin gelişimini bir ölçüde Hıristiyan teolojisindeki ruhun hayatı ve dünyadaki mevcudiyeti ayrımının yarattığı gerilim veya çelişkinin sonuçları olarak görmekteydi. Bu ayrımda, dünya birçok farklı sorun (hazlar, zevkler ve bedensel lükslerle ilgili problemler) içerir. Bu dünya anlayışının temel bileşeni bedenleşme sorunsalı çerçevesinde ele alınabilir. Yani, 'dünya' problemi bir beden sosyolojisine, bir bütün olarak sosyolojideki zımnî ve yeterince ele alınmayan ve yeterince geliştirilmemiş bir soruna işaret eder (Turner, 1984). İnsanın bedenleşmesinin kendine has özellikleri en iyi şekilde 'vücut' terimiyle gösterilebilir.

Batı kültürü ve belirli ölçüde bir bütün olarak insan kültürü vücudun olağandışı özelliklerini üç temel kurumsal düzen, yani din, hukuk ve tıp aracılığıyla kontrol altına almıştır. İnsan toplumları bedenin kontrolüyle ilişkili bu kurumsal düzenlemeler çerçevesinde kavramlaştırılabilir; hukuk, din ve tıp insan bedenini düzenler ve kontrol eder. Din varlığımızı manen geliştirmek için insan bedenini çeşitli ritüel pratikler aracılığıyla düzenlemiş ve kısıtlamıştır. Hukuk özellikle suçu ceza yasalarıyla kontrole ve bilhassa kentli nüfusu gözetim altına almaya çalışmıştır. Son olarak, tıp vücut olarak bedeni düzenleme, sınırlandırma ve temsil/sunma biçimi olarak görülebilir.

Foucault'nun terminolojisinde hukuk, din ve tıp bedenin ve nüfusların rasyonel ve disiplinli idaresiyle ilişkili üç söylemsel formasyondur. Bu vücut olarak beden analizi modelinin kaynağı Weber'in (1966) Hıristiyan çileci ahlâk ile –özellikle cinsellik, sanat ve bilgide sunulan dünya olarak– lâik hayat arasındaki farklı çelişkiler hakkındaki tartışmasıdır.

Bu ahlâkın ana kaynağı, asıl köklerinde insan varoluşunun tenselliği (fleshness) yatan yedi ölümcül günah öğretisidir. Protestanlık sadece dünyayı reddetmeye değil, aynı zamanda disiplin ve düzen empoze ederek ve sistematik bir hayat tarzı yaratarak onu hâkimiyeti altına almaya çalışmıştır. Bu disiplinler vicdan eğitimi sayesinde ve gündelik ilişkileri düzenleyerek tutkuları boyunduruk altına almaya çalıştılar. Protestanlık, ayrıca, Ortaçağ manastır pratiğinden bedenin dinsel-tıbbî kontrolünü miras aldı. Weber'in askeri disiplinde ve manastır faaliyetlerinde çileciliğin kökenleri analizi ile Foucault'nun modern tarihsel dönemde disiplin pratiklerinin kökenleri üzerine kültürel araştırması arasında önemli bir yakınlaşma vardır. İki yazarı da izleyerek, çileci disiplinlerin kişisel gözetim ve toplumsal düzenleme biçimleriyle ilişkili bu-dünyaya-hâkimiyet çabasının bir parçasını oluşturduklarını öne sürebiliriz. Bütün bu disiplinler, pratikler, kurumlar ve bilgiler daha genel düzeyde dünyaya hâkim olma çabası olarak betimlenebilir. Bu ahlâk bilimsel tıbbın gelişiminde merkezî bir öneme sahip olmuştur.

Bu bölümde söz konusu bedensel disiplinlerin tarihsel gelişimini esasen tıbbî bilgi ve pratik üzerine bir incelemeyle ele almaya çalıştım. Din ve tıp arasındaki ilişki oldukça eskidir ve 'bedeni korumak' ve 'ruhu korumak' fiillerini göz önünde bulundurarak bu iki alan arasında bir bağ kurabiliriz. Nihaî 'kurtuluş' (salvation) 'salus' veya sağlık anlamına gelmekteydi. Din ve tıp ilişkili kurumlar olsa da, ayrıca aralarında belirli gerilimler vardı. Kilise sağlık hizmetleri karşılığında belirli bir ücret ödenmesini problemli olarak görmekteydi, zira Hıristiyan gelenek tıbbî müdahaleyi bir hayır biçimi olarak almaktaydı. Din ve tıp arasındaki bu kompleks ilişkiler Batı tarihinden bazı örneklerle araştırılabilir.

Greklerin Mirası: Melankoli ve Diyet

Avrupa esasen rahatsızlığı doğal olayların sonucu olarak görmesi anlamında lâik olan geleneksel Grek tıp sistemini miras aldı. Hıristiyanlık tıbbı bu Grek temel üzerinde ahlâkîleştirdi, zira rahatsızlıklar

Hıristiyan bir çerçevede çoğu kez ya Tanrının verdiği bir ceza ya da ruhun terbiye biçimlerinden biri olarak görülmekteydi. Grek tıbbının lâik ön-kabulleri ile Hıristiyan dinsel pratiğin manevî amaçları arasında büyük bir çatışma vardı. Her halükârda, gündelik hastalık ve rahatsızlık betimlemelerimizin çoğunun bu ahlâkî içerimleri taşıdıklarını söyleyebiliriz. Örneğin, malady (illet) ve malignancy (habaset) terimleri Latince 'malus' (kötü) teriminden türetilmiştir.

Kilise hastalığı iyileştirmenin parasal karşılık beklenmemesi gereken bir Hıristiyan merhamet davranışı olduğunu iddia etti. Tıp tarihinde meslek ahlâkının belirli ölçüde bu dinsel eleştiri karşısında bir savunma olduğunu öne sürebiliriz. Hukuk, tıp ve din sapmayla ilgili problemler karşısında geliştirilen üç kurumsal tepkidir, ancak bu üç alan yapısal olarak giderek birbirlerinden bağımsız hâle gelmektedir. Bununla beraber, tıp hâlen ahlâkî bir söyleme vücut kazandırmaktadır. Bu hususlardan bazılarını örneklemek için ilk olarak melankoli ve obezite sorununu ele alabiliriz.

Bu iki örneğin gücünü kavramak için, 1880'lerde Lister'ın artan otoritesiyle mikrop teorisi egemen konuma gelmeden önce geleneksel Avrupa tıbbının kökleri Greklere kadar uzanan tıbbî pratiklerin hâkimiyetinde olduğunu hatırda tutmamız gerekir. Örneğin, kan akıtmak Yunan tıp pratiğinde yaygın bir teknikti. Teorik meşrulaştırma biçimi önemli ölçüde değişse de, bu teknik 19. yüzyıl ortalarında Avrupa'da hâlen kullanılmaktaydı (King, 1982). Ayrıca, hastalıkların kaynağında bedensel salgıların olduğu teorisi Hipokrat, Empedokles ve Galen kaynaklı Batılı tıbbın temel bir çerçevesini oluşturmaktaydı. Bu bedensel salgı teorileri dünyayı dört temel elemente (ateş, toprak, hava ve su), dört niteliğe (sıcak, soğuk, kuruluk ve nem), dört salgıya (kan, balgam, sarı safra ve siyah safra) ve dört kişilik tipine (iyimser, sakin, ters ve melankolik) ayırmaktaydı. Örneğin, melankoli siyah safranın aşırı salgılanmasının sonucu olarak analiz edilirken, melankoli tanımının kaynağı Büyük Gregory (540-604) sayesinde yaygın kabul gören yedi öldürücü günah fikriydi. Gregoryen liste aşırı kendini beğenmişlik, hiddet, kıskançlık, keyifsizlik ('isteksizlik hâli' ya da 'hüzün'), açgözlülük, oburluk ve zinayı içermekteydi.

Geleneksel tıpta 'beden' denge eğilimi sergileyen bir organik sistem olarak kavramlaştırıldı. Bu yüzden, rahatsızlık salgı faaliyetlerinin fazlalığı veya azlığının sonucuydu ve tedavi dengeyi yeniden sağlama çabalarını içermekteydi. Bu pratikler diyet, egzersiz, kan akıtmak ve dinlenmeyle sınırlıydı. Hem ahlâkî bir durum hem de organik dengeden sapma olarak melankoli düşüncesini anlamak için bedenin hidrolik bir sistem olarak algılandığı bu Grek mirasını hatırda

tutmamız gerekir.

Melankoli başlangıçta keşişlere özgü bir durumdu ve farklı biçimlerde 'hüzün' (üzüntü ve keder), 'çaresizlik' (umutsuzluk), 'halsizlik' (duyarsızlık ve miskinlik) hâli olarak betimlendi (Jackson, 1981). Çaresizlik günahkâr hüzünle, yani keşişlerin manevî hüznüyle bağlantılıydı. İsteksizlik günah çıkararak tedavi edilebilecek bir manevî zayıflıktı. Kilisede 12. yüzyılda yeni tövbe elkitaplarında miskin isteksizlik hâli, özellikle belirli dinsel görevlerin ihmal edilmesi giderek daha fazla ele alınmaya başladı ve panzehir dua ve etkinlikti. Ortaçağda kederliliği içsel manevî can sıkıntısı ve umutsuzlukla ilişkili koşullar içinde ele alan iki model ortaya çıktı. İkinci olarak, ihmal, aylaklık ve miskinlikle ilişkili davranış özellikleri söz konusuydu. Geleneksel Katolik isteksizlik hâli öğretisi yerini neticede Protestan lâik tıbbî görüşlere bıraktı. Aktiflik ve başarıya Protestan vurguda aylaklık özellikle ahlâkî yozlaşmaya yol açan tehlikeli bir şey olarak görülmekteydi. Tıp çevrelerinde kederlilik ve isteksizlik hâli kavramları kullanılmamaya başlandı, onların yerini bir hastalık olarak melankolinin vurgulanması aldı.

Melankolik durum Shakespeare'in melankolik bir karakter olarak Hamlet kavramlaştırmasının gelişiminde önemliydi ve Burton'un *Melankolinin Anatomisi*'nde belirgin biçimde öne çıkan bir özellikti. Aylaklık aristokrat kadınlarda, özellikle evli olmayanlarda büyük öneme sahip bir problemdi ve Burton karamsarlığın en etkin tedavisi olarak duayı ve hamile kalmayı tavsiye etmekteydi. 18. yüzyılda melankoli özellikle İngilizlerle ilişkili bir şikâyet biçimi hâline geldi ve dolayısıyla, bu delilik biçimi çoğu kez 'İngiliz Hastalığı' olarak adlandırıldı ve İngilizler arasında alışılmadık oranda yüksek intiharın nedeni olarak görüldü (Skultans, 1979). Melankoli, keşişlerin manevî sadeliğiyle ilişkili özel bir problem olmaktan çıkarak, zamanla İngiliz üst sınıfların intihar eğilimlerini anlatan dindışı bir kategoriye dönüştü. Eski Ortaçağ kederlilik çerçevesinin yerini depresyonun nedenleriyle ilişkili, giderek dindışı nitelik kazanan bir görüş aldı. 18. yüzyılda depresyonun bir nedeninin obezite olarak görülmesi ve tıpçıların diyeti üst sınıfların üzüntülerinin tıbbî tedavisi için temel olarak almaya başlaması ilginçtir.

Diyetin her zaman dinsel ve tıbbî pratiğin temel bir parçasını oluşturduğu belirtilmelidir. Grek tıbbî rejiminde diyet 'diaitia' ile, yani basitçe, beslenme düzeninin bedenle bağlantılı bir dizi kural ve kontrol biçiminden oluşan daha genel bir rejimin bir parçasını oluşturduğu bir hayat tarzı ile ilişkiliydi. Pay etmek diyet bilgisi biçiminde bir güç uygulayarak bedeni hesaplamak ve sınırlandırmak demektir.

Geleneksel olarak, manastır diyetlerinin amacı cinsel arzuları şiddetlendirmekten kaçınmak için sınırlı düzeyde kırmızı et ve şarap tüketimi sayesinde sindirimi kontrol altına alarak tutkuları düzenlemekti.

Tıbbî 'uygun diyet' talimatı Batılı tıpta uzun bir geçmişe sahip olsa da, diyet düzeni üzerine (özellikle dinsel perspektifle iç içe geçen) bilimsel elkitapları Batı Avrupa'da özellikle 17. ve 18. yüzyıllarda önemli olmuştur. Bu alanda önemli etkiye sahip olan bir hekim, geliştirdiği uygulama Londra ve Bath kentindeki aristokrat ve eğitimli profesyonel sınıflar tarafından benimsenen George Cheyne (1671-1743) idi. Cheyne melankolinin kontrol altında tutulmasının temel yöntemi olarak diyeti salık verdiği *İngiliz Hastalığı* (1733) adlı kitabıyla büyük ün kazanmıştı ve müşterileri arasında David Hume, Samuel Richardson, Samuel Johnson, Alexander Pope ve John Wesley vardı. Cheyne'in diyetin zihinsel istikrara ve uzun bir hayata katkısı üzerine yazısı onun hekimlik mesleğinin ve kariyerinin başlarında kronik şişmanlık sonucunda yaşadığı bir kişisel bunalımın ürünüdür. Eğitimli meslek sahibi insanların buluşma yerleri olarak kahvehaneler ve tavernaların büyük ölçüde popüler olduğu Kraliçe Anne döneminde Londra'ya gelen Cheyne, kilosunun 448 libraya* çıkmasıyla kendini sefil bir hayat sürdüren biri olarak hissetti. İngiliz melankolisi teşhisi konulan Cheyne, düzenli egzersiz, düzenli uyku ve içkiden uzak durmayı içeren uzun bir deneme döneminden sonra bir süt ve sebze diyeti geliştirdi. Sonuçta, uzunca bir süre sakin bir hayat ve zihinsel dinginlik dönemi geçirdi.

Cheyne'in tıbbî görüşlerinin teorik temelinin kaynağında Descartes'ın mekanist beden analizi çerçevesi, Leyden tıp okulunun rasyonalizmi ve Herman Boerhaave'ın matematiksel tıp geleneği (yani, matematiksel ilkelerin tıbba uygulanması) yatmaktaydı. Descartes'ın bedenin kilden meydana gelen bir makineden ibaret olmadığı görüşü ve Harvey'in kan dolaşımı konusundaki çalışması Cheyne'in beden "alkolle dolu bir hidrolik makinedir" iddiasının temelini oluşturmaktaydı. Bu borular ve pompalar sisteminin sağlığı sadece klinik deneyler ve bilimsel tıp tarafından belirlenen düzenli besinler ve sıvıların alınmasıyla sürdürülebilirdi. İlâç kullanımı ve cerrahî müdahalelerle hastalığın kontrol altına alınması ve ömrün uzaması bu diyet karşısında ikincil konumdaydı. Bu matematiksel tıp ilkeleri Hıristiyanların bir görevi olarak beden sağlığı fikriyle birleştirildi; oburluk intiharla aynı değerde görüldü. Cheyne'in diyet uygulaması, bedenin kontrolünün dinsel arzunun bir boyutunu oluştur-

* Libra: yaklaşık 12 onsa karşılık gelen Roma ağırlık birimi.

duğu daha genel bir dinsel-ahlâkî geleneğin bir parçasıydı.

Cheyne diyet konusunda Leonard Lessius (1554-1632) ve Luigi Cornaro'nun (1475-1566) görüşlerinden etkilenmişti. Cornaro (1558) kendi dönemindeki toplumsal karışıklıkların insan bedenindeki rahatsızlıklarla ilişkili olduğunu öne sürer; ona göre, özellikle İtalya'daki toplumsal huzursuzlukların kaynağında kötü âdetler, yani dalkavukluk, Luthercilik ve aşırılık vardı. Bu toplumsal ve fiziksel rahatsızlıkların çözümü disiplinli, düzenli ve ağırbaşlı bir hayat tarzı sürdürmekti. Cornaro sınırlı et, şarap ve zengin bir gıda tüketimi önermekteydi. Ona göre, diyet bazı önemli toplumsal ve tıbbî değişikliklere yol açacaktı; özellikle akıl dengesi tutkuların düzenlenmesiyle ve düzenli ve istikrarlı bir ahlâkî düzen sayesinde sağlanabilirdi. Cornaro diyeti bedenin ayartmaları karşısında direnç sağlayacak bir genel dinsel çerçevenin parçası olarak aldı. Cornaro'nun konuya yaklaşım biçimi onun ahlâk, din ve tıp arasında açık bir kavramsal ayrım yapmadığını gösterir; bunlar tekbiçimli ve genel bir toplumsal düzenleme sisteminin bir parçasını oluşturmaktaydı. Bedenin rahatsızlığı basitçe sosyal sistemdeki genel istikrarsızlığın bir yansımasıydı. Bu yüzden, tıbbî rejim genel ahlâkî ve toplumsal ortam dikkate alınmadan uygulanamazdı.

Cheyne'i, ahlâkî ve tıbbî görüşleri daha uzun ömrü hedefleyen bir diyet sistemi içinde bir araya getiren bir tıp geleneğinin parçası olarak görebiliriz. Ayrıca, Cheyne'in diyet düzeni konusundaki görüşlerinin, 18. yüzyıldaki Methodist hareket üzerindeki etkilerinin bir sonucu olarak, toplumsal bir etkiye sahip olduğuna dair bazı kanıtlar vardır. John Wesley Cheyne'in *Temel Hekimlik* kitabında ileri sürdüğü görüşlerden çoğunu benimsedi. Wesley Cheyne'in Hıristiyanlığın bedensel cazibenin sürdürülmesi hakkındaki görüşlerinin önemini ve açıkça kendi çilecilik anlayışıyla bağdaşabileceğini kabul eder. Cornaro ve Cheyne'in tıbbî görüşleri Hıristiyan papazlara diyet ve egzersizin genç kadınlar için faydalı olduğunu öne süren 19. yüzyıldaki Avenjelik hareket içinde etkili olmayı sürdürdü; fiziksel sağlık ve dinsel huzur arasında bir ilişki olduğu düşünülmekteydi (Turner, 1982).

Bu dinsel diyetlerle ilgili temel problem, toplumsal istikrar yararına arzuları disiplin altına almak için bir tutku alanı olarak iç bedeni tıbbî kısıtlamalarla kontrol girişimi olmalarıdır. Aksine, modern sağlık hizmetleri sistemleri daha açık bir biçimde uzun ömür, sağlık ve cinsellik gibi dindışı konularla ilgilidir. Cinsel beklentilerimizin önemli ölçüde arttığı bir yerde, daha uzun yaşamak, iyi bir sağlığın ve uzun ömrün kazançlarına sahip olmak için diyet yaparız. Günümüzde,

cinsel arzu yaşla birlikte azalsa bile, daha ziyade bedenlerimizin dindışı tıp ve diyet disipliniyle gençleştirilebileceği düşünülmektedir. Cheyne gibi yazarların önerdikleri diyetler dinsel faaliyetleri geliştirmek için iç bedeni kontrol altına almayı amaçlarken, modern diyetler, kozmetikler ve diğer bedensel bakım sistemleri dış bedeni hedefler; iyi görünmek bir benlik-imgesi sunmanın oldukça önemli olduğu bir toplumda kendini iyi hissetmekle aynı şeydir (Turner, 1985a).

Diyet 19. yüzyılda, daha kompleks bazı nedenlerle, bedenin rasyonelleşmesi için gerekli dindışı bir bilime dönüştü. Örneğin, kalabalık kentlerin yoksul bölgelerinin sağlıksız durumu, özellikle bulaşıcı hastalıkların yayılması 19. yüzyılın ikinci yarısında orta sınıflar için bir tıbbî tehdit oluşturmaktaydı. İşçi sınıfının diyete ilgisi orta sınıfın kendini bulaşıcı hastalıklardan korumaya çalıştığı daha geniş bir çevre hareketinin bir parçası olarak görülebilir. Ayrıca, yüksek işsizlik düzeyleri Yoksullar Yasası altında düşkünlerevlerini sürdürmekle sorumlu oldukları düşünülen yerel otoriteler üzerinde bir vergi yükü oluşturmaktaydı. Bu gelişme tımarhaneler ve düşkünlerevlerinin çıkarları için işçi sınıfının genel sağlık durumunu araştırmaya yöneltti. Daha önemlisi, zorunlu askerlik hastalıklar, rahatsızlıklar ve işsizlik sonucunda erkek nüfus içinde ortaya çıkan kapsamlı rahatsızlıklar ve güçsüzlüklerin varlığını gösterdi. Bu askeri sağlık araştırmaları kitlesel savaş koşullarında ulusun kendini savunma gücü hakkında sorulara yol açtı. 1850-1939 döneminde kolera salgınları sağlık önlemleri ve havalandırma konusunda kamusal bilinci artırdı. Kırım Savaşı, Boer Savaşı, I. ve II. Dünya Savaşları askeri yönetimin hastaneler ve tıbbî donanım konusundaki yetersizliklerini gösterdi ve ayrıca, bir bütün olarak erkek nüfusun modern bir ordunun temelini oluşturacak kadar sağlıklı olmadığının anlaşılmasını sağladı. Bütün bunlar sonucunda işçi sınıfı arasında eğitim, özdenetim ve askerlik hizmeti sayesinde disiplini artırmayı hedefleyen bir hareket gelişti. Bu açıdan, İzciler Birliği'nin kurulması, basitçe uygun diyet ve çevresel değişikliklikler sayesinde genç erkeklerin sağlığını artırmaya genel ilginin bir boyutu olarak görülebilir. Burada, ayrıca, Foucault'nun "tıp sosyal tıptır ve sosyolojinin kökenlerinde toplumsal çevreyi yeni bilgi biçimleriyle kontrol altına almaya çalışan bir disiplin hareketi yatar" iddiasının önemini görürüz.

Bilimsel diyet analizi eğilimi kentsel yoksulluk, verimlilik, cezaevleri ve tımarhanelerin idaresiyle ilişkili tartışmaların sonucuydu. Booth'un *Londra'daki İnsanların Hayatı ve Çalışması* ve Rowntree'nin *Yoksulluk, Kasaba Hayatı Üzerine Bir Araştırma* adlı eserlerinde yoksulluğun ölçüsünün bir temeli olarak gıda tüketimi alındı. Rowntree

özellikle çalışan insanların ortalama ihtiyaçlarının kalorilerini doğru olarak hesaplamaya çalıştı. Bu nedenle, bilimsel perhizler termodinamik ilkeler temelinde geliştirilmeye başladı. Ancak, Rowntree'nin empirik sosyal biliminde bile "termodinamik bir sistem olarak beden" metaforuyla birlikte geliştirilen bir Kuveykır* özdenetim ve disiplin kaygısını görebiliriz. Ayrıca, yoksulluk ve cezaevlerinin idaresiyle ilgili sosyal araştırmaları, siyasal hayattaki, nüfusu kontrol için uygun bir genetik politikası geliştirme eğiliminin parçası olarak görebiliriz. Diyetler, biyoloji, demografi ve ırksal ıslah bilimindeki teorik gelişmeler hâlen mülkiyet sahipliği üzerine kurulu 19. yüzyıl demokrasilerinde işçi sınıfının etkisinin artmasıyla ilgili toplumsal ve siyasal kaygıyla bağlantılıydı. Foucault'nun tarihsel 'disiplin analizi' ışığında suçlu, işçi ve askerin bilimsel söylemin ve siyasal kurumların disiplin hedefleri hâline geldiğini görebiliriz.

20. yüzyılda popüler kültürde ve tüketim kültüründe ince beden gençlik, aktiflik ve sağlığın simgesi hâline geldi. Bedenin eğitim, diyet ve disiplinle sosyal olarak inşa edildiği bir toplumda "zayıflık ve incelik" incelik bir güzellik normu hâline geldi. Daha önceki yüzyıllarda manastır pratikleri iç bedenin düzenlenmesiyle ilgiliyken, tüketimcilik dış bedenin yüzeylerindeki, benliğin kazandırıldığı ve bedenden yoksun sergilenen bir disipline işaret eder. Şişman olmak kontrolden çıkmak ve bir tüketici çileciliğinden yoksun olmak demektir. Bununla beraber, tıbbî bakış açıları lâikleşmesine rağmen, tıbbî söylemde beden hâlen belirsiz bir konuma sahiptir. Şişmanlık popüler kültürde aşağılanırken (Cahnman, 1968), 1950'lerde giderek daha fazla kalp hastalığıyla ilişkili bir tıbbî problem olarak tanımlandı. II. Dünya Savaş'ından sonraki bolluk döneminde şişmanlık, alkolizm ve şeker hastalığı yeni medeniyet hastalıkları olarak görülmeye başladı (Callen and Sussman, 1984). Günümüzde tıbbî görüş şişmanlığın (özellikle stres ve kalp hastalığıyla ilişki içinde) olumsuz etkileri konusunda daha az dogmatik olsa da, şişmanlık kişisel kontrolün yokluğunun göstergesi olarak yaygın bir biçimde ahlâken kınanmaktadır. Ayrıca, büyük bir diyet programları piyasası vardır ve yaklaşık olarak 20 milyon Amerikalı belirli bir zaman diliminde ciddi olarak diyet yapmakta ve zayıflama araçları ve uygulamalarına yıllık on milyar dolar harcamaktadır. 5. Bölümde ele alacağım nedenlerle, anoraksıya nervozanın, karakteristik olarak, bedensel kontrol ve düzenlemeyle ilgili birçok açıdan Ortaçağ azizlerinin dinsel pratikle-

* Quaker: Dostlar Derneği denen Protestan mezhebi üyesi; barışçıl ilkelere sahip olması, giysi ve davranışlarındaki sadelik ile bilinir.

rini andıran yeni bir yeni bir söylem tarafından inşa edilen bir hastalık olduğunu öne sürebiliriz.

Bir vücut olarak bedenin Batılı kültürlerde bir problem oluşturduğu fikrini diyet düzenlemesinin tarihini göz önüne alarak kanıtlamaya çalıştım. Dinsel çerçevede diyet iç bedenin kontrolüyken, lâik tıbbî pratikte, uzun ömür ve cinselliğe ilgi nedeniyle dış bedenin düzenlenmesinin giderek daha fazla öne çıktığını ileri sürdüm. Bu betimlemenin amacı lâikleşme süreci sonucunda günah ve hastalık kategorilerinin bağımsız ve uzmanlaşmış bileşenler olarak geliştiklerini göstermek olsa da, ayrıca tıbbî söylemin hâlâ birey ve toplumsal düzen hakkında bir ahlâkî bakış açısı içerdiğini öne sürüyorum. Ortaçağ Avrupa kültüründe bu farklılıklar yoktu ve Kilise ayinlerde ruhlar ve bedenlerin günah çıkararak tedavi edilebileceği fikrini sürdürdü. Geleneksel Hıristiyan kültürlerde rahibin ve hekimin işi arasında bir paralellik olduğunu kabul etmek yaygındı. Örneğin, 13. yüzyıl başlarında sağlık ve huzur ilişkisi dinsel elkitaplarının yaygın bir motifiydi. Günahkâr/günah çıkartan ve hasta/doktor arasındaki ilişki ahlâksızlıklar ve bedensel günahlar arasında bağlantılar kuran Grosseteste gibi ilâhiyatçılar tarafından açıkça kabul edildi. Ortaçağ halk kültüründe ibadethaneler ve hacılar tıbbî tedavinin geleneksel bir parçasını oluşturmaktaydı. Hastalıklar hacıların geçtikleri yollardaki ibadethanelerde bulunan kutsal eşyalarla tedavi edilmeye çalışılmaktaydı. Dinsel olmayan hekimin rolü kabul edilse de, belirli rahatsızlıkların tedavisinin rahiplerin tekelinde olduğu iddia edilmekteydi. İsa'nın mucizeleri rahiplerin dua ile kötü ruhları kovma güçlerinin teolojik bir teminatı olarak kullanıldı. Aquinas Hıristiyan hayırseverliğin önemli bir özelliği olarak 'hasta bakımı' fikrini *Summa Theologica*'da açıkça konumlandırdı.

Din ve tıp arasında belirli paralellikler olsa da, ayrıca Kilisenin tıp pratiğini Hıristiyan hayırseverliğe uygun biçimde düzenlemeye çalıştığı uzun bir çatışma ve eleştiri geleneği vardı. Genel düzeyde üç çatışma alanı vardı. İlk olarak, iyileştirme Hıristiyan hayırseverliğin bir parçası olduğu için, hekimlerin tedavi karşılığı ücret almalarına dinsel muhalefet vardı. Bu problemin çözümü, dindekine denk bir meslek olarak görülen tıbbın daha açık bir ahlâkî meslekî standartlar geliştirmesiydi; hekim ve müşteri arasındaki sözleşmenin ekonomik yönleri hekimin hastaya karşı ahlâkî sorumluluğunu vurgulayan daha güçlü bir anlayış karşısında daha önemsiz olarak gösterildi. İkinci çatışma alanı, rahatsızlık Tanrının birey için tasarladığı (bahşettiği ve terbiyeyle kazandırılan) şeyin bir parçası olarak görüldüğünde, hekimin müdahalesi Tanrının amacı fikriyle uyuşmaz. Yani, tıbbın

dinsel plânın önünde bir engel oluşturduğu düşünülür. Her halükârda, Hıristiyan ilâhiyatçılar insanlardaki hastalıkların (özellikle delilliğin) sorumlusunun ruhsal güçler olduğunu düşündüler (Screech, 1985). Bu problemin çözümü, hekimler için meslek ahlâkı kurallarını içeren bir dinsel 'acı felsefesi' geliştirilmesiydi; Kilise hekimin bu rolünün Hıristiyan ilkelerle bağdaştığını rahatsızlıkların terbiye edici yönünü vurgulayarak kabul edebildi. Üçüncü çatışma alanının kaynağı, Ortaçağ tıp pratiğinin büyük ölçüde Grek bilimine dayanmasıdır ve Hipokratçı tıbbın hastalığa karşı tutumu esasen lâikti. Klâsik Grek tıbbı sağlık ve hastalığın kaynağı konusunda dindışı bir doğal nedenler açıklaması geliştirmişti. Eski Grek toplumunun lâik hekimleri kendi tıbbî pratiklerini halk arasında yaygın sülük ve büyü tedavilerinden ayıracak bir temel olarak rasyonel bir tıbbî model geliştirmeye çalıştılar. Hipokrat'ın *Kutsal Hastalık* elkitabında saranın ilâhi veya kutsal güçler yüzünden ortaya çıkmadığını öne süren açıklaması temelinde, batıl ve popüler inançlara karşı geniş bir mesleki düşmanlık vardı. Galen ve Asclepius'un[2] mirası kutsal nedenselliğe, özellikle dört salgı öğretisinde çok az yer vermekteydi.

Dinsel ve lâik değerler ve kurumlar ile tıp tarihi arasındaki ilişki açıkça kompleks ve muğlâktır. Genel bir lâikleşme eğiliminin görülebileceğini öne sürsem de, bu genel eğilim kesinlikle basit evrimci bir gelişme sergilemez. Genel vurgu, tıp ve ahlâk formel olarak birbirinden bağımsız hâle gelirken, tıbbî pratiğin örtük olarak belirli önemli ahlâkî ve dinsel ön-kabullere dayanmayı sürdürdüğüdür. Din ve tıp arasındaki muğlâk ilişkiyi anatominin gelişimi aracılığıyla daha iyi gösterebiliriz.

Anatomi Dersi

Ortaçağdan beri insan bedeni makro evrenin mikro örneği olarak görüldü ve böylece mahrem yaşantımızı evrenin yapısına bağladığı düşünüldü. Gerçekte, beden bedenleşme ve doğal düzen arasındaki bağlantıyı sağlayan ilişkiler bütününün merkezi olarak görüldü. Örneğin, salgı-kaynaklı hastalıklar teorisinde insan bedeninin yıldızların dünyasıyla doğrudan ilişkisinin oldukça ayrıntılı bir biçimde betimlendiğini görürüz. Ayrıca, sözde bilimler fizyogonomi ve kehanet ilmi

[2] Hekimlik kahramanı ya da tanrısı; çoğu kez üstüne yılan sarılmış olan bir asa ile temsil edilir (Oxford: Resimli Ansiklopedik Sözlük, Cilt 1, Güneş Yayınları, 1985).

(somatomancy) arasında önemli başka tarihsel bağlantılar vardır (Shortland, 1985).

16. ve 17. yüzyıllardaki sömürgeci ve anatomik keşifler arasındaki kültürel bağlantı daha genel bir araştırmada gösterilebilir. Merton çalışmasında (1970) bu daha genel plânın bir ölçüde inandırıcılığını sağlayacak araştırma ve temel argümanı sergiler. En azından, sömürgecilik ile anatomideki bedensel keşifler arasındaki ilginç bir bağlantı 17. yüzyılda uzak ve yabancı ülkelere kapitalist yatırım için düzenlenen seyahatlerin resimli ilânlarıyla kurulmuş ve sağlanmıştır. Yeni keşfedilen ülkelerin bu resimli reklâmları özellikle uygar toplumları ilkel toplumlardan ayıran bir toplumsal pratik olarak yamyamlık sorunuyla ilişkiliydi. Bucher (1981) 17. yüzyıl mitolojilerinde keşişler ve yamyamların sembolik önemini çözümlemek için Bry'ın (1590-1634) *Büyük Geziler* adlı çalışmasının yapısal analizini yaptı. Kıtaların birbirini tanımaya başlaması vahşi yamyamlık pratiğinde bedenlerin içlerinin açılmasıyla bağlantılıydı. Daha paralel bir argüman Foucault'nun çalışmasında (1973) büyük rol oynayan Bichat'ın *Genel Anatomi*'deki (1801) sloganından elde edilebilir: ona göre, 'patolojik anatomi'nin buluşları basitçe bazı cesetlerin açılmasını sağladığı için klinik tıpta bir devrime yol açmıştır. Anatominin rolü bedenin incelenmesini zorlaştıran karanlığı dağıtmak olmuştur. Benzer biçimde, sömürgecilik Batılı uygarlığının karanlık kıta Afrika'yı aydınlattığı bir benzetme olarak kullanıldı. Bu yüzden, sömürgeciliğin (bedenlerin iç dünyasının yapısını açığa çıkarmaya çalışan patolojik anatomiye benzer biçimde) dış dünyanın coğrafi bir anatomisini temsil ettiği öne sürülebilir.

Özetle, dünyaya hâkimiyet etiğinin öncelikle zihnin (bilincin) –köklerinde bedensel işlevler yatan– duyular üzerindeki etkisini araştırması ve bu etkileri artırmaya çalışması gerekir. Nitekim, bu etik duyguları akla, bedeni zihne tâbi kılmaya çalışmıştır. Duyular dünyasının bu hâkimiyetini akılla sorgulamak delilikti. Foucault'nun (1971) öne sürdüğü gibi, modern dünya görüşünün ortaya çıkışı rasyonel düşüncenin sürekli emniyette kalması için delilik ihtimalini ortadan kaldırmaya zorlamıştır. İkinci olarak, bu dünya egemenliği etiği tıbbın yardımıyla bedeni (teni) dinsel disiplin altına almaya çalışmıştır. Din aracılığıyla bedenin düzenlenmesi aşamalı olarak –Foucault'nun ifadesiyle– basitçe 'panoptizm' olarak adlandırabileceğimiz birçok farklı pratiği içerecek biçimde genişletildi. Bu disiplin pratikleri sistemi esasen cinselliğin irrasyonelliğini sorgulamaktaydı. Üçüncü olarak, bu etik mekânın, yani zihnin ve duyuların iç dünyasıyla karşıtlık içindeki dış dünyanın keşfedilmesini içermekteydi. Bu dış mekân

sömürgeciliğin yeni oluşan kültürüne uyduruldu ve düzenlendi. Bu sistem esasen yerli halkların sistematik düzenleme ve kontrole karşı irrasyonel kalıntılar olarak görülen isyanları ve dirençlerini sorgulamaktaydı.

Anatomi tarihini cerrahinin ve cerrahların –özellikle Grek geleneksel tıp geleneği içindeki– rolü konusundaki anlayıştan ayırmak zordur. 'Cerrah' terimi Grekçe elişi anlamına gelen 'kheirourgia'dan türetilmiştir. Cerrahî, kelimenin tam anlamıyla bir tür tıp filozofu olan hekimin zihinsel emeğini değil, bedensel işi ifade etmekteydi. Grek tıbbında cerrahlar meslekleri pazaryerleriyle ilişkili olan ve küçük dış cerrahî işlemler gerçekleştiren gezgin pratisyenlerdi. Daha sonraları, cerrahî tipik olarak berberlikle ilişkili bir faaliyet hâline geldi, zira keskin araçlara sahip olan ve tipik olarak askerler arasında müşteri arayan kişiler berberlerdi. Bu yüzden, berber-cerrahlar ordularla birlikte dolaşan bedensel tıp emekçileriydi. Modern cerrahinin gelişimini savaş ve askeri yaralanmalar teşvik etmiştir.

Grek anatomisi ve tıbbının asıl mirası genellikle Galen'in (İÖ 129-199) adıyla ilişkiliydi. Galen'in *Anatomilerin Gerçekleştirilmesi Üzerine* adlı metni, 16. yüzyıl sonlarında patolojik anatominin gelişmesine kadar insan bedeninin yapısı ve işleyişinin tıbbî olarak anlaşılmasında belirleyici bir kaynak oluşturdu. Galen'in metninin otoritesiyle ilgili önemli bir sorun, gerçekte onun asla bir insan cesedi üzerinde anatomik cerrahî yapmamış olmasıdır. Galen anatomik cerrahileri maymun cesetleri üzerinde gerçekleştirdi ve ayrıca Galen'in deniz hayvanları üzerinde cerrahî işlemler yaptığına dair bazı kanıtlar vardır. Kısacası, Galen geleneği ve otoritesi insanlar üzerinde yapılan anatomik cerrahilere dayanmıyordu.

Anatominin geç gelişmesi ve insan bedenleri üzerinde anatomik cerrahî yapma konusundaki genel isteksizlik tıp ve kültür analizinde önemli bir sorundur. İnsan bedenine saygı Batıda bedenin statüsüne karşı Hıristiyanlığın ve halkın tutumlarıyla yakından ilişkiliydi. Anatomiyi engelleyen belirgin bir belge veya yasaya rastlanmamıştır. Bununla beraber, bedenin dirilmesi öğretisi nedeniyle anatominin dirilmeyi engelleyeceği düşünüldüğü için, anatomik cerrahî özellikle insanlara zarar veren ve cezalandırıcı bir uygulama anlamına gelmekteydi. Netice olarak, anatomi her zaman suçlu bedenlerin halkın gözü önünde infazıyla ilişkili oldu. Gerçekte, diseksiyon tüm hukukî ceza ve infaz sürecinin temel bir parçasını oluşturmaktaydı (Foucault, 1977). Ayrıca, anatomiye karşı genel bir kamusal nefret olduğu öne sürülebilir, zira bu işlem yasalara karşı hareketlerle ve bedenlerin parçalara ayrılmasıyla ilişkiliydi. Halk arasında anatomi

için kullanılan kadavraların kaynağı konusunda her zaman büyük bir kuşku vardı.

Anatomik cerrahiyi engelleyen yarı-resmi normlar olsa da, bu tür işlemler Avrupa dışında başından beri gerçekleştirilmekteydi. Örneğin, anatomik cerrahiler 1316'da Mundinus ve 1345'te Vigarano tarafından gerçekleştirildi, ancak bu işlemler kesinlikle bir ceset üzerinde araştırmaya odaklanmadı. Esasen iki cerrahî biçimi vardı. İlk olarak, aristokrat çevrelerde, ölümün örneğin zehirlenme gibi doğal olmayan nedenler sonucunda ortaya çıktığı kuşkusu olduğu durumlarda ölü üzerinde özel araştırmalar yapılmaktaydı. İkinci olarak, Ortaçağda suçluların cesetleri üzerinde düzensiz kamusal cerrahiler uygulanmaktaydı, ancak bunlar buluş veya deney amaçlı değildi. Patolojik anatominin ortaya çıkışı, giderek bilim olarak görülmeye başlayan tıpta uzman meslekî eğitimin gelişmesiyle ilişkiliydi. Ayrıca, bu bilimsel anatomik yaklaşımın gelişmesi cerrahların berberlerden meslekî bağımsızlıklarını kazanmalarıyla ilişkili bir süreçti.

Ortaçağ bilimsel tıp pratiğinin en önemli gelişim yeri 16. yüzyıl ortalarında İtalya'nın kuzey üniversiteleriydi. 1543'te Andreas Vesalius Bruxellensis ünlü çalışması *De Humani Corporis Fabrica*'yı yayınladı. Bu eserin önemi, hem insan cesetleri üzerinde gerçek anatomik cerrahî işlemlere dayanması hem de resimli olmasıdır. İnsan bedenleri üzerinde yaptığı cerrahî işlemler gerçekte Vesalius'u tüm Galenci mirası sorgulamaya itti. Bununla beraber, Vesalius'un birçok önemli öncüsü vardı. Örneğin, bedenin her parçasını eleştirel gözle inceleyerek bazı anatomik buluşlar yapan Berengario da Carpi. O Galenci gelenekten bağımsız olarak çalıştı ve bulgularını *Commentaria Cum Additionibus Super Anatomiam Mundini*'de yayınladı. Berengario 100'den fazla cerrahî işlem gerçekleştirdi ve bu araştırmanın bazı kısımlarını 1530'da *Isagoge Breves* adlı çalışmasında yayınladı. Berengario'nun sloganı "gözlerimin tecrübesi yol gösterici yıldızımdır" idi. Bu görünüşte empirik slogana rağmen, Galenci geleneği doğrudan sorgulamakta gönülsüzdü ve diğer cerrahlar ve anatomistler gibi Galenci anatomik atlastan farklılıkları korkunç ve doğal-olmayan anatomik olgular olarak görme, böylece Galenci geleneğe dokunmama eğilimindeydi. 1500-1543 yılları arasında İtalya ve Fransa'da anatominin problemleriyle ilgili çeşitli kitaplar yayınlandı. Örneğin, Fransa'da Estienne *De Dissectione Partium Corporis Humani, Libri Tres* adlı çalışmada (1539) tıp bilimi için doğrudan deneyin ve klinik uygulamanın gelişmesinin önemini vurguladı.

Vesalius'un önemi Galenci geleneği sorgulaması, ulaştığı sonuçları yayınlama ve bulgularını kendi düşüncelerini büyük ölçüde ile-

tebilecek biçimde görüntüleme arzusuydu. O sonuçta Kuzey Avrupa'daki tıbbın ve özellikle patolojik anatominin gelişimi üzerinde yaygın bir etkiye sahipti. En önemli yandaşlarından biri 1561'de *Anatomik Gözlemler*'i yayınlayan Gabriele Fallopio idi (Rath, 1961; Singer, 1925). Anatominin geliştiği bu dönemin diğer tıp profesörleri Columbus (1516-1559) ve Fabricius (1537-1619) idi. Ayrıca, Paris'te 1529'da Hôtel Dieu'da çalışan ve Din Savaşlarında Fransız ordusuyla dolaşan Ambroise Paré (1509-1590) gibi askeri cerrahların uygulamalarıyla cerrahî tekniklerde önemli ilerlemeler sağlandı. Paré yaraların tedavisi için yeni farklı yöntemler geliştirdi ve genelde pratik cerrahî tekniğinin statüsü arttı.

Kan dolaşımının anlaşılmasının temelinde kalp anatomisi yatmaktaydı. Micheal Servetus (1511-1553) özellikle William Harvey'in (1578-1657) düşüncelerinin gelişiminde ve *Kalbin Hareketi ve Kan Üzerine*'de (1628) kan dolaşımı teorisini oluşturmasında etkili olmuştur. Genç Harvey Padua'da Fabricius'ta tıp eğitimi gördü ve damarlardaki kapakçıkların kanın tek bir yönde ilerlemesine izin verdiğini keşfetti. Harvey bedenle ilişkili, özellikle siyasal nitelikte ve monarşi fikrine dayalı çeşitli metaforlar kullandı. Özetle, onun kanın hareketini keşfi büyük ölçüde monarşinin beden politikasının kalbini oluşturduğunu öne sürdüğü siyasal bakış açısından etkilendi (Hill, 1964).

Tıp müfredatının zorunlu bir parçası olarak patolojik anatominin ortaya çıkışı, bilimde, özellikle klinik tıptaki geleneksel hekimlerin Galenci tümdengelimine karşı isyanları olan daha büyük bir empirizm hareketinin sadece bir boyutuydu. Bu genel empirist eğilim özellikle Francis Bacon'ın çalışmasının (1605 tarihli *Öğrenmenin İlerlemesi* ve 1620 tarihli *Öğrenmede Büyük Yenilenme*) ve Robert Boyle'un bilimsel deneylerinin etkili olduğu İngiltere'de güçlüydü. Bu empirizm Thomas Sydenham ve John Locke'un klinik yöntemlerinde oldukça belirgindir (Cranston, 1975; Payne, 1900). Bacon ve Boyle gibi yazarlar için anatomik çalışma ve cerrahî kavramları deneysel analize denkti. Bacon ısrarla karşılaştırmalı anatomiyi, yani farklı kişilerde farklı organların sistematik olarak araştırılması gereğini vurguladı (Crowther, 1960). Karşılaştırmalı anatomiye ilk kesin anlamı Nehemia Grew'in *Mideler ve Kesişlerin Karşılaştırmalı Anatomisi*'nde verildi ve Boyle'un 1663'te *Deneysel Felsefenin Kullanışlılığı* adlı eseri daha deneysel bir yaklaşım eğilimini teşvik etti.

Bununla beraber, Sydenham ve Locke'un klinik yöntemlerinde deneysel anatominin önemini abartmamak gerekir. İkisi de, karşılaştırmalı bir temel üzerine kurulu bir anatomi biliminin sınırlı pratik kullanıma sahip olduğunu düşünmekteydi. Boyle usta bir anatomik

cerrahiyi izlemekten duyduğu hazzın Strasburgtaki ünlü bir saate bakmaktan duyduğu hazdan çok fazla olduğunu söylerken, Sydenham ve Locke'un sistematik anatomik araştırmanın pratik kullanışlılığı konusunda kuşkuları vardı. Anatominin klinik pratiğe büyük ölçüde bağlı kalması gerektiğini öne süren bu insanlara göre, karşılaştırmalı anatomi öğrenme ve soyutlamayla ilişkili bir faaliyetti. Çalışmalarının diğer yönlerinde olduğu gibi, rahatsızlığı olan kişinin uzunca bir süre doğrudan gözlenmesinin büyük değerini vurguladılar. Onların itirazı, ayrıca, deneyler ve gözlemlerle elde edilen pratik kullanıma sahip bilgiye katı bağlılıkla ilişkiliydi. İkisinin de insan bedeninin yapısındaki en temel nedenlerin araştırılmasının pratik değeri konusunda belirli şüpheleri vardı. Onlara göre, anatomik cerrahi pratik olmayan en temel nedenlerin araştırılmasıyla ilişkiliyken, klinik yöntem en yakın nedenler üzerine bilgiye dayanır (Dewhurst, 1958; King, 1970; Wolfe, 1961). Bu araştırmacıların sistematik anatominin değeri konusunda kuşkuları olsa da, patolojik anatominin kademeli gelişimi İngiltere örneğinde Püritanizm'in gelişimiyle, Royal Society'nin[3] kurulması ve deney ve gözlem temelli bilimsel tutumun yaygınlaşmasıyla ilişkili olarak ortaya çıkmıştır.

Fransa'da, cerrahların uzman bir grup olarak ortaya çıkışında ve bilimsel patolojik anatominin evriminde benzer gelişmeler yer almıştır. Kayıtlara geçen ilk anatomik cerrahî Paris'te 1407'de gerçekleştirildi ve sonraki kayıtlı işlem 1478'de cerrahlara doğum ücreti ödendiğinde gerçekleşti. 1493'te hekimlerin berberler ameliyat yaparken işlemleri Latince olarak yüksek sesle okudukları halka açık bir işlemin kaydı vardır. 15. yüzyıldan kanıtlar berberler, cerrahlar ve hekimler arasında büyük bir çatışma olduğunu göstermektedir; bu kanıtlar kadavraların belirli ölçüde düzensiz olarak elde edildiğini ve cerrahî işlemler yapılan kadavralardan kurtulma konusunda güçlükler yaşandığını göstermektedir. Bu güçlüklere rağmen, resmi ve düzenli cerrahî uygulamalar 1510'larda yaygın olarak gerçekleştirildi. Bununla beraber, bu halka açık cerrahî işlemlerin temelini karnın anatomisi oluşturmaktaydı. Cerrahlar ameliyat yaparken hekim sandalyesinden işlemleri bir otorite (yani, yetkili) olarak kitaptan okurdu. Anatomik cerrahinin düzenli hâle geldiği dönemde, bu işlemler Galen'in *Anatomilerin Davranışları Üzerine*'deki ilkelerinin uygulanmasından ibaretti.

---

[3] 1660'da Londra'da Felsefe Derneği'nden (kuruluşu 1645) doğmuş olan, özellikle fizik bilimi alanındaki araştırmaları ilerletmeyi amaçlayan dernek (*Yeni OXFORD Resimli Ansiklopedik Sözlük*, Cilt II, Güneş Yayınları, 1985).

Neticede, patolojik anatominin tıbbî müfredatın merkezi bir parçası olarak hâline gelmesi berberler, cerrahlar ve hekimler arasındaki toplumsal kabul görme mücadelesinin bir sonucuydu. Hekimlerin sosyal statüsü Galenci metnin kendi toplumsal konumlarının göstergesini oluşturduğunun öğretildiği kitapların damgasını taşımaktaydı. Ortaçağda cerrahiye karşı önemli dinsel ve yaygın bir muhalefet vardı ve bu nedenle anatomi düzensiz ve belirli ölçüde yasadışı bir pratik olarak görülmekteydi. Daha sistematik bir yaklaşımın gelişimi Vesalius'un 1543'te *De Humani Corporis Fabrica*'yı yayınlamasına kadar götürülebilir. Bu dönemden önce Leonardo da Vinci (1452-1519) ve Michelangelo (1475-1564) gibi sanatçıların cerrahî işlemler yaptıkları açıktır, zira onların insan bedeninin içyapısına ait taslak resimleri insan anatomisiyle ilişkili daha gelişmiş bir bilginin varlığını göstermektedir. Cerrahinin önemli bir tıbbî faaliyet olarak gelişmesinin koşullarını empirizm, meslekler çatışması ve askeri cerrahinin teknik etkisi oluşturmuştur. Son koşulla bağlantılı olarak, İngiltere'de 17. yüzyıldaki iç savaşın cerrahî pratikler üzerine araştırmalar ve yayınlardaki patlamayla yakından ilişkili olduğunu belirtmemiz gerekir.

Anatomik cerrahiler, resmi cerrahilerde dinsel engellemelerin azalmasıyla ve Püritenliğin genel kültürel etkisi altında empirik bilimin gelişmesiyle bağlantı içinde ilerlemiştir. Resmi cerrahiler her zaman bir suçlunun bedeni üzerinde gerçekleştirilmiş ve bu yüzden, resmi anatomi dersleri suçlunun yargı kurumu içinde cezalandırılmasının bir parçasını oluşturmuştur. Ayrıca, bu resmi cerrahiler insanın ölümlü bedeninin zayıflığını ve sonluluğunu sergilemeyi amaçlayan ahlâkî ve dinsel bir güdüyle sürdürüldü. Resmi cerrahinin bu dinsel-ahlâkî karakteri Rembrandt'ın 1632 tarihli ünlü anatomi dersi tablosunda görülebilir. Rembrandt'ın tablosu suçlu bedenlerin düzenlenmesinde bu ahlâkî ve tıbbî düşüncelerin birlikteliğinin özellikle önemli bir tasviriydi (Heckscher, 1958). Foucault'nun ceza analizi perspektifinden bakıldığında, resmi anatomik cerrahiyi bedenlerin toplumsal düzenin çıkarlarına göre disiplin altına alınmasının bir parçası olarak görebiliriz.

Cezadan Tıbbî Tetkike

Bu bölümde ilişkili iki gelişmenin izini sürmeye çalıştım. İlk süreç insan bedeninin Hıristiyan teolojinin ve günah çıkarmanın bir parçası olmaktan çıkarak dindışı bir uygulama hâline gelmesini içerir. Kilise toplumun diğer kurumsal alanlarından (özellikle devletten) yapısal

olarak farklılaşmaya başlarken, rahatsızlık kategorilerinde kademeli ancak eşitsiz bir değişme yaşanmıştır. Daha açık ve kesin günah, hastalık, sapma ve suç anlayışları ortaya çıkmıştır. Neticede, başlangıçta Hıristiyan günah çıkarma uygulaması kopya edilirken, daha sonra onun yerini psikanalitik araştırmalar almıştır. Bu lâikleşme süreciyle insan bedeni sırlarını açıklamaya, anatomik tetkike açık hâle gelmeye zorlanmıştır. Ceset cerrahî işlemle sırlarını hayata açar. Anatomi dersi, daha az aşikâr biçimde, nihayetinde hayatın kırılganlığı ve sonluluğunu izleyicilere öğreten bir ahlâk dersi hâline gelir. Bu yüzden, ilk süreç birbirlerinden farklılaşmış pratiklerin (hukuk, ceza bilimi ve tıbbın) gelişimine imkân sağlayarak rahatsızlığın dinsellikten arınmasını içerir.

İkinci süreç, dinsel olmayan modern kurumlar ve pratiklerin (hastane ve tımarhanenin ve onlarla ilişkili mesleki yapılar ve ilişkiler içeren kliniğin) bir sonucu olarak bedenin ve nüfusların rasyonel bürokratik kontrolünün gelişmesiyle bağlantılıdır. Modern tıbbın gelişimi çağdaş toplumsal düzenleme ve sosyal kontrol biçimlerinin bir boyutuydu. Tıp tarihi ve kurumlarına Foucaultcu yaklaşım çerçevesinde, bedenin ve bedensel hastalıkların dinsellikten arınmasını daha genel bir toplumsal sürecin, yani modern devlet ve yerel kamu kurumlarının ortaya çıkışının bir bileşeni olarak görebiliriz. Bu gelişimi ceza sistemlerinin yeniden organizasyonuna bakarak araştırabiliriz.

Foucault (1977) farklı ceza biçimlerinin tarihini araştırdı. 18. ve 19. yüzyıllardaki reformlara kadar, cezanın amacı bir şiddet gösterisi yaratarak suçlunun bedenine acı çektirmekti. Halkın gözü önünde uygulanan şiddet çok basit bir ders vermek için kullanıldı: kralın toplumsal düzenin düşmanları üzerindeki gücünün gösterilmesi. Toplum kralın bedeninin bir uzantısı olarak düşünüldüğü için, kralın bedenine bir saldırı bir bütün olarak topluma saldırı anlamına gelmekteydi. Bu yüzden, cezanın amacı kamusal bir intikam draması yaratarak suçlunun bedenine zarar vermekti. Bu mantık, suçlunun darağacı üzerinde halka açık idamı ve işkencenin temelini oluşturmaktaydı.

Suçlunun bedeni darağacından uzaklaştırıldığında çoğu kez yerel 'anatomik cerrahî müsameresi'nin ameliyat masası üzerine konulmaktaydı. Bu anatomik müsamere, darağacında başlayan halkın gözü önünde küçük düşürmenin bir parçasıydı. Bu yüzden, Rembrandt'ın anatomi dersi tablosunda ölü adamın bedeni aynı zamanda bir yargısal ve tıbbî araştırma-nesnesidir. Tablo, Amsterdam Cerrahlar Loncası üyelerinin Doktor Nicholas Tulp'un halka açık yaptığı

yıllık cerrahiyi izlemelerini göstermektedir. Cerrahların bedeni, suçlunun bedeni üzerinde kamu otoritesinin çıkarlarına uygun biçimde uygulanan bir intikam görüntüsü kazanır. Hukukî intikam sisteminin bir parçası olarak, suçlunun bedeni halkın gözü önünde yavaş yavaş parçalara ayrılır.

Darağacı ve halk önünde infaz uygulaması niçin ortadan kalkmıştır? Darağacı kullanılması çoğu kez kamu düzeni için hem bir mazeret hem fırsat sunar, zira drama tipik olarak büyük miktarlarda alkolün tüketildiği hafta sonlarında gerçekleştirilir. Özellikle kalabalığın sempatisi kurbandan yana olduğunda, kralı savunma girişimi olan infaz çoğu kez ters teper. Nihayetinde *eski rejim*in mutlakıyetçi monarşilerini tarihten silen siyasal değişimler sonucunda egemenlik kavramı daha soyut hâle geldi; egemenlik artık doğrudan yöneticinin bedeniyle ilişkili olmaktan çıktı. Ayrıca, Aydınlanmanın bir sonucu olarak Avrupa'da suç ve ıslah konusundaki tutumlarda büyük bir değişim yaşandı. Bu yeni perspektifin önde gelen bir temsilcisi 1764'te *Suçlar ve Cezalar* adlı eseri yayınlanan Cesare Bonesana, Marchese di Bacceria idi. Bacceria'ya göre, cezanın kesinlikle suça uygun olması gerekir ve hapis adil acının kesin olarak hesaplanmasını mümkün kılar (Weisser, 1979). Bu görünüşte basit önerme yeni bir ceza rejiminin ve yeni bir kesin ceza ve eğitim biliminin, yani ceza biliminin temelini oluşturdu. Eski zorba sistemde suçlunun bedeni krala adanırken, yeni hapsetme, alıkoyma, cezalandırma ve yeniden-eğitim sisteminde suçlunun bedeni bir bütün olarak topluma adandı. Ayrıca, suçlunun bedeni verilen emekle ve tıp bilimi için numuneler sağlayarak faydalı bir bedene dönüşür.

Suçluların bedenlerini faydalı kılmak için öncelikle itaatkâr kılınmaları gerekir. Yeni bir düzenlemeler sistemine uyumlu hâle getirmek için erkeklerin disiplin altına sokulmaları gerekir ve disiplinin temel bir parçası tıbbî tetkiktir. Foucault tıbbî tetkikin tarihiyle ilişki içinde şu soruyu sorar:

> 'tıbbî inceleme'nin daha genel, daha değişken, ancak aynı zamanda daha kesin tarihini –onun ritüelleri, yöntemleri, karakterleri ve rollerinin, oyun soruları ve cevaplarının, etiketleme ve sınıflandırma sistemlerinin tarihini– kim yazacaktır. Zira bu hassas teknik içinde bir tür güç olarak tüm bir bilgi alanını bulabiliriz (Foucault, 1977: 185).

Tetkik tıp tarihçisi ve sosyoloğu için oldukça ilginç bir olgudur, zira Foucault'nun (1977) gösterdiği gibi, tetkik hastanenin yoksullar ve muhtaçlar için düzenlenen geçici bir barınaktan ziyade bir öğretim

kurumu olarak ortaya çıkışıyla yakından ilişkilidir. 18. yüzyılda Fransız tıbbındaki temel değişimlerden biri hastanenin bir tetkik aygıtı olarak gelişmesiydi. Bu tetkikin odağı günümüzde lâik bir bilimin dindışı bir nesnesi hâline gelen bedendi.

Foucault Fransız hastanelerindeki tetkiklerin birkaç yüzyıllık dönem içindeki gelişimini araştırdı. Onun ifadesine göre, doktorun vizitleri 17. yüzyılda gelişigüzel ve düzensizken, 18. yüzyıl sonunda hekimlerin kontrolünde düzenli, organize bir işleme dönüştü. Ayrıca, hekim, nihayetinde giderek daha fazla tâbi konumdaki din görevlisinin yerini alarak hastane personelinin sürekli üyesi hâline geldi. Bir tıbbî tetkik yeri olarak hastane tıp disiplinleri ve rejimlerinin kurumsal simgesi hâline geldi. Hasta kişilerin tıbbî tetkikinin içerdiği disiplin hastayı görünür kılan görünmez bir güç biçimiydi. Tıbbî tetkikler, ayrıca, hastayla ilgili ayrıntılı bir kayıt ve izleme sistemini içermekteydi. Hastane bürokrasisi içinde hastaların disiplinle bireyselleştirilmeleri tıbbî personele 'hastalıkların gelişimini izleme, tedavilerin etkililiğini araştırma, benzer vakaların ve salgın hastalıkların başlangıçlarının ayrıntılı dökümünü yapma' imkânı sağladı (Foucault, 1977: 189). Bu 'disiplin yöntemleri' hastanın bireyselliğini tanımlama, idare ve denetimle ilgili rutinlere tâbi kıldı. Bu pratikler tıp mesleğine yeni bir mikro-güç sağladı, ancak Foucault'ya göre, tıbbî tetkik basitçe geleneksel toplumun yeni bir genel toplumsal gözetim sistemine dönüştürülmesinde rol oynayan küçük bir bileşen olarak görülmelidir.

Sonuç

Batıda rasyonalitenin gelişimi farklı boyutlarda incelenebilir. İlk olarak, dinsel semboller ve inançların kamu üzerindeki hâkimiyetini yitirdiği genel bir lâikleşme süreci yaşanmıştır; önceden kutsal bir alanda gerçekleştirilen faaliyetler artık dinsel olmayan kurumlar ve pratikler altında sınıflandırılmaktadır. İkinci olarak, bilimsel işlemler ve inançların prensip olarak eylem kriterleri hâline gelmesiyle gündelik dünyanın entellektüelleşmesi söz konusudur. Üçüncü olarak, rasyonelleşme ulus-devletle ilişkili bürokratik birimler tarafından uygulanan bireysel disiplin ve düzenleme sistemlerinin öneminin artmasına yol açmıştır.

Bu bölümde, tıp alanı içindeki rasyonelleşmenin farklı özelliklerini ele aldım. Genel argüman, tıbbî 'sapma sınıflandırması'nın oluşması, bir uzman olarak doktorun ortaya çıkışı, tıp kurumlarının hastane,

klinik ve tetkikler etrafında gelişmesinin ve toplumun tıbbî gözetiminin Batılı kültürlerin lâikleşmesinin bileşenlerini oluşturduğudur. Basitçe ifade edilirse, toplumsal değerlerin koruyucusu olarak rahibin yerini doktor almıştır; kilisenin düzenleyici kurumlarının koruyucu zırhları (ritüel ayinler düzeni, mesleki eğitim yerleri, hacılar için bakımevleri, ibadet yerleri ve tapınaklar) bilimsel tıbbın gelişimiyle panoptik yerel gözetim ve kontrol birimleri toplamına dönüşmüştür. Ayrıca, koruyucu hekimlik, sosyal tıp ve halk sağlığı uygulamasının ortaya çıkışı bu düzenleyici birimlerin toplumsal hayatın giderek daha derinlerine yayılmasına yol açmıştır. Bu tıbbî güç ve toplumsal bilgi araştırmasında bu toplum yararına düzenlemeler ve ilgili sistemlerin kökenleri ve süreklilikleri ortaya konulmaya çalışılır.

II.

Hastalık ve Hastalık Durumu Kavramları

3
Hasta Olma Üzerine

Rahatsızlıklar ve hastalıklara sosyolojik yaklaşımlarda hâkim görüş, 'hasta olma'nın esasen organizmanın biyokimyasal işleyişindeki bir bozukluktan ziyade bir toplumsal ilişkiler durumu olduğudur. Sosyoloji hastalık durumunun toplumsal nedenlerini, bir toplumsal rol olarak hastalık durumunun karakterini ve insanların hastalık durumu karşısında duygular, dil ve toplumsal eylemler aracılığıyla verdikleri tepkileri açıklamaya çalışır. "Bir toplumsal rol olarak hastalık durumu" düşüncesi 'hastalık-rolü' fikrini ilk kavramlaştıran Parsons'ın (1951) sosyolojisiyle yakından ilişkilidir. Tıp sosyolojisine büyük katkıda bulunsa da, Parsons'ın katkısıyla ilgili değerlendirmeler çoğu kez hastalık-rolü konusundaki yorumlarla sınırlıdır. Parsons'ın hastalık-rolü açıklaması hakkında kapsamlı değerlendirmeler yapılsa da (Frank, 1991a; Gerhardt, 1989; Levine and Kozloff, 1978), Parsonscı tıp sosyolojisinin genel karakteri bir ölçüde ihmal edilmiştir (Holton and Turner, 1986).

Parsons genelde anlaşıldığı şekliyle tıp sosyolojisine dört alanda katkıda bulunmuştur. İlk olarak, Parsons uzman mesleklerin ahlâkî karakterini kapitalist toplumda kâr güdüsüyle ilişki içinde ele almıştır. O, eğitim düzeyi yüksek ve sağlık hizmetleriyle ilişkili mesleklere özgü ayırt edici bir özelliğin bulunduğunu, yani bu tür mesleklerin kapitalist toplumun egemen değerlerini yansıtmayan 'topluma hiz-

met ilkesi' etrafında organize olduklarını göstermeye çalışır. İkinci olarak, toplumsal yapının ve kültürün sağlığın genel özellikleri üstündeki etkisini analiz etmeye çalışır; Parsons'ın stresle ilişki içinde yaptığı aile araştırması onun sosyolojisinin bu bileşeninin bir örneğidir. Üçüncü olarak, Parsons daha genel bir anlam probleminin parçası olarak gördüğü ölüm, din ve yaşam hakkı arasındaki ilişkiyi analiz etmeye çalışır. Dördüncü olarak, rahatsızlığın kavramlaştırılmasında başvurulan örtük biyolojizmin bir eleştirisi olarak hastalık-rolü kavramını geliştirir. Bu açıdan Parsons'ın hastalık-rolü kavramı biyomedikal modele temel bir alternatif oluşturmuştur. Parsonscı tıp sosyolojisi yaklaşımı teorik-yönelimli bir eylem sistemi yaklaşımı olarak görülebilir. "Hastalık durumu ve rahatsızlık tanımı çok esnek veya genel olduğunda bunun yaratabileceği yoğun toplumsal anlaşmazlıklar sosyal sistemin genel hedeflere ulaşmasını büyük ölçüde olumsuz yönde etkileyecektir" diyen Parsons'ın yaklaşımı işlevselcidir (Mechanic, 1968) ve işlevselcilik toplumsal etkinlikleri bir sosyal sistem veya kurumun devamlılığına katkısına göre analiz eder. Hastalık durumunun sosyal kontrolü ve düzenlenmesi hastalık-rolü mekanizmasıyla sağlanır. Sonuç, Batılı toplumlarda hekimlerin, hastanın toplumsal beklentilere niçin itaat etmediğini açıklamak için, rahatsızlığı mesleki olarak belgelemek zorunda kaldıkları klinik durumlarla uğraşmalarıdır.

Hastalık-rolü dört bileşen temelinde tanımlanabilir. İlki, hastalık-rolünün bazı toplumsal yükümlülüklerin, örneğin işle ve aileyle bağlantılı görevlerin yerine getirilmemesini meşrulaştırmasıdır. Buradaki düşünce, hasta bir kişinin iyileşmek için evde dinlenmesi gerektiğidir. Hastalık-rolünün ikinci özelliği, hasta kişinin tıbbî durumu nedeniyle sorumluluklarından muaf tutulmasıdır; buradaki kabul, onların bir uzmanın yardımı ve desteği olmadan iyileşemeyecekleridir. Üçüncü bileşen, kişinin iyileşmekle yükümlü olduğudur; hastalık durumu nedeniyle toplumsal rollerini yerine getirmemenin bir temeli olarak hastalığın meşruluğu ancak hastanın ehliyetli bir doktorun uzman tavsiyeleriyle işbirliği içinde iyileşme yükümlülüğünü kesinlikle yerine getirmesine bağlıdır. Bu yüzden, hastalık-rolünün dördüncü bileşeni, kişinin eğitimli bir hekimden ehliyetli bir sağlık hizmeti almaya çalışacağı beklentisidir. Sonuç olarak, hastalık-rolü (Parsons'ın mesleki uzmanlaşma tartışmasında ana hatlarıyla ortaya koyduğu) kalıp değişkenler temelinde yapılanan doktor-hasta ilişkisi rol-setini veya sistemini anlatır.

Hastalık-rolü kavramı Parsons tarafından Amerikan tıp mesleğinin psikosomatik rahatsızlık fikrine bir ölçüde dikkat çekmeye, dok-

tor ve hasta arasındaki ilişkinin hem teşhis hem de tedavi sürecinin önemli bir boyutunu oluşturduğunun algılanmaya başladığı bir ortamda geliştirildi. Parsons, ayrıca, Freudcu psikanalizin hastalık durumunun araştırılmasıyla ilişkisinin, bu konuda özellikle Freud'un bilinçaltının doktora aktarılması düşüncesinin öneminin farkına vardı. Bu düşünsel etkiler Parsons'ın hasta olma ve iyileşme sürecinde önemli bir motivasyon problemi olduğunu algılamasını sağladı. Parsoncı sosyolojideki onun iradeci öncüllerini içeren 'eylemin referans çerçevesi' bağlamında, hasta olunduğuna hangi toplumsal aktörün karar vereceği önemliydi. İradecilik önemliydi, zira bireyin motivasyonuyla ve sosyal sistemle bağlantı içinde tartışmadan hastalık sadece organizmanın nesnel bir durumu olarak görülemezdi (Parsons, 1991). Hasta olmak kişinin bazı toplumsal yükümlülüklerden muaf tutulmasını ve bir tedavi uygulamasını kabul etmesini gerektirir. Bu nedenle, Parsons hastalık durumunu meşrulaştırma ve sosyal kontrol gerektiren bir sapkın davranış biçimi olarak sınıflandırır. Hastalık-rolü sosyal sapmayı meşrulaştırırken, aynı zamanda bir tıbbî uygulamayı kabul etmeyi gerektirir. Bu yüzden, hastalık-rolü önemli bir sosyal kontrol aracıdır, zira tıbbî uygulamanın amacı hastanın eski toplumsal rollerine dönebilmesini sağlamaktır. Bazı açılardan, Parsons'ın hastalık-rolü analizi daha sonra sosyolojide Lemert (1967) ve Scheff'in (1966) çalışmalarında etkili olan zihinsel rahatsızlıkla ilişkili farklı sapma modellerinin habercisidir.

Parsons'ın 'kalıp değişkenler'i çerçevesinde bakıldığında, doktor-hasta ilişkisini duygusal tarafsızlık, evrenselcilik, işlevsel etkililik ve kollektif normlara yönelim karakterize eder. Bu betimlemenin amacı, doktor ve hasta arasında istikrarlı ve sürekli bir etkileşimin sistematik olarak nasıl kurulduğundan ziyade, aralarındaki ilişki kopukluğunun nedenlerini göstermektir. Hastalık-rolü geçici bir roldür ve hastanın doktora duygusal olarak bağlı olmaması veya doktorun hastayla özel ilişkiler içine girmemesi önemlidir. Bu uygulamanın tüm amacı, hastayı sonunda hastalık-rolünden çıkartarak etkinlikleri ve yükümlülüklerini içeren toplumsal ortama yeniden dönmesini sağlamaktır. Hastanın tedavi görmek için belirli bir süre işinden uzaklaşmasını gerektiren bir mide-barsak iltihabı krizi tipik bir hastalık durumu örneği olarak verilebilir. Hastalığın süresi sınırlıdır ve hastalık-rolünü başarıyla yerine getiren hasta, geçici bir uzaklaşmanın ardından temel toplumsal yükümlülükleriyle ilgili normal beklentilere döner.

Normal Olmayan Rahatsızlık

Bununla beraber, hastalık-rolünün az veya çok kalıcı bir ilişki hâline geldiği yerlerde sapkın bir hastalık-rolü biçiminin varlığını tespit edebiliriz. Örneğin, Merton (1957) bir sapma teorisinin ana hatlarını 'kazanma' ve 'başarı'ya özel vurguda bulunan Amerikan değerleri bağlamında ortaya koymuştur. Merton'a göre, nüfusun büyük bir kısmının meşru araçlarla maddi çıkarlarına ulaşamadığı bir toplumda insanların 'başarı kültürü'nün araçları veya amaçlarını meşru-olmayan amaçlar için kullanmaya çalışacakları önemli bir sapma durumu beklenebilir. Ona göre, böyle bir toplumda, geri-çekilme ve gerçeklerden kaçma sapkın kişilerin hem toplumun hedeflerini hem de bu hedeflere ulaşma araçlarını reddettikleri yapısal bir yönelime dönüşebilir. Uyuşturucu bağımlılığı bir sapkınlık, ancak aynı zamanda toplumsal yapıya sürekli adaptasyonu temsil eden bu tür bir geri-çekilme örneği oluşturabilir. Merton'ı izleyerek, çağdaş toplumun yapısal çelişkileri karşısında, alternatif bir hastalık-rolü biçiminin hastalık durumuyla ilgili kalıcı bir çözüme dönüşebileceğini söyleyebiliriz. Özetle, hasta olmak, bireye, bu hastalığından dolayı sorumluluklarından kurtulmasını ve aktifliğe vurgu yapan bir kültürün ve başarı normuna dayalı bir sanayi toplumunun gereklerini yerine getirmemesini sağlayabilir. Bu bağlamda, doktor hastaya belirli bir süre toplumsal rolleri ve sorumluluklarından kurtulabilmesi için meşru bir yol sunacaktır. Bu durum, "doktorun hastayı iyileştirme çabası" ile "hastanın hastalığını sürdürme girişimi" arasında açık çatışmalara yol açabilir.

Hasta ve doktor arasında rahatsızlığın niteliği konusunda sistematik bir fikir ayrılığı ihtimali bazı araştırmacıları bir 'normal olmayan rahatsızlık davranışları' sınıflandırması geliştirmeye itmiştir (Pilowsky, 1978). Normal olmayan rahatsızlık davranışı, doktor sergilenen hastalık-rolünün klinik görüşme sırasında tespit edilen nesnel patolojiye uygun olmadığına inandığında, yani hastanın bir hastalık-rolü sergilemesi ve bu yöndeki iddiaları *ile* doktorun bu konudaki teşhisi arasında bir çatışma olduğunda ortaya çıkar. Daha teknik bir dille, bu davranış biçimi aşağıdaki gibi tanımlanabilir:

> bir doktorun (veya bir başka uygun aktörün) rahatsızlığın doğasını açıklamasına ve izlenecek uygun kontrol akışının mantıklı bir açıklamasını sunmasına ve (gerektiğinde özel araştırmalarla) işleyişle ilgili tüm parametrelerin kapsamlı bir tetkiki ve değerlendirmesine dayanmasına ve bireyin yaşı, eğitsel ve sosyokültürel kökenini göz önüne almasına rağmen, kişinin kendi sağlık duru-

muyla bağlantılı olarak, uygunsuz ya da uyumsuz algılama, değerlendirme ve davranış biçimlerini sürdürmekte ısrar etmesi (Pilowsky, 1978: 133).

Pilowsky sözlerine rahatsızlığı teyit eden ve etmeyen davranışları ayırmanın uygun olacağını belirterek devam eder. Örneğin, hastanın bir doktora belirli rahatsızlıklar yaşadığını kabul ettirmeye çalışarak bilinçli olarak bir hastalık-rolü oynadığı Munchausen sendromu (Asher, 1951), doktorun nesnel teşhisine rağmen rahatsızlığı teyit eden bir davranış örneğidir. Aksine, bir doktor hastanın sürekli olarak doğrulamayı reddettiği bir nesnel teşhis koyabilir. Hasta, muhtemelen, uygun bir tedaviden korktuğu için, hekimin tavsiyelerine kesinlikle uymamayı içeren bir 'iyileşmekten kaçma' tutumu benimser. Pilowsky'nin argümanını geliştirerek, hastalığın mevcudiyeti konusunda doktor ve hastanın algılarıyla bağlantılı dört ilişki bulunduğunu söyleyebiliriz. Bunlar Şekil 3.1'de sunulmuştur.

Hastanın rahatsızlık iddiası	Doktorun rahatsızlığı algılayışı -	Doktorun rahatsızlığı algılayışı +
+	Munchausen Sendromu	Normal hastalık-rolü
-	Normal sağlık rolü	'İyileşmekten kaçma'

Şekil 3.1 Normal ve normal olmayan rahatsızlık davranışı

Bu özellik alanını temsil eden kutulardan üçü doğrudan anlaşılabilir. Munchausen sendromu veya psikolojik terimlerle hipokondri* doktorun teşhisinin hastanın rahatsızlık iddiasını doğrulamadığı bir durumu temsil edecektir. İkinci olarak, 'normal hastalık-rolü' doktor ve hasta arasında teşhis konulan problemin varlığı hakkında fikir birliğini gösterir. Üçüncü olarak, 'iyileşmekten kaçma' doktorun – hastanın inkâr ettiği– rahatsızlığı algılayışını temsil edecektir. Bunun bir örneği, gereken uygulanacak tedaviden korkan bir hastanın kötü huylu bir kanser teşhisini yadsıması olacaktır. Dördüncü durum, normal sağlık rolü olarak betimlenebilir. Bu durum bir iş veya sigorta belgesi için doktora rutin muayeneye gelen bir hastaya sağlıklı belgesi verildiğinde söz konusu olabilir; hem doktor hem hasta hiçbir hastalığın bulunmadığı konusunda hemfikirdir. Bu doktor-hasta

* Kendini dinleme hali

ilişkileri analizi tipolojisi kullanışlıdır, ancak normal olmayan rahatsızlık davranışı fikrindeki bir problem, zımnen doktorun algısına öncelik tanıması, yani normal olmayan davranışın hastanın doktorun analizine uymamasından kaynaklandığını varsaymasıdır. Mevcut normal olmayan rahatsızlık davranışı teorilerinde bir doktorun bir hastalığı analiz edemeyeceği veya yanlış sınıflandırabileceği durumlar yeterince göz önünde bulundurulmaz. Bu modelde karşılaşılan bir başka pürüz hekimin tahmini ve teşhisinde 'tıbbî belirsizlik' problemidir.

Elindeki teşhis âletleri çok gelişkin olduğu yerlerde bile doktorun her zaman yanlış teşhis koyabileceği veya bir hastalığın varlığını teşhis edemeyeceği bir "tıbbî belirsizlik ihtimali" söz konusudur. Tıp öğrencilerinin informel eğitimlerinin büyük bir bölümünün bu tür belirsizliklerin üstesinden gelme problemiyle ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Fox, 1957). Klinik bir durumda, doktor, kendi kafasındaki belirsizlikleri aktarıp aktarmamaya karar verme durumuyla, böylece hastanın kaygıları ve kuşkularını pekiştirme ihtimaliyle karşı karşıyadır (Davis, 1960).

İstatistik teorisinde, doğru bir hipotezin reddedilmesi (1. tip hatalar) veya yanlış bir hipotezin kabul edilmesi (2. tip hatalar) ayrımı yapabiliriz. Doktorlar da aynı sorunla karşı karşıyadır, yani ya bir rahatsızlığın mevcut olma ihtimalini kabul edecek ya da yanlış olduğu ortaya çıkacak bir teşhiste bulunma riskiyle yüz yüze kalacaklardır. Doktor muhtemelen her şeyi göz önünde bulundurarak, rahatsızlığın olmaması ihtimalini kabul etmekten ziyade, bir rahatsızlık olduğu hipotezini kabul etme eğiliminde olacaktır, zira bir hastalığın olmadığı durumda dayattığı tedavinin (hastayı öldürme ihtimali olmasa bile) hastada önemli sıkıntılara yol açması ihtimali vardır. Bir hastalığın bulunduğu hipotezini reddetmek tedavi tavsiye edilmemesi nedeniyle hastanın ölümüyle sonuçlanabileceği için, bu eylem akışı daha muhtemeldir. Scheff (1963) bu istatistiksel argümanı doktorların sürekli bir belirsizlik durumunda niçin daha fazla tedavi önerme eğiliminde olduklarını açıklamak için kullandı. Kısacası, doktorların tıbbî eylemden kaçınmaktan ziyade müdahale etmeleri ihtimali daha yüksektir, zira hastaya zarar görmeyeceği yanlış bir tedavi uygulamak hastalığın hastanın ölümüne yol açabileceği bir durumda gereken tedaviyi tavsiye etmeyerek hatalı duruma düşmekten daha iyidir.

Bu argümanla ilişkili bazı kanıtları bin öğrenciden oluşan bir örneklemde bademcik ameliyatı önerilmesi konusunda hekimlerin kararlarını araştıran Bakwin'in çalışmasından elde edebiliriz. Bir ilk muayeneden sonra 1000 çocuktan 610'unun bademciklerinin alın-

ması gerektiğine karar verildi. Kalan çocuklar daha sonra bir başka hekim grubu tarafından muayene edildi ve bunlar arasından bademcik ameliyatı için 174 çocuk seçildi. Bir başka doktor grubundan kalan çocukları muayene etmeleri istendi ve bunların 99 tanesi için bademcik ameliyatı gerektiği kararına varıldı. Ancak bir başka doktorlar grubu da kalan çocukları muayene etti ve bunların yaklaşık yarısına ameliyat tavsiye edildi. Bu süreç sonunda geriye hâlâ bademcikleri olan 58 çocuk kaldı. Bademcik ameliyatı hayatı hiçbir şekilde ciddi anlamda tehdit etmediği için, bu prosedürden çıkarılacak sonuç, üzgün olmaktansa emniyette olmanın daha iyi olacağı, yani sonucun ciddi olmadığı yerlerde müdahalenin daha iyi olduğudur.

Bu argümanın normal ve normal olmayan rahatsızlık davranışı araştırması bakımından içerimi, doğru teşhis konusunda belirsizliklerin bir sonucu olarak doktorlar ve hastalar arasında büyük ölçüde fikir ayrılığı olmasının beklenebileceğidir. Yani, tıbbî müdahalenin gereksiz olabileceği durumlarda bir doktorun hastanın rahatsızlık iddiasını kabul etme ihtimali daha yüksektir, ancak bir hekim yanlış bir teşhis ihtimali karşı kendini emniyete almayı tercih edecektir. Hastanın bir semptomu gerçek olarak sunma yönündeki teşhis baskısına rağmen, doktor-hasta etkileşimi araştırmaları, en azından İngiltere'de, doktorların çoğunluğunun sunulan semptomları tipik bir biçimde önemsiz bir şikâyet olarak göreceğini göstermiştir. Bir araştırmada, pratisyen hekimlerin % 26'sından fazlasının yaptıkları konsültasyonların pek de önemli olmadığını düşündükleri görülmüştür (Cartwright, 1967).

Parsons'ın hastalık-rolü teorisinin bazı açılardan problemli olduğu düşünülmüştür. Özellikle, doktor ve hasta arasında semptomların karakteri, yani doğru ya da yanlış oldukları konusunda bir fikir ayrılığı vardır. Bu güçlükler Parsons'ın hasta-rolü modelinin örtük bir eleştirisi anlamına gelmektedir; günümüzde hastalık-rolü kavramına yöneltilen birçok açık eleştiriyi değerlendirebilecek konumdayız.

Hastalık-Rolü Kavramına Eleştiriler

Parsons'ın modeline ilk temel eleştiri, doktora görünmenin kompleks bir yardım-arama çabası sisteminin son aşaması olması ihtimalidir (Mechanic, 1968: 268 ve devamı). Freidson (1961, 1970) bu toplumsal süreçte "sokaktaki insanın referans sistemi" olarak adlandırdığı olgunun önemini tartışır. Freidson'a göre, sokaktaki insan dok-

tora sadece uzman-olmayan önemli kişilerle gerçekleştirilen bir dizi danışmadan sonra gider. Belirli bir toplumsal bağlamda rahatsızlığın anlamını belirleyen şey, hekimin uzman mesleki değerleri değil, sokağın kültürüdür. Bir kişi kendini hasta olarak algıladığında ve yardıma ihtiyacı olduğunu düşündüğünde, muhtemelen sadece kendi kültürel bağlamı içinde, "diğerlerinin rahatsızlık olarak algıladığı semptomların kanıtlarını sergileyerek ve bu kanıtları diğerlerinin makul bulacağı biçimde yorumlayarak" destek arayacaktır (Freidson, 1970: 289). Uzman sağlık hizmetleri alma gereği sokaktan kültür tarafından kabul edildiğinde yardım-arama çabası sokağın referans sistemine göre şekillenecektir. Sokağın referans sistemi iki bileşene sahiptir: 'sokağın kültürü' ve sokağın referans yapısını oluşturan 'kişisel etki ağı'. Çeşitli sosyolojik araştırmalarda (McKinlay, 1973; Scambler *et al*., 1981; Suchman, 1964) bir doktora gittiğini belirten hastaların çoğunluğunun daha önceden arkadaşlarına büyük ölçüde danıştığı ve daha sonradan doktora anlattıkları farklı belirtileri onlarla tartıştığı bulundu.

Sokağın referans sistemi kavramı ve uzman olmayanların müdahaleleri, hastalığın uzman bir hekime ifade edilmesinde toplumsal ağların rolü konusunda önemli birçok araştırma yapılmasına neden oldu. Bu araştırmaların bir sonucu, hastalık-rolü ve hasta-rolü arasında ayrım yapmamız gerektiğidir. Özellikle, Parsons'ın hastalık durumu kavramı hasta-rolü sosyolojisine bir katkı olarak analiz edilmelidir. Rahatsızlığı olan her insan hasta değildir ve her hasta da rahatsız değildir. Bu ayrım bir kez daha sokağın hastalık durumunu analiz biçimi ile hekimlerin hasta-rolünü kavramlaştırma biçimi arasındaki bir dizi muhtemel çatışmaya dikkat çeker.

Bu ayrım, ayrıca, toplumda "tıbbî teşhis konulmamış" birçok rahatsızlık bulunduğunu gösterir. Genel nüfusla ilişkili sosyal araştırmalar, toplumda her zaman "tıbbî teşhis konulmamış" bazı ciddi durumlar bulunduğunu göstermiştir: örneğin, yüksek kan basıncı, anemi, bronşit, obezite ve şeker hastalığı (Tuckett, 1976: 23 ve devamı). Bu konulardaki şikâyetlerin kliniğe taşınıp taşınmayacağı büyük ölçüde sokaktan tıbbî müdahalelerin ve etkili gruplar ağının gücüne bağlı olacaktır. Bu yüzden, Parsons'ın hasta-rolü analizi tüm 'hastalık davranışı' ve 'yardım-arama' davranışı tiplerinin çok daha dar bir dilimini oluşturma eğilimindedir.

Parsons'a ikinci önemli eleştiri, doktor-hasta ilişkisinde çatışma ve fikir ayrılığının karakteriyle ilişkilidir. Parsons'ın modelinde doktora gerçek rahatsızlığını ileten, tıbbî teşhisleri sorgulamadan kabul eden ve doktorun tavsiyelerine tamamen uyan bir ideal hasta varsayıldığı

öne sürülür; bu model, ayrıca, tüm hastalarla ilgilenen, hastanın problemine tıbbî ve toplumsal koşulları dikkate alarak etkin teşhis koyan ve uzmanlığını kullanarak müşterisinin hızlı ve etkin bir biçimde iyileşmesini sağlayan bir doktoru varsayar. Büyükçe bir sosyolojik araştırmalar topluluğu Parsons'ın hasta-doktor ilişkisi konusundaki ideal-tip analizinin gerçek somut doktor-hasta ilişkisini ele almadığını göstermiştir. Örneğin, çoğu araştırmada bu ideal modele uygun davranmayan hastalar 'kötü hasta' olarak nitelendirilmiştir (Murcott, 1981).

Hastalık-rolü modeli doktor ve hasta arasındaki ilişkinin tamamlayıcı ve işlevsel olduğunu öne sürmesine rağmen, tıp sosyolojisindeki çoğu araştırma bu ilişkinin oldukça değişken olduğunu göstermiştir (Bloor and Horobin, 1975). İdeal hastanın tıbbî yardım almak için yeterince bilgili ve güdülenmiş olduğu beklentisi ile hastanın doktorun uzman bilgisini ve yol göstericiliğini kabul edeceği beklentisi arasında belirli bir çelişki vardır. Yani, hastanın doktora önemsiz semptomlardan ziyade daha gerçek semptomlarını iletecek yeterli bilgilere sahip olması, ancak aynı zamanda doktorun tavsiyelerine sorgulamadan ve karışmadan uymak için gerekli çabayı göstermesi beklenir. Doktora başvurmaya karar vermede, hastanın uzmanlığı kliniğe girdiği anda sona erer.

Hastanın tamamen naif davranması beklendiği için, doktor ve hasta arasında güç, bilgi ve statü bakımından önemli bir çatışma veya en azından anlaşmazlık ihtimali vardır. Toplumsal güç ve bilgi farklılıkları, hasta ve doktor arasında –ayrıca düşük ve sınırlı güven durumları yaratan– bir dizi çatışan söylemin ortaya çıkmasına yol açar. Çatışma alanının muhtemel kapsamı sınırsız görünse de, sağlığına kavuşacağı konusunda yeterince ikna edici konuşan doktor karşısında hastanın 'iyileşmeye' çalışacağı bir durum (Roth, 1963) *ile* doktor yeni bir ilâç veya tedavinin arzulanabilir ve uygun olduğunu düşünmesine rağmen kişinin 'hasta kalmayı sürdürdüğü' bir durum (Sacks, 1976) arasında farklı durumlar yer alabilir.

Hastalık-rolü kavramına üçüncü temel eleştiri, ayrıca, hasta-rolü/hastalık-rolünün karakteri konusunda önemli bir ölçü olabilen hastalık tipiyle ilişkilidir. Genelde, Parsons'ın hastalık-rolü analizi kronik rahatsızlıklardan ziyade akut rahatsızlıklarla ilişkilidir, zira Parsons'ın hastalık-rolü analizi hastanın tedavi sonucunda iyileşeceği varsayımına dayanır. Bazı hastalıklar uzun sürebilir ve hasta kişi sorumluluklarından mutlaka muaf tutulmaz ve tedavisi uzun zaman alacak bir hastalığı yenmesi için beklenebilir. Örneğin, şeker komasının bilinen hiçbir tedavisi yoktur. Başından itibaren, tecrit edilmiş bir

toplumsal ortamda hastanın (körlük dâhil) artan sakatlıklarla baş etmesi beklenir. Kişinin toplumsal sorumluluklarından muaf tutulduğu uzun dönemli bir başa çıkma örneği 'sara'dır. Benzer şekilde, Parkinson gibi hastalıklar hastanın toplumsal sorumluluklarını uzun süre yerine getirememesine yol açar ve bu hastalık toplumsal görevlerden muaf tutulmayı meşru kılsa da, hastanın normal toplumsal rollerini yerine getirebilecek biçimde rahatsızlığından kurtulabileceği fırsatlar çoğu kez sınırlıdır.

Parsons'ın hastalık-rolü kavramı, ayrıca, normal davranış örüntülerinden sapmalarla, bir ölçüde muğlâk tıbbî rahatsızlık ve sapma biçimleriyle sınırlıdır. Örneğin, gebelik gerçekte bir kadının tamgün çalışmasını engelleyebilir, ancak Parsons'ın hastalık-rolü kavramının "toplumsal rollerle ilişkili her türlü beklentiden muaf tutulmak için haklı bir neden olarak gebelik" durumunu içereceği yeterince açık değildir. Bir başka örnek, toplumsal rollerden çekilmeye yol açan emeklilik ve yaşlanma olabilir, ancak yaşlanmayı gerçek genel bir hastalık-rolü olarak almak bir ölçüde problemli olabilir. Yaşlanma bir hastalık biçimi olarak alındığında, emeklilik bireyin sürekli bir hastalık-rolüne geçmesi anlamına gelecektir. Özetle, şeker hastalığından bunamaya kadar, bireyi toplumsal rollerinden çekilmeye zorlayan, fakat hastanın hastalık-rolünden genellikle beklenilen tam meşruluğa sahip olmayabileceği uzun süren birçok farklı rahatsızlık biçimi vardır.

Parsons'a dördüncü tip eleştiri, onun sınıf, cinsiyet veya statü ayrımı yapmadan bütün hastalara aynı muamelenin yapılması gerektiği düşüncesiyle ilişkilidir. Parsons'ın hastalık-rolü açıklamasında doktorların hastalara belirli özelliklerine göre ayrım yapmadan evrensel normlar temelinde yönelecekleri varsayılır. Empirik araştırmalar bu evrensellik kabulünü desteklememektedir. Hastaların tedavisinde önemli farklılıklar sosyal sınıfla açıklanır. Örneğin, Britanya'da tıbbî konsültasyonlar üzerine bir araştırma, görüşmelerin uzunluğunun sosyal sınıflara göre değiştiğini gösterir, sözgelimi, sosyal sınıf I üyeleri ortalama 6.1 dakika görüşürken, sosyal sınıf V üyeleri ortalama 4.4 dakikalık bir görüşme yapmışlardır (Buchan and Richardson, 1973). Cartwright ve O'Brien (1976) yaşlı hastalar üzerine bir araştırmada, orta sınıftan hastaların görüşmeleri ortalama 6.2 dakika sürerken, işçi sınıfından hastaların görüşlerinin ortalama 4.7 dakika sürdüğünü bulmuştur.

Doktor-hasta görüşmesinin içeriği de kişinin sosyal sınıfına göre değişir, nitekim orta sınıftan hastalara durumları hakkında işçi sınıfından hastalara göre muhtemelen daha fazla açıklama yapılacaktır.

Cinsiyet bakımından da önemli farklılıklar vardır. Örneğin, McIntyre ve Oldman (1984) yaygın bir migren şikâyeti karşısında hekimlerin sergiledikleri çok farklı tepkileri betimlediler; bu tepki farklılıkları en azından bir ölçüde hastaların cinsiyeti, yaşı ve statüsüyle ilişkiliydi. Bu araştırma, migren rahatsızlığı yaşayan kadınların muhtemelen daha ziyade nevrotik kadınlar olarak alınırken, aynı şikâyetle gelen orta sınıftan erkeklerin büyük ihtimalle mesleki rutinlerin gerekleri nedeniyle aşırı stres ve gerilim yaşayan kişiler olarak alındıklarını gösterdi. ABD'deki sosyolojik araştırmalar, akıl hastası olarak tanımlanan kişilerin tedavisinde de sınıf, statü, cinsiyet ve etnisiteye göre büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir (Hollingshead and Redlich, 1958). Hastaların tedavisinde sosyal statü farklılıklarının etkisi sadece klinik ortamlardaki görüşmelerle sınırlı değildir. Sudnow (1967) bir ilkyardım birimine ölüm şüphesiyle getirilen kişilere tıbbî tepkilerdeki farklılıkları etnografik bir araştırmayla açıkladı. Sudnow tıbbî müdahalenin hastanın varsayılan ahlâkî karakterine göre nasıl farklılıklar sergilediğini gösterdi. Örneğin, alkolik olduğu varsayılan hastalar ayık olduğu varsayılanlarla aynı tedaviyi almadılar. Özetle, doktorların hastayı tedavilerinde hastaların özel statülerine bağlı olarak geniş farklılıklar vardı ve bu yüzden, evrenselcilik kriterinin pratikte uygulandığını öne sürmek güçtür.

Bu yüzden, Parsons'ın hastalık-rolü modelinin hastaların tedavisindeki empirik farklılıkları tam olarak açıklamayan bir ideal-tip inşa olduğu öne sürüldü. Empirik araştırmalar hem sokağın referans sisteminin ihmal edildiğini, hem de hastaların tedavisinde statü, sınıf, yaş ve cinsiyet bakımından büyük farklılıklar olduğunu göstermiştir. Bu araştırmaların içerimi, doktor-hasta ilişkisini, karşılıklılık ve fikir birliğinden ziyade, tipik olarak çatışma ve yanlış anlamanın karakterize ettiğidir. Ayrıca, Parsons'ın yazılarının hizmete göre tedavi ücreti temelinde, birebir, yüz-yüze etkileşimin gerçekleştirildiği tıbbî ortamlarla ilgili olduğu öne sürülebilir. Daha sonra büyük-ölçekli tıp ortamlarının gelişmesi, tıp mesleğinde aşırı işbölümü ve temel teknolojik gelişmeler sonucunda, tıbbî pratikler daha fazla bürokratikleşmiş ve ihtisaslaşmıştır. Artık, hasta ve doktor doktorun bir ekibin parçası olduğu ve ikisi arasında uzun ve istikrarlı bir ilişkinin olmayabileceği bir tıp ortamı içinde yer almaktadır. Yani, tüm meslekî ortam Parsons'ın hasta-rolü analizinden bu yana büyük ölçüde değişmiştir. Ayrıca, tıp mesleğine birçok ciddi toplumsal eleştiri yapıldığı dikkate alınırsa, doktor ve hasta arasındaki ilişkinin değişmesine yol açan yeni güçlü tüketici örgütlenmeleri ortaya çıkmıştır. Bu değişimler arasında doktor ve hasta arasındaki meslekî ilişkiyi sorgulayan 'dik-

katsiz tedaviler yasası'nın çıkması ve alternatif tıbbın gelişmesi yer alır. Geriye dönük olarak baktığımızda, Parsons'la ilgili tartışmada problemin nihayetinde hasta ve doktor arasındaki iletişimin karakterine odaklandığını görebiliriz. Batılı toplumlarda, doktor-hasta ilişkisinin tanımlayıcı özelliği teknolojik düzeyi oldukça yüksek ve ihtisaslaşmış tıbbî hizmetlerin uzmanca olmayan tüketimidir. Bu yüzden, doktor-hasta ilişkisini iyileştirmeye yönelik girişimler, düşüncelerin paylaşılması ve duyguların iletilmesiyle tıbbî konsültasyonların iyileştirilmesine odaklanmaktadır. Bu yüzden, tıbbî karşılaşmaların önemli bir parçası 'duyguların idaresi' sorunudur (Swaan, 1990).

Tıbbî Konsültasyon

Hastanın itaati ve doktor-hasta etkileşimi –yani, doktor-hasta arasındaki yetersiz iletişimin derecesinin azaltılması– ile ilişkili problemler konusunda uygulamalı perspektife sahip birçok araştırma yapılmıştır (Enelow and Swisher, 1979; Fisher, 1984; Heath, 1981; Strong, 1979). Bu araştırmalar, doktorlar ve hastaların, tamamen farklı hastalık terminolojileri kullanmanın yanı sıra, çoğu kez çatışan çıkarlara sahip olduklarını gösterir. Hasta sağlığını yeniden kazanmaya çalışırken, doktor belirli semptomlarla ilişkili özel teknik bilgileri iletmeye çalışabilir. Bu 'ehliyetlilik uçurumu'nun kaynağı, en azından bir ölçüde, uzman doktorun toplumda ayrıcalıklı bir statü yönünde mesleki talebinin temelini oluşturan bir toplumsal uzmanlık ve bilgi tekeline sahip olmasıdır. Doktorun görüşmeler sırasındaki otoritesi büyük ölçüde bu uzmanlık ve bilgi tekeline bağlıdır; en azından başlangıçta, doktorların hastayla teknik bilgiyi paylaşarak saygınlıklarını yıkma eğiliminde olmamalarını bekleriz. Öte yandan, bu eğilimin bilgi paylaşımının rahatlamaya ve karşılıklı anlamaya yol açtığı somut tedavi sürecinin önemli bir parçasını oluşturduğu açıktır. Bilgilerin paylaşılmasının cerrahî tedavilerde iyileşme oranlarını artırdığına ve tıbbî müdahalenin sonucunu olumlu yönde etkilediğine ilişkin bazı somut kanıtlar vardır (Skipper and Leonard, 1968). Bilgilerin paylaşılması, ayrıca, tedavi sürecinde hastayla işbirliği sağlamanın temeli olarak önemlidir. Gerçekte, araştırmalar hastaların yaklaşık % 50'sinin doktorun tavsiyesine uymadığını ve tıbbî rejime uyum sağlamadığını göstermektedir. Bir hesaplama, tavsiyelere uyulmama nedeniyle israf edilen hapların maliyetinin yıllık ortalama 300 milyon sterlini aşabileceğini göstermiştir (Walton *et al.*, 1980). Hastanın güvenini ve iyileştiği duygusunu kazandırabildiği sürece başarılı etkileşim tedavi

sürecinin önemli bir parçasını oluşturur. Son olarak, doktorun bütün bilgileri iletmesi vaka açısından oldukça önemli sonuçlara sahip olabilir.

Bu yüzden, bir sosyolojik iddiaya göre tıbbî konsültasyonun bir uzmanlar toplantısı olarak alınması gerekir, zira hasta çoğu kez rahatsızlığı hakkında pek çok bilgiye sahiptir ve problemlerinin analizinde uzunca bir süre teknik açıdan yeterli konumda olabilir (Tuckett *et al*., 1985). Sözgelimi, şeker hastalığı örneğinde hasta uzunca bir süre belirli semptomları teşhiste ve koşullarını kontrolde ustalaşmak zorundadır. Britanya'da, Tuckett ve çalışma arkadaşları 16 doktor tarafından gerçekleştirilen 1302 konsültasyonu araştırdı; onlar ayrıntılı olarak incelemek için bu örneklemden 405 konsültasyon seçtiler. Konsültasyonların başarısı ve başarısızlığını "teşhisin önemi", "uygulanan tedavi", "hastalıkların önlenmesi ve sonuçları" hakkındaki bilgilerin paylaşılıp paylaşılmadığına bakarak ölçmeye çalıştılar. Bu araştırmada, hastanın kendi rahatsızlığı konusundaki görüşünün doğrulandığı durumlarda tıbbî konsültasyonların daha başarılı olduğu bulundu. Bir vizitler dizisinin bir parçasını oluşturan çoğu görüşmede hastaya yeni veya beklenmedik malumatlar aktarılacağı için, bilgilerin paylaşılmasını bekleyebiliriz. Bununla beraber, rahatsızlık konusunda doktor ve hasta farklı görüşlere sahip olduğunda veya hastanın bilgisi tıbbî açıdan yanlış olduğunda, bilginin başarılı bir biçimde iletilmemesi, hatırlanmaması veya kullanılmaması anlamında, doktorla görüşmelerin başarısız olması ihtimali yüksektir. Sözde ehliyetlilik uçurumuna rağmen, hastaların büyük çoğunluğu doktorun görüşlerini hatırlamış veya anlamıştır. Doktorun tavsiyelerine daha az bağlı kalan hastalar büyük ihtimalle etnik azınlık gruplardan, muayene için çocuklarını doktora götüren kadınlardan veya doktorun yeni hastalarından oluşmaktadır.[5] Hastanın konsültasyona zaten farklı görüşlerle başladığı durumlarda, doktorun aktardığı bilgiler hastanın tıbbî duruma ilişkin görüşlerini çok az değiştirmiştir. İletişim kuramama ayrıca doktorun hastaya ilişkin kalıp-yargılarıyla pekişmiş, iletişimsizlik hastanın cahillikle suçlanmasına yol açmıştır. Bu özel doktor-hasta etkileşimi araştırmasında şu sonuca ulaşılmıştır:

> Konsültasyondan, kendi eğitimi ve deneyimleriyle kıt ve uzmanlık gerektiren bilgilere ulaşan bir kişi *ile* başına gelenleri kendi kültürünün ve önceki tartışmaların, hastalıkla ilgili bir dizi düşüncenin etkisi altında yorumlayan bir başka kişi arasındaki görüşmeyi anlıyoruz. İki taraf da neyin yanlış olduğu, ne yapılması gerektiği, problemin sonuçları, tedavisi vb. konularda ve böylece kendi akıl yürütme biçimleri ve arka-plân bilgileri temelinde mo-

deller oluşturur (Tuckett *et al.*, 1985: 217).

Ehliyetlilik uçurumu problemini çözmek için temel pratik öneri, doktorları görüşmeler sırasında hastalarının gündelik bilgilerini daha ciddiye almaya ve onların söyledikleri ve ifade ettikleri şeyleri daha dikkatli dinlemeye teşvik etmek olmuştur. Ayrıca, hastaların, görüşmeyi, kendi problemlerine ilişkin görüşlerini 'uzmanlar'la gerçek bilgileri paylaşacak biçimde sürdürmeye teşvik edilmeleri gerektiği öne sürülmüştür.

Bu doktor-hasta etkileşimi modelleri pratik düzeyde ilginç ve önemli olsa da, doktorlar bu görüşmeleri daha sistematik bir çerçeve içinde değerlendirebilecek güçlü sosyolojik ve teorik bir çerçeveden yoksunlardır. Ehliyetlilik uçurumunu ve görüşmelerin başarısızlığını bir çarpıtılmış iletişim biçimi olarak alabileceğimiz için, doktor-hasta ilişkisini –eşit taraflar arasında başarılı, açık iletişimi engelleyen yapısal etkenlerle bağlantılı bir rasyonel söylem analizi geliştiren– Habermas'ın perspektifinden ele almak uygundur. Habermas'ın felsefesinin amacı, toplumsal yapı ve kültürün –rasyonel bireylere gereksiz sosyal kontrol ve zorlama biçimleri dayatarak bireysel özgürlükleri ve gelişimlerini engelleyen– unsurlarını eleştirmektir. Habermas, bu eleştiriyi gerçekleştirmek için bilgi-kurucu-ilgiler, yani teknik, pratik ve özgürleşmeci ilgiler olarak tanımladığı faktörlerin önemini vurgulayan bir iletişim ve bilişsel-ilgiler teorisi geliştirdi (Habermas, 1970, 1972, 1976, 1979, 1984). Empirik-analitik bilimler teknik-bilişsel-ilgilerle bağlantılıdır, tarihsel-hermeneutik bilimler pratik-toplumsal-ilgiye odaklanır ve eleştirel sosyal bilimler analiz nesneleri olarak özgürleşmeci-bilişsel-ilgiye yönelir. Bu üç bilişsel-ilgi toplumsal hayatın üç temel boyutuyla, yani çalışma, toplumsal etkileşim ve güçle paralellik içindedir. Habermas'ın argümanının temel vurgusu, empirik-analitik bilimlerin bilişsel-ilgisinin rasyonel olarak geçerli bilginin bir kriteri olarak yetersiz olduğu ve bu üç ilginin bağımsız, özerk ve kendine has bir yapıya sahip olduklarıdır. Bu diyalog tartışması bağlamında, Habermas'ın "özgürleşmeci ilgi ve açık, demokratik diyalogun gerçekleştirilmesinin toplumsal koşullarının analizi" onun iletişim teorisinin en önemli parçasıdır.

Örneğin, Habermas Freudcu psikanalizin sınırlı özgürleşmeci eleştirisini sorgular. Geleneksel tıp ve nöropsikoloji eğitimi alan Freud, psikanalizdeki 'konuşma tedavisi' analizini nörolojik bir model, yani bir biyomedikal rahatsızlık davranışı modeli üzerine kurmuştur. Freud'un psişik davranışı açıklamak için bir enerji modelini mekanik bir biçimde kullanma girişimi basitçe yetersizdir.

Psikanalitik görüşmelerin klinik sonuçları doğa bilimlerinin kontrollü deneylerindeki gözlemlerle karşılaştırılamaz, zira terapinin ayırt edici özelliği kesin kontrol değil, aksine analizci ve hasta arasında öznelerarası etkileşimdir. Psikanalitik görüşmenin çekirdeğini, mekanist bir model içinde vücuttaki enerjinin boşalmasıyla ilişkili davranışlar değil, bizzat 'dil' oluşturur. Habermas'a göre, psikanalizde örtük hâlde yer alan özgürleşmeci eleştiriyi açığa çıkarmak için, eleştirel teorinin insanlar arası iletişimdeki kısıtlamalar ve çarpıtmaları teşhir eden ve ortaya çıkartan bir dil analizi biçimi olması gerekir. Habermas'ın iletişim modeline göre, gerçek eleştirel bilgi sadece demokratik diyalog ve açık iletişim ortamlarında üretilebilir ve geliştirilebilir. Örneğin, prensip olarak katılımcıların sınırlandırılmamış ve önceden-düzenlenmemiş bir tartışmaya katılmakta özgür olmaları gerekir, zira self-refleksif eleştirel ve sürdürülebilir bir farkındalık ve bilgi sadece bu koşullarda ortaya çıkabilir. Özgürleşmeci-ilgi iletişimi çarpıtan ve bilgiyi güvenilmez ve geçersiz kılan siyasal koşulları teşhir etmeye ve eleştirmeye çalışır. Örneğin, işkence iletişimin en kabul edilemez koşuludur, zira siyasal işkence ve eziyet koşullarında elde edilen bilgi güvenilir olamaz. Bu yüzden, iletişimin koşullarının sosyolojik analizini malûmat ve bilginin doğruluğunun veya başka özelliklerinin araştırılmasından bağımsız olarak ele alamayız.

Habermas özellikle, geleneksel Freudcu terapide vurgulanan psikanalitik iletişimi mümkün kılan koşullarla ilgilenmiştir. Habermas'a göre, analizci, bir açık diyalog süreci sayesinde, hastanın içebakış yöntemiyle ve kendi üzerinde düşünerek kendisi hakkında doğru bilgilere ulaşabileceği bir ortam sağlar. Eğitim, bilgi, beceri, toplumsal konum ve saygınlık bakımından doktor ve hasta arasında temel yapısal eşitsizlikler vardır. Nitekim, doktor ve hasta arasındaki ilişki açık bir konuşmacılar topluluğunun üyeleri arasındaki ilişkilerden ziyade günah çıkartan papaz ve tövbe eden kişi arasındaki ilişkiye daha yakındır (Hepworth and Turner, 1982). Habermas bize bu eşitsizlikleri eleştirebilecek bir ütopik model sunar, ancak doktor-hasta ilişkisinin çözümü, görüşmede daha etkin bir iletişim sistemi oluşturmak için uzman gruplar ve sıradan bireyler arasındaki ilişkide makro-sosyolojik değişiklikler yapılmasını gerektirecektir. Doktor ve hastanın yeniden eğitimi diyaloga dayalı bir ilişki geliştirmek için yeterli olmayacaktır.

Habermas'ın modeli uzman meslek grupları ile müşteriler arasındaki ilişkiyi bilgiye ulaşma ve bilgilerin aktarılması çerçevesinde analiz etmek için kullanışlı bir araçtır. Habermas'ın yaklaşımı gelişen bir ilişkiyi 'doktor-hemşire-hasta ilişkisi rol seti' içinde tarihsel düz-

lemde ele almayı mümkün kılacaktır. Geleneksel Nightingaleci bilgi akışı sistemi doktordan hemşireye, oradan hastaya doğru tek bir komuta çizgisi içinde gerçekleşir, burada hemşire sadece doktorun beklentilerini yerine getirir ve hasta onların mesleki etkinliklerinin bir nesnesi veya hedefi olarak yer alır. Bu ataerkil sağlık hizmetleri modeline eleştirilerin sonucunda doktorlar, hastalar ve hemşireler arasında daha açık bir ilişki gelişmiştir. Bununla beraber, tüketici grupların gelişmesi, hemşireliğin uzmanlık düzeyinin artması ve hastane ortamındaki değişimin sağlık hizmetleri sistemlerinde tamamen açık ve demokratik bir iletişim sistemini üreteceği açık değildir. Özetle, 'sağlık hizmetleri rol-seti' genel toplumsal yapının bir mikro-evreni olarak görülmelidir; Batılı sanayi toplumlarında toplumsal ilişkiler demokratikleştikçe hastalık-rolünde açıklık ve demokratikleşme bekleyebiliriz. Uzmanlaşma ve mesleki etikle ilgili problemleri 7. ve 8. Bölümlerde ele alacağım.

Parsons'ın hastalık-rolü analizi sosyolojik araştırmada son otuz yıldan fazla süredir kapsamlı ve ayrıntılı eleştirilere maruz kaldı. Hastalık-rolü kavramı uzun süre kronik rahatsızlık yaşayan hastaların durumunun doyurucu bir analizini sunamaz. Terim hastaları tıbbî yardım aramaya iten süreci kavramlaştırmak için yetersizdir, yani sokağın referans sistemini analiz etmeyi başaramaz, zira o ayrıca, doyurucu bir hasta-rolü ve hastalık-rolü ayrımı yapmayı geliştiremediği için uygun olmaktan uzaktır. Bu sorunlar ve eleştirilerin bir sonucu olarak, Parsons'ın erken dönem hastalık-rolü açıklamasını sorgulayanlar yeni bir paradigma ve yaklaşım geliştirmek için tıp sosyolojisindeki bu mirasın terk edilmesi gerektiğini öne sürdüler. Örneğin, Levine ve Kozloff (1978: 339) hastalık-rolü konusunda yaptıkları sağlam ve uzun süreli bir araştırma sonucunda aşağıdaki yargıya ulaşır:

> bu zeminde artık Parsoncı açıklama biçimini terk etmemiz, bu paradigmanın sınırlılıklarından kurtulmamız ve hasta kişinin toplumsal davranışları hakkında çok daha fazla bilgi edinmemiz gerektiğine inanıyoruz. Daha süreçsel ve uzunlamasına araştırmaların anlayışımızı derinleştireceğine ve hasta kişinin kalıplaşmış hayatı içindeki yeni boyutları ortaya çıkarmamızı sağlayacağına inanıyoruz.

Parsons'ın mirası üzerine bu tespit büyük ölçüde uygun olsa bile, yine de Parsoncı hastalık durumu yorumunun tıp sosyolojisinde çoğu kez göz ardı edilen önemli bir savunusu vardır. Parsons, farklı sosyal sistemlerdeki hastalık kültürlerini araştıracak daha kapsamlı

bir karşılaştırmalı hastalık-rolü sosyolojisinin temellerini atmıştır. Parsons çoğu kez soyut ve genel bir yaklaşıma sahip olmakla eleştirilse de, gerçekte onun teorik çalışmasının somut empirik araştırmalar için genel bir çerçevenin temelini attığını söylemek mümkündür. Kavramın merkezî fikri, farklı kültürler ve toplumsal yapıların farklı hastalık rolleri ve tanımları ürettiğidir; bu yüzden, hastalığın doğasını farklı sistemler içinde ele alarak karşılaştırmalı bir sosyal sistemleri analizi yapmak mümkündür. Bu nedenle, Parsons'ın hastalık-rolü anlayışı tıp sosyolojisinin özel bir yanına odaklanan dar ve tek yanlı bir yaklaşım değil, aksine farklı sosyal sistemlerdeki farklı hastalık davranışı biçimlerini kapsamlı olarak karşılaştırmayı sağlayan bir perspektif oluşturma girişimidir. Bu Parsons savunusunu açıklığa kavuşturmak için, bu temel argümanı kanıtlamaya yönelik bazı araştırmaları aktaracağım.

Hastalık-Rolü Kavramının Bir Savunusu

Parsons'a göre, Amerikan toplumunda hastalık-rolünün karakteri özellikle bireycilik, başarı ve aktifliği vurgulayan bir kültürün ürünüdür. Amerikan toplumunda hasta olmak etkisiz olmak ve ahlâkî bireyciliği vurgulayan bir toplumda rekabetten çekilmektir. Parsons farklı toplumsal yapıların farklı hastalık-rolleri üreteceğini iddia eder ve özellikle devletçi sosyalist ve rekabetçi kapitalist toplumlarda hastalık durumlarını karşılaştırmaya çalışır. Bu yüzden, Parsons'ın mirasının bir savunusu olarak, farklı sosyal sistemleri bireycilik-aktiflik-başarı değerlerinin varlığı veya yokluğu temelinde karşılaştırmak ilginç olacaktır.

Hastalık-rolü toplumsal yükümlülüklere geçici bir süre ara vermek ve toplumsal ilişkilerden belirli bir süre uzaklaşmak olarak görüldüğünde, hastalık ve sağlığın toplumsal üyeliklerin ve ilişkilere katılmanın kriterlerini oluşturduğunu öne sürebiliriz. Bu yüzden, Parsons sürekli hastalık-rolü içinde kalmanın bir toplumsal sapma biçimi olarak görülmesi gerektiğini öne sürer. Gerçekte, bir toplumsal çekilme olarak hastalık-rolü kültürlerde yaygındır ve sadece modern sanayi toplumlarına özgü değildir. Örneğin, Müslüman Ortadoğu'da 'rahatsızlık davranışı' geleneksel toplumsal beklentilerden sapmayı meşrulaştırmanın bir aracıdır. Nil deltasında çıldırmış bir erkek veya kadın birçok farklı semptom sergileyebilir, ancak toplumsal tezahürler tek bir temayı, toplumsal âdetlerin ihlâl edilmesini içerebilir (Morsy, 1978). Çıldırmış bir kadın babanın yaptığı evlilik

tercihini toplumun eleştirisiyle karşılaşmadan reddedebilir, kocasının cinsel arzularına karşı çıkabilir ve bir başkasının çocuğuna bakmayı bırakabilir, zira onun sapkın davranışları rahatsızlığıyla açıklanır. Bu bağlamda, tıbbî etiketlemeler sapkın etkinlik için onaylanabilir meşru bir damgalanma sağlar ve ayrıca söz konusu sapkınlık biçimini kurumsallaştırır. Bu yüzden aşağıdaki ifadeyi aktarmak ilginç olacaktır:

> "uzr" (özür/mazeret) terimi rahatsızlığın toplumsal bir tanımını sağlar. Toplumsal yasaların gereklerine geçici olarak uymamak bu dilde "ma'zur" (mazur görme) terimiyle karşılanır (Morsy, 1978: 603).

Rahatsızlık çekenler ("uzr") bir yandan geleneksel olarak ciddi sapma biçimleriyle bağlantılı nihaî toplumsal dışlamalardan kurtulurken, öte yandan toplum içinde marjinal bir konumu sürdürebilirler. Mazur görülen kişinin rahatsızlığı normalde tıbbî-toplumsal bir karaktere sahip çeşitli kollektif ritüellere yeniden katılmasıyla sona erer.

Antropolojik araştırmalar, bilinen bütün toplumlarda sapmanın toplumsal roller içeren bir toplumsal örüntü hâline geldiği ve gerçekte kurumsallaştığı kültürel rahatsızlıklar bulunduğunu göstermektedir. Modern çağ öncesi farklı toplumlar hakkında yapılan araştırmalar hastalık-rolleri olarak görebileceğimiz bu kalıplaşmış kültürel rahatsızlık biçimlerinin oldukça yaygın olduğunu gösterir. Kuzey Amerika kabileleri üzerine araştırmalar 'psikotik' olarak adlandırabileceğimiz davranışların gerçekte ritüeller ve âdetler aracılığıyla kurumsallaştıklarını gösterir (Barnouw, 1979; Bishop, 1975; Hay, 1971). Batılı toplumlarda sapkın davranışın yaygın bir sergilenme biçimi çılgın bir sapkın davranışı betimlerken kullandığımız 'berserk' kavramıdır. Berserk kavramı İskandinav dillerinde 'bear's shirt' [ayı postu] teriminin bozulmuş hâlidir; gerçekte 'berserk' sözcüğü kurumsallaşmış sapkın davranışı ifade eder. 'Berserk', kabilede özel bir rol işgal eden ve kabilenin düşmanlarına korku salması beklenen biridir. 'Berserk'in davranışı, tesadüfî ve tuhaf olarak görülmez, aksine kültürel olarak kalıplaşmış ve yapılaşmıştır.

Modern çağ öncesi toplumlardan bu betimlemeler iki ortak özelliğe sahiptir. İlk olarak, rahatsızlık marjinallikle ve gündelik etkinliklerden dışlanmayla ilişkilidir, ancak bu dışlamalar ritüelleşebilir ve kurumsallaşabilir. İkinci olarak, bu tür davranışların tedavisi bireyi toplumsal grupla yeniden bütünleştirmek ve huzursuzluk yaratan rahatsızlığı ortadan kaldırmak ve böylece rahatsızlık öncesi üyeliğini

yeniden teyit etmek için geliştirilen toplumsal ritüelleri içerir. Bütün toplumların dışlama ve üyeliğe kabul ritüelleri temelinde organize olduklarını öne sürebiliriz. Geleneksel Hıristiyanlıkta temel üyeliğe kabul ritüelleri vaftiz, kiliseye kabul ve evlilik gibi dinsel ayinlerden oluşurken, dışlayıcı ritüeller aforoz etme, 'ritüel ölüm cezası' ve farklı toplumsal dışlama biçimleriydi. Bu açıdan, rahatsızlık bir marjinallik biçimi ve bunun temel tedavi mekanizması toplumsal bütünleşmedir. Bu perspektiften, Parsons'ın Amerikan toplumu bağlamında hastalık-rolü analizinin önemli bir özelliği bireye ve sapmanın bireyselliğine vurgusudur. Bu hastalık-rolü içinde kişi bireyciliğin değerlerinden değil, 'başarı' ve 'ilişkilere katılma' değerlerinden sapar. Bunun nedeni, bir ölçüde, Batılı tıbbın modern hastalık teorileri aracılığıyla rahatsızlığın bireyselliğini vurgulamasıdır.

Lâik Batılı toplumlarda hastalık ve sağlığın sınırının kollektif süreçlerle çizilebileceği çok az kamusal ritüel vardır. Toplumsal üyelik ve ilişkilere katılmayla bağlantılı temel ritüellerin çoğu ortadan kalktı; ritüellerimiz parçalandı ve lâikleşti. Çağdaş sanayi toplumlarında toplumsal üyeliğin tanımı, ayrıca tipik olarak, ülkenin dilini konuşmaya ve belirli bir eğitim biçimine bağlı belirli siyasal yurttaşlık anlayışları tarafından belirlenir (Gellner, 1983). Modern toplumun ritüelleri, tıbbî-toplumsal sapkınlık ve normallik tanımlarından ziyade, milliyetçilik tanımlarıyla ilişkilidir. Hastalığa yakalandığımızda kamusal etkinliklerimizden, hatta dostlarımız ve akrabalarımızdan tecrit edilmemiz Batılı toplumlara özgüdür. Hastalandığımız için yataklarımızın mahremiyetine ve özel alanlarımıza çekildiğimizde kamunun gözetimi ve kontrolünden uzak kalırız. Aksine, hastane ortamı bizi yeniden kurumsallaştıracak, tecrit edecek ve çoğu kez akrabalarımız veya dostlarımızla düzenli ilişkilere katılmamızı engelleyecektir. Hastalık bu koşullar altında yabancılaştırıcı ve aşağılayıcıdır; hastalanma, toplumsal grupla bütünleşmek ve onun içinde yer almaktan ziyade, uzaklaşmayı ve ayrılmayı gerektirir. Bu açıdan, Parsons'ın Batılı ülkelerde, "hastalık-rolü –sağlığına kavuşmayı ve çalışmayı kişisel ve toplumsal olarak arzulanır kılan– bir toplumdaki hastalık durumu miktarını düzenleyen bir sosyal kontrol biçimidir" iddiasını destekleyebiliriz.

Bu hastalık durumu ve sağlık örüntüsü çağdaş Japonya'daki rahatsızlık davranışı ve tedavi biçimiyle keskin bir karşıtlık içindedir. Japonya ve ABD, sanayileşmiş kapitalist toplumlar olmalarına rağmen, oldukça farklı kültürel sistemlerdir. Özellikle Japonya Batılı sanayi toplumlarında tipik olan bireyci bir kültüre sahip değildir ve, bu nedenle, Japonya'daki rahatsızlık davranış örüntüleri bireyci de-

ğerler sergilemez (Abercrombie *et al.*, 1986).

Japon kültüründe daha olumlu bir hastalık durumu yaklaşımı vardır, ancak bu olumluluk işe gitmeme değil, tatil ve dinlenme anlamındadır. Japonlar hastalarını Batılı toplumlarda nadiren görülebilecek bir biçimde şımartırlar. Japonların yaklaşımı, tüm rahatsızlıkların temel tedavi biçimi olarak 'ansai'yi (huzur ve dinginliği) vurgulamaktır. Hastaneye yatmak sağlığına kavuşmak için gerekli olumlu bir görev biçimidir. Bu rahatsızlık ve dinlenme anlayışının göstergesi Japonya'da bir hastanın sanayi toplumlarındaki hastalara göre hastanede ortalama olarak daha uzun bir süre yatmasıdır. 1970'lerde ortalama hastanede yatma süresi ABD'de 8.1 gün ve İngiltere ve Galler'de 13.1 gün iken, Japonya'da 42.9 gün idi. Ayrıca, Japonya'da hastaneye yatmak akrabalarla ilişkilerin kesilmesine işaret etmez. Japonya'da akrabalarla düzenli ilişkiler özellikle besinleri paylaşmanın önemli olduğu bir ritüelleşmiş ziyaret sistemi aracılığıyla sürdürülür. Japonya'da hastaneye yatma, rahatsızlığın çoğu kez toplumsal ilişkilerin seyrekleşmesinden ziyade yoğunlaşmasına yol açtığı modern çağ öncesi toplumlarda sapkının toplum içinde tedavisini andırır.

> hastaneye yatmayla ilişkili kriz durumuyla birlikte hastanın tüm toplumsal ilişkiler ağı harekete geçer ve hem olumlu hem de olumsuz açıdan yeni bir yoğunluk düzeyine ulaşır. 'Drama'ya katılanların tümü ilişkilerini yeniden gözden geçirmek zorunda kalır. Hastanede yatılan dönemde hastanın toplumsal ilişkiler ağının sağlamlığı test edilir (Ohnuki-Tierney, 1984: 210).

Akrabalık sistemi, hasta ve hastane arasındaki bütünlüğü hastaların hastanedeyken günlük elbiselerini giymeleri ve Batılı sistemde oldukça yaygın olan genel bürokrasi biçimlerine tâbi olmamaları simgeler. Batılı sistemlerde hastaneye yatmaya çoğu kez 'aşağılama seremonileri' olarak adlandırılan uygulamalar eşlik etmiştir (Garfinkel, 1956). Aşağılama, sosyal sistem içinde yer alarak sağlığın arzulanırlığını pekiştirici ve bireysel özerklik ve kendine dayanmayı yeniden sağlayıcı bir etkiye sahiptir.

Sonuç

Parsons'ın hastalık-rolü kavramına haklı eleştiriler yapılsa da, onun hastalık durumu teorisinin içerimleri henüz yeterince araştırılmamıştır. Hastalık-rolü kavramı özellikle karşılaştırmalı sosyolojide kültür ve

sosyal sapma analizi için güçlü bir araçtır. Parsons'ın "hastalık durumu sosyal kontrole tâbidir" görüşü rahatsızlık davranışıyla ilişki içinde kültürün analizinde kullanışlı bir yol sağlar. Onun hastalık-durumu tartışması hastanın sorumluluğu ve rahatsızlık karşısındaki toplumsal tepkiler problemini ön plâna çıkarmıştır. Hastalık-rolü fikri hastalık durumunu bireyin ilişkilere katılmasını engelleyen bir toplumsal eylem biçimi olarak ele almayı sağlayacak iradeci bir perspektifi önleyen biyomedikal modele eleştirel bir alternatif oluşturur. Bununla beraber, biyomedikal model sorumluluğu ortadan kaldırarak hastayı rutin görevlerden ve toplumsal faaliyetlerden muaf tutar. Onlar artık sorumlu olmadıkları için ahlâkî eleştirilere ve yasal bir cezaya maruz kalmazlar. Bu şekilde sorumluluklarından kurtulan hasta farklı sosyal statü kayıpları yaşayabilir, fakat bu ritüeller örtük olarak gerçekleştirilebilir. Sorumluluk ve bireysel özerklik problemi akıl hastalığının analizinde büyük önem taşır.

4
Delilik ve Psikiyatri

Colin Samson

Bu bölümde, akıl sağlığı ve hastalığını üç sosyolojik boyutta ele alacağım. İlk olarak, Michel Foucault'nun ilerlemeci, liberal akıl hastalığı tarihine yönelttiği eleştirileri bir başlama noktası olarak alarak, deliliğe ilişkin anlayışlar ve araştırmaların doğası, karakteri ve tarihsel gelişimi konusundaki farklı perspektifleri inceleyeceğim. İkinci olarak, yakın dönemde akıl hastanesi politikasında –kurumsuzlaştırmaya ve toplum akıl sağlığı reformlarına yol açan– ters yönde bir gelişme üzerinde duracağım. Bu reformların özelleştirmenin ekonomi politiğiyle bağlantısını Britanya ve ABD örneğinde ortaya koyacağım. Ayrıca, Franco Basaglia'nın çalışmalarını temel alan İtalyan kurumsuzlaştırma modelini karşılaştıracağım. Son olarak, akıl sağlığı kavramının statüsünü tartışacağım. Akıl hastalığı egemen konumdaki akıl sağlığı uzmanları, psikiyatrlar tarafından özünde organik kökene sahip bir olgu olarak görülürken, sembolik etkileşimcilikten etiketleme teorisine ve epidemiyolojiye kadar farklı yaklaşımlarda psikiyatrinin büyükçe kesiminin biyolojik indirgemeciliği sorunsallaştırılır ve eleştirilir. Bu biyomedikal görüşe güçlü tepkiler yukardaki yaklaşımların yanı sıra meslek içinden, en dikkate değer olanları R.D. Laing ve Thomas Szasz'dan gelmiştir.

Deliliğin Tarihleri

Foucault'nun hacimli kitabında (1965) sunduğu deliliğin tarihi sosyal bilimler ve insan bilimlerinde ciddi araştırmalar ve tartışmaların başlamasında merkezî bir rol oynamıştır. Kitap ilk kez Fransızca olarak 1961'de ve İngilizce olarak 1965'te yayınlanmış olmasına rağmen, 1970'lere kadar İngiliz ve Amerikalı sosyologların fazla dikkatini çekmemiştir. İngilizce çeviri orijinal uzun *Historie de la Folie*'nin özetidir. Foucault *Hapishanenin Doğuşu*'nda (1977) *Deliliğin Tarihi*'nde (1965) araştırdığı tezi biraz daha genişletir.

Foucault'ya göre, bazı önemli olaylar delilik kavramının ve yaklaşımlarının tarihinde ortaya çıkan değişimlerin işaretleridir. Bu işaret-

ler cüzamın azalması ve Ortaçağın sonlarında ortadan kalkması, 1659'da Paris Genel Hastanesi'nin kurulması, William Tuke ve Philippe Pinel'in 17. yüzyıl sonlarında geliştirdiği akıl hastalarının ahlâkî tedavisi, tıbbî rasyonalitenin ve tıp mesleğinin akıl hastalığının tedavisi konusundaki zaferi ve son olarak, 19. yüzyıl sonlarında akıl hastalığının kontrolünün nihaî çözümü olarak Panoptik bir cezaevi mimarisinin ortaya çıkışıdır. Avrupa düşüncesinde bazı kavramsal ve algısal değişimler bu olaylarla bağlantılıydı. Foucault'nun analizinin bir teması, Aydınlanmadan bu yana deliliğe tepkinin –farklı otoritelerin delinin 'mantık-dışılığı'nı bastırmak için rasyonel bilgiye başvurdukları– geniş bir susturma politikasını içerdiğidir. Doğal olarak, deliler tıbbî, ahlâkî ve bilimsel akıl hastalığı söylemi tarafından giderek daha fazla kontrol altına alındılar, zira onların mantık-dışılığı mantık ve sistematik düşünce için büyük bir utanç kaynağı oluşturmaktaydı. Foucault'nun *Deliliğin Tarihi*'nin 'Giriş' kısmında ifade ettiği gibi:

> Akıl hastalığının durgun dünyasında modern insan artık deliyle iletişim kurmaz; bir yandan, akıllı insan deliyi hekime emanet eder ve böylece sadece hastalığın soyut evrenselliği aracılığıyla bir ilişkiyi otorite kılar; öte yandan, deli toplumla sadece düzen, fiziksel ve ahlâkî kısıtlayıcılıktan meydana gelen aynı ölçüde soyut bir akıl, anonim baskı grubu, uyumun gerekleri aracılığıyla iletişim kurar (1965: x).

Ortaçağ sonlarında Avrupa'nın düşünce dünyasında delilik cüzamın yerini aldı; örneğin, Bosch ve Breughel'in resimlerinde deli korkutucu bir biçimde tasvir edilir. Aydınlanmaya kadar, delilik Avrupa'da ve Kuzey Amerika'da, neredeyse hemen her yerde kötü ruhlar veya büyücülükle ilişkilendirilmekteydi. Deli çoğu kez asılmış veya yakılmışsa da, cezalandırma henüz sistematik hâle gelmemişti. Zararsız deliler hâlen, Cervantes'in *Donkişot*'ta ve Shakespeare'in *Kral Lear*'de betimlediği gibi, aptallıklarını bütün gün başıboş dolaşarak sürdürmek ve sergilemekte serbestlerdi.

Birçok bakımdan, aptallık olarak delilik fikrinden mantık-dışılık olarak delilik algısına geçiş Foucault'nun perspektifini anlamak için oldukça önemlidir. Aydınlanma kaynaklı bilgiler ve felsefeler 'doğruluğu' sadece doğrudan empirik algılarla kavranabilecek bir şeye indirgediler. Neticede, yeni zihin bilimlerinde, örneğin felsefede, ancak bilhassa 18. ve 19. yüzyıl psikolojisi ve psikiyatrisinde doğrudan gündelik olaylar ve davranışların gözlemlerinden elde edilebilecek ve edilemeyecek bilgiler biçiminde köklü bir ayrım yapılmaya başladı. Delinin davranışları ve düşünceleri akıldışı ve yanlışlık dün-

yasına ait olarak görülürken, akıl ve doğruluk özdeşleştirildi. Caputo'nun (1992) kavrayışlı bir biçimde öne sürdüğü gibi, zaten böyle bir dikotomi 'akıldışı'dır; ve Foucault deliliğin nasıl yorumlandığına yoğunlaşarak bir arkeolojik çalışma üretmiştir.

Aydınlanma sonrası otoriteler akıldışını tecrit ve ifşa etmek için 'büyük kapatma'yı teşvik ettiler; bu kapatma 17. yüzyıl ortalarında Fransa'da ve 16. yüzyılda İngiltere'deki ıslahevlerinde uygulanmıştır. Büyük kapatma kurumları birçok amaca hizmet etmiştir: dinsel ve ahlâkî erdemlerin aşılanması, işsizlerin sayısının azaltılması ve neticede 19. yüzyılda tıp biliminin mabedi olarak yeni meslek psikiyatrinin kendi kontrol yöntemleri, psikolojik teorileri ve sınıflandırma sistemlerini geliştirmesi.

19. ve 20. yüzyılda deli hayvanî doğaya sahip biri olarak betimlenir, fakat Foucault çalışmalarında bu hususa değinmez (bkz. Jodelet, 1992). Onlar temel biyolojik doğaları nedeniyle iğrenç ve kirli ve kendini sınırlayacak en temel güçlerden yoksun varlıklar olarak betimlenmekteydi ve hâlen de öyledir. Yatan hastalar halkın izlemek ve alay etmek için bir ücret ödeyerek girdikleri Bedlam gibi tımarhanelerde zincirle bağlanmaktaydı. 18. yüzyılda toplardamardan kan alma, suya batırma (hidroterapi) gibi birçok psiko-medikal teknoloji ve farklı mekanik kısıtlayıcılar kullanılmaktaydı. Foucault 19. yüzyıl başlarında İngiliz hekim Mason Cox'un "dönen makine'sini şöyle betimler:

> zemine ve tavana sabit dikey bir direk yerleştirilir; hasta direğin etrafında dönen yatay bir kol aracılığıyla bir sandalyeye veya asılı yatağa sıkıca bağlanır; makine "çok kompleks olmayan bir dişliler sistemi" aracılığıyla 'arzulanan hız'a ayarlanır (1965: 176).

Tımarhane veya akıl hastanesi bu ve diğer mekanik pratiklerin uygulandığı bir kurumsal ortam hâline gelmiştir. Özellikle delilere tahsis edilen bir kurum örneği olarak tımarhane aslında 18. yüzyılın ürünüydü –bunların ilki ve en önemlisi 1751'de Londra'da kurulan St. Luke hastanesiydi (Busfield, 1986: 204; Scull, 1993: 18). Hastaneler 19. yüzyıl ortalarından itibaren Jeremy Bentham'ın Panaptikon'unun ahlâkî ve fiziksel mimarisi üzerine inşa edilmeye başladı –bunlar hastaların her zaman tamamen görülebileceği, gözlenebileceği ve gözetim altında tutulabilecekleri mekânlardı. Panaptikon gardiyanlar, bekçiler ve muhafızlar için merkezi bir gözetleme noktası olarak tasarlandı. Bu gözetleme noktasından başlayarak koğuşlara davranışları her zaman yetkililer tarafından gözetlenebilecek kişiler yerleştirilir. Foucault'ya göre, Panapticon baskıcı gücün kapsamlı bir impa-

ratorluk alanıydı. Bedenler, mekân tüm sakinleri her zaman gözetleyebilecek şekilde düzenlenerek disiplin altına alınır ve kategorileştirilir. Günümüzde çoğu hapishane ve akıl hastanesinin mimarisi hâlen Panapticon'un etkisini taşımaktadır.

Rasyonalizm ve 19. yüzyılda pozitivizm bu uygulamaların daha kesin ve sistematik bir biçimde kullanılmasını mümkün kılan bilgiler sağladı. Doğaüstü ve şeytani güçlerden bilimsel bilgiye geçişi, çoğu kez, Philippe Pinels'in 1792'de Bicêtre tımarhanesinde tecridi kaldırması ve üç yıl sonra Fransa'da kurulan ikinci en büyük akıl sağlığı kurumu Salpêtrière simgeler (bkz. Deutsch, 1949: 89-91; Doerner, 1981: 127-138; Skultans, 1979: 53-55). 'Psikiyatrinin babası' olarak görülen Pinel, bazen duyguları anlamak için bilimsel bir yaklaşım kullansa da, daha ziyade hastadan kan alma ve hapsetme gibi tıbbî tedavilerin reddedilerek ahlâkî ikna yönteminin tercih edildiği uluslararası etkiye sahip *ahlâkî tedavi* yöntemiyle hatırlanır.

Bu ahlâkî vurgu özellikle Kuveykır William Tuke'un 1796'da York dışındaki ünlü Sığınma Evini inşa ettiği İngiltere'de geliştirilmiştir. ABD'deki Sığınma Evininin ve benzer akıl hastanelerinin amacı, hastalara bir aile atmosferinin yaratılabileceği ve problemli zihinleri sakinleştirip meşgul edebilecek iş ve çalışma ortamının yer alacağı kurumsal olmayan ve kırsal bir barınak sağlamaktı. Tımarhane sakinlerine öncelikle hayvan muamelesi yapılmayacak, hayırsever bir yönetim altında nezaket ve saygı içinde tedavi edileceklerdi. Yine de, müsamahakâr davranmaktan ziyade, düzenli, kurallı bir kontrol tavsiye edilmekteydi (Busfield, 1986: 208-212; Deutsch, 1949: 93; Donnely, 1983: 40-45; Rothman, 1971: 133-154). 18. yüzyılın ve Viktorya çağının ahlâka kültürel ilgisi bu tür disiplin işlemlerinin temelini oluşturacak psikolojik bilgileri sağladı. William Hogarth'ın *Ahlâksızın İlerlemesi* oymabaskısında delilik kötü alışkanlıklar, kadınsılaşma ve kontrol edilmeyen haz düşkünlüğünün bedeli olarak tasvir edilir.

Bununla beraber, deliliğin tarihinde insanî bir ceza tecili olarak görülebilecek ahlâkî tedavi Foucault'ya göre bir başka sessizleştirici söylemdir. Ona göre, Tuke ve Pinel'in ahlâkî tedavisi tımarhanedekinden bile daha sinsi ve istilacıydı. Pinel'in *ahlâkî tedavi*si "doğrudan katı kurallar ve ahlâkla ilintiliydi" (Doerner, 1981: 134). Toke'un Sığınma Evi hastalara çocuk muamelesi edilen, coğrafi olarak tecrit edilmiş bir akıl hastanesiydi. O, fiziksel kısıtlamanın yerine dinsel öğretiler, ahlâkî aşağılamalar ve suçluluk duygusuyla kendini kısıtlamayı geçirmiştir. Foucault'nun ifadesiyle:

> Delilik keyfilikten, sadece, tımarhanenin yargıçlar ve işkencecileri-

> le dolu bir tür nihayetsiz duruşma; hayattaki bir ihlâlin, hapishanedeki hayata uygunluğu nedeniyle, bir toplumsal suç, gözetlenme, mahkûm etme ve cezalandırma biçimine dönüştüğü bir duruşma; hiçbir sonuca sahip olmasa da, içselleştirilmiş bir vicdan azabı biçiminde sürekli olarak yeniden başlayan bir duruşma hâline gelmesi için kurtarılmıştır (1965: 269).

Zamanla Foucault deli üzerinde uygulanan kontrolün daha sıkı hâle geldiğini ve giderek daha fazla kendini düzenlemeye yol açtığını düşünmeye başladı ve burada Weber'in bir 'çelik kafes' olarak bürokratik toplum metaforunun yansıması söz konusudur. 20. yüzyıl ortalarında hastanın zihinsel süreçlerini yapay olarak değiştirmek için ruh hâlini düzenleyen ilâçlar, farmakolojik yatıştırıcılar, beyin cerrahisi ve elektrik şoku tedavisi geliştirilmişti. Nihayetinde düşünceyi daha doğrudan yönlendirebilecek yeni teknikler sayesinde özel bir ahlâkî yeniden-sosyalleşme alanı olarak tımarhane gereksiz hâle geldi.

Foucault'nun güç ve bilgi söylemlerini vurgulayan soykütüğü yaklaşımı daha geleneksel 'ilerlemeci' doğrusal sosyal tarih teorilerinin karşısına konulabilir. Marksizm veya Marksist işlevselcilik, özellikle Andrew Scull'un çalışmasında (1979, 1981a, 1989, 1993) öne çıkan Marksist işlevselcilik sosyal bilimler içinde bunlardan en etkilisiydi. Foucault dikkati delilik anlayışları ve tedavilerindeki değişimlerin ekonomik boyutlarına çekse de, önceden ileri sürüldüğü gibi, onunki güç ve bilginin maddi yeniden-üretime indirgenemeyen kültürel inşalarını vurgulayan hermeneutik bir çabadır. Öte yandan, Scull'un tarih-yazımı, daha dar düzeyde, özel delilik yaklaşımlarının kapitalist sistem açısından 'işlevler'ine odaklanır. Örneğin, Scull'a göre (1979: 36; 1993: 35), delilerin hastanelere kapatılmasını ve deliliğin psikiyatri aracılığıyla zorunlu bir tıbbî kategoriye dönüştürülmesini sağlayan şey 19. yüzyılda kapitalizmin olgunlaşmasıyla ortaya çıkan toplumsal dönüşümlerdir. Bu analize göre, kapitalist ekonomi –ayrıca bedensel olarak potansiyel emek-gücü içinde yer alabileni alamayandan ayıran– bir maksimum işgücü hareketliliği 'ihtiyacı' üretmiştir. Nitekim, bedensel olarak işgücü içinde yer alamayan yoksullar tıbbî bir kategoriye dönüştürülür ve kapitalist ihtiyaçlar açısından gereksiz fazlalıklar olarak tımarhanelere kapatılırken, bedensel olarak yer alabilenler fabrikanın bir tür 'hayvan yemi' hâline geldiler.

Foucault ahlâkî tedavi dönemini akıl adına sinsi bir koşullandırma olarak görürken, Scull gibi Marksistler onu, 'yapısal' faktörlere referansla, özellikle kapitalist sistemin sermaye birikiminin daha az aksaması için sapkınları farklı kategorilere ayırma gerekliliği temelinde

açıklama eğilimindedir. Scull'a göre (1993: 227-228) ahlâkî tedavinin gözden düşmesinin nedeni onu tıbba dâhil etmeye çalışan mesleki ideolojinin zayıf olmasıdır. Hekimlerin, gündelik bilgileri uygulamaktan ziyade, fizyolojik teorilere (örneğin, kafatası bilimine) başvurarak 'bilim'le ilgili ek iddialar sayesinde daha üstün görünmeleri zor değildi. 19. yüzyılın ilk yarısında, ahlâkî tedaviyle ilişkili fikirler kolayca – halkın tıp bilimine güvenini artırmak için sunulan– tıbbî fikirlerin içine yedirildi. Tıp gelişen teknik cephanesine ahlâkî tedaviyi de dâhil ederek tıbbî tekel için Parlamentoyu ikna edebilecek bir platform yaratmayı başardı ve gerçekte 1845'te Akıl Hastanesi Yasası ve Akıl Hastalığı Yasasının geçmesiyle bu talep fiilen tanınmış oldu. Bu Yasalarla merkezi bir akıl sağlığı komisyonu kuruldu ve bölge akıl hastaneleri inşa edildi (bkz. Busfield, 1986: 245).

Yüzyıl ilerlerken, daha fazla deli ve yoksulun hastaneye yatırılmasıyla ve sokağın ahlâkî tedavi ilkelerinin terk edilmesiyle bu tımarhanelerin sayısı ve büyüklükleri arttı. Psikiyatrlar hem deliliği tanımlamakla hem de hastaların tımarhaneye yatırılmasıyla yükümlü oldukları için kendi hizmetlerine talep yaratabilirlerdi. Britanya'da 1849'da akıl hastanesinde yatanların sayısı 23 akıl hastanesinde yaklaşık 27.000 kişiyken, 1909'da 95 akıl hastanesinde 105.000 kişi tedavi görmekteydi (Scull, 1993: 369). 1807'de resmen akıl hastası olarak tanımlanan kişilerin toplamı sadece 2248'ti (Scull, 1993: 337). 19. yüzyıl sonlarında bir akıl hastanesi ortalama 1000 hasta barındırmaktaydı. Benzer şekilde, ABD'de hastaneler ve tımarhanelerde yatan akıl hastası sayısı 1840'da 2561'ken, bu miktar 1890'da 74.028'e fırladı (Deutsch, 1949: 232). Devlet akıl hastanelerinin sayısı 1825'te 9'ken 1865'te 62'ye çıktı (Dain, 1964: 55). Akıl hastanelerinin sayısı artar ve aşırı kalabalıklaşırken, terapiye dayalı tedaviden ziyade koruyucu tedavi kurala dönüştü.

Scull (1993: 344-363) akıl hastanelerinde yatanların sayısının artmasını hem meslekî emperyalizm (psikiyatrların hep daha kapsamlı delilik tanımları geliştirmeleri) hem de kamunun akıl hastanelerini istenmeyen akrabaları ortadan kaldırma alanları olarak görmesi eğilimindeki artışla açıklar. Bununla beraber, Busfield'e göre (1986: Bölüm 6), İngiliz Yoksullar Yasası sistemi akıl hastanelerinin genişletilmesi için gerekli siyasal, toplumsal ve ekonomik çerçeveyi oluşturmuştur. Devlet akıl hastaneleri esasen Yoksulluk Yasası kurumlarıydı ve zamanla, kendine bakamayacak olanların kalabilecekleri ucuz yerlere dönüştüler. Bu düşünceye göre, daha sonra bir reform konusu hâline gelecek uzun dönemli koruyucu tedavi örüntüsünü belirleyen güç psikiyatri mesleği değil devletti.

Bununla beraber, ABD'de deliliğin sosyal tarihi Foucaultcu ve Marksist "Britanya ve Avrupa'da deliliğin tarihi" açıklamalarında doğrudan analiz edilmeyen ilginç karşıtlıklar sergiler. ABD'de kurumsal bir sistem Avrupa'dan sonra gelişti ve ilk akıl hastanesi 1756'da Philadelphia'da kuruldu. 1830'larda birçok eyalette, delilerin yaygın başıboşlukları, tutuklanmaları ve tımarhanelere kapatılmaları karşısında devlet akıl hastaneleri inşa etmeye çalışan güçlü bir hareket başladı ve bunlardan ilki 1833'te Massachusetts, Worcester'da inşa edildi. Bu akıl hastanelerinden çoğunun ilham kaynağı York Sığınma Evi olsa da, ABD'de İngiliz tedavi modelinde tıbbın rolünün asgari düzeyde kalmasına karşı bir tepki vardı (Deutsch, 1949: 111).

Amerikan psikiyatri teorisi üzerindeki güçlü bir etki Bağımsızlık Bildirgesi'nin imzalayıcılarından biri olan, Köleliğin Kaldırılması Derneği'nin başkanlığını yapan ve Amerikan psikiyatrisinin kurucusu olarak kabul edilen Benjamin Rush'tı (1746-1813). Onun yüzü Amerikan Psikiyatri Derneği'nin ambleminde yer almaktadır. Rush ilk genel psikiyatri elkitabını ABD'de 1812'de yayınladı. Onun kitabı *Akıl Hastaları Üzerine Tıbbî Araştırmalar ve Gözlemler* ABD'de 70 yıl boyunca alandaki tek metin olarak kaldı. Szasz (1970: 141-143) Rush'ın yazılarında sosyal problemler ve kişilik özelliklerinin kapsamlı tıbbî kategorilere dönüştürülmesine dikkat çeker. Rush, örneğin, Amerikan Devrimi'nin görüşünün aksine, tıbbın güçlerine inanmamanın ve ateizmin birer hastalık olduğuna inanır. Delilik, Rush'a göre, kaynağında beyin damarları yatan bir damar hastalığıdır (bkz. Deutsch, 1949: Bölüm 5; Szasz, 1970: Bölüm 9). Temel çözümler toplardamardan kan alma (venesection), müshiller ve kusturucu ilâçları içerir. Rush bir hastada 47 işlemde 470 ons kan aldığını rapor eder ve bu uygulamayı yazılarında ayrıntılı olarak savunur. Rush tedavi amacıyla Foucault'nun Avrupa'yla ilgili betimlediklerine benzer oldukça pahalı mekanik araçlar, örneğin jiratör* ve sakinleştirici koltuk icat etmiştir (Deutsch, 1979: 79).

Mekanik kısıtlamanın daha açık hâle geldiği 19. yüzyıl sonlarına kadar Britanya'daki çoğu akıl hastanesi, özellikle John Connoly'nin (1794-1867) Hanwell akıl hastanesinde kısıtlamaya karşı çıkması sonucunda fiziksel özürlü hastalara karşı tedbirli bir görüşü benimsedi. Öte yandan, 'Utica beşiği', hidroterapi ve kimyasal yatıştırıcılar gibi araçları benimseyen Amerikan psikiyatrlar ve akıl hastanesi yöneticileri Connoly'nin politikasını büyük ölçüde reddettiler (bkz.

* Bir nesne veya insanı kendi ekseni etrafında döndürebilme gücüne sahip bir âlet.

Castel *et al.*, 1982: 19; Deutsch, 1949: 222-223). Bu kısıtlamaları yüksek sesle savunanlara göre, 'kırmızı kanlı' Amerikalılar özgürlükçü ve özgür düşünceliyken, İngilizler (mantıklı veya deli) otoriteden korkan ve itaatkâr varlıklardır (Deutsch, 1949: 224). Sonuç olarak, Amerikalı yetkililer Avrupalı meslektaşlarına göre daha yüksek oranda rahatsızlık rapor etme eğilimindeydi. Sınıfsal talepleri olmayan ve sosyal hareketlilik düzeyi daha yüksek olan bu toplumsal düzen Avrupa'da nüfusun büyük çoğunluğunun yoksun olduğu geniş fırsatlar ve imkânlara ulaşmanın yolunu açtı. Sonuç olarak, Amerikan toplumu akıl hastalığına yol açtığına inanılan büyük tutkuları, doyurmasa da, ödüllendirdi (Rothman, 1971: 115). 20. yüzyıl başlarında Kaliforniya gibi Batılı eyaletlerde akıl hastalığı oranları oldukça yüksekti. Bunun tıbbî açıklaması, altın histerisinin ve devletin dinamik sanayileşmeyi teşvikinin deliliği artıran istikrarsız bir toplum yaratmasıydı (Fox, 1978: 22).

Avrupalı ülkelerin aksine, ABD nüfusu fetih ve sömürgeleştirmeden beri daha açık bir biçimde çok kültürlüydü. Farklı insan gruplarının dinamik karışımı belirli bir anomi ve normsuzluğu teşvik ederek akıl hastalığı eğilimlerini şiddetlendirmekteydi. Gerçekte, 19. yüzyıl ortalarında akıl hastanelerindeki en kuşkulu alt grup muhtemelen yeni göçmenlerdi (Rothman, 1971: 283). Fox (1978: Bölüm 4) San Francisco'da 20. yüzyılın ilk 30 yılında akıl hastalığına yakalanma düzeyleri araştırmasında yabancı doğumlu hastaların daha yüksek oranda yer aldığını buldu. Göçmenler sadece akıl hastanelerinde daha fazla yer almıyordu, onlar aynı zamanda muhtemelen daha fazla işçi sınıfından bireylerdi ve muhtemelen daha fazla oranda polis tarafından gözaltına alınmışlardı. Edward Jarwis ve İsaac Ray gibi tanınmış psikiyatrlar İrlandalı göçmenlerin özellikle deliliğe daha fazla eğilimli olduklarını düşünüyordu. Bu durum yoksulluk, eğitimsizlik, ayyaşlık ve Amerikan toplumunun koşullarına adapte olamamakla açıklanıyordu. Worcestor Devlet Hastanesi'ndeki bir yönetici 1840'larda İrlandalılardaki düşük iyileşme oranını onların 'tedbirlilikleri' ve "anavatanlarına güçlü bağlılıkları" ile açıklamaktaydı (Dain, 1964: 102). İrlandalılara ve diğer yabancı doğumlu hastalara muhtemelen daha farklı tedaviler uygulanmaktaydı (Grob, 1973: 230).

Sözde akıl hastalığına eğilimli bir başka grup Afrika kökenli Amerikalılar, özellikle özgürlüğünü kazanmış kölelerdi. Örneğin, Benjamin Rush Zencilerin aşırı pigment biçiminde kendini gösteren bir kalıtsal cüzam biçiminden mustarip olduklarına inanıyordu (Szasz, 1970: 155). İç Savaştan sonra Amerikalı bilim adamları arasında Afrikalıların anatomik özelliklerine büyük ilgi vardı. Köleliğin kaldırılma-

sından sonra Birleşik Devletler Ruh Sağlığı Komisyonu'nun zencileri araştırmak için oluşturduğu kapsamlı bir araştırmada Zencilerin ırksal dış görünüşü, burun genişliği, beyin ağırlığı ve genişliğini Avrupalılarınkilerle karşılaştırmak için antropometrik ölçümler kullanıldı. Bu karşılaştırmalar temelinde, Afrika kökenli Amerikalıların zihinsel seviyelerinin çoğu kez daha düşük olduğu sonucuna ulaşıldı. Bu araştırmaların köle sahiplerinin çıkarlarına hizmet etmedikleri için bilimsel güvenirliğe sahip oldukları kararına varıldı (Haller, 1971: 34). Bununla beraber, özgürlüğünü kazanan köleler arasındaki akıl hastalığı oranının köleler arasındakinden daha yüksek olduğunu gösterdiği iddia edilen veriler köleliği destekleyen politikacılar tarafından "kölelik Zenciler üzerinde koruyucu bir etkiye sahipken, özgürleşmenin bir tehdit oluşturduğu" fikrini geliştirmek için kullanıldı (Dain, 1964: 106). Diğer kafatası-bilimi araştırmaları, örneğin 1850'de Louis Agassiz'in ve Samuel George Morton'ın 1820-1851 yılları arasındaki çalışmaları bu düşünce çizgisini beslemeye hizmet etti (Gould, 1981: 42-68).

Daha açık bir biyolojik yönelimi temsil eden Amerikan psikiyatrlar kalıtsal faktörleri, özellikle deliliğin Mendelci genetik mekanizmalarla ebeveynden çocuğa geçebileceğini vurgulamaya başladılar. Bu yönelimi 20. yüzyıl başlarında ırksal saflık hareketi temsil eder. Irksal saflık terimi –kelimenin tam anlamıyla 'kalıtsal soyluluk' fikri– Charles Darwin'in bir kuzeni Francis Galton tarafından icat edilmiştir. Irksal saflık felsefesi büyük ölçüde Darwin'in *İnsanın Türeyişi* (1981) adlı çalışmasındaki doğal seleksiyon ilkelerinden ve özellikle *bırakınız yapsınlarcı* kapitalizm anlayışının ve toplumsal eşitsizliğin organik temelini ortaya koymaya çalışan Herbert Spencer'ın yazılarında öne çıkan Sosyal Darwinist hareketten esinlenerek geliştirilmiştir.

Sosyal Darwinizm farklı insan nüfuslarının uygunluklarına göre kademelendirilebileceği ve 'uygun'u yetiştirmenin ve 'uygunsuz'u engellemenin (olumsuz ırkların ıslahının) bir bütün olarak uygarlığın çıkarına olduğu düşüncesiyle ilgiliydi. Pratikte bu düşünce 'uygunsuz' olarak tanımlanan grupların –Afrika kökenli Amerikalılar, yoksullar, zihinsel özürlüler ve göçmenlerin– "olumsuz ırkları ıslah hareketi"nin hedefleri olması anlamına geliyordu. Bu düşünce, örneğin 1882 Çinlileri Tecrit Yasası göçmenlik karşıtı yasaları ve daha doğrudan kuzey İskandinavya'dan ve Avrupa'nın batısından göçü teşvik ederken güney Akdeniz'den ve doğu İskandinavya'dan göçleri engellemeye çalışan 1924 Göçmen yasasını etkiledi (Kevles, 1985: 94-96). Irksal ıslah hareketi 1900'lerin başlarından 1920'lere kadar zihinsel özürlülük tartışmalarını etkisi altına aldı. Bir ulus 'stoku'na siyasal

ve bilimsel ilgi döneminde akıl hastalığının (ayrıca, düşük zekânın) kalıtsal bir kusur olduğu fikri büyük taraftar topladı. Tecrit etme ve saflaştırma kusurlu stoku halletmenin iki temel yolu hâline geldi. 1930'larda yaklaşık 24 eyalet yasasında akıl hastası ve düşük zekâlı 'kusurlular'ın zorla sterilizasyonuna izin veren maddeler vardı (Kevles, 1985: 111).

Dönüm noktası Üst Mahkemenin 1927'de *Buck ve Bell* davasında bu tür uygulamalara güçlü bir hukuki zemin sağlamasıydı. Bu dava zihinsel özürlü bir kadının kızı Carrie Buck'la ilgiliydi. Carrie Saralı ve Zihinsel Özürlüler için oluşturulan Virginia Kolonisinde bir kız çocuğuna (Vivian) hamile kaldı. Koloni Carrie'nin itirazlarına rağmen Vivian'ın sterilizasyonunda ısrarlıydı. Dava Üst Mahkemeye geldiğinde henüz yedi aylık olan Vivian bir dizi zekâ testine tâbi tutuldu ve kusurlu çıktı. Kanıtları inceleyen uzman onun kesinlikle normal olmadığı 'görüş'ündeydi. Carrie Buck davayı kaybetti. Özetle ifade edersek, Oliver Wendell Holmes'un ünlü sözüne göre "Üç embesiller kuşağı yeterlidir". Virginia Kolonisi on yılda 1.000 kişiyi temizledi. ABD'de 1930'ların ortalarında 20.000 sterilizasyon gerçekleştirildi. Kaliforniya ırksal ıslaha başvuran, 1900'ların başlarında akıl hastalarının 'kısırlaştırılması' için önlemler alan ülkelerin başında yer almaktaydı (Fox, 1978: 27). Bununla beraber, Amerikan psikiyatri teori ve pratiğine Sosyal Darwinizmin ve ırksal ıslahın girmesi sadece Amerika'ya özgü bir sapkınlık örneği değildir. Hem Skultans (1979) hem Showalter (1985: Bölüm 4) Britanya'da (özellikle çalışması hemen her zaman zihinsel rahatsızlık, ahlâkî uygunsuzluk ve suçun temeli olarak dejeneratif ve kalıtsal kusurları vurgulayan Henry Maudsley'nin etkisi altında) 'psikiyatrik Darwinizm'in yaygınlığına dikkat çeker. Nitekim, Avrupa ve ABD delilik anlayışları soykütükleri ve etkileri bakımından farklılıklar sergilese de, 20. yüzyıl başlarında aralarındaki yakınlaşmalar daha belirgindi.

Foucault ve Weber'in çalışmasından bilindiği üzere, 20. yüzyıl tüm toplumsal hayatın bürokratik olarak düzenlenmesinde bir yoğunlaşmayı ve insanî failliğin rolünde azalışı temsil eder. Bir toplumsal-tıbbî disiplin olarak psikiyatrinin sosyal kontroldeki bu genel artışın bir parçasını oluşturduğu düşünülebilir. Akıl hastalığıyla ilgili tıbbî çözümlerden veya ilişkili biyolojik teşhis kategorilerinden yoksun olan psikiyatrlar I. Dünya Savaşı'na kadar büyük ölçüde idari kontrol tekniklerine ve Darwinist evrimci biyolojiden alınan kabullere dayandılar. Bu tutum bir bilim olma iddiası için zararlıydı ve psikiyatrinin bir branşını oluşturduğu tıp mesleği için utanç vericiydi. 1920'lerde psikiyatri teşhis alanı konusunda nörolojiyle ve ABD'de ve

Avrupa ülkelerinde psikanalizle rekabet içindeydi (bkz. Armstrong, 1983: 20-22). Hem nöroloji hem psikanaliz, oldukça farklı biçimlerde, daha spesifik nedensel bağlantılar kurdular ve tedavi tarzları önerdiler.

'Zihin alanı'ndaki meslek içi rekabet ortamında, 1920'ler hastada komaya veya kas spazmlarına yol açan bazı farklı 'şok' tedavileriyle psikiyatrik deneyler ve araştırmalara tanık oldu. Sonraki on yılda, uygulamalara insilün koması tedavisi ve elektroşok tedavisi (ECT) dâhil edildi. İnsilün koması tedavisi 1950'lerde geliştirilse de, Britanya'da daha sonra ve kapsamlı olarak kullanıldı. 1960'lar ve 1970'lerde popülerliği azalsa ve hakkında kötü şeyler yazılsa da, elektroşok tedavisi 1980'ler ve 1990'larda yeniden canlandı (bkz. Abrams, 1989; Coffey and Weiner, 1990; Frank, 1990; Rymer, 1989). Elektroşok tedavisi başlarda sara ve şizofrenik durumlar arasında bir çelişki olduğu fikrine dayanmaktaydı. Bir şizofrende sara semptomlarına yol açarak tedavinin mümkün olduğu düşünülmekteydi. Bunun yerini, daha sonra, elektroşok tedavisinin şiddetli depresyon geçiren hastalarda en etkili yöntem olduğu fikri aldı. Psikiyatrlar Konseyi'nin 1989 tarihli bir belgesinde elektroşok tedavisinin antidepresan etkisinin net olmadığı kabul edilir. Bu prosedür üzerine bazı analizlerde, onun etkilerini iyatrojenik beyin hasarının yol açtığı hafıza kaybıyla gösterebileceği öne sürülmüştür (Breggin, 1979: Frank, 1990; Warren, 1988).

En dolaysız iyatrojenik* hasar lobotomi (beynin bir parçasının ameliyatla alınması) ve lökotomi (beynin ön lobundaki beyaz maddenin alınması) gibi cerrahi tekniklerden sonra ortaya çıkar. Nörolojik cerrahi ilk kez 1936'da kullanılmıştır ve günümüzde sınırlı ölçüde kullanılmaya devam etmektedir. Beyin ön lobundaki bazı sinirlerin kesilmesi (prefrontal leucotomy), beynin bir parçasının ameliyatla alınması yöntemi Portekizli nörolog Egas Moniz tarafından bulunmuştur. Moniz'in 1930'ların ortalarındaki ilk operasyonlarından itibaren işlem dünyaya hızla yayılmıştır ve psikiyatrik teçhizatın önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Moniz katkısı nedeniyle 1949'da Nobel Tıp Ödülü aldı (Valenstein, 1986). Nitekim, 20. yüzyıl ortalarında mantıkdışılık sadece dışarıdan kurumsal tecritle kontrol altına alınmayıp, aynı zamanda (beyin cerrahlarının yaptığı gibi) hastalık bedenden kesilerek çıkartılmaya çalışıldı. Beyin cerrahları beynin zihinsel olarak kusurlu durumlara yol açtığı iddia edilen kısımlarını tama-

* Iatrogenic: hekimlerin faaliyetlerinden kaynaklanan, bir cerrah veya doktorun tedavisi, tıbbî müdahaleler sonucunda ortaya çıkan.

men alarak, Foucaultcu terimlerle, 'Doğru'yu empoze edebildiler.

Kurumsuzlaştırma ve Toplum Ruh Sağlığı

Bununla beraber, II. Dünya Savaşı'ndan sonra tedavi yerleri ve prosedürlerinde bir başka önemli değişim ortaya çıkmıştır. Çoğu Batılı ülkede akıl hastanesinin etkililiği sorgulanmaya başladı. Bir asırdır egemen zihinsel tedavi tarzının yeniden değerlendirilmesi nihayetinde iki önemli gelişmeye yol açtı: binlerce hastanın uzunca süredir yattıkları hastanelerden tahliye edilmesi ve halk sağlığına ve ilişkili olarak toplum içinde psikiyatrik tedaviye yönelme.

Pratikte, kurumsuzlaştırma akıl hastanelerinde yatan bireylerin sayısında çarpıcı azalmalara yol açtı. İngiltere ve Galler ile ABD'de hastane yatak sayısındaki düşüşler Tablo 4.1 ve 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.1 İngiltere ve Galler'de akıl hastanelerinde yatanların miktarı, 1955-1991

Yıl	Hastane nüfusu
1955	143.000
1965	120.000
1970	111.000
1975	87.000
1986	60.000
1991	43.000 (tahmini)

Kaynak: Bean and Mounser, 1993: 20

Tablo 4.2 *ABD'de 1950-1986 yılları arasında devlet akıl hastanelerinde yatanların miktarı*

Yıl	Hastane nüfusu
1950	513.000
1955	559.000
1960	536.000
1965	475.000
1969	370.000
1975	193.000
1979	140.000
1981	125.000
1983	117.000
1986	111.000

Kaynaklar: Brown, 1985: 51; National Institute for Mental Health, 1990: 36'dan uyarlanmıştır

Psikiyatrik yayın dünyası ve eleştirel olmayan gözlemciler, 1951'de Fransa'da rezerpin* içerikli klorpromazin (sakinleştirici ilâç) sentezi uygulamasından hastaların akıl hastanelerinden çıkartılarak topluma katılmaları hareketi için bir gereklilik ve katalizör olarak söz ederler. (ABD'de thorazine olarak ifade edilen) klorpromazin kullanımı hızla yayılmıştır ve günümüzde hâlâ kapsamlı olarak kullanılmaktadır. Psikiyatrlar ve ilâç şirketlerinin temel bir argümanı, klorpromazin ve diğer psiko-aktif uyuşturucu ilâçların akıl hastalarını başarılı bir biçimde tedavi ettiği ve bu yüzden kurumsuzlaştırmayı mümkün kıldığıydı. İkinci bir görüş, zihinsel rahatsızlıkları 'tedavi' etmeseler de, bu ilâçların psikotik semptomları kontrole ve böylece doktorlarda şizofreninin ve şimdiye kadar düzelmeyen hastaların hastane dışında tedavi edebileceğine inanmalarına yardımcı olduğudur.

Sosyal bilimlerde klorpromazin tezine en kuvvetli itirazlar 'büyülü vuruş'a iki zeminde karşı çıkan Scull'dan (1977) gelmiştir: (1) klorpromazin sadece bir 'kimyasal deli gömleği' veya 'sıvı ilâç' görevi yüklendiği için, hastanın yaşadığı asıl rahatsızlıklar veya problemlerde etkili olmaz ve bu nedenle yeterli değil, kısmi bir tedavidir ve (2) ilk rahatlatıcılar klorpromazinden önce kullanılmaya başlamış ve akıl hastanelerine yatış oranları 1940'larda düşmeye başlamıştır. Bu son görüş "rahatlama oranlarındaki artışların psikotropik ilâçlar kullanmadan önce gerçekleştiği, *yeni* ortaya çıkmadığı, aksine bir süredir göze çarpan bir genel eğilimin uzantısını temsil ettiği" sonucuna ulaşan Gronfein'in (1985: 448) daha özel bir araştırmasıyla desteklenmiştir.

Kurumsuzlaştırmanın ikinci muhtemel temeli akıl hastanelerine eleştirilerin artmasıdır. Scull'a göre, akıl hastanesi koşullarında hakların büyük ölçüde ihlâli 19. yüzyılın ikinci yarısına kadar uzanır ve 20. yüzyıl kamuoyunu az çok meşgul eden bir konudur. ABD'de, Mary Jane Ward'ın *Yılan Yuvası* gibi romanlar, Mike Gorman (1956) ve Albert Deutsch'un (1961) devlet akıl hastanelerindeki pis ve onur kırıcı koşullarla ilgili gazete haberleri ve Erving Goffman'ın *Tımarhaneler*'de (1961) akıl hastalarının tecridi, küçük düşürülmeleri ve insanlıktan uzaklaştırılmalarına karşı sosyolojik eleştirisi ruh sağlığı kurumunun konumunu çok az desteklemekteydi. Deutsch (1949: 449) 1930'ların koşullarına işaret ederek şu tespiti yapar:

---

* Kan basıncını düşürücü etkiye sahip alkoloid.

> Yazar devlet hastanesi doktorlarının, hiçbir baskı altında kalmadan, domuz gibi hayvanların koğuşlardaki hastaların çoğundan daha iyi beslendikleri, barındıkları ve bakıldıklarını itiraf ettiklerini işitmiştir. O zincirlenmiş, çıplak, deli gömleği giydirilmiş ve yataklarına bağlanmış yüzlerce hasta gördü; insanlar gibi yemek yiyemeyecekleri düşünüldüğü için değil, etraflarında yeterince kaşık ve diğer sofra aletleri olmadığı için yemeğini elle yemek zorunda kalan akıl hastaları gördü. O hastaların normal kapasitelerinin iki veya üç katı kadar insanla dolu koğuşlarda, birbirine bağlanmış yataklarda üst üste yattıklarını gördü.

Britanya'da Russell Barton *Kurumsal Nevroz*'da (1959) uzun süre yatan hastalarda yeni bir iyatrojenik rahatsızlık biçiminin geliştiğini öne sürer. Bununla beraber, Scull (1977) bu akıl hastanesi eleştirisini, söz konusu özgürlükçü kişiler ve çalışmalarının siyasal alanda yeterli ağırlığa ve yaygınlığa sahip olmadığını söyleyerek göz ardı eder. Ayrıca, bu eleştiriler zaten yaklaşık yüzyıldır varsa, niçin bu dönemde etkili olmuşlardır?

Scull'a göre, kurumsuzlaştırmanın esas kaynağı devletin malî krizidir. 1945'ten sonra devletin sosyal plânlamada rolü arttı. 1960'larda bu uygulamanın ekonomik maliyetleri görünür hâle geldi ve kamusal harcamaların kontrol altına alınması gerekiyordu. Bu, Scull'a göre, bir ölçüde suçlular ve genç suçlular kadar akıl hastalarını da 'tecritten vazgeçerek' başarıldı. Dolayısıyla, kurumsuzlaştırma timarhanenin dehşet verici yanlarıyla mücadele eden liberaller ile Kaliforniya'da 1969-1972 yılları arasında bazı büyük devlet akıl hastanelerini kapatarak başkan seçilen Vali Ronald Reagan gibi malî muhafazakârlar arasındaki tuhaf ittifakı temsil etmekteydi.

Scull'ın çalışmasını eleştiren Busfield'e göre malî kriz tezi bazı açılardan kusurludur (1986: 326-330). Scull Britanya'da ilk kez 1950'lerde sosyal refah hizmetlerinde başlayan kurumsuzlaştırmanın daha önce bir genişleme döneminden geçtiğini göz ardı eder, dolayısıyla bu tür politikalar malî krizle açıklanamaz. Ayrıca, Scull ekonomik nedenleri aktarmaya çalışırken uzman psikiyatrların rolünü göz ardı eder. Böylece Busfield'a göre (1986: 344), kurumsuzlaştırmanın bir başka muhtemel temeli daha vardır: psikiyatri mesleğinin statüsünün akıl hastaneleriyle olan bağlantılardan olumsuz etkilenmesi ve psikiyatrlara daha fazla mesleki prestij fırsatlarının yolunu açan bir topluma geçilmesi. İktisat teorilerinin 'yapısal' hümanizm karşıtlığı'nın eleştirildiği psikiyatri politikasındaki değişimler üzerine daha yeni araştırmalarda, ayrıca, psikiyatri mesleğinin çıkarlarının ve onun değişen delilik anlayışlarının dikkate alınması gerektiği vurgulanır

(bkz. Prior, 1991).

ABD'de kurumsuzlaştırmayı mümkün kılan yasalar akıl hastalığının kökenleri konusundaki düşüncelerin değişmesinden kesinlikle etkilenmiştir. Kongre'ye Başkan Kennedy tarafından sunulan 1963 Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (CMHC) Yasası bu konuda çok açık bir gündem ortaya koymuştur. Kennedy (1963: 29) bu yasayı önerirken mevcut akıl hastanesi sistemini "çağdışı ve aşırı kalabalık bir korumacı devlet kurumları zinciri" olmakla eleştirir. Onun ifadesiyle, "korumacı tecridin soğuk merhametine bel bağlamanın yerini toplumun ilgisi ve kapasitelerinin açık sıcaklığı alacaktır" (1963: 30). Kennedy'nin hedefler listesinin tepesinde toplumun gücünü artıracak önlemler yer almaktaydı. İkinci öneri ruh sağlığı hizmetleri personelinin sayısının artırılmasıydı. Üçüncü olarak, Kennedy kısaca teşhis, tedavi, eğitim ve rehabilitasyon imkânlarına değinmekteydi.

Somut önermelerin merkezî birimi 'kapsamlı' Toplum Ruh Sağlığı Merkezleriydi. Kamusal veya özel olarak işleyebilen bu merkezlerin görevi toplum içinde güvenlik ağları sağlamaktı. Onlar belirli nüfusların akıl sağlığıyla ilgili problemlerini henüz başlangıç evrelerinde ele alacak ve böylece devlet akıl hastanelerinin artmasını önleyeceklerdi. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri başlangıçta Federal hükümet tarafından kuruldu, ancak zamanla eyaletlerden bu merkezlerin fonlarının büyük bir kısmını desteklemeleri beklendi. Yasaya göre, her eyaletin, Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerini belirli nüfuslara hizmet sunan hastane alanları olarak konumlandırması gerekiyordu. Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ırkı, cinsiyeti, yaşı veya ödeme gücüne bakmaksızın bütün müşterilere hizmet etmeleri için plânlanmıştı. Federal yönetim sistemin plânlanmasını ve malî olarak desteklenmesini üstlendi.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Yasasına psikiyatride akıl hastalığında kalıtsal faktörlerden ziyade çevresel faktörlerin önemine vurgunun artması eşlik etse de (Lerman, 1982: 85), bu yasa biyomedikal bilginin kullanışlığına inancın zayıflamasına değil, psikiyatrinin toplumsal alanları da kapsayacak biçimde genişletilmesine yol açtı. Psikiyatrlar ve ruh sağlığı uzmanları kendilerini psikanalizden lobotomiye kadar birçok farklı yolla akıl hastalığını önleyen ve tedavi eden öncü bir sosyal hareketin parçası olarak gördüler (bkz. Brown, 1985: 59-60).

1980'lerde ABD'de mevcut akıl hastanesi sistemini yıkarak toplum içinde tedavi (community care) uygulamasına geçmek için diğer ülkelerde benzeri görülmeyen kapsamda bir girişim başlatıldı (Jones, 1988: 81). 1980'lerin sonlarında Thatcher hükümeti sağlık hizmetleri

reformlarını devreye sokuncaya kadar İngilizler bu konuda daha gevşek görünmekteydi. İlk toplum içinde tedavi girişimleri 1954-1957 yılları arasında Ruh Hastalığı ve Zihinsel Kusurlar Yasası Komisyonu sayesinde başlatıldı. Komisyonun Percy Raporu adıyla yayınlanan sonuçları güncelliğini yitirmiş sertifikalar ve zorunlu tedavi yasalarına ve hastaların (hepsinin değilse de) çoğunun ruh sağlığı kurumları dışında tedavisinin mümkün olup olmadığı sorusuna ışık tuttu (bkz. Busfield, 1986: 340-341; Unsworth, 1987: 250-251). Uzun dönemli yatakta tedavi uygulayan hastanelerin kademeli olarak 'ortadan kaldırılması'nın temeli bu dönemde atıldı. 1961'de Muhafazakâr Sağlık Bakanı Enoch Powell akıl hastanesi nüfusunun 1975'te yarıya ineceğini tahmin ediyordu. Fakat Powell'ın tahmini abartılıydı. Aşamalı olarak akıl hastaneleri kapatılarak toplum içinde ruh sağlığı hizmetlerinin sunulması yaklaşımı Britanya'da hâkim tema hâline geldi. 1980'lerin sonlarında merkezî hükümet fonlarının genel çizgisi yine de toplum içinde tedaviden ziyade hastaneleri teşvik etmekteydi. 1985'te akıl hastalığına yapılan harcamaların % 95.5'i esasen kurum temelli tedavi aracılığıyla gerçekleşmişti (Audit Commission, 1986: 17). 1986'da Hastane ve Toplum Sağlığı Hizmetlerine ayrılan fonlardan sadece çok küçük bir dilimi (% 4) toplum içinde tedaviye aitti (Office of Health Economics, 1989: 17). 1980'lerde bir bütün olarak bu fonlardaki gelişme oranı sıfırdı (Eyles, 1988: 45).

1980'ler, ayrıca, Yeni Sağ siyasal anlayışın hegemonyasına en belirgin biçimde Margaret Thatcher'in rejiminde tanık oldu. Thatcher'in politikaları, genelde, kamu harcamalarını, özellikle sosyal refah hizmetleri harcamalarını kontrol altına almayı amaçlıyordu. Bütün bu eylemler NHS'deki tıbbî egemenliğin sorgulanmasına ve klinik özerkliğin yerine bilinçli olarak maliyet idaresinin geçirilmesine yol açtı (bkz. Ashmore *et al.*, 1989; Strong and Robinson, 1990). İdareciler, ayrıca, 'iç piyasa'nın ilkelerine göre hareket ettiler ve sağlıkla ve akıl sağlığıyla ilgili problemleri kamu harcamaları, üretkenlik ve uygun maliyet problemleri etrafında ele aldılar.

Toplum içinde tedavi uygulamasının geleceği konusunda bir rapor hazırlanması için süpermarketler kralı Sir Roy Griffiths'in görevlendirilmesi Thatcher hükümetinin sosyal hizmet plânlamasıyla ilişkili bir ticari modele taraf olduğunun göstergesiydi. Griffiths Raporu (Department of Health and Social Services, 1988) toplum içinde tedavi uygulamasına bağlılığını ifade etse de, yerel yönetimler/özel ve gönüllü sağlık hizmetleri sektörü ayrımı yaptı. Yerel yönetimler esasen plânlama işlevini yüklenirken, özel sektörünün görevi sağlık hizmetlerinin sunulmasıydı. Nihaî yasa, yani 1990 NHS ve Toplum

İçinde Tedavi Yasası bir başka Hükümet Raporu 'İnsanların Bakımı'na dayanmaktaydı ve bu rapor toplum içinde tedavi sağlanmasında sosyal sağlık hizmetleri ve özel sağlık hizmetleri kurumları ayrımından vazgeçmenin idarî bir temelini oluşturdu. Nitekim, Britanya'da toplum içinde tedavi politikası Muhafazakâr hükümetin daha genel özelleştirme programının bir uzantısı hâline geldi. Bu uygulama devletin sorumluluklarının özel organlara bırakılması stratejisinin bir parçası olarak görülebilir. Daha önemlisi, bu uygulama devletin bu alandan çekilmesine yol açtı (bkz. Higgins, 1989; Wilson, 1982).

İtalya'da üçüncü ve çok farklı bir toplum içinde tedavi modeli oluşturuldu. Bu konuda 1978'de 180 yasa geçti. Bu yasalar esasen Franco Basaglia'nın çalışmasının ve *Demokratik Psikiyatri* hareketinin bazı felsefî öncüllerine dayanıyordu. Basaglia'ya göre, akıl hastanesi ahlâkî baskı düzeninin bir parçasıdır. Basaglia'nın İtalya'da ve başka yerlerdeki hastalarının büyük çoğunluğu yoksul ve işçi sınıfından insanlardı. Kapatma ve ayrıştırma eşitsizlikleri, üstünlük ve ötekileştirmeyi sürdürmeye hizmet eder. Basaglia, Goffman gibi, akıl hastanesinin aşağılayıcı, insanlıktan uzaklaştırıcı olduğunu ve hastaları birlikte yaşayan hayvan sürüleri durumuna düşürdüğünü vurgular. Dolayısıyla, bu koşullar hastaları tecrit edilmelerini haklı kılacak tepkiler veren varlıklara dönüştürür. Akıl hastanesinin meşrulaştırdığı tıbbî rahatsızlık anlayışı ayrıştırmayı destekler ve insanların yaşantılarında parçalanmalara yol açar. Basaglia'ya göre, hem tıbbî ideolojinin hem de akıl hastanesi uygulamasının terk edilmesi gerekir (bkz. Basaglia, 1981; Scheper-Hughes and Lovel, 1986).

Bununla beraber, Basaglia'nın çalışması mevcut akıl hastanesi uygulamasının eleştirisinden ibaret değildir. *Demokratik Psikiyatri* hareketi 180 yasa maddesinin içerdiği belirli ilkeler öne sürdü. Bu hareket, tüm psikiyatrik değerlendirmelerin yeni bir ayakta tedavi hizmetleri ağıyla işleyen isteğe bağlı, tercih edilebilir bir uygulama olduğu ve tüm yeni hastaların toplum içinde değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi gerektiği fikrini teşvik etti (Scheper-Hughes and Lovel, 1986: 170). Yasa bazı somut önlemler içermekteydi: akıl hastanelerine yeni hasta kabul edilmemesi, devlet hastanelerinde yatma uzunluğuna kesin sınırlamaların getirilerek küçük psikiyatri birimlerinin kurulması ve toplum içinde 'alternatif yapılar' oluşturulması (Jones, 1988: 52).

İtalya'daki toplum içinde tedavi deneyimine ilişkin değerlendirmeler karışıktır ve biyotıbba bağlı olanlar kadar tamamen karşı olanları da içerir. Yasanın en başarılı uygulaması daha zengin kuzey İtalya'da, özellikle Basaglia'nın çalıştığı Trieste'de gerçekleştirilmiştir. Bu

deneyim başka yerlerde aynen tekrarlanmamıştır ve eşitsiz uygulama güneyde ve bazı kentlerde evsizlik yaratmakla olduğu kadar, eski hastaların özel büyük toprak sahipleri tarafından sömürülmelerinin temelini oluşturmak gibi nedenlerle 'şiddetli' eleştirilere uğramıştır. Ayrıca, yeni düzenlemelerin akıl hastanesinin güvenli ortamından yararlanabilen eski, bunamış ve kronik hastalara bir şey sunmadığı ve meslekî terapi ve psikoterapi gibi hizmetleri sistematik olarak sağlamadığı öne sürülmüştür (bkz. Becker, 1985; Jones, 1988; Jones and Poletti, 1985).

ABD'de toplum içinde tedavi hizmetlerinin uygulanmasında güçlüklerle karşılaşılmıştır. 1970'lerden itibaren ülkedeki siyasal ve ekonomik güçler koalisyonu 1960'ların toplum içinde tedavi projesinin gerçekleştirilmesini engellemiştir. 1970'lerin başlarında, Nixon ve Ford yönetimlerinin aktif muhalefeti nedeniyle Toplum İçinde Tedavi Merkezlerine siyasal destek ortadan kalkmıştır (Brown, 1985: 54-55; Levine, 1981: 63). Bu merkezler, ayrıca, çoğunlukla tedavisi daha zor olanların ciddi ruh sağlığı problemlerini çözmekten ziyade, 'enteresan' ve 'kaygı düzeyi yüksek' kişilere hizmet vermekle eleştirilmiştir (Torrey, 1989). Finansman sorumluluklarının eyaletlere devredilmeye başlamasıyla bu merkezlere malî destek azalmıştır. Birçok devletin yaşadığı 1970'lerdeki malî krizler sırasında toplum ruh sağlığıyla ilgili fonlar diğer kamusal hizmetlerle rekabet etmek zorunda kalmıştır. Toplumun ruh sağlığı için mücadele edecek güçlü aktif seçmenler her zaman olmadığı için, bu hizmetlere çoğu kez düşük bütçe öncelikleri tanınmıştır.

Devlet akıl hastanelerindeki nüfusun azalmasıyla toplum içinde tedavi hizmetlerine talep büyük ölçüde artmıştır. Farklı ticarî toplum içinde tedavi organizasyonları, örneğin özel sağlık yurtları, aş ve bakım evleri ve yataklı olmayan hastalar için ayakta tedavi şubeleri "yeni bir delilik ticareti" yaratarak kaçamak bir yolun önünü açmıştır (Scull, 1981b). Bu yeni özel sektör kurumsuzlaştırmadan ziyade 'aşırı-kurumsallaşma' yaratmıştır. Çoğu hasta topluma dönmek yerine, bir kamu kurumundan özel bir kuruma geçmiştir. 1980'lerin küçük iş hayatının acımasız ekonomik koşullarında küçük 'aile işletmeleri'nin çoğu kapanmıştır. Ayakta kalabilenler daha dar bir çizgide yeniden organize olmuşlardır (Emerson, *et al.*, 1981).

ABD ve Britanya'da toplum içinde tedavi uygulamasının varlığını ve dürüstlüğünü sorgulamaya yol açan bir başka gelişme 'döner kapı' örüntüsünün yaygınlığıdır, analizciler bu olgunun varlığını devlet akıl hastanelerine yatış istatistiklerini incelerken fark etmişlerdir. Buna göre, 1950'lerden itibaren çoğu hasta akıl hastanesine

daha kısa dönem için, ancak daha sık yatırılmaktadır. Hastaneye yatış istatistikleri, 1980'lerde akıl hastanelerinde yatmakta olan toplam hasta sayısı 1950'lere göre düşük olmasına rağmen, hem devlet hastanelerinde hem de özel hastanelerde hastalık vakaları artarken yatış sürelerinin kısaldığını göstermektedir. Bu durum ayakta tedavi gören toplam psikiyatri hastası sayısının azaldığını değil, daha hızlı ve daha sık tedavi gördüklerini gösterir. Ne yazık ki, istatistikler bu kısa süreli tedavi görenlerin ne kadarının aynı kişilerden, ne kadarının yeni hastalardan oluştuğunu değerlendirmemizi mümkün kılmaz (Kiesler and Sibulkin, 1987: 139). Genelde, Ulusal Ruh Sağlığı Merkezi verileri yatan hasta başına tedavi gününün zamanla (132 günden 46 güne) düşerken, tedavi gören hasta başına yatan hasta sayısının ortalama 3'ten 8'e çıktığını göstermiştir (National Institute of Mental Health, 1992: 32-35).

'Döner kapı' örüntüsü benzeri genel eğilimler, İngiltere'de (yeniden yatışlardan oluşan) akıl hastanelerine yatışların yüksek oranda aynı biçimde olmasında gözlemlenir. Tablo 4.3'te görülebileceği gibi, 1980'lerin ortalarında yatışların yaklaşık üçte ikisi yeniden yatışlardan oluşmaktaydı.

Tablo 4.3 İngiltere'de 1972-1986 yılları arasında akıl hastanelerine yeniden yatışlar

Yıl	Yeniden yatışların sayısı	% olarak yeniden yatışlar
1976	121.747	68
1980	127.184	71
1982	132.893	74
1985	146.900	73
1986	145.900	74

Kaynak: Departmant of Health and Social Security, 1986, Tablo A1.1 ve A1.3'ten hesaplanmıştır.

Sadece akıl hastaları kurumlara daha sık olarak yeniden yatmakla kalmamış, aynı zamanda 'yeni' hasta grupları keşfedilmiştir. En belirgini çocukların psikiyatrik nedenlerle, özellikle en açık biçimde hiperaktivite teşhisiyle hastaneye yatırılmasıdır (bkz. Conrad and Schneider, 1980: 155-161), fakat ayrıca ergenlerde, özellikle genç kızlarda beslenme bozukluğu teşhislerinde bir patlama vardır (Gordon, 1990; Orbach, 1993). 1980'lerde ABD'de çocuklar ve ergenlerin hastanelere yatış oranları hızlı artmıştır (Weithorn, 1988). Bu yatışların çoğu orta sınıf ailelerin isyankâr çocukları için 'tasarlanan' özel kurumlara yapılmıştır, ancak 1980'lerde devlet akıl hastanesi sisteminin genişlemesi çocuklar için ihtisaslaşmış yeni kuruluşların

yolunu açmıştır (National Institute of Mental Health, 1990: 9). İngiltere'de de çocukların akıl hastanelerine yatışlarında çarpıcı bir artış yaşanmıştır. 1985-1990 yılları arasında 10 yaş altındaki çocukların yatış oranı % 42, 10-14 yaş arasındaki çocukların yatış oranı ise % 65 artmıştır (Rickford, 1993).

Ayrıca, kitlesel evsizlik problemi toplum içinde tedavi uygulamasının geleceğini tehlikeye düşürmüştür. Evsizlik ABD'de 'ahlâkî' panik yaratacak ölçüde yaygın ve görünürdür (Morrissey and Gounis, 1988). Çoğu ABD kentinde 10.000'den fazla (Dear and Wolch, 1987) ve ülke düzeyinde bir milyondan fazla (Rossi, 1989) evsiz olduğunun hesaplanması siyasetçileri 1980'lerde evsizlerin oranındaki görünür patlamayı 'açıklamak' için harekete geçirmiştir. ABD'de evsizlik konusundaki çoğu mevcut söylem akıl hastası ve/veya psikiyatrik tedaviye muhtaç evsizlerin oranının hesaplanması etrafında sürmektedir. Literatürü tarayan Rossi'ye göre (1989), akıl hastası evsizlerin oranı % 20-30 civarındadır. Baltimore'da 500 insan üzerinde yapılan bir araştırmada, erkeklerin % 91'inin ve kadınların % 80'inin en az bir kez psikiyatrik problem yaşadığı bulunmuştur (*Psychiatric Times*, 1989). Bununla beraber, Snow *vd*.nin (1986) Texas, Austin'de yaptığı bir araştırmada daha düşük bir rakam elde edilmiştir ve burada evsizlerin tek sabit özelliklerinin yoksullukları ve yoksunlukları olduğu vurgulanır. Tahmini değerler değişebilse de, rakamların yüksekliğinin ve böylece evsizlerin hastaneye daha çok yatırılmasının esasen psikiyatrlar ve muhafazakâr politikacılardan kaynaklandığına işaret edilir (Blau, 1992: 78). 1980'lerin neo-liberal politikaları bağlamında, evsizlik akıl hastası bireyler ve kurumsuzlaştırma politikalarıyla açıklanırken, düşük bedelli konutların miktarı ve bunlara ne kadar ulaşılabildiği, işsizlik ve refah programlarında yapılan kesintiler göz ardı edilmiştir.

Özellikle güçlü bir açık tepki, akıl hastalığı ve kurumsuzlaştırma sonucunda ortaya çıkan evsizlik ile sosyal psikiyatri felsefesi arasında bağlantı kurulmasıdır. Yani, evsizler arasında akıl hastalığının sözde yaygın varlığı, doğrudan hem yetersiz malî desteğin hem de toplum kuruluşlarının organizasyonunun yetersizliğinin –özellikle biyolojik ve tıbbî bir müdahale eksikliğinin– yanı sıra, akıl hastalığının çevresel belirleyicileri konusundaki yanlış bir inancın sonucu olarak görülebilir. Örneğin, Torrey'e göre:

> Akıl hastası evsiz insan sürülerinin genişliği bir ölçüde trajiktir. Kamusal sığınaklarda kalabalıklar hâlinde yaşayan bu kişiler savaşta yerlerinden edilmiş veya sığınaklara toplanmış insanlara

> benzemektedir ve gerçekte öyledirler. Savaşlarda generaller, ülkeyi bu kurumsuzlaştırmanın işleyeceğine ikna eden ruh sağlığı uzmanları ve idarecileriydi. Ancak bu vaatler gerçekleşmemiştir ve psikiyatrik sığınaklar sonuçta delinin sesini kısarlar (1989: 9).

1980'lerde bazı psikiyatrlar toplum içinde tedavinin başarısız olduğunu belirterek devlet akıl hastanelerine dönülmesini talep etmişlerdir (bkz. Gralnick, 1985; Lamb, 1981).

Toplum içinde tedavi uygulamasına benzer bir gelişme yakınlarda Britanya'da yaşandı. Birçok grup Muhafazakâr 'iç piyasa' yasasının birçok psikiyatri hastasını "açıkta bırakacağı"ndan ve gerek duydukları bakımdan veya barınaktan yoksun bırakacağından korkmaktadır. Hastaların ailelerini temsil eden gönüllü örgütler, örneğin *Times* yazarı Marjorie'nin kampanyası altında Ulusal Şizofreni İlkyardım Hizmeti (SANE) ve Ulusal Şizofreni Vakfı (NSF) bu korkuları yüksek sesle dile getirdiler. Bırakılan hastaların kendilerine veya başkalarına zarar verdikleri, kamunun iyi bildiği bazı olayların ardından, bu baskı grupları, Psikiyatri Konseyi'yle birlikte, ayakta zorunlu psikiyatri tedavisi sunacak Toplum İçinde Tedavi Düzenlemeleri'ni savundular (Royal College of Psychiatrists, 1987).

Alternatif hizmet biçimlerinin, örneğin toplum içinde tedavi uygulamasının gelişmesi akıl hastalığının tanımlanması ve açıklanmasıyla yakından ilişkilidir, zira bu hizmet biçimleri çoğu kez özel ihtisaslaşmış tedavileri gerektirir. Doktorların memurlar ve hastalar üzerinde hukukî ve meslekî güce sahip oldukları akıl hastanesi ortamında akıl hastalığının biyomedikal açıklaması en emniyetli yoldur. Akıl hastanesi uygulamasından uzaklaşılması farklı tedavi tarzlarına ve personel çokluğuna yol açmış ve böylece biyomedikal psikiyatrinin otoritesi sarsılmıştır. Bu genel siyasal atmosfer içinde, biyomedikal akıl hastalığı anlayışı onu eleştirenler ve savunanların iddiaları ve karşı-iddialarının yer aldığı bir karışıklık dönemi geçirmiştir.

Akıl Hastalığı Kavramının Tartışılan Statüsü

1960'larda Kuzey Amerika sosyolojisinin önemli bir bölümü psikiyatri içindeki ve etrafındaki sorunlarla ilgiliydi. Özellikle benlik, sapma, suç ve rahatsızlığın doğası sorunsallaştırıldı ve sosyolojik araştırma konuları olarak alındı. Bu eğilim, başka çalışmaların yanı sıra, Edvin Lemert (1951), Erving Goffman (1959, 1961, 1963, 1967, 1971), Howard Becker (1966), Harold Garfinkel (1956), Kai Erikson (1966) ve Thomas Sheff'in (1966) etkili sapma sosyolojilerinde açıktır. Tıp ve

psikiyatri sapma, suç ve hastalıkların bireysel nedenlerini araştırmak yerine, doğrudan adalet sistemindeki otoritelerin tanımları ve kabullerini sorguladı. Bütün bu yazılar, büyük ölçüde Foucault'nunkilerden bağımsız olsalar bile, akıl hastalığını bireysel patolojik süreçlerle açıklamak yerine psikiyatrik pratiğin toplumsal doğasını ortaya koymaya çalıştıkları sürece onun yazılarının tamamlayıcısı olarak görülebilir.

Amerikan pragmatizmi, fenomenoloji, Emile Durkheim ve Parsons'ın yazıları ve özellikle sembolik etkileşimcilik sapma literatürüne zengin ve derin bir destek sağlamıştır. Sembolik etkileşimciler, bir ölçüde davranışçı psikolojinin kaba indirgemeciliğine tepki olarak, 'benliğin' üretilmesinde insan ruhu ve toplum arasındaki karşılıklı etkilerin rolüyle ilgilendiler. Sembolik etkileşimciler insanların delirme veya deli olarak görülme sürecini anlamak için akıl hastası olarak 'etiketleme'yle ilgili durumları ayrıntılı olarak araştırdılar. Goffman'a göre, toplumsal durumlar ve akıl hastasının bu durumlara tepkisi akıl hastalığını anlamada temel önemdedir. Goffman ünlü kitabı *Tımarhaneler*'de akıl hastalığını hastanenin toplumsal bağlamı içinde ele alır. Hastanede yatanların yönelimlerini ve akıl hastalığının algılanma biçimini etkileyen şey esasen bu kurumların ilgili bireylerden talep ettikleri hayat koşullarıdır –"toplumumuzda onlar kişiliklerini değiştirmeye zorlanırlar; bunların her biri benliğe ne yapılabileceği konusunda bir doğal deneydir" (Goffman, 1961: 22).

Tımarhaneler 1950'lerde Washington Saint Elizabeth Federal Akıl Hastanesi'nde yapılan katılmalı gözlemlere dayanmaktadır. Goffman'a göre, akıl hastanesi –gerçekte, Foucault için olduğu gibi– cezaevi, manastır, ıslahevi, toplama kampı ve kışlalara benzer. O bir 'total kurum' örneği, insanların yönlendirildiği ve tüm normal gündelik etkinlik alanlarının toplumun genelinden koparıldığı özel bir yerleşimdir. Kurum içinde hastalar kapatılır ve hareketleri sürekli gözetim altında tutulur. 'Total kurum' "büyük bir yönetilen hastalar grubu" ile arada yaratılan sosyal mesafe sayesinde kurum içinde bilgiye ulaşma yetkisine ve güce sahip bağımsız "küçük bir gözetici memurlar grubu"ndan meydana gelir. Hastaların mahremiyetlerini büyük ölçüde akıl hastanesinin ve hastane görevlilerinin eline terk etmeleri gerekir. Sahip oldukları şeyler ellerinden alınır ve rollerinden uzaklaşırlar, önceden sahip oldukları kimliklerini kaybederler, saçları kesilir, farklı elbiseler verilir, cerrahi işlemler yapılır ve zihinlerini değiştirecek ilâçlar verilir. Goffman'a göre, Foucault için olduğu gibi, psikiyatrik rutinler büyük ölçüde "hastanın elindeki her şeyi alma" rutinleridir. Onlar hastayı maddî ve psikolojik açıdan değersiz

bir varlık konumuna indirgerler.

Tımarhaneler, kurumsal hayatın sosyolojik bir betimlemesinin yanı sıra, akıl hastalığının nasıl tanımlandığı ve teyit edildiği konusunda alternatif bir teori sunar: bu süreç ilgili hastanın temel bir patolojik özelliğine değil, kurumsal koşullara tepkilerine bakılarak gerçekleşir. Goffman bu olguyu belirli kurumsal pratiklerin akıl hastalığı olarak algılanan şeyi nasıl yarattıklarına ilişkin örneklerle ortaya koyar. Örneğin, bir memur özellikle hastanın kişisel dış görünüşünü veya temizlik durumunu eleştirebilir. Bu hastayı öfkelendirebilir veya kızdırabilir. Böylece, öfke ve kızgınlık akıl hastalığının belirtisi olarak alınır ve dolayısıyla, bu tür tepkiler memurun hastanın davranışları ve zihin durumu hakkındaki sonraki gözlem hedefine dönüşür. Goffman bu durumu 'döngüsellik' olarak adlandırır. Kurum içindeki hayata adaptasyonlar olarak görülebilecek şeyin, örneğin kabuğuna çekilme ve uzlaşmazlığın psikiyatrik 'hastalıkları sınıflandırma bilimi'nde zaten bir karşılığı vardır. Hasta akıl hastanesinde kaybeden konumundadır, çünkü hemen her tepkisi akıl hastalığının bir belirtisi olarak alınabilir. Tıbbî vakalarda, örneğin hastanın tüm hayat deneyimleri içinden sadece semptomsal öneme sahip olaylar seçilir ve öne çıkartılır. Bu hükümler psikiyatri otoriteleri tarafından genelleştirilir ve hastanın temel zihinsel nitelikleri ve hayat deneyimlerini yansıttıkları düşünülür.

Akıl hastalığının sosyal inşası, Goffman'a göre, sadece hastane sınırları içinde değil, aynı zamanda kişi hastaneye gelmeden önce de gözlenebilir. Akıl hastaları, Goffman'ın terminolojisiyle, bir 'ahlâkî kariyer'e sahiplerdir. Bu kariyer başlangıçta bir 'durumsal uygunsuzluğa' bağlı tesadüflerin sonucudur. Bu tür uygunsuzlukların psikiyatrik açıdan önemli olarak etiketlenip etiketlenmemesi suçlunun sınıfsal kökeni, hastanenin yakınlığı ve dostları, akrabaları ve otoritelerin eğilimi gibi faktörlere bağlıdır. Goffman'ın (1971) temel kavrayışlarından biri, uygunsuz davranışın keyfî bir biçimde etiketlendiğidir. Sadece bazı davranışlar psikotik olarak alınırken, başka davranışlar alınmaz. Örneğin, Başkan Ronald Reagan'dan ziyade 1981'de ona yapılan suikastı beceremeyen John Hickley Jr.'ın kariyerini akıl hastanesinde tamamlaması keyfidir. Hem Hinckley hem Reagan filmlerde sanki senaryolar hayatlarında 'gerçek' öneme sahipmiş gibi oynamışlardır (Hinckley'nin *Taksi Şoförü*, Reagan'ın 'B' filmleri) (bkz. Rogin, 1987: 3-4). 'Yapay' ve 'somut yaşanılan' deneyimler arasındaki sınırların bulanıklaşması Reagan'ın değil Hinckley'in akıl hastalığının bir belirtisi olarak kategorize edilmiştir. O hâlde, Hinckley'nin akıl hastanesine yatırılmasını açıklayan şey, özel bir zihinsel durum değil,

daha ziyade bu görünüşte aldatıcı eğilimler bağlamında onun yasadışı ve şiddet dolu eylemleridir.

Psikiyatrik potansiyeller içinde hastaların 'kaçık' ve memurların 'sağlıklı' olarak etiketlenmesi bir başka ironi örneğidir. Kaliforniya'da bir sağlık kliniğindeki memurlar ve hastalar üzerine yapılan etnografik bir araştırma (Luske, 1990), psikiyatri çalışanlarının hastaları 'tersine rol modeli'yle psikotik olarak etiketlemeye yöneldiklerini ve eyleme dönüştüğünde hastaların deneyimlerinden ayırması zor bir 'gizli deliliğe' sahip olduklarını gösterir. Temel farklılık, görevli kendi tuhaf deneyimleri ve inançlarını izah etmek için bazı rasyonelleştirmelere başvururken, hastaların bu tür savunma mekanizmalarını çok az kullanabilmeleri olarak görünmektedir. Psikiyatrik teşhisin ritüellerinden arındırılarak yakından incelendiğinde hastalar ve görevlilerin delililiklerini ayırmak zorlaşır. Luske'ye göre, görevliler ve hastaların uzun süre aynı yerde yaşamaları ve ekonomik etkinlik ortamlarından büyük ölçüde uzak kalmaları bu benzeşmeleri daha muhtemel kılar.

Muhtemelen, psikiyatrik sınıflandırmanın keyfiliğinin en güçlü örneği Rosenhan deneyidir (Rosenhan, 1973) Psikolog Rosenhan saygın dergi *Science*'ta düzyazı tarzındaki bir makalesinde psikiyatri uzmanlarının sağlıklı ve sağlıksız arasında ayrım yapamadıklarını göstermek için gerçekleştirdiği bir araştırmanın sonuçlarını sundu. Bu deneyde psikiyatri hastanelerine 'anlamsız', 'gaipten' ve 'derinden' sesler duydukları iddiasıyla gelen sekiz 'sözde hasta' kullanıldı. Hepsi hastaneye yatırıldı, ancak yattıktan sonra psikiyatrik belirtiler sergilemeyi kestiler. Çoğuna şizofreni teşhisi konuldu ve şizofrenin 'hafiflediği' teşhisi konuluncaya kadar farklı zaman uzunluklarında hastanede tutuldular. Rosenhan'a göre, sözde hastaların yattıkları süre içindeki 'normal' davranışları görevliler tarafından psikiyatrik teşhis teorisine uyacak biçimde yorumlandı. İronik olan, gazeteci veya profesör görüntüsü veren sözde hastaların hilesini 'gerçek' hastaların çoğu kez yakalamalarıdır.

Thomas Scheff, psikiyatriyle Goffman'a göre daha sistemli olarak ve doğrudan yüzleştiği bir çalışmasında (1966), 'akıl hastası' nitelemesinin belirli toplumsal normlar ve uzlaşımları ihlâl edenlere uygulanan bir etiketten ibaret olduğunu iddia eder. Scheff bu argümandan hareketle ve küçük empirik araştırmalardan yararlanarak bazı hipotezler oluşturur. Scheff akıl hastalığını kendi geliştirdiği 'açıkça kategorileştirilmeyen kuralların ihlâli' terimiyle açıklar: yani akıl hastalığı hiçbir açık sınıflandırması olmayan belirli kültürel normların ihlâlidir. Bir eylem geleneksel olarak, sözgelimi, suçlu, hasta veya

huysuz kategorisine sokulamadığında bu karışık durum 'akıl hastalığı' olarak etiketlenecektir. Sınıflandırılmamış birçok akıl hastalığı vardır ve 'açıkça kategorileştirilmeyen kuralların ihlâli' çoğu kez ilgili otoritelerin yaptırımlarından kaçar. Belirli eylemlerin akıl hastalığı olarak alınması ve kabul edilmesinde en önemli faktör toplumun tepki düzeyidir. Başarılı bir biçimde akıl hastası olarak etiketlenen bireyler kalıp-yargı rolü oynadıklarında ödüllendirilir, geleneksel rollere dönmeye çalıştıklarında cezalandırılırlar. Daha önceleri akıl hastaları, örneğin, çoğu kez diğer insanlardan soyutlanmakta, ayrımcılık yapılmakta ve hastaneden çıktıktan sonra damgalanmaktaydı (bkz. Jodelet, 1992).

Biyomedikal akıl hastalığı teorisi 1960'lar ve 1970'lerde sosyolojideki bir başka teorik eğilim, etnometodoloji tarafından sorgulandı. Köklerinde Wittgeinsteinci felsefe ve fenomenoloji yatan etnometodolojide akıl hastalığının ve diğer psikolojik olayların çerçevesinin çizilmesinde dilin rolü vurgulanır. Örneğin, Coulter (1973) atfetme pratiklerini araştırdı. Akıl hastalığına atfedilen bütün özellikler bağlam-bağımlı, olumsal ve değişkendir. Akıl hastalığına ilişkin bir yargıyı çerçevelendirmek için kültürel bilgilere başvurulur. Bu çerçevelendirme belirli muhakeme, mantık ve çıkarım türlerinin bir parçasını oluşturur. Etnometodologlara göre, akıl hastalığı sosyolojisinin meşru bir görevi hangi koşullarda insanların akıl hastası olduğuna karar verdiğimizi, teşhisi koyduğumuzu ve akıl hastası olarak ele aldığımızı ortaya çıkarmaktır.

Dorothy Smith (1978) çok ilginç bir 'etnometodolojik uygulama'da üniversitedeki öğrencilerinden akıl hastası olarak bildikleri bir kişi hakkında makale yazmalarını istedi. Smith "K Akıl Hastasıdır" adlı makalesinde bir öğrencinin açıklamalarını açımlar. Smith'e göre, bu açımlama ilgili probleme algısal yönelimin çerçevesini –öğrencilerin ona bakışını– ortaya çıkartır. Öğrencinin makalede sunduğu açıklaması 'bağlamından koparma' prosedürleri gibi atfetme pratiklerinin varlığını gösterir. Öğrenci bireyin biyografisindeki farklı önemli olguları bağlamlarından koparır ve aralarından bazılarını öne çıkartır. Bunlar çoğu kez 'karşıt yapılar', yani "bir durumun normal olarak tanımlanması" ve "kişinin sapkın davranışının akıl hastalığı olarak betimlenmesi"yle ilgili dilsel karşıtlıklardır –"o her gece düzenli olarak banyo yapar, saçlarını örer ve banyoyu kirli hâlde bırakır" (Smith, 1978: 42). Başka deyişle, düzenli olarak banyo yapıyorsanız banyoyu kirli hâlde bırakmak tutarsızdır ve bu yüzden, anormalliğe atıfların temelini banyonun kirli hâlde bırakması oluşturur.

1960'lar ayrıca psikiyatri içinden akıl hastalığının doğası konu-

sunda karşı-iddialara tanık oldu. Kendi mesleğinin egemen yaklaşımını sorgulayan en etkili psikiyatrlardan biri R.D. Laing'tir (1917-1989). O *Bölünmüş Benlik*'te (1959) biyomedikal psikiyatrinin felsefî analizine ve şizofreninin insanî deneyimler içinde anlaşılabileceği fikrine kalıcı bir katkıda bulunmuştur. Laing'in biyomedikal akıl hastalığı anlayışına eleştirisi bir bilim felsefesi olarak pozitivizmin reddedilmesine dayanır. Laing'e göre, öznel durumları araştırmak için doğa bilimlerinin yöntemlerini kullanan pozitivizm insan deneyimlerini nesneleştirir. Bu uygulama özellikle kompleks duygusal ve psikolojik deneyimlerin söz konusu olduğu akıl hastalığı alanında uygunsuzdur. Pozitivizm "kişi olarak hasta" teorisinden ziyade "kişiliğinden soyulmuş hasta" teorisine yol açar. Bu kişiliğinden soymanın psikiyatrik teşhis teorisinin akıl hastalığının belirtileri olarak belirlediği bazı özellikleri yeniden ürettiği söylenebilir (Laing, 1959: 23; 1982: 31). Laing'e göre, "nesnelci psikiyatri, nesnel olmayan olayları büyük ölçüde nesnel araçlarla araştırmaya çalışan nesnellikten uzak bir girişimdir" (1982: 41). Bizzat teşhis eylemi hem doktor ve hasta hem de farklı türden insan deneyimleri arasında bir uçurum yaratmıştır. Bu tutum bilim, tıbbî inceleme ve tedavi adına hastalara birçok onur kırıcı uygulamayı meşrulaştırmaya hizmet etmiştir (Laing, 1985: 7-8).

Bölünmüş Benlik ayrıca 'varlığını güvende hissetmeme' ve 'yanlış benlikler' terimleri etrafında geliştirilen bir varoluşsal ve psikolojik şizofreni teorisi içerir. Bununla beraber, Laing, Aaron Esterson'la birlikte yazdığı sonraki kitabı *Akıl Sağlığı, Delilik ve Aile*'de (1964), 11 genç kadın şizofren ve aileleri hakkında yaptığı empirik bir araştırmanın sonuçlarını aktarır. Laing ve Esterson, şizofreniyi ortodoks psikiyatrlar gibi 'anlamsız hareketler' olarak görmekten ziyade, deneklerin durumlarını özellikle ailedeki iletişim örüntüleriyle bağlantı içinde anlamaya çalışır. Gregory Bateson'ın (1956) çatışan duygusal mesajların hastadan (çoğu kez anneden) çocuğa aktarıldığını öne süren arada-kalmak teorisi (double bind theory) bazı ailelerdeki önemli bir sürece ışık tutmuştur. Laing ve Esterson genç yetişkin şizofrenin özerkliğini azaltan veya ortadan kaldıran ve çoğu kez amaçlayan çeşitli aile örüntülerinin varlığına işaret eder. Bazı aileler kendilerinin ve çocuklarının benlikleriyle ilgili çoğul ve çatışan tanımlar yaparlar. 1960'ların sonlarına doğru Laing, meslektaşı David Cooper'la birlikte, sadece delilik ve akıl sağlığı arasındaki sınırı belirlemeye değil, aynı zamanda bu iki arasındaki hiyerarşik ilişkiyi yıkmaya çalıştı. Laing'in *Deneyim Politikası* (1967) ve Cooper'ın *Psikiyatri ve Anti-Psikiyatri* (1967) adlı çalışmalarında akıl sağlığı kavramına saldırılır ve delilik yüceltilir. 'Normal' hayat geniş ve yaygın bir ya-

bancılaşma biçimi olarak betimlenir. Cooper'ın ifadesiyle (1967: 93), "psikotik deneyim doğru bir rehberlikle daha ileri bir insanî duruma yol açabilir, fakat sadece çoğu kez psikiyatrik müdahaleyle kişiyi hapseder ve aptallaştırır".

Thomas Szasz, Laing'te yapıldığı gibi, bazen 'anti-psikiyatri'yle özdeşleştirilir. Amerikalı Macar bir göçmen olan Szasz 1950'lerin sonlarından itibaren yirmiden fazla kitap ve yüzlerce makale yayınlamıştır. Laing gibi, o da tıp eğitimi almış bir psikiyatr ve psikanalisttir. Ancak Szasz, Laing'ten ve sosyolojik akıl hastalığı eleştirilerinden farklı olarak, kendi psikiyatri analizini daha açık bir biçimde sivil özgürlükçü bir platform üzerinde temellendirir. Szasz, *Akıl Hastalığı Miti*'nde (1961), akıl hastalığının sadece bir 'metafor hastalık' olduğunu iddia eder. Akıl hastalığı fiziksel rahatsızlıkla kurulan yanlış bir analojiye dayanan kesinlikten yoksun bir terimdir. Tıp bilgiler ve empirik kanıtların birikimli olarak arttığı fikrine dayanan bir 'kesin' bilimdir. Szasz'ın tanımına göre, bedensel rahatsızlık fizyolojik bir normdan sapma durumudur. Fizyolojik normlar klinikte nesnel olarak değerlendirilebilir. Hekimler bir hastanın normdan saptığını gözler ve bu davranışı hastalık olarak etiketlerler. Bu işlem Szasz'a göre uygundur, zira tıp fizik ve kimyaya dayanır ve zaten tıbbın görevi de fizikokimyasal süreçleri araştırmaktır (1961: 20). Psikiyatri, aksine, 'sosyal bilimler' içinde yer alır ve bu bilimler fizik ve kimyayla hiçbir benzer bilgi temeline, hiçbir 'kesin' veriye sahip değillerdir. Psikiyatri dinsel ve önyargılı sapkınlık anlayışlarının bir devamıdır. Bu yüzden, akıl hastalığı bir bireyin belirli toplumsal normlardan sapmasından başka bir şey değildir. Psikiyatrlar toplumsal normların uygulanmasını sağlarlar. Bir psikiyatrik teşhis basitçe bireyin belirli toplumsal normlardan sapma derecesini ölçer. Bu sapmalar hastalık olarak terimleştirilir. Böylece çoğu örnekte, Szasz'a göre, yeniden toplumsal normlara uygun biçimde davranması için hastaya belirli bir tedavi biçimi dayatılır.

Bununla beraber, Szasz insanların nasıl akıl hastası 'hâline geldikleri' sorusunun cevabını vermez. Bu problemi ele almak için davranışçı psikolojiden ve belirli ölçüde psikanalizden yararlanan Szasz'a göre, kişiler akıl hastalığını aile ve din kurumları içinde, belirli kurallara uygun biçimde hareket ederek, belirli oyunları oynayarak öğrenirler (Szasz, 1961, Bölüm 9). Akıl hastalığı bir öğrenilmiş çaresizlik biçimidir. Psikiyatrın dinsel bir tarzda yaptığına benzer biçimde, aileler rahatsızlıkla ilgili krizleri belirli ritüeller aracılığıyla ödüllendirirler. Bu yüzden, tıp ahlâkı çaresizliğin idaresiyle ilişkili bir dizi ataerkil kural içerir. Bu yüzden, Szasz'ın temel bir argümanı psikiyatrinin politik

olduğudur. Devletin bir ajanı olarak psikiyatr, Terapi Durumunun emrinde kabul edilebilir davranışlar ve düşüncelerin sınırlarını bekleyen bir profesyoneldir. Psikiyatri bunu "sistematik bir biçimde güç ve hileye başvurarak, hastaneler ve kliniklerin mimarisinin, sağlık retoriğinin ve tıp mesleğinin prestijinin ardına gizlenerek" başarır (1970: 30). Szasz'ın bütün yazılarında yer alan büyük ölçüde polemik tarzda bir temel argüman, devletin kötü ve hilekâr ajanı olarak psikiyatr fikridir. Szasz hastanın özgürlük, seçme ve zorla tedaviye direnme hakkının ve suç vakalarında 'delilik ithamı'na muhalefetin önde gelen savunucularından biri olduğu için yaygın bir cazibeye sahipti.

Szasz'ın psikiyatrinin baskıcı tutumu karşısında geliştirdiği bir alternatif, psikiyatrların hastaları zorlamaktan ziyade onlara karşılıklı rızayla yaklaşan özel özgür failler hâline gelerek devletle bağlarını koparmalarıydı. Szasz'a göre, konsensüse dayalı serbest girişimci psikoterapinin bireyci ahlâkı zorla tedavinin kollektivizminden üstündür. Esasen ABD'de, hasta hakları hareketleri içinde ve belirli aydın çevrelerde Thomas Szasz'ın sivil özgürlükçü ve *bırakınız yapsınlar* fikirleri önemli taraftarlar bulmuştur. Sadece hastanın gözünden bir bakışı ifade etse de, Judi Chamberlin ünlü *Kendimiz Hakkında* isimli manifestosunda (1978) büyük ölçüde Szasz'ın yazıları ve fikirlerinden yararlanır. Szasz'ın düşünceleri, ayrıca, özgürlükçü eleştirinin Avrupa'ya göre daha kolay kabul gördüğü ABD'nin genel entellektüel kültürüne yansımıştır. Jeffrey Masson büyük ölçüde kamuya mâl olan çalışması *Terapiye Karşı*'da (1988), Szasz gibi, psikiyatriyle ve genelde psikolojik terapi dünyasıyla açıkça yüzleşir. Masson'a göre, psikiyatrik ve diğer terapiler esasen yardım görüntüsü altında yalan, tahakküm, cinsel ve fiziksel istismar içerir. Benzer şekilde, Amerikalı psikiyatr Peter Breggin (1979, 1983, 1991) son yirmi yıldır esasen psikiyatrik tedavi biçimleriyle, özellikle sinir ilâçlarının zehirleyici etkileriyle ve elektroşok tedavisi gibi önde gelen çağdaş psikiyatri teknolojileriyle mücadele etmiştir.

'Anti-psikiyatri'yi savunanların en önemli katkılarından biri akıl hastalığı kavramının geçerliliğini ve psikiyatrik müdahalenin faydalarını sorgulamalarıdır. İronik olan, psikiyatri mesleğinin (akıl hastalığının biyokimyasal, genetik ve psikolojik nedenlerinin tedavi ve araştırmanın egemen ilgi odağı hâline geldiği) 'yeni biyolojizm'le uyum içinde hareket etmesi, ancak öte yandan çoğu kez bu konuda şiddetle eleştirilmesidir (Brown, 1985: Bölüm 8). Çoğu ana-akım psikiyatr için, psikiyatrideki *tek* geçerli yaklaşım biyolojik ve bilimsel temeldir (Guze, 1989). Amerikan Psikiyatri Derneği'nin (APA) bir projesi olan Teşhis ve İstatistik Elkitabı (DSM) gibi giderek standartlaşan araçlar

sayesinde teşhislerin sürekli geliştirilmesi yeni biyolojizmin kullandığı kesin bilimsel yöntemlere karşı yeniden canlanan ilginin bir başka ifadesidir. Bununla beraber, çoğu sınıflandırmanın temelini oluşturan alan testlerinin metodolojik güvenilirlikleri sorgulanmıştır. Dünya çapında meşruluğun muhtemelen en önemli kaynağı olan Teşhis ve İstatistik Elkitabı özel bir meslekî gündemin (metodolojik kesinliğine bakılmadan) kamuya 'satılması' girişimi olarak görülebilir (Kirk and Kutchins, 1992).

Psikiyatrik teşhisin politik doğasının bir göstergesi, mesleğin akıl hastalığı kategorileri ve kriterlerinin hızla yayılmasıdır. En iyi bilinen örnek muhtemelen eşcinselliğin 1973'te Amerika'da psikiyatrik teşhisler arasından çıkartılmasıdır. Yine de bu işlem APA içindeki ve APA ile eşcinsel girişimler arasındaki –tıbbî dil içindeki eşcinselliği rahatsızlık olarak betimleyen birçok ifadenin değiştirildiği– çok acı bir çatışma sonucunda gerçekleşmiştir (bkz. Bayer, 1981). Daha yakınlarda, kadın grupların protestolarına rağmen, 1985'te yayımlanan DSM-III-R'ye üç yeni rahatsızlık biçimi eklenmiştir –mazoşist kişilik bozukluğu, tecavüz rahatsızlığı (tecavüz veya cinsel taciz fantezileri kurma) ve geç luteal evre disforik bozukluğu (late luteal dysphoric disorder) veya diğer adıyla âdet öncesi disforik bozukluk (premenstrual disorder). Mazoşist kişilik bozukluğu kadının kendini yoğun bir biçimde belirli işlere adaması olarak betimlenir ve aslında üniversitedeki öğrencilerin dövülen kadın arkadaşlarına ev işlerinde büyük ölçüde yardım etmelerinden başka bir şey içermez (bkz. Faludi, 1991: 357-358). Kadın grupları, APA'daki kadınlar ile DSM ekibi arasındaki kıyasıya mücadele sonucunda âdet öncesi disforik bozukluk sendromu nihayet elkitabının Ek'ine dâhil edilmiştir (Figert, 1992).

Psikiyatrik teşhis, bir ölçüde kesin 'bilimsel' prosedür olduğu iddiası yüzünden, metodolojik ve epistemolojik eleştirilerin hedef tahtası hâline gelmiştir. Psikiyatrik teşhislerin fikri bütünlüğü farklı açılardan sorgulanmıştır (bkz. Bental *et al.*, 1988; Brown, 1987; Kirk and Kutchins, 1992; Mirowsky and Ross, 1989; Pope and Johnson, 1987). Örneğin, Mirowsky ve Ross'a göre psikiyatrik teşhisler davranış özelliklerini doğal özellikler olarak alır, yapısal ilişkilere indirger ve böylece şeyleştirir ve insanların kaygılarını anlamayı zorlaştırır. Bu yazarlara göre, ayrıca, biyokimyasal, fizyolojik ve genetik nedenlerle ilişkili hiçbir kesin kanıt yoktur ve psikiyatrik sınıflandırmadaki değişkenlik ve öznellik biyomedikal araştırma metodolojisine musallat olmuştur.

Dikkatli incelendiğinde şizofreni teşhisinin özellikle problemli ol-

duğu görülür. Şizofreni teşhisi metodolojik açıdan problemlidir, özellikle güvenilir veya geçerli değildir; şizofreniyi varsayılan diğer rahatsızlıklardan ayırmak her zaman mümkün değildir; ve semptomlar ve teşhisler arasında gözlenen korelasyonlar zayıftır. Aynı semptomlar her zaman aynı teşhisleri vermez (bkz. Bannister, 1968; Bentall *et al.*, 1988; Boyle, 1991). Bu illüzyonlar ve halüsinasyonlar, örneğin, birçok farklı kültür ve alt kültürde ve özellikle vakanın teşhis edildiği akıl hastanelerinin üretebileceği stres ve duyusal yoksunluk koşullarında ortaya çıkabilir. Uzunlamasına araştırmalar, semptomların beş yıl içinde zayıf tahminler hâline geldiklerini göstermiştir (Bentall *et al.*, 1988; Bentall, 1990). Dünya Sağlık Örgütü'nün kültürler arası şizofreni araştırmasında gözlenen en yaygın sendrom kavrayışsızlık muhtemelen en az şizofreniye özgü bir durumdur (World Health Organization, 1973: 182). Teşhislerin dayandığı veriler çoğu kez geçmiş dönemlere aittir ve farklı amaçlarla oluşturulan farklı kaynaklardan (örneğin, hastaneler, sosyal hizmet uzmanları, aile görüşmeleri, doktor kayıtları ve evlât edinme birimlerinden) toplanmıştır (Coulter, 1973: 18). Kesin metodolojik incelemeler psikiyatrik teşhislerin açıkça tartışmalı olduklarını göstermektedir. Benzer tespitler bu problemli teşhis prosedürleri temelinde akıl hastalığını genetik bir nedene bağlamaya çalışan ilgili birçok araştırma için de doğrudur (bkz. Duster, 1990: 104-109; Marshall, 1990).

Biyomedikal akıl hastalığı anlayışının bir başka problemi, teşhis kategorilerinin cinsiyet, etnisite ve sosyal sınıfa göre farklı dağılımlar sergilemesidir. Gerçekte, psikiyatrik teşhislerin bu farklılıklar konusunda tartışmaya açıklığını ve güvenilmezliğini kanıtlamak için ABD'deki mahkeme kayıtları incelenmiştir (Tancredi and Weisstub, 1986). Bu inceleme, çoğu kez akıl hastalıklarının 'gerçek' yaygınlığını değerlendirmenin temeli olarak görülen epidemiyolojinin ironik bir kullanımıdır. Sosyal sınıf ve akıl hastalığı arasındaki ilişki konusundaki en kapsamlı sosyal araştırma Hollingshead ve Redlich'e (1958) aittir. Onlar tüm psikiyatrik girişimin sınıfsal önyargılarla dolu olduğunu, psikiyatrların üst orta sınıf içinde yer aldıklarını ve yatan hastaların büyük çoğunluğunu alt sınıflardan bireylerin oluşturduğunu gösterir. Bu araştırmada akıl hastalığı algıları, hastaneye gitme, hastanede sınıfsal dağılım, teşhisler ve tedavinin sürdürülmesi ile sosyal sınıf arasında ilişkiler olduğu görülmüştür. Genelde, muhtemelen psikiyatr ve hasta arasındaki kültürel mesafe nedeniyle, akıl hastalığı teşhisleri yüksektir. Benzer şekilde, tedavi daha fiziksel ve koruyucu olduğu ölçüde hastanın daha düşük sosyoekonomik konumdan biri olma ihtimali yüksektir (ayrıca, bkz. Horwitz, 1982).

Aynı ölçüde dikkat çekici bir yanlılık psikiyatride iki cinse ilişkin teşhisler ve tedavilerde açıkça gözlenir. Bununla beraber, cinsiyetçi yanlılığın derecesi ve doğası literatürdeki oldukça farklı görüşler tarafından büyük ölçüde tartışılmıştır. Resmî istatistikler, çok açık bir biçimde, İngiltere'de kadınların, ABD'de erkeklerin daha fazla akıl hastanesinde yattıklarını göstermektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 *İngiltere ve ABD'de psikiyatri hastanelerine yatışta cinsiyet temelinde 100.000 kişiye göre miktarlar, 1986*

	Erkekler	Kadınlar	Kadınların erkekleri ne kadar aştığı
İngiltere	364	468	+ 29
ABD	790	551	- 30

Kaynaklar: Pilgrim and Rogers, 1993: 23;
National Institute of Mental Health, 1990: 156

Tablo'daki toplam rakamlar teşhis kategorilerindeki farklılıkları yeterince görmeyi engeller. Kadınlarda duygusal psikoz ve depresyon teşhisi daha yüksekken, erkekler her iki ülkede de daha ziyade şizofren olarak kategorileştirilme eğilimindedir. Yine de, bu iki ülkedeki farklı oranlar hastaneye yatma bakımından cinsiyet ve akıl hastalığı ilişkisi konusunda bir genelleme problemi yaratır. Bu oranlar, ayrıca, iki ülkede kadınlar ve erkeklerle ilişkili teşhis pratiklerinin oldukça farklı olduğunu göstermektedir.

Bu alandaki feminist bilimsel çalışmalar deliliğin ataerkil kültürel inşası (bkz. Showalter, 1987) ve akıl hastanelerinde kadınların aşırı yer aldığını göstermek için kullanılan istatistiksel verilerin anlamlılığı ile ilişkili sorunlar etrafında yürütülmüştür. Bir tıp dalı olarak psikiyatri erkek egemen bir meslek hâline gelmiş ve böylece psikiyatrik pratikler normal psikolojik işleyiş konusunda erkek yönelimli bir anlayış içinde sürdürülmüştür. Busfield'in (1983) gösterdiği gibi, akıl hastanelerinde yatan kadınların aşırı fazlalığı temel bir tarihsel eğilimi yansıtmaz, yani kadınların erkeklerden zihinsel olarak daha az sağlıklı olduklarını göstermez. Daha ziyade, istatistikler erkekler ve kadınların psikiyatrik yardıma farklı oranlarda başvurduklarını gösterir. Teşhis prosedürleri büyük ölçüde cinsiyete özgü olabilir. Bununla beraber, bu tespit kadınların ataerkil bir toplumda sürdürdükleri hayatlarının yarattığı daha büyük streslerin onları akıl hastanelerine ittiği fikriyle çelişmez (Busfield, 1988). Brown ve Harris'in (1978) ayrıntılı

epidemiyolojik araştırması, araştırmanın yürütüldüğü dönemde tüm klinik depresyon vakalarının üçte ikisini oluşturan kadınların depresyonu tetikleyebilecek birçok farklı psikolojik ve toplumsal probleme daha fazla maruz kaldıklarını göstermiştir. Temel savunmasızlık faktörleri arasında her gün evde 14 saat 3 veya daha fazla çocukla uğraşmak, 11 yaştan önce annenin ölümü, ev dışında hiçbir işi olmama ve yakın bir ilişkiden yoksunluk yer almaktadır

Son olarak, akıl hastalığı teşhisleri ve hastaneye yatış oranları etnik kökene bağlı olarak büyük farklılıklar sergilemektedir. Belirli davranış biçimlerini delilik olarak kabul etme dereceleri bakımından toplumlar arasında büyük farklılıklar vardır. İngiltere'de, şizofreni teşhisiyle yatanların oranı özellikle İrlandalılarda ve Afrika-Karayip kökenlilerde özellikle yüksektir (Harrison *et al.*, 1988; Littlewood and Lipsedge, 1988; Pilgrim and Roberts, 1993: 58-59) ve Avrupa'da hastanede yatan siyahlar ve diğer etnik azınlıkların oranı beyazların yaklaşık iki katıdır (National Institute of Mental Health, 1990: 156). Psikiyatrlar rakamların biyolojik farklılıklardan (Harrison *et al.*, 1988) veya stresle ilgili faktörlerden (Rack, 1982) kaynaklanabileceğini ispatlamaya çalışırken, araştırmacılar baskın beyaz Avrupalı kültür içinde psikiyatri mesleğinin etnosantrik ve ırkçı akıl hastalığı teşhisleri geliştirdiğini ve inşa ettiğini gözlemişlerdir (Knowles, 1991).

Farklı oranlar psikiyatrlar tarafından bazen, hatta günümüzde bazı kültürlerin yavaş gelişmelerinin bir ürünü olarak yorumlanmıştır. Örneğin, depresyon bazı etnik azınlık gruplarda beyazlardan daha düşük görünmektedir. Tanınmış İngiliz psikiyatr Julian Leff (1986: 33) bu oransal farklılığı bedenselleştirme (somatization) teziyle açıklar:

> ...duygu terminolojisinin giderek farklılaşmasıyla, odak acının bedensel olarak ifadesinden dil aracılığıyla ifadesine kaymıştır. Tarihsel süreç eşitsiz bir biçimde gerçekleşmiştir, bu yüzden çoğu kültürde hâlen duygusal acılar çeşitli zengin bedensel semptomlar aracılığıyla ifade edilmektedir.

Leff 19. yüzyılda psikiyatrik evrimciliğin ırkçı bir kabulünden söz eder: kültürel gruplar duyguları ifade etmenin daha az veya çok gelişmiş araçlarıdır. Avrupalılar kendilerini sözel olarak ifade edebilirken, diğer gruplar 'hâlâ' bedensel şikâyetlerle ifade etmektedir.

Yanlılık ayrıca İngiliz psikiyatrisinde etnik grupların tedavilerinde açıkça gözlenir. Littlewood ve Cross (1980), bir Doğu Londra hastanesinde gerçekleştirilen yatakta tedavi edilen hastalar, hastalık teşhisleri ve tedaviler araştırmasında siyahlara beyazlardan daha psikoz teşhisi konulduğunu, muhtemelen hastaneye iki kat fazla zorunlu

olarak yatırıldıklarını, hastanede muhtemelen daha fazla siyah memur veya alt düzey uzman bulunduğunu, siyahlara muhtemelen daha güçlü ve daha yüksek dozda sakinleştirici ilâçlar yazıldığını ve bilinen bir depresyon teşhisi konmadan muhtemelen daha fazla elektroşok verildiğini buldu. Bu hususi hastanelerde –yani, bir suç işlemiş, akıl hastası teşhisi konulmuş insanlara ayrılan kurumlarda– yatan hastaların % 15'i Afrika-Karayip kökenliydi (Independent, 1993). Bu rakam oldukça yüksektir, zira Afrika-Karayip kökenli Amerikalılar ülkenin toplam nüfusunun sadece % 1'ini oluşturmaktadır. ABD'de Afrika kökenli-Amerikalılar akıl hastanelerine muhtemelen daha çok zorla yatırılmışlardır ve onlar bu hususi akıl hastanelerinden ve diğer yerel sağlık birimlerinden ziyade devlet hastanelerinde daha fazla yer almaktadır (bkz. Kramer *et al.*, 1973; Ramm, 1989; Rushing, 1980; Takeuchi *et al.*, 1993).

Sonuç

Ruh sağlığıyla ilgili sosyal politikaların ve biyomedikal akıl hastalığı anlayışının problemli statülerini gözden geçirdiğimizde, hâlihazırda sürekli olarak daha yoğun bir baskı, gözetim ve düzenleme sarmalına tanık olduğumuz sonucuna ulaşmak zor olacaktır. Olaylara postmodernite teorileri doğrultusunda en uygun görünen bakış, 1990'larda ruh sağlığı hizmetleri, psikiyatri mesleği ve akıl hastalığının biyomedikal inşası bağlamında daha kaotik ve belirsiz bir dünyada yaşadığımızdır.

Çoğu Batılı ülkede yaşanan ekonomik durgunluklar ve neoliberal politikalara dönüş, daha önceleri devlet fonlarıyla desteklenen ve devletin siyasal otoritesi altında verilen hizmetlerin büyük bir bölümünün artık devlet tarafından sağlanmadığı anlamına gelmektedir. Bu farklı biçimlerde gerçekleşmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerine harcamaları kısıtlayan bir kültür giderek kurumlaşmaktadır. Özel sektörün ve ücretsiz kadın bakıcıların daha önceki akıl hastalarının bakımının yükünü daha fazla sırtlanmaları beklenmektedir. Hizmet kâr güdüsüne bağımlı olduğunda adaptasyon daha hızlıdır, zira ekonomik koşullar değişirken sermaye yatırımları daha kazançlı alanlara kaymaya başlar. Evde özel ruh sağlığı hizmetlerine büyük ağırlık verildiğinde aile hayatının problemleri ve istikrarsızlıkları evsiz ve geçici eski hastalara yansıyacaktır. Bu ikili süreç refah devletinde kesintilere gidilmesiyle ve bazı ülkelerde, sözgelimi Britanya'da devlet plânlamasının tamamen terk edilmesiyle artık ruh sağlığı hizmet-

leri hiçbir *rasyonel* plânlamaya tâbi olmayacaktır. Kimin akıl hastası olarak kabul edileceği, kimin tedaviye ihtiyacı olduğu, hizmetlerin nerede gerçekleştirileceği ve hangi tedavi biçiminin uygulanacağı gibi sorular giderek oldukça farklı, çelişkili ve keyfi biçimlerde cevaplandırılmaktadır.

Bu eğilim psikiyatri mesleğinin genel istikrarsızlığını beslemektedir. Ticarî ve neo-liberal akıl sağlığı düzenlemeleri altında, profesyonelin uzmanlığına geleneksel saygının yerini giderek yöneticinin maliyet-fayda analizleri almaya başlayacaktır (bkz. Samson, 1995). Tıbbî ve psikiyatrik teşhisler esnek olabilir ve kârın maksimuma çıkartılmasıyla meslek dışı amaçlara hizmet edebilir. Bu bölümde gösterildiği gibi, biyomedikal akıl hastalığı anlayışları ve tedavilerinin sahiliğinin giderek zayıflamasıyla daha kısmî, tesadüfî ve plânsız akıl sağlığı yaklaşımlarının yolu açılmıştır. Foucault'nun sözlerini uyarlarsak, hekimin deliyi girişimci veya idarecinin insafına daha fazla terk edip etmediğini görmek mümkündür.

Açıklama

Joan Busfield'e bu bölümün önceki taslaklarındaki yorumlar için verimli yardımları nedeniyle teşekkür ediyorum.

5
Kadınların Şikâyetleri: Ataerkillik ve Rahatsızlık

Tarihsel sosyoloji perspektifinden bakıldığında hastalık ve sapkınlık kategorilerinin inşasının toplumsal üyeliğin tanımı problemiyle yakından bağlantılı olduğu görülür. Üyelik örüntüleri en önemli bileşenini gücün oluşturduğu kaynaklara ulaşmayı belirler. Sapma ve hastalık konusundaki toplumsal mücadelenin bir güç dağılımı mücadelesi olduğunu öne sürebiliriz. Toplumun kültürel ve fiziksel sınırları, toplum içindeki, bilgi ve gücü kontrol altında tutmaları kendilerine kaynakların oluşturulması ve dağılımı üzerinde denetleyici bir gözetim imkânı sağlayan belirli elit gruplar tarafından düzenlenir ve yönlendirilir. Tamamen haklı olarak, sağlık ve rahatsızlığı güç servet ve prestij gibi birer kaynak olarak alabiliriz. Servet dağılımının dinamikleri, örneğin sağlık hizmetleri düzenlemeleri, seçkin gruplar arasındaki, bu kaynakların kontrolüyle ilgili çatışmaların sonucudur (de Swaan, 1988). Bunun çağdaş bir örneği, Keynesyen sosyal refah politikalarından piyasa yönelimli bir özelleştirme ve ekonomiye karışmama politikasına kayıştır (Flynn, 1992; Gabe *et al*., 1991).

Sağlıklı olmak huzurlu olmak anlamına geldiği için, hasta veya sapkın olmak toplumun merkezî kültürel aygıtından veya rutin pratiklerinden uzak kalmak demektir. Hastalık, aynı zamanda, normal yaşam örüntülerinden ve bazı durumlarda sonuçlarından belirli yabancılaşma biçimlerinin nedenidir. Önceki bölümlerde hastalık kategorilerinde semboller ve metaforların önemi vurgulamıştık. Örneğin, Ortaçağda cüzam gelişigüzel cinsel ilişkilerin bir sonucu olarak görülmekteydi; cüzama karşı toplumsal tepki, cüzamlı ve normal topluluk arasındaki toplumsal etkileşim örüntülerini düzenleyen belirli dinsel ritüeller aracılığıyla gerçekleştirilen bir dışlama süreciydi. Hastalık problemine bu tarihsel yaklaşım ayrıca akıl hastalığı, sara ve zührevi hastalıklar kategorilerine başvurarak açıklanabilir. Veremin metaforik bir biçimde 'romantik hastalık' olarak anlaşılması ve sunulması bir başka örnektir (Herzclich and Pierret, 1987). Thomas Mann *Büyülü Dağ*'da (1965) Alman toplumunun savaştan önceki problemlerini bedenlerin tımarhane içinde çürümesi düşüncesi etrafında analiz eder.

Hastalık kategorilerini kültürel toplumsal dışlama tanımları olarak aldığımızda, buradan hastalık ve rahatsızlığın onları zamandan bağımsız bir biçimde sürekli olarak belirleyen hiçbir sabit odağı veya özü bulunmadığı sonucu çıkar. Foucault, 'geleneksel' tutarlı ve sürekli tarihlere sahip hastalık kategorileri algısına karşı, özellikle hastalık üzerine söylemlerdeki süreksizliklerin önemine dikkat çeker. Modern toplumlarda hastalık bazı koşullarda yasal, dinsel ve ahlâkî çerçeveler olarak kabul edeceğimiz farklılaşmamış bir kategoriler bütünü temelinde tanımlanır. Hıristiyan Avrupa'da hastalık ahlâkî-teolojik bir perspektif içinde ve hastalığın tedavisi Hıristiyan bir çerçevede algılanmıştır. Beden insan toplumunu yansıtan ve temsil eden bir mikro-evren veya küçük dünyadır. Ortaçağda Fransa'da, insan bedeninin teşrihi İnsanın Düşüşünün ve Cennetten kovulmanın hatırlatılmasıydı (Pouchelle, 1990). Nitekim, hastalığın kavramsallaştırılma biçimi yaygın kültürel sistemin ve egemen söylemlerle ilişkili güç yapısının bir yansıması olacaktır. Hasta olma biçimimiz kültürel olarak tanımlanır. Bununla beraber, hastalık önemli bir tematik birliğe sahipse, bunun nedeni hastalığın bir sosyal sapma biçimini temsil etmesidir ve Parsons'ın hastalık-rolü kavramının sürekli geçerli olan yönü hastalık durumunu kesinlikle normal toplumsal etkileşim beklentilerinden sapma olarak tanımlamasıdır.

Modern çağ öncesi toplumları varlığını sürdürebilmenin nüfus dengesinin temel önkoşulunu oluşturduğu, salgın hastalık tehditleri ve besin yetersizliklerinin tuzağına düşmüş istikrarsız sosyal sistemler olarak düşünebiliriz. Bununla beraber, bu ölümcül salgınlar Ortaçağ'ın tasavvur dünyasında aynı anda hem fiziksel hem metaforikti. Toplumsal, siyasal ve tıbbî rahatsızlıklarla ilişkili egemen metafor beden ve bedensel denge metaforuydu. Toplumsal bedeninin salgın hastalığa yakalanması tehdidi beden politikasıyla ilgili rahatsızlıklar çerçevesinde kavramlaştırılmaktaydı; tıbbî bir perspektiften, insan bedeni içindeki çatışmalar fikri *ile* bir bütün olarak toplumun otoritesi, meşruluğu ve gücüyle ilişkili bir siyasal anlayış arasında paralellikler vardı. Unschuld (1985) Çin'de imparatorluk yapısındaki siyasal yozlaşmaların nasıl toplumsal istikrar için kişisel sorumluluğu vurgulayan tıbbî sistemler ve kavramlarla sonuçlandığını göstermiştir. Çin'de vücudun istilâ edilmesi olarak hastalık fikri toplumu büyüsel ve şeytani istilâlardan kurtarmak için mızraklar ve keskin araçların kullanılmasında cisimleşir. Gerçekte akupunkturun bir bireysel tıbbî tedavi biçimi olarak kullanılmasına yol açan şey bu mızrakların kullanılmasıydı. Çin'de Doğu despotizmi döneminde tahıl arzını kontrol edecek bir merkezi siyasal sistem geliştiği için, insan bedeni besinle-

rin akışının akupunktur tekniği sayesinde kan dolaşımının uyarılmasıyla sağlanabileceği büyük bir sulama şeması olarak kavramlaştırıldı.

Bu yüzden, dinsel sistemler tarihte insanî hastalıklar ve sapmaları tanımlama, inşa etme ve kontrol altına almada önemli bir rol oynamıştır. Dinsel sistemler, çeşitli üyeliğe kabul ve dışlama ritüelleri sayesinde, tekil üyelerin bir ceza ve bağışlama sistemi aracılığıyla toplumdan kovulabileceği ve yeniden kabul edilebileceği uygulamalar geliştirdiler. Eski Roma'da tanrılar ve insan toplumu arasındaki barış sözleşmesi ('Pax Deorum') fikrini anlamada 'pro-digia' kavramı önemlidir. Kehânet (prodigia) Roma toplumunda bu sözleşmenin doğal ve doğadışı felâketler yüzünden bozulmasının işaretiydi. Otoriteler toplumsal dengeyi yeniden kurmak için gerekli uygun önlemleri ('remedia') rahipler aracılığıyla alıyorlardı.

Bu dinsel sistemlerde bireyin topluma yeniden-kabulü yoğun toplumsal etkileşimler ve alışverişlerle sağlanmaktaydı. Bu terapi sistemleri modern çağdan önceki toplumlarda egemen konumda olsa da, günümüz kültürlerinde benzer toplumsal dinamiklere sahip, büyük ölçüde benzer metaforlara başvuran örnekler bulmak mümkündür. Kişisel dengeyle ilişkili terapi toplulukları ve dinsel kültler çağdaş lâik toplumlarda bile önemini sürdürmektedir. Skultans (1974: 44) çağdaş Britanya'da spritüalist gruplar üzerine araştırmasında şu sonuca ulaşır:

> bu nedenle, spritüalizm bir uzlaşma ritüeli olarak görülebilir. Bu grupların destekleyici ve tedavi edici doğası spritüalist grubun üyelerinin grup dışından kişilerle ilişki kurmamaları, kurduklarında bile bunun çok sınırlı olması gerektiği düşüncesiyle vurgulanır.

Dinsel grupların özellikle marjinal gruplar ve güçsüz bireyler açısından tedavi edici bir işleve sahip olduklarını iddia etmek için tamamen işlevselci bir din anlayışını benimsememiz gerekmez. Din hastalık durumu ve hastalıkla ilişkili belirli problemlere odaklanırken, aynı zamanda suçluluk duygusu mekanizmasıyla bazı tıbbî problemler üretebilir. Din, normatif bir yapıyı yerleştirerek, çoğu kez normlara daha fazla itaat beklentisine iterek bireyleri zorunlu olarak sapkın davranışlara itebilir. Din sosyolojisinde dinin kompülsif davranışa yönelttiğine ilişkin birçok kanıt vardır ve uç örneklerde obsesif-kompülsif titizlik sendromunun varlığını tespit edebiliriz (Corcoran, 1957). Bu sendrom takıntı derecesinde temizlik, düzen, ayrıntılı kontrol ve disipline yol açar. Sendrom özellikle bedensel düzenin sıkı kontrolüyle ilişkilidir.

Hastalık ve sapma problemi konusunda tarihsel ve kültürel bir sosyolojik perspektif sunmaya çalışırken beden ve toplum arasındaki sembolik paralelliğe özel bir önem verdim. Tıbbî söylemde beden öne çıkar, bunun açık nedeni hastalığı fiziksel organizmanın işleyişinde bozukluk olarak kavramsallaştırmamız değil, aksine bedenin doğa dünyası ve ahlâkî olgular dünyası arasındaki bir noktada muğlâk bir biçimde konumlandırılmasıdır. Bedenlerimiz ahlâkî failler olarak hareket ettiğimiz doğal ortamlarda birlikte yer alır, ancak ayrıca ahlâkî durumumun kişisel bir sorumluluk olarak bedenimi kontrolüme bağlı olduğu doğrudur. Bununla beraber, bu metaforda beden ve zihin arasında zımnî bir kültürel ayrım vardır, zira felsefi açıdan baktığımızda, bedenleşme kavramının insan hayatında varlık ve bilincin birlikteliğini daha uygun biçimde ifade ettiğini söyleyebiliriz (Levin, 1985; Turner, 1984).

Bu bedenin toplumla ilişkisi yorumu büyük ölçüde Douglas'ın antropolojik teorilerine dayanmaktadır. İnsan kültürleri saflık ve tehlike dikotomisi temelinde, bedensel salgıların toplumun ve doğal çevrenin ahlâkî ve dinsel istikrarına karşı tehdit oluşturduğu düşüncesi etrafında kavramlaştırılabilir (Douglas, 1970, 1973). Douglas'a göre, sembollerin toplumsal işlevleri insanların bedenleri ve üremelerinin ahlâkî kontrolüyle yakından ilişkilidir:

> insan bedeni hepimizde ortaktır. Değişen sadece toplumsal koşullarımızdır. İnsan bedeni üzerine kurulan semboller farklı toplumsal deneyimleri ifade etmek için kullanılır (Douglas, 1970: vii).

Çocukların kendi bedenlerini kontrol altına almayı öğrenmeleri onların genel toplumsal yapıya kazandırılması süreci açısından temel önemdedir. Kültür fiziksel varoluşumuzu düzenlemek için kullanılabilse de, beden (onun işlevleri ve salgıları) düzensizlikleriyle ve sembolik kontrole direnerek toplumsal düzeni her zaman tehdit eder (Koopping, 1985). Hastalıkla ilişkili bir problem, iradi kontrol ve organizasyonu elimizden alarak bedenlerimizin ahlâkî idaresini tehdit etmesidir. Hastalık, ayrıca, yetersizlikler ve sakatlıklar nedeniyle aile içindeki ve arkadaşlar arasındaki karşılıklılığın temeline zarar vererek gündelik hayatın akışını tehdit eder. Değerli ve önemli bir şey olarak benlik-algımız sevdiklerimizin yakın onayını gerektirdiği için, hastalıklar ve sakatlıklar beden-imgesindeki değişikliklerle benliği ve gündelik toplumsal dokuyu tehdit eder (Turner and Riggs, 1994). Sonuç olarak, bir tıbbî rejimin ve terapik müdahalenin toplumsal desteğine ihtiyaç duyarız.

Kadınların Bedenleri –Doğa ve Kültür Arasında

İnsanlık tarihinde kadınların bedenleri özellikle ahlâkî ve toplumsal istikrarı tehdit eden bir şey olarak görülmüştür (Suleiman, 1986). Özellikle, kadın cinselliği kadınları kısıtlamak ve üreme kapasitelerini gözetim altında tutmak için başvurulan dinsel ve büyüsel pratiklerin hedefi olmuştur. Büyü sistemleri, efsaneler ve Şamanizm, tipik olarak, kadınların aybaşı döngülerini kuşatan tabu ve kirlilik problemleriyle uğraşmıştır. Örneğin, Eskimolar doğanın tehlikeli güçlerini, yani ölümü ve kadınları düzenlemesi için şamanlara bel bağladılar. Kabilenin bir üyesinin sapkın davranışının güçlü bir tabuyu ihlâl ettiği için tüm grubun av faaliyetlerini tehdit ettiği düşünülmekteydi. Aybaşında kanın doğru kontrolü bu ahlâkî düzenlemenin önemli bir parçasıydı. Aybaşı sırasında grubun normları ve buyruklarından birini ihlâl eden bir kadın erkeklerin av faaliyetlerine büyük zarar verecektir. Av başarısız olduğunda grup bir araya gelecek ve bir toplantıyla sapkın kadınlara işledikleri günahları itiraf ettirilecektir. Bu yüzden, Şamanizm kadınların düzenlenmesi ve toplumsal düzenin devamlılığı açısından önemli bir kurumdu (Eliade, 1964; Lewis, 1971; Siikala and Hoppal, 1992).

Kuşkusuz, kadın cinselliğinin düzenlenmesi sadece ilkel dinsel sistemlere özgü bir problem değildir. Avrupa toplumlarında büyücülük ve şeytan-bilimi üzerine literatürde geleneksel toplumlardaki 'büyücünün çılgınlığı' ile 'kadının statüsü' arasında kurulan özel ilişkiye dikkat çekilir (Thomas, 1971; Trevor-Roper, 1967). 14. yüzyıldan itibaren Kilise büyü ve büyücülük arasında daha ciddi ayrım yapmaya başladı ve ikincisi esasen büyücüler ile büyüsel güce sahip bir büyücüyü ortaya çıkartan Şeytan arasındaki bir sözleşme olarak görüldü. Bu Katolik çerçevede büyücülük yanlış bir eylem veya aşağı bir din olarak görüldü ve Avrupa'da bu büyücü tarikatlarına karşı farklı kovuşturmalar ve kampanyalar yürütüldü. 1700'den önce Kıta Avrupa'sında büyücü çılgınlığının bir sonucu olarak yaklaşık 200 bin insan öldürüldü. Bu dönemde büyücüleri tespit etmek ve kontrol altına alabilmek için farklı teoriler geliştirildi. Büyücüler ve sapkınlara karşı kampanya birçok zanlı ve kurban yarattı ve sonuçta Avrupa'nın her yerinde muhalif dinden geniş birçok gizli akım ortaya çıktı (Le Roy Laduire, 1980).

Kadınlar büyücülükle yakından ilişkiliydi, zira özellikle şeytanın cinsel ayartmalarına açıklardı. Kadınların büyük ölçüde ve kapsamlı olarak büyücülükle suçlanıp teşhir edilmeleriyle sonuçlanan kadınlar

ve büyücülük ilişkilendirmesi ironik olarak Protestan Reformasyonuyla daha da arttı. Protestanlık, bir ölçüde bireyciliği sayesinde, büyüsel pratiğin Ortaçağdaki sıradan insanları kötülükler ve büyülerden uzak tutan bir duvar yaratan koruyucu perdesini büyük ölçüde yıktı. Bu kanıtları inceleyen Ehrenreich ve English'e göre (1972: 26) Kuzey Avrupa'da büyücülük tarihinde üç temel suçlama geliştirilmiştir:

> İlk olarak, büyücüler erkeklere karşı muhtemel her tür cinsel suçla itham edildiler. Basitçe, onlar kadınsı cinsellikleri nedeniyle suçlandılar. İkinci olarak, örgütlenmekle suçlandılar. Üçüncü olarak, sağlığı etkileyen büyüsel güçlere sahip olmakla –zarar vermek kadar iyileştirmekle– suçlandılar. Onlar çoğu kez bilhassa tıbbî becerilere ve doğum yaptırma becerisine sahip olmakla suçlandılar.

Kadınlar irrasyonel, duygusal ve kendine hâkim olamayan varlıklar olarak görüldü; onlar özellikle şeytanın ayartmaları karşısında savunmasızlardı. Bu toplumsal kadınsı irrasyonellik anlayışı çoğu kez Adem ve Havva'nın Cennetteki hikâyesine ideolojik bir müracaatla desteklendi. James Stuart'ın *Cinbilimi* adlı çalışması (1597) kadınlar hakkındaki bu olumsuz görüşü pekiştirdi. Stuart bu incelemede büyücülerin gerçekliğini ispatlamaya çalışır ve açıkçası özellikle büyücüleri tespit etme ve ortaya çıkarma konusunda becerikli olduğunu düşünür (Davies, 1959). Bu çalışma, kadınların büyücülüğün toplumsal temelini oluşturdukları ve şeytani güçler taşıdıkları şeklindeki yaygın anlayışa krallık nezdinde dinsel bir meşruiyet kazandırdı. 1563-1727 yılları arasında Avrupa'da büyücülük yaptığından şüphelenilenlerin yaklaşık % 70-90'ı kadındı (McLachlan and Swales, 1980).

Büyücülük tarihinin ve kadın büyücülerin baskı altına alınmasının kadınların tıp pratiğinden dışlanması sürecinin bir parçasını oluşturduğu öne sürülmüştür (Ehrenreich and English, 1972). Kadınlara büyücü oldukları gerekçesiyle saldırı esasen onların cinselliklerini hedef almaktaydı, ancak aynı zamanda köylerdeki 'bilge kadınlar'ı bitki tedavisinden ve tıbbî pratiklerden dışlama girişimiydi. Tıp giderek daha gözle görülür biçimde teknik bir dilin ve üniversite eğitiminin otoritesi tarafından desteklenen bir uzmanlık alanı hâline gelirken, tıbbî faaliyet erkekleri kollamaya başladı. Sonuç, kadın ebeler ve bilge kadınların iyileştirme konusundaki statülerinin giderek belirsizleşmesi ve erkeklerin tekelinin tehdit edilmesi olarak algılanmaya başlamasıydı. Büyücü çılgınlığı yaygın olan kadın sağlıkçıları ortadan kaldırmasa da, şüpheli insanlar olarak etiketlenmelerine yol açtı. Bu

yüzden, büyücü çılgınlığı erkek tıpçılara kadınları Avrupa'nın her yerinde rekabetçi mücadeleden dışlamaları için mükemmel bir gerekçe sağladı (Ben-Yehuda, 1980).

Hekimler ve Ebeler

Geleneksel toplumlarda çocuk doğumu kadınların tekelinde olsa da, onlar uzman bir ebelik yapısı oluşturma ve konumlarını rekabete kapatma konusunda özellikle başarısızlardı. Örneğin, 1616'da Londra ebeleri I. James'e ebeliğin gelişmesine yardımcı olacak ve ebelerin üye olabileceği bir birlik kurmak için dilekçe verdiler (Donnison, 1977). Birliğin amacı ebelerin yaptıkları işleri düzenlemek ve daha formel bir eğitim düzeyiyle becerilerini geliştirmekti. Ebelerin dilekçesi Kralın dikkatini bir ölçüde çekse de, bu girişim ebelerin uzmanlaşmaları ve örgütlenmelerini engellemek için bazı karşı iddialar geliştiren Kraliyet Hekimler Komisyonu'nun muhalefetiyle karşılaştı. Ebeler 1633'te birkaç dilekçe daha verdiler, ancak bunlar da reddedildi. 17. yüzyıldaki bu başarısızlıkların bir sonucu olarak, 18. yüzyılda İngiliz tıp pratiğinde ebelikte erkeklerin kontrolü giderek açık bir hâl kazanmaya başladı. Erkek hekimlerin meslekî stratejisi ebelerin rolünü sadece doğumla sınırlandırmak ve ebeleri tüm 'normal doğumlar'ı yeni tıp âletlerine, özellikle forsepslere* sahip erkeklerin müdahalesine bırakmaya teşvik etmekti (Mitchell and Oakley, 1976). Peter Chamberlain (1572-1631) gibi hekimlerin ilk müdahalelerinden itibaren forsepslerin teknik özellikleri sürekli gelişmekteydi, ancak bu teknolojilerin çoğunun, örneğin Delore'nin 1868'de uyguladığı makaralar ve iplerle mekanik dışa-çekme tekniğinin ardında kadınların yatar konumda doğum yapacakları varsayımı yatmaktaydı (Das, 1993). Kadınlar geleneksel doğum sandalyesindeki dikey konumdan –Fransa'da ıstırap yatağı (*lit de misère*) olarak adlandırılan– doğum yatağındaki yatar konuma geçerken, erkek hekimler forsepsleri, vakumlu çıkarıcılar ve makaralarıyla doğum alanında kadın ebelerin yerini aldılar (Houtzager, 1993).

Ebeliğin tarihi tıp tarihinde feminist ve diğer açıklama biçimleri arasında açık bir rekabetin yer aldığı bir teorik savaş zemini hâline gelmiştir. Köy ebelerini büyük ölçüde cahil ve eğitimsiz olarak gören Shorter (1983) köylü ve şehirli ebeler biçiminde değerli bir ayrım yapar. Şehirli ebeler 1750'lerden önce, bu dönemdeki mevcut bilgi-

* Pens, maşa

leri temelinde kadınlara ehliyetli bir hizmet sunma konusunda muhtemelen erkek doktorlardan daha donanımlılardı. Geleneksel ebe doğumla ilgili temel problemleri çözmekte açıkça yetersizdi ve eğitimli bir doktorun yardımını istemek zorundaydı. Bununla beraber, doğumların çoğunluğunun önemli bir tıbbî müdahale gerektirmediği doğrudur. Feminist tarihsel eleştiri sosyolojik ilgiyi tıp pratiği içindeki –19. yüzyıl sonlarında erkek tıpçıların kadın ebeler üzerinde meslekî kontrol kurmayı ve kadınların egemenliğinde rakip bir meslek grubunun ortaya çıkmasını engellemeyi başardıkları– cinsel işbölümüne çekerek değerli katkılarda bulunmuştur. Daha geniş bir perspektiften bakıldığında, ebeliğin erkeklerin kontrolünde gelişmesini anneliğin tıbbî bir süreç hâline getirilmesinin bir parçası olarak görebiliriz (Oakley, 1984).

Kadınlar, Cinsellik ve Histeri

Bu betimlemelerin amacı, kadınların bedenleri ve cinselliklerinin ahlâkî ve toplumsal dokuya karşı bir tehdit olarak görüldüğü fikrini desteklemektir. Cinsellik konusundaki toplumsal kaygılar kadınlara yöneltilmiştir ve bu eğilim kendini kadınların ataerkil otoriteye boyun eğdirilmesini sağlayan ve bu durumun bir ifadesi olan çeşitli tarihsel kategorilerde gösterir. Hem Klâsik Çağda hem de Hıristiyanlık Çağında erkeklerin kadınlara karşı cinsel arzuları çoğu kez kişisel akla ve toplumsal düzene karşı bir tehdit olarak algılanmıştır (Rousselle, 1988). Histerinin tarihi ataerkil tıbbın muhtemelen en çarpıcı ve dinamik bir örneğidir ve kadınların boyun eğdirilmesinin, tehlikeli bir şey olarak cinsellik fikrinin ve kadınların toplumsal düzenin çıkarlarına uygun biçimde düzenlenmeleri gerektiği düşüncesinin ifadesidir.

Foucault (1979) kadın histerisini 19. yüzyılda cinsellik söyleminin ve güç dağılımının en uygun ve geçerli örneği olarak alır. Ona göre, 18. ve 19. yüzyıllarda kadın bedeninde –kadınların çocuklarının huzurundan sorumlu oldukları, ailenin sürekliliği ve toplumun korunması anlayışı temelinde kavramlaştırılan– önemli bir tıbbîleştirme süreci yaşanmıştır. Histerik kadın düşüncesi, daha ziyade mastürbasyon yapan çocuk ve cinsel sapık fikri gibi, 19. yüzyıldaki kültüre hâkim olan tam kapsayıcı cinsellik ideolojisinin bir ürünüydü. Foucault'ya göre, cinsellik söylemi ayrıntılı bir tıbbî söylemin ve pratiğin nesnesi olarak histerik kadın fikrini üretti. Histerik kadın fikri, kadınlarda melankoli ve 'kuruntular'ın toplumsal işlevlerinin analizi

açıkçası 19. yüzyıl tıp kültürünün, özellikle Fransız analitik Charcot ve Freud geleneğinin önemli bir özelliğiydi. Ayrıca, 19. yüzyıl tıp pratiğindeki geleneksel yatak istirahatı tedavisi kadınların korunmaya ve gözetim altında tutulmaya muhtaç narin yaratıklar oldukları biçimindeki yaygın görüşün göstergesidir (Bassuk, 1986). Bununla beraber, histerinin tarihi açıkçası Foucault'nun 19. yüzyıl toplumunda histeri açıklamasında belirttiğinden çok daha uzundur ve kompleks bir yapıya sahiptir (Turner, 1985c).

'Histeri' terimi Grekçe 'hysteria' veya uterus (rahim) teriminden türetilmiştir. Histeri esas psikolojik kökenleri rahmin işleyiş bozukluğunda yatan ve bu yüzden sadece kadınlara özgü bir durum olarak görülür. Histerinin davranışsal tezahürlerinin (ağlama, çığlık atma, vücut kasılması, bayılma, aksilik, sinir krizleri) kaynağında kadın anatomisinin psikolojik doğasının bulunduğu düşünülmekteydi. 19. yüzyıl ortalarında histerinin bir tedavisi rahmin ameliyatla alınmasıydı ve bu tedavi açıkça, tıbbî bir bakış açısından, histeriye yakalanmayla ilişkili psikolojik olguların belirli bir fiziksel temele sahip olduğunun düşünüldüğünün bir kanıtıydı. Ancak, histeri fikri bir bütün olarak kadınlar ve onların toplumdaki rolleri hakkında belirli bir ahlâkî, değerleyici ve eleştirel güce sahipti. Kadınlar, kültürel nedenlerle, bünyeleri gereği ağlama, bayılma ve kontrol edilemeyen gülme krizlerine açık daha zayıf bir cinsiyet olarak görülmekteydi. Histerik davranış eğilimi özellikle genç bekâr kadınlar, yaşlı dullar, boşanmış kadınlar ve eğitim alanında ya da diğer mesleklerde kariyer yapmak isteyenlerde, evlilikten ve normal cinsellikten uzak duran kadınlarda yaygındı. Özetle, normal cinsel faaliyetin engellenmesinin kaynağında yeniden-üretimi [üremeyi] sağlama çabası yatmaktaydı ve bu çaba tıbbî söylemde histerinin öne çıkışıyla ilişkiliydi.

Bu tıbbî modelin içerimi, bir kadının evliliğinde kocasıyla sadece çocuk doğurmak amacıyla cinsel ilişkiye girdiğinde sağlıklı bir hayat sürdürebileceği düşüncesiydi. Evlilik dışı cinsel ilişkiler bir başka cinsel bozukluk biçimi, yani nemfomani (erkek düşkünlüğü) olarak görülmekteydi. Tıbbın kadınlarda histeri söylemi erkekler ve kadınlar arasındaki statü eşitsizlikleriyle, evlilik içi gebeliğin sosyal ve psikolojik değeri üzerine analizlerle desteklendi ve son olarak, kadınların sağlıkla ilgili konularda daha fazla eğitim yapmalarına karşı bir iddia olarak kullanıldı. Uzun bir eğitim dönemi evlilik ilişkileri içinde üreme ve tatmini geciktirecek ve bu yüzden, meslek sahibi yüksek eğitimli kadınlar özellikle geciktirilen gebeliğin zararlı sonuçlarına maruz kalacaklardı.

Foucault'ya göre, 19. yüzyılda yeni bir tıbbî ideolojinin ürünü ola-

rak bir cinsel sapma söyleminin gelişmesi erkekler ve kadınların kültürel olarak güç, statü ve bilgi temelinde uzmanlaşmasıyla yakından ilişkiliydi. Foucault'nun konumuna karşı, histerinin toplumlarda çok eskiden beri bilinen tıbbî koşullardan biri olduğu ve bu nedenle, 19. yüzyıldaki "histerinin kadınlara özgü bir hastalık olduğu" vurgusunun problemli olduğu öne sürülebilir. Ayrıca, histeri neredeyse her yerde özellikle bir kadın rahatsızlığı olarak görülmüştür. Bu yüzden, bir sıfat olarak histerik ifadesinin sürekliliği Foucault'nun tarihsel süreksizliğe vurgusunda problemler yaratır; aksine, bir tıbbî kategori olarak histerinin uzun tarihi ve kadınların toplumsal davranışlarını özellikle anatomilerinin belirlediği düşüncesi, toplumsal ve iktisadî ilişkilerdeki diğer temel değişimlere rağmen, ataerkil gücün sürekliliğinin kanıtıdır.

Histerinin tarihi klâsik veya antik Mısır toplumuna götürülebilir, zira bir papirüste (M.Ö. 1900) kadınlarda histerik davranışın oluşumu normal işleyişi bozulan bir rahmin varlığıyla açıklanır; bu durumun hamileliğin olmamasından kaynaklanan bir rahim kuruluğunun ürünü olduğu düşünülmekteydi. Rahim kuruduğunda farklı rahatsızlıklara yol açacağı ve bedenin aşırı sıcak ve istikrarsız olacağı düşünülmekteydi. Bu istikrarsız rahim beyni etkilediğinde histerik krize yol açacaktı. Mısır tıp geleneğinde bu kriz rahmi normal konumuna yeniden döndürmek için güzel kokulu otlardan oluşan tütsülerle tedavi edilmeye çalışılmaktaydı. Tedavide kullanılan bu otlar erkekliğin ve erkek gücünün simgesiydi ve bu yüzden, rahmin normal işleyişine dönmesi bu otlarla ilişkili cinsel sembolizm aracılığıyla sağlanmaya çalışılıyordu. Bu uygulamanın toplumsal içerimi, gebeliğin kadınların akıl sağlıklarını koruyabilmeleri için gerekli normal, arzulanabilir ve gerçekte zorunlu bir tıbbî koşul olduğuydu.

Histeri Grek tıp ortamında da benzer içerimlere ve sembolik anlamlara sahipti. Histeri Grek tıbbında, Hipokrat'ın nihayetinde Batılı Ortaçağ tıbbını hâkimiyeti altına alan yazılarında kadının üreme organlarının düzgün işlememesiyle yakından bağlantılı bir durum olarak görülmekteydi. Platoncu felsefede rahim çocuk doğurmayı arzulayan bir hayvan olarak kavramlaştırılmaktaydı. Rahim kısır kaldığında beden üzerindeki yolundan saparak solunum güçlüklerine ve huzursuzluğa yol açar, bu da ayrıca bedenin acı çekmesine ve dengesini kaybetmesine neden olur. Bu rahatsızlıklar rahim üreme işlevini yeniden kazanıncaya kadar devam eder.

Grek ve Mısır tıbbının mirası bu konuda farklı bir tema geliştiren Bergamalı Galen tarafından sürdürülmüştür: ona göre, histeriye kadınların cinsel salgılarındaki düzensizlikler yol açar. Galenci tıpta,

başarılı bir üreme erkek ve kadın menisinin birleşmesiyle gerçekleşir. Kadının ister kendi seçimiyle, ister dulluk yüzünden, ister başka koşullar nedeniyle doğum yapmaktan kaçınması rahim içinde kalan bu cinsel salgıların çürümesine ve zehirlenmeye, son olarak histeriye yol açar. Galen bu problemin tıbbî çözümünün cinsel tatmini gerektirdiğini düşünür. Galen'in teorisinin ilginç bir özelliği, erkeklerde de histeri olabileceğine inanmasıydı. Cinsel ilişkilerden uzak duran erkekler de histeri krizleriyle sonuçlanan cinsel salgı çürümesine açıklardır. Galen'in teorisinin bu yanı Ortaçağda uzunca bir süre dikkate alınmadı ve nihayetinde tanım gereği sadece kadınların histerik rahatsızlıklar yaşayacağı düşüncesi hâkim oldu. Erkeklerde hystera (rahim) olmadığı için histeri de olmayacaktı.

Kadınlarda histeri konusundaki tartışmalar insan anatomisi hakkındaki bilgilerin muğlâk olduğu ve belirli İtalyan üniversitelerinde ancak cesetler üzerinde yapılabilen bedensel cerrahilerin Rönesans dönemine kadar ham düzeyde kaldığı bir tıbbî ortamda gerçekleşti. Leonardo da Vinci'nin (1452-1519) kesit çizimleri gelişen bir anatomi bilgisinin işaretidir. Üremenin anlaşılmasında Gabriele Fallopio'ya (1520-1574) çok şey borçluyuz. Bu araştırmalar, cinsel ilişki sırasında kadınlarda meni akışı olmadığını ve histerinin ne istikrarsız bir rahimden ne de rahimde cinsel salgının kalmasından kaynakladığını gösterdi. Bu keşiflere rağmen, yine de histeriye kadınların cinsel hayatlarındaki bazı normal-dışılıkların yol açtığı düşünülmekteydi. Tıbbî teorideki genel eğilim, gerçekte basitçe insanın üreyeceği bir kap olarak hizmet eden kadınların erkeklerin yeniden-üretimine nispeten az katkıda bulunduklarının vurgulanmasıydı; yani, kadın basitçe yaratıcı erkek tohumunu içinde taşıyan bir kap olarak görülmekteydi (Hewson, 1975).

Tıp mesleği ve üniversiteler Galenci bir tıp yorumuna, yani histerinin doğal bir nedeni olduğu (örneğin, çürüyen salgının rahimde kalmasından kaynaklandığı) düşüncesine bağlı kalırken, ruhban sınıf histeriyi kötü ruhların kontrolü ele geçirdiği bir hastalık biçimi olarak görmekteydi. Histerik insanlar kendilerini körleştiren ve felç eden ve evlilik ilişkilerinde güçsüz kılan büyülü sözlerin yönlendirdiği kişilerdir. Gördüğümüz gibi, büyücüler cinsel tutkuları yüzünden özellikle şeytanın etkisi altına girmiş kişiler olarak görüldü ve onların tuhaf histerik davranışları bu şeytanî ittifakların bir ürünü olarak alındı. Büyücülerin çoğu kadındı ve bu durum *Malleus Maleficarum* (Büyücü Tokmağı) adlı çalışmada kadınların ayartılmaya açık ve kolay etkilenebilir varlıklar oldukları öne sürülerek açıklandı.

Histerik kadınlara karşı tutumlardaki genel değişim 17. yüzyıl

sonlarında büyücülük ve büyücü çılgınlığının ortadan kalkmasıyla ve büyücülüğün hukukî bir suç olmaktan çıkmasıyla ilişkiliydi. Bu tutum değişikliği ayrıca anatomi bilgisindeki ilerlemelerle ve Harvey'nin kan dolaşımını keşfinden sonra deneysel tıptaki gelişmelerle yakından bağlantılıydı. Histerinin cinsel rahatsızlıklardan kaynaklandığı fikri asla tamamen terk edilmese de, beynin ve işlevlerinin de histeriyi anlamakta temel önemde olduğu varsayıldı. Jorden'ın (1578-1632) *Annede Nefes Kesilmesi Olarak Adlandırılan Hastalık Üzerine Bir Konuşma* (1603) adlı çalışmasında ve Burton'un *Anatominin Melankolisi*'nde (1621) yapacak bir işi olmamanın sağlıklı kadınlar arasındaki duygusal rahatsızlıkların nedeni olduğu ve bu rahatsızlıkların ev içi etkinlikleri canlandırarak, evlilik ve gebelik sayesinde tedavi edilebileceği öne sürüldü. Toplumun tutumlarında temel bir değişim olmasa da, histerinin basitçe kadın fizyolojisiyle değil, kadınların evlilik ortamındaki toplumsal ve duygusal hayatlarıyla ilişkili olduğu kabul edildi.

18. yüzyıl sonları ve 19. yüzyıl başlarında sinirsel rahatsızlıkların sınıflandırılması ve tedavisinde önemli gelişmeler sağlansa da, histeri analizinde gerçek tıbbî atılım histerinin en azından bazı yönlerinin kaynağında öğrenilmiş davranışlar veya taklit biçimleri yattığını iddia eden Charcot (1825-1892) sayesinde gerçekleştirilmiştir; o, ayrıca, erkeklerin de histerik krizler yaşayabileceğini öne sürer. Charcot histerik kıvranmaların altında yatan psikolojik travmayı teşhis etmek için hipnoza başvurdu (Ellenberger, 1970). Bununla beraber, Charcot'nun etkisi altında, neticede hipnozun terapik önemini, konuşma terapisiyle birlikte uygulandığında histerik kişinin gerilimleri için bir çıkış yeri sağlayabileceğini kavrayan Freud olmuştur ve bu düşünce Freud ve Breuer'i (1974) histeriklerin esasen kötü anılardan dolayı acı çeken kişiler olduklarını öne sürmeye itti. Freud özellikle çocukluktaki travmalar ve bunların anılarda bastırılmasıyla ve psikoterapi ve konuşma tedavisinin sağladığı katarsis* (enerji boşalması) sayesinde bastırılan kötü anıların serbest bırakılmasıyla, psikanalitik araştırmalarla derinlerde gömülü bir olayın direncinin nasıl kırılabileceğiyle ilgilendi.

20. yüzyılda histerik davranışlarda azalmanın bir nedeni, bu tür davranışlar artık toplumsal açıdan uygunsuz olarak düşünüldüğü için kadınların bayılmaları ve kıvranmalarının toplumsal destek ve

---

* Eski bir heyecanın serbest kalmasını veya psişik hayatın normal akışını bozan içe atılmış çatışmalı bir durumun ortadan kalkmasını sağlayan her türlü etki veya tepki.

ilgi görmemesi olabilir (Veith, 1965). Nitekim, 19. yüzyılda, orta sınıftan genç kadınların toplumsal ilişkileriyle bağlantılı problemlerini histerik krizler gibi çeşitli rahatsızlık biçimleriyle ifade etmeleri yaygındı. Bu davranış biçimi 19. yüzyıl sonlarında eğitimli çevrelerde daha az hoş görülmeye başladı ve halk arasında kadınlarda bayılmaya artık uygun bir davranış olarak bakılmıyordu. Bu yüzden, problemlerin histerik belirtilerle ifade edilmesi (bir ölçüde Parsons'ın hastalık-rolü fikrini doğrulayacak biçimde) histerinin beklenilen cinsellik normlarından meşru bir sapma biçimi olarak görüldüğünün bir göstergesiydi. Dolayısıyla, histerik davranış üzerine sosyolojik ve tarihsel araştırmalar, Avrupalı toplumlarda çeşitli rahatsızlıkların normal cinsellik hakkındaki egemen kavramsal çerçeveyle büyük ölçüde yakından bağlantılı olduklarını gösterir. Özetle, kadınların şikâyetleriyle ilişkili tıbbî kategorilerin tarihinin daha geniş bir Batılı cinsellik analizi içinde ele alınması gerekir.

Batıda Cinselliğin Tarihi

Kadın cinselliğinin analizinde hem doğa ve kültür arasındaki hem de mülkiyetin üretimi ve insanların yeniden-üretimi arasındaki ilişkilerin ele alınması gerekir. Ataerkillik aracılığıyla kadınların tâbi kılınmasını analiz ederken karşılaşılan güçlük, cinsiyete dayalı işbölümü ve kadının siyasal olarak tâbi kılınması *ile* belirli bir üretim tarzı arasında tam bir karşılıklılık olmamasıdır. Yani, kadınlar hem köleci toplumlarda, hem feodalizmde hem de kapitalizmin ilk evrelerinde tâbi konumdadırlar. Cinsiyetler arasındaki bu kültürel farklılığın bir nedeni, tarihte geleneksel olarak erkekler sürekli kültürel semboller üretirken, kadınların basitçe kırılgan erkek bedenleri üretmeleridir (Ortner, 1974). Bu yüzden, kadınların (özel) ev içi üretim alanındaki rolü erkeklerin kamusal alandaki üretici etkinliklerinden daha aşağı bir toplumsal konumda görülmüştür. Kadınlar onları kamusal alanın tarafsız rasyonelliğinden keskin bir biçimde ayıran bir psikolojik duygular yapısı içinde konumlandırılır ve bu yönde eğitilirken, erkekler aklı ve kendini sınırlamanın önemini vurgulayan bir hayat tarzı içinde sosyalleşirler. Bu kültürel "bilişsel akıl ve duygusal arzu dikotomisi" özel ve kamusal dikotomisiyle yakından ilişkilidir, böylece kadınlar özel duygular ve heyecanlar dünyası içine yerleştirilirken, erkeklere akıl, araçsallık ve kamusal sorumluluğu vurgulayan roller atfedilir. Bu açıklama biçimi doğa ve kültür ayrımını anlamakta önemli olsa da, bu argüman bazı önemli problemler içermektedir.

Geleneksel toplumlarda ataerkillik karakteristik bir biçimde yetişkin erkeklerin kadınlar, çocuklar, akrabalar ve diğer tâbi kişiler üzerinde güç kullanmalarıyla ilişkiliydi. Evin erkek reisi kadınlar üzerinde, baba kendi oğulları üzerinde egemen konumdadır. 'Erkek kimliği' cinsel ve toplumsal güce, kadınlar ve siyasal düzen üzerindeki güce göre değerlendirildiği için, ataerkillik evli olmayan erkekleri bağımlı bir role ve yarı-kadınsı bir statüye girmeye zorlar. Dolayısıyla, bu toplumsal güç belirleniminin sonucu, genç erkeklerin çoğu kez kadınsı bir kişilik kazanmalarıdır. Bu yüzden, bazı geleneksel toplumlarda genç erkekler kadınların şikâyetleriyle paralellikler sergileyen psikosomatik rahatsızlıklara maruz kalmışlardır (Crapanzano, 1973).

Ataerkillik konusundaki bu argüman, ayrıca, kültürleri veya toplumsal yapıları ne olursa olsun, kadınların tâbi konumuna çok farklı toplumlarda rastlandığı öne sürülerek eleştirilmiştir. Son olarak, doğa ve kültür ayrımını kadının tâbi konumu hakkında bir ataerkillik teorisi çerçevesi içinde ele alan geleneksel bir argümanın değişen koşullara rağmen kadınlara karşı tutumların devamının ve sürekliliğinin nedenlerini araştırması gerekir. Örneğin, 'doğa' fikri toplumsal formasyonlarda süreklilik sergilemez ve kadınlara karşı tutumlar açıkça değişmiştir ve bu tutumları kalıcı şeyler olarak göremeyiz.

Kadınlar, Mülkiyet ve Ev Halkı

Kadınların tâbi konumunun analizi, mülkiyetin rolüyle birlikte değerlendirildiği takdirde, özellikle birinci evlât hakkı, özel mülkiyet, nüfusun düzenlenmesi ve siyasal güç iddialarının tarihsel sürekliliği dikkate alındığında tutarlı olabilir. Her toplum kişilerin yeniden-üretimi [üreme] ile mülkiyetin kontrolü arasında, toplumsal ve siyasal ilişkilerde istikrar üretebilecek bir ilişki biçimi geliştirmek zorundadır. Avrupalı toplumlarda, tarihsel olarak, mülkiyetin sürekliliğini güvence altına almak için nüfusu sınırlamaya yönelik güçlü bir baskı olmuştur ve bu ihtiyaçlar asıl mirasçı olarak ilk doğan erkek çocuğa belirli yasal haklar tanıyan bir dinsel kısıtlayıcı öğreti aracılığıyla karşılanmıştır. İlk Avrupa toplumlarında üretime elverişli toprak ve nüfus arasındaki ilişkinin daha kritik önemde olması yüzünden, kuzeybatı Avrupa toplumları kendi nüfus artışlarını tarıma elverişli araziyle ilişki içinde düzenleyecek özel kurumsal düzenlemeler geliştirdiler. Geç evlilik, aile içi gebelikten korunma yöntemleri, dinsel nedenlerle evlenmeme, yüksek dulluk oranları ve kız çocuklarının öldürülmesi gibi yaygın pratikler nüfus artışını sınırlandırdı (Andorka, 1978). Bu

evlilik örüntüsünün sonucu, toprak sahibi sınıf içinde, miras bırakılabilecek bir servete sahip olamayacakları için evlenemeyecek ve aile kuramayacak konumdaki evlenmemiş erkekler ve kadınlardan oluşan bir havuzdu. Herhangi bir yere bağlı olmayan gençlerden oluşan bu havuz Ortaçağ toplumlarının yapısında oldukça istikrarsız bir toplumsal grup yarattı.

Bu toplumsal, ailevi ve hukukî ilişkilerin karakteri Batılı toplumlarda aşk ve cinselliğin özel gelişimini ve kadınların şikâyetlerinin tanımlamasıyla ilişkili gelişen örüntüyü anlamayı sağlayabilecek bir çerçeve sunar. Toprak sahibi aristokrasi için evliliğin temel amacı (gerçekte tek amacı), nihayetinde ev-halkına ait tüm mirası devralacak bir erkek çocuğa sahip olmaktı. Ortalama yaşam beklentisi ve çocukların doğumunun özellikle belirsizlik ve istikrarsızlık içermesi nedeniyle, aristokratik toprağın güvence altına alınması için kadınlar evlilik hayatları boyunca yüksek oranda doğum yapmak ve bu nedenle sürekli olarak hamile kalmak zorundaydı. Büyük bir kişiler-arası sert mücadeleler ve savaşlar döneminde aristokrat erkeklerin uzun yaşaması her zaman bir belirsizlik içermekteydi. Ev halkının kadınları bir erkek mirasçı doğurmak zorundaydı, fakat daha önemlisi bu mirasçıların hane reisinin meşru çocuğu olması gerekiyordu, aksi takdirde aile mülkiyetinin meşru yasal sahibi ve mirasçısı konusunda ciddi anlaşmazlıklar yaşanacaktı. Hane reisleri özellikle evlendiklerinde eşlerinin hamile olup olmadığı kaygısını taşıyorlardı. Bekâretin garantisi yoksa, ilk doğan erkek çocuğun gerçekte meşru mirasçı olmaması ihtimali vardı. Bu toplumsal ve ekonomik baskılar sonuçta kadının bekâreti ve iffetine ve erkeğin erkeklik gücü ve dayanıklılığına kapsamlı bir vurgu yapılmasına yol açtı. Benzer şekilde, kız evlâtların da aristokratik evlilik piyasasında arzulanabilir ve gerçekte pazarlanabilir olmak için ahlâken dürüst ve cinsel bakımdan saf olmaları gerekiyordu. Anne-babalar genç erkek ve kız evlâtlarının cinsel davranışlarına daha az karıştıkları için, genç erkekler ahlâk-dışılık ve sapkınlık konusunda kötü şöhret kazandılar. Bu dönemde, evlilik konusunda kadının ahlâkî karakteri vurgulanırken, evlilik ilişkisini sevgi veya duygusallık karakterize etmiyordu, zira kadının amacı aile reisinin eşi veya dengi olmak değildi. Erkek çocukların baba dışındaki diğer erkek aile üyeleriyle veya dışarıdan kişilerle daha fazla sevgi, duygu ve sosyalleşme içeren ilişkiler kurmaları ihtimali yüksekti. Koca ve karı arasındaki cinsel ilişkinin tek amacı çocukların üretilmesiydi ve bu ilişkide erotizm veya cinselliğin hiçbir rolü yoktu.

Erken dönem Avrupa evlilik sistemi müstakbel eşler arasında yapılan, ebeveynler tarafından güvence altına alınan, bozulabilir evlilik

sözleşmelerine dayanmaktaydı. Evlilik neticede Kilisenin nispeten çok az etkili olduğu evsel, özel ve dinsel-olmayan bir törendi (Aries and Bejin, 1985). 12. yüzyıldan itibaren Avrupa Hıristiyan dünyasında iki ayrı evlilik modeli ortaya çıktı (Duby, 1978). Bu sistemde kadının kısır veya sadakatsiz olduğu kanıtlandığında bozulabilecek dindışı özel bir birlik olarak geleneksel evlilik varlığını sürdürdü. Bu evlilik modelinin yanı sıra, büyük ölçüde karşıt niteliklere sahip bir kilise evlilik sistemi gelişti. Kilise modeli evlilik bağının dinsel bir birlik hâline geldiği, kamusal ritüellerle icra edilen ve sadece eşlerden birinin ölümüyle bozulabilecek bir sözleşmeyi güvence altına alan ilkeleri yerleştirdi. Kilise, tüm evlilik dışı birleşmeleri engelleyerek ve uygun cinsel davranışlar konusunda katı normların temellerini atarak, iffet ve sadakat ilkelerini güçlendirdi. Kilise, evliliği zinayı önleyecek gerekli bir kötülük olarak aldığı için, evli çiftlerin cinsel ilişkilerden haz almamaları gerektiğini iddia etti, evliliği sadece bir yeniden-üretim [üreme] sistemi olarak gördü. Kilise ayrıca cinsel pozisyonlar, eşcinsellik, ters ilişkiler ve farklı sapma biçimleri konusunda katı normlar oluşturdu. Kadınlar, giderek daha fazla, evlilikle ilgili toplumsal ilişkilerin istikrarını tehdit eden varlıklar olarak görülmeye başlandı, zira Kilise kadınları daha zayıf partnerleri olarak görmekteydi. Kadının ayartılmaya ve sapmaya daha açık olduğu varsayıldı. Bu nedenle, Kilise kadınları günah çıkarma gibi kurumlar aracılığıyla kontrol altında tutabilecek güçlü bir ideoloji yarattı (Hepworth and Turner, 1982).

Bu ataerkil aileler kralın dindışı otoritesini erkek aile reislerinin otoritesiyle ilişkilendiren özel bir ataerkil güçler öğretisinin ortaya çıktığı 17. yüzyılda yeniden ve tekrar tekrar tanımlandı. Filmer gibi yazarlar dönemin toplumsal sözleşme teorilerini krallar, piskoposlar ve babaların otoritesinin kutsal otoriteye dayandığını iddia ederek eleştirmeye çalıştılar. Filmer'in kitabı *Ataerkillik: Kralların Doğal Gücünün İnsanların Doğal Olmayan Özgürlüğü Karşısında Bir Savunusu* 1682'de ölümünden sonra yayınlandı. Kralın mutlak gücünü savunan Filmer, babaların ev halkı üzerindeki otoritesini Tanrının halk üzerindeki otoritesi fikrine dayandırmaktaydı. Filmer'e göre, aile içi otorite doğal ve kutsaldır; kralların otoritesinin açık bir temelini oluşturur. Bu ataerkillik anlayışı *Hükümet Üzerine İki Deneme*'de Filmerizme saldıran Locke gibi siyaset felsefecilerinin gelişen bireyciliğiyle büyük ölçüde çatışmaktaydı.

Bu 'burjuva' erkek ve kadın arasındaki ilişkiler anlayışı farklı tipten bir toplumun ortaya çıkışının işaretiydi. Aristokrat grupların evlilikler aracılığıyla bir araya gelmeleri sadece bir ev halkı üretirken, erken

dönem burjuva kapitalizminde erkekler ve kadınların bir araya gelmeleri çevredeki akrabalık yapısından bir ölçüde farklı tamamen yeni bir toplumsal birim olarak aileyi üretti. Burjuva ailede sevgi, dostluk ve mahremiyete artan bir vurgu vardı. Bu yeni vurguya boşanmayı anlaşarak evlenme temelinde onaylayan Milton'un yazılarında rastlanabilir. Bu duygusal birlik anlayışının gelişmesi nihayetinde 19. yüzyılın ikinci yarısında romantik bağlılığın öneminin artmasıyla sonuçlandı (Shorter, 1977). Romantik bağlılık fikri toplumda daha yaygın kabul görürken, buna paralel olarak boşanmalar artmakta ve evliliğin bozulabilirliği fikri daha fazla toplumsal kabul görmekteydi.

Ataerkilliğin Avrupa'da 12. yüzyıldan 19. yüzyıla kadar egemen cinsel otorite sistemi olduğunu iddia edersek, çekirdek ailenin zayıflaması, sabit bir ev halkının oluşması, farklı evlilikler ve cinsel ilişkilerin toplumsal kabul görmesi sonucunda cinsel eşitsizliğin ortaya çıkışını açıklayacak yeni bir kavrama gerek vardır. Cinsiyetler arasındaki bu yeni rekabet ve çatışma sisteminin alternatif bir açıklaması "patrizm" kavramı olabilir (Turner, 1984). Ataerkil bir ilişki evin erkek reisinin erkek, kadın, yetişkin veya genç bütün ev halkı üzerinde egemen konumda olduğu bir ilişkidir. Bu ataerkil yapı, yetişkin erkeğe geleneksel ev halkı içinde tâbi konumdaki gruplar üzerinde fiili bir tekel sağlayan hukukî, siyasal ve dinsel normlar aracılığıyla meşrulaştırılır. Böyle bir sistemde karının evlilik konusundaki hukukî kişiliği sona erer ve evliliğin yıkılması olarak görülen boşanma tipik olarak yasaklanır. Patrizm ile, erkeklerin kadınlara karşı önyargılı inançları ve pratiklerine dayalı, ancak açık bir hukukî veya dinsel dayanaktan yoksun bir kültürel sistemi anlatıyorum. Erkekler ve kadınlar piyasada eşit konumda olmasına rağmen, aralarındaki ilişkinin çerçevesi tamamen ataerkil değerler sistemin yaptırımına tâbi değildir. Cinsiyetler arasındaki bu patrist çatışmalar ev halkının artık çekirdek aile üzerine kurulmak zorunda olmadığı ve çeşitli cinsel birlikteliklerin gelişmeye başladığı bir toplumda yer alır. Patrizm, ayrıca, örneğin eşcinselliğin bir cinsel etkinlik biçimi olarak daha fazla kabul edilebilir olduğu toplumları ifade eder. Bir toplum analizi biçimi ve bir sosyal hareket olarak feminizmin artan etkisiyle, ayrıca savunmacı temelde bir patrizm biçiminin geliştiğini ve cinsiyetler arasındaki ilişkilerin açıkça daha çatışmalı ve sert hâle geldiğini öne sürebiliriz.

Bu nedenle, ataerkilliğin dönüşmesi kadınlar ve erkekler arasında zorunlu olarak eşitliğe yol açmamıştır, ancak bu dönüşüm yine de fırsat eşitliğinde artışla sonuçlanabilir. Patrizmin gelişimi cinsiyetler arasında eşitliği garanti altına almaz, aksine daha ziyade değişken,

belirsiz ve güvenli olmayan bir toplumsal ve siyasal koşullar öbeğinin ifadesidir. Bu argümanın temel vurgusu, ataerkillikten patrizme geçişle kadınların şikâyetlerinin karakterinin değişeceğidir. Gördüğümüz gibi, ataerkillikte kadınların problemleri açıkça ataerkil koşullar altında üretim ve yeniden-üretimin tüm dinamikleriyle yakından bağlantılıydı, kadınlar güvenilmez ve tehlikeli yaratıklar olarak nitelendirilmekteydi. Bu yüzden, büyücülük, histeri ve melankoli tâbi konumdaki kadınların düzenlenmesi ve kontrolü için gerekli tıbbî kategorilerdi. Patrizmde, daha doğrusu imajın benlik ve bedensel huzur algısıyla daha yakından ilişkili olduğu bir toplumda kadınlar "benliğin sunulmasıyla ilişkili problemleri" muhtemelen daha fazla yaşarlar.

Nüfuslar ve Bedenlerin Düzenlenmesi

Bu kitabın temel vurgusu, bir beden sosyolojisi olmadan tıp sosyolojisini geliştirmenin imkânsız olduğudur. Burada, ayrıca, bir beden sosyolojisinin nüfusun, beden ve benliğin dinamiklerinin analizini içermesi gerektiği savunulur. Foucault'yu (1977) izleyerek, insan toplumlarının nüfusun yeniden üretilmesini ve mekânsal ve zamansal olarak düzenlenmesini, ancak ayrıca bireysel bedenlerin ve temsil/sunuluş biçimlerinin zamansal ve mekânsal olarak kısıtlanmasını gerektiren bir 'düzen problemi'yle yüz yüze olduklarını öne sürebiliriz. Önceki bir çalışmada (Turner, 1984) bu Hobbescu düzen probleminin Şekil 5.1'deki gibi sunulabileceğini öne sürmüştüm.

Bedenin idaresi gerçekte cinselliğin kontrol altına alınması olduğu için, düzenleme problemi pratikte kadınların cinselliğinin ataerkil veya patrist güçler sistemi tarafından düzenlenmesidir. Nüfusun yeniden-üretimi ve bireysel bedenlerin kısıtlanması *kurumsal düzeyde* doğurganlığın kontrol edilmesini sağlayan bir ataerkil aile reisleri sistemini ve *insan birey düzeyinde* cinsel doyumun ailevi kontrolün çıkarlarına uygun biçimde düzenlenmesi veya geciktirilmesini sağlayan bir çileci kültürü gerektirir.

	Nüfus	Bedenler	
Zamansal Ataerkillik	Üreme Mastürbasyon	Kısıtlama Histeri	İçsel
Mekânsal Patrizm	Düzenleme Agorafobi	Temsil/Sunuluş Anoraksiya	Dışsal

Şekil 5.1 *Bedensel rejimler*

Gördüğümüz gibi, nüfusun yeniden-üretimi [nüfus artışı] klâsik Malthuscu bir çerçeve içinde kavramlaştırılabilir. Malthus, *Nüfus İlkesi Üzerine Bir Deneme*'de (1798), çalışan sınıfların en yoksul kesiminin hayat standardını salt geçimlik düzeyin üzerine çıkarmaya yönelik siyasal çabaların toplum açısından yıkıcı sonuçlara sahip olacağını iddia eder, zira ona göre bu çabalar nüfusun artmasıyla sonuçlanacaktır. Malthus'a göre, insan toplumu doğa dünyasının sabit yasaları olarak gördüğü iki evrensel gereğin (beslenme ve cinsel doyum ihtiyacının) hâkimiyeti altındadır. Ne yazık ki, bu iki dürtü çelişkilidir, zira yeniden-üretim [üreme] kapasitesi her zaman besin üretme kapasitesine ağır basacaktır. Sonuç, insan toplumlarının nüfus üzerinde belirli önleyici tedbirlere gerek duymalarıdır. Bu önleyici tedbirler olumsuz (eşcinsellik ve kürtaj) ya da olumlu (arzuları sınırlayacak çeşitli ahlâkî araçlar, örneğin evliliğin geciktirilmesi) olabilir. İnsan toplumları bu önlemlerden biri veya ikisini uygulamadıklarında insan nüfusu doğal olarak şiddetli açlıklar ve salgın hastalıkların kontrolü altına girecektir.

Bu Malthuscu nüfus problemi çerçevesinde, tıbbî söylemin özellikle eşcinsellik, evliliğin geciktirilmesi, melankoli ve mastürbasyonla ilişkili sağlık problemlerine ilgi duyması şaşırtıcı değildir. Büyük ataerkil güç çağında, tıbbî söylem, zorunlu olarak, kadınların özellikle toplumsal istikrar için tehlikeli olarak görüldüğü bir ataerkil ev halkı sisteminin oluşumunun toplumsal ve ahlâkî sonuçlarına odaklandı. Malthus, ekonomi politik söylem içinde, cinsel ahlâk bozuklukları konusunda karşı iki argüman geliştirir. İlkinde, ahlâkî sapmaların (örneğin, eşcinsellik, kürtaj ve mastürbasyonun) basitçe Hıristiyan öğretiye aykırı olduğu öne sürülür. Fakat, bu sapmaların zorunlu olarak ortaya çıkmayabileceğini kabul eder; bu yüzden, ahlâkî faydacılık biçiminde ikinci bir argüman geliştirir: önceki etkinliklerimizle cinsel enerjilerimizi köreltmediğimizde evlilikte daha mutlu oluruz. Evlilik öncesi çilecilik, ekonomik terimler içinde, bir ahlâkî ve cinsel birikim biçimi olarak kavramlaştırılır. Bu birikmiş cinsel zenginlik, uygun seviyeye ulaştığında, çocuklarla, yani emek aracılığıyla çocukların üretimiyle sonuçlanan üretici etkinlik sayesinde aile içinde tüketilebilir (Martin, 1989).

Cinselliğin emek-değer teorisi doğrultusunda kavramlaştırıldığı bu tıbbî ve ekonomik çerçeve bağlamında, mastürbasyon 18. yüzyılın ikinci yarısında keskin ahlâkî eleştirilerin hedefi hâline gelmiştir (Shorter, 1977). 18. yüzyıldan önce gençlerin mastürbasyon yapmasına karşı tıbbî ve dinsel tutumlar nispeten esnekti, ancak 18. yüzyıl-

da mastürbasyon problemi dönemin tıp teorilerinde önemli bir mesele hâline geldi. Bu daha katı tutumların bir göstergesi, 1790'da yayınlanan, anne-babalar ve tıp otoriteleri için popüler bir metin hâline gelen *Mastürbasyon veya İğrenç Kendini Kendine Kirlenme Günahı* adlı isimsiz çalışmadır. Bu metnin yazarı çok sayıda rahatsızlığın bu zararlı uygulamadan kaynaklandığını öne sürmekteydi. Dr. S. Tissot 1758'de mastürbasyon üzerine bir tıp elkitabı yayınladı ve kitapta mastürbasyonun korkunç sonuçlara yol açtığı ve tedavisinin büyük ölçüde imkânsız olduğu öne sürülmekteydi. Benzer tıp metinleri 18. yüzyıl ortalarında Fransa ve Almanya'da yayınlandı ve Almanya'da problemin tıbbî çözümü için kadınlarda sünnet tavsiye edilmekteydi.

Skultans (1979: 70), İngiltere'de delilik araştırmasında, mastürbasyon tartışmasının gerçekte daha genel bir konu olan 'meni kaybı' tartışması içindeki daha sınırlı bir konu olduğunu iddia eder. 19. yüzyılda 'uykuda boşalma'ya benzer istemdışı bir hastalık olduğuna inanılan ve 'aşırı meni salgılanması' olarak adlandırılan tamamen yeni bir teşhis üretildi. 1850'lerde hekimlerin bu problemin genç erkekler üzerindeki tıbbî sonuçları konusundaki kaygıları arttı. İstemdışı cinsel boşalma ve mastürbasyon kellik, kekemelik, körlük, deri hastalıkları, uykusuzluk ve son olarak delilik gibi sonuçlara sahipti.

Bu yeni teşhis kategorilerinin gelişimiyle ilişkili bazı açıklamalar sunulmuştur (Engelhardt, 1974). Örneğin, orta sınıf ailelerden erkek çocuklar yatılı devlet okullarında yetişmenin bir sonucu olarak zamanlarının büyük bir kısmını evlerinden uzakta geçirmekteydi. Ebeveynler çocuklarının ahlâkî gelişimleri üzerindeki kontrollerini kaybettiler. Bu yatılı devlet okullarında çocukların akranlarının ve okuldaki öğretmenlerin tartışmaya açık ahlâkî değerlerinden etkileneceklerinden korkulmaktaydı. Çocuk eğitimindeki bu değişim kentsel kültürdeki bir toplumsal değişmeyle ilişkiliydi, ancak ayrıca Protestan topluluklarda çocukların sosyalleşmesinin temel değeri ve önemine yeni bir vurguyla bağlantılıydı (Grylls, 1978).

Foucault'ya göre (1979), 19. yüzyılda cinsel boşalma konusuna artan ilgi toplumun ahlâk bekçileri olarak davranan tıbbî kurumlar ve uzman meslek gruplarının gözetimi altında toplumun tıbbîleştirilmesinin bir parçasıydı. Ayrıca, hırslı orta sınıf ailelerde evliliğin geciktirilmesinin erkekler ve kadınların daha olgun yaşlarında cinselliklerinin uzunca bir bölümünü kendi cinsel ihtiyaçları için meşru bir çıkış yolu olmadan geçirmeleri anlamına geldiği öne sürüldü (Stone, 1979). Neticede, mastürbasyon ve fahişeliğin etki altında kalmaya

açık genç insanlar açısından cazibesi konusunda genel bir dinsel ve tıbbî kaygı vardı.

Üretken-olmayan cinsellik ortodoks Hıristiyan ve Yahudi geleneklerinde her zaman sapkın bir davranış olarak görülmüştür. Teolojik bakış açısından, mastürbasyon cinsel ilişkilerin engellenmesiyle benzer sonuçlara sahiptir. Bu cinsel sapma biçimlerine, yeniden-üretim [üreme] sorumluluğu olmadan cinsel ilişkilerin gerçekleştirilebileceği kaygısıyla karşı çıkılmaktaydı. Kilise gebelikten korunmaya kesinlikle aynı ilkeler temelinde karşı çıktı. Bununla beraber, Britanya'da Protestanlık "kişinin kendi toplam günahları" fikrine büyük vurguda bulundu; Püritenlik de çocuk eğitimine ve ebeveynin sorumluluklarına ilginin artmasına katkıda bulundu. Ataerkil otorite Püriten bireysel sorumluluk fikriyle tamamen tutarlı değildi. Bir tıbbî kategori olarak 'mastürbasyon deliliği' fikri çocuklar, özellikle devlet okul sistemi içinde yer alan çocuklar arasında özerkliğin gelişmesi ihtimali karşısında ebeveynin otoritesini savunan bir tepki olabilirken, aynı zamanda boşa harcanan meni ve atıl sermaye kavramları arasında da bir paralellik kurulmaktaydı. Kendi kendine kirlenmeyle ilgili problem onun gizli ve bireysel olmasıydı; o, özellikle bir bütün olarak toplumu karakterize eden bireyciliğin sapkın bir biçimi olarak algılanmaktaydı.

Nüfusun düzenlenmesi problemiyle bağlantılı bir gelişme, bireysel cinsellik ve arzunun kamusal düzenin çıkarlarına uygun biçimde kısıtlanmasıydı. Bireysel cinsellik ve toplumsal düzenleme ilişkisi Batı felsefesini arzu ve akıl çatışması biçiminde meşgul etmiştir. Bu problem sosyal teoride özellikle Weber, Freud, Marcuse ve Elias'ın (1987) teorilerinde öne çıkar. Cinsel arzunun kısıtlanması toplum için genel bir problem olarak görülse de, karakteristik bir biçimde kadınsı cinsel arzunun (yeterince düzenlenmediğinde) en tehlikeli tutku biçimi olarak görüldüğünü belirtmemiz gerekir. Kısaca, kısıtlama problemi kadınların bedenleri üzerinde ataerkil güç kullanılması problemidir ve bu konuyu histerinin tarihinde tartışmıştık.

Kadın cinselliği çelişkili veya en azından paradoksal bir sistem içinde kavramlaştırıldı. Örneğin, bir zamanlar evlilik içinde kadınlar cinsel bakımdan soğuk ve azgelişmiş varlıklar olarak görülmekteydi; burada, evli kadın doğal olarak cinsel ilişkiyi sürdürmekle ilgilenmediği için evli erkeklerin fahişelerle gönül eğlendirmelerinin doğruluğu konusunda zımnî bir meşrulaştırma çabası vardır. Evlilik dışında ateşli olarak görülen kadın evlilik içinde aniden soğuk kadına dönüşürken, koca ev dışında cinsel hazlar aramakta serbest bırakılmış ve böylece cinsel ahlâk konusunda bir çifte standart yaratılmıştır. Ev içi

özel alanın sınırları içinde çocukların yükünü taşıyan evli kadın muhtemelen giderek daha fazla –yakın tıbbî müşahede ve gözetim gerektiren– bir depresyona girer.

Tıbbî ideoloji kadınları psikolojik ve toplumsal olarak kolay incinebilir ve bu yüzden (erkeklerin) yakın tıbbî gözetimi, tavsiyesi ve rehberliğine muhtaç varlıklar olarak inşa eder (Ehrenreich and English, 1978). Tıp literatüründe âdet görme ve gebelik 'tıbbî problemler' olarak alındığı için, tıbbî görüşün temel bir mantığı kadınların –deyim yerindeyse– 'doğal hastalar' olduklarıdır. "Hastalar olarak kadınlar" anlayışı kadın cinselliği konusundaki çelişkili tıbbî görüşün bir boyutudur. Kadınlar aynı anda hem 'lânetlenmiş fahişeler' hem de 'Tanrı'nın polisi'dir (Summers, 1975). Erkek tıbbî bakış açısından, kadınlar hem ailenin ahlâkî sınırları içinde erkekler üretirler hem de bir ahlâkî polis gücü işlevi yüklenirler, ancak cinsellikleri kadınların aynı ölçüde fahişeliğe eğilimli oldukları anlamına gelir. Erkeklerde cinsel sapma bir sapkınlık olarak görülse de, ataerkil bir toplumsal çerçevede bu tür davranışlar müsamahayla karşılanmaktaydı. Fakat, kadınlarda cinsel sapma özellikle toplumsal dokuyu tehdit edici bir şey olarak görülmekteydi; bu nedenle gayrı meşru doğumlar ve kadınların toplumsal konumu etrafında sonu gelmeyen tartışmalar yapılmıştır (Gill, 1977).

Histeri teorisinin ve histerik krizlere artan ilginin en mükemmel ifadesini bu erkek tıbbî "doğal hastalar olarak kadınlar" anlayışında bulduğunu görmüştük. Kadınlarda histeri fikri kadınların erkeklerden daha duygusal oldukları görüşüyle sonuçlandı; onlar evlilik ve annelik arzusu nedeniyle duygusallıkları ve cinselliklerini sınırlamak zorundaydılar; duyguların bastırılması ve kısıtlanması histerik sendromlarla sonuçlandı. Bu durum 19. yüzyıl sonlarında eğitim ve sağlık alanlarındaki orta sınıf mesleklerde çalışan kadınlarda evliliğin geciktirilmesinde artışla daha karmaşık bir hâle geldi. Bu 'fazlalık' kadınlar havuzunun yeni histerik krizler üreteceği varsayıldı. Doktorlar 'kadınlarda histeri' problemiyle ilgilenirken, 'hastalık hastalığı'nın erkeklerde duygusal bir rahatsızlığın açıklaması olarak kullanılmasında artışın bir etiketleme olarak histeriyi kuşatan aşağılayıcı ve olumsuz anlamları içermemesi ilginçtir. Histeri 19. yüzyılın son 20-30 yılında hâkim bir psikiyatrik etiket hâline gelse de, 'kabul edilebilir' bir hastalık-rolü olarak histeri vakalarının 20. yüzyılın ilk on yıllarında büyük ölçüde gerilediğinin kanıtları vardır (Smith-Rosenberg and Rosenberg, 1973). Histerinin yaygınlığındaki bu azalma bir ölçüde Batı kültüründe egemen ataerkil sistemden patrist sisteme geçişle açıklanabilir.

Kadınlar 20. Yüzyılda, kitlesel savaşların bir sonucu olarak, işgü-

cüne daha fazla katıldılar, emek-gücü içinde erkeklerin yerini aldılar ve neticede önemli sınaî ve siyasal beceriler kazandılar. ABD'de ve Avrupa'da yasalar daha geniş boşanma zeminleri sağladı ve yargı sürecindeki değişiklikler işçi sınıfı için boşanmayı daha kolay hâle getirdi. Eğitimde yaşanan değişimler, ayrıca, kadınların daha fazla sosyal hareketlilik fırsatına sahip olmaları anlamına gelmekteydi. Siyasal sistem, seçme ve seçilme haklarının tanımlarının genişlemesi kadınlara sağlanan gerçek hakların kapsamını artırdı. 1880'lerden itibaren gebeliği önleyici uygulamaların yaygınlaşması kadınların kendi doğurganlıklarını daha fazla kontrol edebilecekleri bir durum yarattı; daha önemlisi, daha ucuz gebeliği önleme biçimleri cinsel haz ve üreme arasındaki bağın kopmasına yol açtı. Ayrıca, ev halkının yapısı ve mülkiyetle olan ilişkisinde önemli değişimler yaşandı. Aile artık sermaye birikiminin temel bir yatırım kaynağını oluşturmuyordu, zira bankalar ve diğer yatırım kurumları hem uzun hem de kısa vadeli yatırım talebini karşılayacak ölçüde genişlemişti. Sınaî kapitalist toplumlarda, devletin ve büyük kurumların yatırımlar, ücretler ve üretimin idaresi için giderek daha merkezi bir konuma gelmesiyle 'aile kapitalizmi'nin önemi azalmaya başladı. Özetle, mülkiyet, miras, cinselliğin düzenlenmesi ve din arasındaki eski bağ önemini kaybetmeye başladı. Günümüz toplumlarında, örneğin ABD, İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerde çekirdek aile tüm ailelerin yaklaşık dörtte birini oluşturmaktadır. Bu değişimlerin sonucu, ataerkilliğin kurumsal yapısının önemli yanlarının çökmesi, erkekler ve kadınlar arasındaki çatışmanın daha belirgin biçimde piyasa temelli bir özellik kazanmasıdır. Cinsiyetler arasındaki rekabetçi mücadele artık daha aleni ve daha çatışma yüklüdür. Büyücülük, şeytani güçler, melankoli ve histeri ataerkillik üzerine kurulu bir toplumun hastalıkları iken, nevrozlar ve fobiler patrist olarak betimlediğim koşullardaki kadınların şikâyetleridir. Agorafobi ve anoraksıya patrizmin tıbbî söylemler içinde yeni hastalıklar çeşitleri ürettiği tezinin güçlü iki kanıtıdır.

Evliliğin geciktirilmesiyle ve istemdışı boşalmayla ilişkilendirilen hastalıkların kıtlıkla –yani, kişisel mülkiyet olmadığında yeni bir aile kuramama ve sürdürememeyle– ilgili olduklarını görmüştük. Aksine, anoraksıya bolluk toplumunun bir rahatsızlığı olarak alınabilir, zira o yaygın olarak, özellikle narsisist tüketim problemi olan zengin ailelerde ortaya çıkmaktadır. Anoraksıya, bir ölçüde, "kitlesel tüketim" ile (kendini kısıtlama ve diyetle) "ince beden" normu arasındaki toplumsal çelişkinin bir ifadesidir. Ayrıca, histeri ve mastürbasyonun zamanla, deyim yerindeyse, özellikle zamanın geciktirmeyle ilişkili

hastalıklar olduğunu söyleyebiliriz. İstemdışı boşalma cinsel doyumun ertelendiği yerlerde bir geciktirme fikrini ifade eder. Aksine, anoraksıya ve fobiler 'yerle ilgili' hastalıklardır; onlar imaj-bilincinin önemli olduğu bir toplumda benliğin belirli mekânlarda temsili/sunuluşu probleminin ifadeleridir. Onlar bireyin kendini sunuşuyla ve toplumsal itibarla ilgili hastalıklardır. Agorafobi mekân ve hastalık arasındaki bu ilişkinin mükemmel bir örneğidir, zira o tam anlamıyla bir çarşı korkusudur. Farklı metaforlara sahip bu hastalık biçimleri, yine de bağımlılıkla, özellikle kadınların bağımlılığı ve evde mülkiyet sahibi reisler üzerindeki güçsüzlükleriyle ilgilidir.

Kentleşmeyle ve metropollerin gelişmesiyle Batılı toplumlarda kısıtlamalar artmış, aşırı kalabalık ve bir kentsel keşmekeş duygusu ortaya çıkmıştır. Kentsel alan daha farklı iki probleme sahiptir. İlki, aşırı kalabalık ve –19. yüzyıldaki bulaşıcı hastalıklar ve diğer salgınlarla ilişkili olan– nüfus baskısı sorunudur. İkincisi, kentsel hayatın –sinir gerginliği üreten– sözde anonimliğiyle, Simmel'in bıkkın kişilikte gözlediği yeni bir zihinsel tutumla ilişkilidir (Sennett, 1969). 19. yüzyıl sonlarında aşırı kalabalık ve anonimliğin hassas orta sınıf kadınlar için özellikle tehlikeli olduğu düşünülmekteydi. Kadınlar yanlış bir kendine saygının yaratabileceği toplumsal tehlikelerden kolayca incinebilecek varlıklar olarak görülmekteydi; tiyatronun kadınları hem ahlâkları hem de sağlıkları açısından tehlikeli bir dizi şöhret yarışması içinde süslenmeye teşvik ettiği düşünülmekteydi. Romantik evlilik anlayışının ortaya çıkışıyla kentte bir dizi yeni cinsel arayış yaygınlaştı; bunlar delice âşık olma, hakaret etme, kaçırma ve kişisel aşağılama dâhil, tehlikeli ilişkilere yol açtı. Anonim kent içindeki bu cinsel krizler hem Fransa'da hem Britanya'da 19. yüzyıl romanının temel konularıydı. Flaubert'in (1856) roman kahramanı Madam Bovary'nin serüvenleri, bu bireyselleşmiş çevrenin anonimliği nedeniyle cinsel ayartmaların arttığı kentsel bir ortamdaki eğitimli kadınların problemleri üzerine romantik roman türünün habercisiydi. Kamusal alan tehlikeli hâle geldiği için, evinde sokağın tehlikeleri ve ayartmalarından büyük ölçüde uzakta mutlu bir hayat sürdüren kadınlar, ev halkının ekonomik statüsünü yansıtırken, öte yandan ahlâkî görüşlerini belli etmekteydiler. Metropolün kalabalık caddelerinde boy gösteren kadınlar ya kocaları geçimlerini sağlayamadıkları için çalışmak zorunda kalan veya yasadışı faaliyetlerde bulunan ahlâkî açıdan şüpheli kadınlardı (de Swan, 1981)

19. yüzyıl sonlarında kentsel sokak hayatını (ışıklandırma, profesyonel polis gücü sayesinde ve kamusal şiddetin azalmasıyla) kadınlar için daha güvenli hâle getiren koşullar kocaların hareketlenen karıları

hakkında kaygılarının arttığı bir dönemi temsil etmekteydi. İlk tıbbî agorafobi tasviri 1871'de bu koşullarda yapılmıştır; bu tanım evin güvenli ortamından uzaklaşarak kamusal alanlarda ve kalabalıklar içinde tek başına dolaşma korkusu olarak tanımlandığı bu dönemden beri önemli bir değişime uğramadı. Freudcu bir perspektiften, agorafobik korkular iğfal ve –onunla ilişkili bir buluş olan– suçluluk duygusuna odaklandı. Agorafobi, yine de bir ölçüde cinsel konularda baskıların bulunduğu bir kültürel ortamda yabancıların cinsel ayartmaları ihtimalini ifade eder. Bu anlamda, evli kadınların agorafobisi, metaforik açıdan, kocaların eşlerinin ekonomi ve statü bakımından potansiyel olarak daha bağımsız oldukları bir durumda evsel alanı ve ev içi ekonomik düzenlemeleri kontrol altında tutma güçleri konusundaki endişelerinin bir ifadesiydi. Bir ölçüde, bu yeni rahatsızlığın sembolik anlamı konusunda koca ve karısı arasında bir tür gizli pazarlık olabilir. Kadın evde kalması karşılığında ahlâkî övgü alırken, koca statüsü ve ekonomik gücüyle karısının görünür güçsüzlüğünü pekiştirir. Böylece, eşlerin sokakla ilgili endişeleri ve korkuları, burjuva ev halkı içindeki güç ilişkilerini başarılı bir biçimde meşrulaştıran tıp uzmanlarının müdahalesiyle, bir 'tıbbî durum'a dönüşür. Bu yüzden, agorafobi çarşının kişisellikten-uzaklığı ile onun içindeki üyelerin ahlâkî konumu arasındaki uygunsuzluk olarak ifade edilmiştir (Sennett, 1974).

Kadınların şikâyetleri 'toplumsal' bir kamusal otorite alanı ve 'özel' bir duygu ve duyarlılık dünyası ayrışmasının ürettiği belirli duygusal problemlerin psikosomatik ifadesi olarak görülebilir (Brumberg, 1988). Bir teşhis biçimi olarak agorafobi sadece psikolojik bir rahatsızlığı betimler görünse de, aynı zamanda iyi kadının 'evindeki kadın' olduğunu savunan Viktoryan ahlâkın bir ifadesidir. Bununla beraber, bu teşhis kategorileri geriye dönük ve savunmacı etiketlemeler olarak alınabilir, zira agorafobi etiketi orta sınıf kadınların zaten işçiler ve uzman çalışanlar olarak ev dışına çıkmaya başladıkları bir dönemde oluşturulmuştur.

Modern tıpta ilk klinik anoraksıya nervoza betimlemeleri Fransa ve İngiltere'de 1860'larda yapılmıştır. Gull, 1868'de Oxford'daki bir derste, anoraksıyanın karakteristiklerinin bir açıklamasını sundu –ve bu açıklama 1870'de bir başka araştırmayla geliştirildi. Fransa'da, Charcot'nun 1880'lerdeki çalışmaları anoraksıyanın histerik sendromun bir boyutu olduğunu gösterdi: bu tema Freud ve Breuer tarafından 1890'da ünlü "Fraulein Anna O. Analizi"nde geliştirildi. Histeri gibi anoraksıya da neredeyse tamamen bir genç kız rahatsızlığıdır (Kalucy *et al.*, 1977; Palmer, 1980). Anoraksıya atağı ilk kez 15 yaşla-

rında görülür ve vakaların çoğu klinik olarak 25 yaşından önce tespit edilmiştir; bu rahatsızlık ergenlik ve menopoz arasındaki dönemde yoğunlaşır görünmektedir. Anoraksıya teşhisinin bu rahatsızlığın yaygınlığının arttığını öne süren tıbbî meslekler arasında giderek daha popüler hâle geldiğinin bazı kanıtları vardır (Crisp *et al.*, 1976).

Anoraksıya konusundaki eleştirel araştırmaların çoğunun ardında bu rahatsızlığı kadınların cinsiyete dayalı işbölümü ve ataerkil güç ilişkileri tarafından biçimlendirilen bir toplum içindeki konumlarının sonucu olarak gören feminist teori vardır (Caskey, 1986). Kadınlar güzellikleri, toplumsal değerleri ve ahlâkî karakterleriyle ilişkili çelişkili beklentiler arasında sıkışıp kalmışlardır (Chernin, 1981).

Anoraksıya tıbbî açıdan komplekstir ve rahatsızlığın –âdet görmeme, kıllanma, bradikardi*, aşırı yeme ve kusma gibi– farklı ve değişik belirtileri vardır. Bazı yazarlar, anoraksıya sendromunun bir parçası olarak aşırı zayıflama ve problemli âdet dönemleri nedeniyle, bu hastalık tipi için daha geniş bir kategori, yani 'diyet kaosu sendromu' ismini önerdiler (Palmer, 1979). Bununla beraber, rahatsızlığın önemli özellikleri olarak dikkati şişmanlık korkusuna ve incelik takıntısına çeken başka yazarlar psikolojik teşhis kriterlerini tercih ederler (Bruch, 1978). Sosyal psikolojik terimlerle, anoraksıya –aynı zamanda dinsel terimler içinde, bedensel kontrol sayesinde maneviyatını güçlü tutma mücadelesi içeren bir çilecilik olarak görülebilecek– bir kontrol paradoksunu temsil eder (Lawrence, 1979).

Bu rahatsızlık, ayrıca, genç kadınlarda cinselliğin çelişkili karakteriyle ilişkili önemli simgeler içerir. Otobiyografik açıklamalardan yola çıkarsak, aşırı zayıflığın ergenlik çağıyla bağlantılı, âdet görmeyi geciktirerek yetişkin cinselliğinin reddedilmesini içeren bir gelişme olduğunu gösteren bazı işaretler vardır. Ebeveynin ahlâkî saflığı sağlamak amacıyla geliştirdiği düzenlemelere aşırı bağlılık, bu genç kızların, yaşantılarının erkeklerle ilk olgun beraberliklerini oluşturmaya başladıkları bir dönemde duygularını kontrol altına almak için dürtülerini bastırma çabalarının bir parçasıdır (Bruch, 1988). Ayrıca, tüketim normları inceliğe büyük vurguda bulunduğu için, şişmanlığı kontrol altına almaya yönelik güçlü toplumsal baskılar vardır (Orbach, 1978). Anoraksıyalı kişi ince beden normuna uymaya çalışırken, aynı zamanda âdet görmeyi geciktirerek cinselliğini bastırır. Bu nedenle, birçok açıdan modern cinsel cazibe anlayışının tutsağı hâline gelen balerinlerin özellikle anoraksıya semptomlarına daha açık olduklarını belirtmek gerekir (Druss and Silverman, 1979). Bu

* Organik veya ruhsal etkenlerden kaynaklanan aşırı yavaş kalp atışları.

çelişkiler Bruch'un *Altın Kafes* (1978) başlıklı kitabında çok iyi aktarılmaktadır: yazar bu kafes benzetmesini orta sınıf, aşırı korumacı, içine kapalı, içe-dönük ailenin tüketimcilik ve toplumsal başarı baskısının tuzağına düştüğünü göstermek için kullanır. Bu aile tipinde anoraksıyayı, genç kızların anneleri ve tipik olarak orada olmayan babaları tarafından temsil edilen güçlü âdetler karşısında bireyselliklerini ispatlamaya çalıştıkları, ebeveynin kontrolüne karşı bir yetişkin isyan biçimi olarak görebiliriz. Bu ailelerde, dış dünyada yüksek düzeyde kişisel bağımsızlık gerektiren bireysel başarı ve rekabete vurgu *ile* 'iyi kızlar'ın annelerine itaat etmeleri, tâbi olmaları, uymaları gerektiğine vurgu arasında çelişkili bir durum vardır. Diyet düzenlemesi ve bedensel ağırlığın kontrolü genç kızın kendi idaresi ve otoritesini doğrudan ifade edebileceği alanlardır. Genç kız okulda ciddi bir başarısızlık ihtimaliyle karşılaştığında cinsel, toplumsal ve ahlâkî ikilemlerinin tam ve kesin çözüm yolu olarak anoraksıya hastalık-rolünü seçebilir.

Anoraksıya belirli ölçüde genç kızların annelerinin otoritesine karşı bir mücadelesi olarak görülebilse de, 20. yüzyılda anoraksıya, histeride olduğu gibi, daha genel düzeyde cinsiyetler arasındaki eşitsizliğin karakterize ettiği bir toplumda kadınlar üzerindeki siyasal kısıtlamaların bir ifadesidir. Böyle bir kültürde, tıbbî söylem kadınların çelişkili toplumsal statülerine uygun olduğu varsayılan toplumsal rolleri ahlâkî olarak içselleştirmelerini sağlar. Bu kültürel çelişkide bir kadının dış görünüşü özellikle önemlidir. Şişman kadın, kısıtlanmamış bedenin ahlâkî gevşekliğinin göstergesi olması nedeniyle, kendi bedeni üzerindeki kontrolünü kaybetmiş biridir. Kadınların bedenlerini kontrol etmek onların kişiliklerini kontrol etmektir ve beden üzerinde kurulan bu otorite erkek ve kadın ilişkilerinin rekabetçi doğasının patrist bir kontrol sistemi altında düzenlenmeye çalışıldığı genel bir siyasal sürecin simgesidir.

Bununla beraber, kadınların sosyal statüleri yurttaşlık hakları (özellikle iş, eğitim ve gelir düzeyi) bakımından erkeklerin sosyal statüsüne yakınlaştıkça erkekler ve kadınlarla ilişkili hastalık kategorilerinin giderek daha fazla paralellik göstermesini bekleyebiliriz. Kadınların sosyal statüsünde bir iyileşme sağlık statülerinin dönüşmesine yol açacaktır. Hem zihinsel hem de fiziksel rahatsızlıklar konusunda bu yönde bir gelişme eğiliminin bazı kanıtları vardır. Akıl sağlığı konusundaki ABD'den kanıtlar erkekler ve kadınlar arasındaki eşitsizliğin II. Dünya Savaşından sonra azaldığını göstermektedir (Mumford, 1983). Kadınların sapkınlık ve suçluluk düzeylerinde ayrıca geleneksel sapkınlık alanlarıyla bağlantı içinde artışlar vardır. Batılı

sanayileşmiş dünyada son yıllarda düzenli olarak kadınlar arasında yüksek alkolizm oranları rapor edilmektedir. Britanya'nın bazı alanlarında, kadınların alkolizm nedeniyle tedaviye başlama oranları neredeyse erkekler kadar yüksektir. Almanya'da, 1966'daki % 8'lik oran 1969'da çarpıcı bir artışla % 30'a yükselmiştir. Son on yıldır, Stockholm'de alkolik kadınların sayısı iki katına çıkmıştır. Alkol problemleri çalışma hayatında erkeklerle rekabet içinde daha fazla eşitlik sağlamaya çalışan kadınlarda artmıştır. Bazı sosyolojik perspektiflerde, bu olgu, kadınların geleneksel kadın rollerinden uzaklaşmaları ve erkeksi toplumsal rolleri benimsemelerinin yansıması olarak görülür. Alternatif bir perspektife göre, kadınlar tâbi konumda bulundukları için egemen grubun davranışlarını taklit etme eğilimindedirler (Sargent, 1979).

Sonuç: Kadınların Hastalar Olarak Tıbbî İnşası

Erkekler ve kadınların sağlıkla ve hastalıkla ilgili bazı konularda birbirlerine yakınlaştıkları doğru olsa da, modern sanayi toplumlarında kadınlar ve erkekler arasında ölümlülük ve hastalık oranları bakımından önemli farklılıklar vardır. ABD'deki sağlık taramaları Verbrugge (1985) tarafından yakınlarda özetle aktarılmıştır. Kadınların toplumsal etkinlikleri sağlık nedenleriyle erkeklere göre yaklaşık % 25 daha fazla kısıtlıdır; kadınlar bir hastalığın sonucu olarak erkeklere göre yılda ortalama yaklaşık % 40 daha fazla yatak istirahatı almışlardır. 17-44 yaş grubundaki kadınlar erkeklerin iki katı oranda doktora gitmiş ve hastanede yatmıştır. Yıl bazında kadınlar her yaş grubunda erkeklere göre daha fazla reçeteli ilâç almışlardır, ancak bu durum özellikle 19-34 yaş grubundaki doğurgan kadınlar için önemlidir. Ek olarak, kadınların tıbbî ilâçları kullanma düzeyleri erkeklerinkinden yaklaşık % 50 fazladır. Özetle, erkekler hayatı tehdit edici hastalıklara ve sürekli sakatlıklar ve erken ölümlere yol açan hastalıklara muhtemelen daha fazla yakalanmaktadır. Aksine, kadınların hastalıkları tipik olarak kısa sürelidir ve onlar daha az ciddi nedenlerle olsa da daha sık doktora giderler. Doğurganlıkla ilişkili yaşanan problemlerin miktarı erkekler ve kadınlar arasındaki problemlerin miktarından düşüldüğünde bile bu farklılıkların devam ettiğini görürüz. Nitekim:

> erkekler ve kadınlar esasen benzer tipte problemler yaşarlar; fakat cinsiyetleri birbirinden ayıran şey bu problemlerin sıklığı ve ölüm hızıdır (Verbrugge, 1985: 1963).

Sağlıkla ilgili beyanlardaki bu cinsiyet farklılıklarını çeşitli biçimlerde açıklayabiliriz. Örneğin, kadınların şikâyetlerini aktarma ve beyan etme konusunda daha istekli oldukları doğru olabilir. Bu beyan etme istekliliği, ayrıca, kadınlar arasında hastalığın dile getirilebilecek bir şikâyet biçimi olarak görülme düzeyinin yüksekliğinin sonucu olabilir. Ayrıca, onlar sağlıkla ilgili problemlerini erkeklere göre daha kesin ve net bir biçimde hatırlayabilirler. Kadınlar sağlıkla ilgili konulardaki sosyalleşmeleri ve anne olmaları nedeniyle temel sağlık problemleri konusunda daha fazla bilgi edinmeye istekli olabilirler. Ayrıca, kadınlar ve erkeklerin mevcut 'hastalık terminolojileri' farklı olabilir. Sağlıkla ilgili problemlerini dile getirmelerini bekleyen bir kültürde kadınların şikâyet terminolojileri daha gelişkin olabilir. Ayrıca, doktorların kadınların sağlıkla ilgili problemlerine dikkat çeken ve önemini vurgulayan, böylece kadınları hastalar olarak inşa eden bir tıp kültürü içinde eğitildikleri kabul edilir. Çağdaş tıpta, kadınların rahatsızlıklarının karakteristik olarak ruhsal kaynaklı olduğu düşünülür ve burada kadınlarda nevrotik davranış ve doğurganlığın tehlikeli doğası fikri oldukça etkilidir. Âdet öncesi (premenstrual) sendroma tıbbî tepkiler ve sendromun tıbbî bir kategori olarak inşası tıp biliminin 'kadınların şikâyetlerini' sınıflandırma sisteminin iyi bir örneğidir (Parlee, 1994). Kadınların şikâyetlerini erkeklere göre daha sık ve daha kolay rapor etmeleri ile erkek tıpçıların kadınların semptomlarını ifade etmeleri ve tartışmalarını bekleyecek şekilde eğitim görmeleri arasında bir kısırdöngü olabilir. Bu yüzden, beklenti ve davranış birbirini karşılıklı pekiştiricidir. Bununla beraber, daha az olumlu bir sonuç tıptaki 'kadınların narinliği' ideolojisinin aynı anda niçin hem kadınların sağlık hizmetlerinden dışlandıklarını hem de hastalar olarak damgalandıklarını ortaya çıkardıklarını iddia eden Ehrenreich ve English'in (1972) çalışmasında bulunabilir. Pratikte, bu farklı açıklamalar ve perspektifler bir konuda yakınlaşır: tıbbî rahatsızlıklar, "düşük sosyal statüyle" ve egemen değerleri yansıtan tıbbî öğretilerin sosyal kontrol hiyerarşilerini ifade etme ve pekiştirme eğilimi gösterdikleri yerlerde "güçsüzlükle" ilişkilidir. Bir meslek olarak tıbbın gelişimi, kadınların cinselliğinin onların (hem ahlâkî hem de tıbbî) problemlerinin tanımlanmasında temel önemde olduğu ataerkil ve/veya patrist kültürle oldukça yakından ilişkilidir.

6
Yaşlanma, Ölme ve Ölüm

Yaşlanma tıp sosyolojisinde en azından iki temel nedenle önemlidir. İlk olarak, günümüzde hastalığın genel doğası ve yaygınlığı nüfusların yaşlanmasıyla yakından bağlantılıdır. İkinci olarak, sanayi toplumlarında nüfusun yaşlanması, emeklilikle beraber sözde bağımlı insanların sayısının artması nedeniyle, modern kapitalizmin ekonomik performansı üzerinde oldukça önemli bir toplumsal etkiye sahiptir. Modern sanayi toplumlarında II. Dünya Savaşından sonra bulaşıcı hastalıklarda (özellikle boğmaca, kızamık, difteri ve kızıl hastalığında) büyük bir düşüş yaşanmıştır. Bu değişimlerin bir nedeni 1941-1951 yılları arasında kullanılan mikropları öldürücü ilâçlardır (McDermott, 1980; Mumford, 1983). Bu demografik değişimlerin uzun vadedeki nedenleri arasında besin arzındaki gelişmeler, daha iyi konutlar ve işçi sınıfının ekonomik koşullarında genel iyileşmeler vardır (McKeown, 1979). Bebek ölümlülük oranlarında düşüş ve ortalama yaşam beklentisinde genel artış nüfusun yaşlanmasına katkıda bulunmuş ve bu da yeni bazı hastalıklarla sonuçlanmıştır. Temel ölüm nedenleri artık dolaşım sistemi bozuklukları, kötü huylu tümörler ve solunum sistemiyle ilgili rahatsızlıklardır. Yaşlı insanların ekonomik bağımlılığı zorunlu emekliliğin geniş bir meslekler yelpazesini içermesiyle önemli bir siyasal problem hâline gelmiştir. 1980'de Britanya'da 65 yaş üstü erkek nüfusun % 88'i emekliydi ve bu nedenle resmi kayıtlarda bağımlı olarak tanımlandı. Tüm yaşlıların yaklaşık onda-dokuzu bir şekilde tüm veya kısmi ev halkı için işsizlik ve sağlık ödeneğinden yararlanmaktaydı. Toplumda yaşlı emeklilerin yüzdelik oranı hızla arttığı için, kapitalist toplumlarda yaşlanan nüfusla ilişkili önemli ekonomik problemler vardır (Walker, 1982).

1970'lerde yaşlanma problemi gelişmiş kapitalist toplumların ekonomik gelişmeleriyle ilgili ulusal araştırmalar ve nüfus sayımı materyalleriyle açık hâle geldi (Russell, 1981). Tablo 6.1'den, Avrupalı kapitalist toplumların nüfuslarının en azından % 13'ü 65 yaş üzerindeyken, Avustralya, Yeni Zelanda ve Kanada gibi göç alan beyaz kapitalist toplumların nüfuslarının en azından % 8'inin emekli yaş grubunda yer aldığını görebiliriz. Fransa gibi toplumlarda 65 yaş üzeri nüfusun 20-64 yaş aralığındaki toplam nüfusun yaklaşık % 25'ine karşılık geldiğini görebiliriz. Bu genel eğilim 1980'lerde sür-

müştür. Örneğin, Britanya'da yaşlıların (yani, 60 yaş üzerindeki kadınlar ve erkeklerin) miktarı 1911'de 2.9 milyonken, bu miktar 1981'de 9.8 milyona çıkmıştır (Phillipson, 1982). Ayrıca, emekliler ve çok yaşlılar ayrımı yaparsak, 20. yüzyıl sonunda çok yaşlılar (75 yaş üzerindeki insanlar) Britanya'daki tüm yaşlı nüfusun yaklaşık % 45'ini oluşturacaktır (Abrams, 1979). Avustralya'da benzer genel eğilimler gözlenebilir. 1982'de farklı resmî yayınlarda (Avustralya Nüfuslarına İlişkin Projeksiyonlar, Devletler ve Bölgeler 1984-2021'de) 1984'te nüfusun % 24'ünü oluşturan 0-4 yaş arasındakilerin oranının 2021'de % 14.6 ve 15.6 arasında bir düzeye düşeceği rapor edildi. Bu durum bağımlı nüfusta bir artışa, bununla paralel olarak vergi ödeyen kesimde azalmaya, iç piyasanın daralmasına ve yine bununla paralel olarak devlet yardımlarından yararlanan gruplarda artışa yol açacaktır. ABD'de yaşlanan nüfusa ilişkin projeksiyonlar 65 yaş üzerindekilerin 1970'de yaklaşık % 10'un altında iken 2000 yılında % 12'ye çıkacağını göstermektedir (Cockerham, 1986). Yaşlanma oranı da önemli bir problemdir. Örneğin, Japon nüfusunun yaşlanma hızı oldukça yüksektir. İsveç'te yaşlı nüfusun oranının % 14'ten % 17'ye çıkması 85 yıl alırken, Japonya'da bunun yaklaşık olarak 26 yılda gerçekleşmesi beklenmektedir. 2000 yılında Japon toplumunun yaklaşık % 16'sını 65 yaş üzerindekilerin oluşturması beklenmektedir (Kii, 1987). Göreceğimiz gibi, önemli ölçüde toplumsal damgalanma ve kalıp-yargılar nedeniyle yaşlılar çoğu kez çaresiz muhtaç kişiler olarak görülür. Gerçekte, 65-75 yaş arasındakiler nispeten özerk olan ve büyük maddî destek gerektirmeyen yaşantılara yönelmektedir.

Tablo 6.1 Nüfus yaş yapıları

Ülke	Tarih	Yaş grubu yüzdelikleri				
		0-19 Yaş	20-64 Yaş	65+ yaş	Toplam	20-64 yaşın %'si olarak 65+
Avustralya	1971	37.5	54.2	8.3	100	15.4
Japonya	1970	32.6	60.3	7.1	100	11.7
Kanada	1971	39.4	52.5	8.1	100	15.4
Yeni Zelanda	1971	40.9	50.6	8.5	100	16.8
İtalya	1971	31.6	57.7	10.7	100	18.5
ABD	1970	37.9	52.2	9.9	100	18.9
Hollanda	1971	35.5	54.2	10.3	100	18.9
Danimarka	1969	31.2	56.6	12.1	100	21.3
Birleşik Krallık	1971	30.8	56.1	13.1	100	23.4
Batı Almanya	1971	29.7	56.9	13.4	100	23.6
İsveç	1971	27.6	58.5	13.9	100	23.8
Fransa	1968	32.2	54.4	13.4	100	24.7

Kaynaklar: Jones, 1979: 83; Russell, 1981: 26

Sanayi toplumları, zamanla nüfusun büyük bir kısmının çalışma yıllarını düzenleyen yasalar nedeniyle emekli olduğu bir durumla karşı karşıya kalacaktır ve dolayısıyla, çalışan genç nüfusun olmaması Batılı dünyanın gelişimi engelleyecek ve geciktirecektir. Bazı toplumların, örneğin Avustralya ve Arjantin'in nüfus yapıları deniz-aşırı göçe bağımlılıklarının artmasıyla değişebilir, ancak bu çözüm Avrupa toplumları için önemli olmayabilir. Bununla beraber, misafir işçiler (ev sahibi toplumun vatandaşı olmayan kısa dönemli çalışan göçmen işçiler) Alman ve Fransız ekonomisinde önemli bir rol oynayacaktır.

Demografik Geçiş

Batılı sanayi toplumlarının nüfuslarının yaşlanması genelde –Avrupa toplumlarının yüksek doğum ve ölüm oranlarına sahip oldukları bir konumdan düşük doğum ve ölüm oranlarına sahip oldukları çağdaş döneme geçtikleri– demografik geçiş süreciyle açıklanır. Demografik geçiş teorisine göre, toplumlar (yüksek ve değişken ölüm oranlarının yüksek doğum oranları tarafından dengelendiği) istikrarlı bir nüfus yapısından hem ölüm hem de doğum oranlarının nispeten düşük olduğu bir başka istikrarlı duruma geçmişlerdir. Önceki bölümlerde, geleneksel Avrupa toplumlarında nüfusun artmamasına çeşitli kurumsal koşulların, özellikle geç evlilik, dinsel nedenlerle evlenmeme ve toprak sahibi sınıflardan genç erkekler ve kadınların oluşturduğu 'fazlalık-nüfus' sağlamak için dinsel kurumların kullanılmasının yol açtığını görmüştük. Genel bir kural olarak, geleneksel Avrupa toplumlarında bir erkek toplumsal yapı içinde yeni ve aile kurmak için uygun bir yaşam alanı ortaya çıkıncaya kadar evlenemezdi (Laslett, 1972b).

18. yüzyılda Avrupa'da büyük bir nüfus artışı yaşandı. Nüfus artışının nedenleri konusunda ciddi tartışmalar olsa da, Britanya'da bu artış ölümlülük hızında keskin düşüşle açıklanır. Bu gelişmeye tarımsal üretim ve bu ürünlerin dağılımındaki iyileşmeler ve sağlık önlemlerinde ve temiz su teminindeki, gıda dağılım sistemindeki ilerlemeler, tıbbî hizmetlerin gelişmesi ve ciddi, öldürücü salgın hastalıklar ve salgınların azalması yol açtı. 1801'de 10.501.000 olan Britanya nüfusu önemli bir artışla 1941'de 46.605.000'e yükseldi (Royal Commission on Population, 1949). Britanya'da nüfus artışının nedenleri hakkındaki tartışma oldukça komplekstir (Wrigley, 1966, 1969; Wrigley

and Schofield, 1982). Bununla beraber, nüfus artışının temel nedeni – Britanya'da toplumsal ortamdaki iyileşmelerin hassas bir göstergesi olan– bebek ölümlülük oranlarında keskin düşüştü. Bebek ölümlülük oranlarında düşüşe ek olarak, 1800'den sonra ortalama evlilik yaşının düşmesi sonucunda doğurganlık artmış olabilir (Andorka, 1978).

İngiltere'de nüfus artışı tıbbî pratiklerin kalitesinde iyileşmeye veya tıptaki temel değişimlere bağlı olarak ortaya çıkar görünmez. Thomas McKeown'un (1979) *Tıbbın Rolü* adlı çalışmasına göre, yeterli bir tıbbî müdahaleden (örneğin, aşının geliştirilmesinden) uzun süre önce birçok bulaşıcı hastalıkta düşüş yaşanmıştır. Örneğin, verem vakaları BCG (Bacillus Calmette-Guerin) aşısının kullanılmasından ve streptomisin (1944), para-aminosaliklik asit (1946) ve isoniyazid (1952) gibi ilâç tedavileri başlamadan çok daha önceleri 1838 dolaylarında hızla azaldı. Tüberküloz ilâç tedavisi ciddi bir etkiye sahipti. 1946'da İngiltere ve Galler'de 900 kız çocuğu tüberkülozdan ölürken, 1961'de bu rakam 9'a düştü. Bununla beraber, söz konusu gelişmeler bir asırdır tüberkülozdan ölümlerdeki genel düşüş bağlamında değerlendirilebilir. Tıp tarihçileri McKeown tezine itiraz etmişlerdir. Allan Mitchell (1992), Fransız tüberküloz istatistiklerinden yararlanarak, 19. yüzyıl sonlarında Fransa'da ölümlülük rakamlarındaki istikrarlı durumun tüberküloza karşı aktif bir politikanın benimsenmesiyle açıklanabileceğini göstermeye çalıştı. David Barnes McKeown tezini "Fransa'nın maddî refah düzeyinin komşularına göre daha düşük olmasıyla Avrupa'da aynı dönemde temel ölüm nedeni olarak veremden ölüm oranlarının yüksek olması arasında bir korelasyon vardır" diyerek savunmaya çalıştı (1992: 290). McKeown'a göre, besin arzında artış özellikle merkezî önemde bir özellik olarak ortaya çıkmış görünmektedir. Bu durum tarımda 1760-1820 yılları arasında başka sınırlamaların ardından toprağın daha sınırlı ellerde yoğunlaşması sonucunda iş organizasyonunda farklı yeniliklere yol açmıştır. Ayrıca, işlenen toprak miktarının genişlemesi ve toprak işleme tekniklerinde iyileşmeler söz konusuydu. Bunlar sırasıyla farklı ürünlerin ekilmesi, arazilerin ıslahı, tohum üretiminde iyileştirmeler, kış besinlerinin yetiştirilmesi, yeni çiftçilik âletlerinin kullanılması ve (özellikle yonca ve patates gibi) yeni ürünlerin geliştirilmesi gibi faktörleri içermekteydi. Verimlilikte artış sanayileşme ve kentleşmeyle bağlantılı olabilir. Bu dönemde işgücüne talep artmış ve genç insanlar için bağımsız bir gelir kaynağı sağlayan iş imkânlarının artmasıyla artık işçi sınıfı arasında evliliği geciktirmek için önemli bir gerekçe ortadan kalkmıştır.

Demografik geçiş teorisine göre, nüfus artışlarını S-eğrisi temelinde kavramlaştırabiliriz. Demografik geçiş döneminin ortasında nüfus artışı oldukça yüksektir, ancak nispeten istikrarlı bir dönemin oluşması için bu artış oranını yavaşlatacak baskılar ve değişimler vardır. Örneğin, 19. yüzyılın ikinci yarısında Britanya'da nüfus artışı önemli ölçüde azaldı. Bu değişimin bir açıklaması Britanya'dan sömürgelere nispeten yüksek oranda dışgöçtür, ancak bu durum doğal artış oranındaki önemli düşüş karşısında nispeten önemsizdir. Doğal artış oranında düşüşün bir nedeni, özellikle orta sınıfın doğurganlık oranındaki düşüştür (Davies, 1982), ancak bu görüş hâlen oldukça tartışmalıdır. Nüfus artışında düşüşe yeni gebelikten korunma yöntemlerinin kullanılmasıyla ailenin gönüllü olarak sınırlandırılmasının yol açtığını savunan alternatif görüşü destekleyen daha fazla kanıt vardır. 1843'te prezervatifin icadıyla güvenli, ucuz ve kolay ulaşılabilir bir doğum kontrol aracı geliştirildi. Ayrıca, 1877'deki ünlü Bradlauhg ve Besant davasından sonra Britanya'da doğum kontrol propagandasının genişlemesiyle bu yönteme karşı tutumlarda bir değişim vardı. Amerika'da Dr. Knowlton *Felsefenin Meyveleri*'nde (1834) genç çiftlere farklı doğum kontrol yöntemleri önerir (Banks and Banks, 1964).

Kültürel değişimler konusunda daha önemli faktör çocuğun aile içindeki öneminin artmasıydı. 19. yüzyılda emzirme tartışması Avrupalı toplumlarda çocukların fiziksel ve zihinsel gelişimine artan büyük ilginin bir göstergesidir (Shorter, 1977). Eve bağlılığa ve aile hayatının önemine –gerçekte tıbbî ilgiyi yeniden çocuk ve annenin sağlığına yönelten– yeni bir vurgu vardı (Donzelot, 1979). Britanya'da, ailenin ekonomik refahının giderek daha fazla doğum kontrolüne ve aile büyüklüğünün sınırlandırılmasına bağlı hâle geleceği bebek ölümlülük oranlarındaki düşüşün ardından daha yüksek oranda çocuğun hayatta kalmasıyla açık hâle gelmiştir (Banks, 1969).

Aile büyüklüğünü kontrol eğilimi orta ve üst sınıflarda başlamış, ancak işçi sınıfı ailelerin büyüklülüğündeki düşüş 20. yüzyıl sonlarına doğru gerçekleşmiştir. Bu düşüşe, muhtemelen, prezervatif kullanmaktan ziyade cinsel birleşmenin engellenmesi ve ilişkiden uzak durulması yol açtı. Bununla beraber, 1860-1900 yılları arasında, İngiltere ve Galler'de ailelerin ortalama büyüklüğü 6.16'dan 3.20'ye düştü. 1952'de bu oran 2.21'di (Fletcher, 1962). Özetle, çağdaş Britanya'da doğurganlık oranı dünya standartlarına göre nispeten düşüktü, ancak ayrıca bebek ölümlülük oranı da düşüktü. Britanya'da her canlı doğumda erkeklerin ortalama yaşam beklentisi 1841'de 40 yaşken 1961'de 68 yaşa çıktı. Erkekler için ortalama yaşam beklentisi

çoğu modern toplumda 70 yaş civarındadır. ABD'de 1981'de doğanlar için ortalama yaşam beklentisi 74.1 yaştır. Doğum oranlarında düşüşün ve ortalama yaşam beklentisinde artışın sonucu, yaş yapısında daha yaşlı bir nüfusa doğru belirgin bir geçişten dolayı yaşlanan bir nüfustur.

Demografik geçiş teorisi kullanışlı bir betimsel araç sağlasa da, büyük ölçüde eleştirilmiş ve yeniden değerlendirilmiştir (Kumar, 1978; Wrong, 1966). Wrong farklı demografik geçiş biçimlerini birbirinden ayırmamız gerektiğini öne sürer, zira Avrupa toplumlarında nüfus gelişimi büyük ölçüde kendine özgü bir örüntüye ve diğer kıtaların nüfus geçmişinden farklıdır. Latin Amerika, Orta Afrika ve Avrupa'nın demografik geçişleri oldukça farklı ve kendine özgüdür. İlk demografik geçiş teorisinin iyimser yanı, nüfus ve sanayileşmenin bir toplumun refah düzeyinde hızlı artışı mümkün kılarak bir dengeye yol açacağının düşünülmesiydi. Bununla beraber, günümüzdeki çoğu gelişen ülkede nüfus artış oranı ekonomik gelişmeyle ilişkili değildi ve mevcut nüfus patlamasının bir özelliği çoğu toplumda yoksulluk düzeyinin giderek artmasıydı.

Ekonomik azgelişmişlik tamamen nüfus patlamasıyla açıklanamasa da, sınırsız nüfus artışı bazı toplumlarda doğrudan kötü beslenme, ekonomik gerileme ve yoksulluk baskısıyla ilişkiliydi. Üçüncü Dünyanın gelişmekte olan toplumları ekonomik gelişmemişlik nedeniyle uluslararası yardımlara ve yabancı ülkelerin desteğine daha fazla bağımlı hâle geldi. Üçüncü Dünyada nüfus artışına, en azından bir ölçüde ileri modern tıbbî tekniklerin hızla benimsenmesi yol açtı. Latin Amerika'da ve Asya'da, nüfus üzerindeki Malthuscu tarihsel sınırlamalar modern tıp ve ekonomik destek sayesinde ortaya çıkmadığı için, doğum oranında düşüşün çok az işaretleri vardı. Nitekim, kritik problem Üçüncü Dünyadaki nüfus artışına aynı oranda sanayileşmenin eşlik etmemesidir. Geleneksel köylü ailesinin geleceği kendi emek gücü kaynaklarına bağlı olduğu için aile plânlamasıyla ilişkili başarılı programları uygulamaya geçirmek zordur. Yeterli bir kollektif refahın yokluğunda, aile reisleri erkek evlâtlarını bir gelecek sigortası olarak göreceklerdir. Bazı toplumlar (Hindistan, Çin ve Singapur) nüfusu düzenlemek için, çoğu kez, aile içi doğurganlık oranlarını kısıtlayıcı uyulması zorunlu politikalar benimsemişlerdir (Davis, 1976; Keyfitz, 1982).

Yaşlanma Teorileri

Yaşlılık sorunları bilimi (gerontoloji) sosyal bilimlerde nispeten yeni bir alt disiplindir (Green, 1993). Literatürde bazı önemli ve rakip yaşlılık sorunları teorileri belirlemek mümkündür. William Cockerham (1991) yaş, yaşlanma ve yaş gruplarının tabakalaşmasıyla ilişkili çeşitli teorileri şöyle sıralar: çekilme teorisi, aktiflik teorisi, süreklilik teorisi, yaşa göre tabakalaşma teorisi, modernleşme teorisi, sembolik etkileşimcilik ve çatışma teorisi. İlk iki teori büyük ölçüde II. Dünya Savaşı sonrasındaki tartışmanın hâkimiyeti altındadır. Çekilme teorisi* işlevselci sosyal sistemler analiziyle ilişkilidir (Parsons, 1960: 1962). Bu yaşlanma yaklaşımına göre, nüfusun yaşlanan kesiminin toplumdan çekildiği doğal bir süreç yaşanır. Yaşlılar toplumdan ayrılırken toplum da yaşlanan nüfustan karşılıklılık ve bağlılığın azalmasıyla ayrılır. Bu toplumsal ayrılma süreci kaçınılmaz ve faydalıdır, zira başarılı yaşlanma toplumsal roller ve kurumlara katılmada azalmaya kademeli olarak adapte olmayı gerektirir (Cumming, 1963; Cumming and Henry, 1961).

Cockerham'ın (1982: 278) gözlemlediği gibi, çekilme teorisi sosyal tabakalaşma teorisinin tersidir (Davis and Moore, 1945). İşlevselci tabakalaşma teorisine göre, toplumdaki önemli ve sorumluluk gerektiren konumların en ehliyetli kişiler tarafından doldurulması, bireyleri zamanlarını bu konumları doldurmak için gerekli becerileri kazandıracak bir eğitim sürecine ayırmaya ikna edecek bir tabakalaşmış prestij sistemine sahip olmak önemlidir. Çekilme teorisine göre, yeni bir kuşağın eğitim ve başarı sayesinde toplumsal konumlara ulaşması için yaşlıların toplumdaki konumlarını terk etmelerini sağlayacak bir motivasyona gerek vardır. Böylece, tabakalaşma teorisi ve çekilme teorisi 'toplum'u yaşlıların çekilmesiyle yeni gelen üyelerin kendilerine yaşam alanları buldukları, yaş yapısına göre düzenlenen bir 'yürüyen merdiven' biçiminde kavramlaştırır. Çekilme teorisine göre, emekliliğinin faydası, yaşlıyı uzun tam çalışma ve toplumsal katılım koşullarında imkânsız olan, kişisel olarak ödüllendirici etkinliklere katılması için yetişkin hayatının beklentileri ve sorumluluklardan kurtarmasıdır.

Bu yaşlanma teorisi bazı zeminlerde eleştirilmiştir. İlk olarak, gelişmiş sanayi toplumlarının siyasal sistemleri incelendiğinde, siyasal

---

* *'Başarılı'* bir yaşlanmanın ve ölüme hazırlığın yaşlılarla toplum arasındaki ilişkilerin karşılıklı olarak kesilmesiyle ve yaşlı insanların toplumsal rollerinden ve ilişkilerinden uzaklaşmasıyla mümkün olduğu teorisi.

seçkinlerin gerçekte yaşlıların hâkimiyetinde olduğu ve güce sahip oldukları sürece otoriteleri ve prestijlerinden kolayca veya kendi iradeleriyle vazgeçmedikleri açıkça görülür. Aksine, çekilmenin toplumla ilişkilerde güç kaybına yol açtığı söylenebilir (Dowd, 1975, 1980). Ayrıca, emeklilik nedeniyle köşeye çekilme, kişisel tüketim ve boş zaman fırsatı sunmaktan ziyade, gerçekte özellikle ekonomik açıdan bir yoksullaşma dönemidir. ABD'de Federal hükümet raporunda, 1977'de 65 yaş üzerindeki nüfusun % 14'ü yoksul olarak sınıflandırılmıştır; hâlbuki 45-50 yaş arasındakilerde yoksulluk oranı % 7'dir. Yaşlı erkekler ve kadınlar arasında önemli farklılıklar vardır; dolayısıyla, genelde yaşlı erkek nüfus daha yüksek ekonomik desteğe sahiptir (Johnson and Williamson, 1980). Britanya örneğinde, emeklilikte net gelirde yaklaşık ortalama % 50'lik bir düşüş olduğu belirtilmiştir (Walker, 1982). Avustralya'da araştırmalar yaşlıların önemli bir oranının yoksulluk sınırının altındaki kişilerden oluştuğunu göstermiştir. Avustralya'da yaşlıların % 15'inden fazlasının yoksul bir hayat sürdürdükleri hesaplanmıştır (Ford, 1979). Yaşlı nüfus içinde artan yoksulluk tehdidi bazı yaşlı insanların çalışmayı ve böylece topluma katılmayı sürdürmeyi tercih etmelerinin nedenlerinden biri olabilir (Atchley, 1977). Özetle, toplumsal çekilmenin yaşlıyı normal düzeyde bir hayata yönlendireceği fikrini destekleyecek nispeten çok az kanıt vardır (Palmore, 1981).

Bazı yazarlar (Blau, 1973; Havighurst, 1963; Palmore, 1968), çekilme teorisine alternatif olarak, normal yaşlı insanların büyük çoğunluğunun aktifliğinde önemli bir azalma olmadığını öne sürdüler. Onlara göre, ayrıca, katılma ve çekilme düzeyleri geçmiş deneyimlerle ve sosyoekonomik statüyle yakından ilişkili olacaktır. Son olarak, onlara göre, başarılı yaşlanma, daha az aktiflikten ziyade, önemli bir toplumsal aktiflik düzeyini gerektirecektir. Palmore (1968, 1981) Amerika'da yaptığı uzunlamasına bir araştırmada çekilmenin bir başka nedenden ziyade, rahatsızlık sonucunda gerçekleşmesi ihtimalinin yüksek olduğunu buldu. Bu yüzden, aktiflik teorisi çekilme teorisininkiyle az çok karşıt sonuçlara ulaşır: kişisel huzur ve tatmin çekilmekten ziyade süregelen bir aktifliğin ürünüdür (Longino and Kart, 1982).

Aktiflik teorisinin problemli bir yanı, yaşlılar için gerçekçi bir hedef sunmaktan ziyade, orta sınıf Beyaz Amerikalıların değerlerini yansıtabilecek bir katılım ve aktiflik normu oluşturmaya çalışmasıdır. Sağlık dâhil kaynaklardan yoksun bazı yaşlı gruplar için bu sürekli aktiflik idealleri tamamen uygunsuz olabilir ve çoğunun yaşadığı depresyon ve soyutlanmışlığı pekiştirebilir. Diğer araştırma, yaşlı

nüfusta, özellikle etnik köken bakımından önemli bir kültürel farklılık olduğunu göstermiştir. Bu yüzden, genel bir aktiflik teorisi yaşlılar içindeki bu farklı alt-kültürleri betimlemek için yetersiz olabilir.

Çekilme ve katılma teorilerine alternatif düşüncelere göre, gerekli olan şey yaş deneyimindeki çeşitlilikleri sosyal sınıf, etnisite ve cinsiyet gibi değişkenler temelinde açıklayacak daha kompleks bir teorik yaklaşımdır (Cockerham, 1982; Neugarten, 1964). Cinsiyet yaşlanma analizinde merkezî önemde bir problemdir, zira kadınlar emeklilikte erkeklere göre çok daha yüksek yoksulluk oranları sergilerler; yaşlı bekâr kadınlar bu yoksullaşma sürecini başka bir gruba göre daha yoğun bir biçimde yaşarlar. Ayrıca, geç olgunluk dönemi (55-75 yaş arası) ve yaşlı (75 üstü) ayrımının yapılması gerekir, zira çoğu kronik rahatsızlık çok yaşlı olarak betimlenebilecek kişilerle sınırlıdır. ABD'de yaşlıların büyük çoğunluğu (yaklaşık % 70'i) sağlıklarını iyi veya mükemmel olarak tanımlamıştır (Kart, 1981). Bir başka farklılık, yaşlıların işgücüne katılım oranları büyük ölçüde düşse de, ABD ve Avustralya'da yaşlı nüfusun yaklaşık % 10'unun hâlen çalışmakta olmasıdır; bu durum Japonya'da yaşlı nüfusun yaklaşık % 25'inin çalışmayı sürdüren insanlardan oluşmasıyla tezat içindedir. Özetle, bir yaşlanma teorisi yaşlı nüfus içindeki önemli toplumsal farklılaşmaları göz önünde bulundurmalıdır. Bu tespit açıkça geçerli olmasına rağmen, yaşlanma deneyimine tipik olarak –bağımlı yaşlı kavramıyla ilişkili– farklı toplumsal damgalanma ve ayrımcılık biçimlerinin eşlik ettiğinin belirtilmesi gerekir.

Diğer yaklaşımlar, örneğin süreklilik teorisi kişilik değişimini ve sürekliliğini ortaya koymaya çalışır; aksine, tabakalaşma teorisinde tabakalaşmanın ilkeleri yaş grupları ve aralıkları temelinde ele alınır (Riley, 1987). Modernleşme teorisi yaş kategorilerini tarihsel olarak ele alır. Modernleşmeyle yaşlı nüfusun statüsünde bir düşüş gözlenir, zira onların bilgileri ve becerileri artık hızla değişen bir dünyada önemli değildir. Sembolik etkileşimcilik süreklilik teorisiyle yakınlık gösterir, zira o gündelik etkileşimler içinde yaşlı insanların sembolik statüsünün nasıl sürdürüldüğü veya bozulduğuyla ilgilenir. Son olarak, çatışma teorisi yaşlı insanların toplumda yaşadıkları dezavantajlar ve eşitsizlikleri ele alır. İzleyen kesimde, genelde, yaşlanma sürecine en fazla sosyolojik önemi kuşaklar-arası ilişkileri karşılıklılık (Gouldner, 1960), borçluluk (Greenberg, 1980) ve yardımseverlik (Down, 1984) gibi kavramlar etrafında ele alan alışveriş teorisinin verdiğini öne süreceğim.

Yaşlanma ve Bağımlılık

Yaş kategorileri, biyolojik ya da psikolojik oldukları kadar, nüfusların farklılaşmasıyla bağlantılı sosyolojik ve kültürel kriterlerdir. Bireylerin ne zaman çocuk veya yaşlı olarak görülecekleri yaş gruplarını (zamanla yaşlanmalarından ziyade) toplumsal işlevleri ve sorumluluklarına göre tanımlayan ilgili kültürel geleneğe göre değişecektir. Uygun bir yaşlanma ve kuşaklar sosyolojisinden yoksunuz (Eisenstadt, 1956). Yine de, yakın dönemde tarihsel sosyolojide ve sosyal tarihte, özellikle çocukluk analiziyle ilişkili bazı istisnai ileri katkılar yapılmıştır (Laslett, 1972a). Çocuğun tarihsel gelişimi Batı kültüründeki – örneğin, bir farklılaşma süreci sonucunda çocukluğun özel ve kendine has bir toplumsal rol olarak ortaya çıktığı ve kendi kültürel ihtiyaçları ve psikolojik boyutları olan özel ve ayrı bir yaş grubu olarak alınmaya başlandığı– daha geç bir gelişme olarak alınabilir (Ariés, 1962). Çağdaş Batılı toplumlar, Ortaçağdaki toplumlardan farklı olarak, bebeklik ve yetişkinlik arasında bazı geçiş dönemleri belirleme eğilimindedir. Özel bir kategori olarak çocukluk yaratıldığında, artık toplumsal ve kişisel belirsizliklerle dolu bir geçiş dönemi olarak ergenlik fikrine sahip oluruz. Sonuç, gençlik kavramının fiziksel ve psikolojik bozukluklarla ilişkili hâle gelmesidir.

Yaşlılara karşı toplumsal tutumlar benzer şekilde tarihsel olarak değişkendir ve kültürel farklılıklar sergiler. Fischer, bir etkili dersler dizisinde Amerika'da yaşlılara karşı tutumlarda dört önemli dönemden söz eder. Amerikan sömürgeciliğinin ilk döneminde (1607-1820) bir yaşlılar erkinin varlığını tespit eder, zira bu dönemde yaşlılığa büyük saygı varken, genç nüfus küçümsenir. Püriten Amerika'da yaşlılara karşı tutumlar yaş ve bilgeliğin bağlantılı şeyler olarak görüldüğü dinsel normların hâkimiyetindeydi. Devrim döneminde (1770-1820) Amerikalıların tutumlarında önemli bir değişim yaşandı. Avrupa'dan yayılan devrimci değerler gençlik ve değişmeyi çok daha destekleyiciydi. Amerikan kültürüne yaşlılığı aşağılayan bir dizi yeni sözcük girdi; örneğin, 'babalık' 1820'lerde aşağılayıcı bir sözcük hâline geldi. Ayrıca, 1830'larda 'örümcek kafalı' sözcüğü yaşlı insanlar için kullanılan olumsuz bir terim hâline geldi. Üçüncü evrede (1800-1970) yaşlılık karşısında gençliğin erdemleri ve değerlerine artan bir vurgu vardı. Yaş artık ahlâk ve bilgelikle değil daha çok açgözlülük ve şehvet düşkünlüğüyle ilişkili olarak görülmeye başladı. Gençlik umut ve gelişmenin simgesi hâline geldi; siyaset arenasında, 1830'larda Genç Amerika, Mazzini'nin Genç İtalyan Hareketi ve son olarak Genç [Jön] Türkler olarak adlandırılan güçlü gençlik hareketleri vardı. Artık

yaşlılar erki gençliğin yozlaşmış siyasal sistemleri arındırma ve ıslah etme amacıyla öne çıktığı bir dönemde gericilik ve gelenekle ilişkili hâle gelmişti. Son evrede, emekli köyleri ve özel programların geliştirilmesiyle, yaşlılık artık siyasal değişmeyi ve maddî önlemler almayı gerektiren bir sosyal problem olarak görülmeye başlandı. Yaşlının bağımlılığı ve damgalanmasıyla ilişkili mevcut tartışmanın tarihsel zeminini ABD ve Avrupa'daki bu toplumsal ve kültürel değişimler oluşturmaktadır.

Bağımlılık oranını aktif olarak bir işte çalışmayanların (16 yaş altında ve 65 yaş üzerindekilerin) çalışan nüfusa oranı olarak tanımlayabiliriz. Bu bağımlılık tanımının kökeninde Britanya'da yoksulluğu asgari geçim düzeyiyle ilişki içinde tanımlayan Rowntre'nin (1871-1954) siyaset araştırması yatmaktadır. Bu ekonomik bağımlılık kavramı, keyfi bir biçimde, belirli bir toplumdaki emeklilik yaşına göre tanımlanır. Emeklilik genç insanların emeğine talebin artmasında önemli bir işleve sahip olduğu için, ekonomik durgunluk dönemlerinde sendikalar, genç işsizlik oranını azaltmak amacıyla emeklilik yaşını düşürme yönünde büyük baskı yapacaklardır. Bu siyasal koşullarda bağımlılık oranına sürekli ilgi olacaktır. Bağımlılık, ayrıca, psikolojik ve fiziksel terimler içinde, varlıklarını sürdürebilmek için büyük ölçüde maddî desteğe ihtiyaç duyan nüfus grubuna işaret etmek için kullanılabilir. Fiziksel yetersizlik bu anlamda açıkça önemli bir bağımlılık ölçüsüdür. Bu iki koşulla ilişki içinde, ayrıca mâli bağımlılık söz konusudur, zira emekli yaşlı tipik olarak devlet yardımlarına büyük ölçüde bağımlıdır. Yaşlının bağımlı olduğu fikri genelde "toplum üzerindeki asalak yaşlı" kalıp-yargısını pekiştirme eğilimindedir. Gördüğümüz gibi, Amerika'dan araştırma verileri yaşlıların diğer yaş gruplarındakilere göre hekimlere daha sık gittiklerini ve hastaneleri daha sık kullandıklarını gösterir, ancak yaşlıların % 80'inden fazlası belirli bir yaşa kadar hastaneye gitmez, % 13'ü aynı dönemde hiçbir tıbbî görüşme rapor etmemiştir ve ayrıca bir hastalığın mevcudiyeti yaşlının mutlaka tıbbî hizmet talep etmesine yol açmaz (Estes, 1979). Yaşlıların yalnız oldukları veya hafıza kaybı yaşadıkları gibi diğer birçok kalıp-yargının yanlış olduğu gösterilmiştir (Palmore, 1968, 1981). Ancak, ayrıca, emeklilikte yaşlıların gelirlerinin ciddi olarak azaldığına ve nüfus içindeki diğer azınlık grupları gibi belirli ölçüde damgalandıklarına ilişkin kanıtlar vardır.

Kapitalizm ve Yaşlı

Çağdaş sınaî kapitalizmde yaşlıların kötü durumu, bazı yazarları, kapitalist toplumun ekonomik ve siyasal gerekleriyle ilişki içinde bir Marksist yaşlılık analizinin yapılmasının önemini savunmaya yöneltmiştir. Kapitalizmde yaşlılık, hastalık durumu gibi, kazanç getiren bir işin olmamasıyla tanımlandığı için, yaşlılık önemli ölçüde sosyal olarak inşa edilir. Bilhassa, 65 yaşındaki emekli, keyfi bir biçimde, artık üretken olmayan biri olarak ve bu yüzden tamamen pratik amaçlara uygun şekilde tanımlanır. Emeklilik hakkı emek ve sermaye arasındaki uzun mücadeleler sonucunda elde edildiği için, emeklilik örüntülerinin kapitalist sistemin özel ekonomik ve siyasal gerekleriyle yakından ilişkili olmasını beklememiz gerekir (Graebner, 1980). Erken emeklilik emek arzını sınırlar, gençlerin işgücüne katılmasını mümkün kılar, işsizlik düzeylerini azaltır ve genç çalışanları ücretli çalışanların arasına katarak emek maliyetlerini düşürür. Bazı yazarlara göre, emeklilik uygulamasının gelişimi daha fazla sermaye birikimi sağlamak için, belirli kesimleri çalışan kesim dışında tutmayı ve böylece işgücünü yeniden-yapılandırmayı amaçlayan genel kapitalist bir stratejinin parçası olarak görülmesi gerekir. Phillipson'a (1982, 155) göre:

> yaşlılar şirketin düzen ve verimlilik dürtüsüne kurban edilir; bant üzerinde hızlı hareket, iş ölçümü teknikleri vb. yaşlının kaderini belirler.

Yaşlı işçi, artık ekonomik artı-değer üretiminde etkin rol oynamadığında, emekli edilmekten daha ziyade terk edilir. Ayrıca, ciddi ekonomik durgunluk dönemlerinde yaşlılara sağlanan hizmetler önemli ölçüde azalır –bu da yaşlının toplumsal ve ekonomik konumunun daha da bozulmasına yol açar.

Yaşlıların özel problemlerinin kapitalist üretim tarzının ekonomik gereklerinin ürünü olduğu iddiası bazı açılardan sıkıntılıdır. İlk olarak, yaşlıların damgalanması ve marjinal toplumsal konumları sadece kapitalizme değil, aynı zamanda aslında, uzun insanlık tarihi boyunca bütün toplumlara özgü bir problemdir (de Beuavoir, 1972). İkinci olarak, yaşlıların siyasal hareketlilik ve reform kapasiteleri küçümsenmemeli veya göz ardı edilmemelidir (Fox, 1981; Stearns, 1977). Üçüncü olarak, devletçi sosyalist toplumlarda yaşlılara karşı tutumların, özellikle kalıp-yargılar bakımından, kapitalist toplumlardaki tutumlardan farklılık göstermediğine ilişkin kanıtlar vardır (Willcocks, 1983). Dördüncü olarak, devletin düzenlemesi altında yaşlılarla ilgili

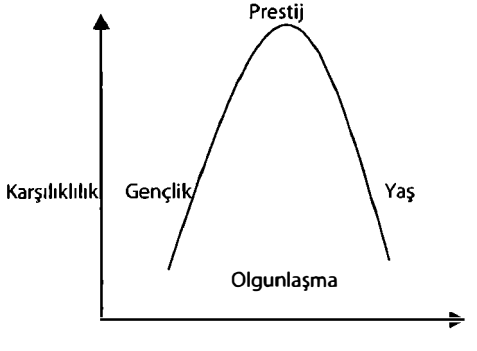
bakım kurumları ve sistemlerinin önemli ölçüde genişlemesi onların maddî ve toplumsal koşullarını muhtemelen iyileştirse de, yaşlılıkla ilgili kurumların yayılması sosyal kontrol ve düzenleme sistemlerinin bireylerin yaşantıları üzerinde kapsamlı genişlemesini temsil edecektir. Emekliler için eğitim programlarının, toplum içinde tedavi imkânlarının genişlemesi ve gerontoloji pratiğindeki belirli gelişmeler bakımından açıkça bir rolü olsa da (Taylor and Gilmore, 1982), bu gelişmeler ayrıca yaşlıların toplum içinde özel ve ayrı bir hedef grup olarak daha fazla tıbbî müdahale nesnesi hâline dönüşmesi anlamına gelebilir. Bu gerontolojik uygulamaların niyetlenilmemiş etkisi, yoksul açısından bağımlılığın nesnel ve öznel unsurlarında artış olabilir. Son olarak, gelişmiş ekonomilerde devletin düzenlemelerden vazgeçmesi emeklilik örüntülerini kökten değiştirirken, girişimciler daha esnek bir emek piyasası ve emeklilik konusundaki katı düzenlemelerin kaldırılmasını talep etmişlerdir. Çalışma ve çalışmama arasındaki sınırının tamamen bulanık hâle geldiği emek piyasasında bölünme, kısmi emeklilik, esnek çalışma saatleri ve 'çoklu istihdam' (Beck, 1992) geleneksel iş deneyimini ve anlayışını dönüştüren toplumsal ve ekonomik değişimlerdir. Emeklilik düzenlemesinden vazgeçilmesi 'emekliliğin' hayatın herhangi bir noktasında ortaya çıkabilmesi ve yaşam-örüntülerindeki standart ve öngörülebilir süreçlerin tesadüfî, parçalı ve öngörülemez hâle gelmesi demektir. Bu değişim "hayatın akışının post-modernleşmesi" olarak tanımlandığında (Turner, 1994b) ekonomi politiğin yaşlanma konusundaki geleneksel kabulleri uygunluğunu yitirecektir, zira ekonomik iyileşme ve gelişmenin bir sonucu artık 'tam istihdam' olmayabilir.

Alternatif bir yaklaşım, bağımlılık ve damgalanma probleminin karşılıklılık perspektifinden ele alınmasıdır. Tüm toplumsal ilişkilere bir karşılıklılık normu yaratan ve gerektiren sürekli alışveriş biçimleri damgasını vurur. Yaşlanma süreci yeni kuşaklarla birlikte sorumlulukların değişmesini gerektirir (Dowd, 1974). Yaşlılara saygı onların emekleri ve yeniden-üretimleriyle topluma geçmişteki katkılarının kabulüdür; yaşlıya bakma sorumluluğumuz vardır. Ayrıca, yaşlı geçmişteki katkıları nedeniyle ödüllendirilme hakkına sahiptir. Ancak, uzun dönemli bağımlılıkların maliyeti önceki katkılarını aştığı için, modernleşme yaşlıya hak ettiğinden fazlasının verilmesi gibi bir sonuca sahiptir. Dowd'a göre (1982), hayır kavramı kuşaklar arası ilişkilerdeki bu dengesizliği açıklayabilecek karşılıklılık normunun bir şeklidir. Yine de, yaşlılara saygı rasyonel seçim teorisinin perspektifinden analitik bir problem olmaya devam eder. Bağımlılığın uzunluğu ve çok yaşlıların ekonomi üzerindeki olumsuz etkisi düşünül-

düğünde, rasyonel aktörlerin yaşlılara bakması akılcı değildir.

Eşitsiz alışveriş örüntüleri karşılıklılık aracılığıyla bağımlılık yaratır. Tüm sosyal hizmet biçimlerini alışveriş sistemleri olarak görebiliriz (Pinker, 1971), zira karşılılık normu "isteğe bağlı verilen bir öğlen yemeği olmadığı" fikrine dayandığı için, bağımlılık sadece kişinin önceki katkılarının bir karşılığı olduğu veya gelecekte olacağı beklentisinin bulunduğu durumlarda kabul edilebilir. Karşılıklılığın yokluğu (örneğin, aşırı yoksulluk ve sakatlık durumu) bağımlı bireyin toplumsal ve kişisel konumu açısından ahlâkî sonuçlara sahiptir. Toplumsal açıdan bağımlı insanlar karşılıklılık normuna uygun düşmezler ve bu yüzden, bağımlılık tipik olarak, özellikle sağlanan sosyal hizmetler nedeniyle işsizler ve yoksulların damgalanmasıdır. Dilenciliğin tipik olarak bir suç olarak görülmesinin nedeni karşılıklılık fikrinin kaba ve kamusal bir ihlâli olmasıdır. Günlük konuşmalarda, toplumun geneliyle bu asalak ilişkiyi ifade etmek için kullanılan çeşitli betimlemeler vardır (örneğin, çalışmadan kazanmak, dolandırıcılık ve sorumluluklarından kaçmak). Spicker'e göre (1984), sosyal refah yardımlarından yararlananlarla ilişkili damgalamanın temel nedeni, alışverişlerde bu karşılıklılığın bulunmamasıdır. Üretimle ilgili ekonomik gereklerden ziyade yaşlının gerçek veya algılanan bağımlılığını kuşatan damgalamayı açıklayan şey, karşılıklılığın ve ahlâkî durumun yokluğudur.

Ayrıca, Spicker'in argümanını gençler ve yaşlılara karşı toplumsal tutumları karşılaştırarak geliştirebiliriz. Ortaçağda, 'gençlik' kavramı belirli bir yaş grubundan ziyade marjinal toplumsal konumları, toprak ve servet sahibi olamamaları ve bu yüzden bekâr kalmaları sonucunda toplumsal sorumluluğu olmayan bir erkekler grubunu ifade etmekteydi. Ortaçağda bu gençlik gruplarının sorumsuz, asalak ve bu nedenle tehlikeli, genel toplumsal yapı için yıkıcı unsurlar olduklarına inanılmaktaydı (Rossiand, 1985). Günümüz toplumlarında, genç insanların, özellikle bekâr erkeklerin toplumsal açıdan yıkıcı, sapkın ve siyasal açıdan tehdit edici olduklarına inanılır veya böyle bir düşünce vardır. Onlar gelenek ve istikrara karşı bir tehdit oluştururlar. Ergenler ve yaşlılar bazı ortak özellikleri paylaştıkları için (örneğin, belirli bir işlerinin ve toplumsal sorumluluklarının olmaması), çoğu kez aynı aşağılayıcı ve damgalayıcı tarzda betimlenirler. Sözgelimi, çoğu kez yaşlıdan çocuksu ve sorumsuz olarak biri söz ederiz; gerçekte, onlardan ikinci bir çocukluk yaşayan kişiler olarak söz ederiz. Yaşlılık ve gençliğin damgalanmasını onların toplumdan gerçek ya da hayalî uzaklaşmasına, yani karşılıklılıktan yoksun olmalarına göre teorileştirebiliriz. Bunu Şekil 6.1'deki gibi ifade edebiliriz.



Şekil 6.1 *Karşılıklılık-olgunlaşma eğrisi*

İnsanlar olgunlaşırken tipik olarak yeni sorumluklar edinir ve yeni toplumsal roller işgal ederler; örneğin, sürekli bir işi olmanın yanı sıra, evlenip çocuk sahibi olabilirler. Toplumla karşılıklılıkları ve bütünleşmeleri artarken (bir ölçüde çekilme teorisinin varsayımına uygun biçimde) toplumda kişisel prestijleri ve itibarları artar. İnsanlar yaşlanırken, tam sorumluluk ve bağlılık dâhil, beklenilen toplumsal rolleri bilinçli olarak veya toplumun baskısı nedeniyle oynamak zorunda kalırlar. Toplumsal rollerinden çekilirken toplumla karşılıklılıkları ve bütünleşmeleri azalır ve bir kez daha belirli oranda prestij kaybına uğrarlar. Ergenler ve yaşlılar için kullanılan –belirli ölçüde katılma ve karşılıklılığın yokluğunu gösteren– toplumsal etiketlerin benzer olmasının sebebi budur. Aile, iş veya gönüllü birlikler aracılığıyla topluma katılmamaları nedeniyle, tipik olarak genç insanların sorumlu olmadıklarına inanılır. Benzer şekilde, yaşlıların bir anlamda topluluğa bağımlılıkları nedeniyle (bu bağımlılık ister gerçek ister hayalî olsun) sorumlu olmadıklarına inanılır.

Bu modelde, yaşlıların mağduriyeti ve damgalanmasını prestijin karşılıklılığa ve topluma katılma düzeyine bağlı olduğunu öne süren alışveriş teorisi çerçevesinde açıklamaya çalıştım. Bu model çekilme teorisiyle belirli ölçüde uyumludur, ancak ayrıca yaşlılıkta artan etkinliğin veya etkinlikte sürekliliğin onların toplum içinde prestijleri ve itibarlarını belirli ölçüde sürdürmelerinin temelini oluşturacağı iddia edilir. Bu model sosyal politikalarla ilgili açık sonuçlara sahiptir, zira yaşlılar için ayrı topluluklar oluşturulmasının ve onların toplumsal sorumluluklarından çekilmelerinin bağımlılık ve damgalanmayı daha da artıracağı ileri sürülecektir.

Yaşlıların toplumsal rolleri ve statülerini karşılıklılık ve bağımlılık

terimleri içinde genel bir hastalık-rolü teorisiyle karşılaştırmak önemlidir. Açıkçası, yaşlanmayı hastalık-rolü olarak almanın yarattığı problemler vardır. Örneğin, toplumsal rollerine ve bir tıbbî rejimin kurallarına uymak hastalığın sona ermesini beraberinde getirmeyecektir. Hâlihazırda yaşlanma sürecinden kaçışın bilinen bir yolu yoktur ve bu yüzden, kişinin sağlığına yeniden kavuşacağının garantisi yoktur. Öte yandan, yaşlılık dönemi beraberinde gündelik toplumsal sorumluluklardan uzaklaşmayı veya bu tür sorumlulukların azalmasını sağlayan gerçek mazeretler sunar. Tersine, yaşlılığın özelliklerinin belirli ölçüde bir hastalık-rolü olarak gebeliğin özelliklerine benzediğini ileri sürebiliriz; yani, yaşlılık tamamen çelişkili bir beklentiler setine tâbi toplumsal ve kültürel bir konumdur. Aktiflik teorisinin yaşlılıkta aktifliğe yeni vurgusunu düşünürsek, rahat ve aktif bir hayattan uzak bir olgunluk dönemi geçirmek giderek zorlaşacaktır. Gençlik, bireycilik ve aktiflik Batı kültürünün her yanında yaygın değerler olduğu için, yaşlılar bu gençlik paradigmasından yakasını kurtaramaz. Aktifliğe bu vurgunun bir parçası, yaşlılıkta cinselliğin normal ve gerçekte arzulanabilir bir durum olarak görülmesidir.

Bu durum yaşlanmanın gerçekte hastalık olarak alınıp alınamayacağı konusunda içinden çıkılması güç problemler yaratır. Âdet üzere, tıp mesleğinin yaşlanmayı hastalık olarak almasının bir nedeni, onun tamamen doğal bir süreç olarak görülmesidir. Ortadan kaldırılamayacağı ve ayrıca insanlığın evrensel bir deneyimi olduğu için, yaşlanma doğrudan bir tıbbî müdahale zemini olarak ortaya çıkmaz. Medikal görüş biyolojik terimler içinde ifade edilen çekilme teorisiyle belirli benzerlikler sergiler: yaşlanmanın amacı tür içindeki yeni üyelere yer sağlanmasıdır. Bununla beraber, tıp mesleğinde doğal veya doğal-olmayan kategorileri problemlidir. Örneğin, 19. yüzyılda, eşcinsellik doğal-olmayan bir davranış olarak görülmekteydi ve bu yüzden, eşcinselliği ortadan kaldırmak veya kontrol altına almak için tıbbî müdahaleye başvurmayı düşünmek oldukça yerindeydi. Bir hastalık modeli açısından bakıldığında, yaşlanmayı bir hastalık olarak almak için oldukça güçlü nedenler vardır. Yani:

> yaşlanma belirli bir klinik tezahürler veya semptomlar grubu içinde yer alır; o hem makro hem de mikro düzeydeki yapısal değişmelerin açık bir nedensel kaynağı, önemli bir zayıflık, rahatsızlık ve ıstırabın ölçüsüdür; ve mevcut yaşlanma teorilerine diğer tıp alanlarındaki teorilerle aynı hoşgörüyü göstermek istediğimizde, onu açık bir süreçleri hızlandırıcı faktörler seti olarak değerlendiririz. Yaşlanma bir hastalık sürecinin ilişkili bütün belirtilerine sahiptir (Caplan, 1981: 734).

Yaşlanmanın hastalık olarak görülmesine karşı bazı argümanlar vardır. İlk olarak, yaşlanma ortadan kaldırılamayacağı için, doktorların onu bir hastalık olarak görmelerinin fazla bir anlamı yoktur. İkinci olarak, yaşlanmayı bir hastalık olarak görmek onun daha fazla damgalanmasına yol açabilir. Son olarak, yaşlanmayı bir hastalık olarak kabul etmek toplumun genel ekonomik yükünü artıracaktır. Bununla beraber, bunlar oldukça mantıklı argümanlar olsalar da, yaşlanmayı bir hastalık olarak almamak onun toplumsal önemini azaltmaya yol açar ve muhtemelen geriatrik tıbbın gelişmesini önler. Başka deyişle, yaşlanmayı doğal bir süreç olarak almanın olumsuz sonuçları olabilir, yani yaşlının bakımı için fazla çaba harcamayız veya yeterli kaynak ayırmayız. Geriatrik tıbbın tıbbî müfredat içinde geç geliştiği ve daha belirsiz bir başlangıca sahip olduğu kesinlikle doğrudur (Stearns, 1977).

Yaşlanma ve Ölüm

Ölümü bir anlamda yaşlanmanın sonu olarak alabiliriz. Sosyologlar genelde üç ölme biçimi ayırt edebileceğimizi öne sürerler: psikolojik, sosyolojik ve biyolojik. Yaşlandıkça zamanla toplum içinde marjinalleşir ve bazı toplumsal ilişkilerden kişisel veya psikolojik olarak çekilmeye başlarız. Ölüm sürecine girdiğimizde toplumsal temaslarımız zamanla azalır ve kendimizi toplumsal açıdan soyutlanmış olarak buluruz. Son olarak, bu süreç uzun süreli, ilişkilerden kişisel çekilme tarihimizi sona erdiren biyolojik ölümle tamamlanır. Bu nedenle ölümü, yaşlanma gibi, çoğu kez –bir ölçüde anonim ve bürokratik bir yapıya sahip– kurumlara artan bağımlılık sonucunda toplumsal ilişkilerin kademeli olarak aşınması olarak görebiliriz.

Ölümün bir davranış biçimi olarak sosyolojik ve psikolojik açıdan incelenmesi son yıllarda bu alandaki bazı önemli araştırmalardan, özellikle Kubler-Ross (1970), Hinton (1967) ve Feifel'in (1959) çalışmalarından büyük ölçüde etkilenmiştir. Bu araştırmalarda, ölmenin, deyim yerindeyse, hastanın gerçekte toplumsal ilişkilerini başarıyla sona erdirdiği, kendine özgü aşamalar (yadsıma, öfke, depresyon ve nihayetinde kabullenmeyi) içeren doğal bir güzergâh olduğu öne sürülür.

Ölmeyi bir 'statü geçiş dönemi' olarak alarak (Glaser and Strauss, 1965), ölmenin uygun davranışlar konusundaki beklentiler tarafından yönlendirilen bir toplumsal süreç olduğu fikrine dikkat çekiyoruz. Bu beklentiler –farklı normal ve normal-dışı ölme biçimlerini

tanımlayan– çeşitli 'ölme güzergâhları'nın sınırlarını belirler (Glaser and Strauss, 1968b). Bu beklentiler özellikle hastanın gerçekte öleceğine ve bunun uygun ölme süresi içinde gerçekleşeceğine inanılmasıyla ilişkilidir. Ölme sürecini ve ölümü kuşatan duygusal ve toplumsal gerilimler yüzünden, hastane ortamının amacı çok sayıda hasta için düzenli ve rutin bir ölüm örüntüsü oluşturmaktır (Sudnow, 1967; Wright, 1981). Bu normlar ve pratikler, bir "toplumsal ölme organizasyonu" sağlayarak, kurumsallaşmış bir ölüm sürecini şekillendirirler ve böylece sadece hastane veya huzurevinin organizasyonunu sağlamakla kalmaz, aynı zamanda ölüm döşeğindeki kişinin toplumsal çevresini ve düzenini tehdit edebilecek muhtemel ve yıkıcı olayları uzak tutmayı sağlarlar.

Bu ortamlar ve beklentiler ölme ve ölümü kuşatan bazı belirsizlikler ve kaygıları ortadan kaldırabilseler de, ölme problemi en azından varoluşsal koşullar açısından akut bir problem olarak kalır, zira ölüm süreci esasen tek başına yaşanan bir gerçekliktir (Elias, 1985). Bu argümana göre, hayvanlarla bazı ortak özelliklere sahip olsak da, öleceğini ve ölmesi gerektiğini bilmesi bakımından insanın bir benzeri daha yoktur. Ölüm gerçeği sonunda tek başına yaşanacağı için, yabancılaşma ve soyutlanmayla ilgili bazı unsurlar kaçınılmazdır. Bu yalnızlık birçok farklı biçim alabilir, ancak o özünde gerçekte diğerleri için giderek daha önemsiz hâle geldiğimiz bir durumu içerir. Bireysel çekilmenin güzergâhı, neticede, artan bir soyutlanma ve yalnızlaşma sürecidir. Bununla beraber, bu soyutlanmışlık içinde ölme sürecini anlamak için, Batılı toplumların ölüm karşısındaki bu tarihsel ve kültürel tepkisini son birkaç yüzyılın bir toplumsal gerçeği olarak incelememiz gerekir.

Batılı Toplumların Ölüm Karşısındaki Tutumu

Tarihsel ve sosyal bir ölüm analizi yaklaşımı yakın dönemde tarihçi Ariès'in (1974) etkili çalışmasının hâkimiyetindeydi; bununla beraber, Ariès'in ölüm ve ölme analizi örtük romantizmi nedeniyle eleştirilmiştir (Elias, 1985). Ariès, ölme ve ölüm problemi karşısında Batılı toplumları tutumları üzerine çalışmasında, Avrupalı kültürlerin zamanla bireyselleşmesi ve lâikleşmesiyle tutumlar ve pratiklerde önemli bir değişim yaşandığını ortaya koydu. Modern çağ öncesi dönemlerde ölüm esasen kamusal, yani büyük ölçüde yapılaşmış bir akrabalık sistemi içinde konumlandırılan bir olaydı. Ölüm düzenliliği ve sürekliliği nedeniyle doğal bir olay olarak görülmekteydi; çoğu

kez önceden beklenilen bir şeydi ve son olarak, bireyselleşmiş veya özünde kişisel bir olgu değildi. Ölümün bu kamusal karakteri, ayrıca, ölünün anonim, kamusal, kollektif olarak ve Kilise töreniyle gömülmesini vurgulamaktaydı. Kilise'nin ölü mezarında yatarken asıl görevi, kıyamet gününü ve bedenlerin dirilmesini beklerken mezardaki kemiklerin kollektif bekçisi olarak davranmaktı. Kişinin ölümü tarihsel ve ereksel bir genel dinsel plânın parçasıydı. Geleneksel toplumlarda, insanlar çoğunlukla etraflarında aile üyeleri ve komşuların sıralandığı kendi evlerinde ölürken, çağdaş toplumlarda ölüm hastane ortamında gerçekleştiği için kurumsallaşır ve kişisellikten uzaktır. ABD'de nüfusun yaklaşık % 80'i hastanede (devlet hastanesi veya özel hastanede) ölmektedir; Britanya'da, nüfusun yaklaşık % 57'si hastanede veya benzer bir ortamda ölmektedir (Cartwright *et al.*, 1973). Tecrit edilmiş bir modern hastane odasındaki hijyen ölüm Ortaçağdaki diğer insanların gözleri önünde gerçekleşen ölümle önemli bir karşıtlık sergiler. Bu değişimin önemli bir özelliği, Batılı toplumların lâikleşmesiyle artık ölüm konusundaki katı düşüncelerin değişmesidir (Turner, 1983). Bir başka önemli değişiklik, çağdaş Batılı toplumlarda ölüm ve gömmenin bireyselleşmesidir. Kendi mimarisine ve belirli bir yere sahip bireyselleşmiş mezarların ortaya çıkması çağdaş kültürlerdeki bu bireyselleşmenin açık bir göstergesidir.

Bir başka önemli değişim, çağdaş toplumlarda ölüm ve gömme sürecinin zamanla rasyonelleşmesidir. Ölüler, özellikle ABD'de mumyalamanın yaygınlaşmasıyla, giderek farklılaşan ve uzmanlık gerektiren bir hizmet nesnesi hâline gelmiştir. Ölüm ve gömme modern çağ öncesi toplumlarda –ölme süreci, ölüm ve yas tutma gibi özel evreler içeren– yoğun bir kamusal ritüeller sistemi tarafından kuşatılırken, çağdaş sanayi toplumlarında bu gömme ritüelleri –Avrupa'daki bazı toplumların kırsal kesimleri dışında– ortadan kalkmıştır (Valle, 1955). Önemli bir yas tutma kültürü ve cenaze ritüelleri sisteminin olmamasının çağdaş toplumlarda tüm yas tutma ve üzüntü sürecini oldukça problemli, muğlâk ve yetersiz kıldığı öne sürülmüştür (Parker, 1972). Son olarak, geç modern çağda anlamın kişiselleşmesiyle, ölümün –kişisel hayatın refleksif karakteriyle kolayca bütünleştirilemeyeceği için– kültürel açıdan giderek daha problemli hâle geldiği öne sürülmüştür (Mellor, 1993).

Sonuç

Modern çağ öncesi toplumlarda hem yaşlı hem ölü önemli toplum-

sal işlevlere sahipti. Yaşlılar gelenek, özel bilgi ve bilgelik hazneleriydi. Yaşlılar, toplumsal âdetler ve ritüellere vakıf olmaları nedeniyle, toplum içinde önemli siyasal ve normatif işlevlere sahipti. Mülkiyet dağılımının aile aracılığıyla gerçekleştirildiği bir sistemin varlığı nedeniyle, yaşlılar ayrıca toplumsal yapı içinde önemli ekonomik rollere sahip olmayı sürdürdüler. Ayrıca, bu kültürlerde yaşayanlar ve ölüler arasında önemli bir kopukluk olmadığını öne sürebiliriz, toplumların çoğunda atalar, en azından sembolik ve dinsel anlamda önemli bir rol oynamışlardır. Çin'de toplumun sağlığı bir ölçüde ölünün sağladığı hizmetin devamına bağlıydı. Genelde, kapitalizmin ortaya çıkışından önce atalar, yaşayanlar ve toplumsal devamlılık arasında işlevsel bağlantılar vardı (Finucane, 1982; Goody, 1962).

18. ve 19. yüzyıllarda çekirdek ailenin öneminin artması küçük ailenin daha geniş bir akrabalık yapısından soyut ve bağımsız bir birime dönüşmesi anlamına gelmekteydi. Geniş ailenin önceki toplumlardaki toplumsal ve kültürel hâkimiyeti abartılmamalıdır. Yüzyıllardır evin hâkim yapısını iki kuşak içeren aileler oluşturmuştur, zira modern çağ öncesi toplumlarda insanların ortalama yaşam beklentisi düşük olduğu için, aile içinde büyükbabalar ve büyükannelerin varlığı yaygın değildi. Çağdaş toplumlarda yaşlıların toplumsal tecridi çekirdek ailenin toplumdan ve genel akrabalık sisteminden kopmasıyla sağlandı; artık yaşlı ailede veya toplumda temel bir işleve sahip değildir. Aileler önemli bir coğrafi ve sosyal hareketlilik yaşarken, yaşlıların çoğu kez geniş akrabalık sisteminden kopmaya başladıkları doğrudur. Ev halkı ve akrabalık sistemlerindeki bu değişimlerin yanı sıra, toplum açısından önemli bilgi biçimlerinde yaşlıların bilgileri ve bilgeliklerini çoğu kez gereksiz kılan gelişmeler yaşanmıştır. Entellektüel düzeyin yükselmesiyle ve rasyonelleşme süreciyle bilimsel bilginin hâkimiyeti altına giren toplumlarda geleneğin otoritesi sürekli zayıflamış ve sorgulanmıştır; böylece, yaşlının bilgisi güncelliğini yitirmiştir (Shils, 1981).

Bu toplumsal süreçler bir ölçüde dünya çapında etkili olsalar da, gençlik, aktiflik ve bireyciliğin vurgulandığı toplumlarda yaşlılar problemi özellikle büyük önem kazanır. Bu yüzden, Amerikan toplumunda, özellikle piyasa ilkelerinin hâkim olduğu bir tıbbî sistemde, yaşlılar için kamusal önlemlerin sınırlı olduğu yerlerde ciddi bir yaşlılar problemi vardır. Dolayısıyla, yaşlılıkta aktiflik teorisinin eyleme ve gençliğe kültürel vurgunun yapıldığı Amerikan toplumunda gelişmiş olması şaşırtıcı değildir. Ayrıca, yaşlıların siyasal hareketliliğinin muh-

temelen Gri Panterler'in* ortaya çıkışıyla daha da artmasının Amerikan toplumunda gerçekleşmesi şaşırtıcı değildir.

Bazı radikal sosyologlara göre, çağdaş kapitalist toplumlarda yaşlılık ikilemini özel ve acil bir problem kılan şeyin bizzat kapitalizm olduğunu görmüştük. Ekonomik durgunluk dönemlerinde yaşlılara toplumsal desteğin hükümet kesintilerinin ilk hedefi olduğu kesinlikle doğrudur. Ancak, yaşlılık problemi ve kapitalist ekonomi arasındaki ilişki bütün toplumlarda doğrudan veya tekbiçimli değildir. Örneğin, Japonya'da yaşlıların toplumsal konumu, kısmen Japonya'da kapitalizmin kendine özgü gelişim tarihi, kısmen kültürel ve dinsel sistemi nedeniyle, fazlasıyla kendine hastır. Japonya'da akrabalık sisteminin ve ailenin otoritesi ABD ve Britanya'daki kadar aşınmamıştır. Japonya'da aile sistemi sanayileşmeye büyük ölçüde uyum sağlamıştır ve aileye karşı yükümlülükleri vurgulayan değerlerin bir sonucu olarak önemli konumunu nispeten sürdürmektedir. Ayrıca, bireyciliğin Japonya'da Avrupa ve Amerikan kapitalizmindekine göre daha az önemli olduğu ileri sürülebilir (Vogel, 1967). Son olarak, Japon ekonomisinde, şirkete ömür boyu kişisel bağlılık genellikle emeklilikte sağlanan toplumsal imkânlarla ödüllendirilir.

Toplumlar arasında önemli farklılıklar olsa da, ailenin öneminin azaldığı toplumlarda yaşlılar bazı ortak sıkıntılarla karşı karşıyadır. Geleneksel bilgi daha az vurgulanır. Zorunlu emekliliğin olduğu yerlerde mevcut ortalama yaşam beklentisi düzeyleri birçok yaşlı insanın hayatlarının önemli bir bölümünde toplumdan soyutlanması anlamına gelecektir. Bu problem, özellikle daha uzun yaşamaları, dolayısıyla dulluk nedeniyle daha uzun bir kişisel soyutlanmışlık dönemi yaşayan kadınlar için ciddidir. Sonuç, gördüğümüz gibi, bir akrabalık sisteminin yokluğunda yaşlıların devlete bel bağlamak zorunda kalacakları temel bir bağımlılık dönemidir. Bu gelir bağımlılığı, toplumdaki asalaklar olarak görülen etkisiz yaşlı toplumsal grupların damgalanmasında etkili bileşenlerden biridir. Kendine saygının önemli ölçüde kişinin sosyal sisteme ekonomik katkısına bağlı olduğu bir toplumda yaşlılar pratikte bir sapkın grup olarak görünecektir. Özellikle, emekli yaşlılar toplumda egemen olan çalışma, bireycilik ve aktiflik rollerinden saparlar. Yaşlanma, en azından sapma olması anlamında, bir hastalık-rolü biçimi olarak görülebilir.

---

* Gray Panthers: nesiller arası olduğunu iddia eden eylemci bir sosyal hareket.

III.

Tıbbi Gücün Toplumsal Organizasyonu

7

Uzman Meslekler, Bilgi ve Güç

Uzman mesleklerin toplumdaki rolünün analizi sosyolojide yeni bir araştırma konusu değildir. Durkheim (1992) ve Parsons geleneği içinde yazan sosyologlara göre, serbest meslekler özgeci değerlerin kurumsallaşmasını temsil eder, zira onlar toplumsal işbölümü içinde farklı kişisel ve toplumsal hizmet biçimlerini yerine getirmişlerdir; onların toplumsal rolleri toplumun değerlerine çıkar gütmeyen bir bağlılığın cisimleşmesi anlamına gelmiştir (Holton and Turner, 1986). Parsons'a göre (1939), müşteriye uzman meslekî hizmet kapitalist piyasanın rasyonel bencilliğine karşı önemli bir alternatifi temsil eder. Benzer biçimde, Weber'in din, bilim ve siyasette uzman meslekler veya işler analizinde uzmanı ne kişisel çıkarların ne de basitçe ekonomik kazanç arzusunun motive ettiği fikrini bulmak mümkündür (Weber, 1978). Weber'e göre, lâik bir toplumda bir mutlak hedefler ahlâkı giderek imkânsız hâle gelse de, sorumluluk ahlâkına bağlılık meslek sahibi bir kişi için uygun bir motivasyondur. Mannheim'a göre (1991), modern toplumda entellektüel özel çıkarlarını aşabilen biridir ve entellektüel işin değişimlere duyarlılığı bir rölativist bilgiler dünyasında nesnelliğin temel güvencesidir. Bu sosyolojik çerçevede, tıp mesleği doğrudan ve maddi bir karşılık olmadan hizmet sunan *yetkin* bir meslek olarak ortaya çıkar. Göreceğimiz gibi, Parsons

mesleğin ahlâkî karakterini, insanlara hizmetini ve teknik bilgi içindeki temelini vurgulayan bu sosyoloji geleneğinin önemli bir temsilcisidir. Parsons'ın ilk çalışmaları liberal değerlerden ve bir meslek olarak tıbba kişisel ilgisinden büyük ölçüde etkilenmiştir (Wearne, 1989).

Bu yaklaşım ideal bir meslek imajı sunulduğu ve benimsendiğini öne süren Hughes (1958) gibi yazarlar tarafından eleştirilmiştir. Hughes, aksine, mesleği uygulama yetkisine sahip bir tekelci konumun sağlayacağı maddi ve sembolik çıkarları vurgular. Tıp sosyolojisinde bu uzman meslekler perspektifi, tıbbî işbölümünde özellikle gücün rolünü vurgulayan ve tıp mesleğinin tekelci gücünün yakın ve ilişkili meslekleri sürekli olarak yarı-uzman veya sağlık hizmetleri statüsünde tutarak kendine bağımlı kıldığına işaret eden Freidson'ın (1970) geliştirdiği bir 'toplumsal kapanma' anlayışı üzerine inşa edilmiştir. Marksist yazarlar daha sonra uzmanların egemenliğinin kapitalizm için temel önemde olduğunu ve meslekî yapıların devletin himayesi altında kapitalist bir sistemin ekonomik ve siyasal işleyişine katkıda bulunduklarını öne süren bu güç perspektifini benimsediler. Uzman meslek grupları, yeni orta sınıfın diğer üyeleri gibi, işçi sınıfının idaresi ve gözetimine katkıda bulunarak, kapitalist koşullarda üretimi meşrulaştırmaya hizmet etmişlerdir. Bu sosyolojik çerçevede, uzman meslekler disiplinli ve tâbi bir işçi sınıfının yaratılmasına katkıda bulunurlar (Carchedi, 1977). Bu meslekler devletin kanatları altında kapitalist sınıf lehine kontrol sağlarlar; bu toplumsal düzenleme biçimi tıbbî egemenliktir (Willis, 1983; 1994: 6).

Bilginin meşrulaştırılmasında güç ve piyasayı kontrolün rolünün vurgulandığı bu Marksist meslekler analizinde uzman mesleklerin normatif işlevi ve ahlâkî karakteriyle ilişkili problemler göz ardı edilir. Bu Marksist çerçevede, son yıllarda feministler tıp mesleğini tâbi konumdaki toplumsal gruplar, özellikle kadınlar üzerinde ataerkil otoriteye ve kontrole sahip ayrıcalıklı bir meslek grubu olmakla eleştirmişlerdir. Doktorlar, kadınların cinselliğini düzenleyerek ve erkeklerin kontrolü ve ayrıcalıklarıyla egemenlik altına alınan mevcut toplumsal düzenlemeler lehine aile yapısını üstü örtülü olarak destekleyerek, ataerkil değerleri pekiştirir ve yansıtırlar. Önceki bölümlerde gördüğümüz gibi, tıp mesleği ve tıbbî bilgi bir yandan kadınları hastalar olarak inşa ederken, öte yandan kadınların ağırlıklı olarak yer aldıkları mesleklerde çalışan sağlık görevlilerini kendine tâbi kılar. Doktorun hastalarına hastalıklarıyla ilgili görünüşte tarafsız tavsiyeleri gerçekte incelikli, ancak gerçek bir ataerkil kontroldür (Ehrenreich and English, 1972, 1976, 1978).

Feminist ve Marksist teoriler arasında bir çelişki yoktur. Feminist teoride, kadınların geleneksel ev işleriyle emeğin maliyetini düşürdükleri öne sürülür; böylece, esasen, ev içindeki ataerkil yapının kapitalist ilişkilerin sürekliliği açısından ne kadar işlevsel öneme sahip olduğunu görebiliriz (Kuhn and Wolpe, 1978). Tıp hizmetlerindeki işbölümünde kadınlar tâbi konumdadır ve tıpta kadın işinin bu özelliğini en somut biçimde özellikle hemşirelik ve ebelikte görebiliriz. Bu yüzden, feminist teoriye göre ev içindeki geleneksel işbölümü işyerinde yeniden-üretilir –bir kez daha kadınlar hastane ve klinik ortamında emeğin maliyetini düşürürler (Game and Pringle, 1983). Kuşkusuz, ataerkillik, sağlık mesleklerine özgü veya sadece onlara has olmayıp, meslekî egemenliğin genel bir özelliğini oluşturur (Witz, 1992).

Sosyolojik teori, paradigmalar arası çelişkiler sonucunda paradigma devrimleriyle geleneksel teorik çerçevelerin reddedilmesiyle gelişir. Bu devrimci teorik dönüşümlerin ve bilgide branşlaşmanın bir sonucu olarak, bir bilim dalı olarak sosyoloji çoğu kez teorik sürekliliken yoksun bir görüntü sergiler (Wagner, 1984). Teorik geçmişini sürekli olarak reddeden sosyoloji istikrarsız ve düzensiz bir evrim içindedir. Örneğin, tıp sosyolojisinde sürekli paradigma değişimlerinin sosyologların kendi teorik çerçevelerine önceki önemli ve uygun araştırmaları dâhil etmeleri ve diğerlerini reddetmeleri sonucunda gerçekleştiğini görmüştük. Sosyolojik meslekler analizi bu konuda bir istisna değildir. Dolayısıyla, bu bölümde daha kalıcı ve kapsamlı bir meslekler ve uzmanlaşma yaklaşımı geliştirmek için önceki konumların teorik bir sentezini yapmaya çalışacağım. Farklı teorik gelenekleri göz önünde bulundurarak, bilgi, güç ve etiği meslekî uzmanlaşmanın gerekli boyutları olarak ele alan bütüncül bir meslekler yaklaşımı önereceğim; dolayısıyla, bu perspektifi özellikle hemşirelere ve hastane eczacılar bağlamında ele alacağım. Hemşirelik mesleği özellikle cinsiyetçilik ve ataerkillik tartışmasının genel çerçevesi içinde önemlidir (Joseph, 1994). Aksine, eczacılık endüstrisindeki devrim göz önüne alındığında, vasıfsızlaşma ve proleterleşme konusundaki tartışmalar (Abercrombie and Urry, 1983) önemli bir inceleme örneği oluşturur.

Uzman Meslekler Analizi İçin Araştırma Çerçeveleri

Johnson, özellikle Britanya bağlamında ilginç ve önemli bir sosyolojik uzman meslekler analizi geliştirmiştir (1972, 1977, 1982). Meslek-

lerin doğasına ilişkin bu araştırmaya Johnson'ın görüşünü inceleyerek başlayacağım. Geleneksel uzman meslekler sosyolojisinde iki temanın egemen konumda olduğu söylenebilir. İlk görüş, kâr güdüsünün hâkim olduğu kapitalizmin egemen ahlâk anlayışı ve organizasyonuna ters düştükleri için uzman mesleklerin kapitalist toplumda dengeleyici bir güç olarak işledikleridir. Bu görüş en açık biçimde Parsons tarafından (1939) ifade edilmiştir. Parsons uzman meslekleri evrensellik, ayrımsız hizmet ve duygusal tarafsızlık üzerine kurulu bir uğraş olarak betimlemek için kendi 'kalıp değişkenler' kavramına başvurur. İkinci alternatif yaklaşıma göre, meslekler büyük ölçüde çağdaş kapitalizmin tekelci çıkarları ve bürokratik güçlerin hâkimiyeti altındadır; bu yüzden, uzman meslekler sınaî kapitalist toplumun egemen mantığından kaçamazlar. Bu görüş Weber'in 'toplumsal kapanma' kavramıyla ve Amerika'da Veblen ve Wright Mills'ın çalışmalarıyla ilişkilidir. Örneğin, Veblen'in 1918'de basılan *Amerika'da Yüksek Öğrenim* (1957) adlı çalışması akademisyenlerin kendini beğenmişliklerinin kalıcı bir eleştirisiydi, zira ona göre üniversite tamamen Amerikan kapitalist iş ahlâkının hâkimiyeti altındaydı. Akademisyenler, bireysel çıkarlarını bir kenara bırakmak yerine, bilgi ve üretim arasındaki tüm yapısal ilişkilere büyük ölçüde bulaşmışlardı.

Sosyologlar meslekler sosyolojisindeki çelişkili bu iki perspektifi uzlaştırmaya çalışırken uzmanlaşma kavramını geliştirdiler. Uzman bir grubun toplumsal fedakârlık, meslekî yeterlilik, toplumsal sorumluluk ve müşteriye hizmet gibi özellikleri sergileyip sergilemeyeceği tamamen grubun profesyonelleşme derecesine bağlı olacaktır. Sonuç olarak, sosyologların profesyonelleşme ideallerinden uzaklaşmaları, bir meslekî değişim sürecinin sonucu olduğu kadar, profesyonelleşmenin yokluğunun bir ürünü olarak alınabilir. Örneğin, müşteri-yönelimli bir işin yokluğu başarısız veya eksik profesyonelleşmenin kanıtı olarak alınabilir.

Ayrıca, uzmanlaşma yaklaşımı sosyolojide iki farklı ve bağımsız perspektif içinde analiz edilebilir. Uzmanlaşma niteliklerin artışı temelinde ele alınabilir; böylece, bir uğraşının uzman meslek olup olmadığı (becerinin temeli olarak teorik bilgilere dayanma, ihtisaslaşmış bir eğitim ve öğretimin gelişmesi, üyelerin yetkinliklerinin formel sınavlarla test edilmesi, meslekî örgütlenme, meslek kurallarının oluşması ve özgeci bir hizmetin gelişimi gibi) bazı özelliklerin sağlanması ve uygulanmasına bağlı olacaktır (Millerson, 1964). İkinci yaklaşıma göre, uzmanlaşma bilgiler ve becerilerin sosyal sistemin sürekliliğine yönelik ihtisaslaşmasını gerektirdiği için, toplumsal düzen için işlevsel öneme sahiptir. Bu yüzden, işlevselcilik uzman

mesleklerin ayrıcalıklı konumunu onların toplumsal açıdan değerli hizmetler sunmalarıyla açıklar (Ben-David, 1963–1964). Bu uzman meslekler yaklaşımı işlevselci sosyal tabakalaşma teorisinin temel bir bileşenidir (Tumin, 1970).

Bu iki uzmanlaşma yaklaşımı da eleştirilebilir. İlk olarak, uzman meslekî rollerin içeriklerinin tanımları söz konusu meslek grupları içindeki elitler tarafından geliştirilen resmi meslekler edebiyatı ve ideolojisine dayanır. Özetle, bu sosyolojik perspektif egemen meslek anlayışını yansıtır. İkinci olarak, bu yaklaşımlarda müşterilerini ve piyasaları yönlendirme ve kontrol imkânına sahip meslekî yapıların güçlerinin ve sahip oldukları ayrıcalıkların rolü göz ardı edilir. Bu perspektiften bakıldığında, meslek, ehliyeti sayesinde kendi özel pratikleri üzerinde tekelci ayrıcalığa sahip bir uğraştır. Üçüncü olarak, bu mesleğin özelliklerini tanımlama girişimi mesleğin yöneldiği bir nihaî amaç bulunduğunu varsayan bir doğrusal meslekler tarihi anlayışı içerir. Bu doğrusal veya evrimci meslekî uzmanlaşma teorilerinde farklı toplumlarda mesleklerin içinde geliştikleri özel ve olumsal bağlamlar göz ardı edilir. Örneğin, ulusal farklılıklar nedeniyle bütün meslekler belirli veya sabit bir özel gelişme çizgisine sahip olmayabilir. Johnson (1982) mesleklerin İngiliz Devletler Topluluğu içindeki gelişiminin büyük ölçüde Britanya ve eski sömürgeleri arasındaki bu özel imparatorluk ilişkisi tarafından belirlendiğine dikkat çeker. Ancak, bu özel örnekte küresel meslekî gelişme modeli olan İngiliz meslekî deneyiminin kullanılması isabetli değildir.

Bu perspektiflere bir alternatif olarak, uzmanlaşmanın bir meslekî kontrol stratejisi olarak ele alınması gerektiği öne sürülebilir. Uzmanlar, patronlar ve müşteriler arasındaki ilişkileri bu meslekî kontrol stratejisi yapılandırır. Bu yüzden, uzman meslekleri toplumsal 'iş' bölümü içinde ele almamız ve toplumsal konumlarının uzman ve müşteri arasında nasıl bir toplumsal ve ekonomik bağımlılık ilişkisi yarattığını inceleyerek başlamamız gerekir. Bilgide ihtisaslaşmaya ve uzman kişinin bir hizmeti beceri ve uzmanlık temelinde sunmasına müşterinin uzman olmayan tüketimi eşlik etmiştir.

Hasta ve müşteri arasındaki ilişki belirsizlik/teknik detay oranı temelinde ele alınabilir (Jamous and Peloille, 1970). İhtisaslaşmış meslekî bilgi uzman ve müşteri arasında bir prestij ve sosyal mesafe temeli yaratır, zira müşteri tanım gereği meslekî ilişkiye özgü bilgilerden uzak tutulur. Meslekî bilginin temelini mesleğin ayrıcalıklı statüsünün ilgili bilimsel disiplin içinde temellendirildiği bilişsel rasyonalite oluşturur. Bununla beraber, bu özel ve sistematik bilgiler bütünü ayrıca mesleğin dışarıdan müdahale hakkının ve sosyal kont-

rolünün temelini oluşturur. Bu bilginin bilgisayar sistemleriyle kodlanıp geliştirildiği yerlerde meslek bilginin rasyonelleşmesine daha duyarlı hâle gelir. Meslekî bilgi bir doğa bilimi içinde temellendirildiğinde rutin pratiklerin temeli hâline gelebilir. Bu bilgi biçiminin sonucu, mesleğin parçalanması ve bürokratik araçlarla dışarıdan kontrol edilmesi ihtimalidir. Jamous ve Peloille'ye göre, bu yüzden, mesleklerin kendilerini bu tür bir rutinleşmeden koruyacak bir engele ihtiyaçları vardır ve bu engel meslekî bilginin belirsizliği sayesinde oluşturulur; mesleğin, kendi bilgilerinin sistematik ve rutinleşmiş bilgiye indirgenemeyecek belirli bir meslekî tutum ve ehliyetliliği gerektirdiğini vurgulayan gizemli bir yanı olması gerekir. Uzman mesleklerin 'yorumlayıcı' bir temele sahip olması, yani kendi bilgi temelinin rutinleşmesiyle ortaya çıkabilecek dışarıdan düzenlemeleri engelleyebilecek meslekî yorumların geliştirilmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Johnson'a göre, meslekî ilişkide belirsizlik arttıkça müşteri ve uzman arasındaki sosyal mesafe ve böylece müşterinin uzmana bağımlılığı artacaktır. Yorum gerektiren bu bilgilerin kazanılması bir yandan ayıklamanın ve böylece meslekî kapanmanın, öte yandan meslekî birlik ve müşteri arasındaki güç ilişkisinin temelini oluşturur. Dolayısıyla, uzmanlaşmanın, sadece belirli bir mesleğin bir ölçüde sabit özünü tanımlayan bir nitelikler listesi olmaktan ziyade, piyasadaki özel bir meslekî kontrol biçimi olduğunu söyleyebiliriz. Bu bakış açısı bizi, meslek ahlâkı analizi için bazı evrimci şemalara bağlı kalmadan, mesleklerin devletle ve müşterileriyle ilişki içindeki dinamik gelişimini araştırmaya yöneltir. Bu bakış açısı, ayrıca, uzman mesleklerin piyasada tekelci ilişkilerin gelişmesiyle profesyonelleşirken, ayrıca parçalanma ve dışarıdan düzenlenme tehdidi sonucunda zayıflayabilecekleri ve profesyonellikten uzaklaşabileceklerini gösterir.

Genelde, müşteri-uzman ilişkilerinin yapılanmasıyla ilişkili üç farklı sistem belirleyebiliriz. İlk olarak, üreticilerin tüketicilerin ihtiyaçlarını ve bu ihtiyaçları karşılama biçimini belirledikleri bir 'müşterek kontrol' söz konusudur. Müşterek kontrolde meslek kendi üyelerini korporatif bir düzenleme ve gözetim sistemiyle kontrol eder. Hukuk ve tıp bu müşterek kontrol sisteminin (özellikle 19. yüzyılda Britanya'daki) klâsik örnekleridir. İkinci müşteri-uzman ilişkisi biçimi, ihtiyaçların tanımlanma ve karşılanma biçimini belirleyenin tüketici kişi veya kişiler olduğu himayeci ilişkidir. İki himayecilik biçimi vardır. Oligarşik himayeciliğin örneği, zanaatkârların doğrudan saraya hizmet ettikleri Ortaçağ sistemidir. İkincisi, bir mesleğin iç hizmetler

sağlayan daha büyük bir girişim tarafından düzenlendiği korporatif himayeciliktir. Örneğin, muhasebecilik çoğu kez korporatif bir girişim içinde yer alan bir meslektir ve onun becerileri ve işlevleri doğrudan korporasyon (meslek örgütü) tarafından kontrol edilir. Üçüncü olarak, üreticiler ve tüketiciler arasında meslekî uygulamaları ve tüketici memnuniyetini sağlamak için üçüncü bir tarafın (genelde devletin) araya girdiği bir dolaylı yapı vardır. Gelişmiş kapitalizmde, devlet meslekleri (örneğin, sosyal hizmet uzmanlarını içeren bir sistem aracılığıyla kontrolün sağlandığı) refah devleti sayesinde kontrol ve idare eder.

Dolayısıyla, bu üç yapı müşteri-uzman ilişkisinin hangi biçimleri alacağını belirler, ancak bu yapılar söz konusu ilişki içindeki, daha büyük prestij ve kontrol veya aksine, vasıfsızlaşma ve parçalanma doğrultusunda değişimler içerebilen belirli süreçlerin göstergesidir. Bu süreçleri ele almak için, belirsizlik/teknik detay problemine ve özellikle mesleklerin proleterleşmesi tartışmasına bakmamız gerekir.

Uzmanlaşma/Vasıfsızlaşma İkilemi

Bazı sosyologlara göre eğitimli meslekler tüm mesleklerin nihayetinde profesyonel statü talep edebilecekleri bir model oluştururken (Wilensky, 1963), başka sosyologlara göre çağdaş toplumlarda uzman mesleklerde belirgin ve yaygın bir uzmanlaşmadan uzaklaşma ve proleterleşme süreci yaşanmaktadır (Haug, 1973; Oppenheimer, 1973). Uzmanlaşmadan uzaklaşma en azından üç şekilde gerçekleşebilir. İlk olarak, hiyerarşik bir kurallar ve otorite yapısının bürokratik ortamlarda çalışan uzmanların meslekî özerkliklerini zayıflattığı bir bürokratik gelişme vardır. Modern hastane büyük ve bürokratik bir organizasyon olduğu için, hastanede çalışan uzmanlar bu hiyerarşik oluşumun kendi özgürlük, özerklik ve inisiyatif alanlarını çoğu kez kısıtladığını görürler. İkinci olarak, sosyalleşme süreci ve bilgi artışı bir mesleğin kendi içinde özel ve bağımsız gruplara bölünmesine yol açabilir. Üçüncü olarak, yeni uzmanlar ve yardımcı uzmanlar tıp alanındaki en prestijli ve yerleşik meslekler alanını ele geçirmeye ve yayılmaya çalışırlar. Hughes *Sosyolojik Göz*'de (1971) büyük organizasyonlar içinde ve onlar için çalışan çoğu yeni uzman grubun, özerk ve bağımsız profesyoneller olmaktan ziyade, organizasyonun memur kadrosunun bir parçası hâline geldiğine dikkat çeker. O, ayrıca, uzman meslekî bağımsızlık modelleri olarak hizmet eden hukuk ve tıbbın da bu 'örgütsel devrim'e maruz kaldığını iddia eder (Hughes,

1971: 67).

Uzmanlaşma ve bürokrasi arasındaki çelişki bu tartışmada özel öneme sahiptir (Hall, 1968). Oppenheimer (1973: 213) proleterleşmeyi (1) çalışanın sınırlı sayıda görevi gerçekleştirdiği kapsamlı bir işbölümü içeren; (2) çalışma koşulları, işyerinin doğası ve çalışma sürecinin karakterinin çalışanlardan ziyade üst otoriteler tarafından belirlendiği; (3) temel gelir kaynağını ücretin oluşturduğu ve bireysel pazarlıklardan ziyade piyasa tarafından belirlendiği ve (4) çalışanların işlerinde yaşanabilecek dönüşümlerden kendilerini korumak, iyileştirmeler sağlamak için kollektif pazarlık yapacak bir tür birlik veya sendika oluşturmalarını zorunlu kılan bir süreç olarak tanımlar. Bürokratik örgütsel sistemin gelişmesi proleter çalışma koşulları yaratır ve bu koşullar altında çalışan uzmanlar giderek daha fazla proleterleşeceklerdir. Tıp uzmanları giderek daha fazla bürokratik ortamlarda çalıştıkları için, bu tür mesleklerin statüsünde bir düşüş ve uzmanlıklarının temellerinin zayıflamasını bekleyebiliriz.

Bu uzman meslekler anlayışı Daniel Bell'in (1974) 'sanayi-ötesi toplum' analizinde ortaya koyduğu perspektifle karşıtlık içindedir. Bell sanayi toplumlarında toplumsal ve siyasal sorunların kontrolü ve idaresinde teknik bilginin artan önemini vurgular. Gerçekte, daha önceki mülkiyet-sahipliği-temelli sosyal sistemin bilgi-temelli toplum almıştır. Sanayi-ötesi toplum teorisyenleri hızlı bilgi artışı ve plânlamayı uzmanlaşmanın gelecekte üzerine kurulacağı temel olarak görürler. Profesyonel meslekî normlar ve faaliyetlerin genişlemesi, ayrıca, hizmet ekonomisinin gelişmesiyle ve üçüncül sektörün genişlemesiyle ilişkilidir. Bu tür bir ekonominin talepleri yeni bir orta sınıf, beyaz yakalı iş ve uzmanlaşmanın gelişmesinde önemlidir. Bell'in uzman meslekler, bilgi ve üniversiteler konusundaki görüşleri onun kültürel faktörlerin, özellikle hayat tarzının ekonomi üzerindeki üstünlüğünü anlamaya çalıştığı sosyolojisindeki daha kapsamlı ve tartışmalı bir görüş bağlamında anlaşılabilir (Bell, 1978: 75).

Uzmanlaşmanın doğası ve geleceği konusunda tamamen çelişkili iki görüş vardır. Belirsizlik/teknik detay oranının önemi, bu çelişkili perspektiflerin yarattığı ikilemin teorik bir çözümünü sağlamasıdır. Tüm uzman meslekleri belirli bir ikilem, yani teknik bilgi/rutin bilgi ve ideoloji/yorum gizemliliği karşıtlığı karakterize edecektir. Sonuç olarak, uzman meslekleri onları aynı anda hem proleterleşmeye hem de uzmanlaşmaya iten çelişkili güçlere maruz kalan uğraşlar olarak kavramlaştırabiliriz.

Uzman meslekler, diğer meslekler gibi, faaliyetlerini sermayenin emek tasarrufu ve vasıfsızlaşma süreçleri gerektiren çıkarlarına tâbi

kılan ve parçalanmaya iten belirli dış güçlere maruz kalırlar. Aynı zamanda, uzman meslekler –toplumla ilişkilerinde sosyal mesafeleri ve otoritelerinin bir parçasını oluşturan– emeğin gözetim ve denetimiyle ilişki içindedirler. Örneğin, muhasebecilerin uzman meslekî ilişkilerini tipik olarak korporatif himayecilik karakterize eder. Muhasebecilik kapitalist süreçlerle doğrudan ilişki içinde olduğu için, uzman meslekî ilişki açısından temel önemde olan belirsizlik unsurundan yoksundur. Muhasebeci bir muhasebe kuruluşunda ya da daha büyük bir şirkette çalışır ve kendi 'iş konumu'nu kontrol etmez. Kapitalizmde emek sürecinin teknik karmaşıklığı muhasebeciyi vasıfsızlaştırır. Bununla beraber, muhasebecilerin finans kurumlarının, yatırımların idaresinde ve para piyasasında önemli bir yere sahip oldukları da doğrudur. Bu yüzden, bu ikiliğin muhasebeciliği kendi içinde bölünmeye ittiğini görebiliriz. Aksine, bu çerçevede

> tıbbın –onun özerkliğini sağlayan kurumların– uzmanlaşmasının 'resmi' rahatsızlık ve sağlık tanımlarının tekelleşmesiyle bağlantılı olduğu [gösterilebilir]. Doktorun diploması ona emeğini geri çekme hakkı tanır ve bu hakkı meşrulaştırır. Tekelci pratikler ve meslekî kapanma içeren diplomacılık sermayeyle ilişkilerde ideolojik işlevler yüklenir ve tıbbın işgücünün gözetimi ve yeniden üretimindeki rolü bu mesleğin belirsizlik yaratılmasında güçlü ideolojik sembollerden ne kadar yararlandığını gösterir (Johnson, 1977: 106).

Bu söz bir uzman meslek olarak tıbbın rolünü güçlü bir biçimde ifade etse bile, tıpta "tıp mesleğini kontrol eden uzmanlar" ve "geliri ve statüsü son yıllarda belirgin bir düşüş sergileyen pratisyen hekimler" biçiminde bir ayrışma yaşandığı doğrudur.

Eleştiriler ve Alternatifler

Johnson'ın (1977) uzman mesleklerin sınıfsal yapı içindeki konumuna yaklaşımı, bu literatürde önemli bir teorik gelişmeyi temsil etse bile, tamamen başarılı değildir. Abercrombie ve Urry'e göre (1983: 77), Johnson'ın kontrol ve gözetimin işlevleri açıklaması tıp mesleği örneğinde işgücünün diploma sahibi olması ve yeniden-üretimi kavramlarını içerecek biçimde genişletilmelidir. Ayrıca, belirsizlik kavramı uzman bilginin karakterinin muhtemelen uygun bir betimlemesi değildir ve yorum kavramı daha uygundur. Johnson Marksist sınıf analizine dayalı bir uzmanlaşma teorisi oluşturmaya çalışsa da,

doyurucu bir "bir meslekî strateji olarak uzmanlaşma" açıklaması nihayetinde hem Weberci hem Marksist perspektiflere dayanmak zorundadır. Larson'u (1980) izleyerek, uzman mesleklerin statüleri ve güçlerinin bir piyasa konumunu sürdürme ve uygun müşterilere ulaşma yeteneklerine bağlı olduğu öne sürülebilir. Bu piyasa stratejisi ve toplumsal kapanma süreci bilgiye dayalı bir toplumda, ayrıca, önemli ölçüde bir yeterlilik temeli olarak üniversite eğitimine bağlı olacaktır. Larsons, profesyonelleşmeyi hizmet üretenlerin kendi uzmanlıkları için bir piyasa oluşturmaları ve bu piyasayı kontrol altına almaları süreci olarak görür; statüyü sürdürmeye yönelik bu kollektif girişim bir bilgi ve beceri tekelinin kurulması için devletin desteğini gerektirir. Profesyonelleşme süreci, bizzat, gelir ve statü dağılımı üzerinde bir etkiye sahiptir ve dolayısıyla toplumsal eşitsizliğe, özellikle emek ve sermaye arasındaki eşitsizliklere katkıda bulunur. Bu ayrıcalığın sürdürülmesi bağlantılı ve rakip meslekler üzerindeki hâkimiyeti sürdürmeyi gerektirir. Bu süreç özellikle tıp mesleğiyle ilişki içinde sağlık hizmetleri sunan mesleklerde açıktır (Freidson, 1970; Parry and Parry, 1976; Willis, 1983, 1994).

Bu nedenle, bir meslekî tekelcilik stratejisi olarak uzmanlaşmanın üç önemli boyutu vardır. İlki, uygulanması büyük ölçüde yorum gerektiren mesleğe özgü bir bilgi yapısının üretilmesi ve sürdürülmesidir. Bir meslek bu bilgi yapısını sürdürebilmek için formel eğitime ve sistematik giriş koşullarına ihtiyaç duyacaktır. İkinci olarak, bir meslek kendi hizmetleri için daha fazla müşteri kazanmaya ve bunların sayısını artırmaya çalışacaktır ve bu durum rakip mesleklerin tâbi kılınabileceği veya piyasadan uzak tutulabileceği farklı dışlayıcı süreçleri gerektirecektir. Bu müşterilere ulaşma biçiminin meşrulaştırılması gerekir ve bu yüzden, meslekî tekellerin sürdürülmesinde devlet önemlidir. Üçüncü olarak, uzman gruplar iş konusunda ve hizmetlerin sunulmasında belirli ayrıcalıklarını sürdürmeye, yani becerilerin dağılımında ve müşterilerle ilişkilerde özerkliklerini devam ettirmeye çalışacaklardır. Uzman meslekler, uzman ve müşteri arasındaki iş ilişkilerinde ayrışma ve rutinleşme yaratan vasıfsızlaşmaya farklı idari stratejilerle direneceklerdir.

Lockwood'u (1958) izlersek, uzmanlaşma stratejisi bir mesleğin kendi konumunu sınıf, piyasa ve statü koşulları açısından güvence altına almasını gerektirecektir. Sınıfsal terimlerle, bir meslek kendini yeniden-üretme araçlarını bir meslek eğitim sistemi aracılığıyla (sosyal sınıflar arasındaki sistemli eşitsizlikleri bir ölçüde uzman ve müşteri arasındaki eşitsizlikler içinde yeniden-üretecek biçimde) güvence altına almakta zorlanacaktır. İkinci olarak, bir uzman meslek bilgi-

ye ve eğitsel sistemlere ayrıcalıklı girişini sürdürmek için piyasada rakip mesleklerle mücadele etmek zorunda kalacaktır. Son olarak, statü ilişkileri konusunda, bir uzman meslek iş özerkliği ve hizmetler üzerindeki kontrolü sürdürmek için müşterilerinin bilgisizliğinin ve böylece profesyonel bir hizmete ihtiyaçlarının devam etmesini sağlamaya çalışacaktır.

Sağlık alanında, tıbbî egemenlik tıpçıların meslekî güçleri ve üstünlüklerini diğer mesleklerle ilişki içinde sürdürebilmeleri için gerekli bir özelliktir. Tıbbî egemenliği 'iş konumu' üzerinde kontrol kurmayı gerektiren bir stratejiler toplamı, genel tıbbî işbölümü içinde meslekî özellikler ve ilişkili gruplar üzerindeki meslekî egemenlik olarak tanımlayabiliriz. Bu tıbbî egemenlik, ayrıca, toplumun genel sınıfsal yapısı içinde ayrıcalıklı bir konumu gerektirir.

Yakın mesleklerle ilişkili üç egemenlik tarzı belirlemek mümkündür: tâbi kılma, sınırlama ve dışlama (Turner, 1985b; Willis, 1983). Tâbi kılma mesleğin karakteri ve faaliyetlerinin doktorlar tarafından temsil edildiği ve belirlendiği bir konumu betimler, sonuçta burada bağımsızlık, özerklik ve kendini düzenlemeye çok az yer vardır. Tıbbî egemenliğe meslekî tâbilik hem hemşireliği hem de ebeliği karakterize eder. Aksine, meslekî sınırlama dişçilik, gözlükçülük ve eczacılıkta söz konusudur. Bu meslekî sınırlamalar, (dişçilikte olduğu gibi) bedenin özel bir kısmıyla ve (eczacılıkta olduğu gibi) özel bir tedavi biçimiyle farklı engelleme politikalarını içerir. Bu sınırlama ve kısıtlama biçimlerinin, tıbbî egemenliğin kaynağında, tipik olarak, bu mesleklerin resmi komisyonlarda temsil edilmesinde hekimlerin önemli bir oynaması yatar. Mesleğe Üyelik Yasaları, bir yandan bu grupların meslekî yeterliliklerini dar bir meslekî alan içinde tanımlarken, öte yandan tıp mesleğinin söz konusu alan üzerindeki kontrolünün teyidir. Son tıbbî egemenlik biçimi, alternatif veya rakip tıbbî pratiklerin meşruluklarının üye girişleriyle engellendiği dışlama stratejisidir. Çağdaş toplumlarda, örneğin, ruhban sınıf tıp mesleğinin egemen konuma gelmesiyle genellikle psikiyatrik pratiklerden ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinden dışlanmıştır. Tıp mesleği ve fizik tedavi arasındaki meslekî çatışma, tıp mesleğinin tıbbî işbölümü üzerindeki tekelci kontrolünü ve farklı sağlık hizmet biçimlerini sunmayı sürdürmek için dışlayıcı stratejilere başvurmasının bir başka örneğidir (Parkin, 1979). Fizik tedavi uzmanlarının marjinal konumu en azından bir ölçüde tıp mesleğinde tâbi konumda olmalarının bir sonucudur (Wardwell, 1979).

Yardımcı Sağlık Hizmetleri ve Meslekî Strateji

Meslekî uzmanlaşmanın günümüzde toplumsal grupların piyasadaki konumlarını kontrol altına almaya çalıştıkları bir meslekî strateji olarak anlaşıldığını görmüştük. Bununla beraber, bu piyasa stratejileri ayrıca, mesleğe özgü bilgilerin devletin genel düzenlemesi altında üniversite eğitimiyle kazanılmasına bağlıdır. Meslekler daha fazla meslekî özerklik sağlamak için, piyasayı kontrol altına alarak sosyal statüleri ve güçlerini artırabilirler; bununla beraber, ayrıca, meslekler piyasadaki değişimler, bilgi biçimlerindeki gelişmeler ve müşterilerin mevcudiyetine bağlı olarak vasıfsızlaşabilir ve uzmanlıktan uzaklaşabilirler. Vasıfsızlaşma, geleneksel beceriler ve uzmanlığın yerini yeni teknolojiler, özellikle bilgisayarların kullanılması aldığında yaşanabilir (Braverman, 1974; Littler,1982; Penn, 1983). Vasıfsızlaşma süreçlerine dayanabilme kapasitesi bir ölçüde meslek grubunun içbütünlüğüne, devletin destek düzeyine ve meslekî beceriler hiyerarşisindeki yerine bağlı olacaktır. Bu süreçlerden kimini bazı yardımcı sağlık hizmetlerini göz önünde bulundurarak sunabiliriz.

Dişçilik profesyonel statünün gelişmesinde bilgi ve gücün önemini gösteren kullanışlı bir örnektir. Britanya örneğinde, 1878 Dişçilik Yasası bir meslekî uzmanlaşma platformu olarak yetersizdi, zira diş hizmetleri sunmak vasıflı bir pratisyene güvenilir, tekelci ve dışlayıcı bir kontrol imkânı sağlamıyordu. Kayıtsız çalışan ve vasıfsız dişçiler 20. yüzyılda mesleğin sürekli bir özelliğiydi. Örneğin, çoğu kimyacı ikinci ve ek iş olarak dişçilik yapmaktaydı. İngiliz halkının diş sağlığını geliştirmeye yönelik meslekî baskı savaş dönemi koşullarının, özellikle erlerin diş sağlıklarının çok kötü olduğunun fark edildiği Boer Savaşı ve I. Dünya Savaşı'nın sonucuydu. Dişçilik 1907 Eğitim Yasasını takiben çocukların diş sağlığını iyileştirmeye yönelik farklı girişimler sonucunda gelişti. Kamusal ve meslekî baskılar sonucunda, dişçilik 1921'de 'kapanma sürecini tamamlamış' bir meslek hâline geldi; böylece, mesleğe kabul koşulları Genel Tıp Konseyi'nin denetimi altındaki okullar tarafından düzenlenmeye başladı (Davis, 1980). Britanya'da dişçiliğin uzman meslek hâline gelmesi kamunun sağlık ihtiyaçları konusundaki artan bilinciyle, devlet desteğinde ileri bir hizmete ve mesleğin hizmetlerine taleple ilişkiliydi. Bu dönemde dişçiler diş sağlığının hastaların genel sağlığı açısından önemi konusunda iddialar geliştirdiler. Bu iddiaları desteklemek için kan zehirlenmesi (septisemi) ve özellikle ağızda mikropların oluşması teorisine başvurdular. Dişçiler iyi dişlerin iyi sağlığa yol açtığını iddia ettiler; dolayısıyla, dişçilik mesleği halkın genel sağlık düzeyinin artması ve

korunmasında önemli bir rol oynadı. Daha sonra yapılan araştırmalar kan zehirlenmesi teorisinin yanlış olduğunu ve büyük ölçüde müdahaleci bir dişçilik için öne sürülen iddiaların haklı olmadığını gösterdi; bu teori ancak dişçiliğin uzman meslekî statüsünün artmasından sonra reddedildi (Dussault and Sheiham, 1982).

Amerika'da, dişçiliğin uzman meslek hâline gelmesi ilk dişçilik okulu Baltimore Diş Cerrahisi Okulu'nun kurulduğu 1839 yılına uzanır. Bu okulun kurulma nedeni, tıp mesleğinin dişçiliği kesinlikle tıbbî müfredattan dışlamasıydı (Young and Cohen, 1979). Dişçiliğin uzman meslekî statüsü eğitimsiz grupların rekabetlerinden bir ölçüde meslek üzerindeki ikili kontrol sistemiyle korundu: meslekî uzmanlık yetkisi ve resmi diploma sistemi. Bu resmi kurullar dişçilerden oluşmaktaydı. Dişçiler meslekî imgeleri ve statülerini, bizzat tıbbî müfredatla ilişkilendirerek ve faaliyetin bilgisel temellerini vurgulayan bir eğitsel temel sunarak geliştirmeye çalıştılar. Dişçilik tıbbî işbölümünde göreli bir bağımsızlığa sahip olsa da, uygulama alanı sınırlıydı ve Amerika'daki dişçiler referans sistemleri nedeniyle pratisyen hekimlerle ilişkilerinde tâbi ve zayıf bir statüyü işgal etme eğilimindeydi.

Gözlükçüler ve tıp mesleği arasındaki gerilim bazı açılardan bir meslek olarak dişçiliğin tarihiyle paralellik içindedir. Britanya örneğinde, gözlükçüler Büyük Gözlük Yapımcıları Şirketi'nin onayladığı 1629 Patent Hakkıyla belirli ölçüde özerklik ve meslekî kontrol sağladılar. 19. yüzyıldaki bazı bilimsel gelişmeler (göz aynası ve astigmat ölçüm aygıtının icadı) göz biliminin gelişimi için gerekli teknik bilgi temelini oluşturdu. Bu yüzyılın ilk on yıllarında gözlükçüler yardımcı sağlık hizmetlerinde özel bir grup olarak ortaya çıktılar, zira gelişen bir gözlük piyasası ve uzman gözlükçü kıtlığı vardı. Britanya'da Ulusal Sağlık Hizmeti'nin (NHS) kurulduşunu izleyen yıllarda piyasa genişledi ve Britanya Tıp Birliği gözlükçülerin etkinlikleri üzerinde daha fazla tıbbî kontrol sağlamaya çalıştı. Bu mücadele meslekî normlar ve değerler, hizmetin bilimsel statüsü ve gözlük arzını hâkimiyeti altında tutan kâr güdüsü temelinde ifade edildi. Gözlükçüler Yasası içinde (1958) tıbbî kontrol, gözlükçüleri, bir göz hastalığı ihtimalini her zaman diplomalı bir doktora yönlendirerek test etmelerini ve sonucu garanti altına almalarını sağlayarak sınırladı. İşin kademelerinin ve devletin onayladığı işbölümünün kabulü gözlükçülerin meslekî bir üst sınır ve tıbbî kontrol yaratılmasını kabul etmeleriyle sonuçlandı (Larkin, 1981). Gözlükçüler ve doktorlar arasındaki meslekî rekabet esasen ekonomik olsa da, gözlükçülerin geçerli bir uzmanlığa sahip olduklarına ilişkin argümanlar fizik bilimlerinde optikteki önemli

gelişmelere dayanmaktaydı. Gözlükçülerin piyasa konumu, meslekî örgütlenme ve standart bir hizmet sunma kapasitelerine olduğu kadar, bir bilgi temeline dayanmaktaydı.

Eczacıların İş ve Piyasa Konumu

Hekimler ve eczacılar arasındaki ilişki rekabetçi ve çatışmalıydı, zira yaptıkları işlerde hem beceri hem hizmet bakımından önemli örtüşmeler vardı (Barrett, 1905; Poynter, 1965). Britanya'da eczacılar bakkallardan bağımsızlıklarını 1617'de kazandılar ve 18. yüzyıl sonunda ilâç hazırlayıcılar olarak tarihsel rolleri sona erdi. Eczacılık nihayetinde 1841'de kurulan Eczacılık Derneği tarafından düzenlenmeye başladı. Eczacılar ilâçların hazırlanması ve reçeteyle satılması konusunda kendilerine resmi tekel sağlayacak bir meslek grubu olarak kabul edilme mücadelesi verdiler. Eczacılığın meslekî uzmanlaşması küçük burjuva perakendeci eczacı imajıyla ve yetersiz bir çıraklık eğitim sistemiyle sınırlıydı. 20. yüzyılda eczacının ilâç hazırlayıcı olarak geleneksel rolü uluslararası eczacılık endüstrisinin gelişmesiyle sona erdi. Bu ekonomik ve teknik değişimler sonucunda, eczacı gerçekte yaptığı şey için gereğinden fazla eğitim görmüş ve bildiği şeylerin daha azını kullanan bir kişi olarak betimlenmeye başladı (Eaton and Webb, 1979). Bununla beraber, ilâç tedavisinin daha kompleks hâle gelmesi, iyatrojenik rahatsızlıklara artan ilgi ve kamunun ilâç eğitimi ve danışmanlık hizmeti alması gerektiğinin kabulü eczacılar için, özellikle hastane eczacılığıyla ilgili yeni toplumsal roller yarattı. Bu eğitsel işlevlerin yarattığı meslekî fırsatlar eczacılık için yeni üniversite eğitimi ve uygulama biçimlerini gerektirdi. Hastane içindeki eczacılıktaki bu gelişim teknik detay/belirsizlik oranındaki önemli bir dönüşümü anlamına gelmektedir, zira 'klinik eczacı' artık sadece ilâç temin eden biri değil, ilâç tedavilerinde uzman hizmetler sunan biridir.

Sosyal bilimlerde eczacılık konusunda kapsamlı araştırmalar yapılsa da, eczacılık tarihi bir ölçüde ihmal edilmiştir (Berman, 1966). Yine de, bir uzman meslek olarak eczacılığın azgelişmiş olduğu ve tıbbî işbölümünde doktorların eczacılara bıraktığı tıbbî yetki alanıyla sınırlı kaldığı konusunda fikir birliği vardır. Netice olarak, eczacılık sosyolojik literatürde eksik, marjinal ve sınırlı bir alan olarak betimlenmiştir (Wardwell, 1979).

Bu sınırlı uzmanlaşmanın yapısal nedenleri nispeten açıktır. İlk olarak, meslek iki temel sektöre, yani özel sektör ve tıbbî hizmetler

sektörüne bölünmüştür. Eczacılık eğitimi kariyer olarak perakendeci eczacılıkla sonuçlanabildiği için, eczacıların özgeci, özel çıkarlarına göre hareket etmeyen ahlâkî hizmet kuralları geliştirmedikleri öne sürülür. Perakendeci eczacılar için kâr güdüsü işlerinin önemli bir özelliğidir. Eczacılık eğitimi alan öğrenciler kesinlikle müşteriye profesyonel hizmet eğilimiyle uyumlu olmayan tutumlar ve özlemler geliştirme eğilimindedir. ABD'de eczacılık öğrencilerinin çoğu kendi işyerine sahip olmak ister ve toplumsal kökenleri esasen küçük işverenler ve beyaz yakalı mesleklerdir. İşyeri sahibi olma özlemleri, eczacıların çoğunun özerk ve bağımsız bir tıbbî hizmetler sistemi olarak bir uzmanlık alanı geliştirmeye yönelik açık bir meslekî duyguya sahip olmayacağını gösterir. İkinci olarak, eczacılık sanayi önceden hazırlanmış ilâçlar ürettiği için önemli bir vasıfsızlaşma süreci yaşanmıştır. Ayrıca, kimyagerler bazı mallar satar, fakat ilâçların perakende olarak satılması konusunda ihtisaslaşmazlar. Eczacılar kimya sanayinin paketlenmiş ilâçlar üretmesinin yarattığı vasıfsızlaşmaya karşı direnecek bir meslek örgütüne sahip değillerdir. Üçüncü olarak, eczacılık mesleği hem dikey hem de yatay parçalanma içindedir. Hastane eczacıları, idareciler ve endüstriyel kimyacıların yanı sıra farklı tipten işyeri sahibi eczacılar vardır. Bu parçalanmanın bir sonucu, mesleğin çıkarlarını geliştirecek ve sürdürecek kollektif bir meslekî eylemi sürdürmeyi büyük ölçüde zorlaştırmasıdır. Örgütsel parçalanmışlık, ayrıca, profesyonel bir hizmet ahlâkını ve eczacıları ortak bir yapı içinde birleştirecek bir meslekî ideolojiyi geliştirmenin zor olması anlamına gelmektedir. Son olarak, hastane eczacısı işin ticarî yanıyla ilgili olmasa da, hastane ortamında nihayetinde tıp melseğinin kontrolü veya en azından sınırlaması altındadır.

Bilgi meselesine dönersek, eczacılıkla ilgili bir sorun, onun bilgi temelinin oldukça kapsamlı farklı yorumlara izin vermeyecek ölçüde kesin ve sistematik olabilmesidir. Farmakoloji sistematik gelişmelere büyük ölçüde duyarlı olmuştur. Eczacılık bilgisi kesin bilimlere dayanır ve genel kabul gören deneysel prosedürler aracılığıyla geliştirilmiştir. Eczacılık yoruma çok az yer bırakır. Eczacılık, şimdiye kadar hastayla ilişkilerde –diğer uzman grupların, örneğin hekimlerin devreye girmediği– açık bir danışmanlık rolü geliştirmemiştir. Paradoks, farmakolojinin, bir ilâç bilimi olarak fazla gelişmiş olmasına rağmen, hastanın sağlığı konusunda bir yorum becerisi olarak azgelişmiş olmasıdır.

Hastane ve klinik eczacısının rolü hekimlerin bıraktıkları boşluklar (örneğin, yetersiz ilâçlar önerme ve sınırlı ilâç bilgisi) nedeniyle artmıştır. Hastane hizmetindeki bu boşluk eczacıya hastaya doğrudan

ulaşma fırsatı sağlamıştır. Yani,

> hastanedeki etkinliklerini klinik doğrultusunda genişletmek isteyen eczacılar, hekimlerin hastaya rehberlik, ilâcın yan etkilerini kontrol ve ilâçla ilgili bilgilerin verilmesi gibi konularda "yetersiz kaldıkları" veya bunları tamamen ihmal ettikleri alanlara yönelmişlerdir. Bu görevlerin tıp mesleğiyle işbirliği içinde yürütülmesi, eczacıların hekimler için nispeten çok az kazançlı daha 'kirli işler'i yapmalarıyla sonuçlanabilir (Eaton and Webb, 1979: 85).

Hastane eczacısının danışmanlık ve eğitim alanına girebilme yetkisi tıp pratiği tarafından kontrol altında tutulmuştur.

Son olarak, eczacılık cinsiyet ve meslekler açısından ilginç bir uğraştır. Genellikle, bir mesleğin üyelerinin büyük bir kısmı kadınlardan oluştuğunda uzmanlaşma sürecine rastlamanın özellikle zor olduğuna inanılır. ABD'de kütüphane işinde çalışan kadınların oranında belirgin artış bir örnek oluşturabilir (Garrison, 1979). Ayrıca, meslekî statüde düşüşün bir meslek daha az ödüllendirici olduğunda ve böylece –çoğu kez meslekî vasıfsızlaşmayla bağlantı içinde– kadınların girmesi mümkün olduğunda ortaya çıktığı iddia edilmiştir. Son olarak, kadınların eski erkek-egemen mesleklere ikincil emek piyasası oluştuğunda girdikleri öne sürülmüştür (Carter and Carter, 1981). Eczacılığın ilginç özelliği, birçok çağdaş sanayi toplumunda kadınların hem eczane sahipliği hem de hastane eczacılığı alanında giderek daha fazla yer almasıdır. Örneğin, Yeni Zelanda'da geleneksel olarak kadınlar eczacılıktan dışlansa da, 1956-1991 arasında kayıtlı kadın eczacıların yüzdesi % 12.8'den % 44.8'e yükselmiştir ve 1990'larda yeni eczacıların yaklaşık % 73'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Norris'e göre (1993), bu gelişim geleneksel çıraklık sisteminin yerine mesleğe girişte eğitsel gerekleri artırma çabasının niyetlenilmemiş bir sonucudur. Eczacıların eğitim düzeyinde artış 'yeniden uzmanlaşma' stratejisinin önemli bir örneğidir (Birenbaum *et al.*, 1987).

Hemşirelik Tarihinde Ataerkillik ve Uzmanlaşma

Hemşirelerin toplumsal rolü ilk kez Hughes'ın etkisi altındaki meslekler sosyolojisinde ele alınmıştır. Nitekim, hemşireliğin toplumdaki problemleri ilk kez Chicago Okulu perspektifi içinde ele alınmış ve araştırmalara Hughes'un etnografik metodolojisi damgasını vurmuştur. En azından Amerika'da, hemşirelerin 20. yüzyıl başlarından beri meslekî sorunlarına ilişkin temel tartışmaların yapıldığı bir dergisi

(*American Journal of Nursing*) vardır. Hughes (1951) hemşirelik işi üzerine fazla yazmasa da, onun hemşireliğin sosyolojisine katkısı "Yirmi bin hemşire kendi hikâyesini anlatıyor" isimli araştırmadır (Hughes *et al.*, 1958). Hemşireliğe bu etnografik yaklaşımda özellikle rol çatışmaları ve çalışma hayatının problemleri vurgulanır.

Hughes ve arkadaşlarının çalışmasından sonra gerçekleştirilen bu 'hemşirelik rolü' araştırmalarının temel vurgusu meslekî sosyalleşme, idealize edilmiş çalışma anlayışları ile somut pratikler arasındaki çatışmalar, hemşirelikte idealizmin zayıflaması ve son olarak, iş konusunda bürokratik ve meslekî yönelimler arasındaki çelişkilerdi (Corwin, 1961a, 1961b; Davis and Olesen, 1963; Hall, 1968). Bu ilk araştırmalar sonucunda hemşirelik konusunda daha sistematik ve ileri bir meslekler sosyolojisi yaklaşımı ortaya çıktı; bu çalışmaların büyük bir bölümü meslek sosyolojisi üzerine özel derlemelerde bir araya getirildi (Davis, 1966; MacLean, 1974).

Bu çalışma geleneksel meslekler sosyolojisi yaklaşımı içinde yer alsa da, bu araştırmalar hemşirelik içindeki temel bir konuda, yani onun baskın kadınsı karakteri hakkında benzer düşünceler içerir. Devereux ve Weiner, hemşireliğin meslekî statüsü üzerine araştırmalarında, hemşireliğin bekâr kadınlara özgü, dindışı bir meslek olarak ortaya çıkışını kapsayan 1860-1930 dönemine ilişkin şu tespiti yapar:

> hemşirelik mesleği içinde yer alan kişilerin rolleri ve statüleri, başlarda, kadınlar ve yatakta hasta bakımı arasında kurulan yakın bağlantı tarafından belirlenmiştir (Devereux and Weiner, 1950: 628).

İngilizcede bebeklerin bakımı ile hastaların bakımı arasında ayrım yapılmadığını tespit eden bu yazarlar, çocuklar ve hastalar arasında kurulan tarihsel, kültürel ve psikolojik benzerliklere dikkat çekerler. Ayrıca, yardıma muhtaç ve başkasına bağımlı kişiler için ağır manevi güçlüklere katlanacak donanıma sahip dinsel kaynaklı bir kadın anlayışı vardı. Bu yazarlara göre, geleneksel ailede hizmet ve hemşirelik arasında beslemelerin aynı zamanda bir bakıcı hemşire olarak çalışmalarından kaynaklanan tarihsel bir bağlantı vardı. Son olarak, onlara göre, erkeklik ve liderlik arasında kurulan bağlantı hemşirenin aşağı ve tâbi, hekimin sorumlu ve egemen konumda algılandığını gösterir. Böylece, 'hemşirelik konumu'nun ataerkil yapısı meslekler sosyolojisinde sosyologların annelik ve hemşirelik arasında bir ölçüde açık bir paralellik kurdukları nispeten erken bir dönemde belirlenmiştir (Schulman, 1958, 1972).

Florence Nightingale'in katkısı üzerine tartışmaya odaklanan sos-

yal hemşirelik tarihi çalışmalarının egemen problemi ataerkil bir kültür içinde hemşireliğin kadınsı karakteriydi. Sosyal tarihte, Nightingale'in hemşireliğe katkısının muğlâklığı "yeni oluşan bir meslek olarak hemşirelik" analizine damgasını vurdu. Hayatı hakkındaki klâsik araştırmada Nightingale'in karakterinin çelişkili özellikleri vurgulandı (Strachey, 1918; Woodham-Smith 1950). Hakkındaki daha yeni tarihsel yorumlarda, Nightingale hemşireliğin ahlâkî karakterinin yerleşmesine katkıda bulunsa da, onun sağlık hizmetlerinin sunulmasında hemşireliğin tâbi konumdaki statüsü karşısındaki toplumsal tutumlarının Viktoryan aile içindeki mevcut otoriter değerlerle büyük ölçüde uyumlu olduğu vurgulandı (Holton, 1984; Turner, 1981). Hemşireliği dinsel uygulamalardan ayıran Nightingale ev dışında kazanç getiren bir iş arayan, toplumsal açıdan hareketli, orta-sınıf kadınlar için bir meslekî yaşam alanı yarattı (Abel-Smith, 1960). Aksine, onun hemşirelerin resmî kayıt altına alınması konusundaki tutumları hemşirelik içinde tam anlamıyla profesyonel bir perspektifin gelişimini olumsuz yönde etkiledi ve geciktirdi.

Hemşirelik tarih-yazımı Fransız yapısalcılığı, Marksist tarih ve özellikle feminist hareketin biçimlendirdiği yeni yönelimlerin güçlü etkisi altında kalmıştır (Davies, 1980). Bu yeni perspektifler ahlâkî ideoloji ve meslekî konumla ilişkili problemlerle daha az ilgilenirler; aksine, bu tarihçilerin ilgisini hiyerarşi, güç ve sınıf çekmektedir. Nightingale efsanesine çok az ilgi vardır ve farklı kültürler ve çağlarda hemşireliğin karşılaştırmalı analizine ilgi daha yüksektir. Hemşirelik tarihinin yanı sıra, karşılaştırmalı analizin önemli bir rolü vardı ve bu alanda çok ilginç çalışmalar yapıldı. Tarihçiler 19. yüzyılda ABD'de sağlık hizmetlerindeki kadınlar üzerine çalışmalara önemli katkılarda bulundular (Ashley, 1975; Blake, 1965). Bu araştırmalar Amerikan toplumunda tıbbî ve ilişkili mesleklerde kadınlar konusundaki genel tartışma içinde değerlendirilmelidir. Bu alanda, ebelerin rolünün analizine özel bir ilgi vardır (Kobrin, 1966; Mongeau *et al.*, 1961).

Meslekler sosyolojisi perspektifiyle ilişki içinde, hemşireliğin uzman veya yarı-uzman özellikleri konusunda uzun tartışmalar yapılmıştır. Hemşirelik yardımcı-uzman gruplar, farklı türden pratisyenlerle bazı ortak özellikler taşısa da, tarihinde büyük ölçüde kendine has, yani kadınsı karaktere sahip bir alan olarak algılanmıştır. Nitekim, Strauss (1966: 61) etkili bir makalede "hemşirelik neredeyse tamamen kadınların alanıdır" der; hemşirelikte uzmanlaşma popüler ideolojide ve mitlerde 'yatakta hasta bakımı'yla ilişkilendirilmesi nedeniyle sınırlı düzeyde kalmıştır. Strauss'a göre, hemşirelik hayattaki bazı yoğun 'kutsal' krizler (ölüm, rahatsızlık ve doğum) etrafında gelişmiş-

tir ve bunlar geleneksel olarak kadın işleriyle bağlantılıdır. Hemşireliğin karakteristik özelliklerinin (düşük ücret, düşük prestij, toplumsal ilişkileri sınırlayan çalışma saatleri, işe yüksek personel giriş-çıkışı, düşük gelir ve iş özerkliğinin bulunmamasının) onu uygulayanların tek özelliği, yani cinsiyete özgülüğü tarafından belirlendiği görülebilir. Nitekim, Davis (1972) ve Davis ve Olesen (1963) çoğu hemşirelik öğrencisinin hemşireliği sürekli veya hâkim kariyer olarak değil, evlilik ve aile içindeki daha sürekli bir statünün tamamlayıcısı olarak gördüğünü bulmuştur. Hemşirelik öğrencilerinin bu tutumları hocalarının ve mesleğin değerleriyle çelişkilidir. Hemşirelerin kariyer çizgilerini belirleyen şey, meslekî özlemlerden ziyade evlilikti.

Bir meslek olarak hemşireliğin problemlerinden biri, teoride hemşirelerin sadece doktorların verdikleri kararların uygulayıcısı ve onlara tâbi konumda olmalarıdır. Hemşirelik tıbbı kuşatan teknik işbölümü içinde tâbi konumda bir meslektir ve hemşireler için ihtisaslaşmış eğitim programlarının geliştirilmesi onların hastane ortamı içindeki tıbbî hiyerarşideki statülerinde önemli bir iyileşmeye yol açmamıştır. Hemşireler özellikle uzmanlaşma/bürokrasi ikileminden olumsuz etkilenirler, zira hastane ortamında inisiyatif kullanmaları ve özerk davranmaları çoğu kez zordur (Davies, 1983). Bu durumda erkek hemşireliğin gelişmesi bir paradokstur, zira bu gelişme, bir bütün olarak hemşireliğin sosyal statüsünü artırmaktan ziyade, sadece hemşireliği farklı kademeler ve kariyer çizgileri içinde çeşitlendirme ve ayrıştırma işlevi yüklenir (Brown and Stones, 1973; Hesselbart, 1977; Segal, 1962).

Hemşirelerin meslekî ve profesyonel ikilemleri genel bir meslekî tâbilik ve vasıfsızlaşma perspektifinden ele alınmıştır (Freidson, 1970). Hemşirelikte uzmanlaşmayla ilgili problemler üzerine açıklamaların kaynağında doğrudan Weber'in 'toplumsal kapanma' kavramı yatsa da, hemşirelik tarihinde ihtisaslaşmanın yokluğunda temel sorun cinsiyetçiliğe odaklanmıştır. Hemşireliğin nihayetinde meslekî özerklik kazanamaması aile hayatı ve meslekî kariyerler, bürokrasi ve uzmanlaşma arasındaki çelişkiler, güçlü bir meslekî örgütün yokluğu ve özellikle evle ilgili faaliyetleri bir kenara iterek sürekli olarak kariyer yapmaya odaklanamama ile açıklanmıştır.

Çağdaş hemşirelik analizinde radikal eğilim neticede feminist yazarların egemenliği altındadır. Feminist teoriye göre, hemşirelik *her şeyden önce* –hemşireliğin doğal olarak kadın kişiliğinin bir özelliği olduğunu iddia eden ideolojiler altında– kadınların ataerkiliğe boyun eğdirilmesi ve sömürülmesinin bir örneğidir. Kadınlar hemşireler olarak sömürüldüler, zira onlar hemşireliği annelikle özdeşleştiren ve

hastane odasını sadece evdeki çalışma alanının uzantısı olarak gören bir öğreti içinde sosyalleştiler. Sosyal analizde bu genel eğilim en iyi biçimde Ehrenreich ve English (1976), Gamarnikow (1978), Game ve Pringle (1983) tarafından ortaya konulmuştur. Bu yazarlara göre, sekreter ve hemşire ataerkilliğin ve kadının boyun eğdirilmesinin canlı örnekleridir. Sekreter işte karının rolünü oynarken, hemşire hastanede annenin rolünü oynar. Hukukta ve siyasal düzendeki temel değişimlere rağmen, bu yazarlara göre son elli yıldaki bu değişimler kadının statüsü, prestij ve işinde gerçekte çok az değişime yol açmıştır.

Hemşirelik ve anneliğin kadınların doğal faaliyetleri olduğu fikri Batı kültüründeki eski bir temadır. 'Hemşire' sözcüğünün kaynağı besleme ve emzirme anlamına gelen 'nutririe'dir. Hemşire, geleneksel olarak, çocukları emzirmek ve ev halkına bakmak için çalıştırılan biridir. Hemşirelik kavramı 18. yüzyılda hizmetçilerin özel bir etkinliği olarak emzirme, besleme ve bakımı içerecek biçimde genişledi (Reeder and Mauksch, 1979). Feminist teori hemşirelik tarafından sunulan bakım hizmetlerindeki ataerkil ilişkileri kadınları doğal etkinliklerle ve erkekleri kültürel uğraşlarla ilişkilendiren genel ideoloji temelinde açıklar (Rosaldo and Lamphere, 1974). Hemşireliğin statüsüyle ilişkili tezlerde, doğayla temellendirilen ideolojinin yanı sıra önemli bir metafora ve benzetmeye başvurulur. Hemşireliğin sosyolojisinde, bu mesleğin tedavi amaçlı görevlerinde duygunun ve sevgiye dayalı ilişkinin önemine işaret eden argümanlara ve hastanın çocuk gibi görüldüğü yerlerde hemşirenin anne gibi davrandığını öne süren araştırmalara rastlamak yaygındır (Devereux and Weiner, 1950). Bazı araştırmalarda hemşire/anne ve hasta/çocuk arasındaki ilişkiyi betimlemek için Freudcu bir dil kullanan bazı araştırmalar vardır. Nitekim, Thorner'ın (1955: 531) ifadesiyle:

> annenin çocukla ilişkisinde olduğu gibi, hemşire de hastanın beslenme ihtiyacını karşılar ve bu yüzden saldırgan dürtüler kadar tepkilere de katlanabilecek en elverişli 'zihinsel yoğunlaşma nesnesi'ni oluşturur.

Benzerlik argümanı en sistematik biçimde Gamarkinow'un aile ve 'hemşirelik konumu' arasında kesin paralellik kuran Nightingale geleneğini eleştirdiği etkili makalesinde (1978) kullanılmıştır. Ona göre, hemşirelik literatüründe temel motif olarak aile analojisinin kullanılması hemşire-doktor-hasta üçlüsünü daha ayrıntılı ve analitik olarak incelemeyi engelleyen bir ataerkil ideolojiyi temsil eder. Hemşirenin otoritesi kadının otoritesinin kocasınınkinin altında sınıflandı-

rılmasına benzer biçimde sunulurken, hastanın itaatiyle bağımlı ve hasta çocuğun itaati arasında doğrudan benzerlik kurulur. İtaat sırasında hasta kelimenin tam anlamıyla sabırlı biridir. Benzer şekilde, doktorun bilgisi bilimselken, hemşirenin eylemleri sadece bedensel ve pratiktir. Gamarnikow'a göre, hemşirelikteki bu bedensel ve zihinsel ayrım aile içindeki benzer ayrımla yeniden-üretilir.

Bir başka iddiaya göre, hemşirelikte kadınların hâkim konumda olması basitçe kapitalist toplumlarda kadın emeğinin üretim maliyetlerini düşürmek için kullanılmasının bir başka örneğidir. Hemşirelikte kadınların hâkim konumu ve kadınların düşük prestijli ve düşük ücretli mesleklerde çalışmaları daha genel bir durumun ikiye katlanması anlamına gelecektir. Hemşirelik düşük sendikalaşma, yüksek oranda işe girişler ve çıkışlar içeren ve düşük prestijli cinsiyet-temelli bir iştir. ABD'de 1900'de tüm hemşirelerin % 94'ü, 1960'da % 97'si kadındı. Aksine, 1910'da tüm doktorların % 6'sı, 1960'da % 6.8'i kadındı (Epstein, 1970; Lorber, 1984). Avustralya'da 1971'de hemşirelerin % 94.3'ü ve 1976'da % 94'ü kadındı. Karşılaştırırsak, tüm tıpçılar ve dişçilerin % 11.8'i kadındı ve bu oran 1976'da sadece % 14.8'e yükseldi. Genelde, kadınlar Avustralya'daki yardımcı tıp hizmetlerindeki personelin yaklaşık % 50'sini oluşturmaktadır (Western, 1983). Yeni Zelanda'da 1990'da doktorların % 28'i kadındı. Buradaki argüman, kadın hemşirelerin emek maliyetlerini düşürdüğü ve bu nedenle bilhassa özel sağlık hizmetleri endüstrisinde kârlılığın güvence altına alınmasına hizmet ettikleridir. ABD'de özel sağlık hizmetleri endüstrisi olarak adlandırılan şey, aşırı bir gelir ve beceri dikotomisi içinde bölünmüş, 5.500.000 insandan oluşan bir işgücüne sahip en hızlı gelişen sektördür. Bu piramidin tepesinde (dünyada en yüksek ücrete sahip) 500.000 doktor ve altında ülkedeki düşük ücretle eğitim veren okullardan mezun olan 1.500.000 hemşire vardır; piramidin en altında düşük ücretle çalışanların büyük bir kesimini oluşturan mavi-yakalı memur çalışanlar yer alır. Anneler ve hemşireler olarak kadınlar insan emeğinin piyasada muhtemel en düşük maliyetle üretimi ve yeniden-üretimine katkıda bulunurlar ve onların düşük ücretleri özel sağlık hizmetlerinin kârlılığının artmasına katkıda bulunur.

İşte İtaat ve Yakınma

Hemşirelik mesleğinde Nightingale geleneğinden beri bir itaat ve disiplin ideolojisi olsa da, hemşireler geleneksel çalışma koşulları,

bürokratik düzenlemeler ve hemşirelerin doktorların talimatlarına tamamen itaat etmeleri gerektiği fikrine farklı biçimlerde direnç göstermiş ve çatışmalara girmişlerdir. Geleneksel 'doktor-hemşire ilişkisi' tartışmasında tam itaatin vurgulandığı kesinlikle doğrudur. Örneğin, eğitimli hemşirenin hem zeki ve işiyle ilgilenen biri olması hem de doktorun talimatlarını sorgulamadan uygulaması gerektiğini hatırından çıkarmaması gerekir. Ayrıca, hekimler tipik olarak hemşirelerden yaşça daha büyüktür ve daha üst sosyoekonomik gruplardan gelirler ve bu toplumsal itaat koşullarının bir sonucu olarak otoritelerine nadiren açıkça karşı çıkılır. Hemşirelerin doktorların tıbbî emirlerine itaatleri üzerine araştırmalarda, hemşirelerin talimatlara uymalarına rağmen aşırı şikâyet eğilimi sergiledikleri öne sürülmüştür. Psikolojik araştırmalar, hemşirelerin emirleri uyguladıklarında hastanın hayatının tehlikeye girmesi ihtimalinde bile doktorların talimatlarına uyduklarını göstermektedir (Hofling *et al.*, 1966; Milgram, 1974). Bununla beraber, hemşirelerin itaatleri konusundaki daha yeni araştırmalar onların artık tıbbî talimatlara düşünmeden itaat etmeye hazır olmadıklarını göstermektedir ve itaat düzeyindeki bu değişim muhtemelen hemşireler arasında kendine saygının artmasıyla, açılan hukukî davalarla ve hastaya zarar verme korkusuyla ilişkilidir (Rank and Jacobson, 1977). David Hughes (1988: 5) hemşirelerin, hasta bakımında merkezi bir yer işgal ettikleri için, çoğu kez acil servislerde daha egemen bir rol yüklendiklerini buldu. Daha genel bir perspektiften bakıldığında, bazı hemşireler arasında daha güçlü direnç, meslekî konumlarını savunma konusunda daha büyük bir isteklilik ve ayrıca gerektiğinde çalışma koşullarının iyileştirilmesi için eylemler yapma yönünde bir siyasal iradenin kanıtları vardır. Çatışmayla ve itaatsizlikle ilişkili bu yeni özellikler ataerkil bir sistemin normlarına itaat gerektirmeyen bir hemşire-doktor kavramlaştırmasına uygun görünmektedir.

Hemşirelerin çalışma koşullarından memnuniyetsizliklerinin bazı yönleri hemşireliği karakterize eden 'şikâyet terminolojisi' içinde açıklanabilir. Her meslek, geleneksel şikâyet konuları dâhil, informel bir tutumlar ve pratikler kültürüne sahiptir. Hemşireliğin meslekî kültüründe bir itaat ve şikâyet bölünmesi vardır. Öğrenci hemşirelik eğitiminin bir parçası olarak formel bir meslekî kültür edinse de, ayrıca bir meslekî alt-kültür ideolojisi kazanır ve bu ideoloji içinde sosyalleşir. Bu alt-kültürün dünya görüşü çoğu kez staj döneminde kazanılır. Bu alternatif meslekî ideolojiyi 'şikâyet terminolojisi' olarak adlandırabiliriz. Resmi meslekî ideoloji prensip olarak görevlerin nasıl gerçekleştirilmesi gerektiğini belirlerken, şikâyet terminolojisi

bürokrasideki işlemlerin formel yapısının otoritesini yıkabilecek yöntemleri bulma çabalarını içerir. Hemşirelikle ilgili empirik araştırmalar hemşirelik mesleğindeki hoşnutsuzluk düzeyi ve kapsamını açık bir biçimde ortaya koymuş ve birçok araştırmada bu şikâyetlerin parametreleri belirlenmeye çalışılmıştır (Melia, 1984). Hemşirelerin şikâyetleriyle ilgili bu araştırmalar çoğu kez bireysel, sözlü ve betimseldi. Şikâyetler hemşirelerin kendi koşullarına ilişkin bireysel gözlemleri olarak rapor edilmiş ve onların sözleri tamamen doğru ve nesnel koşulların gerçek betimlemeleri olarak alınmıştır. Bir şikâyet terminolojisi fikri, aksine, bu meslekî söylemlerin toplumsal olarak üretildiğini ve iş eğitiminin bir parçası olarak edinildiğini gösterir. Bu şikâyet terminolojilerinin bazı önemli işlevleri vardır. Temel şikâyet, büyük bürokratik sistemlerde hastayla ilişkilerde ve sağlık hizmetlerinin sağlanmasında özerkliğin olmamasıdır. Bu şikâyetlerin kritik önemde boyutu muhtemelen aşağıdaki gözlemle açıklanabilir:

> hemşireler, 24 saat hastaların yakınında olmalarına rağmen, hekimler ve aile hekimleriyle karşılaştırıldıklarında en az resmi sorumluluğa sahiplerdir (Mumford, 1983: 292).

Hemşireler sürekli olarak kendi konumları üzerinde bu kontrol yokluğundan şikâyetçidir. Bu ortak şikâyetler bir meslek olarak hemşireliğin informel düzeninin bir boyutudur. Şikâyetler, onların becerileri ile modern hastanenin tıbbî bürokrasisi içinde özerklikten yoksunlukları arasındaki bu yapısal uçurumu açıklar. Hemşirelerin şikâyetleri üstleri karşısında kendi değerleri ve özerkliklerini ifade etmelerine yardımcı olan beş temel bileşen içermektedir.

Bu terminolojinin ilk bileşeni, hemşireliğin tedavi sürecine bağımsız katkısı ve önemini vurgulayan iddialardır. Bu şikâyetler, tipik olarak, doktorun rolü hakkında olumsuz bir görüş ortaya koyarak, tedavi sürecinde doktorun işlevi ve önemini küçük gösterir. Bu şikâyetlerde doktorların, gerçekte, erkeklerin tıbbî müdahalesinden korunması gereken hastaların sağlıkları için bir tehdit oluşturdukları öne sürülür. Şikâyet terminolojisinin ikinci işlevi, hastane ortamında, işyerindeki otorite ve hiyerarşi sisteminin meşruluğunu sorgulamaktır. Şikâyet sisteminin üçüncü işlevi, genç hemşirelerin haklı bir temelden yoksun olan 'hastanede çalışma idealizmi'ni yıkmaktır. Bu şikâyetlerde tipik olarak zahmetli, yorucu ve ödüllendirici olmayan bir etkinlikler bütünü olarak hemşireliğin gerçek doğası betimlenmeye çalışılır. Meslekî alt kültür "ağır ve sıkıcı bir iş olarak hemşirelik" biçiminde kinik ve olumsuz bir görüş sunar. Geçmişte formel bir eğitim sisteminin sonucu olarak hemşirelikte idealizmin yazgısıyla

ilişkili çok şey yazılsa da (Psathas, 1969), hemşirelerin toplumsal rollerine ilişkin daha gerçekçi bir görüş altında hastane eğitimi konusunda nispeten az çalışma vardır. Bu şikâyetlerde hastanedeki faaliyetler hastanın gerçek bakımı açısından çoğu kez ilişkisiz ve kullanışsız şeyler olarak görülür ve hastanın bakımından ziyade sadece hastanenin bürokratik işleyişini destekleyen çeşitli etkinlik örnekleri aktarılır.

Terminolojinin dördüncü işlevi en önemlisidir: bürokrasi ve tıbbî egemenliğin ihlâlleri ve tahakkümüne karşı bir meslekî dayanışma duygusunun yaratılması. Hastanede karşılıklı aktarılan şikâyetlerde, bir toplumsal grup olarak hemşirelerin hastane hiyerarşisinin otoritesine karşı birlik ve bütünlükleri talep edilir. Hemşirelerin çoğu kadın olduğu için, şikâyet sistemi kadın hemşireleri erkek üstleri karşısında birleştirecek biçimde işler. Şikâyet terminolojisi belirgin bir feminist karaktere sahiptir. Burada bir referans sistemi olarak birbirlerinin burnunu sürtme ve eleştirme açısından önemli olarak görülen bir 'doktor-hemşire oyunu' vardır. Bu yüzden, şikâyet etmek dayanışmanın direnişin önemli bir boyutunu oluşturduğu meslekî altkültürlerin önemli bir özelliğidir (Salaman, 1986).

Bununla beraber, şikâyet terminolojisinin son sonucu bir ölçüde muhafazakârdır. Şikâyet etmek, işyerinin çelişkileri ve gerilimleri karşısında ortaya çıkan duyguların ve hayal kırıklıklarının etkisini zayıflatan bir emniyet sübabıdır. Serbest kaldığında grup dayanışması yeniden öne çıksa da, şikâyet nesnel koşullarda sistematik değişimler üretmez. Şikâyet etmek semboliktir ve otoriteye karşı kollektif hareketleri içerir, ancak mutlaka modern hastanede hemşirelerin karşı karşıya oldukları görevlerin doğasını değiştirmeyi ve dönüştürmeyi amaçlayan örgütlü çatışmalarla sonuçlanmaz. Hemşire tıbbî otorite alanının sembolik çizgisini ihlâl etse bile, hemşireliğin nesnel konumu ve güçsüzlüğü devam eder. Şikâyet sisteminin ritüel doğası Goffman'ın (1961) total kurumlarda tâbi konumdakilerin –akıl hastanesinin hiyerarşik yapısını belirli zamanlarda sembolik eleştiri düzeyinde yıkan– isyan ritüelleri üzerine betimlemesini hatırlatır.

Özetle, bu şikâyetler ortak deneyimlere ve dile sahip bir meslek grubu olarak hemşireleri birleştirici işlevlere sahiptir. Bu şikâyetler hastanenin otorite yapısını, özellikle doktor-hemşire ilişkisi konusundaki meşruluğunu sarsmasına rağmen, bu şikâyet biçimi paradoksal olarak muhafazakâr bir sonuca sahiptir. Hemşire, hastanede tâbi bir konumda yer aldığı ve piyasada çok az prestije sahip olduğu için, hastane sisteminin yapısını sorgulamakta nispeten etkisizdir. Hemşirelik çoğu kez kadınlaşmış emeğe özgü geleneksel zayıflığa

sahiptir: düşük iş doyumunun yetersiz kariyer yapılarıyla sonuçlanmasının düşük bir meslekî bağlılık ürettiği bir kısırdöngü.

Sonuç

Uzmanlaşma belirli tekelci ayrıcalıklar ve kazançları sürdürmeye yönelik bir meslekî strateji olarak görülebilir. Uygun bir sosyolojik meslekler yaklaşımının Weberci ve Marksist sosyolojik perspektifleri elverişli bir biçimde bir araya getirilebileceği öne sürülmüştür. Meslekleri sınıfsal yapıyla ve ekonomiyle ilişki içinde ele almamız gerekse de, mesleklerin ayrıntılı özelliklerini sadece piyasayla ilişkilerini göz önünde bulundurarak değerlendirebiliriz. Belirli meslek gruplarının uzman meslekî egemenliklerinin temelinde açıkça meslekî güç kullanmanın temel bir parçasını oluşturan bir bilgi yapısına sahip olması vardır. Fakat, bu sistematik bilgi yapısı muğlâktır, zira hem rutinleşmeye hem de yorumlamaya işaret eder. Sistematik bilgi yapısının bir grubun ayrıcalıklarını zayıflatabileceği, zira rutin bilginin işbölümü içinde küçük parçalara ayrılmasının vasıfsızlaşmanın temelini oluşturacağı öne sürülmüştür. Tıp ve hukuk rutinler ve sistematik prosedürlere tamamen tâbi olmayan bir uzmanlık bilgileri topluluğudur. Hem tıpta hem de hukukta yoruma belirli bir yer vardır.

Ayrıca, bir meslek açısından, müşterilerine açıkça ulaşabilmenin ve bunu diğer gruplarla rekabet içinde sürdürmenin ne kadar önemli olduğunu görmüştük. Bu yüzden, tıbbî egemenliğin önemli bir işlevi, komşu meslekleri sınırlayarak ve kendine tâbi kılarak müşterilerine daha kolay ulaşabilmek ve bu imkânları genişletmektir. Bir bilgi temeline sahip olmak ve hastalar olarak müşterilere ulaşmak işyerinde hizmetin sunulma sürecinde, meslekî özerklik ve kontrol biçiminde önemli ayrıcalıklar sağlar. Bu farklı boyutlar içinde, tıp mesleği son yüz yıldır –sağlık hizmetlerinin sunulmasını düzenleyerek ve kontrol altına alarak– sınıfsal yapı içindeki konumunu ve mevcut meslekî hiyerarşiyi sürdürme konusunda nispeten başarılı olmuştur. Eczacılık, dişçilik ve hemşirelikten bazı örnekler bu koşullara belirli ölçüde ışık tutar. Meslekler sabit toplumsal varlıklar değil, aksine yapılaşmış meslekî strateji biçimleridir. Bu stratejilerin uygulanması mesleklerin sınıfsal konumları, iş ve statü konumları temelinde ele alınabilir. Bu üç alanda, uzmanlaşma ve örgütlenme toplumsal kapanmayı ve özerkliğin sürdürülmesini ve son olarak –hasta veya müşterinin nispeten cahil ve tâbi konumda bırakılmasıyla– yorum için yeterli bir alan sağlayan bilgilerin geliştirilmesini gerektirir.

Mesleklere tarihsel bir perspektif içinde bakmak da aynı şekilde önemlidir. Bir uzman meslekî faaliyet olarak tıp 19. yüzyılın toplumsal koşullarının –orta sınıf müşterilerin artması, mikrop teorisinin ortaya çıkışı, tıbbî pratiğin doğasında (tıbbî müdahaleyi hasta için daha az tehlikeli kılan) devletin hukukî ve teknik değişimlerdeki desteğinin– bir ürünüdür. Tıbbî uzmanlaşmanın değerler sistemi Britanya'da ve ABD'de yaygın liberal bireyci anlayışlarla uyumluydu. Bu geç uzmanlaşma döneminden önce hekimler nispeten düşük bir sosyal statüye sahipti, zira tıp hasta için sadece sınırlı bir tedavi gücüne sahipti (Rosen, 1983; Starr, 1982). Yeterli uzmanlaşmadan yoksun bir pratik olarak tıp kendi içinde düzensiz bir bölünme içermekteydi. 20. yüzyılın ilk yarısında tıbbî egemenliğin gelişimi kentleşme, sağlık sigortası uygulamasının geliştirilmesi, tıptaki ilerlemeler ve bilimsel tıp alanı olarak hastanenin genişlemesiyle bağlantılıydı.

8
Tıp Bürokrasileri: Hastane, Klinik ve Modern Toplum

Hastane modern sağlık hizmetleri sistemleri içindeki merkezî önemde bir kurumdur, ancak aynı zamanda tıp mesleğinin toplumsal gücünün bir simgesidir ve ihtisaslaşmış tıbbî bilginin kurumsallaşmasını temsil eder. Bürokratik, merkezileşmiş hastane sistemi doktorların eğitiminde önemli bir role sahiptir ve bir kurum olarak tıbbî mesleklerin örgütlü gücünü kontrol eder; hastane sistemi sadece ekonomik değil, aynı zamanda ideolojik ve kültürel çağdaş siyasal çatışmalar alanıdır. Hastanelerin mevcudiyeti modern toplumların yapısının, "özellikle akrabalık yapılarının ve çekirdek ailenin çerçevesi olarak ev halkının yıpranmasının" önemli bir ifadesidir. Hastane birçok açıdan Weber'in rasyonelleşme analizinin ve Foucault'nun panoptizm kavramının merkezî bir örneğidir (Clegg, 1994). Hastane modern toplumda araçsal rasyonalitedeki ilerlemenin (Hillier, 1987) ve 18. yüzyılda ailenin güç modeli olmaktan çıktığı 'yönetim zihniyeti'nin ortaya çıkışının somut bir örneğidir (Burchell *et al.*, 1991). Meslekî bir tıbbî güç alanı olarak hastane sanayi toplumunun en temel süreçlerinin (kentleşme, lâikleşme, uzman meslekî gücün egemenliği ve hizmet sektörünün gelişmesi vb.nin) bir örneğidir. Bu bölümde, tıbbî egemenliğin günümüzdeki genişlemesinin hastanenin yakın tarihiyle ilişkili olduğunu ve tıbbî bilginin toplum üzerindeki etkisinin hastaneler, üniversiteler ve tıp mesleği arasındaki ittifakla bağlantılı olduğunu öne sürüyorum (Larson, 1977). Özetle, günümüzde "tıbbî egemenlik tıbbî bilgide artışla el ele gitmiştir" (Mumford, 1983: 363). Tıbbî bilgide ve meşrulukta artışa, ayrıca, temel tıbbî teknoloji ve uygulama ortamları olarak hastanelerin gelişmesi ve ihtisaslaşması eşlik etmiştir.

Ortaçağda ortaya çıkan hastane tamamen hayır fikriyle yakından ilişkili –özellikle yoksullara yönelik– bir kurum ('hospitium')[4] idi (Horden, 1988). Bu kurumlar ayrıca hacılar için bakımevleri olarak kullanıldı. Modern hastaneyi hacılar için bakımevleri olan ilk örneklerinden ayıran bazı özellikler vardır. Modern hastanenin gelişimi, ilk

[4] hospitium (lat.): arkadaşlık.

olarak, çağdaş toplumlarda hastalığın yapısındaki temel değişimle, yani akut hastalıkların egemenliğinden kronik rahatsızlıkların egemenliğine geçişle ilişkilidir. İkinci olarak, tıp teknolojisinin etkisiyle modern hastanenin yapısı ve işlevleri değişti. Üçüncü olarak, tıbbî etkinliğin ihtisaslaşmasıyla ve hastane ortamında yeni uzman mesleklerin artmasıyla hastanedeki işlerin doğası farklılaştı. Bu yapısal ve teknolojik değişimler sonucunda hastane giderek daha fazla bir atölyeler toplamını andırmaya başladı (Strauss *et al.*, 1985).

Hastane bürokratik bir atölyeler toplamını andırdığı için, bu kurum hastane odasının yabancılaştırıcı etkisinin –sadece hastaların iyileşme kapasitesi açısından değil, duygusal sağlıkları bakımından da– zararlı etkilere sahip olduğunu öne süren çeşitli yazarlar tarafından eleştirildi. Hastanelerdeki sağlık hizmetlerinin niteliğini kesin olarak ölçmek çoğu kez güç olsa da, hastaların hastane ortamlarındaki tıbbî hizmetlerin formel ve bürokratik karakterinden farklı türdeki hoşnutsuzlukları arasındaki bağlantıya dair birçok bulgu vardır (Cartwright, 1983).

Bürokratik bir kurum olarak hastanenin sosyolojik eleştirisi sembolik etkileşimcilerin çalışmalarından, örneğin hastaneyi bir total kurum olarak betimleyen Goffman'ın kitabından (1961) oldukça etkilenmiştir. Çağdaş hastane eleştirisinin önemli bir özelliği, "aşağılayıcı bir kurum olarak hastane" eleştirisi ile "pahalı ve etkisiz bir tıbbî hizmetler sistemi olarak hastane" eleştirisi arasındaki yakınlaşmadır. Bu yüzden, hastane eleştirisi akıl hastalarının serbest bırakılması ve tımarhane tartışmasıyla paralel olarak ilerler. Bu tartışmalar, en iyisinden, tıbbî hizmetlerin merkezi yeri olarak hastaneye daha az vurgunun yapılmasına yol açsa da, hastane dinsel-olmayan kültürün örnek bir kurumu olarak kalır (Rieff, 1961). Okul ve hapishanenin yanı sıra, teknik tıp alanı olarak hastane de 'disiplin toplumu'nun bir parçasıdır (O'Neill, 1986). Tıp, bir ölçüde, sapmayı tanımlayan bir bilgi sistemi olarak dinin yerini almıştır ve böylece,

> hastane, büyük ölçüde, insan davranışının yeniden yorumladığı örnek bir kurum hâline gelmektedir. Onaylanmayan davranış cezalandırılması gereken bir suçtan, bedeli ödenmesi gereken bir mağduriyetten ya da sabır ve lütuf gerektiren bir günahtan ziyade, giderek tedavi edilmesi gereken bir rahatsızlık anlamı kazanmaktadır (Freidson, 1970: 248).

Hastane tıbbî gücün meslekî etkisinin temel bir parçası ve bu yüzden tıbbî-sınaî kompleks içindeki temel unsurdur.

Hastaneler ve Bürokrasi Teorisi

Modern hastane emek yoğun bir tıbbî hizmetler sistemidir. Bu kurumlarda istihdam edilen kişi sayısında ciddi bir artış yaşanmıştır. 1946'da ABD'de her kamu çalışanının 67'de 1'i hastanede istihdam edilmekteyken bu oran 1961'de 37'de 1'e çıkmıştır; emek-gücündeki bu artış modern hastanenin sunduğu hizmetlerin gelişimi ve kompleksliğini yansıtmaktadır (Mumford, 1983: 361). Ayrıca, hastanelerin sayısında hızlı bir artış yaşanmıştır. ABD'de 1873'te 178 hastane varken, bu sayı 1909'da 4359'a çıkmıştır. Avustralya'da 1861-1947 yılları arasında hastanelerde yatak sayısı 100 kişiye 1 yataktan 1000 kişiye 6 yatağa çıktı. 1982'de 768 devlet hastanesi ve 341 özel hastane vardı ve 1000 kişiye düşen yatak sayısı 7'ye çıktı (Sax, 1984).

Britanya'da Ulusal Sağlık Hizmeti 1946'da çoğu 1861'den önce kurulmuş olan eski ve çağı geçmiş hastaneleri devraldı. Bununla beraber, II. Dünya Savaşı'ndan sonra Britanya'da hastanelerin modernleşmesi ve geliştirilmesi için büyük yatırımlar yapıldı. Tıp ortamları olarak hastanelerin artan büyüklüğü ve kompleksliği bürokratik profesyonel yönetim sistemlerinin genişlemesiyle bağlantılıydı. Bürokratik yönetimlerdeki bu gelişmenin bir göstergesi, Britanya'da 1945'te formel bir giriş sınavına ve hasta kayıt sistemine sahip hastanelerde donanımlı bir uzman hastane yöneticileri mesleğinin gelişmesiydi.

Tıbbî hizmetlerin bürokratikleşmesinin ardından hastanelerin Weber'in ideal rasyonel bürokrasi tipine uygun düşüp düşmedikleri konusunda büyük bir tartışma yaşandı. Weber (1978, vol. 2: 956) bürokrasiyi şu boyutlar temelinde tanımlar. Bürokratik yapı formel olarak tanımlanmış uzman görevlere sahip çok sayıda birim içerir. Bürokrasinin otorite yapısı bu görevlerin istikrarlı ve sistemli bir biçimde yerine getirilmesini gerektirir. Memurlar bu birimlere, yarışma sınavlarıyla, genel kurallara göre yerleştirilir ve bir ücret sistemine tâbilerdir. Hiyerarşik bir egemenlik çizgisinin temelini büro hiyerarşisi ilkesi oluşturur. Görevlinin eşit, işin gereklerine göre ve tarafsız olarak davranması beklenir, böylece onun bürokrat üstlerinin meşru talimatlarını sorgulaması engellenir. Bu kamusal rasyonel davranış alanı memurun özel hayatından tamamen bağımsızdır. Weber'e göre, ayrıca, bürokratik ofislere sahip modern yönetim sistemi modern devleti, para ekonomisini ve rekabetçi esaslı uzmanlaşmış eğitimin temelini oluşturan bir genel eğitim sistemini gerektirir. Modern bürokrasi, ayrıca, bürokratik faaliyetler için istikrarlı bir yasal ortam sunacak bir rasyonel hukuk sisteminin geliştirilmesini gerekti-

rir. Çoğu kez yanlış biçimde, Weber'in bürokrasinin bilinen hedeflere ulaşmanın en etkili aracı olduğunu düşündüğü varsayılmıştır; onun argümanının temel parçası, aksine, bürokrasinin esasen etkin bir yönetimden ziyade istikrarlı bir yönetim sağladığıdır. Bürokratik organizasyon biçimi faaliyetlerin istikrarlı ve güvenilir bir şekilde tekbiçimli olarak gerçekleştirilmesini sağlar (Parkin, 1982). Bürokratik prosedürler *keyfi* kararlara göre işlemez.

Bürokratik büyük kompleks hastaneler Weber'in ideal bürokrasisine uygun bazı özelliklere sahip olsalar da, çoğu sosyologa göre modern hastane Weber'in ideal bürokrasinden bazı önemli farklılıklar sergiler. Hastane bürokratik idari bir yapıya sahip olsa da, doktorlar büyük bir mesleki gücü ellerinde tutar ve profesyonel idari sistemden bağımsız kararlar alırlar. Hastane, gerçekte, biri yönetimdeki idareciler topluluğunun ve diğeri profesyonel bir doktorlar grubunun izlediği ikili bir otorite sistemi içerir (Goss, 1963). Hastanenin otorite yapısı, bir tıbbî egemenlik sistemi sayesinde "rasyonel bürokratik sistem" ve "doktorun meslekî özerkliği" temelinde ayrışmıştır. Tıp mesleği nispeten özerk kalır ve sınırlı sayıda tıbbî olmayan düzenlemeye tâbidir; bu durumun nedeni, özel hekimin hastanenin bir memuru değil, bazı konularda hastanedeki mevcut imkânları kullanan bir ziyaretçi olmasıdır. Ayrıca, hekimler hastane ortamı dışında büyük bir sosyal statüye sahiptir ve onların uzmanlıkları bürokratik yönetime ters düşer (Georgopolous and Mann, 1972). 1974'te İngiliz sisteminin yeniden organizasyonundan önce Ulusal Sağlık Sistemi'nin (NHS) hiç de rasyonel bir bürokrasi olmadığı (Hillier, 1987: 213), çünkü geleneksel yönetim biçimine büyük yer bırakılan bir siyasal uzlaşmanın ürünü olduğu (Honigsbaum, 1989) öne sürülür.

Bu ikili otorite sistemi, görüldüğü gibi, hemşirelik gibi meslekler üzerinde problemli bir etkiye sahiptir, zira hemşirelik hem bürokratik hem de meslekî düzenlemelere tâbidir. Gerçekte, hastaneleri genellikle –üst düzey idarecilerin hastane yöneticileri aracılığıyla empoze etmeye çalıştıkları genel idari yapının aksine– farklı meslekî prestij ve otorite odakları içeren yapılar olarak görebiliriz. Hastane sistemi içindeki farklı meslek grupları arasındaki rekabet açısından bakıldığında, bazı sosyologlara göre hastane uzman sağlık çalışanları, idareciler ve hastaların her günkü görevler ve etkinlikler döngüsünü sürdürmek için uzlaşma sağlamak zorunda oldukları bir 'müzakere edilen düzen' olarak alınması gerekir (Strauss *et al.*, 1963).

Weber'in ideal bürokrasisinin hastanelerin analizi için uygun bir çerçeve oluşturduğu iddiasını, hastanelerin –diğer total kurumlar gibi– genellikle informel bir otorite yapısıyla ve bilhassa hastaların

yaşantısıyla ilişkili –resmî idarî sisteme ve ideolojiye uymayan– bir informel kültür geliştirdiklerini söyleyerek eleştirebiliriz. Blau'ya göre (1963, 1974), toplumsal organizasyonlar genelde formel otorite, pratik ve kültür örüntüleri kadar informel örüntüler tarafından da yapılandırılır. Bir organizasyonun formel kurallar sistemi kendi içinde her sorunu çözemez ve bu yüzden, uzun bir etkileşim döneminde bir bütün olarak organizasyonun sürekliliği açısından işlevsel informel sistemlerin ortaya çıkmasını bekleyebiliriz. Sosyolojik ceza kurumları araştırması, bu ıslah birimleri tipik olarak düzenin sürekliliği açısından temel önemde olsa da, cezaevi içinde saf otorite biçimini büyük ölçüde aşındırabilen bir informel bir yapının geliştiğini göstermiştir (Skyes, 1956).

Goffman (1961) bu informel toplumsal yapılar yaklaşımını total kurumlar araştırmasında parlak ve başarılı bir biçimde geliştirdi; Goffman bu empirik araştırmayla total kurumlar içindeki hastaların, tipik olarak yabancı ve yabancılaştırıcı bir ortamda varlıklarını sürdürebilme stratejisi olarak işleyen bir informel kültür geliştirdiklerine dikkat çeker. Diğer akıl hastanesi araştırmaları (Stanton and Schwartz, 1961) hastaların tipik olarak kendi huzur duygularına ve kurumun istikrarına katkıda bulunan informel gruplar geliştirdiklerini gösterdi. Bürokratik aygıtın bir parçası olmayan bu informel sistemler hastaların tedavi sürecinde açıkça önemlidir. Son olarak, büyük hastaneler Goffman'ın sahne arkası olarak adlandırdığı şeye, yani fazla görünür olmayan ve resmi bürokratik yapının gerektirdiği kontrol çizgisine ters düşen normlar ve âdetler tarafından organize edilen farklı faaliyet alanlarına sahip olacaklardır. Örneğin, hastanelerin mutfakları hastane normlarının tamamen uygun veya etkin olmayabileceği sahne arkasını oluşturur (Paterson, 1981). Bu sahne arkaları daha düşük statülü personelin 'kirli işler'i gerçekleştirdikleri yerlerdir.

Sonuç olarak, Weber'in bürokratik modelinin modern hastane araştırması için bir perspektif veya çerçeve olarak tamamen uygun düşmeyebileceği farklı durumlar vardır. Araştırmalar, bu kurumlarda uzman meslekî gücün –tek bir egemenlik çizgisinin işlemediği– birçok otorite sistemine ve ayrışmalara sahip olduğunu göstermiştir. Sonuçta, hastaneler meslekler arası çatışma sahneleridir ve düzgün işleyen makinelerden ziyade müzakere edilen düzenleri andırırlar. Yardımcı sağlık hizmetleri meslekleri ve uzman meslekler, özellikle, kompleks ve stresli görevleri yerine getirmelerini sağlayan karşılıklı örtüşen otorite çizgilerine tâbilerdir. Weberci sosyolojik modele bu eleştiriler tamamen isabetli olsa da, Weberci bürokrasi analizinin, bürokratik hastanenin ortaya çıkışını tarihsel olarak analiz etmek için

güçlü bir perspektif sunan bir başka türü daha vardır. Modern hastane tıbbî pratiklerin rasyonelleşmesini, tıbbî bilginin uzmanlaşmasını ve sağlık hizmetleri sistemlerinin ihtisaslaşmış birimlere ayrılmasını sağlayan bir toplumsal araç olarak kavramlaştırılabilir. Tıbbın rasyonelleşmesini açıklamak için Batılı toplumların gelişiminde hastanenin tarihini Weber'in karşılaştırmalı modernleşme sosyolojisi bağlamında ele almamız gerekir (Collins, 1986).

Tarihte Hastane

Hastanenin kökenlerinde dinsel kültür ve ihtiyaçlar vardır; örneğin, ilk hastanelerin büyük bir bölümü hacıların kutsal mekânları ziyaretlerinde dinlenmeleri ve korunmaları için oluşturulmuş yerlerdi. Modern hastanenin ortaya çıkması ve gelişmesi kentsel sanayi kapitalizminin etkisi altında dinsel kültürlerin lâikleşmesinin önemli bir örneğidir. Hastanelerin tarihi üç ana döneme ayrılabilir. 335-1550 yılları arasında Avrupalı toplumların erken dönem tarihindeki çoğu hastanenin temelini dinsel kuruluşlar oluşturdu. Bu dinsel kuruluşlar dönemi, Kral Konstantin'in pagan tapınakları kapatma ve Hıristiyan hastaneler inşa etme kararıyla başlar ve 16. yüzyılda 'manastır hastaneler'in kapatılmasıyla sona erer. Hastanenin ikinci gelişme dönemi hayır hastanelerinin gelişiminin hâkimiyeti altındadır. İlk hayır hastanesi Londra'da 1719'da kurulmuş ve 1913 Ulusal Sağlık Sigortası Yasası'yla kapatılmıştır. Son olarak, modern bürokratik hastanenin temel genişleme dönemi 1913-1948 yılları arasında Britanya'da Ulusal Sağlık Yasası'nın uygulamaya geçtiği zamana karşılık gelir.

Hastane sözcüğü –'hospites' veya ziyaretçiler kavramıyla ilişkili– Latince 'hospitalis' sözcüğünden gelir. Hastaneyle ilişkili diğer terimler hospice (ölümcül hastaların yattıkları bakımevi) ve spital (cüzamlılar hastanesi) kavramlarıdır. Terimin ilk anlamı konukseverlik kavramında sürdürülür. Bu nedenle, ilk hastaneler hac sırasında kendini hasta hisseden insanlar için sığınaklar, yani konaklama yerleriydi. Hastaneler, Britanya'da, İngiltere kanalıyla giden hacıların sıklığında artışların yaşandığı Normandiya İstilâsı'ndan sonra büyük bir hızla gelişti. Bu ilk hastaneler uzmanlaşmış olmaktan tamamen uzaktı ve hastalar, yaşlılar, yoksullar ve güçsüzlere açık evler olarak işlediler. Bu dönemde birçok farklı kurum yoksullar ve hastalara hizmetler sundu. Hacılar için hastanelerin yanı sıra, yoksullar evi, Bede Evleri* veya

* Bede evleri adını Mary St. Bede'den almaktadır. O İngiltere'de ilgili cemaa-

Maisons Dieu gibi kurumlar vardı. Çoğu manastırın girişinde ölümcül gezgin hastalar için bir bakım yeri (hospitium) ayarlanmıştı. Hastalarla ilgili hizmetlerde yoğunlaşma eğilimi gösteren bu kurumlar spitaller (cüzam evleri) veya spittle houses (salya evleri) olarak adlandırıldı. Britanya'da 1066-1550 yılları arasında bu tür yaklaşık 700 cüzamlılar hastanesi kuruldu; bunların çoğu sınırlı sayıda hastanın beslenmesini sağlayan çok küçük kurumlardı.

İlk hastane ihtisaslaşma biçimi, ilk bölümde gördüğümüz gibi, cüzamlılara hizmet sunan spitalin gelişimiydi. Bu spitaller cüzam evleri olarak bilinmekteydi. 1078'de Rochester'de bir cüzam-evi (leprosarium) kuruldu ve Başpiskopos Lanfranc 1084'te Canterbury yakınlarında Harbledown'da 100 hastanın bakımını sağlayacak bir cüzam hastanesi inşa ettirdi. Bu cüzam evleri 12. ve 13. yüzyıllarda hızla arttı. Cüzam büyük bir hızla artarken, çoğu eski yoksullar evi cüzamlıların kullanımına tahsis edildi. Cüzamlıları kontrol altına alan yasaların sayısında artış vardı ve bu düzenlemeler cüzamlıların şehir kapılarından girişlerini engelleyecek önlemler içermekteydi. Şiddetli kıtlıktan sonra cüzam 1315'te azalmaya başladı, ancak önemli bir hastalık olarak cüzamın gerçek sonu veba salgınına tesadüf etti (1346–1350). 1348'den sonra yeni bir cüzam yasası çıkartılmadı.

Bir başka ihtisaslaşma biçimi delilerin barındırılmasıyla ilişkiliydi. Londra'da 1247'de St. Mary Bethlehem akıl hastanesi kuruldu ve akıl hastalarının barındırılmasıyla ün kazandı. Kraliyet Komisyonunun Bethlehem'in altı erkek akıl hastası için barınacak yer sağladığını belirten 1403 tarihli bir notu vardır ve 1453'te bir başka referansta Bethlehem'in (veya diğer adıyla Bedlam'ın) (Allderidge, 1985) 'akıllarını yitirmiş' çok sayıda erkeğe sığınak sağladığı belirtilmektedir. 17. yüzyılda Bedlam 'aklını yitirmiş' kırk kişiye yer sağladı. Bu hastane akıl hastaları için kullanılan ortak bir terimin, Bedlamlılar kavramının kaynağıydı. Bedlam 16. yüzyılın ortalarında özellikle akıl hastalarına ayrılan Londra Kraliyet Şehir Hastanesi olarak yeniden organize edildi. Hastane'ye ilişkin 1633'te yapılan bir araştırma bu hastanede yatanların Londra bölgesinden yoksullar, muhtaçlar ve serserilerden oluştuğunu gösterdi. 1675'te, hastane daha seçici ve ihtisaslaşmış bir temelde yatırılan 100 hastaya sığınak sağlayacak donanımda yeniden inşa edildi. Bu hastane 18. yüzyılda bu kez "tedavisi imkânsız deliler" olarak etiketlenen 300'ün üzerinde hastaya sığınak sağlayacak biçimde genişletildi. 1724'te Norwich'te, 1767'de New Castle'da

---

tin öncü bir üyesi Batı Avustralya'da bir okulun inşa edildiği zor yıllarda rahibeleri sürekli teşvik eden büyük bir eğitimcidir.

ve 1777'de York'ta akıl hastaları için başka sığınaklar açıldı. 1845'te, Delilik Yasaları idari bölgelere ve (Parlamento'ya milletvekili gönderen) şehirlere akıl hastaları için tımarhaneler inşa etme zorunluluğunu getirdi (Donnelly, 1983).

Bir başka hastane ihtisaslaşma biçimi hamile kadınlar için yataklı hastanelerin açılmasıydı. Kökleri 1414'e kadar uzanan bir yasa kadınların yatarak tedavi görmelerini uygun bir hayırseverlik biçimi olarak kabul etmekteydi. Londra'da iki büyük Ortaçağ hastanesi (St. Mary without-Bishopgate ve Aziz Bartholomew hastaneleri) doğum doktorları getirdi ve anneleri doğum sırasında ölen çocuklar için hayırseverlerin desteğini sağladı. 19. yüzyılda çalışmadan sonra bir dinlenme döneminin gerekli olduğu fikri uzman erkek doktorlardan özel bakım hizmeti alan orta sınıf kadınlara özgü bir düşünce hâline geldi.

Ancak, hastanelerin cüzam, delilik ve gebelik konusunda ihtisaslaştıklarına dair belirli kanıtlar olsa bile, bu kurumsal gelişmeler kapsamlı değildi veya sistematik bilgilere dayanmıyordu. Genelde, modern çağdan önceki hastaneler ihtisaslaşmış bir temelde tedavi edilemeyen birçok farklı hastalığa yakalanan kişilerin son istirahat yerleriydi. Amaç, hastaların tedavisinden ziyade bakımını sağlamaktı ve uzmanlaşmış bir meslek olarak hemşirelik fazla gelişmemişti. Açıkça hastanede bakım için hiçbir devlet desteği olmaması yüzünden, bu Ortaçağ kurumları büyük ölçüde himayeye ve Hıristiyan Kilisenin desteğine bağlıydı. Hastaneler, ayrıca, panayırlar gibi yılda bir kez düzenlenen mekanizmalarla veya giriş ücreti alarak para topladılar. Bazı örneklerde hastaneler yerel halktan para veya vergi toplama hakkına sahipti. Bu dinsel kurumların çoğu himayeciliğin istismarıyla yıpranan Reformasyon döneminde yıkıldı. İngiltere'de, bu hastanelerin çoğu 1536-1547 yılları arasında monarşinin büyük bir ek vergi geliri toplama mücadelesinin sonucunda ortadan kalktı. 17. yüzyılda bir ölçüde farklı nedenlerle ve farklı bir insanlar kategorisi için hayır hastaneleri kuruldu. Bu hastaneler, örneğin Locke'un *İnsan Zihni Üzerine Bir Deneme*'de (1690) oluşturduğu ve Bentham'ın (1748-1832) geliştirdiği faydacı felsefi ilkeler üzerine kuruldu. Bu hayır kurumlarının ana kaynağı, sosyal reformların yapılması için uğraşan önemli bir dinsel girişimden ziyade, orta sınıf hayırseverlerdi. Yeni hastaneler zengin tüccarlar ve kapitalistlerin değil, daha ziyade yeni bir rantiyeler sınıfının himayesi altındaydı. Onlar genelde Kilise, devlet veya vergi mükellefleri tarafından desteklenmediler, aksine bağımsızlıklarını bireylerin bağışlarıyla sürdürdüler ve çoğu kez ücretsiz tıbbî hizmetler sundular. 1719'da yapılan bir araştırma İngiltere'de

23 bölgede hastanede yataklı tedavi uygulaması olmadığını gösterdi, ancak 1798'de neredeyse her bölge ve büyük kasaba karakteristik olarak belirli bir hayırseverin himayesinde bir sağlık ocağı kazandı. Örneğin, 1719'da Westminster hastanesi bir Londralı tüccarlar grubu tarafından kuruldu. Bu hastanenin hemen ardından Guy Hastanesi (1725), Londra Sağlık Ocağı (1734), Middlesex Hastanesi (1746) ve Bath Hastanesi (1737) kuruldu. 1743-1787 yılları arasında İngiltere'de farklı bölgelerde 20 büyük hastane kuruldu.

Bu hastaneler esasen evsizler, hastalar, öksüzler, işsiz serseriler için bir sığınak sağlamaya çalışıyorlardı. Bu hastanelerin çoğu havasız, soğuk, pis ve aşırı kalabalıktı. Özetle, bu kurumlarda hastalık ve ölümlülük oranları özellikle gençler ve çocuklarda oldukça yüksekti. Örneğin, Londra Foundling Hastanesi kurulduktan sonraki ilk birkaç yılda sadece 4.500'ü yatakta tedavi gören yaklaşık 15.000 çocuğa sağlık hizmeti verildi. Dolayısıyla, bu hayır hastaneleri orta sınıftan insanların bakım almaya veya dinlenmeye çalıştıkları yerler değil, büyük ölçüde maddi gücü yetersiz olanlara hizmet veren çok pis ve ucuz mekânlardı.

Hastanelerin ihtisaslaşması bazı belirli rahatsızlıklar temelinde uzmanlaşmaya başladıkları 19. yüzyıl tıbbının önemli bir parçası olarak başlamıştır. Örneğin Moorfield Göz Hastanesi 1805'te açıldı; Kraliyet Göğüs Hastalıkları Hastanesi 1814'te çalışmaya başladı; Kraliyet Kulak Hastanesi 1816'da ve St. Mark Kanser Hastanesi 1835'te kuruldu. Bunları 1848'de Victoria Park Göğüs Hastalıkları Hastanesi, 1850'de Londra Çiçek Hastalığı Hastanesi ve 1863'te Boğaz Hastalıkları Hastanesi izledi.

Hayır hastanelerinin miktarında önemli bir artış görülse de, bu kurumların hızlı kentleşme ve yoğun nüfus artışı yaşayan bir toplumun ihtiyaçlarını karşılayamadıkları açıktır. Ayrıca, onlar 19. yüzyıl ortasında çok sayıda evsiz ve işsiz yoksulla baş edemediler. Ayrıca, gönüllü hastane sistemi büyük kitlesel savaş koşullarında hizmet sunabilecek yeterlilikte değildi. Kırım (1854-1856), Boer (1899-1902) ve I. Dünya savaşlarının (1914-1918) ardından tıbbî hizmetler, eğitim ve bilgide bir devrim yaşandı. Kitlesel savaş Britanya'daki erkek nüfusun tüberküloz, görme bozukluğu, solunum rahatsızlıkları, şeker ve akıl hastalığı gibi birçok farklı tahrip edici hastalıktan muzdarip olduğunu gösterdi. Ayrıca, bu savaşlar modern orduların tıbbî donanımlarının azgelişmiş ve tamamen etkisiz olduğunu gösterdi. Örneğin, Kırım Savaşı'nda daha fazla erkek, savaş alanından ziyade yetersiz bakım nedeniyle öldü. Bu askeri felâketlerin toplumsal sonucu, orduda hemşirelik ve tıbbî hizmetler konusunda bir reform dönemi,

bir ulusal sigorta sistemi hareketi ve daha sistematik bir ulusal sağlık hizmetleri biçiminin gelişmesidir.

Doktorların eğitimi ve bir araştırma ve geliştirme merkezî (klinik) olarak modern hastane sisteminin gelişimi Fransız Devrimi'nin hastane sistemini dönüştürmesine çok şey borçludur. Klinik olarak hastanenin ortaya çıkışı Foucault'nun etkili araştırmasının (1973) konusunu oluşturur. Foucault 17. yüzyıldan beri 'ön-klinikler'in mevcudiyetini (örneğin, 1658'de Leyden'de Boerhaave tarafından kurulan kliniğin varlığını) kabul eder, ancak ona göre, tıp eğitiminin ardında yeni bir empirizmin, yani tıbbî tetkikin ortaya çıkmasının ardından Dilencilik Komisyonu tarafından gerçekleştirilen reformlar vardır.

Ortaçağ'da hastaneler esasen yoksullar ve yoksunlar için sığınma yerleriydi; onların kökenlerinde feodal bir sistemin ürünü olan hayır sistemleri vardı. Devrimci komiteler çürümekte olan bir toplumun yıpranmış simgeleri olduklarını düşündükleri hastanelerin ortadan kaldırılmasını önerdiler (Forrest, 1981). Devrim hasta bakımının 'doğal' yeri olarak aileyi görmekteydi. Aile hem koruma hem de (bir 'ahlâkî rejim' olarak tıbbî rejimin tamamlayıcısı olan) duygusal açıdan koruyucu bir ortam sunmaktaydı (Donzelot, 1979). Bununla beraber, farklı siyasal ve ekonomik nedenlerle, asıl hastane reformu ve hastaneleri ortadan kaldırma plânı başarısız oldu, ancak bu devrimci idealin başarısızlığından modern klinik doğdu.

Yeni sistem doktorlara daha iyi bir eğitim sundu ve hem pratik hem teorik bir sınav düzenleyerek şarlatan doktorların mesleğe girmesini engelledi. Bu reformlar, ayrıca, yoksullara temel bakım sağlayacak yeni bir sağlık görevlileri kategorisi yarattı. Daha önemlisi, hastane hastayı bir tıbbî eğitim nesnesine dönüştürdü. Hastalar hastalığın cisimleşmiş örnekleri olarak kullanılmaya başladı. Tipik olarak yoksullardan oluşan hastalar aynı zamanda bilimsel uygulamalarda kullanıldı. Foucault'nun ifade ettiği gibi, klinik tetkikle hasta bir teşhir nesnesi hâline geldi. Tüm Avrupa'da hastane sisteminin reformu 19. yüzyıl tıbbının önemli bir parçasıydı ve modern tıp biliminin gelişiminin temelini oluşturmaktaydı. Hastanenin artan önemi aşağıdaki faktörlere bağlıydı. İlk olarak, başarılı bir uzmanlaşmanın sonucunda toplumda tıp mesleğinin statüsü ve prestiji arttı. Ayrıca, hemşirelerin eğitiminde önemli bir gelişme söz konusuydu ve bu yüzden, donanımlı ve hastane hizmetlerinde çalışmaya hazır bir meslek grubu vardı. İkinci olarak, hastanelerde hijyen ve sağlık koşullarında gelişmeler vardı ve böylece, modern çağ öncesi hastaneyi karakterize eden yüksek hastalık oranları düşmüştü. Üçüncü olarak, modern hastanelerin gelişmesi gelirin yeniden dağılımı, orta sınıf

müşterilerin (clientéle) ortaya çıkışı ve psikosomatik tıbbın ortaya çıkışıyla hızlandı. Orta sınıflar artık tedavi araştırmaları için hastaneye yatmaya hazırlardı (Larson, 1977; Lewis and Maude, 1952). Genel hastanelerde zengin ve orta sınıflar için, onları halk kitlesinden ayıracak tek yataklı odalar oluşturuldu. Ayrıca, hastalık sigortası sistemlerinin genişlemesiyle orta sınıfların faydalandığı hastane hizmetlerinde gelişmeler ve ilerlemeler sağlandı. Son olarak, antibiyotiklerin geliştirilmesi ve kullanılması hastanede enfeksiyonun daha az yaygın olması anlamına gelmekteydi; orta sınıflardan hastaların tedavi ücreti ödemesi tıbbî ihtisaslaşmanın temelini oluşturdu ve cerrahinin tıbbî egemenliğini artırdı.

Hastane Reformu, Gelişiminin Sınırlandırılması ve Rasyonelleşme

1960'larda sanayi toplumlarının büyük çoğunluğunda kapsamlı bir hastane reformu ve yeniden inşa dönemi yaşandı. 1970'lerde bu hızlı gelişme döneminin sonuna gelindi ve çağdaş dönem kapsamlı bir gelişmeden ziyade hastanelerin gelişiminin sınırlandırılması dönemiydi. Bu yaklaşım değişikliğinin açık bir nedeni hastanelerin hızla artan maliyetiydi. Bu tıbbî maliyet artışının bir boyutu, kronik rahatsızlıkların ağırlık kazanmasıyla hastalığın karakterinin (nüfusun yaşlanmasıyla ilişki içinde) dönüşmesiydi. Fakat, bu maliyet artışının daha temel bir boyutu vardır –sağlık ve hastalığın köklü ve kesin çözümünün olmaması. Kurumsallaşmış tıbbın tedavi ettiği rahatsızlıklar bir buzdağının görünen –ve bilinen hiçbir kesin çizgiye sahip olmayan– yanını oluşturur. Bu yüzden, tıbbî harcamalar sağlıkla ilgili beklentilere ve sağlık kriterlerine bağlı olarak büyük bir esneklik sergiler.

Britanya örneğini alırsak, 1948 Sağlık Yasası'nın arkasındaki temel kabul, savaşın yarattığı yıkımdan sonra sağlığına yeniden kavuşması gereken hasta sayısı artmasına rağmen, bunlara ayrılabilecek fonların sınırlı olduğuydu. Pratikte, rahatsızlıklar malî açıdan bir dipsiz kuyuya dönüşmüştü. 1942'de Britanya'da ulusal sağlık hizmetlerinin tahmini yıllık maliyeti 170 milyon sterlindi, ancak reel harcamalar 1949'da 305.2 milyon sterline, 1950'de 336.5 milyon sterline çıktı. Diş harcamalarında miktar 1942'de bir ulusal diş sağlığı sistemi için tahminî 10 milyon sterlinken, 1949'da reel harcamalar 46.4 milyon sterline yükseldi. Britanya'da, sosyal hizmetler harcamaları 1913'te gayrisafi milli hâsılanın yüzde % 4.7'sini oluştururken, 1968'de % 26'ya

yükseldi. Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) harcamaları 1948'de sosyal hizmet harcamalarının yüzde % 13'ünü oluştururken, 1958'de % 21.6'ya çıktı (Brown, 1972). Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin ilk yılında Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi altında 200.000.000'dan fazla reçete yazıldı; 1970'lerin başında bu miktar yıllık 300.000.000 reçeteye ulaştı (Watkin, 1978). Ulusal Sağlık Hizmetleri tarafından 1953'te yaklaşık 6.000.000 çift takma diş ödemesi yapıldı. Bununla beraber, Britanya'da, Ulusal Sağlık Hizmetleri yetkililerinin tahminlerinin aksine, tıp hizmetlerinin genişlemesi hastalıklar ve rahatsızlıkların ortadan kalkmasını sağlamadı; II. Dünya Savaşı sonrası sağlık sistemi tıbbî etkinliklerin kapsamını sadece kronik ve dejeneratif rahatsızlıklar nedeniyle genişletmek zorunda kaldı.

Sağlık ekonomisinde bir problem, doğası gereği emek-yoğun bir endüstri olmasıdır. Bu iddia Ulusal Sağlık Hizmetleri'yle ilişkili istihdam rakamları tarafından açıkça desteklenmektedir. Ulusal Sağlık Hizmetleri'nde 1949'da yaklaşık 500.000 kişi çalışırken, bu rakam 1973'te yaklaşık olarak 1.000.000 kişiye çıktı, bu miktar çalışan nüfusun 30'da birini oluşturmaktadır. Hastane doktorları ve hemşirelerinin miktarı 1949-1973 döneminde iki katına çıktı; hastanelerin idareci ve memur kadroları da belirgin bir artış sergiledi. Hem uzman hekimlerin hem de yardımcı sağlık görevlilerinin sayısındaki bu artış hastane hizmetlerindeki maliyet artışlarını bir ölçüde açıklamaktadır.

Hastane harcamaları sadece sermaye harcamaları yüzünden değil, 1970'lerde Britanya'daki yüksek enflasyon oranları ve ekonomideki keskin düşüş nedeniyle de arttı. İngiliz hükümetleri bu mali sorunlar karşısında 1973'ten itibaren Ulusal Sağlık Hizmetleri'ne mutlak ve nispi harcamaları azalttılar, bu yönetim felsefesi küçük kırsal hastaneleri benimsedi ve hastane hizmetlerinin giderek özelleşmesini kolaylaştırdı (Wigdery, 1979). Britanya'da özel tıp hizmetlerinin artışı esasen Muhafazakâr hükümetler, idareci sınıfın politikaları ve Harold Wilson'un İşçi Partisi hükümetinin uygulamalarına kadar uzanan serbest-piyasa ilkeleriyle bağlantılıydı. Örneğin, 1975 Kaynak Tahsis Kurulu (RAWP), İşçi Partisi hükümeti yönetimi altında, sağlık hizmetlerinin kendi talebini yarattığını ve bu yüzden sağlık hizmetleri harcamaları üzerinde hiçbir sınırlama olmayacağını iddia etti. 1970'lerin sonlarında, İngiliz hükümeti daha ziyade koruyucu hekimlik ve halk sağlığını vurgulayan hareketlere daha olumlu bakmaya başladı (Doyal, 1979). Enflasyonla ilgili problemler, emek maliyetleri ve etkililiği problemi 1970'ler ve 1980'lerde diğer Batılı sanayi toplumlarında da aynı güçte hissedildi (Rodwin, 1984). ABD'de artan yataklı tedavi maliyetleri ciddi bir problem oluşturmaktaydı. ABD'de

sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde artış kişisel sağlık harcamalarında artmasına, üçüncü şahıs malî sorumluluk sigortasının ve yaşlanan nüfusun sosyal sigorta kapsamının genişlemesine yol açtı. Nitekim, 1950'de sağlık harcamaları yıllık 20 bin doların altındaydı, ancak bu miktar 1970'lerin sonunda yaklaşık 200 bin dolara çıktı ve yaklaşık olarak gayrisafi milli hasılanın % 10'u düzeyindeydi. Bu maliyet artışının bir başka nedeni doktorların maaşlarının ve vizite ücretlerinin artmasıydı (Mumford, 1983). Knowles (1973) 1925'te Boston Massachusetts Genel Hastanesi'nde hastanede bir gün yatmanın maliyeti yaklaşık 3 dolar olarak hesaplandı; 1977'de bu miktar ortalama 230 dolara yükseldi. Ayrıca, önemli bir değişim yaşandı: 1920'de Amerika nüfusunun sadece % 10'u sağlık sigortasına sahipken, 1970'lerde % 90'ı bir şekilde koruyucu hekimlik kapsamına alınmıştı. ABD'de akıl hastalıklarının maliyeti aynı ölçüde yüksekti. 1977'de Medicaid'in* akıl sağlığı hizmetlerine ödediği miktarın 4 milyar dolar üzerinde olduğu hesaplandı.

Bu yüzden, gelişmiş sanayi toplumlarında mevcut sağlık ve hastane hizmetleri sistemleriyle ilişkili ekonomik problemlerde artış vardır. Kamusal sağlık hizmetleri masraflı, sonuçsuz ve verimsiz olmakla eleştirilmektedir. Sonuç olarak, bazı toplumlarda sağlık sektörünün özelleşmesine yönelik baskın bir eğilim ve özel sigorta sistemlerine bağımlılıkta artış söz konusudur. Özelleşmeye bu vurgu Britanya gibi toplumlarda monetarist politikalar lehine sosyal Keynesyenciliğin reddedilmesiyle bağlantılıdır. Özelleştirme politikası dünyadaki ekonomik durgunluk sonucunda önemli ekonomik problemler yaşayan toplumlarda cazip hâle geldi.

Hastane hizmetlerinin monetarist bir eleştirisi yapılsa da, ayrıca 1960'lar ve 1970'lerde büyük ölçekli bürokratik hastanelere, hastalar arasında yaygın yabancılaşma yarattıkları düşüncesiyle sosyolojik eleştiriler yapılmıştır. Garfinkel'in (1956) perspektifinden, bu anonim işyerlerine her girişi bizi bir dizi kamusal ritüelle sivil kimliğimizden giderek uzaklaştıran bir aşağılama süreci olarak görebiliriz. Tedavinin standartlaşması, bürokratik verimliliği artırsa da, iyileşme deneyiminin kişisellikten büyük ölçüde uzaklaşmasına yol açar. Bu kişisellikten uzaklaşma hastanın kişisel eşyaları alınarak, ulaşabileceği mevcut kaynaklar düzenlenerek ve hastane içindeki hareketleri sınırlanarak sağlanır. Kişi bu toplumsal ritüeller aracılığıyla kademeli olarak 'tamgün hasta'ya dönüştürülür. Hastanedeki hastalar muhtemelen ceza

* 65 yaş ve üstü düşük gelirli ve uzun dönemli hastalıkları olanlar için ücretsiz sağlık hizmetleri sunan bir sigorta uygulaması.

bilimcilerin suçlu insanlarda gözledikleri sabıkalılığa benzer bir gelişme sergilerler. Örneğin, hastaların yattıkları süre uzadıkça hastanede daha fazla kalma eğiliminde oldukları veya gündelik faaliyetlerine dönmekle fazla ilgilenmedikleri bulundu (Wing and Brown, 1970).

Bir sağlık hizmetleri kurumu olarak hastane üzerine birçok eleştiride alternatif sistemlere işaret edildiğini görmüştük. İlk olarak, sağlık konusunda yeni bir birey algısı içeren koruyucu hekimliğe daha fazla vurgu yapılmaktadır. İkinci olarak, genel hastaneler, halk sağlığı hizmetleri sistemleri ve daha küçük hastane birimlerinin önemi giderek daha fazla kabul edilmektedir. Üçüncü olarak, yüksek teknoloji içeren tıbba ve bu gelişmelerin temel alanı olarak büyük genel hastanenin kullanılmasına daha fazla eleştiriler vardır. Sağlık reformunun gerekliliği konusunda daha büyük bir konsensüs olsa da, gelişmiş sanayi toplumlarında rasyonelleşme ve reformların gerçekleştirilmesinde büyük problemler yaşanmıştır.

Sağlık plânlamasıyla ilgili problemleri inceleyen Rodwin (1984) sağlık hizmetleri reformunu engelleyen faktörler konusunda üç temel açıklama biçimi belirledi. İlk olarak, sağlığın bizzat rasyonel teknolojiye ve endüstriyel yönetim alanındaki gelişen idari yapıların sistematik olarak plânlamasına yönelik bir ilişkiler durumu olmadığı görüşü vardır. Sağlık idaresiyle ilişkili (yatak/nüfus oranları gibi) temel kavramlar sağlık hizmetleri alanına tamamen uygun değildir. Ekonomik üretkenlik anlayışının aksine, sağlık bütünlüklü bir olgu değildir ve kültürel bir kavram olarak oldukça esnektir. Sağlık politikalarında hangi kriterlerin uygun olduğu konusunda genel bir konsensüs olmadığı için, rasyonel hedeflere ulaşmanın ve çağdaş yönetim stratejilerini uygulamanın zor olduğu görülmüştür. İkinci görüş, hekimler, idareciler ve tüketicilerin çıkarları çatıştığı için sağlık reformunun başarılmasının zor olduğudur. Mesleki tekellerin hastane ve sağlık sistemi üzerindeki kontrollerini sürdürmekte açık çıkarları vardır, bu yüzden reform girişimlerini engellemeye çalışacaklardır. Bu alanda yapılacak bir plânlama sadece dönemin egemen siyasal ve ekonomik çıkarlarını yansıtacak, sonuçta *geçici* ve pragmatik bir eğilim sergileyecektir. Üçüncü görüş, sağlık ihtiyaçlarının sürekli olarak metalara dönüştürüldüğü kapitalist yapılar ve çıkarların sağlık reformunu ve rasyonelleşmeyi kösteklediğidir; sağlık reformunun sermaye birikiminin temel çıkarlarına tâbi olduğu görülebilir.

Bu üç açıklamayı sadece bir ölçüde doyurucu olarak gören Rodwin çağdaş sağlık yasalarında üç yaygın eğilimin ortaya çıkmakta olduğunu kabul eder. Bunlar, sağlık sistemlerinin hedeflerinin (ra-

hatsızlıklarla ilgili problemlerden ziyade sağlıkla ilgili olanları ele alacak uygulamaların) genişlemesidir; o, ayrıca, sağlık hizmetlerinin daha fazla bölgeselleşeceğine inanır ve son olarak, sağlık hizmetlerinin kısıtlanması döneminin, sağlık maliyetlerinin artışı karşısında, günümüzdeki idari tepkilerin nispeten sürekli bir özelliği hâline geleceğini öne sürer. Hastane reformu probleminin ele alınması ve sağlığın tanımının kapsamının genel tıbbî güç ve toplumsal bilgiler çerçevesinde gözden geçirilmesi önemlidir. Özellikle, hastane reformunun çağdaş evresini 20. yüzyıldaki tıbbî gelişmeleri daha sistematik olarak gözden geçirerek ve özellikle temel kurumsal hastane biçimlerine işaret ederek ele almamız gerekir.

Sonuç

Hastanenin düzenli bir tarihsel evrim süreci içinde yer almadığını öne sürebiliriz; hastanenin biçimi içinde yer aldığı toplumun özellikleriyle uyumludur. Hastanenin tarihi, aynı zamanda, toplumlarda belirli dönemlerdeki yaygın egemen 'hastalık' açıklamalarını yansıtır. Hıristiyan hayırseverliğinin bir tezahürü olarak hospitium yolcuların dinlenme ve bakım yeriydi; hastane modern çağın başlarında hapsetme ve kısıtlama yeriydi. Foucault'nun (1973) argümanının temel vurgusu, hastanın, burjuva faydacılığı ve bir disiplin rejimi altında, klinik tetkike tâbi bir teşhir nesnesi hâline geldiğidir. Bu yüzden, "sağlık hizmetleri sistemlerinin esas merkezi olarak hastane"nin ortaya çıkışı tıbbî egemenliğin ve uzman mesleki gücün gelişimiyle bağlantılıydı. Görüldüğü gibi, yine de, hastanede tedaviye uygun olmayan kronik hastalıkların öneminin artması (tıbbî maliyetlerin yükselmesi ve tıp mesleğinin artan işbölümü sonucunda kendi içinde parçalanması) hastanenin bir kez daha dönüşmesine yol açmıştır. Hastane, aynı zamanda, kapsamlı ekonomik düzenlemelerden vazgeçilmesi ve gelişen mali ve tıbbî riskler bağlamında ekonominin küreselleşmesi sonucunda dönüşüme uğradı (Beck, 1992). Ayrıca, halkın profesyonel, ilaç tedavisi temelli, ana-akım tıbbın yabancılaşmasına ve alternatif ve tamamlayıcı tıbba ilginin arttığına dair birçok düzeyde kanıtlar vardır (Bakx, 1991; Easthope, 1993; Lowenberg and Davis, 1994). Bu gelişmeleri anlamak için hem tıbbın işlevlerinin giderek daha kompleks ve muğlâk hâle geldiği toplumsal-siyasal çerçeveye, hem de hastalıkların doğası ve kapitalist ekonomik sistemin gerekleri arasındaki kompleks ilişkiye daha yakından bakmamız gerekir.

9
Kapitalizm, Sınıf ve Rahatsızlıklar

Tıp sosyolojisi 1970'ler ve 1980'lerde neo-Marksist sosyolojiden ve ekonomi politik perspektiften önemli ölçüde etkilenmiştir. Bu yaklaşımların temel argümanı, çağdaş toplumlarda hastalıklar ve ölümlerin karakteristiklerinin esasen kapitalist üretimin doğasıyla açıklanabileceğiydi. Kapitalist girişimlerde kârlılık ihtiyacı nüfusun büyük bir kesiminin sömürülmesi ve yabancılaşmasıyla sonuçlanır; hem meslek hastalıklarının önemini hem de emeklilik ve boş zaman faaliyetlerinin problemli doğasını açıklayan şey işin sömürüye dayalı karakteridir. Kapitalizmde sağlık piyasadaki diğer şeyler gibi bir meta hâline geldiği için, sağlık hizmetlerine ulaşmayı ayrıca kâr, üretim ve verimliliğin gerekleri biçimlendirir. Bu yüzden, genelde, ekonominin gerekleri ile sağlıklı bir hayatın gerekleri arasında sürekli gerilim vardır. Kapitalist sağlık sistemlerinde sağlık, sağlık hizmetlerine ulaşma ve uzman meslekler konusundaki eleştirilere *International Journal of Health Services* ve Navarro'nun çalışması damgasını vurmuştur. Kapitalizm, sınıf ve rahatsızlık arasındaki ilişki konusunda bir tartışmanın temellerini ortaya koymak için Navarro ve çalışma arkadaşlarının temel argümanını kısaca açıklayarak başlamak uygun olacaktır.

Giriş niteliğinde bir yorum olarak, çağdaş toplumlarda sermaye birikiminin gerekleri ile sağlıklı, disiplinli ve eğitilmiş işgücü ihtiyacı arasında kompleks ve çelişkili bir ilişki bulunduğu belirtilmelidir. Piyasada emek arzı yüksek olduğunda sermaye sahibi işçinin sağlığı için gerekli sorumlulukları üstlenmeyecektir. İnsan sermayesi arzı çok yüksek ve esnek olduğunda kapitalist işveren tükenmiş işgücünün yerine zinde emeği daha kolay geçirebilecektir. İtaatkâr ve sağlıklı bir işgücüne sahip sürekli ve düzenli üretim gerekliliği kapitalist üretimin temel bir özelliği olsa da, kapitalistler işgücünün sağlık, eğitim ve refahının malî yükünü üstlenmek istemezler. Rekabetçi ve kâr amaçlı hareket eden kapitalist bu sosyal maliyetlerden kurtulmak ister. Bu yüzden, kapitalizmde devlet işgücünün düzenlenmesi, eğitim ve hizmetlerin sunulmasında belirli bir role sahiptir, zira bireysel kapitalistler emeğin yeniden-üretimi için gerekli altyapıyı sağlama konusunda gönülsüz davranabilirler. Navarro'nun (1976) argümanı kapitalist birikim, devletin rolü ve işgücünün sağlığı arasındaki kompleks ilişkiyle bağlantılıdır.

Navarro'ya göre, çağdaş kapitalist toplumlarda devlet müdahalesi hem olumsuz hem de olumlu sonuçlara sahiptir. Navarro olumsuz işlevlere veya negatif seleksiyon fikrine kapitalizmde sınıfsal çatışmaları engelleyen veya düzenleyen tüm devlet görevleri ve etkinliklerini dâhil eder. Bu negatif stratejiler yapısal seleksiyon, ideolojik işlevler, karar-alma ve baskıcı-zorlayıcı faaliyetler gibi farklı devlet mekanizmalarını içerir. Örneğin, devletin koruması altında sermayenin kârlılığını ve servet birikimini tehdit edebilecek alternatif tıbbî sistemler dışlanır (Easthobe, 1993). Bu negatif seleksiyon mekanizmalarının bir örneği, işçiyi kapitalist üretimin tehlikelerinden koruyan ve işçi için daha güvenli bir üretim sürecini sağlayacak mevcut hukukun etkin biçimde uygulanmasını temin eden uygun yasaların olmamasıdır. Endüstriyel kesintiler (örneğin, grevler) yüzünden çalışma saatleri kaybı konusunda önemli tartışmalar olsa da, endüstriyel yaralanmalar ve mesleki tehlikeler yüzünden çalışma saatleri kaybı konusunda çok az kamusal tartışma veya bilgi vardır. Riskler ve tehlikelerin etkisi mağdurlardan tipik olarak gizlenir (Beck, 1992: 62). Asbestin işçilere zararlarını önlemek için uzun zamandır devam eden mücadele sınaî süreçlerin düzenlenmesinde yasaların zayıflığının temel bir örneğidir (Hunter, 1959).

İkinci olarak, Navarro çağdaş kapitalist toplumlardaki rahatsızlıkların nedeni ve karakteri konusundaki ideolojik tartışmanın yönlendirilmesinde devletin önemli bir rol oynadığına inanır. Örneğin, rahatsızlıkları çevresel ve toplumsal koşullardan ziyade bireysel temellerde açıklama yönünde açık bir eğilim vardır. Rahatsızlık, işçinin –çoğu kez ahlâkî kusurlarından kaynaklanan– kişisel problemi olarak görülebilir. Rahatsızlıklar bireysel temellerde, uygun diyet, egzersiz ve kişisel hijyene bağlı kalmamanın sonucu olarak görülür; kapitalist toplumun bireyciliğini yansıtan bu bireysel yaklaşım rahatsızlıkların yapısal ve çevresel nedenlerini bulanıklaştırır. Bu ideolojik mekanizmanın bir başka özelliği, rahatsızlıkları uygun yasalar ve toplumsal değişikliklerle önlemekten ziyade, bireysel tedaviye odaklanmasıdır. Tütün endüstrisinin politikası bunun yaygın bir örneğidir. Sigara ve kanser arasındaki ilişki konusunda birçok araştırma yapılsa da, çoğu toplumda insanların sigara içmesini önlemeye yönelik nispeten az çaba vardır. ABD'de tütün endüstrisi, sigara kullanmanın –sadece akciğer kanseriyle değil kalp-damar hastalıklarıyla da ilişki içinde– sağlığa zararları konusundaki bilgilere ulaşmayı engelleyecek etkili bir baskı grubu olduğunu kanıtlamıştır. Britanya'da önde gelen siyasal partiler Doll ve Hill'in 1950'lerde topladığı, sigara kullanma ve akciğer kanserinde artış arasında önemli bir ilişki olduğunu gösteren

araştırma kanıtlarını dikkate almakta aynı ölçüde yavaş davranmışlardır (Cartwright, 1983; Inglis, 1981). Gelişmiş sanayi toplumlarında tütün endüstrisi, örneğin sigara reklâmlarını düzenleyen yasalar karşısında savunmacı bir tutumu benimsemek zorunda kalırken, gelişmekte olan toplumlarda veya potansiyel tiryakiler (sözgelimi, genç kadınlar) arasında yeni kâr arayışlarına yönelmiştir. Genel düzeyde, lobi gruplarının (alkol ve tütün gibi maddelerin tehlikeleri konusunda bilimsel kanıtlar açık olduğu durumlarda bile) büyük uluslararası şirketleri kollektif sağlık standartlarına uygun biçimde düzenlemek için devleti devreye sokmaları kolay olmayacaktır. Örneğin, eczacılık endüstrisinin düzenlenmesiyle ilişkili problemler büyük ölçüde belgelenmiştir (Bodenheimer, 1984; Braithwaite, 1984). Bilimsel kanıtların açıklıktan yoksun, çelişkili veya kompleks olduğu durumlarda, halkın hükümet politikasını etkilemek için kamusal tartışmalara katılma kapasitesi açıkça sınırlıdır. İyi beslenme, hayat tazı ve kolesterol düzeyleri konusundaki bilimsel tartışmayı kuşatan mevcut zihin karışıklığı bu problemin açık bir örneğidir (Hughes, 1994; Lupton, 1993).

Üçüncü olarak, Navarro'ya göre, devletin önemli bir işlevi, sağlık hizmetleri sistemlerinin geliştirilmesi ve sürdürülmesiyle ilişkili karar-alma süreçlerinde belirli sınıflar ve çıkar gruplarının süregelen egemenliğini meşrulaştırmaktır. Ona göre, Britanya ve ABD'de plânlama birimleri ve idari birimlerde üst sınıflar ve uzmanların egemenliği açıkça alt, orta sınıfların ve işçi sınıfının genel refahına karşı özel çıkarları destekleyecek biçimde işler. Önceki bölümlerde devletin mesleki ayrıcalıkların örgütlü meslek birlikleri ve ilişkili kurumlar aracılığıyla sürdürülmesinde ve güçlü grupların çıkarlarının devamında nasıl özellikle önemli olduğunu görmüştük (Larson, 1977).

Son olarak, örneğin, egemen güç kaynaklarıyla çatışabilen sağlık programlarında kesintiler yaparak veya bu tür girişimleri baltalayarak egemen sınıfın çıkarlarına doğrudan veya dolaylı olarak hizmet eden bazı 'baskıcı-zorlayıcı' mekanizmalar vardır. Başkan Reagan döneminde kamu hastanelerine ayrılan paylarda ciddi kesintiler ve özel ilâç şirketlerinin teşvik edilmesi bunun özellikle etkili bir örneğidir (Salmon, 1985). Bununla beraber, ayrıca, özelleştirme retoriğine ve Thatcher'in Muhafazakâr hükümetinde 'Bakıcı Devlet' eleştirilerine rağmen, gerçekte sosyal yardımlar için kamusal harcamalarda çok az ciddi düşüş vardı (Sullivan, 1992). Sosyal yardımlara yönelik muhafazakâr eleştirilerde, parasız sağlık hizmetlerinin açıkça enflasyonist bir sonuca sahip olduğu ve bu yüzden, devletin doktorlar ve hastalar arasına girmemesi gerektiği öne sürüldü. Bu eleştiriler sağ

kanat siyasal gruplarla popüler hâle gelse de, Thatcherci devrim özellikle sağlık problemlerinde tamamen uygulamaya konmadı ve gerçekte, refah devletinde sağlık hizmetlerine kamusal destek Thatcher hükümeti döneminde fiilen arttı (Taylor-Gooby, 1985).

Navarro'ya göre, negatif seleksiyon mekanizmaları açısından bakarsak, devlet sermayenin genel gelişimini ve belirli egemen sınıfların sürekliliğini tehdit eden sağlık problemlerini çözmek için müdahale eder. Navarro, Offe'yi (Lindberg, *et al.*, 1975) izleyerek, devletin kaynak dağılımı politikaları ve üretim politikaları ayrımı yapar. Kaynak dağılımına müdahale fikri altında, devletin sermaye birikiminin devamlılığı açısından önemli olan farklı türden toplumsal faaliyetleri etkileme ve yönlendirmedeki önemli rolüne işaret etmemiz gerekir. Sağlık alanında, doktorların bulaşıcı hastalıklar konusundaki otoriteleri belirlemeleri ve ilân etmelerini ve işverenlerin endüstriyel kazaları azaltmak için belirli koruyucu araçları benimsemelerini gerektiren düzenlemeler bu tür kaynak dağılımı örnekleridir. Tıp mesleğinin salgın hastalıkları ve nasıl geliştiklerini belirlemesi açıkça egemen grupların çıkarınadır, zira sınıfsal sistemin yeniden-üretimi bulaşıcı hastalıkların bu tür idari kontrolüne bağlıdır. Netice olarak, tıp Batının Üçüncü Dünya ülkelerini sömürgeleştirmesinde önemli bir rol oynamıştır; nitekim, "sömürgecilik bedeni kendi otoritesi, meşruiyeti ve kontrolünü sağlayacak bir alan olarak kullanmış –veya kullanmaya çalışmıştır" (Arnold, 1993: 8).

Navarro, üretimle ilgili müdahaleler başlığı altında devletin toplumsal kaynakların üretimine doğrudan katıldığı süreçleri ele alır; örneğin, tıp eğitiminin devlet üniversiteleri tarafından verilmesi, uyuşturucular konusunda araştırmalar yapılması, ilâç şirketlerine malî destek, devlet hastanelerinin idaresi ve farklı malî yardım biçimleriyle tıbbî araştırmaların yürütülmesi.

Özel sektör tipik olarak serbest piyasa retoriğine bağlı olsa da, 20. yüzyılda kapitalist toplumlarda devlet müdahalesinde önemli bir artış olmuştur. Navarro devlet müdahalesindeki bu artışı, sağlık hizmetleri sistemine özel referansla ve devletin sermaye birikim süreçlerini kolaylaştırmak ve özel mülkiyetin çıkarlarını korumak için müdahalelerini vurgulayarak açıklamaya çalışır. Özel sermayenin işlevleri çoğu kez devletin kurumsal desteğini gerektirse de, Navarro ayrıca daha yakın zamanda anonim şirketlerin çeşitli toplumsal sektörleri istila ettiğine dikkat çeker. Örneğin, Navarro anonim şirketlerin reklâmcılık, alım satım işlemleri ve bireysel ihtiyaçlarla ilgili farklı hizmetler aracılığıyla özel hayata büyük ölçüde sızdıklarını tespit eder. Navarro, ayrıca, bağımsız girişimci konumundaki uzman sağlık çalı-

şanlarının tıp firmalarında ücretli çalışanlara dönüşmeleriyle tıbbî nüfusun giderek 'proleterleşme'sine işaret eder. Ayrıca, çıkarların birincil ve ikincil tıbbî hizmetlerin sunulmasında özel şirketlerin önemli bir destek kazandığı tıbbî sistemde bir mülkiyet ve servet yoğunlaşması yaşanmıştır.

Navarro'nun sağlık ve kapitalizm arasındaki ilişki konusundaki açıklaması üzerine bu özetten, bazı teorik sorunların bizzat ekonomi politik yaklaşımdan kaynaklandığı açıktır. İlk olarak, farklı kapitalizm biçimleri ve sağlık arasındaki ilişkiyi analiz etmemiz gerekir; örneğin, erken kapitalizmden geç kapitalizme kadar önemli değişimler yaşanmıştır. İkinci olarak, farklı kapitalizm biçimlerinin nasıl geliştiklerini ve kapitalist sistemde değişimlere yol açan temel mekanizmaları ele almamız gerekir. Üçüncü olarak, hizmet sektörünün gelişimini ve bazı teorisyenlere göre beyaz yakalı çalışanların sayısındaki yeni bir orta sınıfla sonuçlanan artışı incelememiz gerekir. Son olarak, Batılı kapitalist sistemlerde son yıllarda temel tıbbî işlevlerin özelleşmesiyle ortaya çıkan önemli değişimlere bakmamız gerekir. Bu farklı sorunları inceleyerek neo-Marksist ve ekonomi politik perspektiflerin sınırlılıklarını ve çözüme kavuşturulamayan ikilemleri kavramaya başlayabiliriz. Bu sınırlılıklar, günümüz toplumlarında sağlıkla ilgili eşitsizlikleri ortaya koyacak yeni teorik ve empirik yönelimlere duyulan ihtiyacın göstergesidir.

Kapitalizm Biçimleri

Ana-akım sosyolojide standart bir uygulama, erken (rekabetçi) kapitalizm/geç (tekelci) kapitalizm ayrımı yapmaktı (Poulantzas, 1973, 1975). Daha yakınlarda, sosyologlar farklı bir terimin, yani 'örgütsüz kapitalizm' kavramının kullanılmasının uygun olduğunu düşünmeye başladılar (Offe, 1985). Sosyologlar 'erken kapitalizm' terimiyle Marx'ın *Kapital*'de betimlediği, 18. ve 19. yüzyıllarda İngiltere'de gelişmiş olan piyasa-egemen kapitalist toplum tipini kastederler. Rekabetçi kapitalizm, emek ve sermaye arasındaki ilişkiye parasal ilişkilerin hâkim olduğu saf kapitalizm biçimini temsil eder. Bu anlamda kapitalizm, temel üretim araçlarının özel mülkiyeti ve kontrolünü, ekonomik faaliyetlerin kâr amaçlı organizasyonunu, bu tür faaliyetleri düzenleyen bir piyasanın varlığını, özel sermaye sahiplerinin ekonomik kazançları toplumsal olarak gasp etmelerini ve emekgücünün piyasada özgür bireyler olarak görülen işçilerle sağlanmasını içerir.

Bu tanımda, zorunlu olarak devletin müdahalesine gerek yoktur, işçi ve işveren arasındaki ilişki hukukî veya ahlâkî mekanizmalar tarafından düzenlenmez ve tüm toplumsal ilişkilere ekonomik başarı kriteri hâkimdir. Bu kavram etrafında önemli tartışmalar yapılmıştır. Kapitalizmin ve kapitalist toplumun kökenleri, karakteri ve gelişimi konusunda önemli tartışmalar yaşanmıştır; bu terim Marksist söylemde ilk kez 19. yüzyılda ortaya çıkmıştır. Önemli bir sorun İngiliz toplumunda bile kapitalizmin saf biçimiyle var olup olmadığıydı, zira erken kapitalizmde piyasanın düzenlenmesinde devletin ve diğer kamu kurumlarının rolü konusunda birçok tartışma yapılmıştır. Bununla beraber, erken kapitalizm kavramını rekabetçi kapitalizm, işçi sınıfı ve sağlık problemleri arasındaki ilişki üzerine bir tartışmaya başlamak için kullanışlı bir araç veya ideal tip olarak alabiliriz.

Rekabetçi kapitalizmde işçi sınıfı, işverenle ve bir bütün olarak ekonomik sistemle ilişkilerinde ekonomik ve siyasal açıdan nispeten zayıf konumdadır. Rekabetçi kapitalizm modeli, en azından erken dönem Britanya'daki tarihsel biçiminde, işçi sınıfının ekonomik bağımsızlığını kazanmak için sermayeye karşı örgütlü kollektif siyasal eylemlerde bulunmasını gerektirir. Bu model, ayrıca, işçi sınıfının emeğini satmaktan başka hiçbir seçeneği olmamasını gerektirir, zira gücünü yitiren geleneksel köylülüğün kendi geçimini sağlama imkânı ortadan kalkmıştır. Erken kapitalizmin saf biçimi, ilk demografik geçiş evrelerinin bir sonucu olarak, nispeten genç ve genişleyen nüfusun emek arzının esnek olmasını gerektirir. Piyasaya müdahale edilmediği için kapitalistler üretim biçimiyle veya metanın doğasıyla ilgili yasaların kısıtlaması altında değildir.

Rekabetçi kapitalizmde aşağıdaki sonuçların ortaya çıkacağını varsayabiliriz: nispeten yüksek oranda endüstriyel yaralanmalar ve kazalar; fiziksel yıpranma ve kazalar sonucunda yüksek oranda işgücü giriş ve çıkışı; sanayileşmeden kaynaklanan yüksek düzeyde çevre kirliliği ve düzensiz üretim sisteminin sunduğu ürünlerinin alıcıları veya müşterilerinin yüksek düzeyde yaralanmaya maruz kalması. Bu yüzden, rekabetçi kapitalizmde işçi sınıfının sağlık standartları düşüktür, yüksek düzeyde çevre kirliliği ve düşük kaliteli besinler nedeniyle önemli hastalık örüntülerine rastlanır, çevresel düzenlemeler yoktur ve işçi sınıfı yerleşim alanları yetersizdir.

Kapitalizmde sömürüye dayalı çalışma koşulları ile rahatsızlıklar arasındaki bağlantının bir örneği 19. yüzyılda Amerikan maden işçileri arasında rastlanan akciğer kanseridir. Madencilerin sağlık koşulları 19. yüzyılda madencilik endüstrisinin oldukça rekabetçi ve emek-yoğun doğası tarafından belirlenmekteydi. Bu rekabetçi koşullar

altında, endüstriyel sağlık ve güvenlik prosedürleri çok yavaş yerleşmiş ve kabul edilmiştir; bu prosedürler işçi ve işveren arasındaki ilişkilerin düzenlenmesinde nispeten az etkili olmuştur. Britanya'da endüstriyel tıbbın muhtemelen ilk özel örneği Charles T. Thackrach'ın 1831'de yayınlanan *Temel Zanaatlar, İşler ve Uzman Meslekler in, Yurttaşlık Haklarının ve Hayat Tarzı Alışkanlıklarının Sağlıklı ve Uzun Hayat Üzerindeki Etkileri*'ydi. Ledd'de pratisyen hekim olarak çalışan Thackrach farklı meslek gruplarında sakatlanmalara ve farklı sağlık problemlerine dikkat çeker, ancak özellikle mesleki sağlık problemiyle ve çocukların çalıştırılmasıyla ilgilenir. Onun kitabı çocukların çalıştırılması konusunda artan kamusal kaygıların bir parçasıdır; bu alanda ilk etkili yasa Britanya'da imalâthaneler ve fabrikalarda çocukların çalıştırılmasıyla ilişkili 1833 Fabrika Yasası'dır. Bu yasa çocukların asgari çalışma koşullarını belirledi ve Yasanın uygulanmasını sağlayacak bir denetim komisyonu oluşturdu. 20 yüzyıl başlarında ve özellikle I. Dünya Savaşı'nın bir sonucu olarak, çalışma koşullarını düzenlemek için piyasaya ve işçi ve işveren arasındaki ilişkilere devlet müdahalesinde önemli bir artış vardı. Bu değişimler 20. yüzyılda kapitalizmin tekelci kapitalizme dönüşümüyle ilişkiliydi. Tekelci kapitalizm şu özelliklere sahiptir: kapitalist üretimin organizasyonunu kontrol eden özel bir idareci sınıfın ortaya çıkışıyla sermayenin mülkiyeti ve kontrolünün giderek birbirinden ayrılması; emeklilik fonları, bankalar ve diğer kollektif birimlerin etkisi sonucunda kurumsallaşmış mülkiyetin ortaya çıkmasıyla bireysel kapitalist mülkiyetin azalması eğilimi. Bu değişimleri 19. yüzyılda anonim şirketlerin genişlemesi izledi. Ayrıca, şirket birleşmeleri, ele geçirmeler ve diğer birleşme biçimlerinin hızlı gelişimiyle mülkiyet yoğunlaşmasında artış söz konusudur (Scott, 1979). Tekellerin gelişmesiyle fiyatlar artık kapitalist birimler arasındaki rekabet sonucunda belirlenmez. Ayrıca, devlet emek ve sermaye arasındaki müzakerelere müdahale ederek, ücret düzeyleri, kârlar ve fiyatları düzenler. Bazı yazarlara göre (Panitch, 1980), kapitalizm siyasal kararların sendikalar, meslek grupları, siyasal baskı grupları, lobiler ve gönüllü birlikler tarafından alındığı korporatist bir biçim kazanır. Tekelci koşullarda, ayrıca, devlet ülke nüfusuna eğitim ve sağlık hizmetleri sunarak bazı önemli refah işlevlerini üstlenir, ancak bu hizmetlerin sadece piyasa tarafından dikte edilmediği veya salt kâr ilkelerine göre ölçülmediği doğrudur.

Tekelci kapitalizmin ortaya çıkışını, 'piyasa ilkesi'nin zayıflamasını ve devletin üretim sürecine daha fazla dâhil olmasını açıklamak için bazı teoriler geliştirilmiştir. Örneğin, bir açıklamaya göre, belirli işlevler (örneğin, yolların yapılması, asayişin sağlanması, askeri görevler

ve iletişim sistemlerinin geliştirilmesi) kapitalizm için önemlidir, ancak özel sermaye bunları yüksek kârlarla sunamaz veya bu hizmetlerin geliştirilmesi bireysel kapitalistlerin uzun vadede üstlenemeyecekleri bir malî risk unsuru içerir. Devlet, altyapıyı geliştirerek ve insan sermayesine yatırımlar yaparak, genel rekabet ve ekonomik genişleme koşullarını güvence altına almaya çalışır. Bir başka açıklamaya göre, devlet iş akışını düzenlemek ve toplumsal ve teknik koşulların kâr oranını belirsiz ve istikrarsız kıldığı yerlerde genel kâr oranını güvence altına almak için müdahale eder.

Bazı hükümetlerin sosyal Keynesyenciliği kabul ettiği yerlerde (Weir and Skocpol, 1983) devlet müdahalesi, bu müdahalenin kamusal yatırım talebini ve yatırımları harekete geçirebilecek temel süreç olduğunun varsayıldığı Depresyon döneminin bir ürünüydü. Rekabetçi kapitalizmin krizlerinin (devletin sadece ekonomik gelişmeyi canlandırmak için gerekli sermaye aktarımlarını sağlayabildiği yerlerde) kârla ve birikimin sürdürülmesiyle ilişkili olduğu görülebilir.

Alternatif bir açıklamaya göre, I. ve II. Dünya savaşlarının krizlerinin ardından, işçi sınıfları hükümetleri sağlık, refah ve eğitimde iyileştirmeler yapmaya zorlayabilecek bazı siyasal avantajlara sahipti. Bu yaklaşıma göre, işçi sınıflarının reformist politikaların geliştirilmesiyle sermaye üzerinde geçici bir üstünlük sağlamasını mümkün kılan şey savaş sonrası hükümetlerin zayıflığıydı (Turner, 1986a: 1993). II. Dünya Savaşı sonrasında radikalizmin siyasal başarısı toplumlar arasında büyük farklılıklar sergilese de, genelde savaş sonrası dönem bir dizi yeni ilkeyle ilişkili, refah devletinin gelişmesinde ifadesini bulan önemli bir toplumsal yeniden inşa dönemiydi (Gallie, 1983). Sosyal refah düzeyindeki bu artışlar, işveren ve işçi arasındaki salt parasal ilişkilerin artık kurumsal sınırlamalar olmadan işlememesi anlamına gelmekteydi. Marx'a göre, 19. yüzyılda işçi iş veya açlık arasında bir seçim yapmak zorunda kaldığı tekdüze ekonomik ilişkilerin baskısı aracılığıyla kontrol edilmekteydi. 20. yüzyıl ortalarında bazı Avrupa toplumlarında refah düzeyinin artması ve kapitalizmin dönüşmesi işçinin tamamen parasal ilişkilerin kontrolü altında olmaması anlamına gelmekteydi. Bazı temel gelişmeler (sosyal Keynesyencilik, devlet müdahalesi ve refah toplumu) 1950'lerde işçi sınıfının genel sağlık düzeyinde önemli bir artışa yol açtı (Susser and Watson, 1962).

Bu değişimlerin sosyolojik açıklaması gerçekte komplekstir ve önemli bir tartışma konusudur. Devlet aygıtının genişlemesinin sermayenin genel kârlılığını sürdürmesi için gerekli olduğunu öne sürdüğümüzde bu açıklama işlevselci bir yoruma dönüşebilir; bunun

içerimi, devletin gerekleri ve sermaye birikiminin gerekleri arasında orantılı bir ilişki olduğudur. Bu açıklama önemli güçlükler ortaya çıkartır, zira devletin kendi sürekliliğini sağlamak için gerek duyduğu vergilendirme *ile* özel girişim ve ekonomik gelişmenin bir temeli olarak kârlılık arasında bir çelişki vardır İkinci olarak, bu tekelci kapitalizmin ortaya çıkışı açıklaması –sendikalar ve diğer siyasal kurumlar aracılığıyla işçi sınıfı mücadelesinin özel kârın hâkimiyetini kontrol ettiğini ve gizlediğini öne sürerek– sınıf mücadelesinin önemine özel bir yer tanıyabilir (Turner, 1986a). Bazı Marksist ve radikal teorisyenler, bu argümana, kapitalist toplumlarda reformizmin işçi ve işveren arasındaki ilişkiyi kökten değiştirmek için asla yeterli olmayacağını öne sürerek karşı çıktılar (Maravall, 1979). Son olarak, bu argüman tekelci kapitalizmin gelişiminin olumsal ve tarihsel özelliklerini (örneğin, Depresyonun yarattığı malî krizi, faşizmin ortaya çıkışını ve II. Dünya Savaşı'nda devletin ekonomik üretime müdahale zorunluluğunu) araştırabilir. Neo-Marksist devlet anlayışları, kesinlikle, örneğin, farklı devletlerin ekonomik durgunluk karşısındaki tepkilerindeki büyük çeşitlilikleri açıklamaya çalıştılar. İngiliz hükümeti durgunluk karşısında sosyal yardımlarda ekonomik kesintiler yaparken, İsveç'te durgunluk refah harcamalarını artırmak için bir argüman olarak kullanılmıştır (Sullivan, 1992).

Özel ve olumsal koşullara önem veren bu tarihsel açıklama tipinde bir kapitalist gelişme mantığından söz edilmez. Bu açıklamalarla ilişkili problemleri anlamak için, rekabetçi kapitalizmin zayıflamasının bir parçası olarak hizmet sınıfının ortaya çıkışını ele almak ilginç olacaktır. Bir hizmet sınıfının toplumsal işlevleri tıp sosyolojisi açısından özel öneme sahiptir, zira hizmet sınıfının gelişmesi sağlıkla ilgili mesleklerin günümüzdeki egemenliği, hastanenin toplumsal işlevleri ve bilimsel bilginin hâkimiyeti ile ilişkilidir.

Hizmet Sınıfı

Hizmet sınıfı kavramı ilk kez kapitalizmin değişen doğasını anlamaya çalışan Renner tarafından kullanılmıştır (Bottomore and Goode, 1978). Renner bu hizmet sınıfının üç bileşenini belirler: kamu sektöründe çalışanlar, özel girişimlerde (idari kesimlerinde) çalışanlar ve (sosyal yardım hizmeti sunan birimler olarak görülen) sosyal hizmetler alanında çalışanlar. Hizmet sınıfı (özellikle kamuda) toplumsal organizasyonların artan büyüklüğüne, uzmanlaşmış beceriler gerektiren birçok farklı mesleki alanda teknolojinin gelişmesine ve son

olarak, çağdaş kapitalizmde iş örüntülerinin ihtisaslaşması ve rasyonelleşmesine bağlı olarak ortaya çıkmıştır (Goldthorpe, 1982). Bu ara sınıfın gelişmesinin toplumsal ve siyasal sonuçları son yıllarda sosyologların özel ilgisini çekmeye başlamıştır (Abercrombie and Urry, 1983; Wright, 1985).

Hizmet sınıfının ortaya çıkışı ve işlevleri konusundaki açıklamalar üzerine en kullanışlı araştırma Offfe (1985) tarafından yapılmıştır. Offe dört açıklama biçimini inceler: bir sistem olarak kapitalizmin gerekleri, emek talebindeki değişimlerden kaynaklanan eksik istihdam, kapitalizmde üretkenliğin değişen gerekleri ve işçilerin arzyönlü çıkarları.

İlk açıklama tipi, hizmet sınıfının gelişmiş kapitalizmin sistemsel gereklerine bağlı olarak geliştiğini öne süren işlevselci bir açıklamadır. Bu sistemsel gerekler kompleks bir işbölümünü ve bir bütün olarak sistemin farklılaşmasıyla düzenleyici ve koordine edici faaliyetlerin öneminin artmasını içerlr. Hizmet sınıfı üretim faaliyetlerinin plânlanması, düzenlenmesi, kontrolü ve koordinasyonunu sağlar. Üçüncül sektör kompleksliği ve çeşitliliği artan sosyal sistemin belirli gereklerini karşılamak için ortaya çıkmıştır. Sosyolojik terimlerle, sosyal hizmetler geleneksel ev halkının zayıflaması, kentleşme, kadınların çalışma hayatına katılması, nüfusun değişen yaş yapısı, hastalıkların kronik ve dejeneratif rahatsızlıklara dönüşmesi sonucunda ortaya çıkmıştır. Tüm toplum düzeyinde düzenlemeler ve kontrole ihtiyaç vardır, ancak ayrıca firma içinde hem idari bürokrasi hem de rasyonel hizmetlerin plânlanması egemen bir konum kazanmaktadır. Bu hizmetlerde, çoğu ücretli emek ve sermaye arasındaki çatışmaları düzenlemeye ve kontrole yönelik önemli bir ihtisaslaşma vardır. Hizmet sınıfı modern toplumların rasyonelleşmesinin bir parçasıdır.

İkinci açıklama biçimi işsizlik problemine ve emek gücü fazlasının üçüncül sektöre kaymasına odaklanır. Üretimin hızlı mekanizasyonu bir emek gücü fazlası yaratır, zira emek gücüne talep düzeyi tam istihdamı sağlamak için kesinlikle yeterli değildir. Hizmetlerde ve beyaz yakalı işlerde artış bu fazla emek gücünü emmeye hizmet eder. Dolayısıyla, bu orta tabaka birikim süreciyle ilgili idari ve kontrol görevlerini yerine getiren üretken olmayan çalışanlar katmanından oluşur. Bu gruplar, gerçek üretime nispeten az katkıda bulunabilseler de, çoğu kez bir tüketici sınıf olarak görülürler, zira genel istihdam düzeyinde düşüş özel sermayenin ürettiği malların tüketilmesiyle ilgili problemler yaratır. Keynesci terimlerle, hizmet sınıfı arzı teşvik eder, zira bu sektördeki nispeten yüksek ücretler istikrarlı bir talep düzeyini sürdürmeye yardımcı olur

Hizmet sektörünün gelişimine ilişkin üçüncü açıklama değişen taleplerin karakteriyle ve 'üç sektör hipotezi'yle ilişkilidir. Bu argüman üç bileşene sahiptir. İkincil sektörde ekonomik üretkenlikte ilerleme hane halklarının reel gelirlerinde artışa yol açar. Reel gelir artarken malların tüketiminde doyum noktasına ulaşılır, sosyal hizmetlere talep artışı dayanıklı tüketim mallarına talepteki düşüşü telâfi edecek biçimde işler. Sosyal hizmetlerin üretimi tamamen rasyonelleşemeyeceği ve hizmet üretimi emek yoğun olduğu için, hizmetler alanında istihdam düzeyinde sürekli artış eğilimi vardır. Ayrıca, nüfusun yaşlanmasıyla ve zorunlu emeklilik yasası sonucunda sağlık, eğlence, eğitim ve kültür konusundaki sosyal harcamalar artacaktır. Ayrıca, kadınların işgücüne katılmasıyla ev içi hizmetlere talep artar. Ekonomik ve toplumsal düzenlemelerin kompleksliğinin artmasıyla, örneğin vergi danışmanlığı, hukukî danışmanlık, kişisel sigorta ve bankacılık faaliyetlerine talep artar. Özetle, hizmet sektörünün gelişmesi ve genişlemesi birçok farklı talebin ortaya çıkmasına yol açar.

Dördüncü perspektif, hizmet sektöründeki dinamizmi hizmet faaliyetlerinin sürekliliği ve genişlemesinde uzman ve yarı-uzman gruplara büyük taleple açıklar. Kişisel hizmet sektöründe fırsatların artması hizmet sektöründe çalışanların statülerini artırır. Özellikle kadınlar arasında, imalât sanayinde çalışmaktan ziyade hizmet ekonomisindeki beyaz yakalı işlere yönelik güçlü bir tercih vardır. Beyaz yakalı işler orta sınıf hayat tarzının kazançları ve avantajlarıyla, bedensel emeğin aksine zihinsel emekle ilişkilidir. Diplomacılık ve sosyal kontrol uzman ve yarı-uzman meslek gruplarının kariyerleri ve hayat tarzlarını korumaya hizmet edecektir. Bu tür mesleklerin genişlemesine yönelik bir iç mantık işlerlikte olduğu için, alternatif çalışma biçimleri daha arzulanabilir olarak görünür. Bu yüzden, statüyle bağlantı içinde sağlık hizmetleri mesleklerinde istihdamın üslü olarak artmasını sağlayacak önemli toplumsal güçler vardır.

Offe ayrı ayrı ele aldığımız bu argümanları hizmet sınıfının gelişmesinin tamamen ikna edici açıklamaları olarak görmese de, bu argümanlarla ilişkili sunumu 20. yüzyılın ikinci yarısında sağlık hizmetlerinin genişlemesini ele alırken kullanışlıdır. Hizmet sınıfının bir bileşeni olarak sağlık hizmetleri meslekleri, işgücü üzerinde önemli gözetim ve kontrol işlevleri yüklenebilir. Sağlık endüstrisi, doğası gereği emek-yoğun olduğu ve hemşirelik gibi belirli faaliyetler kolayca rasyonelleştirilemeyeceği için, önemli sayıda emek içerir. Ayrıca, bu mesleklerin gelişmesi yönünde bir içsel baskı vardır, zira statü toplulukları olarak görülen sağlık meslekleri kendi istihdamları ve

emek arzı üzerindeki tekelci kontrollerini sürdürmek için güçlü baskılar uygularlar. Bu meslekler ve faaliyetler müşterilerin ihtiyaçları temelinde kolayca meşrulaştırılabilir ve nüfus yaşlandığı ve rahatsızlık kavramı esnek olduğu için sağlık hizmetlerinin genişlemesi yönünde güçlü bir baskı vardır. Son olarak, çekirdek ailenin zayıflaması ve evin bir sağlık birimi olarak önemini büyük ölçüde yitirmesi sonucunda, sağlık mesleklerinin genişleyebileceği toplumsal yapıda, deyim yerindeyse, uygun bir boşluk vardır. Sağlık ekonomisinde arz talep yaratır. Gerçekte II. Dünya Savaşı sonrasında hizmet sektöründe temel bir genişleme olsa da, 1973'ten beri kamusal hizmetlerin ekonomik olarak daha fazla düzenlenmesini savunan Keynesyenciliğe karşı siyasal ve sosyal hareketler vardır. Örgütsüz kapitalizmde, hizmetlerin kamu tarafından sunulması *ile* özel sermaye birikiminin gerekleri arasındaki çatışmalar giderek artmakta ve kalıcı olmaktadır. 1960'larda Marksistler özel sermayenin düzenleme ve kontrolle ilişkili temel işlevler konusunda devletin sağladığı hizmetlere bağımlı olduğunu iddia etseler de, 1970'lerin sonlarında ve 1980'lerde genel bir özelleştirme hareketi yaşanmıştır. Örgütsüz kapitalizm hakkındaki çağdaş düşüncede, özel ve kamu, hizmet ve kâr arasındaki çelişkiler teorik tartışmalar ve analizlerin merkezi ilgi odağı hâline gelmiştir.

Kapitalizmin Krizleri

1973 petrol krizinden sonra malların fiyatlarında ciddi düşüş, ülkelerin genel borçlanma düzeylerinde artış, enflasyon ve işsizlik döngüsü ve dünya para sisteminde bir kriz yaşanmıştır (Johnson, 1985). Ekonomik kriz karşısında ortak bir tepki, monetarist politikaların veya daha popüler bir ifadeyle, 'Reaganomi' ve 'Thatcherizm'in benimsenmesi olmuştur. Bu politikaların genel amacı, en azından resmen, Keynesyenciliğe ters düşer, zira onlar kamu harcamalarını kısmaya, sosyal güvenlik yardımlarını azaltmaya, para arzını kontrole, kişisel vergileri düşürmeye ve vergi muafiyetleriyle özel sanayiyi teşvik etmeye çalışırlar (Frank, 1983). Sosyal hizmetler alanında, bu sıkı para politikaları sosyal yardım harcamalarında kısıntıyla ve ayrıca daha önceden devlet kontrolündeki hizmetler ve kurumların özelleştirilmesiyle ilişkiliydi.

Bazı sosyologlar kapitalizmin krizini seçmenlerin daha fazla sosyal hizmet talepleriyle özel kazanç ve daha fazla birikim arayışındaki sermaye sahiplerinin ekonomik çıkarları arasındaki çatışma ekseninde değerlendirdiler. Bu perspektife göre, devletin sosyal yardım

ödemeleri kaynağı olarak 'vergilendirme' ile sanayinin gelecek üretim için yeniden yatırım amacıyla gerek duyduğu 'özel kazançlar' arasında zorunlu bir çatışma vardır. Habermas (1976) bu çatışmayı ekonomik, siyasal ve sosyal sistemler arasında bir dizi çelişkili alışveriş olarak kavramsallaştıracak bir model geliştirir. Rekabetçi bir üretim ve dağıtım organizasyonu olarak ekonomik sistemin problemleri göz önünde bulundurulduğunda, devletin vergi gelirleri elde edebilmek için alışverişlerle ekonomiyi düzenlemeye ve desteklemeye yönelik 'yönlendirici icraatlar'da bulunduğu görülebilir.

Sosyokültürel sistem açısından, yönetim seçmene sisteme bağlılığı ve siyasal katılımı karşılığında sosyal refah imkânları sunar. Seçmenin artan beklentileri, hükümetler üzerinde seçmenin siyasal bağlılığının temeli olarak refah uygulamalarını geliştirme ve artırma yönünde sürekli baskı yaratır. Fakat refah uygulamalarındaki bu artışlar kârlılığın sınırlandırılmamasını gerektiren ekonomik sistemin sürdürülmesini tehlikeye sokar. 1970'ler ve 1980'lerin ekonomik durgunluk döneminde demokratik yönetimlerin siyasal problemleri yoğunlaştı, zira, kârlılığın düşmesi ve yatırım fırsatlarının azalmasıyla, devlet kendini ekonomik sistemin düşük performansı nedeniyle seçmenin bağlılığının zayıfladığı sürekli bir kriz içinde buldu. Habermas'a göre, kapitalist toplumlardaki çağdaş demokrasileri karakterize eden meşrulaştırma krizinin ekonomik temelini bu durum oluşturur.

Hükümetlerin işverenler ve seçmenlerden gelen bu çapraz baskıya tepki kabiliyeti ekonomik sistem içindeki işbölümüyle daha da azaldı ve kompleks hâle geldi. Ekonomi farklı ve bazen çatışan çıkarlara sahip rekabetçi, tekelci ve devletçi sektörlere bölündü. Tekelci sektör emeğin sendikalaşmasından kaynaklanan daha yüksek ücret düzeylerini küçük işverenlere göre daha fazla tolere edebilir. Tekelci sektörde nispeten yüksek ücret düzeylerinin yerleşmesiyle, diğer alanlardaki işçilerin de benzer taleplerinde genel bir artış vardır ve böylece yüksek ücret kaynaklı enflasyon ortaya çıkar (O'Connor, 1973).

Batılı hükümetler bu enflasyonist ve malî krizler karşısında kendi refah plânlarını rasyonelleştirecek ve özelleştirmeyle ilgili farklı programlar benimsediler. Teoride, bu rasyonelleşme sosyal sistem açısından üç önemli sonuca sahiptir (Hirschhorn, 1978). İlk olarak, hizmetlere ve kamu borçlanmalarına harcamalar azalırken kamu sektöründen özel sektöre yeniden sermaye aktarılır. İkinci olarak, sosyal hizmetlere ayrılan paylardaki kısıntılar, insanları piyasaya girmeye zorlayarak, emek arzını, özellikle düşük ücretli emeğin miktarını artırır.

Üçüncü olarak, sosyal hizmetler harcamalarındaki kısıntılar hizmet sektöründeki yöneticileri asgari sosyal refah standartlarını sağlayabilmek için kendi sosyal yardım programlarını rasyonelleştirmeye ve yeniden düzenlemeye zorlar. Sosyal hizmetler sektöründe rasyonelleşmenin amacı, işsizliği giderek daha az cazip ve daha cezalandırıcı kılarak, sosyal yardım harcamaları ve ücretler arasındaki ilişkiyi değiştirmektir. Bu yüzden, sosyal yardım harcamalarındaki kısıntılar işçi sınıfının kapitalist düzenlemelere direncini azaltmak için başvurulan bir siyasal araçtır. Sosyal hizmetlerin gerçekte insan sermayesinin kalitesini artırarak sermaye artışına üretken katkı sağladığı söylenebilse de, günümüzde dünya genelindeki ekonomik durgunluk işçi sınıfının lehine değildir, zira kapitalist girişimler sosyal güvenlik ve sosyal hizmet avantajlarının çok düşük ve neticede kârların daha elverişli olduğu başka ülkelere kayabilir. Ulusal hükümetler kendi yerel ve iç problemlerini çözmeye çalışırken, tekelci sermaye de girişimlerini dünyanın herhangi bir kesimine, disiplinli bir emekgücüyle ve yatırım teşvikleriyle denizaşırı yatırımları kendine çekmeye çalışan hükümetlerin girişimleri nedeniyle kârların yüksek olduğu ülkelere kaydırabilir.

Tartışmayı özetlersek, kapitalist toplumda devlet iki temel, ancak çelişkili işlevi, sermaye birikimi ve meşrulaştırma işlevlerini yerine getirmek zorundadır. İlk işlev konusunda, devlet kârlı özel sermaye birikimlerini mümkün kılan toplumsal ve ekonomik koşulları sürdürmek ve geliştirmek zorundadır. Bununla beraber, meşrulaştırma işlevinde, devlet toplumsal uyumla ilişkili genel koşulları sürdürmek ve geliştirmek zorundadır. Mülk sahibi sınıfın çıkarlarını destekleyerek yanlı ve tek yönlü davranan devlet siyasal meşruiyetini kaybetme riski altındadır. Bununla beraber, devlet genel toplumsal uyumla ilişkili koşulları yaratmaya çalışırken özel sermaye birikimiyle ilgili görevlerini yerine getiremeyebilir.

Bu iki toplumsal etkinlik biçimine bağlı olarak gerçekleştirilen kamu harcamaları bu çelişkili ihtiyaçların varlığını gösterir. O'Connor gibi (1973: 7), sosyal sermayeyi kârlı birikimi sürdürebilmek için gerekli harcamalar olarak tanımlayabiliriz. Bu sosyal sermaye ayrıca sosyal yatırım ve sosyal tüketim biçiminde ikiye ayrılabilir. İlki, emeğin üretkenliğini artıran ve kâr oranlarında yükselmeye yol açan projeler ve hizmetleri anlatır. Sosyal yatırım harcamaları yollar ve kanalizasyon sistemlerinin inşasını, araştırma ve geliştirme harcamalarını içerir. Sosyal tüketim emeğin yeniden-üretim maliyetlerini azaltan ve ayrıca yatırımların kârlılık oranlarını artıran hükümet projelerini içerir. O'Connor bu sosyal sermaye biçimlerini devletin sosyal

sistemi meşrulaştırma görevini yerine getirmek için yaptığı sosyal harcamalardan ayırır. Bu sosyal harcamalar en azından doğrudan üretken yatırımlar değildir; onlar refah sistemine yapılan harcamalar sayesinde toplumsal uyum üretirler. O'Conor'a göre, tüm yönetim birimleri bu ikili birikim ve meşrulaştırma işlevi içerir ve çoğu hükümet faaliyetinin kompleksliği bu işlevler arasındaki çelişkili ilişkiyle açıklanabilir.

Üç Kamu Harcamaları Teorisi

Çağdaş kapitalizmde devlet müdahalesinin ortaya çıkışıyla ilgili bazı açıklamaları ele aldık. Bu açıklamaların ana teması, kapitalist toplumlarda farklı krizlerin sadece merkezi bir birim, özellikle devlet tarafından sağlanabilecek çözümleri gerektirdiğidir. Bu teoriler ilişkili iki önemli işleve, yani devletin iki alandaki katkısına dikkat çekerler: (1) devletin sermaye birikimine yardımcı olmak için ekonomik problemlerin çözümüne sağladığı katkılar ve (2) devletin toplumun meşruiyetini sağlamak için toplumsal uyumla ilgili bazı problemlerin çözümüne sağladığı katkılar. Kullanışlı olsalar da, bu teorilerin kamu harcamaları konusundaki açıklamaları hâlen bir ölçüde muğlâktır. 20. yüzyılda devlet müdahalesinin artmasıyla ilgili tarihsel koşulların 1930'ların ekonomik krizi, II. Dünya Savaşı sırasında devletin ilgili askerî ihtiyaçları ve işçi sınıfı hareketlerin kaynakların daha iyi veya daha eşit dağılımını sağlayabilmek için (seçim reformuyla ilişki içindeki) örgütlenmeleri gibi faktörleri içerdiğini görmüştük (Skocpol, 1980).

Farklı kamu harcamaları teorilerini gözden geçiren Devine (1985), 20. yüzyılda kamu yatırımlarındaki artışları açıklamaya çalışan üç genel gelenek tespit eder. İlk açıklama, O'Connor'ın çalışmasının temsil ettiği ekonomik yapısalcılıktır. Bu argümanlarda devletin sosyal yatırım girişimleri ekonomik sistem içindeki birikim örüntüleri döngüsünün bir fonksiyonu olarak görülür. Devlet, uzun vadede ekonomik gelişimi sürdürmek için, sadece iş hayatının döngüsündeki krizleri düzeltmeye çalışmaz, aynı zamanda emek gücünün kalitesini artırabilmek için temel insan sermayesi yatırımlarına yönelir. Gelişmiş kapitalist ekonomilerde devletin ekonomik rolü üretim ve yeniden-üretim maliyetlerinin etkilerini azaltmaktır. Devlet ekonomik gerileme dönemlerinde yeni yatırım teşvikleri sağlar ve özel sermayeyle sözleşmeler imzalayarak istihdam yaratır.

Bu kamu harcamaları açıklaması siyasal mücadelenin önemini

vurgulayan analizlerden ayrıdır. Piven ve Cloward (1971), toplumsal rahatsızlıklar karşısında devletlerin tepkileri üzerine klâsik araştırmasında, hükümetlerin yardım harcamalarını artırdıklarını ve bu türden kısa vadeli önlemlere başvurduklarını öne sürer, zira düzene tehdit ortadan kalktığında hükümet harcamaları azaltacaktır. Dünya ekonomik krizinin ardından yoksulları rahatlatmak için hükümet müdahalesi büyük ölçüde artsa da, hükümet müdahalesi için bireysel yoksulluk önemsizdir. Hükümetler yoksullar "kitlesel bir seçim sarsıntısı"na yol açtıklarında müdahale ederler (Piven and Cloward, 1971: 77). Piven ve Cloward daha yeni bir araştırmada, bazı toplumsal rahatsızlık biçimlerinin, örneğin 1960'lardaki kentsel isyanların meslekî eğitim, konut, sağlık ve eğitim gibi konularda daha sürekli ve kalıcı toplumsal hizmetler üretilmesine yol açtığını öne sürer. Argümanı biraz değiştirirsek, ABD'de yönetimin sosyal yardımlar sağlamasında örgütlü işçi sınıfı mücadelesinin ırkçı çatışmalar ve kentsel isyanlara göre nispeten daha az etkili olduğunu görmek ilginçtir (Isaac and Kelly, 1981). Daha genel bir hipotez olarak, toplumsal protestolar ve çatışma düzeyleri ile yurttaşlık haklarının (siyasal haklardan temel refah imkânlarına ve yeniden-bölüşüm fırsatlarına kadar birçok alanda) genişlemesi arasında yakın bir ilişki olduğunu öne sürebiliriz (Lash, 1984; Turner, 1986a).

Üçüncü kamu harcamaları teorisi 'devlet idarecileri sınıfı yaklaşımı' olarak adlandırılabilir. Bu yaklaşıma göre, basitçe kapitalist sınıfın veya mülk sahiplerinin bir kesiminden ziyade devlet seçkinleri özel çıkarlar, bilinç ve siyasal güce sahip bir 'kendisi için sınıf' oluştururlar. Bu sınıf egemen sınıfın ekonomik gücünden göreli özerktir (Block, 1977). Kamu yöneticilerinin siyasal önemlerini ve kaynaklar üzerindeki kontrollerini sürdürmek için mevcut hükümet harcamalarını artırmakta veya en azından sürdürmekte özel çıkarları vardır. Kuşkusuz, kamu yöneticileri devletin ve toplumun genel ekonomik koşullarından tamamen bağımsız olamaz veya bu konulara kayıtsız kalamazlar. Onların mevcut hükümet harcaması düzeylerini sürdürebilmek için iş dünyasının devlet politikalarına güveninin devam etmesini sağlamaları gerekir. Bu yöneticilerin çıkarları sermaye sahiplerinin çıkarlarıyla yakından ilişkilidir, zira ekonomin zayıflaması devletin vergi tabanını ve idarî gücün sürekliliğini tehdit eder. Temel argüman, devlet yöneticilerinin çıkarlarının güç artışında yattığı düşünülürse, kamu harcamalarının artma nedeninin bir harcamalar sarmalı yaratan bürokratikleşme mantığı olduğudur.

Devine (1985) bunları ayrı kamu harcamaları teorileri olarak alsa da, onlar gerçekte uyuşmaz yaklaşımlar değillerdir ve gerçekte bu üç

tema temelinde daha genel bir devlet teorisi geliştirmek mümkün olacaktır. Örneğin, devletin genişlemesinin temeli olarak siyasal çatışmaya vurgu ile kapitalist üretim tarzının ekonomik gerekleri konusunda bir yapısalcı anlayış arasında hiçbir uyuşmazlık yoktur. İş dünyası, devlet ve tâbi toplumsal gruplar arasındaki sınıfsal çatışmaların hükümet politikalarını nispeten istikrarsız kılmasını bekleyebiliriz, zira onlar çelişkili talepler 'ekonomik birikim' ve 'siyasal meşruiyet' ikilemi arasında kalırlar.

ABD: Tıbbî-Endüstriyel Kompleks

Kapitalizmde kâr güdüsünün sağlık hizmetleri ve rahatsızlıklar üzerindeki etkisi ekonomi politik ve Marksist yaklaşımlarda şiddetle eleştirilmiştir. Örneğin, Waitzkin ve Waterman'a göre (1974: 15-16),

> insanî bir sağlık sisteminin kapitalist bir toplumda mümkün olduğu [açık değildir]. Tıp kurumu bir toplumun genel sosyal-politik çerçevesiyle yakından ilişkilidir. Kapitalizmde yurttaşların uygun sağlık hizmeti alma hakkı muğlâk bir ilke olarak kalır. Hizmetlerin maliyeti, kötü dağılımı ve düşüklüğü konusundaki yaygın kaygılara rağmen, tıp mesleği ve büyük Amerikan şirketleri kâr amacıyla rahatsızlıkları sömürmeye devam etmektedir. Ayrıca, sosyal yardım haklarıyla ilgili siyasal mücadeleler çoğu kez istikrarsız ve çelişkilidir. Sosyal yardımlar yoksulları düzenleme biçimi olmasına rağmen, aynı zamanda tâbi toplumsal grupların önemli bir siyasal zaferidir.

Bu tespit görünüşte belirli bir geçerliliğe sahip olsa bile, kapitalist toplumların kendi içlerinde ve aralarında mevcut sağlık hizmetleri sistemi, siyasal düzenleri ve ekonomik sistemler olarak gelişme biçimleri bakımından önemli farklılıklar vardır. Ayrıca, Mechanic'in (1968) gösterdiği gibi, tıbbî hizmetlere ayrılan kaynakların sınırlandırılması tüm modern toplumlarda kaçınılmaz görünmektedir. Tek sorun bu sınırlandırmaların nasıl yapılacağıdır. ABD sağlık hizmetleri sistemi tarihi önemli bir karşılaştırmalı yaklaşım sunar. ABD'de kamusal hizmetler ve sosyal güvenlik sistemi diğer endüstriyel-ekonomik sistemlere göre özellikle daha geç gelişmiştir. Merkeziyetçi olmayan bir sağlık yardımları fonu bulunan Batı Almanya 1883 başlarında bir sosyal güvenlik sistemi geliştirmeye başlamıştır. Diğer toplumlar sosyal güvenlik şemalarını 19. yüzyıl sonlarında geliştirmeye başlamışlardır; örneğin, Avusturya 1883'te bir sosyal güvenlik programı oluşturmuştur. Britanya ve İsviçre 1911'de sağlık hizmetleri sosyal

güvenlik şeması oluşturmuştur. Bununla beraber, Sosyal Güvenlik Yasası altında Medicare* ve Medicaid'in kurulduğu 1965'lere kadar ABD'de sosyal güvenlik aracılığıyla kapsamlı bir kamusal sağlık hizmetleri sistemi oluşturulmamıştır (Stevens, 1971; Stevens and Stevens, 1974). Tarihinin büyük bölümünde ABD farklı özel, bireysel ve gönüllü sağlık hizmetleri ve sosyal yardım biçimlerine bağlı kalmıştır. 1929 Wall Street Krizi'nin ortaya çıkardığı sosyal ve ekonomik problemler karşısında geliştirilen 1930'ların Yeniden-Yapılanma (New Deal) programları altında bazı temel sosyal yardımlar sağlanmıştır. Franklin Roosevelt yönetiminde yoksullar ve yoksunlar için refah hizmetleri sunan bazı önemli gelişmeler olmuştur. 1935 Sosyal Güvenlik Yasası çalışanların zorunlu katkıda bulundukları bir ulusal yaşlılık sigortası çerçevesi oluşturmuştur.

Federal hükümet bu sigorta şeması uygulamasına katılamayacak 65 yaş üzeri yoksulların bakımını üstlenmeleri için eyaletlerle anlaşmalar yaptı. Sosyal Güvenlik Yasası ayrıca bir işsizlik sigortası içermekteydi ve burada eyaletlerin bağımlı anneler ve fiziksel özürlülere sosyal hizmetler sunmaları için bir ulusal yardım sistemi oluşturuldu. Sosyal Güvenlik Yasası, bazı ciddi sınırlılıklarına rağmen, Amerika'da sosyal politikaların tarihinde yeni bir başlangıç noktasıydı (Leuchtenburg, 1963).

Amerika'da sosyal güvenlik ve sosyal yardım sistemlerinin geç gelişmesiyle ilişkili farklı açıklamalar sunulmuştur; bu geç gelişme ABD'de radikal ve sosyalist siyasal partilerin yokluğuyla yakından ilişkiliydi. ABD'de sosyal politika ve yardım uygulamaları tarihini gözden geçiren Higgens (1981) ABD'de refah devletinin zayıflığını ve geç gelişmesini açıklayabilecek bazı faktörleri ele alır. İlk olarak, devlet müdahalesinin meşru olarak görülmemesinde ideolojik faktörler önemli bir rol oynamış olabilir. Özellikle Amerikan bireyciliği kendine yetme ve dayanmanın ahlâkî değerini vurgulama eğiliminde olmuştur (Bellah *et al*., 1985). Tocqueville'in 1835'te *Amerika'da Demokrasi*'yi yayınlamasından beri Amerikan toplumsal hayatı üzerine yorumlar ahlâkî ideolojinin toplumsal ve kültürel hayat üzerindeki gücünden etkilenmiştir. Bireyin vurgulandığı çağdaş Amerika'da kamusal hayatta iradi eylemler ve gönüllü birliklerin öneminin altı çizilir. Sosyal alanlarda iradeciliğe vurgu, ayrıca, devlet müdahalesinden ve bürokrasiden korkuyla bağlantılıdır; demokratik bireycilik devlet müdahalesine karşı yerel faaliyetler ve kişisel sorumluluğun önemini vurgular. Bu bireycilik 19. yüzyıl sonlarına doğru, ayrıca,

* Yaşlılar için devlet sağlık sigortası

Avrupalı toplum felsefesinden alınan, özellikle Herbert Spencer'ın evrimci düşüncesindeki ırkçı sosyal Darwinist öğretilerle ilişkili hâle gelmişti. Bir ideoloji olarak Sosyal Darwinizme göre tüm sosyal yardım politikaları ve kurumları zayıf, yozlaşmış ve ahlâken bozulmuş olanları koruyacaktır. Evrimci ilerleme, en etkili sosyal sistemi güvence altına almak için, en uygunun hayatta kalmasını sağlayacak mekanizmaların geliştirilmesini gerektirir. Zayıfların devlet tarafından korunması uzun dönemde toplumun sürekliliğine zarar verecektir. Bu bireycilik ve kendine yetme öğretileri Amerikan toplumunda önemli ve etkili olmayı sürdürmüş ve sosyal refah programlarının gelişmesini teşvik etmemiştir (Feagin, 1975; James, 1972).

Devletçilik karşısında yerelciliğe verilen ideolojik önem ayrıca kuvvetler ayrılığıyla ve yerel özerklik ve devletin haklarının belirlenmesiyle bağlantılıydı. Amerikan kamu etkinlikleri ve yönetim yapılarında merkeziyetçiliğin olmaması tutarlı ve merkezî bir ulusal sosyal yardım sisteminin geliştirilmesini engellemiştir (Wilensky, 1975, 1976). Bu anayasal ve idarî düzenlemeler sosyal yardımlar ve hizmetlerin sağlanmasında önemli bölgesel farklılıkların sürekliliğine katkıda bulundu. Siyasal sistemin bu ayrışması, yerel seçkinleri, sistemin merkezî reformu ihtimali karşısında özel çıkarlar ve amaçları korumaya teşvik etmiştir.

Sosyal yardım sisteminin zayıflığının bir başka nedeni, ABD'de sosyalist bir parti aracılığıyla ifade edilen güçlü bir sendikacılığın ve işçi sınıfı mücadelesinin olmamasıydı. Örneğin Britanya'da 1970'lerin sonlarında işgücünün yaklaşık yarısı sendikalıyken, ABD'de bu miktar % 22 civarındaydı. Ayrıca, yoksullar, işsizler ve azınlık grupları arasında eşitlik mücadelesine bir alternatif olarak bireycilik ideolojisinin önemi göz ardı edilmemelidir. Kaynakların dağılımı konusunda açıkça eşitsiz bir yapıya sahip olan ABD'de yoksullar bile, tipik olarak, "kişisel gelirin yeniden-dağıtılmasıyla daha fazla toplumsal eşitlik sağlanması" fikrini desteklemezler. Örneğin, en alt gelir gruplarındaki siyah Amerikalılar arasında gelirin yeniden-dağıtılmasıyla eşitlikçiliği destekleyenler üçte birden daha azdır (Turner, 1986b). Daha önceki bir tartışmada gördüğümüz gibi, Piven ve Cloward (1971), yoksulların siyasal hareketliliği servetin toplumsal dağılımında reformlar yapmak belirli geçici önlemler üretebilse de, bu avantajların nispeten kısa ömürlü olduğunu ve refah kurumlarının, bu perspektiften hareketle, yoksulların maddî ihtiyaçlarını karşılamaktan ziyade siyasal itaatlerini sağlamakla ilgilendiklerini öne sürer.

Son olarak, merkezî sağlık hizmetleri ve refah sistemini mesleki konumları, hizmetler üzerindeki tekelci kontrolleri veya hastayla ya

da müşteriyle ilişkilerinde kişisel otoriteleri için bir tehdit olarak gören farklı baskı grupları, meslek birlikleri ve iş çevreleri sosyal yardım reformunun geliştirilmesini engellemiş ve karşı çıkmışlardır. Amerikan Tıp Birliği merkezî, kamusal bir sağlık hizmetleri sisteminin gelişmesini önlemeyi başarmıştır. Tıp Birliği'nin çıkarları, zorunlu ulusal sigorta sisteminin kurulmasıyla ilişkili tüm girişimlere karşı olan özel sağlık sigorta kurumlarının çıkarlarıyla çoğu kez örtüşmüştür.

Britanya'da ve diğer kapitalist sanayi toplumlarında, tıp mesleği sağlık hizmetleri sistemlerinin gelişmesinde veya gelişmemesinde özellikle önemli bir aktör olduğunu ispatlamıştır. Avustralya Tıp Birliği 1930'daki Ulusal Sağlık ve Emeklilik Sigortası Yasası'na, Whitlam hükümeti döneminde Medibank'ın ve Hawke yönetiminde Medicare'in kurulmasına karşı çıktı, zira bu programlar tıbbî egemenlik, mesleki özerklik ve vizite ücretleri için bir tehdit oluşturmaktaydı (Opit, 1983; Scotton, 1978, 1980). Amerika'da tıp mesleği üzerine iki yeni araştırma bu ülkenin sosyal yardım politikasına büyük ışık tutar.

Rosen (1983) ve Starr (1982) tıp mesleğinin ve ilişkili kurumların ABD'de 19. yüzyıl sonlarına doğru toplumsal olarak zayıf bir konumdan tıbbî egemenlik konumuna geçtiği toplumsal bağlama dikkat çeker. 19. yüzyıl ortalarında tıp mesleğinin moral gücü düşüktü ve önemli bir meslekî organizasyon veya statüden yoksundu. Tıp tedavilerinin etkililiğini kanıtlayabilecek konumda değildi, kentleşmenin olmadığı bir dönemde bu sınırlı hizmet için bile yeterince müşteriye sahip değildi. Meslek bilimsel öneme sahip değildi ve toplumda doktorların statüsünün zayıflamasıyla ilişkili birçok meslek içi tartışma vardı. Devlet hastaneleri gelişmemişti ve çoğu hasta kendi evinde tıbbî bakım görmekteydi. Fakat, 1875-1920 yılları arasında pratisyen hekimlerin statüsü bazı toplumsal gelişmeler sonucunda arttı. Starr'a göre, tıp hizmetleri piyasasının genişlemesi ekonomik gelişme, kentleşme ve kentsel taşımacılık sistemlerinin bir ürünüydü. Tıp mesleğinin egemenliği devlet onaylı diplomalarla pekiştirildi.

Tıbbın profesyonel gelişimiyle, hekimler vizite ücreti sistemi dışındaki farklı alternatif uygulamalara karşı çıkmaya başladılar. Hekimler sağlık hizmetlerindeki yeniliklerin bireycilik, kendine yetme dayanma gibi değerleri zayıflatacağını öne sürdüler. Halk sağlığı bölümlerinin geliştirdikleri teşhisler ve koruyucu hekimlik uygulaması mesleğe doğrudan ekonomik tehditti ve ayrıca mesleki özerkliklerini ve hastayla ilişkilerinde kontrollerini zayıflatacaktı. Bununla beraber, Starr'a göre, ABD'de vizite ücretine dayalı tıbbın gelişmesi zorunlu olarak muğlâk Marksist yorumları desteklemez, zira

kapitalizm birçok farklı tıbbî hizmet sistemiyle uyumludur ve Amerikan tıbbının kapitalist sınıfın veya kapitalist sistemin 'nesnel' çıkarlarına uygun olarak gelişip gelişmediği açık değildir (Starr, 1982: 160-167).

ABD'de sosyal yardım programlarının Avrupa'dakilerle aynı yönde gelişmemesinin bir nedeni, işçi sınıfı hareketlerin zayıf olması ve ABD'deki mevcut ekonomik ve sosyal sistemi önemli ölçüde tehdit etmemeleridir. Sağlık sigortası gibi sosyal yardım sistemleri için nispeten sınırlı ve örgütlü bir siyasal mücadele vardı. Bununla beraber, Dünya Ekonomik Bunalımı'nın ardından 1930'ların ortalarında Amerikan Tıp Birliği nihayetinde özel sigorta uygulamasının bazı özelliklerinin kendi tıbbî hizmet tekellerini destekleyebileceğini fark etti. Bu meslek örgütü, en büyük yatırımcıyı kontrolüne geçirerek, üçüncü şahıs sigortalarını kendi malî avantajına çevirdi. II. Dünya Savaşı'ndan sonra örgütlü tıp mesleği ayrıca Medicare, Medicaid ve diğer tıbbî programların geliştirilmesiyle önemli siyasal ve malî avantajlar sağlayabildi.

Starr'ın tıp mesleğinin sosyal yardım hizmetlerine karşı bir çıkar grubu olarak ortaya çıkışı üzerine tarihsel açıklamasının ilginç özelliği, tıbbî hizmetler üzerindeki 'müşterek kontrol'ün nihayetinde meslekî özerklik, inisiyatif ve statüde azalmayla sonuçlanabileceğine inanmasıdır. Tıbbî-endüstriyel kompleks sayesinde serbest piyasaya ve girişimciliğe vurgunun yeniden canlanması hekimleri kâr amaçlı, özel sağlık sistemlerinin ücretli çalışanlarına dönüştürmüş ve tıp mesleğinin belirli ölçüde proleterleşmesine yol açmıştır. Ticarî bir girişimde ücretli olarak çalışan uzman hekim, uygun sağlık hizmetleri sunmanın yanı sıra, şirketin kâr etmesini sağlamak zorundadır. Ayrıca, ABD'de sağlık hizmetlerinin günümüzdeki gelişimi ihtisaslaşma üzerine yeni bir vurguya yol açtı; ihtisaslaşma bir bütün olarak tıp mesleğinin mesleki iç bütünlüğünü ve dayanışmasını zayıflattı veya en azından tehlikeye soktu. Bu iç ayrışmaya ek olarak, tüketici grupların gelişmesi, meslek etiğiyle ilişkili yasaların çıkartılması ve teknolojik tıbbın halkı korkutması sonucunda, alternatif sistemler aracılığıyla daha holistik tıbbî hizmet biçimlerine ilgi canlandı. Tıbbın ticarileşmesi ve serbest piyasa ilkelerinin hâkimiyeti uzun vadede geleneksel özerk uzman hekimin konumunda zayıflamaya yol açabilir; bu gelişmeler tıpta meslekî istihdamın karakteri hakkında kapsamlı bir tartışmaya yol açmıştır (Derber, 1984).

Monetarist arayışlar tıp mesleğinin geleneksel otoritesini uzun vadede zayıflatabilse veya yıkabilse de, bu politikaların kullanıcılar

ve tüketiciler açısından ciddi sonuçları vardır (Davis, 1984; Salmon, 1985). Ekonominin rasyonelleşmesi, özelleşmesi ve düzenlenmemesi toplumun daha az avantajlı kesimlerinden daha ayrıcalıklı kesimlerine gelir aktarılmasıyla, yoksullara destek düzeyi düşürülerek, eğitim, konut ve sağlık hizmetlerindeki temel programlara ayrılan fonlar azaltılarak, sosyal hakların yerleşmesi için gerekli fonlar kaldırılarak ve meslekî sağlık alanında uygun sağlık standartlarının geliştirilmesi için ayrılan malî kaynaklar kesilerek başarılmıştır (Milio, 1985).

Bu politikaların sonuçlarını birçok farklı sosyal yardım alanında açıkça görebiliriz. Örneğin, yoksul çocukların oranı 1979'dan beri yaklaşık % 30 artmıştır. 1981-1982 yıllarında ABD'de yedi eyalette bebek ölümlülük oranlarında artışlar ve ayrıca siyahlar ve beyazlar arasındaki ölümlülük oranlarında önemli farklılıklar görülmüştür. Michigan'da, örneğin, bebek ölümlülük oranları ilk kez olarak 1000 canlı doğumda % 13'ten daha yüksek çıkmıştır. Bebek ölümlülük oranlarındaki bu artışlar yoksulluk, işsizlik artışı, beslenme düzeyinde düşüş ve Medicaid'teki yeni sınırlamalar nedeniyle sağlık sigortası kapsamının daraltılmasıyla bağlantılıdır. Yoksullukta artışın önemli göstergeleri olsa da, özel sağlık sektörü yüksek kârlılık ve genişleme oranı sergilemiştir. Reagan yönetiminde vergi oranlarında düşüşün ekonomik ve siyasal önemi, devletin gelirlerini azaltan, zorlayıcı, teşvik edici istihdam programlarını ortadan kaldıran ve sosyal yardım hizmetlerini yeniden düzenlemeyi amaçlayan yeni sosyal refah programlarını devreye sokmasıdır. Sosyal yardım uygulamalarındaki bu değişimlerin sonuçları, sağlık sistemi içindeki sınıfsal ayrışmaları daha da pekiştirmek ve dolayısıyla, ayrıcalıklı olanlar ve olmayanlar arasında belirgin bir farklılık yaratmak olmuştur.

Sonuç: Kapitalizm, Sınıf ve Kriz

Rahatsızlık, sağlık hizmetleri ve kapitalizm arasında kompleks bir ilişki olduğunu gördük. Bazı yazarlara göre, modern toplumdaki yaygın rahatsızlık biçimleri ve içerikleri doğrudan kapitalizmin karakteri ve gereklilikleriyle açıklanabilir. Navarro'ya göre, çok yüksek teknik sağlık hizmetleri imkânına sahip modern hastane sermaye birikimiyle ilgili mevcut ihtiyaçların ve kapitalist sistem içindeki siyasal mücadelelerin düzeyini yansıtır. Ona göre, ayrıca, özel mülkiyet haklarını koruyan yasalar iş hayatı, meslekî tehlikeler ve stresle ilişkili rahatsızlıklar konusunda uygun yasaların olmamasıyla keskin karşıtlık içindedir. Ayrıca, medikal modele ve ilişkili nedensel kategorilere

göre sağlık bir metadır ve bu görüş rahatsızlıkların sorumlusunun giderek birey olarak görüldüğü kapitalizmin temel kabullerini yansıtmaktadır. Sağlık kaynaklarının dağılımı, ayrıca, egemen sınıfın bir kesimi olarak tıbbın mesleki egemenliğini yansıtır. Britanya gibi toplumlarda sosyal yardım sistemindeki mevcut kriz, kamu harcamalarının azaltılması talebi ve özelleştirmeler, özetle, kârlar üzerindeki kısıtlılıklar ve piyasanın sınırlandırılması nedeniyle kapitalist gelişmeyle ilişkili mevcut ihtiyaçları yansıtmaktadır (Navarro, 1978). Britanya'da Ulusal Sağlık Sistemi'ne yapılan harcamalardaki kısıtlamalar, serveti ayrıcalıklılardan ayrıcalıksızlara yeniden dağıtmaya çalışan kapitalizmin krizlerini çözmek için geliştirilen önlemler olarak görülür; bu yüzden, sağlık harcamalarındaki kesintiler karakteristik olarak hasta, işsiz ve yoksuldan ziyade özel sermayenin çıkarlarına uygun önlemler olarak görülür.

Bu açıklayıcı çerçevede bazı problemli yanlar vardır. İlk olarak, burada farklı kapitalizm tipleri veya evreleri, yani rekabetçi kapitalizm ve tekelci kapitalizm arasında ayrım yapılmaz. Kapitalist üretim, sağlık ve sağlık hizmetleri sistemleri yaygın kapitalizm biçimine ve onun özel ihtiyaçlarına göre önemli farklılıklar sergileyecektir. İkinci olarak, bu açıklamalar çoğu kez farklı sağlık hizmetleri tipleri üreten ve farklı rahatsızlık dağılımlarına yol açan kesin nedensel mekanizmaların açık ve sistematik bir açıklamasını sunamazlar. Örneğin, yapısal yaklaşımları özellikle siyasal çatışmanın özerkliğini vurgulayan yaklaşımlardan ayırmamız gerekir. Üçüncü olarak, Marksist kapitalizm ve sağlık analizi çoğu kez kapitalist toplumların niçin ve nasıl farklı hastalık örüntülerine ve sağlık hizmetlerine sahip olduklarının açık ve sistematik bir açıklamasını sunamamıştır. Özetle, bu ekonomi politik yaklaşımlar çoğu kez karşılaştırmalı ve tarihsel bir sosyolojik bakış açısından yoksundur. Üçü de büyük ölçüde kapitalist olsa bile, ABD, Britanya ve İsveç arasında temel farklılıklar vardır. Son olarak, Marksist eleştirmenler çoğu kez sadece reformist uygulamalar olarak görme eğiliminde oldukları için sosyal yardım sistemlerinin olumlu ve ilerlemeci özelliklerini kavrayamamışlardır. Bununla beraber, Piven ve Cloward'ın (1982) ısrarla vurguladığı gibi, refah imkânları, ekonomik sonuçları ne olursa olsun, demokrasinin temel bir unsurudur.

Bu radikal yaklaşımların problemi rahatsızlık ve sosyal sınıf arasındaki ilişki incelenerek gösterilebilir. Ekonomi politik yaklaşım normalde kapitalizmde sınıfsal farklılıkların önemini vurgular, ancak kapitalizm, rahatsızlıklar ve sınıf arasındaki ilişkiyi sistematik olarak açıklamaktan ziyade, bu ilişkilerin varlığına işaret etmekle yetinir.

Örneğin, Blane Britanya'da Kara Rapor (Department of Health and Social Security 1980 –bkz. Tovnsend ve Davidson, 1982, *Sağlıkta Eşitsizlikler*) üzerine kullanışlı bir incelemede (1985) sağlıktaki sınıfsal farklılıkların dört şekilde açıklandığını gösterir. İlk açıklamaya göre, sağlık ve sosyal sınıf arasındaki ilişki Genel Nüfus Kayıt Bürosu'nun sınıflandırmasının bir toplumsal ölçme biçimi olarak kullanılmasının ürünü olan yapay bir ilişkidir. Örneğin, vasıfsızlaşan ve mekanikleşen üretimin bir sonucu olarak yarı vasıflı ve vasıfsız bedensel işlerde çalışan nüfusun oranı düşerken, emek gücüne yeni katılanlar doğrudan vasıflı veya beyaz yakalı işlere girmek zorunda kalır. Sosyal sınıf IV ve V'in düşük sağlığı basitçe daha büyük yaş ortalamasından kaynaklanabilir. Bu problem yaşa göre standartlaştırılmış kaba ölümlülük oranları kullanılarak aşılabilir.

İkinci açıklama biçimi, alt sınıfların sağlık düzeyindeki düşüklüğün hastalanan kişilerin düşey sosyal hareketliliklerinden kaynaklandığını öne süren bir toplumsal seleksiyon yaklaşımıdır. Illsley (1955) bir anne sağlığı araştırmasında, işçi sınıfından annelerin sağlık düzeyindeki düşüklüğün annenin sosyal sınıfıyla bağlantılı toplumsal faktörlerden ziyade, evlilik sonucunda ortaya çıkan düşey sosyal hareketliliklerin bir ürünü olduğunu öne sürer. Klâsik bir şizofreni araştırmasında (Goldberg and Morrison, 1963) şizofrenlerin düşey hareketlilik yaşadıkları öne sürülür ve sosyal sınıf V'te şizofrenlerin nispeten daha fazla yer alması bununla açıklanır. Bu araştırmalar inceledikleri nüfusları dar ve yeterince temsili olmayan bir biçimde sunmakla eleştirilebilir. Örneğin, bu şizofreni araştırmasında hastanede yatan denekler kullanılmıştır ve bu örneklerin düşey hareketliliklerinin nedeni basitçe hastanede yatmaları olabilir.

Kara Rapor'u değerlendirirken ayrıca kültürel/davranışsal rahatsızlık açıklamasını göz önünde bulundurmamız gerekir. Sosyal sınıf ve sağlık arasında yakın ilişki olduğunu kabul etmek, ancak aynı zamanda sağlığı bağımsız değişken olarak almak mümkündür. Bu çerçevede, sağlığın sınıfsal karakteri tütün ve alkol kullanımı gibi farklı sınıfsal davranışların, boş zamanlarını değerlendirme ve beslenme biçimlerindeki farklılıkların ürünüdür. Kanserden ölüm oranlarındaki farklılıklar farklı sosyal sınıfların tütün kullanımlarındaki farklılıklarla açıklanabilir. Sınıfsal farklılıkların kültürel/davranışsal açıklamaları tıp mesleğinde gözdedir; bu durum rahatsızlıkların çoğu yönünün hayat tarzlarındaki bireysel farklılıkların ürünleri olduğu ve kişisel davranışlardaki iyileşmelerle rahatsızlık örüntülerinin fiilen kontrol altına alınabileceği kabulünü yansıtır. Bu yaklaşıma, kültürel/davranışsal etkinlikleri içinde yer aldıkları ve üretildikleri genel

toplumsal ortamdan bağımsız olarak ele alamayacağımız söylenerek itiraz edilebilir. Daha sorgulayıcı sorular sormamız gerekir: farklı toplumsal yapılar farklı kişisel davranış biçimlerini nasıl üretirler?

Bu yüzden, sağlık ve sosyal sınıf arasındaki ilişkinin son açıklaması materyalisttir. Bu perspektife göre, sağlıktaki sınıfsal farklılıklar kapitalizmin rekabetçi doğasının ürünüdür. Sağlık temel kaynakların dağılımıyla (gelir ve refah dağılımıyla) yakından ilişkilidir ve rahatsızlıklar yoksulluk, kötü konutlar, düşük eğitim düzeyi ve iş etkinliğinin düzeyinin ürünleridir. Kapitalizmde, sağlık istatistiklerindeki sınıfsal farklılıklar (bazı önemli hastalıkların belirli çalışma tiplerinin yarattığı kimyasal tehlikelerle ilişkili oldukları yerlerde) meslekî koşullardaki farklılık yaratıcı faktörlerin sonucudur. Sağlıksız konutlar solunum hastalıkları, ev içi kazalar ve ortalama yaşam beklentisindeki sınıfsal farklılıkların açıklanmasında etkili olan bir başka önemli değişkendir. Rahatsızlıklar, kapitalizm, sınıf ve kişisel davranış arasında hiçbir basit ve sabit bağlantı yoktur.

Kapitalizmde sağlık problemi nihayetinde kapitalizmde yurttaşlıkla ilişkili temel bir sorun olarak görülebilir. Sağlık hakları, tıpkı eğitim, konut ve diğer imkânlarla ilişkili haklarda olduğu gibi, siyasal eylem, sınıfsal örgütlenme ve demokratik temsilin sonucudur. Yurttaşlık ve sınıf arasındaki çelişkili ilişki çağdaş kapitalizmin modern siyasal analizinin temel bir parçasıdır. 1970'ler ve 1980'lerdeki ekonomik durgunluk sonucunda özelleştirme, yönetim politikası, sosyal yardım hizmetlerinde kesintiler, serbest piyasa ilkelerinin uygulanmasıyla yurttaşlık haklarında önemli gerilemeler yaşandı. Bununla beraber, ekonomik durgunluk ve sağlık alanındaki gerileme arasında doğrudan ilişki yoktur, zira o siyasal çatışmayla iç içe geçmiştir. Reagancı ekonominin ve Thatcher'ın politikalarının siyasal başarılarının ardında en azından muhaliflerin zayıflığı, kentli işçi sınıfın gücünü yitirmesi, sendikaların siyasal yeteneksizleri ve modern dönemde küresel kapitalizmin dönüşümü yatmaktadır.

Hem Britanya'da Kara Rapor'da hem de *Sağlıkta Ayrışma*'da (Whitehead, 1988) gösterildiği gibi, sınıfsal farklılıklar sağlık hizmetlerinin eşitsiz dağılımında ve eşitsiz yararlanmada merkezî konumda bir özelliktir ve günümüzde hastalıklar ve ölümlerdeki temel farklılıkları açıklar (Wilkinson, 1986). Örneğin beslenmeyle ilişki olarak hayat standartlarında artışın 19. yüzyılda bulaşıcı hastalıklardan ölümlerdeki azalmada büyük bir paya sahip olduğunu öne süren McKeown tezi, tüberkülozun azalmasıyla ilgili açıklamaya yönelik eleştirilere rağmen (McFarlane, 1989), inandırıcılığını sürdürmektedir. Neo-Marksistlerin kapitalizm ve sağlık arasındaki ilişki konusundaki açık-

lamalarının yeterli olmadığını düşündüğümü belirtmiştim. Daha yakınlarda, tüm Marksist kavramlar (örneğin, sınıf, meta fetişizmi ve ideoloji) sosyologlar tarafından ciddi olarak eleştirilmiştir (Holton and Turner, 1994). Marksizm bir zamanlar Batı kapitalizmindeki toplumsal eşitsizliklere karşı güçlü bir ahlâkî argüman sağladı ve kesinlikle âdil sağlık hizmetleri ihtiyacının devam ettiğini öne sürdü (Daniels, 1985). Bununla beraber, Sovyetler Birliği'nin yıkılması, iki Almanya'nın birleşmesi ve çoğu entelektüel arasında siyasal bir hareket olarak komünizmin bittiği duygusu günümüzde Marksizm'in inandırıcı bir toplum teorisi olarak güvenirliğini zedelemiştir. Sovyet komünizminin çöküşü baskıcı bir insan hakları istismarı tarihini, çevre kirlenmesini, sınaî kazaları, kötü sağlığı ve akıl hastalarının damgalandığını açığa çıkardı. Bu toplumsal ve tarihsel farklılıkları anlamak için, ekonomi politik perspektifin sınırlılıklarını aşacak karşılaştırmalı bir sağlık hizmetleri sistemleri sosyolojisinin geliştirilmesi önemlidir.

10
Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri: Tıbbî Gücün Küreselleşmesi

Sağlık Hizmetleri Sistemleri

Sağlık hizmetleri sistemleri farklı biçimlerde sınıflandırılabilir. Örneğin, Roemer (1977) serbest girişimci sistemler, refah devleti sağlık hizmetleri biçimleri, azgelişmiş toplumların sağlık sistemleri, geçiş toplumlarının sağlık sistemleri ve sosyalist sağlık hizmetleri sistemleri biçiminde değerli bir ayrım yapar. Bu bölümde sadece serbest girişimci, refah devleti ve sosyalist sağlık hizmetleri biçimlerini ABD, Britanya ve Doğu Bloğu toplumları bağlamında ele alacağım. Tartışmayı basitleştirmek için sağlık hizmetleri sistemlerinin özel hizmetlerden kamusal hizmetlere doğru bir sürekli çizgi üzerinde farklılaştıklarını öne sürebiliriz, ancak pratikte sağlık hizmetleri sistemlerinin çoğunda hem özel hem kamusal hizmet biçimleri karma olarak uygulanmaktadır. Esasen, özel sağlık hizmetleri kapitalist toplumlara özgüyken, kamusal sağlık hizmetleri genellikle devletçi sosyalist toplumlarda yer almaktadır. Aynı zamanda, sağlık sistemlerinin farklı düzeylerini ayırmak önemlidir; bunlar sağlık hizmetlerinin ekonomik temeli, insan-gücü kaynaklarının organizasyonu, sağlık hizmetleri imkânları, farklı tıbbî hizmet sistemleri, koruyucu hizmet sistemleri, sağlık hizmetlerinin siyasal organizasyonu ve farklı plânlama ve idare yöntemlerini içerir.

Ayrıca, her sağlık sistemi içindeki farklı tıbbî bakım düzeylerini ele alabiliriz. Örneğin, temel, ikincil ve üçüncül tıbbî bakım ayrımı yapmak yaygındır. Temel bakım, geleneksel olarak pratisyen hekimlerin –deyim yerindeyse– ilk uğrak noktasını oluşturan klinikte sundukları gündelik 'ayakta tedavi' biçimlerini içerir. Ardından, farklı uzmanlaşmış hizmetler içeren ikincil bakım düzeylerini ele alabiliriz; son olarak, açık kalp ameliyatı gibi daha kompleks uzmanlaşmış hastane tedavi sistemlerini barındıran üçüncül bakım söz konusudur (Mechanic, 1968).

Özel piyasa ve kamusal sağlık hizmetleri düzenlemelerini bir araya getiren, karma hizmet sunan bir sistemin ortaya çıkmasını bekle-

mek için haklı bazı nedenler vardır. Karma sistem yönündeki baskılar sağlık hizmetlerinin sunulmasında kaynakların dağılımı problemiyle ilişkilidir (Mechanic, 1976, 1977b). İlke olarak, tıbbî hizmetlere talep en azından iki nedenle sınırsızdır. İlk olarak, günümüz toplumlarında, farklı demokratik hareketler ve vatandaşlık haklarının başarılı kurumsallaşması sonucunda (Turner and Hamilton, 1994), sağlığa talep devletin toplumdaki rolünün artması yönünde bir beklentiler sisteminin bir parçasını oluşturmaktadır. İkinci olarak, rahatsızlık kavramı esasen sınırsızdır ve böyle bir kategori içinde yer alabilecek koşullar, olgular ve davranışlar oldukça esnektir. Bu kitapta farklı 'sorunlar'ın tamamen ya da kısmen kabul gören teşhis kategorileri veya etiketlerine nasıl dönüştürüldüklerini gördük –örneğin, RSI, hiper-aktif çocuk, PMS (premenstrüel sendrom), Ross River virüsü ve CLS (sürekli aşk hâli sendromu). Bu yüzden, her sağlık hizmetleri sistemi tıbbî bakımdaki üslü maliyet artışlarını karşılayabilecek belirli ödeme ilkelerinin belirlenmesini gerektirir. Mechanic üç ödeme biçimi belirler: hizmete göre hekim ücreti, dolaylı ödeme ve açık ödeme sistemleri. Hizmete göre hekim ücreti sisteminde, doktor (tıbbî hizmetlerden yararlanmanın açıkça hastanın sunulan hizmet için ödeme gücüyle sınırlı olduğu) piyasada bir girişimci olarak ortaya çıkar. Ona göre, hizmete göre hekim ücreti sistemi zamanla çökme veya hükümet birimleri tarafından düzenlenme eğilimindedir, zira tıbbî teknolojilerin büyük ölçüde genişlemesi kaçınılmaz olarak maliyetleri artırır, tıp hizmetlerinden daha fazla yararlanmayı mümkün kılan sigorta sistemlerinin geliştirilmesine, hekimlerin pahalı teşhis tekniklerini benimsemelerine ve tıp sisteminde teknolojik koşullara daha fazla bağımlılığa yol açar (Wolf and Berle, 1981). Dolayısıyla, bu farklı düzenlemeler farklı nedenlerle aşırı hizmet tüketimine yol açma eğilimindedir. Bu sistemle ilişkili bir sorun, sadece tıbbî hizmet maliyetlerinin artması değil, toplumdaki bazı kesimlerin hizmet için ödeme güçlükleri yaşaması nedeniyle ortaya çıkan eşitsizliklerdir.

Dolaylı ödeme, Britanya'da olduğu gibi, merkezi bütçe kontrol sistemi, hayır kurumları veya hasta organizasyonlarının sınırlı maddi katkılarıyla gerçekleşir. Bu koşullarda, uzman hekim ilgili hizmetin fiyatını belirleme ve özel tıp imkânlarını kullanma konusunda hâlen nispeten bağımsızdır. Dolaylı ödemeler esasen sağlık hizmetlerinde kuyruk, sınırlı malî kaynaklar ve mevcut insan gücü kaynaklarındaki sınırlılıklara tâbidir. Tıbbî hizmetler böyle bir sistemde nispeten bağımsız sunulabilse de, ameliyat kuyruklarının uzunluğu ve diğer farklı hizmetler daha varlıklı insanları tıbbî hizmet almak için özel sağlık hizmetleri piyasasına yönlendirebilir. Bu nedenle, dolaylı

ödemeler hizmetlerden eşitsiz yararlanma problemini çözmez.

Hizmete göre ücret sistemiyle ilişkili problemler yüzünden, hükümetler toplam harcamaları kontrol etmek ve daha rasyonel ve eşitlikçi bir tıbbî hizmetler sistemi oluşturmak amacıyla bir açık ödeme sistemi getirme eğilimindedir. Rasyonel plânlama ve açık ödemede karşılaşılan bir problem, belirli bir sağlık hizmeti sunma biçiminin sistemin ilgili toplumun sağlık statüsü üzerindeki etkisi bakımından en uygun maliyet etkililiğine ne kadar sahip olduğunu ölçmekte büyük zorlukla karşılaşılmasıdır. Önceki bölümlerde gördüğümüz gibi, örgütlü uzman tıbbın siyasal muhalefeti nedeniyle, açık bir ödeme sistemini empoze etmek pratikte oldukça zordur. 1960'larda açık ödeme biçimlerini empoze etmeye yönelik önemli girişimler olsa da, çok yakın bir zamanda ABD'de Reagan, Britanya'da Thatcher hükümetleri döneminde ve Hollanda'da devletin sağlık hizmetleri harcamalarına ayırdığı payı azaltmak için özelleştirme ve diğer 'maliyet yönetimi' uygulamalarına geçtiğini görmüştük (Flynn and Simonis, 1990). Bununla beraber, Mechanic'in ödeme problemine yaklaşımı hizmete göre ücret sistemi, meslekî ilişkide müşteri kontrolünün öne çıkması ve hekimin girişimci rolünün artması arasındaki ilişkiyi kavramlaştırmanın önemli bir yoludur. Aksine, dolaylı ödeme sisteminde, uzman meslekî ilişki (hekimin resmî ilişkisini uzman rolü altında geliştirdiği) bir müşterek kontrol biçimi kazanır. Son olarak, açık ödemede uzman ve müşteri arasındaki ilişki hekimin memur rolünü benimsediği bürokratik denetim altında düzenlenir.

Bu argümanlardan hareketle, ilk olarak, özel tıp hizmetlerinin eksiklerinin kamusal düzenlemelerle giderilebileceğini ve kamusal hizmetlerin sunulmasıyla ilişkili problemlerin özelleştirmeyle düzenlenebileceğini öne sürebiliriz. Özel ve kamu arasında yaşanan bu geliş gidişlerin bir örneği Fransız sağlık hizmetleri sistemidir (Cullis and West, 1985). Fransa'da sağlık sistemi genelde hekimlerin prensip olarak 'Liberal Tıp' sistemi altında yer aldıkları bir serbest piyasa tıbbı biçiminde işler (Webb, 1982). Müşteri hekimi seçmekte, hekim sunduğu hizmetin fiyatını belirlemekte serbesttir. Fransız anayasası her yurttaşa sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı tanısa da, piyasa egemen bir sağlık hizmetleri biçiminin sonucu olarak Fransız sisteminde önemli eşitsizlikler vardır. Örneğin Paris'te, Picardy'e göre, kişi başına iki kat daha fazla doktor düşmektedir. Sistem büyük ölçüde özel olsa da, Fransız hükümeti son yıllarda sistemi düzeltmek için birçok değişim başlatmıştır. Örneğin, vizite ücretleri artık sosyal güvenlik fonları ve tıpçılar arasında yürütülen müzakereler sonucunda belirlenmektedir. Hükümet, ayrıca, meslekî normlarla düzenlenen

özel bir tıp sisteminin ürünü olan önemli coğrafi eşitsizlikleri kontrol altına almaya çalışmıştır. Cullis ve West, Mechanic'i izleyerek, sağlık hizmetleri sistemlerinin hizmete göre ücret sistemlerinden dolaylı ödemelere doğru geçme ve son olarak, tıbbî maliyetleri kontrol altına almak ve hizmetlerin eşitlikçi bir ilke temelinde belirli ölçüde yeniden dağılımını sağlamak için piyasaya müdahale eğilimi sergilediğini öne sürer. Görüleceği gibi, bununla beraber, örgütsüz kapitalizmin gelişimi sağlık sistemleri için –açık ödemenin yaratabileceği çok yüksek maliyetlerin belirli dönemlerde özelleştirmeler ve kısıntılarla düzenleneceği– alternatif bir çizgisine işaret eder.

Serbest Girişimci Sistem

Sağlık hizmetlerinin organizasyonunda karşılaşılan temel problem, verimlilik ve eşitlik arasındaki görünür çelişkidir (Daniels, 1985). Tipik olarak, serbest piyasa sistemi daha fazla verimlilik yaratırken, kamusal sağlık sisteminin eşitliği sağlamaya çalıştığı öne sürülür. Normalde, aynı anda hem radikal eşitlikçi bir sistemin hem de uygun maliyetli bir hizmet sunacak etkin ve verimli bir uygulamanın mümkün olmadığı varsayılır. Bu görünüşte çelişkiyi anlamak için serbest piyasa sistemini meşrulaştırmakta kullanılan ekonomik argümanlara daha yakından bakmamız gerekir. Serbest piyasa sistemleri lehine ekonomik argümanın arkasında arz-talep ekonomilerinde tüketici tercihiyle ilgili genel kabuller yatar. Her tüketicinin piyasa hakkında tam bilgiye sahip olduğu, rekabetçi araçlar sayesinde tam arz sağlandığı ve –son olarak– mal ve hizmetlerin tercihinde tüketicinin belirleyici konumda olduğu iddia edilir. Argümanda, bu sistemin sağlık piyasasında verimli ve uygun maliyetli arzı mümkün kıldığı öne sürülür (Le Grand and Robinson, 1976).

Arrow (1951, 1983) sosyal refah işlevlerinin analiziyle ilişkili iktisadî modellerin dezavantajları ve avantajlarını birçok açıdan anahatlarıyla ikna edici bir biçimde ortaya koymuştur. Arrow, özellikle iktisat teorisindeki faydacı modellerin karma ekonomilerdeki sağlık hizmetleri sistemlerine nasıl uygulandığını araştırır (Arrow, 1963). Arrow'un eleştirisinde, tıp bilgisinin bir meta olarak özel karakteri iktisattaki klâsik kabullere fazla uymaz. Tıpta ürün ve üretim faaliyeti çoğu kez özdeştir ve ayrıca tüketici tıbbî ürünün etkisini tüketmeden test edemez. Motorlu araçların aksine, satın almadan önce ameliyatı deneyemeyiz. Ayrıca, kişinin alternatif tıp hizmetlerini araştırma kararı, hastalık-rolü tartışmasında gördüğümüz gibi, kompleks bir

toplumsal süreçtir. Çoğu kez, müşteri hekime muayene olmadan ihtiyaçlarını bilemez. Böyle durumlarda hekime güven tıbbî bir hizmetin temel bir özelliğidir; Parsonscı analizde güven uzman meslekî değerler ve normların önemli bir bileşenidir. "Bilgisizlik koşullarında belirsizlik" bizzat tıbbî ürünle ilişkilidir. Hasta, konu hakkındaki bilgisizliği nedeniyle, hizmetin etkililiğini diğer tedavi biçimleriyle karşılaştırabilecek konumda değildir. Tıbbî karşılaşmadaki belirsizlik nedeniyle, hekim klinik durumu tanımlar ve ürün değerlendirmesi sürecini kontrol eder. Doktorun müdahalesiyle ilişki içinde, 'itaatkâr hasta-rolü'nün temelini bu belirsizlik oluşturur. Özetle, belirsizlik hastanın hastalık-rolüne uygun davranmasının merkezî unsurudur. Hasta hizmetin uzunluğu, biçimi ve sonucu bakımından, tedavi normları üzerinde nispeten çok az kontrole sahiptir.

Tıp ortamındaki bu belirsizliğin ve hekimin meslekî normlarının tıbbî hizmetlerin maliyetini artırmasının farklı nedenleri vardır. Mechanic'e göre, hastanın ödeme gücüne göre ayrım yapmadan tedavi edilmesi konusunda bir meslekî norm vardır. Bu yüzden, hekimin tıbbî tedavinin maliyetine veya uzun-vadedeki ekonomik sonuçlarına bakmadan müşterisinin çıkarlarına uygun olarak davranması gerekir. Meslekî uzmanlığın bir başka özelliği, fiyat rekabeti ve uzmanlık hizmetlerinin reklâmının olmamasıdır. Meslekî kontrol nedeniyle tıp hizmetlerinde çok az özel reklâm vardır; ve sonuç olarak, tıbbî fiyatlar büyük ölçüde tüketici talebindeki değişimlere bağlıdır. Meslekî kontrol, ayrıca meslek birliklerinin formel sınav sistemleri aracılığıyla denetledikleri tıp piyasasına girişleri sınırlar. Profesyonel tıp piyasayı düzenlemeye ve alternatif hizmet sistemlerinin piyasaya girmesini engellemeye çalışır. Piyasaya giriş üzerindeki bu kontroller rekabeti sınırlar ve tıbbî maliyetlerin devamı için baskı anlamına gelir. Özetle, tıbbî egemenlik nedeniyle devlet fiyatlara ve hizmet arzına sınırlı ölçüde müdahale eder.

Tıbbî kurumların veya sağlıkla ilgili davranışların iktisadî verimlilik modelleriyle uygun biçimde anlaşılabileceği açık değildir. Öte yandan, ana hatlarıyla ortaya koyduğumuz nedenlerle, her zaman bir kısıtlama vardır. Tıbbî hizmetlerin arzının nüfusun genel sağlığıyla ilişkisi açık değildir. Profesyonel tıp hizmetlerinin toplumun genel sağlığına özel katkısını değerlendirmek zordur. Örneğin, çevre koşullarındaki iyileşmeler, eğitim düzeyinde ve imkânlarında artış, besin arzında artış ve kirlenmenin kontrol altına alınması da toplumun genel sağlığına katkıda bulunabilir.

Klâsik iktisadın teorik argümanlarına rağmen, çoğu Batılı toplumun ne verimli ne de eşitlikçi sağlık sistemlerine sahip oldukları

söylenebilir. Serbest piyasa koşullarında ve refah sisteminin egemen olduğu toplumlarda, hastalanma ve ölümlülük oranlarıyla sınıfsal eşitsizlikler arasında büyük süreklilikler vardır. II. Dünya Savaşı'ndan sonraki yeniden-inşa döneminde toplumda genellikle ortalama yaşam süresi artmasına ve bebek ölümlülük oranları düşmesine rağmen. sosyal sınıflar arasındaki farklılıklar nispeten sabit kalmıştır. Örneğin, 1980'de Britanya'da yayınlanan Kara Raporda 1960'lar ve 1970'lerde vasıfsız veya yarı vasıflı beden emekçileri sınıfının (Sınıf IV ve V) sağlık düzeylerinde önemli bir ilerleme olmadığı bulunmuştur. En alt sınıflarda bebek ölümlülük oranları düşerken, üst ve alt sınıflar arasındaki uçurum daha da büyümüştür (Townsend and Davidson, 1982). Hem serbest piyasa hem de refah sistemlerindeki eşitsizlikler ve verimsizlikler nedeniyle, bazı yazarlar sosyalist sağlık hizmetleri sistemlerinin eşitlikçi ve nispeten etkili olduklarını iddia ettiler. Sosyalist sağlık hizmetleri sistemleri lehine bir argümanın karşılaştırmalı bir sağlık hizmetleri sosyolojisinin mümkün ve uygulanabilir olduğunu varsayması gerekir.

Karşılaştırmalı Sağlık Hizmetleri Yaklaşımı

Sağlık hizmetleri sistemlerinin karşılaştırılması birkaç nedenle kompleks bir iştir. Örneğin, sağlık hizmetleri sistemlerinin yer aldığı sosyokültürel ortamlar açıkça farklılıklar sergiler. Bazı toplumlar, örneğin Japonya büyük ölçüde genç bir nüfusa sahipken, bazı ülkeler, örneğin Fransa yüksek oranda yaşlı nüfusa sahiptir. Sağlık hizmetleri ortamlarında da kentleşme düzeyleri, sanayileşme ve okuryazarlık gibi faktörler açısından başka önemli farklılıklar vardır. Daha önemlisi, önceki bölümlerde gördüğümüz gibi, rahatsızlık karşısındaki kültürel tutumlar toplumlar arasında büyük çeşitlilikler sergiler. Örneğin, hastaneye yatmanın arzulanırlığı Japonya ve Britanya'da büyük ölçüde farklılık sergiler (Ohnuki-Tierney, 1984). 'Rahatsızlık davranışı' her zaman bir ölçüde belirli bir kültürün benlik ve toplum arasındaki ilişkiyi kavramlaştırma biçiminin yansıması olduğu için, 'aynı' klinik duruma karşı tutumlar kapsamlı farklılıklar sergiler. Ayrıca, Japon toplumunda benliğin çok farklı bir yerinin olması rahatsızlıkla ilgili olguları etkiler (Rosenberger, 1992).

Ayrıca, toplumlar arasında sınıflandırma ve teşhis çerçeveleri bakımından da temel farklılıklar vardır. Bu problem özellikle akıl hastalığı örneğinde ciddidir. Britanya'da akıl hastanesine yatırılan herhangi bir yaştaki hastaya ABD'de aynı semptomları sergileyen bir hasta-

ya göre muhtemelen on kat daha fazla manik depresif teşhisi konulacaktır. Benzer semptomları taşıyan 60 yaş üzerindeki bir yaş grubunda manik depresif teşhisi Britanya'da ABD'ye göre daha sık olarak ve yirmi kat daha fazla konulacaktır (Inglis, 1981). Ayrıca, en azından bazı hastalık durumları, örneğin RSI ve akciğer kanseri siyasal süreçlerin ürünüdür. Belirli hastalık kategorileri (örneğin, histeri) büyük ölçüde ortadan kalkarken, başka hastalıklar (örneğin, anoraksıya) giderek daha yaygın hâle gelmektedir. Karşılaştırmayla ilgili problemler genel sosyolojide iyi bilinmektedir ve bunun bir örneği Durkheim'in intihar araştırması etrafındaki tartışmadır (Atkinson, 1978). İntihar oranları farklı sınıflandırma prosedürlerinin ürünü müdür?

Başka bir güçlük, ülkelerin hastalıkları farklı sınıflandırma şemalarına göre kaydetmeleridir ve açıkçası bazı toplumlar yetersiz sağlık kayıtlarına sahiptir veya bu kayıtlara ulaşmak zordur. Devletçi sosyalist toplumlardaki sağlık istatistikleri kayıtlarının çoğu Batılı kapitalist toplumdaki ayrıntılı bilgilerle karşılaştırıldığında oldukça fakirdir. Son on yıldır birçok hükümet, özellikle Müslüman toplumlar AIDS'in varlığını kabul etme veya en azından AIDS'e karşı bir politika geliştirmesi zorunluluğunu kabul etme konusunda gönülsüz davranmıştır. Afrika'da hastalığın farkına varılması gecikmiştir, çünkü AIDS problemi Afrika'yı iç savaşlar, kuraklık ve kıtlıkların tırmandığı bir felâketler döneminde çarpmıştır (van de Walle, 1990).

Önemli bir sosyolojik sorun, sağlık hizmetleri sistemlerinin farklı işlevler içermeleridir. Bu işlevlerden sadece bir bölümü doğrudan tıp ve sağlık sorunlarıyla sınırlıdır. Parsons'ı (1951) izleyerek, sağlık hizmetleri sistemlerinin aynı zamanda bir sosyal kontrol kurumu olduklarını ve "bir sosyal sapma biçimi olarak hastalık-rolü"ne kurumsal meşruiyet kazandırdıklarını öne sürebiliriz. Tıp sosyolojisinde bu araştırmayı yönlendiren tez, tıbbın topluma bir bedenler, özellikle cinsel bedenler düzenlemesi sunduğudur (Turner, 1992). Mechanic (1975), modern toplumlardaki sağlık hizmetleri sistemlerinin bir toplumsal destek aracı olarak ve –genel sosyal sistem içindeki toplumsal çatışmaların en azından açıkça apolitik bir biçimde informel yollardan çözülebileceği– bir kurumsal ortam olarak sosyal kontrole hizmet edebileceğini belirtir. Sağlık hizmetleri sistemleri farklı toplumsal işlevlere sahip oldukları için, bu sistemlerin sınırları çoğu kez açık değildir, zira onlar bir ölçüde hem kontrol ve hem refah sistemleridir.

Sağlık hizmetleri sistemleri, ayrıca, korumaya veya tedaviye yaptıkları göreli vurgu bakımından da önemli farklılıklar sergiler. Daha

epidemiyolojik ve demografik araştırmalar gelişen toplumlarda koruyucu hekimliğe ve sosyal refaha vurgunun tedaviye vurgudan daha etkili ve önemli olacağını gösterir (McKeown, 1965). Tedavi veya koruma yönelimli tıbbî yaklaşımları değerlendirirken, belirli hastalıkların tamamen ortadan kaldırılması, ortalama yaşam-beklentisinde artış, bebek ölümlülük oranlarında düşüşler ve ciddi rahatsızlıklardan kaynaklanan işgünü kaybının azaltılması bakımından bu sistemlerin etkisinin uygun ölçümlerini yapma konusunda metodolojik problemler yaşanmaktadır. Son olarak, sağlık hizmetleri sistemlerini değerlendirirken Mechanic'in incelemesinde inandırıcı biçimde ana hatlarıyla ortaya koyduğu tuhaf bir paradoksu akılda tutmamız gerekir:

> tıbbî hizmetler daha fazla rahatsızlık türünü ortaya çıkardıkça varlığını kronik olarak hasta kişiler arasında daha fazla sürdürür ve doğuştan getirilen ve diğer kusurlara sahip insanların hayatta kalmasını kolaylaştırır, nüfus içinde bilinen hastalık ve sakatlık düzeylerinin artmasına katkıda bulunur (Mechanic, 1975: 55).

Bu anlamda, sağlık hizmetleri sistemlerinin bizzat rahatsızlıklar yarattıklarını veya en azından toplumdaki mevcut rahatsızlık oranlarını artırdıklarını öne sürebiliriz. Bu durum sapma sosyolojisindeki sosyal kontrol problemiyle paralellik içindedir (Ditton, 1979).

Sağlık ve Devletçi Sosyalizm

Gördüğümüz gibi, Marksist yazarlar kapitalist sömürünün belirli özelliklerinin sonuçları olarak rahatsızlıklar hakkında kapsamlı yorumlar yapsalar da, sosyalist sağlık programının özel amaçlarının açık ve kesin bir biçimde ayrıntılı olarak ortaya konulduğu çok az çalışma vardır. Birçok kapitalist sağlık hizmetleri sistemleri eleştirisi olmasına karşın, sağlık hizmetleri konusunda sosyalist hedeflerle ilişkili çok az değerli tartışma vardır. Bu boşlukta, Deacon değerli bir çalışmasında (1984) sosyalist tıbbın ilkelerini ana hatlarıyla ortaya koyar. Esasen, Deacon, kaçınılmaz rahatsızlıkları tamamen ortadan kaldırmak için toplumsal koşulların değiştirilmesi gerekliliğinin önemini daha fazla vurgulayan sosyalizmin sağlık hizmetleri sistemlerini tartışma konusu olmaktan uzaklaştıracağını öne sürer. İkinci olarak, sosyalizm, örneğin, "uzman olarak hekim" ve "müşteri olarak hasta" arasındaki mevcut statüyü değiştirmek için tıp mesleğinin egemenliğini yıkacaktır. Üçüncü olarak, sosyalist bir yaklaşım Batılı, teknik tıbbın dü-

zenli bir özelliğini oluşturan cinsiyete dayalı işbölümünü değiştirecektir. Dördüncü olarak, sosyalist bir strateji en azından kaçınılamaz hastalıklar konusunda sağlık ve gelir eşitliği imkânları sağlayacaktır.

Tablo 10.1 Karşılaştırmalı sağlık göstergeleri

Gösterge	Yıl	Sovyetler Birliği	Macaristan	Polonya	Sosyalist olmayan ülkeler
Tıbbî bakımda GDP %'si	1974	2.5	3.3	3.9	5.1-6.7 (EEC)
Nüfus/hekim	1977	289	435	606	445 (Batı Avrupa)
Nüfus/hastane yatağı	1977	82	114	113	105 (Batı Avrupa)
Bebek ölümlülük oranı/1000 canlı doğum	1975	27.8	24.3	22.4	11.4-17.6 (EEC)
Ortalama yaşam beklentisi	1975				
Erkek		66.5	66.1	66.5	70.2
Kadın		74.3	72.8	74.9	76.3

Kaynak: Deacon, 1984: 461

Deacon bu genel ilkelerden hareketle, sosyalist sağlık hizmetleri sistemlerinin 16 özel hedefini ortaya koyar –bu hedeflere sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım, hastalık ve ölümlülük oranlarında önemli düşüşler, doktorların statüsünün azalması, tıpta ataerkil ilişkilerin yıkılması, daha fazla dağılım eşitliği ve iş ve ihtiyaçlar temelinde demokratik olarak düzenlenen sağlık hizmetleri sistemine özgürce ve daha genel düzeyde ulaşma dâhildir.

Böylece, Deacon üç sosyalist devletçi sistemi (Sovyetler Birliği, Macaristan ve Polonya'yı) bazı Avrupalı toplumlarla, özellikle Avrupa Ekonomik Topluluğu içindeki ülkelerle karşılaştırır. Onun sonuçları (Tablo 10.1) devletçi sosyalist toplumların tıbbî hizmetlerde temel sosyalist hedeflere ulaşmakta nispeten başarısız kaldıklarını gösterir. Deacon'un argümanını –sosyalist toplumların sosyalist bir sistemin ideallerinin çok altında kaldıklarını göstermek için– daha fazla çeşitli toplumlardan kanıtlarla destekleyecek başka istatistiksel bilgilere başvurabiliriz (Tablo 10.2). Deacon'un genel sonucu, devletçi sosya-

list toplumların sosyalist bir sistemin arzulanan hedeflerine ulaşamadıklarıdır. Tıbbî hizmetlere harcanan kaba yurtiçi hâsılanın yüzdesi, bebek ölümlülük oranları ve ortalama yaşam beklentisi oranları bakımından, Batı Avrupalı toplumlar Sovyet bloğu ülkelerinden daha iyi sonuçlar sergiler.

Ayrıca, devletçi sosyalist tıp birçok bakımdan serbest piyasa ve refah sistemlerine yakınlaşmaktadır. Örneğin, Sovyetler birliğinde tıbbî müfredat medikal modelin egemenliği altında ve klinik yönelimlidir. Sovyetler Birliği'ndeki hastalık örüntüleri kapitalist Batınınkileri andırmaktadır. Bulaşıcı hastalıklardan ölümler azalırken, onların yerini kanser ve dolaşım bozukluğu rahatsızlıklarından kaynaklanan ölümler almıştır.

Tablo 10.2 Karşılaştırmalı ortalama yaşam beklentisi

Ülke	Yıl	Erkek	Kadın	Bebek ölümlülük oranları	Yeni-doğan ölümlülük oranları
Avustralya	1980	71.0	78.1	10.7	7.1
İngiltere ve Galler	1979	70.2	76.2	12.8	8.2
Fransa	1977	70.3	78.6	10.0	6.0
Hollanda	1979	72.5	68.2	7.6	5.8
Polonya	1978	66.5	74.9	21.1	13.8
Romanya	1978	67.3	72.4	31.6	11.2
İsveç	1979	72.6	78.9	7.5	5.3
ABD	1978	69.6	77.4	13.0	9.5
Yugoslavya	1977	67.8	73.0	32.2	17.1

Kaynak: Commonwealth Department of Health,
Annual Report of Director General Health, 1981-1982, AGPS, 1982: 163.

Sovyetler Birliği'nde tıbbî sistem belirgin biçimde uzman tıp elitlerinin kontrolü altındadır. Sovyet sağlık hizmetleri sistemi, eşitlikçi toplumsal hedeflere ulaşmaktan ziyade, sanayileşmenin gereklerini ve tıbbî ve akademik kurumların meslekî çıkarlarını karşılamak için geliştirilmiştir (George and Manning, 1980). Parasal ödemenin daha iyi bir tıp hizmeti sağladığı Sovyetler Birliği'nde sınırlı bir özel piyasa vardı. Sovyetler Birliği'nde bölgeler ve statü grupları arasında da önemli eşitsizlikler vardı. Örneğin, Moskova'da, 1970'lerin başlarında ülke nüfusunun 10.000 üyesine 76 hekim düşerken, bu oran tüm toplum düzeyinde 10.000 kişiye 22 hekimdi. Son olarak, tıbbî ve klinik ilişkilerde çok az demokratikleşme vardı ve hastaların hekimler hakkındaki şikâyetlerini bildirebilecekleri bir sistem yoktu.

Bu araştırmalardan çıkartılabilecek temel sonuç, sosyalist devrimleri izleyen yıllarda sağlık hizmetlerine ulaşma eşitliğinde önemli gelişmeler ve sağlık statüsündeki iyileşmeler olmasına rağmen (Matthews, 1978; Parkin, 1969; Szelenyi, 1978; Watson, 1984), devletçi sosyalist toplumlarda tıp kapitalist ortamdaki Batılı tıpla birçok ortak özelliğe sahiptir.

Çin'de devrim sonrasından günümüze tıp ve tıp reformu tarihinden benzer sonuçlar elde edilebilir (Sidel and Sidel, 1982). Çin nüfusunun sağlık statüsü devrim sonrası toplumsal reform döneminde çarpıcı bir ilerleme kaydetse de, özellikle kırsal alanlarda yüksek oranda bulaşıcı hastalığın yanı sıra, hepatit gibi kolay yayılabilen belirli rahatsızlıklarda artış vardır. Örneğin, bebek ölümlülük oranları Çin'de gelirin yeniden dağılımının ve toplumsal ortamlarda temel bir iyileşmenin sonucu olarak düştü. 1949'da Pekin'de bebek ölümlülük oranı 1000 canlı doğumda 118'iken 1980'de 1000 canlı doğumda 10'a düştü. Bu rakamlar –1980'lerde 1000 canlı doğuma 18 ölümün olduğu– New York'taki beyaz-olmayan bebek ölümlülüğü oranına yakındır.

Tablo 10. 3 Karşılaştırmalı ölümlülük ve ortalama yaşam-beklentisi

Ülke	Kişi başına GNP ($, 1979)	Bebek ölümlülüğü/1000 canlı doğum	Ortalama yaşam beklentisi (1979)
Hindistan	190	125	52
Çin	260	56	64
SSCB	4110	36	73
Britanya	6320	14	73
ABD	10,630	14	74
İsveç	11,930	8	76

Kaynak: Sidel and Sidel, 1982: 92-93.

Fakat, ayrıca, çağdaş Çin sağlık hizmetleri sistemleri ile Batıdakiler arasında belirli önemli bir yakınlaşmanın işaretleri vardır. Çağdaş Çin'de üç tıbbî sistem vardır: geleneksel, Maocu ilkelere dayanan sosyalist tıp ve yeni oluşan Batılı tıp sistemi (Unschuld, 1985). Ayrıca, Çin'de Batılı ve geleneksel eczacılığın bütünleştirilmesi söz konusudur (Unschuld, 1986). Çin'in, diğer gelişen ve sosyalist toplumlarla nispeten benzerlikler sergilerken (Tablo 10.3), diğer sosyalist toplumlar gibi nedensel koşullar bakımından –en önemli nedeni dejeneratif hastalıkların oluşturduğu– Batılı örüntüye yakınlaştığını belirtmek gerekir. Şanghay'da sıklık bakımından temel ölüm nedenleri kanser, felç ve kalp hastalığıdır. ABD'de sıralama kalp hastalığı,

kanser ve felç biçimindedir; Pekin'de 1978'de temel ölüm nedenleri kalp hastalığı, damar hastalıkları ve kanser olarak rapor edilmiştir. Paradoks, sosyalist toplumların hastalık profilinin genel toplam bakımından Batılı toplumlardaki profile yakınlaşmakta olduğunun ortaya çıkmasıdır. Bu hastalık biçimleriyle ilişkili olan ve yaşlanan nüfusun ve ciddi bir çevre kirlenmesinin damgasını vurduğu bir dünyada yaşamaktayız.

Yakınlaşma Tezi

1960'larda Batılı sanayileşmiş toplumlar ve Sovyet Bloğu ülkelerinin ortak bir gelişme örüntüsü sergilemeye başladıkları fikri belirli ölçüde destek buldu (Kerr *et al.*, 1962). Yakınlaşma tezinin temel argümanı, ortak sanayileşme sürecinin sanayileşmeden önce çok daha farklı tarihsel ve toplumsal ortamlara sahip toplumlarda tekbiçimli siyasal, kültürel ve toplumsal özelliklere yol açacağıydı. Bu toplumlar ortak bir noktada yakınlaşmaktaydı, zira sanayileşme sürecinin etkin biçimde gelişmesi için belirli temel özelliklere gerek vardır. Sanayileşmenin ortak temel özellikleri kapsamlı bir toplumsal işbölümü, ev, girişim ve işyerinin birbirinden ayrılması, dinamik bir işgücü, rasyonel bir iktisadî hesaplama düzeninin ve rasyonel bir dağıtım ve tüketim düzeninin gelişmesidir. Bu teze göre, 'sanayileşmenin mantığı' genelde lâik, demokratik ve kentsel bir kültür yaratacaktır.

Bu tez bazı açılardan eleştirilmiştir. İlk olarak, ortak bir sanayileşme sürecinin zorunlu olarak ortak kurumsal ve kültürel bir üstyapı üreteceği kesinlikle açık değildir. İkinci olarak, bu argüman değişme sürecinde kültürel sistemlerin etkisini hesaba katmayan bir teknolojik determinizm biçimini varsaydığı için eleştirilmiştir. Son olarak, yakınlaşma tezi 1960'larda ABD'deki iyimser siyasal ortamın ürünü olarak görülmüştür. Sanayi toplumlarının yakın dönemdeki gelişmesi yakınlaşma teorisinin örgütsüz kapitalizm, enflasyon, işsizlik ve borçlanma düzeyleri konusundaki iyimser varsayımlarını desteklememiştir. İlk yakınlaşma tezinin iyimser ve naif öncülleri açıkça güncelliğini yitirse de, 'sanayileşmenin mantığı'nın ılımlı bir savunusu yapılabilir (Hall, 1985).

Empirik koşullarda, sağlık hizmetleri sistemlerinin (toplumsal ve siyasal bağlamları bir kenara bırakılırsa) birkaç ortak özelliği ortaya çıkmıştır (Mechanic, 1975). İlk olarak, tıp mesleği oldukça çeşitli siyasal koşullara adapte olma konusunda nispeten başarılıdır ve hem devletçi sosyalizmde hem de Amerikan kapitalizminde egemen bir

konuma sahiptir. Bununla beraber, kapitalist toplumlarda serbest piyasa sağlık hizmetleri sisteminin monetarist koşullar altındaki gelişimi paradoksal olarak uzman mesleklerin gücünün azalmasına ve tıbbî faaliyetlerin proleterleşmesine yol açmıştır.

İkinci olarak, sağlık hizmetlerinden yararlanma, sağlık deneyimleri ve tıbba ulaşma bakımından hem kapitalist hem de sosyalist ülkelerde önemli toplumsal eşitsizlikler vardır. Sovyetler Birliği'nde, 20. yüzyılda gerçekleşen köklü değişimlere rağmen, sağlık hizmetlerinde hem özel piyasa hem de önemli bölgesel eşitsizlikler vardır. Üçüncü olarak, tüm tıp hizmetleri sistemlerinde bir ölçüde kaynakların sınırlandırılması zorunluluğu vardır. Dördüncü olarak, çağdaş sağlık hizmetleri ideolojisi ve organizasyonu bakımından esasen dinsellikten uzaktır. Beşinci olarak, geleneksel akrabalık grubu, aile ve yerel topluluğun bakım görevlerini modern sağlık hizmetleri sistemleri yüklenmeye başlamıştır. Altıncı olarak, hastanenin temel teknik tıp kurumu olarak gelişen önemiyle ilişki içinde, tıbbî pratikler giderek daha fazla bürokratikleşmiştir ve hekimler çatışan baskılara ve özerkliği vurgulayan bir meslek sisteminin beklentileri *ile* tekbiçimliliği ve idari açıdan egemen bir pratiği vurgulayan bir bürokratik yönetim arasındaki çatışmaya giderek daha fazla maruz kalmışlardır. Son olarak, siyasal bağlamları ne olursa olsun, dejeneratif hastalıklar yaşlanan nüfuslarda birincil ölüm nedenleri hâline gelmiştir ve bu benzer hastalık ve ölümlülük oranlarının nedenlerinde önemli bir yakınlaşma vardır. Ayrıca, AIDS kritik bir sorun olarak ve 'küreselleşen panik' biçiminde yaygınlaşmaktadır (O'Neill, 1990). Mechanic'e göre (1975: 62) neticede,

> modern toplumlarda tıbbî pratiğin temel örüntüsü, giderek, ilerleyen teknolojinin zorunluluklarının, nüfus içindeki nesnel ölümlülük örüntüsünün ve küresel çapta bir olgu olan gelişen kamusal beklentilerin hâkimiyeti altına girmektedir.

Modern çağda, dünya ekonomik sisteminin rahatsızlıklar ve ölümler karşısında bazı ortak kurumsal tepkilerin temeli hâline geldiği 'tıbbın küreselleşmesi' süreci yaşanmaktadır. Weberci terimlerle, bu gelişmeyi, ayrıca, tıbbî pratiğin ve bilginin hastalığa karşı dinsel inanç ve tutumları belirgin biçimde dışlayarak rasyonelleşmesinin bir parçası olarak görebiliriz. Bu rasyonelleşme süreci, ayrıca, artık uluslararası bir oluşum hâline gelen sağlık hizmetleri sistemlerinin giderek bürokratikleşmesini içermektedir. Tıbbî bilgi ve egemenliğin temel toplumsal düzenleme ve kontrol biçimleri olarak genişlemesi çağdaş siyasal sistemlerin ortak bir özelliğidir.

Sonuç: Devletçi Sosyalist Tıbbın Paradoksu

Radikal sosyolojide, yaygın olarak, çağdaş toplumlarda tıbbın bir ölçüde geleneksel hukuk ve devlet kurumlarının yerini alan temel bir sosyal kontrol kurumu olduğu öne sürülür (Zola, 1972). Sağlık hizmetleri sistemlerinin genişlemesi ve gelişmesi, neticede (çoğu kez hastanın müracaat edebileceği hiçbir kurum veya şikâyet sisteminin bulunmadığı, gizli bir toplumsal düzenleme çerçevesine sahip) eski hukuk ve din sistemlerinden daha kapsamlıdır. Zihinsel rahatsızlığı olan insanların kendi iradeleri dışında hastaneye yatırılması modern çağdaki radikal eleştirilerin temel hedefini oluşturmuştur, fakat tıbbî sosyal kontrol çok daha incelikli ve sinsi biçimler alabilir.

Sosyalist tıp reformunun açık amaçları oldukça övgüye değer ve ahlâki açıdan değerli olsa da, sosyalist reformların niyetlenilmemiş sonuçları daha az arzulanabilir niteliktedir. Sosyalizm daha fazla tıp hizmeti önerdikçe toplumun daha fazla tıbbîleşmesine ve tıbbî egemenliğin potansiyel olarak daha fazla genişlemesine yol açmıştır. Sosyalizmde tıbbî egemenlik, aslında tıp mesleğinin tekelinde olmasa da, tıp bürokrasisinin uzman olmayan uygulayıcıları tarafından Batılı kapitalist toplumlardaki benzer sistemlerden daha kapsamlı ve düzenleyici bir biçimde kullanılmıştır. Sonuç, toplumun devlet-güdümlü tıp sistemi içindeki bürokratik personel aracılığıyla kontrol altında tutulması olacaktır. Temel sağlık hizmetleri, devletin lehine davranan yerel topluluk çalışanları aracılığıyla temel bir 'düzenleme biçimi' hâline gelecektir. Bu koşullar altında sosyal sapma oldukça kapsamlı ve ayrıntılı bir bürokratik gözetim sistemi tarafından kontrol edilecektir. Bedenlerin düzenlenmesi tam olacaktır. Farklı siyasal koşullar altında olsa bile, bir küresel düzenleme sistemine yakınlaşmaktayız. Foucaultcu çerçevede, bu bir küresel hapishane (panoptizm) olacaktır.

Farklı toplumlar büyük ölçüde kendi siyasal ve ekonomik koşullarına bağlı olarak değişseler de, neticede dünya sağlık sistemlerinde bazı genel gelişme eğilimleri vardır (Roemer, 1977: 232). İlk olarak, çoğu toplumda sağlık hizmetlerinin devlet gibi kollektif birimler tarafından daha fazla düzenlenmesi için ekonomik destek sağlama eğilimi vardır. Geleneksel özel ödeme örüntüsünün yerini büyük ölçüde sigorta sistemleri ve genel devlet ödemeleri almıştır. İkinci olarak, nüfusla bağlantı içinde, tüm ülkelerde eğitimli doktor sayısı hızla artmaktadır. Bu genel eğilimler aynı zamanda tıp mesleğinin

uzmanlaşması ve kendi içinde farklılaşmasıyla ilişkilidir. Üçüncü olarak, ilişkili sağlık personelinin kapsamı ve miktarı hem nüfusla hem de uzman tıpla ilişki içinde artmaktadır. Dördüncü olarak, sağlık hizmetlerinin miktarı artmakta ve teknik nitelikleri yükselmektedir. Beşinci olarak, sağlık hizmetleri sistemleri kademeli olarak her hizmet düzeyinde sistemleşmektedir. Sağlık merkezleri çağdaş sağlık hizmetleri sistemlerinin önemli bir parçası hâline gelmektedir ve hastane içindeki hizmetler tipik olarak ücretli uzmanlar tarafından bürokratik bir çerçeve içinde sağlanmaktadır. Altıncı olarak, koruyucu hekimliğin öneminin ve ayrıca beslenme ve eğitim sorunlarının yanı sıra, günümüzde kirlenme düzeylerini kontrol altına almak için çevre düzenlemesine ilgi büyük ölçüde artmaktadır. Son olarak, modern tıbbın teknolojik ve bürokratik gerekleri sağlık hizmetleri sistemlerinin daha verimli idaresi ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve kapsamı konusunda daha rasyonel bir yaklaşımın araştırılmasıyla sonuçlanmıştır. Bu genel eğilimler, açıkça, tıbbî kontrolün genişlemesine, ortak bürokratik kontrol altında sapma ve hastalığın tıbbileştirilmesine işaret etmektedir. Dünya genelinde benzer bir küresel nüfus düzenleme ve yönetim örüntüsü oluşmaktadır. Bu örüntü rasyonel kapitalizmin ve devletçi sosyalizmin modern döneminin biyo-politikasıdır.

IV.
Sonuç

11
Bedenlerin Düzenlenmesi

Bir Genel Tıp Sosyolojisi Teorisine Doğru

Tıp sosyolojisi, çağdaş sosyoloji içindeki –tıbbî kurumları, sağlık hizmetleri sistemleri ve 'rahatsızlık davranışı'yla ilişkili çeşitli problemler ve konuları içeren ve ele alan– kompleks ve farklı bir bileşimdir. Son yıllarda bu alt disiplin hem inceleme-konusu hem de perspektifleri bakımından büyük ölçüde genişlemiştir. Ayrıca, gördüğümüz gibi, bu araştırma alanının 'tıp sosyolojisi' mi, yoksa 'sağlık ve rahatsızlık sosyolojisi' mi olarak adlandırılacağı konusunda ciddi tartışmalar vardır (Conrad and Kern, 1985). Dahası, tıp sosyolojisini belirli ölçüde bir uygulamalı tıp biçimi olarak alabileceğimizi ve sosyal tıbbı uygulamalı sosyolojinin bir parçası olarak görebileceğimizi düşünüyorum. Klinik sosyoloji ve klinik tıp arasında, açıkça, tıp ve sosyoloji müfredatlarının bütünleştirilmesiyle ilgili güçlü bir argüman içeren bir yakınlaşma vardır. Bu inceleme-konuları ve perspektifler kompleksliğini göz önünde bulundurarak, tıp sosyolojisi üzerine bu metinde tıbbî kurumlar, toplumsal güç ve sosyal kontrol biçimlerini araştırmak için bu inceleme-nesnesinin özel bir dilimini ele aldım. Bu araştırmanın odağı belirli zorunlu parametreler tarafından tanımlanmasına rağmen, sağlık, rahatsızlık ve sağlık hizmetleri sistemlerini sosyolojik teori, metodoloji ve uygulamalı sosyolojiye çağdaş ilgilere uygun biçimde ele alacak genel bir yaklaşım ortaya koymaya çalıştım. Uygun bir hastalık ve tıbbî kurumlar sosyolojisinin üç düzeyde, bireysel deneyim düzeyinde, toplumsal kurumlar ve değerler düze-

yinde ve –son olarak– makro-toplumsal düzeyde çalışması gerekir. Metinde bu analiz düzeylerine karşılık gelen üç teorik perspektif geliştirmeye çalıştım: hastalık durumunun fenomenolojisi, hastalık-rolünün sosyolojisi ve karşılaştırmalı sağlık-hizmetleri sistemleri sosyolojisi.

Sosyoloji toplumsal gruplar, kurumlar ve değişme süreçlerinin bilimsel olarak araştırılması biçiminde tanımlanabilse de, o aynı zamanda bireysel davranışlar ve deneyimlerin doğasını ele almak zorundadır. İnsanların zorunlu olarak toplumsal bireyler oldukları kabulünden hareketle, sosyoloji toplumsal eylemin –bireylerin tercihleri, seçimleri ve yorumlarının– araştırılması olarak tanımlanabilir. Bütün bu seçim ve yorumlama eylemleri toplumsal olgular olarak alınabilir; bu yüzden, sosyolojideki bazı yaklaşımlar, hem toplumsal eylemle hem de sosyal sistemlerle ilgilendikleri için, çoğu kez 'eylem sistemleri yaklaşımları' olarak adlandırılır.

Bu tıp sosyolojisi araştırmasında, hastalık ve rahatsızlık davranışını toplumsal birey düzeyinde anlamak için yorumcu bir eylem sosyolojisini benimsememiz gerektiğini vurguladım. Bu nedenle, tıp sosyolojisinin rahatsızlığı sadece basit bir davranış, anlam, önem veya iradeden yoksun bir tepki olarak görmekten ziyade, sağlık ve rahatsızlığı toplumsal eylemin tezahürleri olarak alması gerektiğini öne sürdüm. İlk olarak Weber, Simmel gibi yazarlar tarafından geliştirilen ve daha sonra Parsons'ın iradeci eylem teorisinde genişletilen bu sosyolojik yaklaşıma göre (Holton and Turner, 1986), hastalık durumu basitçe sahip olduğumuz bir özellikten ziyade, inşa ettiğimiz bir şeydir. Hasta olmak yorumlama, seçim ve eylemi gerektirir. Hasta olmak toplumsal aktörler olarak insanlar için belirli bir anlama sahiptir.

Tıbbî etkinliğin ve daha özelde psikanalizin bir görevinin rahatsızlığın toplumsal aktör için anlamını kavramak olduğunu kabul edebiliriz. Çoğu kez, hasta kişi durumunun anlamı ve önemini gizleyebileceği için, tıbbî danışmanlığın rolü hastanın durumunun –onun da onaylayabileceği– anlamını ortaya koymaktır. Sosyolojinin rahatsızlığın birey ve bireysel deneyim düzeyindeki anlamı ve önemiyle ilgilenmesi gerektiğini öne süren bu araştırma –özellikle Groddeck'in çalışması (1977), Lacan'ın analitik geleneği (Lemaire, 1977) ve Sacks'ın beden, beden-imgesi ve bilinç arasındaki kompleks etkileşimi araştıracak bir model sunan çalışmasının temsil ettiği migren araştırması (Sacks, 1981) Freudçu gelenekten etkilenmiştir. Sacks'ı izleyerek, rahatsızlığı yorumlama becerileri gerektiren bir metin veya hikâye olarak alabiliriz, zira rahatsızlık daha ziyade tümü mantıklı

birçok ve gerçekte sonsuz yorumlar içeren bir romana benzer (Baross, 1988). Bu durum onun 'nörografiler' olarak adlandırdığı şeyin, yani kişisel nörolojik gerçeklikler deneyiminin bir iç hikâyesinin mümkün olduğunu gösterir.

Rahatsızlığı farklı perspektiflere açık bir metin olarak almak radikal bir hastalık durumu yaklaşımıdır, zira bu yaklaşım kurumsallaşmış, bilimsel ve teknolojik yönelimli tıbbın temelini oluşturan biyomedikal modeldeki bazı problemlere işaret eder. Gördüğümüz gibi, modern tıbbın temel paradigması olarak biyomedikal modelin kaynağı zihnin ve bedenin hayatı arasına kapatılamaz bir uçurum koyan Descartes'ın pozitivist felsefesidir. Bedeni bir tür makine olarak alan modern tıp rahatsızlık ve hastalığı makine bedenin parçalarının işleyişinin bozulması olarak görür. Bu anlayışa göre, tüm 'gerçek' hastalıkların nihayetinde teşhis ve tedavi edilebilecek belirli özel nedensel mekanizmaları vardır. Böyle bir yaklaşım deneyim, heyecan, duygu ve yorumun rahatsızlık durumundaki ve hastalığın fenomenolojisindeki merkezî yeri ve önemini dikkate almaz. biyomedikal modelin klâsik bir örneği kaynağını Pasteur ve Koch'un 19. yüzyıldaki bilimsel tıp modelinin oluşturduğu mikrop teorisidir; onların çalışması tıbbın doyurucu bir bilgi temeline sahip bir meslek olarak ortaya çıkması için gerekli bilimsel temeli sağlamıştır. biyomedikal model, hastalık problemini büyük ölçüde müdahaleci ve özel bir tıbbî pratik gerektiren mikrop teorisi aracılığıyla ele aldığı için, esasen hastalıklardan korunmayla ilişkili problemlerle ilgilenmez. Mikrop teorisi Viktoryan tıptaki daha geniş bir devrim içindeki bileşenlerden sadece biridir (Youngson, 1979).

Biyomedikal modelle ilişkili bazı problemler vardır. İlki, çoğu temel aksaklığın, özellikle çağdaş toplumlardaki aksaklıkların bedenin biyokimyasının patolojileri içinde bilinen hiçbir nedensel temeli olmamasıdır. Basitçe, çağdaş hastalık örüntülerindeki temel önemde çoğu problem fizyolojik işleyiş bozukluğu olarak alınamaz; bu problemler 'davranış bozuklukları' olarak adlandırılan geniş çeşitlilikte birçok durumu, örneğin anoraksıya nervozayı içerecektir. Ayrıca, kronik hastalıklarda (örneğin, şeker hastalığında) karşımıza çıkan çoğu problem basitçe biyomedikal modele dayanan yöntemlerle tedavi edilemez. Çağdaş rahatsızlık örüntülerindeki, örneğin bağımlılıklar ve yaşlanma örüntülerindeki temel değişimlerin geleneksel tıbbî müdahaleyle kontrol altına alınamayacak çok farklı nedenleri vardır. Ayrıca aksaklıklarda kültürler arası farklılıklar vardır. Örneğin, çağdaş Japonya'da, ekonomik bireyciliğin etkisiyle geleneksel değerlerde çözülmenin ürünü olduğu düşünülen –çelişkili farklı değer

sistemleri arasında sıkışıp kalan ev kadınları ve çocuklarının farklı stresler biçiminde yaşadıkları– bazı sendromlar (menopoz sendromu, okulu gitmeyi reddetme sendromu ve mutfak sendromu) ortaya çıkmıştır (Lock, 1980).

Medikal bir modele dayalı bir bilimsel tıbbın gelişimi 19. yüzyıl sonlarında toplumun tıbbileştirilmesinin bir parçasını oluşturmuştur. Foucault'nun çalışmasından hareketle, tıbbileştirmeyi bilimsel kategorilerin egemenliği sayesinde toplumun rasyonelleşmesinin bir boyutu olarak aldım. Hastalık durumu bir sosyal sapma biçimi olarak görülebileceği için, tıp mesleğinin toplum içinde kontrolü sağlama işlevinin olduğu düşünülebilir. "Bir sosyal kontrol biçimi olarak tıp" rahatsızlığın bürokratik birimler tarafından yönlendirilebilen olgular içinde standartlaştırılmasını gerektirir. Foucault'nun felsefesinin arkasında Alman düşünür Nietzsche'nin çalışması yatar. Nietzsche devletin rolünü ve bir uzmanlar kategorisinin gelişimini çağdaş toplumlardaki yeni bir güç ve kontrol örüntüsünün bir parçası olarak görür. Modern tıbbî pratik, Nietzsche'ye göre, sağlığın uzman gücün çıkarlarına uygun biçimde normalleştirilmesini temsil eder. Nietzsche (1974) bu sağlık düzenlemesini şöyle eleştirir:

> zira aslında sağlık diye bir şey yoktur ve böyle bir şeyin sahip olduğu biçimi tanımlamaya yönelik tüm girişimler başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Bedeniniz için neyin sağlıklı olduğunun belirlenmesi bile amacınıza, ufkunuza, enerjileriniz, dürtüleriniz ve hatalarınıza, her şeyden öte ruhlarınızın idealleri ve fantezilerine bağlıdır. Nitekim, sayısız beden sağlığı vardır; biricik ve benzersiz olanı yeniden öne çıkardıkça ve 'insanların eşitliği' dogmasını yadsıdıkça, tıp adamlarının normal sağlık fikriyle birlikte normal diyet ve bir hastalığın normal seyri fikrini de terk etmeleri gerekir (Nietzsche, 1974, Kısım 120).

Nietzsche'nin sağlık ve rahatsızlığın değişkenliği ve muğlâklığı konusundaki bu argümanının kaynağında onun dil anlayışı, yani bilimsel teorilerin aslında basitçe dünyanın belirli bir yorumunu sunan dil biçimleri oldukları fikri vardır. Ona göre, 'gerçekler' değil sadece yorumlar vardır ve bu nedenle, rahatsızlık gerçekliğin bir yorumundan ibarettir. Eşcinselliğin bir hastalık, sapma veya kişisel tercih olarak adlandırılması bakış açımıza veya perspektifimize bağlıdır. Benzer şekilde, kanseri bir patoloji olarak adlandırmak doğal süreçlere belirli bir yorum empoze etmektir (King, 1954). Böyle bir görüş insanların hastalıklarını sanki onlar arasındaki etkileşimleri (toplumsal düzenin ve kültürün tezahürleri olmaktan ziyade) değer-

den arınık gerçeklermiş gibi ele alan yaygın bir yaklaşımı sorgulamayı gerektirir.

Bu yüzden, sağlık ve rahatsızlığın sosyolojisi olaylara bir bireyin yorumlama sisteminden yaklaşabilir ve rahatsızlığın bireyin konuşmaları ve davranışlarındaki yansımalarına odaklanabilir. Bununla beraber, 'hastalığın fenomenolojisi' olarak adlandırdığım yaklaşım, doğal olarak, rahatsızlık ve sağlığın toplumsal etkileşim ve düzenin toplumsal değerler ve tarihsel süreçler düzeyindeki tezahürleri olarak tartışılmasını mümkün kılar. Buradaki argüman, eylem ve yapı arasındaki ilişkilerin rahatsızlığın ve sağlık kurumlarının karakterleri bağlamında ele alınması gerektiğidir. Bu analiz düzeyini Parsons'ın hastalık-rolü üzerine çalışmasından yararlanarak ele aldım.

Bir bireyin kendi rahatsızlıklarını nasıl yorumladığı veya anladığı, bireysel arzular veya hayallere değil, aksine önemli ölçüde bir kültür içindeki mevcut rahatsızlık kategorilerine ve uygun davranışlar konusundaki genel kültürel değerlere referanslara bağlıdır. Bu nedenle, Parsons'ın hastalık-rolü kavramı sosyolojide özellikle kullanışlıdır. Bu kavram, rahatsızlık davranışının sadece doktor ve hasta arasındaki etkileşim içindeki özel beklentilere göre yapılaştığını ve kalıplaştığını değil, aynı zamanda hastalık ve rahatsızlığın belirli bir toplumda önemli görülen şeylerle ilişkili genel değerlerin ürünleri olduklarını gösterir. Parsons'ın yaklaşımı, belirli bir toplum içindeki, sağlık ve rahatsızlık ayrımlarını yansıtan egemen kabulleri karşılaştırmamızı ve kıyaslamamızı mümkün kılar. Bu yüzden, Parsons'ın hastalık-rolü tartışması Durkheim'in din sosyolojisindeki kutsal ve dindışı ayrımının modern analitik bir yorumudur. 'Hastalık durumu' kavramı şeyleri (insanlar, yaşantılar, toplumlar veya olayları) arzulanır, önemli veya uygun olarak değerlendirme biçimimiz açısından temel önemdedir.

Batılı toplumlarda aktiflik ve bireyciliğe özel bir vurgu vardır, bu yüzden hasta olmak, hastalık-rolü terimleriyle, bireysel sorumluluk, aktiflik ve başarının olmamasını içerir. Basitçe, hasta olmak işe gitmemektir. Hasta olma biçimleri, hastalıkların teşhisleri ve tedavileri toplumun yaygın değerlerini yansıtır; örneğin, Asya'da güçlü bireyci bir kültürün olmaması rahatsızlık davranışı biçiminin –kültür ve toplumsal düzen konusunda uzun bir bireycilik geleneğine sahip– Batıda yer alan davranışlardan kökten farklı olması anlamına gelir (Abercrombie *et al.*, 1986; Marsella *et al.*, 1985).

Bu açıdan, sosyologlara göre, iki farklı sapma biçimi olarak 'hastalık durumu'nu ve 'suç'u karşılaştırmak ve kıyaslamak önemlidir. Hukukî açıdan, suç sorumlulukla ve özelde suç işleme niyetiyle ilişkilidir. İnsanlar tipik bir biçimde bireysel olarak sorumlu oldukları düşünü-

len suçlar nedeniyle cezalandırılırlar. Bu yüzden, sorumluluğun azalmasıyla ilgili temeller hukuk teorisi ve pratiği açısından büyük felsefi ve pratik öneme sahiptir (Wootton, 1963). Aksine, hastalık-rolü sapkın davranışı sorumluluklardan uzaklaştırarak meşrulaştırır, zira biyomedikal görüşte kişi gerçekte suç işlemeyi seçebilmesine rağmen, hasta olmayı seçemez. Bununla beraber, hastalık durumu gündelik beklentilerden çekilmeyi sadece doktorun düzenlemesi altında ve kısa süreli bir davranış olduğu kabulüyle meşrulaştırır. Bu yüzden, Parsons'ın sosyolojisinde hastalık-rolü sosyal sistem açısından işlevseldir, zira mantıken herkes aynı anda hasta olmaz.

Hastalık durumunu hastalık-rolü aracılığıyla ele alan sosyolog ister istemez meslekler ve meslekî değerlerin modern toplum üzerindeki etkilerini araştırır. Çağdaş sosyolojide uzmanlaşma ve uzmanlaşmanın doğasının hararetle tartışıldığını görmüştük. Örneğin, Parsons'ın uzman meslekler açıklaması, mesleğin egemen değerlerinin bir yansıması olmakla ve böylece mesleklerin ciddi bir eleştirel değerlendirmesini engellemekle eleştirilmiştir. Sonuç olarak, çağdaş sosyoloji muhtemelen uzmanlaşmayı bir güç ve statü artışı olarak alır. Bu açıdan, 20. yüzyılda tıp mesleğinin tarihi, tıbbî egemenliğin devletin kanatları altında –örneğin, mikrop teorisi sayesinde bir uzmanlık bilgisi yapısının oluşumuyla bağlantı içindeki– gelişiminin ilginç bir örneğini temsil eder.

Tıp mesleğinin egemenliği, hastanın tıbbî hizmetleri bilinçsiz tüketimiyle ilişki içinde ilginç bir bilgi ve güç bileşimini temsil eder. Bilgi sosyolojisi çağdaş tıp sosyolojisi içinde özellikle önemli ve değerli bir analiz alanı olduğunu kanıtlamıştır (Wright and Treacher, 1982). Uzman mesleklerin gücü, en azından bir ölçüde, kendi çalışmalarının bilimsel değeri konusunda başarılı iddialar ve taleplerine ve meslekî bilgilerini kesin, geçerli ve güvenilir bilimsel bilgi içinde temellendirmelerine bağlıdır. Bu yüzden, hastalık kategorilerinin sosyal olarak inşa edilme biçimleri günümüz toplumlarında mesleklerin statüsü ve rolünü anlamak açısından büyük öneme sahiptir. Bu açıdan, normallik ve sapma sınıflandırmasının meşru temsilcileri olarak görülen tıp uzmanları çağdaş toplumun ahlâk bekçileri hâline gelmişlerdir.

Uzman meslekî güç ve bilgi tartışması fiilen üçüncü analiz düzeyine, makro-toplumsal süreçlerin analizine götürür. Bu analiz düzeyi Marksist rahatsızlık ve sağlık yaklaşımlarının ve ekonomi politik sağlık hizmetleri sistemleri yaklaşımlarının özel ilgi alanını oluşturmuştur (McKinley, 1984). Sağlığı, daha ziyade, diğer refah biçimleri gibi toplum içinde eşitsiz dağılmış temel bir toplumsal kaynak olarak

alabiliriz. Ayrıca, sağlığın ve sağlık hizmetlerinin eşitsiz dağılımı toplumsal yapı içindeki temel bir eksenle, yani emekçiler ve üretken gelir sahipleri arasındaki ayrışmayla yakından bağlantılıdır. Bununla beraber, sağlık imkânlarının dağılımında önemli olabilecek, yaş ve cinsiyet gibi başka boyutlar vardır. Ayrıca, küresel düzeyde sağlık imkânlarının dağılımı siyasal ve ekonomik egemenliğin dağılımına yakındır. Hem sosyal sistemler içinde hem de bu sistemler arasında sağlık eşitsizlikleri söz konusudur.

Gördüğümüz gibi, Marksist tıp sosyolojisine göre çağdaş toplumda hastalıkların yaygınlığı ve biçimi büyük ölçüde kapitalist üretimin sömürüye dayalı karakterinin bir sonucudur. Kapitalizm bir yandan sömürüye dayalı üretim sistemleri aracılığıyla çevreye zarar verirken, öte yandan emeğin sömürülmesiyle rahatsızlıkların oluşmasında etkilidir. Marksistlere göre, tıp –Batılı kapitalizmin hastalıklarının Üçüncü Dünya ülkelerine ihraç edildiği– küresel bir sömürgeci sistem veya sömürgeci güç olarak ortaya çıkma eğilimindedir. Son olarak, ekonomi politik sağlık yaklaşımı rahatsızlık ve sağlık hizmetleriyle ilgili problemlerin sadece kaynakların sosyalist yeniden dağılımıyla çözülebileceğini öne sürer.

Bedenlerin Düzenlenmesi

Bu yüzden, tıp sosyolojisi anlayışımda, bilinçli olarak geniş bir sosyolojik açıklamalar ve perspektifler yaklaşımını benimsedim. Navarro gibi Marksistlerden eleştirel perspektifleri, Goffman gibi sembolik etkileşimcilerden sosyolojik perspektifleri alırken, aynı zamanda Parsons'ın hastalık-rolü yaklaşımını benimsedim ve geliştirdim. Bu teorik genişlik çeşitli zeminlerde temellendirilebilir. Örneğin, farklı analiz düzeylerinin daha farklı yaklaşımları gerektirebileceğini öne sürdüm. Bununla beraber, bu kitaptaki farklı yaklaşım sosyolojik ve tarihsel bilgi ve güç analizleri tıp sosyolojisi alanında oldukça kullanışlı olan Foucault'nun çalışmasına merkezî bir önem tanır. Foucault'nun çalışmalarından yararlanarak beden ve nüfuslar konusunda açıklamalar geliştirdim.

Beden sosyolojisinin tıp sosyolojisinin gelişimi açısından önemi artık büyük ölçüde kabul görmektedir (Frank, 1990; Shilling, 1993; Zola, 1991). Tıp sosyolojisinde beden problemi özellikle ilginçtir, zira beden problemi beden ve zihin, kültür ve doğa, benlik ve toplum arasındaki ilişkiler konusundaki tüm tartışmalarda kendini yoğun olarak göstermektedir. Foucault'yu izleyerek, bedenin uzun bir tarih-

sel rasyonelleşme ve standartlaşma sürecinden geçtiğini öne sürdüm. Beden –tıp mesleğinin kritik rol oynadığı– birçok farklı disiplin, gözetim ve kontrol biçiminin odağı hâline gelmiştir. Kliniğin doğuşu ve tıbbî eğitim sürecinin hastaneye taşınması Foucault'nun tıbbî tetkik (gaze) adını verdiği sürecin oluşumunda rol oynayan önemli kurumsal gelişmelerdir. Bu çerçeve, *bireysel beden düzeyinde* hastalık durumu problemini, *klinik ve hastane düzeyinde* kurumsal düzenleme ve kontrolün gelişmesini ve son olarak, devletin farklı yerel ve ulusal birimleri aracılığıyla hayatın üretimi ve yeniden-üretimine sürekli müdahalelerde bulunduğu *biyo-politika*yı araştırmak için gerekli düzenleyici ilkeyi ortaya koyar. Devlet, yaşam süreçlerinin üretimi ve sona ermesiyle ilişkili teknolojik değişimler nedeniyle yaşamın doğası –kaynakları, biçimi ve geleceği– hakkındaki hukukî tartışmalara giderek daha fazla dâhil olmaktadır. Devlet artık kadınların bedenleri üzerindeki teknik, siyasal ve ideolojik müdahalelere dâhil olduğu için, bu çatışmalar siyasal düzeyde bir ölçüde modern ataerkilliğin özelliklerini beslemektedir.

Bu biyo-politika, ayrıca, sağlık ve rahatsızlığın dinsellikten uzaklaşması sürecinde birey ve ev-halkı düzeyinde yaşam süreçleri üzerinde denetime sahip temel kurum olarak Kilisenin yerini devletin aldığı bir evreyi temsil eder. Bu araştırmada, sonuç olarak, lâikleşmenin sadece Kilisenin güç kaybetmesini değil, aynı zamanda toplumda normal toplumsal ilişkileri düzenleyen grup olarak geleneksel ruhban sınıfın yerini tıp mesleğinin almasını gerektirdiğini öne sürdüm. Koruyucu hekimlik rejimleriyle koşmaya, diyet yapmaya, dinlenmeye, stresten kaçınmaya ve cinselliğimizi toplumsal normalliğin gereklerine uygun biçimde düzenlemeye teşvik edildik. Çağdaş hastalık örüntülerinin değişmesiyle (akut problemlerden kronik olanlara geçişle), hastaların kontrolü ve düzenlenmesi problemi sadece sosyal tıp içinde değil, geriatride de önem kazanmıştır. Bu yüzden, toplumun tıbbileştirilmesi nüfuslar ve bedenlerin neyin normal olduğunu belirleyen ve denetleyen bir söylemin çıkarlarına uygun biçimde düzenlenmesi ve idaresini gerektirir (Conrad and Schneider, 1980).

Eleştirel Değerlendirmeler

Bu tıp sosyolojisi giriş kitabında, esasen, çeşitli perspektifler aracılığıyla hastalık durumu ve tıbbî egemenliğin karakterinin genel bir açıklamasını sunmaya çalıştım. Bu perspektifleri geliştirmeye odak-

lanmak için yorumlar veya eleştirilere değinmedim. Bu strateji lehine bir argüman, hiçbir özel paradigma veya perspektifin teorik açıdan her zaman tamamen yeterli olamayacağıdır. Tıp sosyolojisindeki farklı temel gelenekler kısıtlılıkları veya boşlukları nedeniyle eleştirilebilir. Bu çalışmada rahatsızlık konusunda fenomenolojik perspektifin kullanılması gerektiğini savundum, zira bu perspektif açıkça sosyologların bireylerin hastalıklarının nasıl bilincinde olduklarının ve rahatsızlığın bilgisinin gündelik hayatta nasıl inşa edildiğinin bir açıklamasını sunmaları açısından önemlidir. Böyle bir araştırma programı sadece sosyologlar için değil, sağlık hizmetlerini gerçekleştirenler için de önemli ve kullanışlı sonuçlara sahip olacaktır. Örneğin, şeker hastalığının fenomenolojisi hakkında çok az bilgiye sahibiz, zira çoğu sosyolojik ve tıbbî rahatsızlık açıklaması ikinci elden betimlemelerle doludur. Parsons'ın hastalık-rolü sosyolojisinin bir eleştirisi, bir 'toplumsal roller analizi'nin çoğu kez gündelik etkileşimde bilincin fenomenolojik inşasını kavrayamayacağıdır.

Bununla beraber, rahatsızlığın fenomenolojisi önemli olsa da, fenomenoloji tek başına genel tıp sosyolojisi için uygun bir temel sunmaz. Fenomenoloji, bir bütün olarak, fazla betimsel, küçük veya sıradan problemlerle sınırlı kalmakla ve bir toplumsal yapı açıklaması sunamamakla eleştirilmiştir. 'Rahatsızlığın fenomenolojisi' basitçe aktörün hastalığa ilişkin bilincinin bir betimlemesinden ibaret olacak, fakat rahatsızlığın toplumsal dağılımını güç ve toplumsal yapıyla ilişkili sorunlarla bağlantı içinde açıklayamayacaktır. Fenomenolojik bir hastalık durumu betimlemesi modern tıp eleştirisi için bir temel sunmaz, zira fenomenoloji esasen gündelik dünyanın inşa edildiği gerçekliği sorgulanmayan bilgileri betimlemeye ve aktarmaya çalışır. Fenomenoloji sadece olaylar ve betimlemeleri insanların gündelik betimlemelerini değerlendirdiğimizde bir anlam kazanan bağlamları içinde konumlandırır.

Bu yüzden, fenomenolojiye ek olarak, hastalık-rollerine, sokaktaki insanlar ve uzmanlar arasındaki etkileşime, klinikler, hastaneler ve diğer tıp ortamlarında gündelik etkileşimlerin yapılaşmasında meslekî değerlerin rolüne bakmak gerekir. Ancak gördüğümüz gibi bu Parsonscu modelin bazı temel sınırlılıkları vardır. Parsons'ın hastalık-rolü kavramıyla ilişkili bir problem, hastalık-rolünün gündelik referanslar bağlamından bağımsız olarak alınmasıdır. Basitçe ifade edilirse, 'doktora gitmek' rahatsızlığın karakteri konusunda sokaktaki insanlar arasındaki uzun bir etkileşim ve alışveriş sürecinin son aşaması olarak görülmelidir. Ayrıca, gündelik tıpta tek figür uzman hekim değildir. Şifacılık ve şifacıların varlığı gelişmiş sanayi toplumla-

rında bile yardım-arama çabasının önemli bir parçası olabilir. Örneğin, Henderson ve Parsons "bir sosyal sistem olarak tıbbî karşılaşma" fikrini geliştirmeden kısa süre önce Robert ve Helen Lynd 1929'da ünlü Middletown araştırmasını gerçekleştirdi. Onlar çalışmalarının bir Amerikan topluluğunda sağlığın korunması üzerine bölümünde çeşitli birçok şifacılık biçimine ve şifacıların varlığına dikkat çekti. Karı-koca Lynd Middletown kasabasının hâlâ nispeten asıl kökenlerine yakın olduğunu ve bu topluluğun yurttaşlarının hâlen birçok farklı bilimsel olmayan şifacılık pratiklerine bağlılıkları veya ilişkilerini sürdürdüklerini gözlemledi:

> bazı insanlar yılancık ve diğer hastalıkların tedavisinde hâlâ büyüye önem vermekte, kuşaktan kuşağa, bu inancı her zaman karşı cinsten birine dikkatlice aktarmaktadır. Bir kasaba berberi baş ağrısından kansere kadar her şeyi büyüyle tedavi etmek için hastaları düzenli olarak arka odaya almaktadır. Bazı insanlar hâlâ doğum sırasında annenin memelerine sarılmış eski deri kuşakların tüm meme problemlerini önleyeceğine inanmaktadır. Bir çocuğun boynuna takılan eski bir deri ayakkabı bağcığı kuşpalazını önleyecektir... Bir kişinin bir fasulye çuvalından tesadüfen bir fasulye tanesi alması ve siğile değdirmesiyle bu hastalık ortadan kalkacaktır (Lynd and Lynd, 1929: 435).

Middletown araştırmasından yapılan bu alıntı bize, sadece sokağın referans sistemini ve şifacılığın kapsamını değil, aynı zamanda Kuzey Amerika'da bile tıbbın meslekî örgütlenmesiyle sağlanan tıbbî egemenliğin çoğu kez istikrarsız olduğunu hatırlatır. O, ayrıca, uzmanlaşma modelinin tarihsel sınırlılıklarını gösterir, zira Parsons'a karşı bir argüman, çağdaş, bürokratik, hastane merkezli tıp pratiği sonucunda hasta ve doktor arasındaki birebir ilişkinin ortadan kalktığıdır.

Bu yüzden, hastalık-rolü analizini tıbbî egemenliğin eleştirel bir analiziyle ve ekonomi politik bir sağlık eşitsizliği açıklamasıyla tamamlamamız gerekir. Bu perspektifler bize, hepsi modern toplumlarda sağlığın doğasını kompleks biçimlerde şekillendiren makro toplumsal yapılar, siyasal süreçler ve ekonomik koşullar hakkında bir perspektif sunar. Ekonomi politik perspektif özellikle sağlık problemleriyle ilişkili çokuluslu şirketlerin, bilhassa eczacılık endüstrisinin oluşumunu ortaya koymakta kullanışlıdır. Ekonomi politik yaklaşım bize sağlık hizmetleri kurumlarının arkasında yatan temel siyasal süreçleri kavramakta yardımcı olsa da, bireylerin rahatsızlık ve sağlık deneyimleri düzeyinde zayıf ve azgelişmiş bir düşünce çerçevesidir.

Gerçekte, Marksist çerçeve rahatsızlığın fenomenolojisine büyük ölçüde kayıtsızdır ve hastalık bilincini bu düzeyde açıklamaya çalışmaz. Bireysel rahatsızlık deneyimi Marksist ilgi alanının büyük ölçüde dışında kalır.

Hastalığın fenomenolojisini araştırma ihtiyacını duymasa da, Marksizm'in gerçekte bir beden teorisine sahip olmaması tuhaftır; zira bir beden teorisinin materyalizmin temel bir parçasını oluşturması gerekirdi. Gerçekte, Marksizm'de bir beden teorisinin tuhaf yokluğuna sadece Timpanaro (1975) dikkat çekmiştir, zira bir düzeyde insanlar ve nüfusların doğum ve ölümü özünde maddî bir olgudur. Engels çalışmasında ekonomik üretim ve insanın yeniden-üretimi [üreme] arasındaki kompleks ilişkiyle özellikle ilgilenmiştir, ancak bu ilgiler çağdaş Marksist teoride gözden kaybolur. Beden problemini ideoloji probleminden önce ortaya koymanın daha materyalist olacağına dikkat çeken kişi Marksist teorideki bu tuhaf eksikliğe işaret eden Foucault'ydu.

Ekonomi politik ve Marksist paradigmalarda bazı temel problemler vardır. 'Kapitalizmde sağlık' ve 'sosyalizmde sağlık' biçiminde yapılan keskin ayrım pratikte bu kadar açık bir biçimde ortaya çıkmaz. Gördüğümüz gibi, sağlığın ve alternatif tıp sistemlerinin geliştirilmesi en azından devletçi sosyalist toplumlarda yeterince başarılı değildi. Çoğu sosyalist sanayi toplumu kapitalizmdeki daha ileri önlemleri geliştirme bakımından daha geridedir. Ayrıca, çoğu sağlık problemi artık küreselleşmiştir ve hastalıklardaki farklılıkları sadece farklı üretim tarzlarına başvurarak açıklayamayız. Genelde, Marksizm kapitalist toplumlarda, daha iyi sağlık konusunda yurttaşlık haklarının genişlemesi ve siyasal mücadelelerin artmasının bir sonucu olarak, sağlık hizmetlerinde ve insanların sağlık durumlarındaki gerçek gelişmeleri yadsıma veya görmezden gelme eğilimindedir. Ayrıca, ataerkillik Marksizm'de hem teorik hem siyasal bir problemdir ve hâlihazırda gerçekte sağlık problemleriyle ilişkili uygun bir Marksist toplumsal cinsiyet analizi yoktur. Özetle, kadınlar ve erkekler arasındaki sağlık koşullarındaki eşitsizlikler devletçi sosyalist sağlık sistemlerinde de varlığını sürdürmektedir. Marksizm kapitalist ve sosyalist toplumların kendi içlerindeki ve aralarındaki önemli farklılıkları açıklayamamıştır. Marksistler sınaî kapitalist toplumlarda refah devletinin işçi sınıfının ve azınlık grupların sağlık statüsüne önemli katkılarını görmezlikten gelme eğilimindedir.

Marksizm çoğu kez tıp sosyolojisinin ilgileriyle bağlantı içinde uygun bir beden teorisi ortaya koyamadığı için, çoğu sosyolog bir alternatif ve gerçekte Marksist çerçevelere eleştirel bir alternatif

oluşturmak için Foucault'nun çalışmalarına yönelmiştir. Foucault'ya bu yöneliş akıl rahatsızlığının anlaşılması ve akıl hastanelerinin analizi için özellikle önemlidir. Foucault tıbbî kurumların bilimsel bilgi yapılarıyla ve yeni uzman sağlık hizmetleri kurumlarının organizasyonuyla ilişki içindeki gelişimi konusunda önemli bir anlayış sunar.

Bununla beraber, Foucault'nun perspektifinde bazı problemler vardır. İlk olarak, Foucault yapısalcı bir beden teorisi olarak adlandıracağım bir yaklaşım oluşturma eğilimindedir; yani o bedeni toplumsal organizasyonlardaki değişimlerin sonucu veya ürünü olarak alır ve böylece bir 'yaşanılan bedenin fenomenolojisi'ni ortaya koymaz. Foucault, bilincin fenomenolojik düzeydeki –tıbbî söylemlerin etkileriyle daha ilişkili– önemini görmezden gelir. Ayrıca Foucault, bürokrasi ve organizasyonların en üstte yer aldığı bir toplum resmi çizdiği için, bir tıbbî güce karşı muhalefet ve direniş analizi ortaya koymakta zorlanmıştır. Sokaktan bireylerin tıbbî kontrole direndikleri, profesyonel tıbba muhalefet eden tüketici gruplar oluşturdukları ve tıbbî otoriteyi alternatif yaklaşımlarla sorguladıkları yeterince açıktır. Tıbbî güç tamamen yaygın ve hâkim konumda olsa da, bu durum tıbbî güce karşı muhalefet ve direnişin engellendiği veya etkisiz kaldığı anlamına gelmez. Daha ziyade, sağlık hizmetleri konusunda sokaktan gruplar ve uzman meslek birlikleri arasındaki çatışmaları ve bu çatışmaların ortak seçimlerle veya başarılı bir muhalefetle uzlaştırılmasını açıklayacak bir perspektife ihtiyaç vardır. Tıp açıklaması birçok bakımdan eleştirilse de, Foucault tıbbî egemenliğe karşı önemli bir alternatif oluşturmaya çalışmamıştır ve bu yüzden, onun teorik toplum açıklaması ve bu açıklamanın siyasal sonuçları arasında bir boşluk vardır.

Bu farklı perspektifler problemler ve sınırlılıklar içerse de, tıp sosyolojisi üzerine bu kitapta, bireysel faktörlerden küresel olanlara (örneğin, çevre kirlenmesine) kadar, farklı rahatsızlık ve sağlık hizmetleri düzeylerindeki problemleri ele alacak bir genel tıp sosyolojisi yaklaşımı geliştirmek için mevcut çerçevelerden farklı unsurları bir araya getiren açık bir strateji benimsedim. Sosyoloji çoğu kez eski paradigmaları yıkarak ilerlese de, mevcut yaklaşımlar ve araştırmalara dayanan bir teorik strateji önerdim. Sürekli köklü değişimleri vurgulayan bir konumdan ziyade, sosyolojik teoride evrimci gelişmeyi vurgulayan bir konumu benimsedim (Wagner, 1984).

Tıp ve Toplumsal Değişme

Karşılaştırmalı ve tarihsel bir açıdan bakıldığında, tıbbın kültürel ve toplumsal yapı içinde derinlere kök saldığı açıkça görülür. Ünlü tıp bilimleri tarihçisi Sigerist bir zamanlar "Tıp teorileri her zaman belirli bir dönemin genel uygarlaşma sürecinin bir boyutunu temsil eder ve bunu tam anlamıyla kavramak için söz konusu uygarlığın diğer tezahürleri, felsefesi, edebiyatı, sanatı ve müziğini tanımamız gerekir" tespitinde bulunmuştu (1951: 11). Nitekim, tıp –tıpkı din gibi– belirli bir toplumun genel değerler ve kurumlar örüntüsünü yansıtır. Örneğin, eski Çin tıbbında egemen tıbbî açıklama metaforları ve egemen tıbbî pratik biçimlerinin Çin'in siyasal ve ekonomik kurumlarının organizasyonuyla yakından ilişkili olduğunu belirtmiştik. Bu araştırmada, özellikle modern kültürlerin bürokrasi, bilimsel tıp ve sınaî teknolojinin etkisi altında lâikleşmesi ve rasyonelleşmesine işaret ederek, tıbbın ve tıbbî pratiğin toplumsal düzendeki büyük ve önemli değişmelerden nasıl etkilendiğini göstermeye çalıştık.

Tıbbî modeller ve tıbbî güçteki bu uzun dönemli değişimler, ayrıca, toplumda hastalık ve rahatsızlığın karakterindeki önemli değişimlerle yakından ilişkilidir. Mikrop teorisi ortaya çıkmadan, aşı geliştirilmeden, sağlık önlemleri ve su arzındaki iyileştirmelerle salgın hastalıkları kontrol kapasitesi artmadan önce ortalama yaşam beklentisi oldukça düşüktü ve temel ölümlülük nedenleri bulaşıcı hastalıklardı. Avrupa'da modern çağ öncesi toplumlarda hem bebek ölümlülük hem de doğum oranları yüksekti. Bu bağlamda, tıp esasen hayatı tehdit eden akut hastalıkların tedavisiyle ilgili bir etkinlikti. Bu durum 19. yüzyılda modern tıbbî pratiğin ve genel hastanelerin ortaya çıkışıyla ve sağlık sistemi içinde doktorların uzman meslekî egemenliklerinin artmasıyla kökten dönüştü. Çağdaş toplumlarda, artık hâlihazırda tıbbî veya ekonomik önlemlerle kolayca çözülemeyen çeşitli uzun dönemli tıbbî problemlerle karşı karşıyayız. Stresle ve hayat tarzıyla bağlantılı rahatsızlıklar 'kahramanca tıp' olarak adlandırabileceğimiz yaklaşımla çözülemez. Tıbbî müdahale artık sosyal hizmet uzmanlarının, gezici sağlık görevlilerinin, sosyal politika birimlerinin ve psikiyatrinin kompleks desteğini gerektirmektedir. Bu yeni problemleri toplumsal organizasyonlar ve değerlerde (örneğin, kadınlar ve erkekler, farklı yaş grupları arasındaki ilişkilerde) yaşanan kapsamlı değişimleri yansıtan 'hayat tarzı rahatsızlıkları' olarak adlandırabiliriz. Tıp ölümü geciktirdiği ölçüde daha fazla hastalığa maruz kalmamız gibi bir paradoks vardır. Réne Dubos *Sağlık Mucizesi*'nde (1960: 157) "sığırlardaki çiçek hastalığı insanlardaki çiçek hastalığını yok etmeyi

mümkün kıldığında, kuşkusuz bazı yeni hastalıklar hastalık coğrafyasında yer bulacaklardır" düşüncesinden hareketle Malthus'tan iç karartıcı bir alıntı yapar. Dubos (1960: 157) sözlerine şöyle devam eder:

> gelecekteki toplumsal değişimler varlığı bilinmeyen bir doğanın mikrobik hastalıklarını üretmeye açıktır. Gerçekte, 19. yüzyıl sonlarında enfeksiyonunun kontrol altına alınmasına büyük ölçüde katkıda bulunan sağlık politikalarının, çoğu tekniğin insanlar için yeni enfeksiyon problemleri yaratacağına dair çok az belirti vardır.

Sağlıkta ve genel hayat standartlarındaki iyileşmelerin bir ürünü olan nüfusun yaşlanmasının bir sonucu, artık daha uzun süre yaşamamıza rağmen daha fazla sağlık problemi yaşamamızdır (Verbrugge, 1984). Bu araştırma sonucunda ulaşılan yeni bulgulardan hareketle, günümüzde sağlık ve rahatsızlıkla ilgili problemlerin anlaşılması için modern toplumlarda riskin değişen doğası hakkında bir anlayışa sahip olmamız gerektiğini öne sürüyorum.

Mevcut tıbbi müfredatın ve pratiklerin sağlık alanında karşılaşılan problemlere uygun olmadığı giderek daha fazla açıklık kazanmaktadır. Ne yazık ki, pratisyen hekim çoğu kez yetersiz düzeyde sosyal bilimler eğitimi almıştır ve hastaların sergiledikleri etkileşim problemleri ve sosyal problemler konusunda yeterli donanıma sahip değildir. Özellikle, feministler doktorları kadınların günümüz toplumlarında karşılaştıkları problemler hakkında bir anlayışa ve empatiye sahip olmamakla eleştirmişlerdir. Bununla beraber, aynı zamanda, sosyologların da çoğu kez bir sınırlı kaynaklar ve artan sağlık beklentileri dünyasında pratisyen hekimlerin karşılaştıkları ikilemler konusunda empatiden yoksun oldukları doğrudur. Sağlık hizmetleri sistemleri üzerindeki belirli kısıtlamalar nedeniyle, tıp sosyologlarının yorumları çoğu kez çağdaş sağlık pratiği üzerindeki yapısal kısıtlamaların değerlendirilmesi bakımından çok ilkel düzeyde kalmaktadır. Ayrıca çoğu sosyolog kendi konumlarının yarattığı paradoksun yeterince farkında değildir. Onlar bir yandan toplumun bir tıbbî egemenlik biçimi olarak tıbbileştirilmesi sürecini eleştirirken, öte yandan kapsamlı koruyucu yaklaşımlar geliştirerek, hayat tarzları ve gündelik etkileşimin düzenlenmesine daha yoğun ve daha müdahaleci tıbbî önlemler önermişlerdir. Koruyucu hekimlik geleneksel, tedaviye yönelik tıbba göre açıkça çok daha müdahalecidir, ancak sosyologlar modern toplumlarda kronik hastalığın toplumsal nedenlerine çözüm bulma çabası içinde tamamen koruyucu hekimliğe

yönelmişlerdir. Tıp sosyolojisi açıkça tıbbî pratiğin oluşumuna temel bir katkıda bulunmuştur, ancak bu katkının mütevazı, basiretli ve dikkatli olması gerekir.

Sonuç: Yurttaşlık Olarak Sağlık

Sağlığı arzu edilen ancak sınırlı bir kaynak olarak gördüğümüzde, sağlık standartlarındaki iyileşmeleri çağdaş toplumlarda yurttaşlık haklarının genişlemesinin bir boyutu olarak alabiliriz (Turner, 1986a). Avrupa ve ABD'de II Dünya Savaşı'ndan sonraki yeniden inşa döneminde, hükümetler –toplumsal ve ekonomik eşitsizliklerin varlığını sürdürdüğü bir ortamda– sağlık standartları ve sağlık hizmetleri konusunda artan beklentilerin baskısını üzerlerinde hissettiler. Bu yüzden, modern toplumlarda yurttaşlık haklarına saygılı bir siyasal demokratikleşme süreci *ile* kapitalist toplumun doğasıyla yakından ilişkili ekonomik eşitsizliklerin sürmesi, yani sosyal sınıfların mevcudiyeti arasında çelişkili bir durum vardır. 1990'larda ve görünür bir gelecekte hükümetlerin problemi, dünyadaki ekonomik durgunluğun bir sonucu olarak zamanla yüksek sağlık standartlarını sağlama kapasitelerinin aşınmasıdır. Bu problemler ışığında mevcut yurttaşlık sorunları yaklaşımlarını yeniden değerlendirmemiz gerekir (Roche, 1992). Bir ekonomik durgunluk döneminde, sağlık beklentileri ile uygun sağlık hizmetleri sunma çabası arasındaki çelişki modern demokratik hükümetlerin istikrarsız olmaları anlamına gelmektedir. Habermas'ın teorisinde (1976), modern sanayi demokrasileri özellikle siyasal görevlerin meşrulaştırılmasında güçlü krizler yaşama eğilimindedir.

Sağlık hizmetlerinde beklentiler artarken, bu hizmetlerden eşit yararlanma yönünde sürekli talep artışı vardır. Başka deyişle, beklentiler artarken, bunlar aynı zamanda daha geniş bir toplumsal eşitlik talebi bağlamında yer almaktadır. Modern hükümetler demokratik kapitalist toplumların temel toplumsal eşitsizliklerinin bir göstergesi olan bebek ölümlülük oranlarındaki bölgesel eşitsizlikleri çözmekte zorlanmışlardır. Refah sistemi sağlık hizmetlerinin sunulmasında genel düzeyde ve daha fazla fırsat eşitliği sağlasa da, bu refah tedbirleri günümüzde ekonomik durgunluğun tehdidi altındadır. Demokratik bir sistem daha fazla fırsat eşitliği sağlayabilse de, kişisel özgürlükleri ciddi olarak zorlamadan ya da siyasal ve ekonomik alanda büyük istikrarsızlıklar yaşanmadan sağlık koşullarında sonuç eşitliğini sağlamak çok zor olacaktır. Modern toplumlarda kişisel eşitliğe

talep artarken toplumun gözetimi ve düzenlenmesine de ihtiyacın artması bir paradoks oluşturmaktadır. Yani, yurttaşlık fırsatlarında artış düzenleme, denetim ve gözetim konusunda devlet müdahalesini daha fazla gerektirir görünmektedir. Bu durumu 'Foucault paradoksu' olarak adlandırabiliriz: bireysel haklar ve toplumsal gözetim arasındaki çelişki. Toplumun tıbbileşmesi bedenlerin, bir yurttaşlık unsuru olarak soyut bir sağlık anlayışına uygun biçimde, ayrıntılı ve oldukça titiz bir biçimde düzenlenmesini gerektirmektedir.

Bu süreçlerin bir sonucu olarak, büyük bir itimatla, tıbbî politikaların kendi özel ve bağımsız çıkarları ve gündemlerine sahip grupların kriz geçiş dönemiyle ilişkili ve çelişkili baskılarına maruz kalacağını öngörebiliriz. Bu baskı grupları, tıbbî politikalar alanında, kendi özel tıp teknolojisi eleştirisine sahip çevreci lobiyi, özel bir ataerkil tıp eleştirisine sahip feminist hareketi, çocukların –özellikle ev-içi şiddet alanındaki– sağlık durumları ve sosyal statüleri konusunda daha büyük kaygılara sahip hareketi, yanlış teşhis ve tedaviler konusunda hukuk reformu talep eden geniş bir baskı grubunu, alternatif tıp sistemleriyle ilişkili gelişen çeşitli grupları ve daha fazla sağlık hizmeti için daha fazla sağlık eşitliği ve tıbbî sistemlerde kâr güdüsünün kontrol altına alınması veya ortadan kaldırılması mücadelesi veren çeşitli sosyalist grupları içerecektir. Sağlık sistemleri içindeki farklı uzman ve yardımcı uzman meslek grupları bu farklı siyasal grupların çapraz ateşi arasında kalacaklardır. Sonuç, 20. yüzyıl sonunda tıbbî ve ekonomik sistemlerin giderek küreselleşmesiyle sağlık hizmetleri sistemlerinin daha fazla siyasallaşmasını beklememiz gerekir. Bu çelişkili baskılar tıbbî müfredatı etkileyecek, ayrıca hemşireler ve sosyal hizmet uzmanlarının eğitiminde kapsamlı değişiklikleri gerektirecek ve bu tür değişimlere yol açacaktır. Bu baskılar, yine, eczacılığın modern tıp pratiği içindeki rolünü tamamen gözden geçirmeyi gerektirecektir. Biz, ayrıca, bu değişimlerin sosyoloji müfredatında hem teori hem de metodoloji konusunda –toplumsal dokunun ana bileşenleri olarak sağlık ve rahatsızlık meselesine daha kapsamlı ilgiyi yansıtacak– gerekli reformlara yol açmasını bekleyebiliriz.

12
Risk Toplumu ve Yeni Hastalık Rejimi

Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi ilk kez 1987'de yayınlandı ve 1982-1986 yılları arasında verilen bir dersler dizisinden hareketle yazıldı. 1987'den bu yana dünya sosyal sisteminde, içinde yaşadığımız gündelik gerçekliği dönüştüren, böylece bu metnin fikirleri ve argümanlarının güncelliklerini yitirmesine yol açan veya onları gereksiz kılan bazı temel değişimler yaşandı. *Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi*'nin bu yeni hâlinde kitabı kapsamlı olarak gözden geçirerek güncelleştirmeye çalıştım. Bununla beraber, modern dünyada 1987'den bu yana yaşanan dönüşümler üzerinde düşünmek ilginç ve önemlidir. Tıp sosyolojisi açısından bakıldığında, AIDS salgını açıkçası çağdaş toplumda hastalığın karakteri ve önemindeki temel bir dönüşümün işaretidir. AIDS'in son on yıldır gösterdiği yayılma toplum açısından ilginç bazı dönüşümlerin, özellikle hastalığın, örneğin turizm ve dünya ekonomik sistemi içindeki emek hareketliliği gibi süreçler aracılığıyla küresel düzeyde bir olgu hâline gelmesinin bir örneğini oluşturur. Geleneksel toplumlarda hastalıklar nispeten yerel düzeyde belirli yaşam alanlarıyla sınırlı tutulabilse de, günümüz toplumlarında bir dünya alışveriş sistemi aracılığıyla küreselleştikleri için, hastalıkları sınırlı bir alana hapsetmek ve tecrit etmek daha zor hâle gelmiştir. Ayrıca, AIDS virüsünü basitçe 'süper-virüsler' olarak adlandırılan –tıbbî müdahaleye büyük ölçüde direnç gösteren, hızla dönüşen ve modern küresel iletişim sistemleriyle hızla yayılan– şeylerin bir örneği olarak düşünebiliriz.

Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi'nin ilk baskısından bu yana yaşanan ikinci önemli değişim, kuşkusuz, komünizmin zayıflaması ve Sovyetler Birliği'nin yıkılmasıdır. 1970'ler ve 1980'lerde tıp sosyolojisindeki çoğu tartışma sosyalist ve kapitalist tıp ve sağlık hizmetleri sistemleri arasındaki karşıtlıklara odaklanırken, çağdaş sosyal teoride daha ziyade feminizm ve post-modernizm konusundaki görüşler tartışılmıştır. Bu gözden geçirilmiş baskıda sosyalist tıp hakkındaki önceki bazı tartışmaları alıkoydum, zira sağlıkta sosyal adalet problemi açıkçası hâlâ günümüzdeki tartışmaların egemen bir parçasıdır. Sosyalizm kapitalizme alternatif bir sağlık betimlemesi sunar ve bu yüzden, komünist toplumlar 1980'ler ve 1990'larda hızla yıpranmasına rağmen, sosyalizmin ortaya koyduğu sorunlar bir ölçüde çağdaş toplumlara ilişkili olmayı sürdürmektedir.

Üçüncü önemli değişim, sorumlulukların tamamen piyasanın egemenliğine bırakılmasını, müdahale edilmemesini ve devletin bu konudaki yetkilerinden vazgeçmesini savunan yeni bir sağ kanat iktisadî öğretinin etkisi altında, artık topluma ve ekonomiye müdahale edilmemesidir. Bu değişimler ekonominin post-modernleşmesi, post-Fordist ekonomik düzenleme biçimlerinin ortaya çıkışı ve devlet yöneticileri sınıfının egemenliği (managerialism)* gibi çeşitli isimler veya başlıklar altında yer almıştır. *Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi* sağlık ve ekonomi konusunda devlet düzenlemelerinin arttığı bir ortamda yazılmışken, artık Thatcherizm'in retoriği temelinde devletin geriletildiği, alenen müdahale edilmeyen bir sosyal sistem içinde yaşamaktayız. Ekonomiye müdahale edilmemesi ve küreselleşmesinin çağdaş durumun önemli özelliklerini oluşturduğu doğru olsa bile, müdahaleden vazgeçilmesine çoğu kez artan bir devlet kontrolü ve müdahalesinin eşlik ettiği de doğrudur. Burada açıkça bir paradoks vardır, zira müdahaleden vazgeçilmesi çoğu kez, örneğin hizmetlerin niteliği konusunda devlet güvencelerini gerekli kılmaktadır. Aynı zamanda, müdahaleden vazgeçmenin bir sonucu olarak piyasalar veya temel kurumlar çökerken, devlet çoğu kez başarısız ekonomik girişimleri kurtarmak için müdahale etmektedir.

Toplumların yaşadıkları bu üç temel değişim günümüzde müdahale edilmeyen bir ortamda karşılaşılabilecek risklerin mükemmel bir örneğidir (Beck, 1992). *Tıbbî Güç ve Toplumsal Bilgi* Weber, Foucault ve Parsons gibi toplumun düzenlenmesini vurgulayan sosyal teorileri bağlamında yazılmışken, çağdaş sosyal teori önemli ölçüde Beck ve arkadaşlarının çalışmalarından etkilenmiştir. Örneğin, Giddens'ın *Modernliğin Sonuçları* adlı eseri (1990) Beck'in modern toplumda güven ve risk analizinden etkilenmiştir. Dolayısıyla, bu bölümde ekonomiyi risk faktörü aracılığıyla düzenlemeyi veya müdahale etmemeyi vurgulayan farklı sosyal teorileri hastalık ve sağlık hizmetleri sistemleriyle ilişki içinde ele alacağım. Bu tartışmanın ana hatlarını ortaya koyabilmek için ilk olarak Beck'in çalışmasından kısa bir risk sosyolojisi özeti sunacağım.

Risk kavramının modernite tartışması açısından temel önemde olmasının nedeni, modernleşme sürecinin hem birey hem de genel toplumsal düzeyde toplumsal risklerin yoğunlaşması ve çeşitlenmesini gerektirmesidir. Beck (1992), Giddens (1991) ve Luhmann (1993) gibi farklı sosyal teorisyenler riski modern toplumların reflek-

---

* İdarî sembolleri ve dili kullanan, sağlık hizmetleri uzmanlarını bir idareci bakış açısını benimsemeye teşvik eden bir ideoloji.

sivitesiyle ilişki içinde analiz etmişlerdir. Bu bağlamda, tıp sosyolojisinde risk ve risk davranışı üzerine sosyolojik tartışmalarda Douglas'ın katkılarının (1990, 1992) bir ölçüde göz ardı edildiğinin belirtilmesi gerekir. Risk tartışması bugüne kadar büyük ölçüde AIDS tartışmasıyla sınırlı kalmıştır, bu tartışmalarda AIDS'in yayılması ve sonuçları konusunda kamu politikasında ve hükümetlerde tipik olarak bir panik yaşandığı öne sürülür (Lupton, 1993; Lupton *et al.*, 1995; Ray, 1989). Çoğu toplumda AIDS hakkındaki kamusal söylem eşcinseller, uyuşturucu bağımlıları, fahişeler ve hemofililerin toplumsal rolleri konusundaki farklı kamusal kaygılarla birlikte yer almıştır ve sosyologlar bu yüzden AIDS tartışmasını çoğu kez toplumsal farklılıklara karşı genel bir muhafazakâr tepki olarak görmektedir (Jones, 1992).

Risk kavramı çağdaş sosyal teoride gözde olsa da, uzunca bir süredir risk, belirsizlik ve tehlikenin bazı sosyal bilimlerin temel kavramları olduklarını algılamak önemlidir. Örneğin, risk araştırması iktisatta kıtlık tüketimi ve tercih hakkındaki problemler açısından özel önem taşımaktaydı. İktisat teorisi özellikle toplumsal aktörlerin yetersiz bilgiye sahip oldukları belirsizlik durumlarında nasıl tercih yaptıklarını araştırmaktaydı. Tarihsel çerçevede, sigorta analizleri tipik olarak riskin hesaplanmasıyla ilişkiliydi. İktisat tarihinde risk kavramı, 17. yüzyılda, spekülâtif veya riskli iktisadî yatırımlar gerektiren uzun-dönemli bir kıtalar-arası ticaretin gelişmesiyle önem kazandı. 19. ve 20. yüzyıllarda olasılılıkları hesaplayacak istatistiksel tekniklerin geliştirilmesiyle risk ve belirsizlik konularına ilgi arttı. Kesinlikle, risk her zaman tüm girişimci davranış biçimlerinin ve bu yüzden bizzat toplumun gelişiminin temeli olarak alınmıştır. 20. yüzyılın refah devletleri, piyasadaki belirsizlikler karşısında, özellikle işle ilişkili olarak, bireylerin iktisadî ve toplumsal kriz dönemlerinde piyasa etkinliklerinin istikrarsız doğasının tüm olumsuz etkilerinden korunabilecekleri bir sosyal güvenlik fikri geliştirdiler.

Marksist iktisat sosyolojisinin büyük bir kısmında, devletin kapitalizme müdahalesinin emeği kontrol altında tutmak ve kârlılığı artırmak için gerekli olduğu kabulünden hareketle, kapitalizmin rekabetçi evrelerinden tekelci evrelerine kadar geçirdiği evrim araştırıldı. Gördüğümüz gibi, çağdaş sosyolojide örgütsüz kapitalizmin doğası ve örgütlü kapitalizmin sonu konusunda artan bir farkındalık vardır (Lash and Urry, 1987). Sosyolojide modernite ve refleksif modernite kavramına çağdaş vurgu Marksizm'in kapitalizmle ilişkili çoğu kavramsal aygıtının artık doğrudan kapitalist toplumlarla ilişkili olmadığının işaretidir.

Bu tartışmada Beck'in *Risk Toplumu* araştırmasını piyasaya giderek artan müdahalesizlik ve bunun sonucunda toplumsal ve iktisadî koşullardaki belirsizlik karşısında sosyolojik bir arayış olarak görebiliriz. Beck'in argümanının radikal yanı, çağdaş toplumun riskli doğasının gerçekte modernleşme sürecinin kaçınılmaz ve zorunlu bir sonucu olduğunu öne sürmesidir. Aile ve akrabalık sistemlerinin bir ölçüde yıprandığı gelişmiş toplumlarda, risk giderek devlet, hastane veya polis gibi kamusal kurumlara bireysel bağımlılığımızın bir fonksiyonu hâline gelmektedir. Riski insan varoluşuyla ilişkili kurumsallaşmış düzenlemelerin toplumsal istikrarsızlığı üretir. Üst-modern toplumlar olarak adlandırılan gelişmiş ülkelerde, risk zenginliğin üretimi, toplumun dönüşümü ve bilimsel bilginin kurumsallaşmasının bir ürünüdür. Beck geleneksel toplumlarda ve modern çağın başlarında, risklerin esasen bireysel veya kişisel, âleni, açık, gözlemlenebilir ve gözle görünür olduklarını öne sürer. Aksine, gelişmiş toplumlarda gözle görünür, açık, gözlemlenebilir ve kişisel olmadıkları için risklerin çoğu kamunun dikkatinden kaçar. Modern toplumun riskleri küreselдir, kişisellikten ve gözlemlenebilir olmaktan uzaktır. Riskler, ayrıca, özel gruplardan ziyade tüm insanların varoluşu üzerinde etkili oldukları için demokratikleşmiştir. Riskler artık basitçe hiyerarşik değildir, zira Beck'e göre, "yoksulluk hiyerarşik, sanayinin kirli havası demokratiktir" (Beck, 1992: 36). Riskler, Beck'in bumerang etkisi olarak adlandırdığı şey içinde, zenginlik, prestij veya gücüne bakmaksızın bütün sosyal sınıfları etkiler. Riskler, özellikle çevresel riskler genelleşmişlerdir, zira hepimiz, örneğin, ozon tabakasındaki delinmenin olumsuz sonuçları, radyasyon artışları ve hızlı ormansızlaşmanın yol açtığı çevre kirlilikleri karşısında korunmasız hâldeyiz. Nitekim, tipik olarak telâfisi imkânsız hasarlara yol açmalarına rağmen, çevresel riskler genellikle görünmez. Bu riskler, ortaya çıktıklarında, modern siyasal süreçler ve kurumlar için temel önemde uzman gruplar tarafından dikkatli incelemelere tâbi tutulur. Beck'e göre (1992: 23), "bilgi yeni bir siyasal önem kazanır", zira kamu temsilcileri tipik olarak çağdaş risklerin temeli konusunda önemli yorumlar yapabilecek bilgilerden yoksunlardır. Nitekim, riski kontrol altına alma ve düzenleme girişimleri toplumda güç, hukuk ve otoritenin yeniden düzenlenmesine yol açar. Beck'e göre, "Risk toplumunun felâketler toplumu olduğu" (1992: 24) bir bağlamda uzmanlık bilgisi ve uzmanların kanaatleri büyük ölçüde siyasallaşır.

Beck'e göre, risklerin artması ve çeşitlenmesi basitçe modernleşmenin yüzeysel etkileri olarak görülemez. Gerçekte, kendine has yeni bir toplum tipinde, yani bir risk toplumunda yaşamaktayız. Bu

toplum bazı önemli karakteristiklere sahiptir. Gördüğümüz gibi, bilginin toplumsal ve ekonomik önemi artmıştır, zira bilgi ve güç toplumda medyanın rolünü büyük ölçüde etkilemektedir. Risk toplumu, Beck'e göre, aynı zamanda "bilim, medya ve bilişim toplumudur. Nitekim, risk tanımlarını üretenler ve tüketenler arasında yeni uzlaşmaz çelişkiler ortaya çıkar" (Beck, 1992: 46). Ayrıca, sınıfsal yapıda riskin artmasından kazançlı ve zararlı çıkanlar açısından önemli değişimler söz konusudur. Üçüncü olarak, risk toplumu esasen risklerin küresel süreçler aracılığıyla dağıldığı bir küreselleşmiş toplumdur. Bir sonuç, ulus-devletin sınırlarının ve sınır alanlarının aşınmasıdır. Riskin küreselleşmesiyle ulus-devletin egemenliği sorgulanmaya başlar, ancak risk toplumları ayrıca yeni 'tehlike toplulukları'na yol açar. Bu yüzden, risk toplumuyla beraber yeni bir dayanışma tipi ortaya çıkar. Geleneksel toplumlarda dayanışmanın temelinde insanî ihtiyaçlar varken, risk toplumunda dayanışmanın temelinde kaygı yatar. Beck'e göre, geleneksel toplumlar ihtiyacın karşılanamaması durumunda ortaya çıkabilecek olumsuzluklardan korunmak amacıyla organize olurken, çağdaş toplumlar bolluk toplumlarıdır, fakat onları bir arada tutan şey ortak bir "küresel risk, belirsizlik ve tehlike algısı"dır. Geleneksel hükümetler tutkularını gelişme ve bolluk konusunda olumlu beklentilerle ifade ederken, çağdaş politikalar mevcut tehlikeler, riskler ve problemleri dikkate almanın önemini vurgulayan olumsuz bir görüşe dayanır.

Beck'in risk paradigması özellikle tıp biliminin riskleri ve bu risklerin yönetimlerin demokratik kontrolüyle ve katılımlarıyla ilişkileri konusundaki tartışmaları anlamakta kullanışlıdır. Beck çağdaş risk toplumunda siyasal tehlikeler ve bunlarla ilişkili problemlerin tipik olarak gizlendiğine ve hasarları büyük ölçüde ortaya çıkmadığı, örneğin çevresel ve toplumsal ilişkilere büyük ölçüde zarar vermediği sürece siyasal tartışma gündemine çıkmadığına inanır. İyatrojenik hastalıklar ve rahatsızlıklar 20. yüzyılda tıbbın iyi bilinen, nispeten yeni problemleridir. Beck tıbbın gelişimiyle ortaya çıkan yeni teşhis kategorileri ve tedavi biçimlerinin yarattığı bazı niyetlenilmemiş sonuçlarla ilgilenir. Tıp insan bedeninin derinliklerini araştıracak yeni bir kapasiteye sahip olduğu için, "sonuç, kronik rahatsızlıklarda, yani tedavi edecek etkin önlemlerin ve hatta ihtimalinin olmadığı, daha hassas tıbbî ve teknik araçlarla teşhis edebilecek rahatsızlıklarda çarpıcı artıştır" (Beck, 1992: 204). Ona göre, çağdaş toplumlarda kronik rahatsızlıklar önemli ölçüde artmıştır. Örneğin, 1982'de on milyondan fazla kişinin veya resmi kayıtlarda sağlık problemleri olduğu belirtilen Batı Alman yurttaşların yaklaşık % 70'i kronik hastadır. Bu

yüzden, "Tıbbın, başarıları nedeniyle, aynı zamanda insanları –ancak yüksek teknolojiyle teşhis konulabilecek– rahatsızlıklara daha açık hâle getirmesi" (Beck, 1992: 205) bir ironiye işaret eder. Bu teşhis sürecinin bir başka sonucu hastalıkların kapsamının büyük ölçüde artmasıdır. Beck, her şeyin ve herkesin nihayetinde hastalık veya hasta olarak tanımlanabileceği bir tıbbîleştirme süreci modelini benimser. Tıp biliminin insanın yeniden-üretim [üreme] alanını istilâsı aynı zamanda 'risk tıbbı' olarak adlandırabileceğimiz şeyin ilginç bir örneğidir. Yapay döllenme ve embriyo nakli konusundaki çoğu araştırma ve gelişme siyasal kontrol ve denetlemenin ötesinde ve dışındadır. Bu gelişmeler, çoğu toplumsal ortamda, toplumsal düzenlemeler açısından –hâlihazırda çok az anlaşılan– önemli içerimlere sahip olan genel 'toplumsal babalık' fikrinin ortadan kalkmasıyla sonuçlanmıştır. Embriyonların kalite kontrolüyle ilgili hiçbir önemli siyasal kontrol mekanizması yoktur. Beck bu tıbbî değişmelerden bir "sessiz toplumsal ve kültürel devrim" olarak söz eder (Beck, 1992: 207). Tıbbı, insanın doğaya egemenliğinin önemli bir parçası olarak, Weber'in rasyonelleşme sürecinin bir örneği olarak aldığımızda, çağdaş tıbbın ayrıca insan özne üzerinde kapsamlı bir teknik ve siyasal kontrol sağladığını görebiliriz. Sonuç olarak, tıp bilimi kendi yeniliklerini yapma, uygulama ve test etme yetkisine sahip bir 'serbest geçiş hakkı'na sahiptir. Böylece, 'tıp alt politikaları'nın olumsuz yanları çoğu kez zararlı sonuçları ortaya çıkıncaya kadar gözlenmediği için, tıp bir "oldubitti politikası"na göre ilerler. Tıp alt politikalarının başarısı, onun hükümet kontrolü ve düzenlemesinden büyük ölçüde muaf bir mesleki organizasyon olarak olağanüstü başarılarının bir ürünüdür. Bir meslek bilimsel araştırmalarını büyük ölçüde kamusal rıza dışında tam anlamıyla sadece "araştırma, eğitim ve pratiğin karşılıklı ilişkili olduğu bir örgüt çatısı"na sahip olduğu takdirde uygulayabilir. Bu uzman meslekî güç çevresinin paradigması kliniktir" (Beck, 1992: 210). Risk toplumunda, dünya piyasasının –toplumsal gücü aynı oranda gelişmiş– tıp mesleği için ürettiği ürünler ve hizmetlere doymak bilmez bir talep vardır.

Beck'in risk araştırması ilk kez 1986'da Almanca yayınlandı. Alman sosyolojisindeki bu araştırma, günümüzde genelde 'bireyselleşme teorisi' tartışması olarak adlandırılan Avrupa sosyolojik teorisini etkileyen ilginç yorumlara yol açtı (Beck, 1994). Bireyselleşme teorisinde refleksif modernleşme, risk toplumu ve geleneksizleşmenin doğası hakkında altı temel tez ileri sürülür. İlk teze göre, geleneksel kapitalist toplumun sınıfsal kültürü ve bilinci geleneksizleşmiş ve bireyselleşmiştir. Beck'e göre, bu gelişme sınıfların olmadığı, fakat

bireyselleşmiş toplumsal eşitsizlik biçimleri ve ilişkili problemler arasında süreklilikler bulunan bir kapitalist toplum biçimi üretmiştir. Eşitsizlik bireyselleşmiştir ve artık kollektif değildir –ikinci ve ilişkili tez Beck'in esnek, parçalı ve belirsiz hâle geldiğini öne sürdüğü emek piyasasıyla bağlantılıdır. Sınıfsal topluluklar ve siyasal stratejiler artık genç nüfusun büyük kesiminin iş deneyimi yaşamayacağı bir toplumu kesinlikle yönlendiremez. Üçüncü olarak, giderek daha fazla bireyselleşme sonucunda statüler ve sınıfsal özellikler büyük ölçüde aşınmıştır. Örneğin, yoksulluğun kadınsılaşmasıyla ortaya çıkan yeni yoksulluk biçimleri statüleri ve sınıfsal konumları önemli ölçüde değiştirmiştir. Dördüncü olarak, bu geleneksel yapıların zayıflamasıyla, "birey toplumsalın yaşantı-dünyası içinde yeniden-üretilmesinde rol oynayan bir birim hâline gelmiştir" (Beck, 1994: 195). Beşinci tez, bireyselleşme ve standartlaşmanın, ironik bir biçimde ve paradoksal olarak, sadece aynı paranın iki yüzü olduğudur. Yaşantı-dünyasının düzenlenmesini ve kontrolünü sağlayan toplumsal yapılar sayesinde tâbi konuma gelen bireylerin geleneklerden büyük ölçüde uzaklaşmaları söz konusudur. Neticede, sorunların ve sosyal problemlerin bireyselleşmesini yönlendiren yeni ve özel sosyal kontrol biçimleri ortaya çıkmıştır. Altıncı olarak, bireyselleşmeyi 'genel sosyalleşme' süreciyle ilişkili çelişkili bir oluşum olarak anlamamız gerekir. Beck'in bireyselleşme teorisi tartışmasına yaklaşımı gençlik döneminden (Fuchs, 1983) yaşlılığa (Burkart, 1993) doğru ilerleyen hayat-akışı içinde parçalanmalar ve çeşitlenmeler konusunda önemli bir araştırmanın başlamasına vesile olmuştur. Almanya'daki tartışma ilginçtir, zira burada yeni bir bireysellik anlayışı ve bireyin sonu fikri geliştirilir (Brose and Hildenbrand, 1988). Beck'e göre, piyasanın açgözlülüğü, emeğin parçalanması ve büyük miktarlarda bir çalışmayanlar kategorisinin oluşması geleneksel hayat akışının veya hayat-kariyerinin sürdürülmesini imkânsız kılmış ve böylece geleneksel aile pratikleri ve kurumlarının dönüşmesi ve yıpranmasına katkıda bulunmuştur. Yaygın ifadeyle, hayatın yedi evresi fikri artık yüksek boşanma ve yeniden evlenme oranlarına sahip ve bu yüzden (birlikte yaşayan eşlerin önceki farklı ailelerden çocukların ebeveynleri oldukları) ayrı ve parçalanmış aileler içeren çağdaş toplum açısından önemli değildir. Ayrıca, artık kişinin kendi hayat-akışı içinde belirli bir kariyeri sürdürmesi veya sürdürmeyi beklemesi imkânsızdır. Orta sınıflar içindeki uzman bireyler, kendi hayat-akışları içinde emek piyasası tarafından teknolojik olarak yönlendirilen bir piyasada yeni konumlar ve fırsatlara ulaşmak için kendilerini yeniden eğitebilirler. Aynı zamanda, toplumun büyük miktarlarda farklı ke-

simleri kendi hayat-akışları içinde bir iş bulamayacak ve toplumsal yapı içindeki geleneksel veya saygın konumlardan sürekli dışlanacaklardır. Bu temel toplumsal değişimler, ailenin ve işgücünün geleneksizleşmesine yol açmanın yanı sıra, aynı zamanda esasen refleksif modernleşme adı verilen sürecin ortaya çıkışıyla bağlantılıdır. Toplumsal hayatın artan kompleksliği ve çeşitliliği hem bireyleri hem yönetimleri artan risk, tehlike ve belirsizlik koşullarında geleneksel problemlere geleneksel çözümleri sorgulamaya iter.

Beck'in risk ve bireyselleşme teorisi analizi bazı temellerde eleştirilebilir (Turner, 1994a: 180-182). Mantıken, Beck'in risk ve belirsizlik konusundaki (on yıllar önce mevcut durumumuzun bazı özelliklerini önceden ortaya koyan) literatürü büyük ölçüde göz ardı ettiği öne sürülebilir. Douglas'ın riski saflık ve tehlike analizi aracılığıyla ele aldığı çalışmasının antropolojik bir perspektiften risk ve belirsizlik konularına mevcut ilginin habercisi olduğunu belirtmiştim. Ayrıca, Daniel Bell'in sanayi-ötesi toplum konusundaki (Bell, 1974) kitabının ve kapitalizmin çelişkileri üzerine çalışmasının (Bell, 1978) Beck'in bilgi ve uzmanlığı risk toplumunda siyasal tartışmanın merkezi önemde özellikleri olarak konumlandırma çabasının habercisi olduğu doğrudur. Ayrıca, Beck'in risk kavramı sadece post-Fordizm fikri etrafındaki argümanlardan çoğunun bir başka uygulaması olarak görülebilir. Hem Beck hem Giddens daha geleneksel sosyolojik paradigmalara bağlılıklarını yeterince vurgulamama eğilimindedir, zira onlar çoğu klâsik sosyolojinin risk toplumundaki ve üst-modernite bağlamındaki yeni koşulları anlamaya yardımcı olamayacağını iddia etmek ister.

Beck'e daha temel ve önemli bir eleştiri, onun modern toplumlardaki riskler hakkında önemli yeni şeyler söylemediğidir. Salgın hastalıkların tarihi Beck'in modern riskler konusunda vurguladığı özelliklerden çoğunun zaten var olduğunu gösterecektir. Örneğin, Avrupa tarihinin erken dönemlerinde frengi ve hıyarcıklı veba, yıkıcı veba salgınlarının küresel ve genel düzeyde yer alması anlamında, kişisel-olmayan ve demokratik riskler üretmiştir. Hıyarcıklı vebanın yayılmasıyla çok sayıda köylü ve aristokrat ölmüştür. Hem Ortaçağ'da hem Antikçağda bakteriyel hastalıklar dünya ticaretinin genişlemesi sonucunda yayılan parazitler aracılığıyla dünyanın birçok yerine taşınmıştır. Bu yüzden, onlar en azından bir risk toplumundaki küresel hastalıkların bazı özelliklerine sahiplerdi. Hastalıkların 1500-1700 yılları arasında denizaşırı ticaret yoluyla taşınması uygarlıkların tarihsel temel kaynaklarından biridir (McNeill, 1976). Ayrıca, sömürgeciliğin yayılmasıyla Kuzey Amerika, Güney Amerika ve Avustral-

ya'daki çoğu yerli halkın imparatorluk ve sömürgecilik ilişkilerinin yol açtığı çevresel ve siyasal felâketler sonucunda yıkıldıkları açıktır. İtalya'da 17. yüzyılda vebanın yayılması geleneksel toplumlarda hastalıkların yayılmasının önemi ve demokratik karakteri konusundaki benzer argümanların varlığını gösterecektir. Beck'in argümanına karşı, farklı sınıfların hayat tarzlarının risklerin dağılımında önemli bir rol oynadığını ve oynamaya devam ettiğini söyleyebiliriz. 1832 kolera salgını genel bir toplumsal riskti, fakat sınıfların hayat tarzlarındaki farklılıklar hastalığın rastlanma sıklığında önemli bir rol oynamıştır.

Geleneksel toplumlardaki hayatın çağdaş toplumlardakinden daha az veya daha çok riskli olup olmadığı sorusunun doyurucu bir tarihsel açıklamasını sunmak kolay değildir. Örneğin, bu soruya Elias'ın uygarlaşma teorisi açısından yaklaştığımızda, açıkçası, uygarlaşma sürecinin bir sonucu olarak görünür ve açık şiddet ve kişiler arası kötü muamele biçimlerinde bir azalma yaşanmıştır. Bu anlamda, çağdaş toplum gündelik hayat düzeyinde yetişkin erkeklerin çoğunluğunun şiddet silâhlarına sahip olduğu Ortaçağ toplumlarınkinden daha az risklidir. Bununla beraber, günümüzde sanayiden ve araba kazalarından kaynaklanan ölümler ve hastalıkların genç erkeklerin risk ortamının önemli boyutlarını oluşturduklarını öne sürebiliriz. Modern toplumda kollektif şiddet araçları oldukça güçlüdür ve bir ölçüde kontrol edilememektedir. Beck'in argümanının eleştirel bir değerlendirmesini sunarken karşılaşılan bir problem, onun sistematik, açık ve net bir risk tanımı ve analizi yapmamasıdır. O, örneğin, risk ve tehlikeyi birbirinden açıkça ayırmaz. Ayrıca, onun en iyi örneklerinin çoğu çevre kirliliği ve çevresel tehlikelerle ilgili betimsel araştırmalardan alınmıştır. Kapsamını aile hayatının çelişkileri ve belirsizliklerini ve ayrıca çevre kirliliğini de içerecek genişlettiğimizde risk kavramı çok daha genel bir uygulama imkânı sağlayabilir.

Beck'in risk teorisini eleştirmek mümkün olsa da, bu teorinin sosyolojik 'modern toplum' fikrine önemli bir itiraz olduğu vurgulanmalıdır. Daha önce, Batı sosyolojisindeki egemen geleneğin modern toplumu düzenli bir toplum olarak gördüğünü göstermiştim. Örneğin, Foucault'nun çalışması 'disiplin toplumu' fikrine yol açar (O'Neill, 1986). Adorno ve Horkheimer gibi eleştirel teorisyenler kapitalizmde rasyonelleşmenin gelişimini nitelemeye çalışırken 'yönetilen toplum' fikrini geliştirmişlerdir. Zaten Weber'in sınaî kapitalist toplumda rasyonelleşmenin gelişimi açıklamasında 'çelik kafes' fikrine aşinayız. Çelik kafes fikri Weber'in ilerlemenin niyetlenilmemiş sonuçlarının büyük ölçüde olumsuz olduğunu öne sürdüğü (Turner, 1981) genel-

likle kötümser 'modern toplum' anlayışının önemli bir parçasıdır. Ritzer, McDonaldlaşmanın toplumsal sonuçları ve etkileri üzerine daha yeni bir araştırmada (1993), Weber'in rasyonelleşme konusundaki teorik görüşlerini, Fordizmi araçsal rasyonalitenin gündelik hayat üzerindeki artan etkisinin bir örneği olarak alarak fastfood endüstrisine uyguladı. Kuzey Amerika'da McDonaldlaşma, ayrıca, seyyar açık-hizmet kliniği fikrinin büyük ölçüde uygulandığı bir tıbbî hizmet biçiminin ilham kaynağıydı. Ayrıca, perakende eczacılık endüstrisinde karşımıza basit kan basıncı veya gebelik testlerinin yapıldığı bir "tıbbî hizmetlerin McDonaldlaşması" süreci çıkar. McDonaldlaşmanın amacı gündelik hayattaki öngörülemeyen veya belirsiz unsurları standartlaştırma ve düzenleme sayesinde ortadan kaldırmaktır.

Çağdaş toplum hakkındaki görünüşte çelişkili bu iki görüşü uzlaştırmak veya birleştirmek mümkün müdür? Yani, toplumun hem rasyonalist modernite sayesinde artan bir düzenleme ve standartlaşma sürecinden, hem de risk toplumunun gelişmesiyle bir düzenlememe ve belirsizlik sürecinden geçmesi mümkün müdür? Bu paradoksun bir cevabı, küresel koşullarda hava kirliliği ve çevresel yıkımın bir sonucu olarak daha değişken ve riskli bir ortamda yaşadığımızı, ancak aynı zamanda gündelik düzeyde yaşantı-dünyasındaki rutin toplumsal pratikler içinde hâlâ büyük ölçüde düzenli, öngörülebilir ve kontrollü bir hayat sürdürdüğümüzü öne sürmektir. Örneğin, Elias'ı (1978) izleyerek, bireylerin kendi hayatları üzerinde ahlâkî kısıtlamalar uyguladıklarını ve insanlar uygarlaşmanın normatif örüntülerini başarıyla içselleştirdikleri için, modern uygarlaşma süreciyle gündelik dünyanın daha öngörülebilir hâle geldiğini öne sürebiliriz. Aynı zamanda, ekonominin küreselleşmesi ve ulusal yönetim çerçevelerinin düzenlenmemesiyle bilimsel ve sınaî değişimlerin niyetlenilmemiş sonuçlarının gerçekte daha riskli, belirsiz ve tehlikeli bir toplumsal ve doğal ortam ürettiğini düşünebiliriz. Sosyoloji bu risk ve düzenleme paradoksu sayesinde bize ikili süreçler riskler ve düzenlemelerdeki artışların az çok doyurucu bir açıklamasını sunacaktır. Bu argümanın bir başka yorumu, makro toplumsal ve ekonomik ortam daha istikrarsız ve belirsiz hâle gelirken, yeni gözetim ve yönetim sistemlerinin hem toplumsal hem de doğal ortam üzerinde belirli ölçüde kontrol ve düzenleme sağlayacak bir konuma geleceklerdir.

Risklerin artmasıyla düzenleme ve kontrolün de arttığını vurgulayan bu görüş Foucault'nun geliştirdiği yönetim-zihniyeti kavramını kullanan bazı yazarlar tarafından geliştirilmiştir (Burchell *et al.*, 1991).

Nitekim, Castel (1991) bu sorunlardan bazılarını "Tehlikeden Riske" başlıklı yazısında ele alır. Castel'e göre, 17. ve 18. yüzyıllarda Fransa'da ve İngiltere'de yönetim-zihniyetlerinin ortaya çıkardığı yeni bir önleyici toplumsal yönetim stratejileri sistemi gelişti. Bu yeni idare sistemleri "bir özne veya somut birey fikrini yıkarak onun yerine bir faktörler, risk faktörleri bileşimini geçirdi" (Castel, 1991: 281). Yani, hükümet düzenlemeleri tehlikeli bireyin kontrolüne vurgudan sapkın davranış, fiziksel anormallik ve rahatsızlık gibi arzulanmayan olayların gelişmesiyle ilgili öngörülerde bulunan veya bunları önlemeye çalışan yeni bir ilgi odağına kaydı. Örneğin:

> sağlık kontrolleri sistemlerinin çoğalmasıyla tüm modern tıp hekim ve müşteri arasındaki bireyselleşmiş görüşmenin vazgeçilmez hâle geleceği bir noktaya doğru ilerlemektedir. Hastanın tetkiki, sadece bireysel dosyalar aracılığıyla karşılıklı bağlantı içindeki farklı profesyoneller ve uzmanların derledikleri hasta kayıtlarının incelenmesine dönüşme eğilimindedir (Castel, 1991: 281-282).

Bu değişimler sonucunda risk kavramı tehlike kavramından özerkleşti. Risk bireyin somut bir tehlikeye ilişkin yaptığı bir betimlemeden ziyade soyut faktörler bileşiminin bir ürünüdür. Nitekim, çocukların sağlığını korumaya yönelik politikalar sistematik bir 'ön uyarı' sistemi olan yeni bir gözetim tarzı oluşturmaktadır. Genel nüfus üzerindeki gözetim artık dikkatli inceleme altındaki özneyle doğrudan temas kurmadan uygulanabilir. Bu yeni gözetim biçimlerinin temel amacı, somut tehlikeli bir durumla yüzleşmek değil, ortaya çıkabilecek tüm muhtemel tehlike biçimlerini önceden tahmin edebilmektir. Kuşkusuz, bu risk kontrolünün paradoksu siyasal riskleri artırmasıdır ve bu yeni stratejiler geleneksel yurttaşlık biçimleriyle ilişkili geleneksel özgürlükler açısından önemli sonuçlara sahiptir. Daha güçlü ve dayanıklı bakteri türlerinin gelişmesi ve modern turizm hareketleri nedeniyle AIDS'in dünyaya yayılması, uyuşturucular ve dünya toplumundaki diğer kültürel dönüşümler sonucunda, uzmanların hâkimiyeti ve bu yeni hastalık faillerini karantina altına alma girişimleri sivil özgürlüklere karşı büyük bir tehdit oluşturmaktadır. AIDS'le ilişkili dilde, insan haklarıyla bağlantılı, tehlikeli seks ve güvenli seks, tehlikeli insanlar, riskin azaltılması, toplumun genelinin güvensiz pratiklerden korunmasına referanslar içeren önemli sonuçlar vardır (Patton, 1990). Bu yüzden, çağdaş toplumlardaki bu yeni hastalık rejimleri araştırıldığında, içinde incelikli ve ilginç bir düzenleme ve risk örüntüsünü görebileceğimiz bir bütün olarak toplum hakkında önemli ve yenilikçi görüşler üretilebilir.

13
Beden Sosyolojisinin Genişleyen Alanı

Bu incelemede beden sosyolojisinin tıp sosyolojisinin ana temellerinden birini oluşturduğunu öne sürdüm. Ancak, beden sosyolojisi hâlen genişlemekte olan bir teorik ve empirik ilgi alanıdır. *Beden ve Toplum* 1984'te yayınlandığında, benim için insan bedeninin sosyal bilimlerde, özellikle modern kültürün sosyolojisinde sistematik olarak ve büyük ölçüde ihmal edilen bir konu veya tema olduğunu ileri sürmek mümkündü. Ancak, 1980'ler ve 1990'larda sosyal teoride hem bedeni bir konu olarak sorunsallaştıran hem de aynı zamanda bedenin modern kültür ve siyasette temel empirik bir problem olduğunu kabul eden bazı kitaplar yayınlandı. Bu çalışmalarda bedenleşme (embodiment) ve bedenselleştirme rahatsızlığı* üzerine antropolojik araştırmalar özellikle önemlidir (Kleinman, 1994). Beden sosyolojisine karşı yeni oluşan ilginin toplumsal zeminini kadın hareketinin toplumdaki ve feminist akademik çevrelerdeki siyasal ve toplumsal etkisi, gay hareket, yeni tıbbî teknolojiler (özellikle yeniden-üretim teknolojileri) etrafındaki kompleks sorunlar, sanal gerçeklikle ilişkili bilişim sistemlerinin gelişmesi, syborgların askerî ve sınaî amaçlarla giderek daha yaygın olarak kullanılması, HIV ve AIDS'in ekonomik ve toplumsal etkisi hakkındaki kamusal endişeler, ME (myaljik ensefalomyelit)** gibi yeni kompleks rahatsızlıkların teşhisi ve tüketimci kültürde bir beden ve hayat tarzı estetiğinin gelişmesinin oluşturduğunu söyleyebiliriz. Sosyologların beden konusuna artan ilgilerinin işaretleri John O'Neills'in *Beş Beden* (1985)

---

* Somatization disorder: belirlenebilir organik bir temeli bulunmayan sıklıkla uzun süreli birçok bedensel şikâyetle (ağrı şikâyetleri, yutma, yürüme güçlükleri, bulanık görme, karın ağrısı, bulantı, cinsel ilişki sırasında ağrı, çarpıntı, vb. gibi) tanımlanan ve sıklıkla kadınlarda rastlanan bir rahatsızlık biçimi. Somatoform rahatsızlık: genellikle 30 yaşından önce başlar ve dalgalı da olsa kronik bir seyir izler. Şikâyetler sıklıkla dramatik, bulanık, ya da abartılı ve genellikle kaygılı ve depresyonlu bir ruh hâli eşliğinde dile getirilir (http://www.termbank.net/psychology).

** Myalgic encephalomyelitis: merkezî, periferi ve otonom sinir sistemlerini ve adaleleri etkilediği düşünülen bulaşıcı bir hastalık.

ve *İletişimsel Beden* (1989), Francis Barker'ın *Özel Ürkek Beden* (1984), David Armstrong'un *Bedenin Siyasal Anatomisi* (1983), Micheal Ryand ve Avery Gordon'ın *Beden Politikası* (1994), Arthur Frank'ın *Bedenin Arzuları* (1991b), Judith Butler'ın *Problem Bedenler* (1993) ve Don Johnson'ın *Beden* (1983) gibi çalışmalarıdır. Bu araştırmalar birçok farklı teorik felsefi ve siyasal gelenekten etkilenseler de, Foucault'nun çalışması genel bir beden analizinin geliştirilmesinde açıkça temel önemdedir. Foucault'nun cinselliğin tarihi araştırması sayesinde Batılı ahlâk sistemleriyle benliğin tarihsel üretimi süreci arasındaki ilişkiler araştırılmıştır (Turner, 1994: 183-196).

Sosyal teorisyenler Foucault'nun bir tecrit toplumunda bedenin disiplini perspektifinin yanı sıra Merleau-Ponty'nin (1962) fenomenolojik perspektifinden önemli ölçüde yararlansalar da, bedenin fenomenolojisine ilgi büyük ölçüde gündelik yaşantı-dünyası ve yaşam-eksenini anlama çabalarının, Heidegger'in varlığın metafiziği eleştirisinin (Dreyfus, 1991), Husserl'in Descartes'ın felsefesi üzerine yorumunun (Husserl, 1991) ve aynı paralelde Dilthey'ın felsefesindeki 'yaşam-ekseni' kavramının biçimlendirdiği daha genel bir ilginin ürünü olarak görülmelidir. Husserl, Heidegger ve Foucault'nun görüşleri ile beden sosyolojisinin gelişmesi arasındaki kompleks karşılıklı ilişki çağdaş sosyal teori tarihi içinde henüz tüm boyutlarıyla araştırılmamıştır. Kuşkusuz, Foucault kendi beden yaklaşımını II. Dünya Savaşı sonrasında Fransa'daki fikir çatışmaları bağlamında gelişen post-hümanist felsefedeki varoluşçuluk ve fenomenolojiden ayırmaya çalışır. Yine de, bütün bu yaklaşımlar Kartezyenciliğe karşıydı. Descartes'ın rasyonalizmine ve biyomedikal modelin temel perspektifi olan Kartezyen özne anlayışına bu eleştirel tepki, nihayetinde, duygular, arzular ve duygusal hayatın önemine post-yapısalcı vurguya dönüştü; 'modern benlik' duyarlılık ve duygularla ve kişilerarası mahremiyet ihtiyacıyla ilişkili bir şey olarak görülür. Bu kültürel değişimler aile hayatındaki temel yeniden-organizasyonlar, aşk ve evlilik konusundaki değişen beklentiler, ortalama yaşam beklentisinde artış ve zina örüntülerinin farklılaşmasıyla bağlantılıdır (Larson, 1989). Giddens (1992) üst modern çağda özel alanın toplumsal-siyasal dönüşümüyle ilişkilendirdiği bu değişimleri mahremiyetin dönüşümü olarak adlandırır.

1990'larda beden konusunda temel eleştirel çalışmalar yayınlanmıştır: örneğin, Pasi Falk *Tüketici Beden* (1994), Chris Schilling *Beden ve Sosyal Teori* (1993), Anthony Synnott (1993) *Toplumsal Beden* ve Mike Feathersone, Mike Hepworth ve Bryan Turner, *Beden, Toplumsal Süreçler ve Kültür Teorisi* (1991). Artık, hiç kimse sosyal

teoride beden konusunun yer almadığını söyleyemez. Sosyal bilimlerdeki çeşitli alt-alanlarda beden ve bedenleşmeyle ilişkili oldukça fazla yayın vardır; bu yeni bilimsel çalışmaların niteliğinin bir göstergesi Michel Feher'in (1989) editörlüğünü yaptığı *Bir İnsan Bedeni Tarihi İçin Fragmanlar*'dır. Artık, beden probleminin ihmal edildiğine inanmak mümkün olmasa da, henüz bedenleşme, beden ve beden imgesiyle ilişkili problemleri ele alacak tutarlı ve kapsamlı bir beden teorisine sahip değiliz. Bana göre, sosyolojik açıdan yeterli bir tıp sosyolojisinin tutarlı bir beden sosyolojisinin yaratılmasına bağlıdır.

Gelişen Araştırma Alanları

Günümüzde beden sosyolojisi bazı alanlarda oldukça gelişmiştir. İlk olarak, bedenin kültürel çelişkiler ve ilişkiler konusunda bir metafor olarak sembolik önemi vurgulanarak, beden temsil fikri etrafında açıklanmaya çalışılmıştır. Bedenin temsiliyetçi inşasıyla ilişkili araştırmalar antropolojik geleneğin ve özelde Mary Douglas'ın *Saflık ve Tehlike* (1966) ve *Doğal Semboller* (1970) adlı araştırmalarının egemenliği altındadır: bu çalışmalar belirsizlik ve riskle ilgili problemleri "bireysel hayattaki geçiş dönemlerini kuşatan ritüel tehlikelerin temsilleri olarak bedendeki ağızlar" fikriyle bağlantı içinde araştıran bir gelenek yaratmıştır. Örneğin, Ortaçağ Hıristiyan kültüründe, beş duyu ruhun üzerindeki –dışardan tehlikelerin girebileceği ve bireyin ruhsal hayatını tehdit edebilecek– kapılar veya pencerelerdi; bu açılış yerlerinin korunması önemliydi. Ağız Şeytanın bedenin kalesine girebileceği bir kapıydı (Pouchelle, 1990). Bu dinsel dünya görüşü anatominin niçin ahlâkî açıdan tehlikeli bir işlem olarak görüldüğünü bir ölçüde açıklar. Bu yüzden, Douglas'ın antropolojik çalışmaları geleneksel tabu ve kirlenme fikrini araştırma gündemine taşıyan özgün bir katkıdır, ancak onun kozmoloji analizi Durkheim, Mauss ve Hertz gibi kutsal ve kutsal-olmayan ayrımını kavramsal bölünmelerin temeli olarak bedenin inşasıyla bağlantı içinde araştıran yazarların çalışmalarının bir devamı olarak yorumlanabilir. Hertz *Ölüm ve Sağ El* (1960) adındaki "sağ elin kutsallığı ve sağ taraf" araştırmasında, iç ve dış kavramları da dâhil, çeşitli dikotomiler ve kavramsal şemalarda bedenin önemine işaret eder. Hertz'in 'eli olma' üzerine, kutsal (sağ)/kutsal-olmayan (sol) ayrımıyla ilişkili –sağ taraf ve sağ eli tercihin temel kültürel önemini inceleyen– çalışması insan bedeninin asimetrisi üzerine günümüzdeki araştırmalar açısından önemlidir (Coren, 1992; Turner, 1992). Bu 'temsil' araştırmaları, ayrıca, sanat

tarihi ve estetik teorisinde, tıbbî folklor araştırmalarında ve siyasal egemenliğin doğası üzerine tarihsel analizlerde oldukça ileri düzeydedir. Burada, ayrıca, Kantorowicz'in (1957) kralın bedeninin kutsal ve kutsal-olmayan doğası araştırması bedenin siyasal söylemdeki sembolik rolünü anlamada büyük öneme sahiptir. Louis Marin'in (1988) Fransa'da "anlatı olarak kralın bedeni ve kralın bedeninin gücü analizi" de bu egemenlik yaklaşımının iyi bir örneği olarak alınabilir. Akrabalığın egemen konumuyla ilişkili ritüeller ve mitolojilerde bedene yüklenen anlam Dumézil'in (1988) güç yapısını geleneksel toplumlardaki üçlü sınıfsal yapıyla ilişki içinde analiz ettiği Hint-Avrupa kültürleri araştırması açısından önemlidir. Mitler krallar, rahipler ve sığır çobanları arasındaki fark üzerine düşüncelerdir. Dumézil Foucault'nun yapısalcı inanç sistemleri teorisinden büyük ölçüde etkilenmiştir.

İnsan bedenini kuşatan temsiller, tipik olarak, erkekler ve kadınlar arasındaki anatomik farklılıklara dayanır. Bu yüzden, kadın bedenleriyle ilgili temsiller çoğu kez kadının toplum içindeki çelişkili rolünü yansıtır: kadın hem doğurganlığı nedeniyle yaratıcı bir fail olarak, hem de erkeklerin ataerkil gücüne tâbi bağımlı bir varlık olarak görülür. Bu çelişkili kadın imgeleri çoğu kez Tanrının erkekliği düşüncesinin kutsalın evrenselliği fikriyle çatıştığı dinsel bir çerçeve içinde sürdürülmüştür. Bu cinsiyet problemi Hıristiyanlıkta Tanrının iradesine tâbi olan ancak aynı zamanda bir erkek olarak İsa'yı doğuran Meryem figüründe yer almaktadır. Bakire gebelik fikri Meryem'in dünyevi bir kadın olarak mevcudiyetinin kutsal bir figür olarak İsa'yı lekelemediğini ileri sürmek açısından önemliydi. Meriolojide Meryem'i İsa'yla birlikte ortak kurtarıcı olarak görme yönünde güçlü bir eğilim vardı, ancak Meryem'in gücü ve statüsündeki bu belirsizlik bakire ve anne olarak farklı Meryem temsillerinin geliştirildiği Ortaçağ sanatında önemli bir boyut olarak kalmıştır (Suleiman, 1986). Kadınların statüsü hakkındaki bu Hıristiyan değerler kadınlara tıbbî yönelimde önemli ölçüde etkili olmuştur (Laqueur, 1990).

Beden sosyolojisi, ayrıca, ataerkillik, toplumsal cinsiyet, seks ve cinsellikle ilgili problemler etrafında geliştirildi. Gücün cinsiyet temelli doğası beden üzerine feminist ve gay yazım sayesinde ortaya konuldu. Beden üzerine feminist ve gay yazıların çoğu Kristeva (Crownfield, 1992), Haraway (1989), Butler (1990) ve Hochschild (1983) gibi yazarların yaratıcı çalışmalarına dayanır. Bu tartışmanın genel çizgisi, özetle, erkek veya kadın olarak doğmamıza rağmen, erkeklik ve kadınlığın toplumsal ve kültürel ayrımlar olduklarıdır. Feminist literatürün büyük bölümünde (Butler, 1993) egemen sosyal

bilim yaklaşımlarının cinsel kimlik ve cinsellik konusundaki yaygın özcülüğü eleştirildi ve reddedildi. Örneğin, kıyafet ve modanın kadın bedeninin inşasına nasıl katkıda bulunduğu konusuna büyük bir ilgi vardır (Gaines and Herzog, 1990). Bu anlamda, cinselliğin güçlü dinsel, tıbbî ve hukukî söylemlerle inşa edilen bir tarihi vardır. Foucault'nun 'cinselliğin tarihsel inşası' araştırması bu alanda bir kez daha temel bir oynamıştır. Foucault'nun analizi başlarda bedenin disiplin altına alındığı farklı kurumlar, pratikler ve tekniklere yönelikti (Foucault, 1979), ancak sonraki çalışmaları daha ziyade bedenin üretimine, yani benlik teknolojileri aracılığıyla benliğin nasıl üretildiğine odaklandı (Martin *et al*., 1988). Foucault'nun çalışmaları beden, cinsiyet ve cinsellik arasındaki kompleks ilişkiyi sorgulayan birçok önemli tarihsel araştırmaya önayak oldu. Bunlar arasında özellikle Laqueur'ün (1990) çalışması önemli bir yere sahiptir. Laqueur, *Greklerden Freud'a Cinsiyet, Beden ve Toplumsal Cinsiyetin İnşası*'nda, Ortaçağdaki cinsellik teorilerinin dikotomik cinsiyetçilik içeren 'tek cinsiyet öğretisi'ne bağlı kaldıklarını gösterdi. Kadın bedeni basitçe erkek bedeninin zayıf, şekli bozulmuş veya tersine dönmüş hâliydi. Freudcu psikanaliz ortaya çıkıncaya kadar anatomik araştırma bu katı ideolojik anlayışa alternatif bir söylem geliştiremedi. Nitekim, Hıristiyan ideolojinin cinsiyetler arasındaki farklılıkların ahlâkî düzenler arasındaki farklılıklar olarak sunulması üzerindeki etkisi birçok bilim adamı tarafından tarihsel olarak analiz edildi (Ariès and Béjin, 1985; Cadden, 1993; Rouselle, 1988). Bu analizlerin büyük bölümü kadınlar ve erkekler arasındaki farklılıkların tarihsel olarak nasıl şekillendiğiyle ilgili olsa da, cinsiyet farklılıkları çağdaş sanayi toplumlarında güç ve otoritenin temsilinde temel bir rol oynamayı sürdürmektedir. Örneğin, Martin (1989) *Kadın ve Beden*'de sınaî üretim ve yeniden-üretim arasında kurulan, örneğin çocukların yeniden-üretiminden [çocuk doğurmadan] hâlen 'emek' olarak söz edildiği ilişkinin çok ilginç bir analizini yapmıştır.

Butler'ın çalışması geleneksel maddilik (materiality) anlayışlarımızı teşhir etmeye çalışan feminist beden teorilerinin değerli bir örneğidir. Butler, önceki çalışması *Toplumsal Cinsiyet Problemi*'nin ardından, gücün cinsiyet ve cinselliğin maddi boyutları üzerindeki etkisini dikkate alarak bir toplumsal cinsiyet teorisi geliştirir. Modern toplumlarda egemen konumda olduğunu düşündüğü heteroseksüellik rejiminin felsefi bir eleştirisini sunan, cinsiyetin heteroseksüel gücün egemenliği sayesinde nasıl üretildiği ve kısıtlandığını gösteren Butler özgün bir bedensel maddilikler yaklaşımı ortaya koyar. Bu teorik yaklaşımın odak noktası söylem analizinin cinsellik anlayışımıza kat-

kılarıdır. Butler bedenler problemini bedenlerin maddiliğini onların maddileşmesi ve anlamlandırılmasını sağlayan düzenleyici normlardan ayrı tutulamayacak dinamik bir gücün ürünü olarak yeniden konumlandırarak ele almaya çalışır. 'Beden' bir güç ilişkileri hiyerarşisi içinde 'cinsiyet'in toplumsal olarak tekrarıyla ortaya çıkar. Cinsiyeti düzenleyen ve kısıtlayan bedensel olguları söylemin tekrara dayalı gücü üretir. Bu teorik çerçevede, 'cinsiyet' artık basitçe sonradan kültür tarafından belirli normlar temelinde inşa edilen verili bir biyolojik olgu olarak anlaşılamaz. Dil bedenin benliğini inşa etmeden önce doğada söylem-öncesi hiçbir gerçeklik yoktur. Butler, cinsiyetli bedenin bu maddiliğini anlamaya çalışırken, ayrıca belirli bir cinsiyetin benimsenmesiyle üretilen bir özne olarak 'ben'den söz edilmesi fikrini ele almaya çalışır. Öznenin bir cinsiyet atfedilerek tanımlanması heteroseksüel gücün diğer kimlik biçimlerine belirli toplumsal zorunluluklar dayatmakta kullandığı söylem araçlarıyla ilişkilidir. Bu kimliğin icrası (performativity) teorisini, Althusser'in ideolojik hitap (interpellation), ideolojinin özneyi belirli bir isimle çağırması fikrinden yararlanarak, tekrarlama ve çağırma/hitap kavramları etrafında (Althusser, 1971) ele almak faydalı olacaktır. Cinsel kimlik (kimliğin bir çağırma/hitap biçimi olduğu) heteroseksüel rejimlerin cinsiyetli öznelere belirli biçimlerde hitap etmesini gerektirir. Bu yaklaşım Butler'ın cinsel farklılık ve farklılaşma görüşünde daha açık hâle gelir. Butler, Irigaray'ın çalışmasından hareketle, "feminist teorisyenler psikanalizi cinsel farklılığı bağımsız ve temel bir dil ve kültür ilişkileri seti olarak teorileştirmek için kullanmışlardır" diyerek bu konuya dikkat çeker (Butler, 1993). Cinsel hiyerarşiler cinsiyetli bir özne olarak tâbi bir statü içindeki bireylere hitap ederler; bu anlamda, heteroseksüel hitap aynı şeylerin benzer biçimde tekrarlanmasını gerektirir.

Butler'ın temel ilgi odağı Mauss'un ifadesiyle 'beden teknikleri'nin (Mauss, 1979) veya Foucault'nun ifadesiyle 'genel disiplinin nesnesi' olan bedenin maddiliğine bir katkı olarak cinsiyet değil, egemen heteroseksüellik söylemi tarafından belirlenen bir alan içindeki bir konum olarak 'cinsiyet'tir. Onun yaklaşımı metinsel ve retorik araştırmaların güçlü ve zayıf yanlarını gösterir. Cinsellik bir toplumsal uzay içindeki konumdan fazlasıdır; o disiplin pratikleriyle organize edilen bir potansiyel durumdur. Ayrıca, burada –bir sosyologun toplumsal ilişkilerde kokular, salgılar ve beden sağlığını kaybetmenin önemini anlamaya çalışması anlamında– olgusal bedenin maddiliğine çok az ilgi vardır. Yaşlanan beden problemi her zaman insanın bedenleşmesini açıklayacak bir teorik girişimi test etmeninin kulla-

nışlı bir yoludur. Cinsiyet gibi yaş da belirli bir toplumsal hiyerarşi içindeki bir hitap konumu olarak görülebilir, ancak yaşlanma ayrıca fiziksel rahatsızlıklar ve çökme sonucunda bedenin ve beden imgesinin büyük ölçüde telâfisi imkânsız biçimde dönüşmesini gerektirir. "Doğal gerçeklik içinde bedenin yaşlanması" ile bireyin varoluşsal yaş problemini oluşturan "toplumsal gerçeklik içinde bedenin yaşlanması" arasında fark vardır. Sosyal inşacılar fiziksel yaşlanmanın fenomenolojisini yaşlanan insanların işgal edebilecekleri toplumsal konumlarla ilgili söylemlere ilişkin bir açıklamanın altına sıkıştırırlar.

Beden sosyolojisinde yakın zamanlarda temel teorik rol oynayan bir başka alan tıbbî problemlerle ilişkilidir. Beden sosyolojisi hastalık durumu, hastalık ve rahatsızlık gibi kategorilerle ilişkili önemli sosyolojik görüşler sağlamıştır (Turner, 1992). Beden tıbbî koşulların sosyal inşası hakkındaki, naif empirizmin hastalıkların bir tarihi olduğu, çağdaş söylemler tarafından kültürel olarak biçimlendirildikleri ve varlıklarını güç ilişkilerine borçlu oldukları öne sürülerek sorgulandığı tüm tartışma açısından merkezî öneme sahiptir. Kuşkusuz, inşacı realizme dayanan sosyal inşacı tartışma (Green, 1993) oldukça provokatif olmasına, kesinlikle belirli ölçüde halledilmemiş olmasına ve karışık olmasına rağmen, geleneksel tıbbın kesin kabulleri ve bilgilerini sorgulayan güçlü bir temel paradigma sunar. David Armstrong'un *Bedenin Siyasal Anatomisi* (1983) adlı çalışması tarihsel tiplerin –insan bedeninin mekânsal ve zamansal dağılımına odaklanarak– analiz edildiği yeni bilgi sosyolojisinin kullanışlı bir örneğidir. Dahası, doğruluğu sorgulanmayan tıbbî paradigmanın bu tarihsel eleştirisinin büyük bir kısmı feminist analiz ve feminist teori tarafından, özellikle anoraksıya nervoza gibi koşulların analiziyle ilişki içinde geliştirilmiştir (Brumberg, 1988).

Bir başka alan beden ve teknoloji arasındaki ilişkidir. Modern teknoloji bedensel işlevler ve organları yenileme, onarma ve insan bedeninin performansını artırma potansiyeli sağlar. Bu iki yolla gerçekleşebilir.

İlk olarak, doğrudan bedenin altyapısını değiştirerek: genetik mühendisliği kelimenin tam anlamıyla 'post-insanlar' üretecek ve giderek radikalleşen bir dizi tekniktir. İkinci olarak, yapay araçlar inşa ederek ve bedeninin yakın çevresini değiştirerek: teknoloji gücü artırmak için tasarlanan sistemler aracılığıyla insan bedeninin kapasitelerini artırabilir veya yeni kapasiteler geliştirebilir. İlk örnekte, bedenin içyapısı yeni teknolojik parçalar veya araçlarla değiştirilir veya yeniden tasarlanır; ve ikinci örnekte, beden özellikle tasarlanmış araçlar, makineler ve teknolojik ortamların oluşturduğu yeni 'dış

deri'ye uygun hâle getirilir. Makine-beden bileşimlerinin veya syborgların toplumsal sonuçlarına büyük bir ilgi vardır (Haraway, 1991). Teknoloji ve erkeklik arasında uzun süredir güçlü bir bağ vardır. Ellerin potansiyel araçlar olduğu yapan ve inşa eden bir varlık olarak *homo faber* [âlet yapan hayvan olarak insan] anlayışı özel bir erkeklik biçimini yücelten, beden ve teknoloji arasında kurulabilecek alternatif ilişkileri yadsıyan yaygın bir modern mittir. Bununla beraber, son yıllarda feministler kadınlar ve teknoloji arasında kurulan ilişkiyi sorgulamaya ve yeniden-üretim teknolojilerinin yanı sıra yeni teknoloji biçimlerinin de üremeyle ilişkili özgürleştirici sonuçlarının kadınlar açısından potansiyel faydalarını araştırmaya başlamışlardır (Haraway, 1991; Martin, 1989; Wajcman, 1991). Burada yeni bilgi oluşturma teknolojilerine ve sanal gerçeklik ve siber uzay potansiyeline ilgi önemlidir. Bilgisayar simülasyonları ve ağları (toplumsal ilişkilerin doğası hakkındaki geleneksel kabulleri büyük ölçüde yıkabilecek) yeni bedenden kopma (disembodiment), yeni-beden kazanma (re-embodiment) ve duygusal bağlılık deneyimleri imkânları yaratır. 'Sanal seks' bunun basit bir örneğidir.

Bedene büyük bir ilgi gösterilen son alan spor sosyolojisidir. Bu alanda 1970'lerden itibaren Fransız araştırmalar, özellikle etkili bir kitap eleştirisi dergisi *Quel Corps*'un editörlüğünü yapan J.M. Brohm'un çalışmaları önemli olmuştur. Merleau-Ponty'nin fenomenolojik "yaşayan beden" ve "bir sembol olarak beden" ayrımından etkilenen Bernard, toplumsal ve fizyolojik minyatür beden indirgemelerini sorgular. Bigarello (1978) ve özellikle Bourdieu (1984, 1990,1993), bedenle ilgili sorunları ve tüm spor pratikleri alanının yapısını sistematik olarak inceleyerek, spor sosyolojisine teorik bir ağırlık ve meşruiyet kazandırmıştır (Shilling, 1993). Bu "kültürel sermaye olarak beden" yaklaşımı Bourdieu'nun "pratik inançlar zihinsel bir durumdan ziyade 'bedensel bir durum'dur" kabulünün somut örneğidir.

Sporun sosyolojik açıdan önemli bir başka yönü, insanlara farklı 'bedenlerinden kaybolma' fırsatları sağlamasıdır. Çoğu kez spor olaylarının ürettiği yoğun katılım duygusu, bireysel bedenin kollektif beden içinde kaybolmasını mümkün kılarak, davranışın düzenli veya uygar bir informelleşmesini ve duyguların kontrollü düzensizliğini mümkün kılar. Bu Fransız toplumsal düşüncesinde Durkheim ve Mauss'a kadar götürülebilecek sürekli bir temadır.

Yeni Teorik Problemler

Dolayısıyla, çağdaş sosyal teoride, beden sosyolojisinin yeniden değerlendirilmesine yönelik birçok önemli girişim vardır; örneğin, post-modern beden tartışması (Boyne, 1988), "din sosyolojisinin insanı yeniden maddileştirmesi" talebi (McGuire, 1990) ve temel edebi şahsiyetlerin –*Jane Austin ve Beden* örneğinde olduğu gibi (Wiltshire, 1992)– beden metaforu etrafında yeniden değerlendirilmesi. Alan içinde teorik etkinliklerdeki bu yoğun canlanmaya rağmen, beden eksik ve yetersiz düzeyde tanımlanmıştır; hâlen "toplum içinde beden" ve "beden içindeki toplum" teorisinden yoksunuz. Nitekim, "insan bedeni kültürel sınıflandırmalarda muğlâk ve hatta paradoksal bir rol işgal etmektedir" (Falk, 1994: 1). Bu sonuç kısmında, teorik bir bakış açısından, genel bir beden teorisini sistematik olarak ana hatlarıyla ortaya koymak için gerekli bazı temel özellikleri belirlemeye çalıştım. Beden konusundaki mevcut sosyal teoriye ilişkin kaygım, çoğu kez sosyolojik bir perspektifin merkezî problemini oluşturan gerçek ve kapsamlı bir 'karşılıklılık' anlayışı oluşturmaya çalışırken temsil ve sosyal inşa fikrinin ötesine geçememesidir.

Genel bir beden teorisi ana hatlarıyla şunları gerektirir:

1. Maddesellik (corporeality), duyarlık ve nesnellik olarak bedenin sistematik muğlâklığını ortaya koyacak bir yöntem sağlayacak kompleks bir bedenleşme anlayışı;
2. Bir bedenleşmiş insan aktör anlayışı, beden-imgesinin toplumsal uzayda nasıl işlediğini açıklayan kapsamlı bir görüş ve beden-imgesi ve toplumsal konumlar arasındaki ilişkinin analizi.
3. Bedenlerin karşılıklılığının tarihsel sosyolojik bir değerlendirmesi, yani bedenleşmenin toplumsal doğası hakkında bir anlayış,

ve

4. Bir tarihsel "beden ve kültürel oluşumu" anlayışı, yani bir "uygarlaşma süreci ve beden" teorisi.

Bu beden sosyolojisi taslağı için merkezî önemde olan unsur "bir süreç olarak bedenleşme" fikridir. Bizler bedenlere sahip değilizdir, daha doğrusu belirli tipte insanlar olarak bedenleşiriz. Bedenleşmemiz tarihsel bir yaratıdır. Çağdaş beden ve modern tüketim araştırmalarında bu unsurlar çoğu kez örtük olarak yer alsa da, onların tutarlı bir yaklaşım içinde geliştirilmesi gerekir. Bu analiz alanları bir

hiyerarşi içinde kavramlaştırılır: (a) toplumsal varoluş sorununun ele alındığı bedenleşmenin doğası analizi, (b) toplumsal aktörün doğası analizi, (c) toplumsal alışveriş ve karşılıklılık düzeyi analizi ve (d) genel tarihsel, kültürel formasyonlar düzeyinin analizi.

Bedenleşme tartışmasının kaynağında Descartes'ın rasyonel aktör fikrinin yarattığı genel hoşnutsuzluk (19. yüzyıl sosyal biliminin gerçeklik modellerinin temelini oluşturan, varlığını Weber'in eylem sosyolojisi ve 1950'lerden itibaren çağdaş teoride Parsons'ın genel iradeci toplumsal eylem teorisi aracılığıyla sürdüren bir eleştirel tutum) vardır. Fenomenolojik gelenek –Almancada *Körper* ve *Leib** ayrımından esinlenen– nesnel-araçsal-beden ve öznel-yaşayan-beden ilişkisi konusunda daha güçlü bir yaklaşım geliştirmeye çalışmıştır (Honneth and Joas, 1988). Bedenleşme fikrine göre, tüm temel kavrayış, algı, değerlendirme ve karar verme süreçleri insanların bedenleşmiş toplumsal failler olmalarıyla bağlantılıdır. Algı her zaman belirli bir bakış açısından, yani bir bedenin uzay içindeki perspektifinden gerçekleşir (Merleau-Ponty, 1962). İnsanların basitçe bir bedene sahip oldukları doğru değildir, aksine onlar kendi hayat döngüleri içinde bedenlerinin gelişimiyle ilgilenmek zorundadırlar; insanlar bu açıdan bedenlerdir. Elias'ı izlersek, şeyleştirici veya statik bir insan bedeni anlayışından uzak durmamız gerekir. Süreçsel bir süregelen 'bedenleşme' (bodiment) pratiği olarak beden anlayışı geliştirmek önemlidir. Bu açıdan, beden sosyolojisinin özel bir sosyolojik araştırma alanı olduğunu öne sürmek belirli ölçüde yanıltıcı olabilir. İnsan bedeninin ve bedenleşmiş (embodied) deneyimin özel bir alan, alt-disiplin veya araştırma alanı içine sıkıştırılamayacağını veya sınırlandırılamayacağını gösteren bir bedenleşme sosyolojisinden söz etmek daha uygun olacaktır. Bu yaklaşımın gelişmesinde özellikle Gehlen (1988) gibi yazarların çalışmasındaki örtük bir felsefi antropoloji oldukça etkili olmuştur. Nesnel bir bedenden söz edebilsek de, sosyologlar olarak dikkatimizi bedenin yaşanışı (experientiality) olarak maddesellik, bedenlilik (bodiliness) veya bedenleşmeye (bodiment) yoğunlaştırmamız gerekir. Beden hem duyusal hem de tensel bir varlık olarak anlaşılmalıdır (Falk, 1994).

Maddesellik, bedensellik ve bedenleşme problemleri bizi doğrudan benlik ve toplumsal aktör problemine yöneltir. Toplumsal aktörün nitelendirilmesi problemi sosyal bilimlerin tüm gelişimine damgasını vuran, ayrıca toplumsal eylemin rasyonelliği, duygusal ve hissî unsurların veya başka özelliklerin önemi, sosyal benliğin inşasında

* *Beden* ve *gövde*

semboller ve kültürün rolü gibi konuları içerir. Toplumsal benliğin maddeselliğinin tarihsel ortamının araştırılması gerekir. Beden konusundaki yeni yazılar gerçekte üst-modern çağda post-modern veya refleksif benliğin artan önemi hakkındaki tartışmayla bağlantılıdır. Örneğin, Synott'un (1993: 1) bir ölçüde cesur ifadesine göre, "beden ayrıca ve esasen benliktir. Hepimiz bedenleşmiş varlıklarız". Benzer şekilde, Shilling, Giddens'ın çağdaş mahremiyet biçimleri konusundaki yaklaşımından hareketle, modern toplumda benlik tasarımının bir beden tasarımı olduğunu öne sürer; ona göre, "beden modern kişinin bireysel-kimlik duygusu için giderek merkezî önem kazanmaktadır" (Shilling, 1993: 1). Beden-imgesi modern kimliğin self-refleksif doğasının kurucu unsurudur (Giddens, 1991). Tıp teknolojilerindeki dönüşümler insan bedeninin kişisel bir tasarım olarak inşa edilmesini mümkün kılmıştır. Hem Synott hem de Shilling'e göre, modern duyarlık ve öznellik benliğin bir temsili olarak bedene odaklanır, bu yüzden beden ruhun aynasıdır. Bu toplumsal gelişme, diyetin bir kişisel kurtuluş disiplininden cinselliğin modern benliğin odağı olarak ifade edilmesini sağlayan bir mekanizmaya dönüştürüldüğü kapsamlı bir lâikleşme süreci içermektedir. Ortaçağ sanatında haç üzerindeki sıska İsa imgesi bu tür değerlere güçlü ve etkileyici bir ifade kazandırmıştır. Geleneksel diyetlerin amacı çile çeken ruhun kurtulması için arzuları boyunduruk altına almakken, çağdaş tüketim toplumlarında diyet tamamen farklı bir anlam kazanır, yani o cinselliğin açığa çıkartılması ve güçlendirilmesini gerektirir. Benlik tasarımı bedenle ilgili bu tarihsel dönüşümlerle, onun kültür içindeki rolü ve kamusal alandaki yeriyle yakından ilişkilidir.

Sosyoloji nihayetinde bir temsiliyetçi anlamlar analizi değil, aksine eylem ve etkileşimle ilgili bir sosyal bilimdir. Bedeni gündelik karşılıklılıklar ve alışverişler ortamında, eylem ve etkileşim süreci içinde anlamamız gerekir. Falk'un beslenme ve tüketim konusundaki yaklaşımı (Falk, 1994) 'tüketen beden' analizinden yararlanarak bir toplumsal dayanışma anlayışı geliştirecek önemli bir araç sağlar. Bu arada, 'sosyoloji' sözcüğü Latince arkadaşlık veya yol arkadaşlığı anlamına gelen 'socious' teriminden gelmektedir; sosyoloji arkadaşlığın ve yol arkadaşlığının bir bilimidir. Yol arkadaşlığı kelimenin düz anlamında 'ekmeği paylaşma'ya dayalı bir topluluktur ve neticede sosyolojinin bir "ayin yemeği topluluğu"nun analizi olduğunu, yani birlikte yemek yenilen bir ortamda bedenlerin karşılıklılığına dayalı (zaten her zaman toplumsal) bir dayanışmanın araştırılması olduğunu öne sürebiliriz. Sosyologlar toplumsal dayanışmayı tipik olarak paylaşılan değerler fikri içinde temellendirseler de, onların daha ilkel

bir topluluk, yani bir yeme topluluğu fikrine sahip olduklarını söyleyebiliriz. En azından, ilkel toplumlarda yamyamlığın önemli bir anlamı kişinin düşmanlarının arzu edilen niteliklerini kazanmasıdır. İlkel Pasifik kozmolojilerinde kabilenin şefi pişirilmiş insan bedenlerini sırayla ülkenin kadınlarına sunardı (Sahlins, 1985). Burada, ayrıca, ağız insan bedeninin özellikle ilginç bir özelliğini oluşturur: ağız yeme ve ısırma, öpme ve bağırma, emme ve konuşmayı içeren muğlâk bir pratikler alanıdır. Falk sözcükler ve besin topluluğu arasındaki önemli bir ilişkiye dikkat çeker, zira sözcükler ve besinler temel karşılıklılık ve alışveriş araçlarıdır. Yemeyle ilişki içinde benliğin oluşumu konusundaki tez günümüzde toplumun bir yeme topluluğu olarak oluşmasıyla ilişkilidir. Bir anoraksıya hastasının yemek yemeyi reddetmesinin toplumsal ve cinsel karşılıklılıklar açısından özellikle yıkıcı olmasının nedeni karşılıklılık ve beslenme arasında kurulan bu sembolik bağlantıdır.

Falk, Emile Durkheim'in *Dinsel Hayatın İlksel Biçimleri*'ndeki (1961) kutsal/dindışı dikotomisi hakkındaki analiziyle yakından ilişkili bir argümanda, geleneksel toplumun ritüel beslenmesi ile modern toplumdaki bireyselleşmiş beslenme ve tüketim biçimleri arasındaki tarihsel karşıtlığa dikkat çeker. O analizinde 'kutsal komünyon'u alışverişle karşılaştırır. 'Ocak' klâsik Roma toplumunun temelini oluşturmaktaydı. Roma'da ocak ailenin ritüel etkinlikler sırasında toplandığı –temel toplumsal bağların yaratıldığı– merkez alandı. Aile ocağının tanrıları toplumsal grubun tanrılarıydı ve aslında toplumun oluşumunun temelini sağlayan şey bu beslenme topluluğu ve ritüel yemekti. İlkel toplumlarda ve İbrahimi (tektanrıcı) dinlerde ritüel kurban yemeğinin toplumsal işlevi toplumsal bağlılık yaratmaktı. Hıristiyanlıkta, bu ritüel yemek gerçekte İsa'nın bedeni ve kanının ayinle tüketimiyle Tanrı'yla biçimsel bir komünyonun gerçekleştirilmesi çabasına dönüştü. Bu anlayışlarda, anne ve çocuk arasındaki etkili bağı kadının salgıladığı sütün biçimlendirmesi gibi, toplumun temelindeki duygusal bağ da, ritüelleşmiş beslenme örüntüleri etrafında, besinlerin birlikte tüketilmesiyle biçimlenir. Yememek toplumun yol arkadaşlığına, toplumsal ilişkilere katılmamaktır. Nitekim, Meryem'in sütü sembolik olarak İsa'nın kanına denktir. Modern toplumlarda kollektif beslenme ritüellerinden bireyselleşmiş beslenmeye geçilmiştir. Burada, ayrıca, toplumun tarihi bedenin tarihiyle, yani beslenmenin yeniden organizasyonu sürecinde beğenilerdeki dönüşümlerle ilişkilidir.

Sosyoloji tarafından geliştirilen en kapsamlı dikotomilerden birinin kaynağının Tönnies'in (1957) topluluk ve toplum karşıtlığı oldu-

ğu ileri sürülebilir; gerek evrenselcilik ve kısmilik, gerek tarafsızlık ve duygusallık, gerekse yerel ve küresel, akılcı olan ve olmayan ayrımlarında, Parsons'ın 'kalıp değişkenler' kavramında olduğu gibi, Tönnies'in düşüncelerinin etkisi görülebilir. Falk'un yaklaşımında bu *gemeinschaft/gesellschaft* ayrımının –hep birlikte ritüel beslenme ilişkilerinin– yerini modern toplumda bireyselleşmiş tüketim biçimlerinin aldığını vurgulayan bir beden/benlik/toplum teorisi yer alır; buradaki tarihsel dönüşüm aynı zamanda "açık beden/kapalı benlik" fikrinden modern toplumun "kapalı beden/açık benlik" fikrine geçiştir. İlkel toplumlarda benlik azgelişmiştir, ancak beden açıktır; çağdaş toplumlarda benlik aşırı gelişmişken beden kapalıdır. Bu açık/kapalı beden ayrımı kollektif/bireyselleşmiş beslenme örüntüleri üzerinde şekillendirilebilir. Modern gıda tüketimi sadece restoranlardaki kâr amaçlı oluşturulan beslenme alışkanlıklarıyla değil, aynı zamanda diyetler ve gıdalar aracılığıyla, etkili ve verimli beslenme araçlarının üretiminde bilime başvurularak biçimlendirilir. Ritzer (1993), Fordizm ve Taylorizm'in gıda endüstrisi üzerindeki etkisi üzerine yeni bir araştırmada, McDonaldlaşmayı Weber'in rasyonelleşme ve büyübozumu teorisinin somut bir örneği olarak alır. McDonalds verimlilik, kârlılık ve güvenirlik sağlamak için sınırlı bir menü, kesin gıda ölçüleri ve standartlaşmış dağıtım sistemleri aracılığıyla çalışır. McDonaldlaşma hayattan tüm sürprizleri uzaklaştırır; onun üretim teknikleri, gıda zehirlenmesi riski dâhil, öngörülemeyen unsurları yemekten uzaklaştırır. McDonalds'taki kısa ve hızlı öğle yemeği ilkel kalabalıkların kendilerinden geçtikleri ritüel yemeklerin zıddıdır. Burjuvazinin kibar ve karşılıklı sohbet içinde yenen geleneksel aile yemeği ile McDonalds'taki bireyselleşmiş öğle-vakti atıştırma arasındaki uçurum ilkel *yaşantı-dünyası* ile modern sanayi toplumunun *rasyonel sistemi* arasındaki farkın çok iyi bir göstergesidir.

Ekonomi ve Beden

Sosyoloji ekonomik eylemler, ihtiyaçlar ve rasyonel davranış kavramları üzerine kurulan klâsik iktisat teorilerinin sınırlılıkları ve başarısızlıklarını gösterme çabası olarak görülebilir. Sosyoloji tüketimin faydacı olmayan önemini, tüketicilerin seçimlerinde rasyonel-olmayan ve duygusal faktörlerin rolünü, bilginin siyasal olarak nasıl düzenlendiğini ve tüketicinin bağımsızlığı üzerindeki kısıtlamaları göz önünde bulundurarak, ekonomik indirgemeci eylemler anlayışına bir alternatif olarak gelişmiştir. Sosyoloji başlarda sivil toplumda piyasa-

ların işleyişiyle ilgili temel ahlâkî ve siyasal kabullerin eleştirisini üstlenmiştir. Ağız, tüketim, beden ve toplum konusundaki araştırmalar geleneksel temaya, yani klâsik iktisat teorisinin 'bedenden yoksun' aktör anlayışına eleştirilerin devamıdır, ancak açıkça hâlen postmodern beden fikri, beden ve risk toplumu arasındaki ilişki, cinsiyetçi ayrımların sürmesi, cinsiyete dayalı işbölümü ve sanal gerçekliğin toplumsal bedenleşme açısından içerimleri gibi konular etrafında yapılması gereken pek çok çalışma vardır.

Kaynakça

Abel-Smith, B. (1960), *A History of the Nursing Profession*, London, Heinemann.

Abercrombie, N. and J. Urry (1983), *Capital Labour and the Middle Classes*, London, Allen & Unwin.

Abercrombie, N., S. Hill and B.S. Turner (1986), *Sovereign Individuals of Capitalism*, London, Allen & Unwin.

Abrams, M. (1979), "The Future of the Elderly", *Futures*, 178: 184.

Abrams, R. (1989), "Out of the Blue: the Rehabilitation of Electroconvulsive Therapy", *The Sciences*, November/December, s. 25-30.

Alderidge, P. (1985), "Bedlam: Fact or Fantasy?", W.F. Bynum, R. Porter and M. Shepherd (eds.), *The Anatomy of Madness*, London, Tavistock, vol. 2, s. 17-33.

Althusser, L. (1971), *Lenin and Philosophy and Other Essays*, London, New Review.

Andorka, R. (1978), *Determinants of Fertility in Advanced Societies*, New York, Free Press,

Aries, P. (1962), *Centuries of Childhood*, Harmondsworth, Peregrine Books.

Aries, P. (1974), *Western Attitudes Towards Death, from the Middle Ages to the Present*, Baltimore, MD, and London, Marion Boyars.

Aries, P. and A. Bejin (eds.) (1985), *Western Sexuality: Practice and Precept in Past Present Times*, Oxford, Basil Blackwell.

Armstrong, D. (1983), *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in Twentieth Century*, Cambridge, Cambridge University Press.

Arnold, D. (1993), *Colonizing the Body State: Medicine and Epidemic Disease in Nineteen Century India*, Berkeley, CA, University of California Press.

Arrow, K.I. (1951), *Social Choice and Individual Values*, New York, John Wiley.

Arrow, K.J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53(5): 941-973.

Arrow, K.I. (1983), *Social Choice and Justice*, Cambridge, MA, Harvard University Press.

Asad, T. (1983), "Notes on Body Pain and Truth in Medieval Christian Ritual", *Economy and Society*, 12(3): 287-327.

Asher, R. (1951), "Munchausen's Syndrome", *Lancet*, 1: 339-341.

Ashley, J.A. (1975), "Nurses in American History, Nursing and Early Femin-

ism", *A Journal of Nursing*, 75: 1465-1467.
Ashmore, M., M. Mulkay and T. Pinch (1989), *Health and Efficiency: A Sociology of Economics*, Milton Keynes: Open University Press.
Atchley, R.C. (1977), *The Social Forces in Later Life*, Belmont, CA, D. Wadsworth.
Atkinson, J.M. (1978), *Discovering Suicide: Studies in the Social Organization of Death*, Pittsburgh, .University of Pittsburgh Press.
Audit Commission (1986), *Making a Reality of Community Care*, London, HMSO.
Badgley, R. and S. Bloom (1973), "Behavioural Sciences and Medical Education: the Case of Sociology", *Social Science and Medicine*, 7: 927-941.
Bakwin, H. (1945), "Pseudocia Pediatricia", *New England Journal of Medicine*, 232: 69.
Bakx, K. (1991), "The "Eclipse" of Folk Medicine in Western Society?", *Sociology of and Illness*, 13(1): 20-38.
Banks, J.A. (1969), *Prosperity and Parenthood*, London, Routledge & Kegan Paul.
Banks, J.A. and O. Banks (1964), *Feminism and Family Planning in Victorian* Liverpool, Liverpool University Press.
Bannister, D. (1968), "The Logical Requirements of Research into Schizophrenia", *British Journal of Psychiatry*, 114, s. 181-188.
Barker, F. (1984), *The Tremulous Private Body, Essays on Subjection.* London and New York, Methuen.
Barnes, D.S. (1992), "The Rise or Fall of Tuberculosis in Belle-Époque France: a Reply to Allan Mitchell", *Social History of Medicine*, 5(2): 279-290.
Bamouw, V. (1979), *Culture and Personality*, Homewood IL, The Dawsey Press.
Baross, Z. (1988), "The Scandal of Disease in Theory and Discourse", Doctoral thesis, University of Amsterdam.
Barton, R. (1959), *Institutional Neurosis*, Bristol, Wright.
Barrett, C.R.B. (1905), *History of the Society of Apothecaries*, London, Stock.
Basaglia, F. (1981), "Breaking the Circuit of Control", D. Ingleby (ed.), *Critical Psychiatry, The Politics of Mental Health*, Harmondsworth, Penguin, s. 184-192.
Bassuk, E.L. (1986), "The Rest Cure: Repetition or Resolution of Victorian Women's Conflicts", S.R. Suleiman (ed.), *The Female Body in Western Culture*, Cambridge, MA., Harvard University Press, s. 139-151.
Bateson, G., D. Jackson, J. Haley and J. Weakland (1956), "Towards a Theory of Schizophrenia", *Behavioral Science*, 1: 251-264.
Baudrillard, J. (1993), *Symbolic Exchange and Death*, London, Sage.
Bayer, R. (1981), *Homosexuality and American Psychiatry: the Politics of Diagnosis*, New York, Basic Books.
Bean, P. and P. Mounser, (1993), *Discharged from Mental Hospitals*, London, Macmillan.
Beck, U. (1992), *Risk Society, Towards a New Modernity*, London, Sage.

Beck, U. (1994), "The Debate on the "Individualization Theory", *Soziologie*, 3: 191-200.

Becker, H. (1966), *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, Glencoe, IL, Free Press.

Becker, H., B. Geer, E.C. Hughes and A. Strauss (1961), *Boys in White: Student Culture in Medical School*, Chicago, Chicago University Press.

Becker, T. (1985), "Psychiatric Reform in Italy - How Does it Work in Piedmont?", *British Journal of Psychiatry*, 147: 254-60.

Bell, D. (1974), *The Coming of Post-Industrial Society*, New York, Basic Books.

Bell, D. (1978), *The Cultural Contradictions of Capitalism*, New York, Basic Books.

Bellah, R.N., R. Madsen, W.M. Sullivan, A. Swidler and S.M. Tipton (1985), *Habits of the Heart: Individualism and Commitment in American Life*, New York, Harper and Row.

Ben-David, J. (1963-4), "Professions in the Class System of Present Day Societies: A Trend Report and Bibliography", *Current Sociology*, 12.

Bentall, R.P., H. Jackson and D. Pilgrim (1988), "Abandoning the Concept of 'Schizophrenia': Some Implications for Psychological Research into Psychotic Phenomena", *British Journal of Clinical Psychology*, 27: 303-324.

Bentall, R. (1990), "The Syndromes and Symptoms of Psychosis", R. Bentall (ed.), *Reconstructing Schizophrenia*, London, Routledge, s. 23-60.

Ben-Yehuda, N. (1980), "The European Witchcraze of the 14th to 17th centuries: a Sociologist's Perspective", *American Journal of Sociology*, 86(1): 1-32.

Berger and, P.L. and T. Luckmann (1967), *The Social Construction of Reality*, London, Allen Lane/The Penguin Press.

Berman, A. (1966), *Pharmaceutical Historiography*, Madison, WI, American Institute of the History of Pharmacy.

Bernard, M. (1976), *L"Expressivite du Corps*, Paris, De large.

Birenbaum, A., R. Bologh and H. Lesieur (1987), "Reforms in Pharmacy Education and Opportunity to Practise Clinical Pharmacy", *Sociology of Heath and Illness*, 9(3): 286-301.

Bishop, C.A. (1975), "Northern Algonkian Cannibalism and Windigo Psychosis", T.R. Williams (ed.), *Psychological Anthropology*, The Hague, Mouton, s. 237-248.

Blake, J.B. (1965), "Women and Medicine in Ante-bellum America", *Bulletin of the History of Medicine*, 39: 99-123.

Blane, D. (1985), "An Assessment of the Black Report's Explanations of Health Inequalities", *Sociology of Health and Illness*, 7(3): 423-445.

Blau, J. (1992), *The Visible Poor*, New York, Oxford University Press.

Blau, P.M. (1963), *The Dynamics of Bureaucracy;* Chicago, University of Chicago Press.

Blau, P.M. (1974), *On the Nature of Organizations*, New York, Wiley.

Blau, Z.A. (1973), *Old Age* in *a Changing Society*, New York, Franklin Watts.

Block, F. (1977), "The Ruling Class Does not Rule: Notes on the Marxist

Theory of the State", *Socialist Revolution*, 7: 6-28.
Bloor, M. and G. Horobin (1975), "Conflict and Conflict Resolution in Doctor-Patient Interactions", C. Cox and A. Mead (eds.), *A Sociology of Medical Practice*, London. Macmillan.
Bodenheimer, T.S. (1984), "The Transnational Pharmaceutical Industry and the Health of the World's People", J.B. McKinlay (ed.), *Issues* in *the Political Economy of Health Care*,. London, Tavistock, s. 187-216.
Bottomore, T. and P. Goode (eds.) (1978), *Austro-Marxism*, Oxford, Clarendon Press.
Bourdieu, P. (1984), *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*, London. Routledge & Kegan Paul.
Bourdieu, P. (1990), *In Other Words: Essays Towards a Reflexive Sociology*, Cambridge. Polity Press.
Bourdieu, P. (1993), *Sociology* in *Question*, London, Sage.
Boyle, M. (1991), *Schizophrenia: a Scientific Delusion*, London, Routledge.
Boyne, R. (1988), 'The art of the body in the discourse of postmodernity", *Theory, Culture and Society*, 5(2-3): 527-542.
Braithwaitc, J. (1984), *Corporate Crime in the Pharmaceutical Industry*, London, Routledge. Kegan Paul.
Braverman, H. (1974), *Labor and Monopoly Capital: the Degradation of Work in the Twentieth Century*, New York, Monthly Review Press.
Breggin, P. (1979), *Electroshock: Its Brain-Disabling Effects*, New York, Springer.
Breggin, P. (1983), *Psychiatric Drugs: Hazards to the Brain*, New York, Springer.
Breggin, P. (1991), *Toxic Psychiatry*, New York, St Martin's Press.
Brohm, J.M. (1975), *Corps et Politique;* Paris, De large.
Brose, H.G. and B. Hildenbrand (eds.) (1988), *Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende*, Opladen, Leske and Budrich.
Brown, G.W. and J.L.T. Birley (1968), "Crises and Life Changes and the ÜDICI Schizophrenia", *Journal of Health and Social Behaviour*, 9: 203-214.
Brown, G.W. and T. Harris (1978), *Social Origins of Depression*, London, Tavistock.
Brown, M.B. (1972), *From Labourism to Socialism*, London, Spokesman Books
Brown, P. (1985), *The Transfer of Care: Psychiatric Deindistrialization and its Aftermath*, Boston, Routledge and Kegan Paul.
Brown, P. (1987), "Diagnostic Conflict and Contradiction in Psychiatry", *Journal of and Social Behaviour*, 28: 37-50.
Brown, R.G.S. and R.W.H. Stones (1973), *The Male Nurse*, London, Bell.
Brown, T.M. (1985), "Descartes, Dualism, and Psychosomatic Medicine", W.F. B Porter and M. Shepherd (eds.), *The Anatomy of Madness: Essays in the History of Psychiatry*, London and New York, Tavistock, vol. 1, s. 40-62.
Bruch, H. (1978), *The Golden Cage*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
Bruch, H. (1988), *Conversations with Anorexics*, New York, Basic Books.
Brumberg, J.J. (1988), *Fasting Girls: the Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease*, Cambridge, Harvard University Press.

Buchan, I.C. and I.M. Richardson (1973), "Time Study of Consultations in General *Scottish Health Service Studies*, No. 27, Scottish Home and Health Department.

Bucher, B. (1981), *Icon and Conquest: a Structural Analysis of the Illustrations of De Bry's Great Voyages*, Chicago and London, University of Chicago Press.

Burchell, G., C. Gordon and P. Miller (1991), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, London, Harvester.

Burkart, G. (1993), "Individualisierung und Elternschaft - das Beispiel USA", *Zeitschrift fur Soiziologie*, 22(3): 159- 77.

Busfield, J. (1983), "Gender, Mental Illness and Psychiatry", M. Evans and C. Ungerson (eds.), *Sexual Divisions: Patterns and Processes*, London, Tavistock, s. 106-141.

Busfield, J. (1986), *Managing Madness: Changing Ideas and Practice*, London, Hutchinson.

Busfield, J. (1988), "Mental Illness as Social Product or Social Construct: a Contradiction in Feminists" Arguments?", *Sociology of Health and Illness*, 10(4): 521-542.

Butler, J. (1990), *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, New York, Routledge.

Butler, J. (1993), *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of 'Sex'*, New York, Routledge.

Cadden, J. (1993), *Meanings of Sex Difference in the Middle Ages: Medicine, Science and Culture*, Cambridge, Cambridge University Press.

Cahnman, W.J. (1968), "The Stigma of Obesity", *The Sociological Quarterly*, 9(3): 283-299.

Callen, D.J. and M.B. Sussman (eds.) (1984), *Obesity and the Family*, New York, Haworth Press.

Caplan, A.L. (1981), "The Unnaturalness of Aging - a Sickness unto Death?", A.L. Caplan, H. Tristan Engelhardt and J.J. McCartney (eds.), *Concepts of Health and Disease, Interdisciplinary Perspectives*, London, Addison-Wesley, s. 725-738.

Caputo, *I.* (1992), "On Not Knowing Who We Are: Madness, Hermeneutics, and the Night of Truth in Foucault", J. Caputo (ed.), *Foucault and the Critique of Institutions*, University Park, PA, Pennsylvania State University Press, s. 233-263.

Carchedi, G. (1977), *On the Economic Identification of Social Classes*, London, Routledge & Kegan Paul.

Carter, M. and S.B. Carter (1981), "Women's Recent Progress in the Professions or Women Get a Ticket to Ride after the Gravy Train has Left the Station", *Feminist Studies, 7(3):* 477-504.

Cartwright, A. (1967), *Patients and their Doctors*, London, Routledge & Kegan Paul.

Cartwright, A. (1983), *Health Surveys in Practice and* in *Potential*, London, King"s Fund Publishing Office.

Cartwright, A., L. Hockey and J.L. Anderson (1973), *Life Before Death*, London

and Boston, Routledge & Kegan Paul.
Cartwright, A. and M. O"Brien (1976), "Social Class Variations in Health Care and in the Nature of General Practitioner Consultations" in M. Stacy (ed.), *The Sociology of the NHS,* Sociological Review, monograph No. 22.
Caskey, N. (1986), "Interpreting Anorexia Nervosa", S.R. Suleiman (ed.), *The Female Body* in *Western Culture, Contemporary Perspectives,* Cambridge, MA, Harvard University Press, s. 175-189.
Castel, R. (1991), "From Dangerousness to Risk", G. Burchell, C. Gordon and P. Miller (eds.), *The Foucault Effect: Studies* in *Governmentality,* London, Harvester, s. 281-298.
Castel, R., F. Castel and A. Lovell (1982), *The Psychiatric Society,* trans. A. Goldhammer, New York, Columbia University Press.
Chamberlin, J. (1978), On *Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System,* New York, McGraw-Hill.
Chernin, K. (1981), *The Obsession: Reflections on the Tyranny of Slenderness,* New York, Harper & Row.
Clarke, J.N. (1983), "Sexism, Feminism and Medicalism: a Decade Review of Literature on Gender and Illness", *Sociology of Health and Illness,* 5(1): 62-82.
Clegg, S. (1994), "Social Theory for the Study of Organization: Weber and Foucault", *Organization,* 1(1): 149-78.
Cockerham, W.C. (1982), *Medical Sociology,* Englewood Cliffs, *NI,* Prentice-Hall.
Cockerham, W.C. (1986), *Medical Sociology,* 3rd ed., Englewood Cliffs, *NI,* Prentice-Hall.
Cockerham, W.C. (1991), *This Aging Society,* Englewood Clitfs, NJ, Prentice-Hall.
Coe, R.M. (1978), *Sociology of Medicine,* New York, McGraw-Hill.
Coffey, C.E. and R. Weiner (1990), "Electroconvulsive Therapy: an Update", *Hospital and Community Psychiatry,* 41(5): 515-521.
Collins, R. (1986), *Max Weber, a Skeleton Key,* Beverly Hills, CA, Sage.
Conrad, P. and R. Kern (eds.) (1985), *The Sociology of Health and Illness, Critical Perspectives,* New York, St Martin's Press.
Conrad, P. and I.W. Schneider (1980), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness,* St Louis, MO, C.V. Mosby.
Cooper, D. (1967), *Psychiatry and Anti-Psychiatry,* London, Paladin.
Cooper, D. (ed.) (1968), *The Dialectics of Liberation,* Harmondsworth, Penguin Books.
Coren, S. (1992), Lefthander. *Everything You Need to Know about Left-handedness,* London, John Marray.
Corcoran, C.J.O. (1951), "Thomistic Analysis and Cure of Scrupulosity", *American Ecclesiastical Review,* 137: 313-329.
Corwin, R.G. (19613), "The Professional Employee – a Study of Conflict in Nursing Roles", *American Journal of Sociology,* 66: 604-615.
Corwin, R.G. (1961b), "Role Conception and Career Aspirations: a Study of

Identity in Nursing", *Sociological Quarterly*, 2: 69-86.
Coulter, J. (1973), *Approaches to Insanity*, London, Martin Robertson.
Cousins, M. and A. Hussain (1984), *Michel Foucault*, New York. St Martin's Press.
Cranston, M.W. (1975), *John Locke, A Biography*, New York, Macmillan.
Crapanzano, V. (1973), *The Hamadsha: a Study in Moroccan Ethnopsychiatry*, Berkeley, CA, University of California Press.
Crisp, A.H., R.L. Palmer and R.S. Kalucy (1976), "How Common is Anorexia Nervosa? A Prevalence Study", *British Journal of Psychiatry*, 128: 549-554.
Crownfield, D. (ed.) (1992), *Body/Text in Julia Kristeva. Religion, Women and Psychoanalysis*, New York, State University of New York.
Crowther, J.G. (1960), *Francis Bacon. the First Statesman of Science*, London, The Cresset Press.
Cullis, J.G. and P.A. West (1985), "French Health Care: a Viewpoint A-system X", *Health Policy*, 5: 143-149.
Cumming, E. (1963), "Further Thoughts on the Theory of Disengagement", *International Social Science*, 15: 377-393.
Cumming, E. and W.E. Henry (1961), *Growing Old: the Process of Disengagement*, New York, Basic Books.
Dain, N. (1964), *Concepts of Insanity*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.
Daniels, N. (1985), *Just Health Care*, Cambridge, Cambridge University Press.
Das, K. (1993), *Obstetric Forceps: Its History and Evolution*, Leeds, Medical Museum Publishing.
Darwin, C. ([1871] 1974), *The Descent of Man*, Chicago, Rand McNally.
Davies, C. (ed.) (1980), *Re-writing Nursing History*, London, Croom Helm.
Davies, C. (1983), "Professionals in Bureaucracies: the Conflict Thesis Revisited", R. Dingwall and J. McIntosh (eds.), *Readings in the Sociology of Nursing*, Edinburgh, Churchill Livingstone, s. 177-194.
Davies, G. (1959), *The Early Stuarts 1603-1660*, Oxford, The Clarendon Press.
Davies, M. (1982), "Corsets and Conception: Fashion and Demographic Trends in the Nineteenth Century", *Comparative Studies in Society and History*, 24: 611-641.
Davis, F. (1960), "Uncertainty in Medical Prognosis, Clinical and Functional, *American Journal of Sociology*, 66: 41-47.
Davis, F. (ed.) (1966), *The Nursing Profession: Five Sociological Essays*, New York. Wiley.
Davis, F. (1972), *Illness Interaction and the Self*, Belmont, CA, Wadsworth.
Davis, F. and V.L. Olesen (1963), "Initiation into the Woman's Profession: Identity Problems in the Status Transition of Coed to Student Nurse", *Sociometry*, 26: 89-101.
Davis, K. (1976), The World's Population Crisis", R.K. Merton and R. Nisbet (eds.), *Contemporary Social Problems*, New York, Harcourt Brace Jovanovich, pp. 363-406.
Davis, K. and W. Moore (1945), Same Principles of Stratification", *American*

Sociological Review, 10. 242-249.
Davis, M. (1984), "The Political Economy of Late-Imperial America, *New Left Review*, 143: 6-38.
Davis. P. (1980), *The Social Context of Dentistry*, London, Croom Helm.
Deacon, B. (1984), "Medical Care and Health under State Socialism", *International Journal of Health Services*, 14(3): 453-480.
Dear, M. and J. Wolch (1987), *Landscapes of Despair: From Deinstitutionalization to Homelessness*, Princeton, NJ, Princeton University Press.
de Beauvoir, S. (1972), *Old Age*, London, Weidenfeld & Nicolson.
Department of Health and Social Security (1986), *Mental Health Statistics for England 1986*, London, Government Statistical Service.
Department of Health and Social Security (1988), *Community Care: Agenda for Action*, London, HMSO.
Derber, C. (1984), "Physicians and their Sponsors: the New Medical Relations of Production", J.B. McKinlay (ed.), *Issues in the Political Economy of Health*, London, Tavistock, s. 217-254.
de Swaan, A. (1981), "The Politics of Agoraphobia", *Theory and Society*, 10: 359-385.
de Swaan, A. (1988), *In Care of the State*, Cambridge, Polity Press.
de Swaan, A. (1990), *The Management of Normality: Critical Essays in Health and Welfare*, London and New York, Routledge.
Deutsch, A. (1948), *The Shame of the States*, New York, Harcourt, Brace.
Deutsch, A. (1949), *The Mentally Ill in America*, New York, Columbia University Press.
Devereux, G. and F.R. Weiner (1950), "The Occupational Status of Nurses", *American Sociological Review*, 15: 628-634.
Devine, J.A. (1985), "State and State Expenditure: Determinants of Social Investment and Social Consumption Spending in the Postwar United States", *American Sociological Review*, 50(2): 150-165.
Dewhurst, K. (1958), "Locke and Sydenham on the teaching of anatomy", *Medical History*, *2:* 1-12.
Dingwall, R. .and J. Melntosh (eds.) (1983), *Readings in the Sociology of Nursing*, Edinburgh, Churchill Livingstone.
Ditton, J. (1979), *Contrology, Beyond the New Criminology*, London, Macmillan.
Doerner, K. (1981), *Madmen and the Bourgeoisie*, trans. J. Neugroschel and J. Steinberg, Oxford, Basil Blackwell.
Dohrenwend, B. (1975), "Socio-cultura1 and Socio-psychological Factors in the Genesis of Mental Disorders", *Journal of Health and Social Behaviour*, 16(4): 365-392.
Donnelly, M. (1983), *Managing the Mind: A Study of Medical Psychology in Early Nineteenth Century Britain*, London and New York, Tavistock.
Donnison, J. (1977), *Midwives and Medical Men*, London, Heinemann.
Donzelot, J. (1979), *The Policing of Families*, New York, Pantheon.
Douglas, M. (1966), *Purity and Danger: an Analysis of the Concepts of Pollution*

and Taboo, London, Routledge & Kegan Paul.
Douglas, M. (1970), *Natural Symbols, Explorations in Cosmology*, Harmondsworth, Penguin Books.
Douglas, M. (1990), "Risk as a Forensic Resource", *Daedalus*, 119(4): 1-16.
Douglas, M. (1992), *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*, London, Routledge.
Dowd, J.J. (1975), "Aging as Exchange: a Preface to Theory", *Journal of Gerontology*, 30: 584-594.
Dowd, J.J. (1980), "Exchange Rates and Old People", *Journal of Gerontology*, 35: 596-602.
Dowd, J.J. (1984), "Beneficence and the aged", *Journal of Gerontology*, 39(1): 102-108.
Doyal, L. (1979), *The Political Economy of Health*, London, Pluto Press.
Dreyfus, H.L. (1991), *Being-in-the-world*, Cambridge, MA, MIT Press.
Dreyfus, H.L. and P. Rabinow (1982), *Michel Foucault, Beyond Structuralism and Hermeneutics*, Brighton, The Harvester Press.
Druss, R. and J. Silverman (1979), "The Body Image and Perfectionism of Ballerinas", *General Hospital Psychoanalysis*, 1: 115-121.
Dubos, R. (1960), *Mirage of Health: Utopias, Progress and Biological Change*, London, George Allen & Unwin.
Duby, G. (1978), *Medieval Marriage - Two Models from Twelfth-century France*, Baltimore and London, Johns Hopkins University Press.
Dumezil, G. (1988), *Mitra-Varuna: An Essay on Two Indo-European Representations of Sovereignty*, New York, Zone Books.
Durkbeim, E. (1951), *Suicide, a Study in Sociology*, Glencoe, IL, Free Press.
Durkheim, E. (1961), *The Elementary Forms of the Religious Life*, New York, Collier Books.
Durkheim, E. (1992), *Professional Ethics and Civic Morals*, London and New York. Routledge.
Dussault, G. and A. Sheiham (1982), "Medical Theories and Professional Development: the Theory of Focal Sepsis and Dentistry in Early Twentieth-century Britain", *Social Science and Medicine*, 16: 1405-1412.
Duster, T. (1990), *Backdoor to Eugenics*, New York: Routledge.
Easthope, G. (1993), "Response of orthodox medicine to the challenge of alternative medicine in Australia", *Australian and New Zealand Journal of Sociology*, 29(3): 289-301.
Eaton, G. and B. Webb (1979), "Boundary Encroachment: Pharmacists in the Clinical Setting", *Sociology of Health and Illness*. 1: 69-89.
Ehrenreich, B. and D. English (1972), *Witches, Midwives and Nurses: a History of Healers*, New York, Feminist Press.
Ehrenreich, B. and D. English (1976), *Complaints and Disorders: the Sexual Politics Sickness*, London, Writers and Readers Publishing Cooperative.
Ehrenreich, B. and D. English (1978), *For Her Own Good: a Hundred and Fifty Years of Experts' Advice to Women*, New York, Anchor Press.
Eisenstadt, S.N. (1956), *From Generation to Generation: Age Groups and Social*

St New York, The Free Press.
Eliade, M. (1964), *Shamanism, Archaic Technique of Ecstasy*, London, Routledge & Paul.
Elias, N. (1978), *The Civilising Process: the History of Manners*, Oxford, Basil Blackwell.
Elias, N. (1985), *The Loneliness of the Dying*, Oxford, Basil Blackwell.
Elias, N. (1987), "The changing balance of power between the sexes - a process-socio study; the example of the ancient Roman state", *Theory Culture & Society*, 4(2-3): 316.
Ellenberger, H.F. (1970), *The Discovery of the Unconscious: the History and Evolution. Dynamic Psychiatry*, London, Allen & Unwin.
Emerson, R., E. Burke Rochford Jr. and L. Shaw (1981), "Economics and Enterprise in and Care Homes for the Mentally Ill", *American Behavioral Scientist*, 24: 771-785.
Enelow, A.J. and S.N. Swisher (1979), *Interviewing and Patient Care*, New York, University Press.
Engel, G.L. (1981), "The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine, A.L. Kaplan, H.T. Engelhardt and J.J. McCartney (eds.), *Concepts of Health and Interdisciplinary Perspectives*, London, Addison-Wesley, s. 589-608.
Engelhardt, H.T. (1974), "The Disease of Masturbation, Values and the Concept of *Bulletin of the History of Medicine*, 48: 234-248.
Engels, F. (1952), *The Condition of the Working Class in England in 1844*, London, Unwin.
Enthoven, A. (1984), "Reforming US Health Care: the Consumer Choice Health Plan", Black *et al*. (eds.), *Health and Disease: a Reader*, Milton Keynes, Open University Press, s. 335-340.
Epstein, C.F. (1970), "Encountering the Male Establishment: Sex Status Limits on Careers in the Professions", *American Journal of Sociology*, 75: 965-982.
Erikson, K. (1966), *Wayward Puritans: a Study in the Sociology of Deviance*, Wiley.
Estes, C.L. (1979), *The Aging Enterprise*, San Francisco, Jossey-Bass.
Etzioni, A. (ed.) (1969), *The Semi-Professions and Their Organisation*, New York.
Evans, R. (1982), *The Fabrication of Virtue, English Prison Architecture 1750-1840*, Cambridge, Cambridge University Press.
Eyles, J. (1988), "Mental Health Services, the Restructuring of Care, and the Fiscal Crisis of the State: the United Kingdom Case Study", C. Smith and J. Giggs (eds.), *Location and Stigma*, London, Allen & Unwin, s. 36-54.
Faik, P. (1994), *The Consuming Body*, London, Sage.
Faludi, S. (1991), *Backlash: The Undeclared War against American Women*, New York, Crown.
Feagin, J. (1975), *Subordinating the Poor*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
Featherstone, M., M. Hepworth and B.S. Turner (eds.) (1991), *The Body: Social*

Process and Cultural Theory, London, Sage.
Feher, M. (R. Naddaf and N. Tazi ile) (1989), *Fragments for a History of the Human Body* (3 cilt), New York, Zone.
Feifel, H. (ed.) (1959), *The Meaning of Death*, New York, McGraw-Hill.
Ferguson, O. (1984), "The 'New' Industrial Epidemic", *Medical Journal of Australia, 140:* 318-319.
Figert, A. (1992), "The Three Faces of PMS: the Scientific, Political and Professional Structuring of a Psychiatric Disorder", Paper presented at the American Sociological Association Annual Meetings in Pittsburgh, Pennsylvania, 20 August.
Figlio, K. (1982), "How does Illness Mediate Social Relations: Workmen's Compensation and Medico-legal Practices 1899-1940", P. Wright and A. Treacher (eds.), *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*, Edinburgh, Edinburgh University Press, s. 174-224.
Finucane, R.C. (1982), *Appearances of the Dead: a Cultural History of Ghosts*, London, Junction Books.
Fischer, O.H. (1978), *Growing Old in America*, Oxford, Oxford University Press.
Fisher, S. (1984), "Doctor-Patient Communication: a Social and Micropolitical Performance", *Sociology of Health and Illness*, 6: 1-27.
Fitzpatrick, R., J. Hinton, S. Newman, G. Scambler and J. Thompson (1984), *The Experience of Illness*, London and New York, Tavistock.
Fletcher, R. (1962), *Britain in the Sixties: the Family and Marriage*, Harmondsworth, Penguin Books.
Flynn, R. (1992), *Structures of Control in Health Management*, London and New York, Routledge.
Flynn, R. and J.B.O. Simonis (1990), "Cost Containment in Health Care", *Public Policy and Administration*, 5(3): 48-62.
Ford, B. (1979), *The Elderly Australian*, Ringwood, Penguin Books.
Forrest, A. (1981), *The French Revolution and the Poor*, Oxford, Basil Blackwell.
Foucault, M. (1961), *Histoire de la Folie*, Paris, Librairie Plon.
Foucault, M. (1965), *Madness and Civilization*, trans. R. Howard, New York, Vintage.
Foucault, M. (1971), *Madness and Civilization*, London, Tavistock.
Foucault, M. (1973), *The Birth of the Clinic*, London, Tavistock.
Foucault, M. (1974), *The Order of Things*, London, Tavistock.
Foucault, M. (1977), *Discipline and Punish: the Birth of the Prison*, London, Tavistock.
Foucault, M. (1979), *The History of Sexuality, vol.* 1: *An Introduction*, London, Allen Lane/Penguin Books.
Foucault, M. (1980), *Power/Knowledge, Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*, Brighton, Harvester Press.
Foucault, M. (1987), *The Use of Pleasure. The History of Sexuality, vol.* 2, Harmondsworth, Penguin Books.
Foucault, M. (1988), *The Care of the Se/f. The History of Sexuality, vol.* 3, Har-

mondsworth, Penguin Books.
Fox, R. (1957), "Training for Uncertainty", R.K. Merton, G. Reader and P.L. Kendall (eds.), *The Student-Physician*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
Fox, R. (1978), *So Far Disordered in Mind*, Berkeley, CA, University of California Press.
Fox, R.G. (1981), "The Welfare State and the Political Mobilisation of the Elderly", S.B. Kiesler, J.N. Morgan and V.K. Oppenheimer (eds.), *Aging, Social Change*, New York, Academic Press, s. 159-182.
Frank, A.G. (1983), "After Reaganomics and Thatcherism, What?", *Thesis Eleven*, 4: 33-47.
Frank, A.W. (1990), "Bringing Bodies Back In: a Decade Review", *Theory Culture and Society*, 7: 131-62.
Frank, A.W. (1991a), "From Sick Role to Health Role: Deconstructing Parsons" in R. Robertson and B.S. Turner (eds.), *Talcott Parsons: Theorist of Modernity*, London, Sage, s. 205-216.
Frank, A.W. (199lb), *At the Will of the Body: Reflections on Illness*, Boston, Houghton Miffin.
Frank, L.R. (1990), "Electroshock: Death, Brain Damage, Memory Loss, and Brainwashing", *Journal of Mind and Behavior*, 11(3&4): 489-512.
Freidson, E. (1961), *Patients' Views of Medical Practice*, New York, Russell Sage Foundation.
Freidson, E. (1970), *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York, Harper and Row.
Freidson, E. (1983), "Viewpoint: Sociology and Medicine: a Polemic", *Sociology of Health and Illness*, 5(2): 208-219.
Freud, S. and J. Breuer (1974), *Studies on Hysteria*, Harmondsworth, Penguin Books.
Fuchs, W. (1983), "Jugendliche statuspassage ader individualisierte Jugendbiographie", *Soziale Welt*, 3: 341-371.
Gabe, J., M. Calnan and M. Bury (eds.) (1991), *The Sociology of the Health Service*, London and New York, Routledge.
Gaines, J. and C. Herzog (eds.) (1990), *Fabrications: Costume and the Female Body*, New York and London, Routledge.
Gallie, D. (1983), *Social Inequality and Class Radicalism in France and Britain*, Cambridge, Cambridge University Press.
Gamarnikow, E. (1978), "Sexual Division of Labour: the Case of Nursing", A. Kuhn and A. Wolpe (eds.), *Feminism and Materialism, Women and Modes of Production*, London. Routledge & Kegan Paul, s. 96-123.
Game, A. and R. Pringle (1983), *Gender at Work*, Sydney, Allen & Unwin.
Garfinkel, H. (1956), "Conditions of Successful Degradation Ceremonies", *American Journal of Sociology*, 61: 420-424.
Garrison, D. (1979), *Apostles of Culture: the Public Librarian and American Society 1876- 1920*, New York, Free Press.
Gehlen, A. (1988), *Man: His Nature and Place in the World*, New York, Colum-

bia University Press.
Gellner, E. (1983), *Nations and Nationalism,* Oxford, Basil Blackwell.
George, V. and N. Manning (1980), *Socialism, Social Welfare and the Soviet Union,* London, Routledge & Kegan Paul.
Georgopoulos, B.F. and F.C. Mann (1972), "The Hospital as an Organisation", E. Jaco (ed.), *Patients, Physicians and Illness,* New York, Macmillan, s. 304-311.
Gereffi, G. (1983), *The Pharmaceutical Industry and Dependency in the Third W.* Princeton, NJ, Princeton University Press.
Gerhardt, U. (1989), *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology,* London, Macmillan.
Giddens, A. (1990), *The Consequences of Modernity,* Cambridge, Polity Press.
Giddens, A. (1991), *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern* Stanford, CA, Stanford University Press.
Gill, D. (1977), *Illegitimacy, Sexuality and the Status of Women,* Oxford, Basil Blackwell.
Gill, D. and A. Twaddle (1977), "Medical Sociology: What's in a Name?", *International Science Journal,* 29(3): 369-85.
Glaser, B.G. and A.L. Strauss (1965), *Awareness of Dying,* Chicago, Aldine.
Glaser, B.G. and A.L. Strauss (1968a), *The Discovery of Grounded Theory, Strategies Qualitative Research,* London, Weidenfeld & Nicolson.
Glaser, B.G. and A.L. Strauss (1968b), *Time for Dying,* Chicago, Aldine.
Goffman, E. (1959), *The Presentation of Se/f in Everyday Life,* New York, Anchor.
Goffman, E. (1961), *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates,* Harmondsworth, Penguin Books.
Goffman, E. (1964), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity,* Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
Goffman, E. (1967), *Interaction Ritual: Essays on Face to Face Behavior,* New York, Anchor.
Goffman, E. (1971), *Relations in Public: Microstudies of the Public Order,* Harmondsworth, Penguin.
Gold, M. (1977), "A Crisis of Identity: the Case of Medical Sociology", *Journal of Health and Social Behaviour,* 18: 160-168.
Goldberg, E.M. and S.L. Morrison (1963), "Schizophrenia and Social Class", *British Journal of Psychiatry,* 109: 785-802.
Goldthorpe, J. (1982), "On the Service Class, Its Formation and Future", A. Giddens and G. Mackenzie (eds.), *Social Class and the Division of Labour: Essays in Honour of Ilya Neustadt,* Cambridge, Cambridge University Press, s. 162-185.
Goody, J. (1962), *Death, Property and the Ancestors,* Stanford, CA, Stanford University Press.
Gordon, R. (1990), *Anorexia and Bulimia: Anatomy of a Social Epidemic,* New York, Blackwell.
Gorman, M. (1956), *Every Other Bed,* Cleveland, OH, World Publishing.

Goss, N.E. (1963), "Patterns of Bureaucracy Among Hospital Staff Physicians", E. Freidson (ed.), *The Hospital in Modern Society,* New York, Free Press, s. 170-194.

Gould, S.J. (1981), *The Mismeasure of Man,* New York, Norton.

Gouldner, A.V. (1960), "The Norm of Reciprocity: a Preliminary Statement", *American Sociological Review*, 25: 161-178.

Gove, W.R. (1970), "Societal Reaction as an Explanation of Mental Illness: an Evaluation", *American Sociological Review*, 35: 873-884.

Gove, W.R. (1972), "Sex Roles, Marital Status and Suicide", *Journal of Health and Social Behaviour*, 13: 204-213.

Gove, W.R. and M.R. Geerken (1977), "The Effect of Children and Employment on the Mental Health of Married Men and Women", *Social Forces*, 56: 66-77.

Gove, W.R. and J.F. Tudor (1973), "Adult Sex Roles and Mental Illness", *American Journal of Sociology*, 78: 813-835.

Graebner, W. (1980), *A History of Retirement: the Meaning and Function of an American Institution* 1885-1978, New Haven, CT, and London, Yale University Press.

Gralnick, A. (1985), "Build a Better State Hospital: Deinstitutionalization has Failed", *Hospital and Community Psychiatry*, 36(7): 738-745.

Green, B.S. (1993), *Gerontology and the Construction of Old Age: a Study in Discourse Analysis,* New York, Aldine de Gruyter.

Greenberg, M.S. (1980), "A Theory of Indebtedness", KJ. Gergen, M.S. Greenberg and R.H. Willis (eds.), *Social Exchange: Advances in Theory and Research,* New York and London, Plenum Press, s. 3-26.

Grob, G. (1973), *Mental Institutions in America: Social Policy to 1875,* New York, Free Press.

Groddeck, G. (1977), *The Meaning of Illness: Selected Psychoanalytical Writings,* London, The Hogarth Press.

Gronfein, W. (1985), "Psychotropic Drugs and the Origins of Deinstitutionalization", *Social Problems,* 32(5): 437-454.

Grylls, D. (1978), *Guardians and Angels: Parents and Children in Nineteenth Century Literature,* London and Boston, Faber & Faber.

Gurvitch, G. and W.E. Moore (eds.) (1945), *Twentieth Century Sociology,* New York, The Philosophical Library.

Gutting, G. (1989), *Michel Foucault's Archaeology of Scientific Reason,* Cambridge, Cambridge University Press.

Guze, S. (1989), "Biological Psychiatry: is There Any Other Kind?", *Psychological Medicine*, 19(2): 314-322.

Habermas, J. (1970), "On Systematically Distorted Communication", *Inquiry*, 13: 205-218.

Habermas, J. (1972), *Knowledge and Human Interests,* London, Heinemann.

Habermas, J. (1976), *Legitimation Crisis,* London, Heinemann.

Habermas, J. (1979), *Communication and the Evolution of Society,* London, Heinemann.

Habermas, J. (1984), *The Theory of Communicative Action*, Boston, Beacon Press.

Hall, J.A. (1985), *Powers and Liberties: the Causes and Consequences of the Rise of the West*, Oxford, Basil Blackwell.

Hall, R.H. (1968), "Professionalisation and Bureaucratisation", *American Sociological Review*, 33: 92-104.

Haller, J. (1971), *Outcasts from Evolution*, Urbana, IL, University of Illinois Press.

Haraway, D.J. (1989), *Primate Visions: Gender. Race and Nature in a World of Modern Science*, London, Verso.

Haraway, D. (1991), *Simians, Cyborgs and Women*, London, Free Association Books.

Harrison, G., D. Owens, A. Holton, D. Neilson and D. Boot (1988), "A Prospective Study of Severe Mental Disorder in Afro-Caribbean Patients", *Psychological Medicine*, 11: 289-302.

Haug, M.R. (1973), "Deprofessionalization: an Alternative Hypothesis for the Future", P. Ha1mos (ed.), *Professionalization and Social Change*, s. 195-212.

Havighurst, R.A. (1963), "Successful Aging", R. Williams, C. Tibbits and W. Donahue, *Processes of Aging*, New York, Atherton, s. 299-320.

Hay, T.H. (1971), 'The Windigo Psychosis: Psychodynamic, Cultural and Social Factors. Aberrant Behaviour", *American Anthropologist*, 73: 1-19.

Heath, C. (1981), "The Opening Sequence in Doctor-Patient Interaction", P. Atkinson C. Health (eds.), *Medical Work: Realities and Routines*, Westmead, Gower, s. 71-90.

Heckscher, W.S. (1958), *Rembrandt's Anatomy of Doctor Nicholas Tulp: an Iconological Study*, Washington Square, New York University Press.

Hepworth, M. and B.S. Turner (1982), *Confession: Studies in Deviance and Religion*, London, Routledge & Kegan Paul.

Herdt, G. and Lindenbaum, S. (1992), *The Time of AIDS: Social Analysis, Theory Method*, Newbury Park, Sage.

Hertz, R. (1960), *Death and the Right Hand*, London, Cohen and West.

Herzlich, C. and J. Pierret (l987), *Illness and Se/f in Society*, Baltimore and London, Hopkins University Press.

Hesselbart, S. (1977), "Women Doctors Win and Male Nurses Lose", *Sociology of w. Occupations*, 4: 49-62.

Hewson, M.A. (1975), *Giles of Rome and the Medieval Theory of Conception*, London, Athlone Press.

Higgins, J. (1981), *The States of Welfare: Comparative Analysts in Social Policy*, Oxford, Blackwell.

Higgins, J. (1989), "Defining Community Care: Realities and Myths", *Social Policy Administration*, 23(1), s. 3-16.

Hill, C. (1964), "William Harvey and the Idea of Monarchy", *Past and Present*, 27: 54-72.

Hillier, S. (1987), "Rationalism, Bureaucracy and the Organization of the

Health Max Weber's Contribution to Understanding Modem Health Care Systems", G. Scambler (ed.), *Sociological Theory and Medical Sociology*, London and New Tavistock, s. 194-220.
Hinton, J. (1967), *Dying*, Harmondsworth, Penguin Books.
Hirschhorn, L. (1978), "The Politica1 Economy of Social Service Rationalization", *Contemporary Crises*, 2: 63-81.
Hochschild, A. (1983), *The Managed Heart: Commercialisation of Human Feeling*, Berkeley CA, University of California Press.
Hofling, C., E. Brotzman, N. Dalrymple and C. Pierce (1966), "An Experimental Nurse-Physician Relationships", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 143: 171-180.
Hollingshead, A.B. and F.C. Redlich (1958), *Social Class and Mental Illness, A Community Study*, New York, Wiley.
Holton, R.J. and B.S. Turner (1986), *Talcott Parsons on Economy and Society*, London, Routledge & Kegan Paul.
Holton, S. (1984), "Feminine Authority in Social Order: Florence Nightingale's Conception of Nursing and Health Care", *Social Analysts*, 15: 59-72.
Holton, R.J. and B. S. Turner (1994), "Debate and pseudo-debate in class analysis: some unpromising aspects of Goldthorpe and Marshall's defence", *Sociology*, 28(3): 799-804.
Honigsbaum, F. (1989), *Health, Happiness and Security: the Creation of the National Health Service*, London and New York, Routledge.
Honneth, A. and H. Joas (1988), *Social Action and Human Nature*, Cambridge, Cambridge University Press.
Horden, P. (1988), "A discipline of relevance: the historiography of the later medieval hospital", *Social History of Medicine*, 1(3): 359-374.
Horwitz, A. (1982), *The Social Control of Mental Illness*, Orlando, FL, Academic Press.
Houtzager, H.L. (1993), *Wat er in de kraam te pas komt. Opstellen over de geschiedenis van de verloskunde in Nederland*, Rotterdam, Erasmus Publishing.
Hoy, D.C. (ed.) (1986), *Foucault, a Critical Reader*, Oxford, Basil Blackwell.
Huber, J. and B.E. Schneider (eds.) (1992), *The Social Context of AIDS*, Newbury Park, CA, Sage.
Hughes, D. (1988), "When Nurse Knows Best: Some Aspects of Nurse/Doctor Interaction in a Casualty Department", *Sociology of Health and Illness*, 10(1): 1-22.
Hughes, E.C. (1951), "Studying the Nurse's Work", *American Journal of Nursing*, 5(1): 294-5.
Hughes, E.C. (1958), *Men and their Work*, Glencoe, IL, Free Press.
Hughes, E.C. (1971), *The Sociological Eye. Selected Papers*, 2 cilt, Chicago and New York, Aldine/Atherton.
Hughes, E.C., H. Hughes and I. Deutscher (1958), *Twenty Thousand Nurses Tell Their Story*, Philadelphia, Lippincott.
Hughes, M. (1994), "The Risks of Lifestyle and the Diseases of Civilisation",

Annual Review of Health Social Sciences, 4(2): 57-78.
Hunter, D. (1959), *Health* in *Industry*, Harmondsworth, Penguin Books.
Husserl, E. (1991), *Cartesian Meditations: an Introduction to Phenomenology*, Dordrecht, Kluwer.
Illich, I. (1977), *Limits to Medicine, Medical Nemesis: the Expropriation of Health*, Harmondsworth, Penguin Books.
Illsley, R. (1986), "Occupational Class Selection and the Production of Inequalities in Health", *Quarterly Journal of Social Affairs*, 2: 151-165.
Independent (1993), "Race Concern Over Mental Patients", 13 November, s. 2.
Ingleby, D. (ed.) (1980), *Critical Psychiatry*, Harmondsworth, Penguin Books.
Inglis, B. (1981), *The Diseases of Civilisation*, London, Hodder & Stoughton.
Isaac, L. and W. Kelly (1981), "Racial Insurgency, the State and Welfare Expansion: Local and National Level Evidence from the Postwar United States", *American Journal of Sociology*, 86: 1348-1386.
Jackson, S.W. (1981), "Acedia: the Sin and its Relationship to Sorrow and Melancholia in Medieval Times", *Bulletin of the History of Medicine*, 55: 172-185.
James, O.B. (1972), *Poverty, Politics and Change*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
Jamous, H. and B. Peloille (1970), "Changes in the French University-Hospital System", J.A. Jackson (ed.), *Professions and Professionalization*, Cambridge, Cambridge University Press, s. 111-152.
Jay, M. (1986), "In the Empire of the Gaze: Foucault and the Denigration of Vision in Twentieth-century French Thought", O.C. Hoy (ed.), *Foucault, a Critical Reader*, Oxford, Basil Blackwell, s. 175-204.
Jodelet, O. (1992), *Madness and Social Representations*, trans. by T. Pownall, Hemel Hempstead, Harvester Wheatsheaf.
Johnson, D. (1983), *Body*, Boston, MA, Beacon Press.
Johnson, E.S. and J.B. Williamson (1980), *Growing Old: the Social Problems of Aging*, New York, Holt, Rinehart & Winston.
Johnson, R.W. (1985), *The Politics of Recession*, London, Macmillan.
Johnson, T. (1972), *Professions and Power*, London, Macmillan.
Johnson, T. (1977), "The Professions in the Class Structure", R. Scase (ed.), *Industrial Society: Class Cleavage and Control*, London, Allen & Unwin, s. 93-110.
Johnson, T. (1982), "The State and the Professions: Peculiarities of the British", A Giddens and G. Mackenzie (eds.), *Social Class and the Division of Labour*, Cambridge, Cambridge University Press, s. 186-208.
Jones, J.W. (1992), "Discourses on and of AIDS in West Germany 1986-90", *Journal of, History of Sexuality*, 2(3): 439-68.
Jones, K. (1988), *Experience in Mental Health*, London, Sage.
Jones, K. and A. Poletti (1985), "Understanding the Italian Experience", *British Journal Psychiatry*, 146: 341-7.
Jones, K. and A. Poletti, (1986), "The Italian Experience Reconsidered", *British Journal Psychiatry*, 148: 144-50.

Jones, M.A. (1979), *The Australian Welfare State*, Sydney, George Allen & Unwin. Joseph, M. (1994), *Sociology of Nursing and Health Care*, Cambridge, Polity Press.

Kalucy, R.S., A.H. Crisp and B. Harding (1977), "A Study of 56 Families with Anorexia Nervosa", *British Journal of Medical Psychology*, 50: 381-395.

Kantorowicz, E.H. (1957), *The King's Two Bodies*, Princeton, NJ, University of Princeton Press.

Kart, G.S. (1981), *The Realities of Aging*, Boston, MA, Allyn & Bacon.

Kennedy, J. (1964), "Message from the President of the United States Relative to Mental Illness and Mental Retardation", *American Journal of Psychiatry*, 120: 728-735.

Kerr, C., J.T. Dunlop, F.H. Harbison and C.A. Myers (1962), *Industrialism and Industrial Man*, London, Heinemann.

Kevles, D. (1985), *In the Name of Eugenics*, Berkeley, CA, University of California Press.

Keyfitz, N. (1982), *Population Change and. Social Policy*, Cambridge, MA, Abt Books.

Kiesler, C. and A. Sibulkin (1987), *Mental Hospitalization: Myths and Facts about a National Crisis*, Newbury Park, CA, Sage.

Kii, T. (1987), "Retirement in Japan", K.S. Markides and CL, Cooper (eds.), *Retirement Industrialized Societies: Social, Psychological and Health Factors*, Chichester, John Wiley, s. 231-269.

King, L.S. (1954), "What is Disease?", *Philosophy of Science*, 21: 193-203.

King, L.S. (1970), "Empiricism and Rationalism in the Works of Thomas Sydenham", *for the History of Medicine*, 44(1): 1-11.

King, L.S. (1982), *Medical Thinking: a Historical Preface*, Princeton, NJ, Princeton University Press.

Kirk, S. and J. Kutchins (1992), *The Selling of DSM*, New York, Aldine de Gruyter.

Kleinman, A. (1994), "How bodies remember", *New Literary History*, 25(3): 707-723.

Kleinman, A. and B. Good (ed.) (1985), *Culture and Depression. Studies in the Ant, and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, Berkeley, CA, University of California Press.

Kleinman, A. and T-Y. Lin (eds.) (1981), *Normal and Abnormal Behavior in Chinese* Dordrecht, D. Reidel.

Knowles, J.H. (ed.) (1973), *Hospitals, Doctors and the Public Interest*, Cambridge, Harvard University Press.

Knowles, C. (1991), "Afro Caribbeans and Schizophrenia: How Does Psychiatry Issues of Race, Culture and Ethnicity?", *Journal of Social Policy*, 20(2): 173-190.

Kobrin, S.E. (1966), "The American Midwife Controversy: a Crisis of Professionalisation, *Bulletin of the History of Medicine*, 40: 350-363.

Koepping, K.P. (1985), "Absurdity and Hidden Truth: Cunning Intelligence Grotesque Body Images as Manifestation of the Trickster", *History of Re-*

ligions. 24(3): 191-214.
Kramer, M., B. Rosen and E. Willis (1973), "Definitions and Distributions of Mental Disorders in a Racist Society", C. Willie, B. Kramer and B. Brown (eds.), *Racism and Mental Health,* Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, s. 353-459.
Kubler-Ross, E. (1970), *On Death and Dying,* London, Tavistock.
Kuhn, A. and A. Wolpe (1978), *Feminism and Materialism: Women and Modes of Production,* London, Routledge & Kegan Paul.
Kumar, K. (1978), *Prophecy and Progress: the Sociology of Industrial and Post-Industrial Society,* London, Allen Lane.
Lacan, J. (1977), *Ecrits: a Selection,* London, Tavistock.
Laing, R.D. (1959), *The Divided Self,* Harmondsworth, Penguin.
Laing, R.D. (1961), *The Self and Others,* London, Tavistock.
Laing, R.D. (1967), *The Politics of Experience,* New York, Ballantine.
Laing, R.D. (1982), *The Voice of Experience,* New York, Pantheon.
Laing, R.D. (1985), *Wisdom, Madness and Folly,* London, Macmillan.
Laing, R.D. and A. Esterson (1964), *Sanity, Madness and the Family,* Harmondsworth, Penguin.
Lamb, R.H. (1981), "What Did We Really Expect From Deinstitutionalization?", *Hospital and Community Psychiatry,* 32(2): 105-109.
Laqueur, T. (1990), *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud,* Cambridge, MA, Harvard University Press.
Larkin. G. (1981), "Professional Autonomy and the Ophthalmic Optician", *Sociology of Health and Illness,* 3(1): 15-30.
Larson, A. (1989), *Adultery. An Analysis of Love and Betrayal,* Oxford, Basil Blackwell.
Larson, M.S. (1977), *The Rise of Professionalism: a Sociological Analysis,* Berkeley and Los Angeles, University of California Press.
Larson, M.S. (1980), "Proletarianisation and Educated Labour", *Theory and Society,* 9: 131-175.
Lash, S. (1984), *The Militant Worker: "Class and Radicalism in France and America,* London, Heinemann.
Lash, S. and J. Urry (1987), *The End of Organized Capitalism,* Cambridge, Polity Press.
Laslett, P. (1972a), *The World We Have Lost,* London, Methuen.
Laslett, P. (ed.) (1972b), *Household and Family in Past Time,* Cambridge, Cambridge University Press.
Lawrence, M. (1979), "Anorexia Nervosa - the Control Paradox", *Women's Studies International Quarterly,* 2: 93-101.
Le Grand, I. and R. Robinson (eds.) (1976), *The Economics of Social Problems,* London, Macmillan.
Le Roy Ladurie, E. (1980), *Montaillou,* Harmondsworth, Penguin Books.
Leff, I. (1986), "The Epidemiology of Mental Illness Across Cultures", J. Cox (ed.), *Transcultural Psychiatry,* London, Croom Helm, s. 23-36.
Lemaire, A. (1977), *Jacques Lacan,* London, Routledge & Kegan Paul.

Lemert, C. and G. Gillan (1982), *Michel Foucault: Social Theory and Transgression*, New York, Columbia University Press.
Lemert, E.M. (1951), *Social Pathology*, New York, McGraw-Hill.
Lemert, E.M. (1962), "Paranoia and the Dynamics of Exclusion", *Sociometry*, 25: 2-25.
Lemert, E.M. (1967), *Human Deviance, Social Problems and Social Control*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
Lennan, P. (1982), *Deinstituionalization and the Welfare State*, New Brunswick, NI, Rutgers University Press.
Leuchtenburg, W.E. (1963), *Franklin D. Roosevelt and the New Deal 1932-1940*, New York, Harper & Row.
Levin, O.M. (1985), *The Body's Recollection of Being: Phenomenological Psychology and the Deconstruction of Nihilism*, London, Routledge & Kegan Paul.
Levine, M. (1981), *The History and Politics of Community Mental Health*, New York, Oxford University Press.
Levine, S. and M.A. Kozloff (1978), "The Sick Role: Assessment and Overview", *Annual Review of Sociology*, 4: 317-343.
Lewin, E. and V. Olesen (eds.) (1985), *Women, Health and Healing, Toward a New Perspective*, New York and London, Tavistock.
Lewis, I.M. (1971), *Ecstatic Religion: an Anthropological Study of Spirit Possession and Shamanism*, Harmondsworth, Penguin Books.
Lewis, R. and A. Maude (1952), *Professional People*, London, Phoenix House.
Lindberg, L.N., R. Alford, C. Crouch and C. Offe (eds.) (1975), *Stress and Contradiction in Modern Capitalism*, Lexington, MA, Lexington Books.
Littler, C.R. (1982), *The Development of the Labour Process* in *Capitalist Societies*, London. Heinemann.
Littlewood, R. and S. Cross (1980), "Ethnic Minorities and Psychiatric Services", *Sociology of Health and Illness*, 2(2): 194-201.
Littlewood, R. and M. Lipsedge, (1988), "Psychiatric Illness among British Afro-Caribbeans", *British Medical Journal*, 296: 950-951.
Lock, M. (1980), *East Asian Medicine in Urban Japan*, Berkeley, CA, University of California Press.
Lockwood, D. (1958), *The Blackcoated Worker*, London, Allen & Unwin.
Longino, C.F. and G.S. Kart (1982), "Explicating Activity Theory: a Formal Replication", *Journal of Gerontology*, 37: 713-722.
Lorber, J. (1984), *Women Physicians: Careers Status and Power*, New York and London, Tavistock.
Lowenberg, J.S. and F. Davis (1994), "Beyond Medicalisation - demedicalisation: the case of holistic health", *Journal of Sociology of Health and Illness*, 16(5): 579-599.
Luhmann, N. (1993), *Sociology of Risk*, Berlin, der Gruyter.
Lupton, D. (1993), "Risk as Moral Danger: the Social and Political Functions of Discourse in Public Health", *International Journal of Health Services* 23(3): 425-35.

Lupton, D., S. McCarthy and S. Chapman (1995), "'Panic bodies': discourses on risk HIV antibody testing", *Sociology of Health and Illness*, 17(1): 89-108.

Luske, B. (1990), *Mirrors of Madness: Patrolling the Psychic Border*, New York: Aldine de Gruyter.

Lynd, R.S. and H.M. Lynd (1929), *Middletown: a Study in Contemporary American Culture*, New York, Harcourt Brace.

MacIntyre, S. and D. Oldman (1984), "Coping with Migraine", N. Black *et al.* (eds.), *Health and Disease, a Reader*, Milton Keynes, The Open University Press: 271-275.

McDermott, W. (1980), "Pharmaceuticals: their Role in Developing Societies", *Science*, 240-245.

McFarlane, N. (1989), "Hospitals, Housing and Tuberculosis in Glasgow 1911-1951", *History of Medicine*, 2(1): 59-89.

McGuire, M.B. (1990), "Religion and the Body in the Social Sciences of Religion", *Journal the Scientific Study of Religion*, 29(3): 283-296.

McKeown, T. (1965), *Medicine* in *Modern Society*, London, Routledge & Kegan Paul.

McKeown, T. (1979), *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*, Oxford, Blackwell.

McKinlay, J. (1973), "Social Networks, Lay Consultation and Help-seeking Behaviour", *Forces*, 53: 275-292.

McKinlay, J.B. (1984), *Issues* in *the Political Economy of Health Care*, London, Tavistock.

McLachlan, H. and J.K. Swales (1980), "Witchcraft and Anti-feminism", *Scottish Journal of Sociology* 4: 141-166.

MacLean, U. (1974), *Nursing in Contemporary Society*, London, Routledge & Kegan.

McNeill, W.H. (1976), *Plagues and Peoples*, Harmondsworth, Peregrine Books.

Mangen, S.P. (1982), *Sociology and Mental Health*, Edinburgh, Churchill Livingstone.

Mann, T. (1965), *The Magic Mountain*, London, Secker & Warburg.

Mannheim, K. (1991), *Ideology and Utopio*, London and New York, Routledge.

Mannoni, M. (1973), *The Child, His "Illness" and the Others*, Harmondsworth, Penguin.

Maravall, *I.M.* (1979), "The Limits of Reformism: Parliamentary Socialism and the Marxist Theory of the State", *British Journal of Sociology*, 30(3): 267-290.

Marin, L. (1988), *Portrait of the King*, London, Macmillan.

Marsella, A.J., G. Devos and F.L.K. Hsu (1985), *Culture and Self: Asian and Western Perspectives*, New York and London, Tavistock.

Marshall, R. (1990), "The Genetics of Schizophrenia: Axiom or Hypothesis?", R. Bentall (ed.), *Reconstructing Schizophrenia*, London, Routledge, s. 118-156.

Marshall, T.H. (1985), *Social Policy,* London, Hutchinson.
Martin, E. (1989), *The Woman in the Body.* Milton Keynes, Open University Press.
Martin, L.H., H. Gutman and P.H. Hutton (eds.) (1988), *Technologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault,* London, Tavistock.
Masson, J. (1988), *Against Therapy,* London, Fontana.
Matthews, M. (1978), *Privilege in the Soviet Union: a Study of Elite Lifestyles under Communism,* London, Allen & Unwin.
Mauss, M. (1979), *Sociology and Psychology Essays,* London, Routledge & Kegan Paul.
Mechanic, D. (1968), *Medical Sociology,* New York, Free Press.
Mechanic, D. (1975), "The Comparative Study of Health Care Delivery Systems", *Annual Review of Sociology,* 1: 43-65.
Mechanic, D. (1976), *The Growth of Bureaucratic Medicine,* New York, John Wiley.
Mechanic, D. (1977a), "Some Aspects of the Medical Mal-Practice Dilemma", *The Duke Law Symposium,* Cambridge, Ballinger, 1-18.
Mechanic, D. (1977b), "The Growth of Modern Technology and Bureaucracy: Implications for Medical Care", *Milbank Memorial Fund Quarterly,* 55(1): 61-78.
Melia, K.M. (1984), "Student Nurses" Construction of Occupational Socialisation", *Sociology of Health and Illness,* 6: 132-151.
Mellor, P. (1993), "Death in High Modernity: the Contemporary Presence and Absence of Death", D. Clark (ed.) *The. Sociology of Death,* Oxford, Basil Blackwell. s. 11-30.
Merleau-Ponty, M. (1962), *Phenomenology of Perception,* London, Routledge & Kegan Paul.
Merton, R.K. (1957), *Social Theory and Social Structure,* Glencoe, IL, Free Press.
Merton, R.K. (1970), *Science, Technology and Society in Seventeenth Century England,* New York, Harper & Row.
Milgram, S. (1974), *Obedience to Authority: an Experimental View,* New York, Harper & Row.
Milio, N. (1985), "US Public Policies Make You Sick", *Radical Community Medicine,* s. 25-34.
Millerson, G.L. (1964), *The Qualifying Association,* London, Routledge & Kegan Paul.
Mirowsky, J. and C. Ross (1989), "Psychiatric Diagnosis as Reified Measurement," *Journal of Health and Social Behavior,* 30: 11-25.
Mitchell, A. (1992), "Tuberculosis Statistics and the McKeown Thesis: a Rebuttal to David Barnes", *Social History of Medicine,* 5(2): 291-296.
Mitchell, J. and A. Oakley (eds.) (1976), *Rights and Wrongs of Women,* Harmondsworth, Penguin Books.
Mongeau, B., H.L. Smith and A.C. Maney (1961), "The "Granny" Midwife: Changing Roles and Functions of a Folk Practitioner", *American Journal of Sociology,* 66: 497-505.

Morgan, D. (1975), "Explaining Mental Illness", *Archives Europeennes de Sociologie*, 16: 262-280.

Morrissey, J. and K. Gounis (1988), "Homelessness and Mental Illness in America: Emerging Issues in the Construction of a Social Problem", C. Smith and J. Giggs (eds.), *Location and Stigman*, London, Allen & Unwin, s. 285-302.

Morsy, S.A. (1978), "Sex Differences and Folk Illness in an Egyptian Village", L. Beck and N. Keddie (eds.), *Women in the Muslim World*, Cambridge, Cambridge University Press, s. 599-616.

Mumford, E. (1983), *Medical Sociology: Patients, Providers and Policies*, New York, London House.

Mureott, A. (1981), "On the Typification of Bad Patients", P. Atkinson and C. Heath (eds.), *Medical Work, Realities and Routines*, London, Gower, s. 128-140.

National Institute of Mental Health (1990), *Mental Health, United States, 1990*, Washington, OC, Superintendent of Documents, Government Printing Office.

Navarro, V. (1976), *Medicine under Capitalism*, New York, Prodist.

Navarro, V. (1978), *Class Struggle, the State and Medicine: an Historical and Contemporary Analysts of the Medical Sector in Great Britain*, London, Martin Robertson.

Navarro, V. and D.M. Berman (eds.) (1981), *Health and Work Under Capitalism: an International Perspective*, Farmingdale, NY, Baywood.

Neugarten, B. (1964), *Personality in Middle and Later Life*, New York, Atherton.

Nietzsche, F. (1974), *The Gay Science*, New York, Vintage Books.

Nietzsche, F. (1974), *Gay Science*, New York: Vintage Books.

Norris, P. (1993), *The Negotiation and Re-negotiation of Occupational Control: a Study of Retail Pharmacy in New Zealand 1930-1990*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Victoria -University, Wellington, New Zealand.

Oakley, A. (1984), *The Captured Womb: a History of the Medical Care of Pregnant Women*, Oxford, Basil Blackwell.

O'Connor, J. (1973), *The Fiscal Crisis of the State*, New York, St Martin's Press.

O'Connor, J. (1984), *Accumulation Crisis*, Oxford, Basil Blackwell

Offe, C. (1985), *Disorganised Capitalism: Contemporary Transformations of Work and Politics*, Cambridge, Polity Press.

Office of Health Economics (1989), *Mental Health in the 1990s: From Custody to* Care? London, OHE.

Ohnuki-Tierney, E. (1984), *Illness and Culture in Contemporary Japan: an Anthropological View*, Cambridge, Cambridge University Press.

O'Neill, J. (1985), *Five Bodies, the Human Shape of Modern Society;* Ithaca, NY and London, Cornell University Press.

O'Neill, J. (1986), "The Disciplinary Society", *British Journal of Sociology*, 37(1): 42-60.

O'Neill, J. (1989), *The Communicative Body*, Evanston, IL, Northwestern University Press.

O'Neill, J. (1990), "AIDS as a globalizing panic", *Theory, Culture and Society*, 7(2-3): 329-342.

Opit, L.J. (1983), "Wheeling, Healing and Dealing: the Political Economy of Health care - Australia", *Community Health Studies*, 7(3): 238-246.

Oppenheimer, M. (1973), "The Proletarianization of the- Profession", P. Halmos (ed.), *Professionalization and Social Change*, Sociological Review Monograph No. 2, Keele, s. 213-228.

Orbach, S. (1978), *Fat is a Feminist Issue*, New York, Paddington Press.

Orbach, S. (1993), *The Hunger Strike*, 2nd ed. Harmondsworth, Penguin.

Ortner, S.B. (1974), "Is Female to Male as Nature is to Culture?", M.A. Rosaldo and L Lamphere (eds.), *Women, Culture and Society*, Stanford, CA, Stanford University Press, 67-87.

Palmer, R.L. (1979), "The Dietary Chaos Syndrome: a Useful New Term", *British Journal Medical Psychology*, 52: 187-190.

Palmer, R.L. (1980), *Anorexia Nervosa*, Harmondsworth, Penguin Books.

Palmore, E. (1968), "The Effects of Aging on Activities and Attitudes", *Gerontologist*, 17: 315-320.

Palmore, E. (1981), *Social Patterns* in *Normal Aging: Findings from the Duke Longitudinal Study*, Durham, NC, Duke University Press.

Panitch, L. (1980), "Recent Theorizations of Corporatism", *British Journal of Sociology*, 159-187.

Parkes. C.M. (1972), *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*, London, Tavistock.

Parkin, F. (1969), "Class Stratification in Socialist Societies", *British Journal of Sociology*, 20(4): 355-374.

Parkin. F. (1979), *Marxism and Class Theory: a Bourgeois Critique*, London, Tavistock.

Parkin. F. (1982), *Max Weber*, Chichester, Ellis Horwood and London, Tavistock.

Parlee, M.B. (1994), "The Social Construction of Premenstrual Syndrome: a Case Study of Scientific Discourse as Cultural Contestation", M.G. Winkler and L.B. Cole (eds.).*Good Body: Asceticism* in *Contemporary Culture*, New Haven,CT, and London, Yale University Press, s. 91-107.

Parry, N. and J. Parry (1976), *The Rise of Medical Professions*, London, Croom Helm.

Parsons, T. (1937), *The Structure of Social Action*, New York, Free Press.

Parsons, T. (1939), "The Professions and the Social Structure", *Social Forces*, 17: 457-467.

Parsons, T. (1951), *The Social System*, London, Routledge & Kegan Paul.

Parsons, T. (1960), "Towards a Healthy Maturity", *Journal of Health and Human Behavior*, 1(3): 163-73.

Parsons, T. (1962), "The Aging in American Society", *Law and Contemporary Problems*, 27: 22-35.

Parsons, T. (1991), "A Tentative Outline of American Values", R. Robertson and B.S. Turner (eds.), *Talcott Parsons: Theorist of Modernity*, London,

Sage, s. 37-65.
Paterson, E. (1981), "Food-work: Maids in a Hospital Kitchen", P. Atkinson and C. Heath (eds.), *Medical Work: Realities and Routines*, London, Gower, s. 152-170.
Patton, C. (1990), *Inventing AIDS*, New York and London, Routledge.
Payne, J.F. (1900), *Thomas Sydenham*, London, Unwin.
Penn, R.D. (1983), "Theories of Skill and Class Structure", *Sociological Review*, 31: 22-38.
Phillipson, C. (1982), *Capitalism and the Construction of Old Age*, London, Macmillan.
Pilgrim, D. and A. Rogers (1993), *A Sociology of Mental Health and Illness*, Milton Keynes: Open University Press.
Pilowsky, I. (1978), "A General Classification of Abnormal Illness Behaviours", *British Journal of Medical Psychology*, 51: 131-137.
Pinker, R. (1971), *Social Theory and Social Policy*, London, Heinemann.
Piven, F.F. and R.A. Cloward (1971), *Regulating the Poor: the Functions of Public Welfare*, New York, Pantheon Books.
Piven, F.F. and R. Cloward (1977), *Poor People's Movements*, New York, Pantheon Books.
Piven, F.F. and R. Cloward (1982), *The New Class War: Reagan's Attack on the Welfare State and its Consequences*, New York, Pantheon Books.
Pollak, M. with G. Paicheler and J. Pierret (1992), *AIDS: a Problem for Sociological Research*, London, Sage.
Pope, K. and P. Johnson (1987), "Psychological and Psychiatric Diagnosis: Theoretical Foundations Empirical Research, and Clinical Practice", D.M. Levin (ed.), *Pathologies of the Modem Self*, New York, New York University Press, s. 385-402.
Pouchelle, M-C. (1990), *The Body and Surgery in the Middle Ages*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.
Poulantzas, N. (1973), *Political Power and Social Classes*, London, NLB and Sheed & Ward.
Poulantzas, N. (1975), *Classes* in *Contemporary Capitalism*, London, NLB.
Poynter, F.N.L. (ed.) (1965), *The Evolution of Pharmacy* in *Britain*, London, Pitman.
Prior, L. (1991), "Mind, Body and Behaviour: Theorisations of Madness and the Organisation of Therapy", *Sociology;* 25(3): 403-422.
Psathas, G. (1969), "The Fate of Idealism in the Nursing School", *Journal of Health and Social Behaviour*, 9: 52-64.
Psychiatric Times (1989), "Majority of Homeless People Found to be Mentally Ill", October 6.
Rack, P. (1982), *Race, Culture and Mental Disorder*, London, Tavistock.
Ramm, D. (1989), "Over Committed", *Southern Exposure*, s. 14-17.
Rank, S. and C. Jacobson (1977), "Hospital Nurses" Compliance with Medication Overdose Orders: a Failure to Replicate", *Journal of Health and Social Behaviour*, 18: 188-193.

Rath, G. (1961), "Pre-Vasalian Anatomy in the Light of Modem Research", *Bulletin of the History of Medicine*, 35: 142-148.

Ray, L.I. (1989), "AIDS as a moral metaphor. An analysis of the politics of the 'Third Epidemic'", *European Journal of Sociology*, 30: 243-273.

Ray, L.I. and M. Reed (1994), *Organizing Modernity. New Weberian Perspectives on Work, Organization and Society*, London and New York, Routledge.

Reeder, S.J. and H. Mauksch (1979), "Nursing: Continuing Change", H.E. Freeman, S. Levine and L.G. Reeder (eds.), *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, s. 209-229.

Rickford, F. (1993), "Children Dumped in Mental Hospitals", *Independent on Sunday*, 4 Apri1, s. 1, 3.

Rieff, P. (1961), *Freud: the Mind of the Moralist*, Garden City, NY, Doubleday.

Riley, M.W. (1985), "Age strata in social system s", R.H. Binstock and E. Shanas (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*, New York, van Nostrand Reinhold, s. 369-411.

Ritzer, G. (1993), *The McDonaldization of Society*, London, Sage.

Roche, M. (1992), *Rethinking Citizenship. Welfare, Ideology and Change in Modern Society*, Cambridge, Polity Press.

Rodwin, V.G. (1984), *The Health Planning Predicament: France, Quebec, England and the United States*, Berkeley, CA, University of Ca1ifomia Press.

Roemer, M. (1977), *Comparative National Policies on Health Care*, New York and Basle, Marcel Dekker.

Rogin, M. (1987), *Ronald Reagan, The Movie*, Berkeley, CA, University of California Press.

Rosaldo, M.A. and L. Lamphere (eds.) (1974), *Women, Culture and Society*, Stanford, CA. Stanford University Press.

Rosen, G. (1979), "The Evolution of Social Medicine", H. Freeman, L. Levine and L.G. Reeder (eds.), *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliffs, Nl, Prentice-Hall, s. 23-50.

Rosen, G. (1983), *The Structure of American Medical Practice* 1875-1941, Philadelphia University of Pennsylvania Press.

Rosenberger, N.R. (1992), *Japanese Sense of Self*, Cambridge, Cambridge University Press.

Rosenhan, D. (1973), "On Being Sane in Insane Places", *Science*, 179: 250-258.

Rossi, P. (1989), *Down and Out in America: the Origins of Homelessness*, Chicago, University of Chicago Press.

Rossiand, J. (1985), "Prostitution, Sex and Society in French Towns in the Fifteenth Century", P. Aries and A. Bejin (eds.), *Western Sexuality*, Oxford, Basil Blackwell, s. 76-94.

Roth, J. (1962a), "Management Bias in Social "Science Research", *Human Organisation*, 47-50.

Roth, J.A. (1962b), "The Treatment of Tuberculosis as a Bargaining Process", A.M. Rose (ed.), *Human Behaviour and Social Processes: an Interactionist Approach*, London, Routledge & Kegan Paul, s. 550-574.

Roth, J.A. (1963), *Timetables: Structuring the Passage of Time in Hospital Treatment Other Careers,* Indianapolis, Bobbs-Merrill.
Rothman, D. (1971), *The Discovery of the Asylum,* Boston, Little, Brown.
Rousselle, A. (1988), *Porneia: On Desire and the Body in Antiquity,* Oxford, Basil Blackwell.
Royal College of Psychiatrists (1987), *Community Treatment Orders: a Discussion Document,* London, RCP.
Royal College of Psychiatrists (1989), *The Practical Administration of Electroconvulsive Therapy,* London, RCP.
Royal Commission on Population (1949), *Report,* London, Her Majesty's Stationery Office.
Rushing, W. (1980), "Race as a Contingency in Mental Hospitalization", *Sociology and Research,* 64(2): 168-181.
Russell, C. (1981), *The Aging Experience,* Sydney, Allen & Unwin.
Ryan, M. and A. Gordon (eds.) (1994), *Body Politics: Disease, Desire and the Family,* CO, Westview Press.
Rymer, R. (1989), "Fifty Years Later: Electroshock", *Hippocrates,* March/April, s. 65-72.
Sacks, O. (1976), *Awakenings;* Harmondsworth, Penguin Books.
Sacks, O. (1981), *Migraine, Evolution of a Common Disorder,* London, Pan Books.
Sacks, O. (1986), *A Leg to Stand On,* London, Pan Books.
Sahlins, M. (1985), *Islands of History,* Chicago and London, University of Chicago.
Salaman, G. (1986), *Working,* Chichester, Ellis Horwood and London, Tavistock.
Salmon, J.W. (1985), "Profit and Health Care: Trends in Corporatization and Proprietization", *International Journal of Health Services,* 15(3): 395-418.
Samson, C. (1995), "The Fracturing of Medical Dominance in British Psychiatry?" *Sociology of Health and Illness,* 17(2): 245-268.
Sargent, M. (1979), *Drinking and Alcoholism* in *Australia: a Power Relations Theory,* Melbourne, Longman Cheshire.
Sax, S. (1984), *A Strife of Interests: Politics and Policies in Australian Health Services,* Sydney, Allen & Unwin.
Scambler, A., G. Scambler and D. Craig (1981), "Kinship and Friendship Networks and Women's Demand for Primary Care", *Journal of the Royal College of General Practitioners,* 26: 746-750.
Schetf, T.J. (1963), "Decision Rules, Types of Error and their Consequences", *Behavioural Science,* 8: 97-107.
Scheff, T.J. (1966), *Being Mentally Ill,* Chicago, Aldine.
Scheper-Hughes, N. and A.M. Lovell (1986), "Breaking the Circuit of Social Control: Lessons in Public Psychiatry from Italy and Franco Basaglia", *Social Science and Medicine,* 23(2): 159-178.
Scheper-Hughes, N. and A. Lovell (eds.) (1987), *Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia,* New York, Columbia University Press.

Schilder, P. (1964), *The Image and Appearance of the Human Body,* New York, John Wiley.

Schulman, S. (1958), "Basic Functional Roles in Nursing: Mother Surrogate and Healer", E.G. Jaco (ed.), *Patients, Physicians and Illness,* Glencoe, IL, Free Press, s. 528-537.

Schulman, S. (1972), "Mother Surrogate - After a Decade", E.G. Jaco (ed.), *Patients, Physicians and Illness,* New York, Free Press, s. 233-239.

Scott, J. (1979), *Corporations, Classes and Capitalism,* London, Hutchinson.

Scotton, R.B. (1978), "Health Services and the Public Sector", R.B. Scotton and H. Ferber (eds.), *Public Expenditures and Social Policy in Australia,* vol. 1: *The Whitlam Years 1972-75,* Melbourne, Longman Cheshire, s. 87-136.

Scotton, R.B. (1980), "Health Insurance: Medibank and After", R.B. Scotton and H. Ferber (eds.), *Public Expenditures and Social Policy* in *Australia,* vol. 2: *The First Fraser Years 1976-78,* Melbourne, Longman Cheshire, s. 175-219.

Screech, M.A. (1985), "Good Madness in Christendom", W.F. Bynurn, R. Porter and M. Shepherd (eds.), *The Anatomy of Madness,* London and New York, Tavistock, vol. 1, s. 25-39.

Scull, A. (1977), *Decarceration - Communiy Treatment and the Deviant. a Radical View,* Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

Scull, A. (1979), *Museums of Madness: the Social Organization of Insanity in Nineteenth-century England,* London, Allen Lane, a division of The Penguin Press.

Scull, A. (ed.) (1981a), *Madhouses, Mad-Doctors and Madmen,* London, Athlone.

Scull, A. (198lb), "A New Trade in Lunacy", *American Behavioral Scientist,* 24: 741-754.

Scull, A. (1989), *Social Order/Mental Disorder,* London, Routledge.

Scull, A. (1993), *The Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain, 1700-1900,* New Haven, CT, Yale University Press.

Segal, B.E. (1962), "Male Nurses: a Case Study in Status Contradiction and Prestige Loss", *Social Forces,* 41: 31-8.

Sennett, R. (ed.) (1969), *Classic Essays on the Culture of Cities,* Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

Sennett, R. (1974), *The Fall of Public Man,* Cambridge, Cambridge University Press.

Shilling, C. (1993), *The Body and Social Theory,* London, Sage.

Shils, E. (1981), *Tradition,* London, Faber & Faber.

Shorter, E. (1977), *The Making of the Modern Family,* London, Fontana Books.

Shorter, E. (1983), *A History of Women's Bodies,* London, Allen Lane.

Shortland, M. (1985), "Skin Deep: Barthes, Lavater and the Legible Body", *Economy and Society,* 14(3): 273-312.

Showalter. E. (1985), *The Female Malady: Women, Madness and English Culture, 1830-1980,* New York, Penguin.

Sidel, R. and V. Sidel (1982), *The Health of China: Current Conflicts in Medical*

and Human Services for One Billion People, London, Zed Press.
Sigerist, H.E. (1951), *A History of Medicine*, New York, Oxford University Press.
Siikala, A-L. and M. Hoppal (1992), *Studies on Shamanism*, Budapest, Akademiai Kiado.
Singer. C. (1925), *The Evolution of Anatomy*, London, Routledge &: Kegan Paul.
Skipper, J.K. and R.C. Leonard (1968), "Children, Stress and Hospitalization", *Journal of Health and Social Behaviour*, 9: 275-286.
Skocpol, T. (1980), "Political Response to Capitalist Crisis: Neo-Marxist Theories of the State and the case of the New Deal", *Politics and Society*, 10: 155-201.
Skultans, V. (1974), *Intimacy and Ritual: a Study of Spiritualism, Mediums and Groups*, London, Routledge &: Kegan Paul.
Skultans, V. (1979), *English Madness, Ideas on Insanity, 1580-1890*, London, Routledge &: Kegan Paul.
Smart, B. (1985), *Michel Foucault*, Chichester, Ellis Horwood and London, Tavistock.
Smith, B.E. (1981), "Black Lung, the Social Production of Disease", V. Navarro and D.M.. Berman (eds.), *Health and Work under Capitalism, an International Perspective*, Farmingdale, NY, Baywood, s. 39-54.
Smith, D. (1978), "K is Mentally Ill: the Anatomy of a Factual Account", *Sociology*, 12(1): 23-53.
Smith, J.C. (1986), "Responsibility in Criminal Law", P. Dean and D. Whynes (eds.), *Barbara Wootton, Social Science and Public Policy*, Essays in Her Honour, London and New York. Tavistock, s. 141-55.
Smith-Rosenberg, C. and C. Roscnberg (1973), "The Female Animal: Medical and Biological Views of Woman and Her Role in Nineteenth-Century America", *The Journal of American. History*, 60: 332-356.
Snow, D., S. Baker, L. Anderson and M. Martin (1986), "The Myth of Pervasive Mental Illness Among the Homeless", *Social Problems*, 33(5): 407-423.
Sontag, S. (1978), *Illness as Metaphor*, .New York, Vintage.
Spicker, P. (1984), *Stigma and Social Welfare*, London and Canberra, Croom Helm.
Stanton, A.H. and M.S. Schwartz (1961), "The Mental Hospital and the Patient", A. E. (ed.), *Complex Organisations: a Sociological Reader*, New York, Holt, Rinehart Winston, s. 234-242.
Starr, P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine*, New York, Basic Books.
Stearns, P.N. (1977), *Old Age in European Society: the Case of France*, London, Croom.
Stern, B.J. (1959), *Historical Sociology: the Selected Papers of Bernard J. Stern*, New York: Citadel Press.
Stevens, R. (1971), *American Medicine and the Public Interest*, New Haven, CT, Yale University Press.
Stevens, R. and R. Stevens (1974), *Welfare Medicine in America: a Case Study*

of Medicaid, New York, Free Press.
Stimson, G.V. and B. Webb (1975), *Going to See the Doctor,* London, Routledge &: Paul.
Stone, L. (1979), *The Family. Sex and Marriage* in *England 1500-1800,* Harmondsworth, Penguin Books.
Stone, W. (1983), "Repetitive strain injury", *Medical Journal of Australia,* 24: 616-18.
Strachey, L. (1918), *Eminem Victorians,* London, Chatto &: Windus.
Strauss, A. (1966), "The Structure and Ideology of American Nursing: an Interpretation", Davis (ed.), *The Nursing Profession: Five Sociological Essays,* New York, Wiley, s. 108.
Strauss, A., S. Fagerhaugh, B. Suczek and C. Wiener (1985), *Social Organisation of* M. *Work,* Chicago and London, University of Chicago Press.
Strauss, A., L. Schatzman, D. Ehrlich, R. Bucher and M. Sabshin (1963), "The Hospital and its Negotiated Order", E. Freidson (ed.), *The Hospital in Modern Society,* New York, Free Press, s. 147-69.
Strauss, R.R. (1957), "The Nature and Status of Medical Sociology", *American Sociological Review,* 22; 200-204.
Strong, P.M. (1979), *The Ceremonial Order of the Clinic. Parents, Doctors and Medical Bureaucracies,* London, Routledge.
Strong, P. and J. Robinson (1990), *The NHS: Under New Management,* Milton Keynes, Open University Press.
Suchman, E.A. (1964), "Sociomedical Variations Among Ethnic Groups", *American Journal of Sociology,* 70: 319-331.
Sudnow, D. (1967), *Passing On: the Social Organisation of Dying,* Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
Suleiman, R. (1986), *The Female Body in Western Culture: Contemporary Perspectives,* Cambridge, MA, Harvard University Press.
Sullivan, M. (1992), *The Politics of Social Policy,* New York, Harvester.
Summers, A. (1975), *Damned Whores and God's Police: the Colonization of Women in Australia,* Harmondsworth, Penguin Books.
Susser, M.W. and W. Watson (1962, revised ed. 1971), *Sociology in Medicine,* London, Oxford University Press.
Sykes, M. (1956), "The Corruption of Authority and Rehabilitation", *Social Forces,* 34: 257-262.
Synnott, A. (1993), *The Body Social: Symbolism, Self and Society,* London, Routledge.
Szasz, T. (1961), *The Myth of Mental Illness,* London, Paladin.
Szasz, T. (1970), *The Manufacture of Madness,* New York, Harper & Row.
Szelenyi, I. (1978), "Social Inequalities in State Socialist Re-distributive Economics", *International Journal of Comparative Sociology,* 19(1-2): 63-83.
Takeuchi, D., K.-V. Bui and L. Kim (1993), "The Referral of Minority Adolescents to Community Mental Health Centers", *Journal of Health and Social Behavior,* 34(2): 153-64.
Tancredi, L. and D. Weisstub (1986), "The Ideology of Epidemiological Dis-

course in Law and Psychiatry: Ethical Implications" in L. Tancredi (ed.), *Ethical Issues in Epidemiologic Research*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, s. 157-82.

Taylor, R. and A. Gilmore (eds.) (1982), *Current Trends* in *British Gerontology*, London, Gower.

Taylor, R. and A. Rieger (1984), "Rudolf Virchow on the Typhus Epidemic in Upper Silesia: an Introduction and Translation", *Sociology of Health and Illness*, 6(2): 201-217.

Taylor-Gooby, P. (1985), *Public Opinion, Ideology and State Welfare*, London, Routledge & Kegan Paul.

Thomas, K. (1971), *Religion and the Decline of Magic*, London, Macmillan.

Thomer, I. (1955), "Nursing: the Functional Significance of Institutional Patterns" *American Sociological Review*, 20; 531-8.

Timpanaro, S. (1975), *On Materialism*, London, NLB.

Titmuss, R.M. (1963), *Essays on the Welfare State*, London, Unwin University Books.

Tönnies, F. (1957), *Community and Association*, London, Routledge & Kegan Paul.

Torrey, E.F. (1989), *Nowhere to Go: the Tragic Odyssey of the Homeless Mentally Ill*, New York, Harper & Row.

Townsend, P. and N. Davidson (1982), *Inequalities in Health*, Harmondsworth, Pelican Books.

Trevor-Roper, H. (1967), *Religion, the Reformation and Social Change*, London, Macmillan.

Tuckett, D. (ed.) (1976), *An Introduction to, Medical Sociology*, London, Tavistock.

Tuckett, D., M. Bolton. C. Olson and A. Williams (1985), *Meetings Between Experts: an Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations*, London and New York, Tavistock.

Tumin, M.M. (ed.) (1970), *Readings on Social Stratification*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

Turner, B.S. (1981), *For Weber: Essays on the Sociology of Fate*, London, Routledge & Kegan Paul.

Turner, B.S. (1982), "The Government of the Body: Medical Regimens and the Rationalization of Diet", *British Journal of Sociology*, 33(2): 252-269.

Turner, B.S. (1983), *Religion and Social Theory: a Materialist Perspective*, London, Heinemann.

Turner, B.S. (1984), *The Body and Society: Explorations* in *Social Theory*, Oxford, Basil Blackwell.

Turner, B.S. (1985a), "More on the Government of the Body", *British Journal of Sociology*, 36(2): 151-154.

Turner, B.S. (1985b), "Knowledge, Skill and Occupational Strategies: the Professionalisation of Paramedical Groups", *Community Health Studies*, 9: 38-47.

Turner, B.S. (1985c), "The Practices of Rationality: Michel Foucault, Medical

History and Sociological Theory", R. Fardon (ed.), *Power and Knowledge: Anthropological and Sociological Approaches*, Edinburgh, Scottish Academic Press, s. 193-213.
Turner, B.S. (1986a), *Citizenship and Capitalism: the Debate over Reformism*, London, Allen & Unwin.
Turner, B.S. (1986b), *Equality*, Chichester, Ellis Horwood and London, Tavistock.
Turner, B.S. (1992), *Regulating Bodies: Essays* in *Medical Sociology*, London, Routledge.
Turner, B.S. (ed.) (1993), *Citizenship and Social Theory*, London, Sage.
Turner, B.S. (1994a), *Orientalism, Postmodermism and Globalism*, London and New York, Routledge.
Turner, B.S. (1994b), "The Postmodernisation of the Life Course: Towards a New Social Gerontology", *Australian Journal on Ageing*, 13(3): 109-111.
Turner, B.S. and P. Hamilton (eds.) (1994), *Citizenship: Critical Concepts* (2 cilt), London and New York, Routledge.
Turner, B.S. and A. Riggs (1994), "In Sickness and in Health: Intimacy and Health in the Ageing Process", *Annual Review of Health Social Sciences*, 4: 42-56.
Twaddle, A. (1982), "From Medical Sociology to the Sociology of Health: Some Changing Concerns in the Sociological Study of Sickness and Treatment", T. Bottomore, S. Nowak and M. Sokolowska (eds.), *Sociology, the State of the Art*, London and Beverly Hills, CA, Sage, s. 323-358.
Unschuld, P.N. (1985), *Medicine in China: a History of Ideas*, Berkeley, CA, University of California Press.
Unschuld, P.N. (1986), *Medicine* in *China: a History of Pharmaceutics*, Berkeley, CA. University of California Press.
Unsworth, C. (1987), *The Politics of Mental Health Legislation*, Oxford, Clarendon Press.
Valle, F.G. (1955), "Burial and Mourning Customs in a Hebridian Community", *Journal of t M Royal Anthropological Institute*, 85: 119-130.
van de Walle, E. (1990), "The social impact of AIDS in Sub-Saharan Africa", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 68 (Suppl. 1): 10-32.
Valenstein, E. (1986), *Great and Desperate Cures*, New York, Basic Books.
Veblen, T. (1957), *The Higher Learning in America: a Memorandum on the Conduct of Universities by Business Men*, New York, Hill & Wang.
Veith, I. (1965), *Hysteria: the History of a Disease*, Chicago and London, University of Chicago Press.
Verbrugger, L.M. (1984), "Longer Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-aged and Older Persons", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 62(3): 475-519.
Verbrugger, L.M. (1985), "Gender and Health: an Update on Hypotheses and Evidence", *Journal of Health and Social Behaviour*, 26(3): 156-182.
Vogel, E.F. (1967), "Kinship Structure, Migration to the City, and Modernization", R.P. Dore (ed.), *Aspects of Social Change* in *Modern Japan*, Prince-

ton, NJ, Princeton University Press, s. 91-112.
Wagner, D.G. (1984), *The Growth of Sociological Theories*, Beverly Hills, CA, Sage.
Waitzkin, H. and B. Waterman (1974), *The Exploitation of Illness in Capitalist* Society". Indianapolis, Bobbs-Merrill.
Wajcman, J. (1991), *Feminism Confronts Technology*, Sydney, Allen & Unwin.
Walker, A. (1982), "Dependency and Old Age", *Social Policy and Administration*, 16(2): 115-135.
Walton, J., A.S. Duncan, C.M. Fletcher, P. Freeling, C. Hawkins, N. Kessel and I. McCall *(1980), Talking with Patients, a Teaching Approach*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust.
Ward, M. (1946), *The Snake Pit*, New York, Signet.
Wardwell W.L. (1979), "Limited and Marginal Practitioners", H.E. Freeman, S. Levine and L.G. Reeder (eds.), *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliffs, NI, Prentice-Hall, s. 230-250.
Warren, C. (1988), "Electroconvulsive Therapy, the Self and Family Relations", *Sociology of Health Care*, 7: 283-300.
Warren Salmon, I. (1984), *Alternative Medicines: Popular and Policy Perspectives*, London, Tavistock.
Watkin, B. (1978), *The National Health Service: the First Phase*, 1948-1974 *and After*, London, Allen & Unwin.
Watson, I.L. (ed.) (1984), *Class and Social Stratification in Post-Revolutionary China*, Cambridge, Cambridge University Press.
Wearne, B.C. (1989), *The Theory and Scholarship of Talcott Parsons to* 1951, Cambridge, Cambridge University Press.
Webb, H.L. (1982), "Socialism and Health in France", *Social Policy and Administration*, 16: 241-252.
Weber, M. (1966), *The Sociology of Religion*, London, Methuen.
Weber, M. (1978), *Economy and Society* (2 cilt), Berkeley, CA, University of California Press.
Weir, M. and T. Skocpol (1983), "State Structures and Social Keynesianism", *International Journal of Comparative Sociology*, 24(1-2): 429.
Weisser, M.R. (1979), *Crime and Punishment in Early Modern Europe*, Brighton, Harvester Press.
Weithorn, L. (1988), "Mental Hospitalization of Troublesome Youth: an Analysis of Skyrocketing Admission Rates", *Stanford Law .Review*, 40: 773-838.
Western, I. (1983), *Social Inequality in Australian Society*, Melbourne, Macmillan. Whitehead, M. (1988), *The Health Divide*, Harmondsworth, Pelican Books.
Widgery, D. (1979), *Health in Danger: the Crisis in the National Health Service*, London, Macmillan.
Wilensky, H. (1963), "The Professionalization of Everybody", *American Journal of Sociology*, 70: 137-158.
Wilensky, H. (1975), *The Welfare State and Economy*, Berkeley, CA, University of California Press.

Wilensky, H. (1976), *The New Corporatism, Centralization and the Welfare State*, London, Sage.
Wilkinson, R.G. (ed.) (1986), *Class and Health: Research and Longitudinal Data*, London and New York, Tavistock.
Willcocks, D. (1983), "Stereotypes of Old Age: the Case of Yugoslavia", D. Jerrome (ed.), *Ageing in Modern Society: Contemporary Approaches*, London and Canberra, Croom Helm. s. 104-123.
Willis, E. (1983), *Medical Dominance: Division of Labour in Australian Health Care*, Sydney, Allen & Unwin.
Willis, E. (1986), "RSI as a Social Process", *Community Health Studies*, 10(2): 210-219.
Willis, E. (1994), *Illness and Social Relations: Issues in the Sociology of Health Care*, St Leonards, Allen & Unwin.
Wilson, E. (1982), "Women, the Community and the Family", Alan Walker (ed.), *Community Care: the Family, the State and Social Policy*, Oxford, Basil Blackwell, s. 40-55.
Wiltshire, I. (1992), *Jane Austen and the Body*, Cambridge, Cambridge University Press.
Wing, J.K. and G.W. Brown (1970), *Institutionalism and Schizophrenia*, Cambridge, Cambridge University Press.
Wirth, L. (1931), "Clinical Sociology", *American Journal of Sociology*, 37: 49-66.
Witz, A. (1992), *Professions and Patriarchy*, London, Routledge.
Wolf e, D.E. (1961), "Sydenham and Locke on the Limits of Anatomy", *Bulletin for the History of Medicine*, 35(3): 139-220.
Wolf, S. and B.B. Berle (eds.) (1981), *The Technological Imperative in Medicine*, New York and London, Plenum Press.
Woodham-Smith, C. (1950), *Florence Nightingale 1820-1910*, London, Constable.
Wootton, B. (1963), *Crime and the Criminal Law*, London, Stevens.
World Health Organization (1973), *International Pilot Study of Schizophrenia*, Geneva, WHO. Wright, E.O. (1985), *Classes*, London, Verso.
Wright, P. and A. Treacher (eds.) (1982), *The Problem of Medical Knowledge: Examining IM Social Construction of Medicine*, Edinburgh, Edinburgh University Press.
Wrigley, E.A. (ed.) (1966), *An Introduction to English Historical Demography from IM Sixteenth to the Nineteenth Century*, London, Weidenfeld & Nicolson.
Wrigley, E.A. (1969), *Population and History*, London, Weidenfeld & Nicolson.
Wrigley, E.A. and R. Schofield (1982), *The Population History of England 1541-1871: Reconstruction*, London, Arnold.
Wrong, D.H. (1966), *Population and Society*, New York, Random House.
Young, W.O. and L.K. Cohen (1979), "The Nature and Organisation of Dental Practice". H.E. Freeman, S. Levine and L.G. Feeder (eds.), *Handbook of Medical Sociology* Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, s. 193-208.
Youngson, A.J. (1979), *The Scientific Revolution in Victorian Medicine*, Canber-

ra, Australian National University Press.
Zola, LK. (1972), "Medicine as an Institution of Social Control: the Medicalizing of Society. *Sociological Review*, 20(4): 487-504.
Zola, LK. (1991), "Bringing our Bodies and Ourselves Back in: Reflections on a Past and Future 'Medical Sociology'". *Journal of Health and Social Behaviour*, 32(1): 1-16.

Dizin

1

1878 Dişçilik Yasası, 166
1924 Göçmen Yasası, 78
1990 NHS ve Toplum İçinde Tedavi Yasası, 85

A

ABD'de akıl hastalıklarının maliyeti, 193
ABD'de deliliğin sosyal tarihi, 76
ABD'de evsizlik, 89
ABD'de hastane yatak sayısındaki düşüşler, 81
ABD'de hastaneler ve tımarhanelerde yatan akıl hastası sayısı, 75
ABD'de kurumsuzlaştırma, 84
ABD'de özel sağlık hizmetleri endüstrisi, 175
ABD'de sosyal yardım programları, 216
ABD'de toplum içinde tedavi hizmetleri, 87
ABD'de tütün endüstrisi, 197
ABD'de yaşlılar, 141
Abercrombie, N., 68, 157, 163, 205, 241, 278
âdet öncesi disforik bozukluk, 98
Afrika kökenli Amerikalılar, 77, 78
Agassiz, Louis, 78
agorafobi, 128
ahlâkî kariyer, 92
AIDS, 18, 25, 228, 234, 253, 255, 263, 264, 292, 293, 294, 301, 302, 303, 309
aile, 50, 73, 87, 95, 96, 99, 102, 107, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 126, 130, 135, 137, 138, 151, 152, 153, 156, 172, 173, 174, 177, 234, 259, 261, 265, 276
akciğer kanseri, 228
akıl hastaları, 83, 88, 94, 187
akıl hastalarının 'kısırlaştırılması', 79
akıl hastalarının ahlâkî tedavisi, 71
akıl hastalarının barındırılması, 187
akıl hastalarının serbest bırakılması, 182
akıl hastalarının tecridi, 82
akıl hastalığı, 70, 71, 77, 78, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 189, 227
akıl hastalığı ve kurumsuzlaştırma, 89
akıl hastalığının algılanma biçimi, 91
akıl hastalığının biyomedikal açıklaması, 90
akıl hastalığının biyomedikal inşası, 102
akıl hastalığının kontrolü, 71
akıl hastalığının kökenleri, 84
Akıl hastalığının sosyal inşası, 92
akıl hastalığının tanımlanması ve açıklanması, 90

akıl hastalığının tedavisi, 71
akıl hastaneleri, 73, 75, 76, 81, 82, 83, 85, 87, 99, 100, 248
akrabalık yapıları, 181
aktiflik, 32, 36, 140, 241
aktiflik teorisi, 139, 140, 141, 148, 152
akupunktur, 106
alkolizm, 36, 131
alternatif tıp, 225, 247, 252
Althusser, L., 269, 278
American Journal of Nursing, 171, 293
Amerikan Psikiyatri Derneği, 76, 97
Amerikan Tıp Birliği, 215, 216
anatomi
  bilimsel anatomik yaklaşımın gelişmesi, 41
  deneysel anatomi, 42
  diyet ve anatomi araştırması, 29
  erkekler ve kadınlar arasındaki anatomik farklılıklar, 267
  Fransa'da anatominin problemleri, 41
  Galenci anatomik atlas, 41
  Genel Anatomi, 39
  Grek anatomisi, 40
  insan anatomisi, 44, 114
  kadın anatomisi, 112
  karşılaştırmalı anatomi, 42, 43
  Melankolinin Anatomisi, 32
  patolojik anatomi, 39, 40, 42, 43
  resmi anatomi dersleri, 44
  sistematik anatomik araştırmanın pratik kullanışlılığı, 43
  sömürgeci ve anatomik keşifler, 39
anatomi bilgisi, 114, 115
anatomi dersi, 44, 45
anatomi sahnesi, 29
Anatomi tarihi, 40
anatomik cerrahî, 40, 41, 43
anatomik cerrahî müsameresi, 45
Anatomik Gözlemler, 42
anatomik insan bedeni politikası, 23
anatomik tetkik, 45
Anatomilerin Gerçekleştirilmesi Üzerine, 40
anatominin değeri, 43
anatominin gelişimi, 38, 42
anlatı, 20, 267
anoraksıya nervoza, 21, 25, 36, 128, 239, 270
anti-psikiyatri, 96
Aquinas, St Thomas, 37
Ariés, P., 142
Armstrong, David, 265, 270, 278
Arrow, K.J., 225, 278
Asclepius, 38
askeri sağlık araştırmaları, 35
aşağılama, 68, 127, 193
ataerkillik, 117, 119, 126, 157, 247, 267
Avustralya
  Avustralya Tıp Birliği, 215
  Avustralya'da yaşlı nüfus, 141
  Avustralya'da yaşlılar, 140
  Avustralya'daki yardımcı tıp hizmetlerindeki personel, 175
Avusturya, 212

B

Bacceria, Cesare, 46
Bacon, Francis, 20, 42, 284, 295
Bakwin, H., 54, 279
Baltimore Diş Cerrahisi Okulu, 167
Barnes, David, 136, 279, 299
Barton, Russell, 83, 279
Basaglia, Franco, 70, 86, 279, 304
baskı grupları, 90, 202, 215, 252
Bateson, 95, 279
Batı Almanya, 134, 212
bebek ölümlülük oranları, 217, 227, 231, 232
Beck, U., 254, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 279, 280, 300
beden
  beden sosyolojisi, 7, 11, 20, 121, 264, 266, 272
  bedenlerin düzenlenmesi, 44, 121, 235, 243
  bedenleşme, 11, 16, 19, 29, 38,

107, 264, 266, 272, 273, 277
bedenselleştirme (somatization) tezi, 101
bedenselleştirme rahatsızlığı, 264
kadınların bedenleri, 108, 111, 124, 244
toplum ve bedenleşme, 15
Bedlam, 72, 187, 278
beklenti
aşk ve evlilik konusundaki değişen beklentiler, 265
doktorun beklentileri, 64
etkileşim beklentilerinden sapma, 105
geleneksel toplumsal beklentilerden sapma, 65
gündelik beklentiler, 242
normal beklentiler, 51
özel beklentiler, 241
sağlık beklentileri, 250, 251
yetişkin hayatının beklentileri, 139
beklentiler
beklentiler seti, 148
beklentiler sistemi, 223
cinsel beklentiler, 34
çelişkili beklentiler, 129
belirsizlik
belirsizlik/teknik detay oranı, 159
tıbbî belirsizlik, 54
Bell, D., 162, 260, 280
Bentham, Jeremy, 72, 188
Berengario da Carpi, 41
berserk, 66
besin
besin arzında artış, 136, 226
besin topluluğu, 275
besinleri paylaşma, 68
besinlerin birlikte tüketilmesi, 275
Bichat, 39
bilgi
bilgilerin paylaşılması, 60, 61
uzmanlık bilgisi, 242, 256
bilimsel diyet, 35
bilişsel-ilgiler, 62
bireycilik, 65, 148, 153, 213, 214, 215, 241
bireyselleşme teorisi, 258, 260
birikim, 122, 196, 199, 205, 207, 210, 212
Birleşik Devletler Ruh Sağlığı Komisyonu, 78
biyokimyasal, genetik ve psikolojik nedenler, 97
biyolojik ve psikolojik yapı, 28
biyolojizm ve Sosyal Darwinizm, 16
biyomedikal söylem, 12, 27
Blane, D., 219, 280
Blau, J., 89, 140, 185, 280
Boerhaave, Herman., 33, 190
Boğaz Hastalıkları Hastanesi, 189
Booth, 27, 35
boşanma, 120, 126, 259
Bourdieu, 16, 29, 271, 281
Boyle, Robert, 42, 43, 99, 281
Breggin, Peter, 80, 97, 281
Britanya Tıp Birliği, 167
Britanya'da doğurganlık oranı, 137
Britanya'da eczacılar, 168
Britanya'da nüfus artışı, 137
Britanya'da özel tıp hizmetlerinin artışı, 192
Britanya'da sosyal hizmetler harcamaları, 191
Britanya'da tıbbî konsültasyonlar, 58
Britanya'da toplum içinde tedavi uygulaması, 87
Britanya'da ulusal sağlık hizmetleri, 191
Brohm, J.M., 271, 281
Brown, G.W., 100, 281, 311
Bruch, H., 129, 130, 281
Buck ve Bell davası, 79
Burton, Richard, 32, 115
Busfield, J., 72, 73, 75, 83, 85, 100, 103, 282
bürokrasi, 10, 68, 162, 173, 178, 183, 184, 185, 205, 248, 249
büyücülük, 108, 109, 115, 121
Büyük Gregory, 31
büyük kapatma, 72

C

Caplan, A.L., 148, 282
Caputo, J., 72, 282
Cartwright, A., 58, 282
Castel, R., 77, 263, 283
cerrahlar, 40, 41, 43, 44
Chamberlin, Judi, 97, 283
Charcot, J.M., 112, 115, 128
Cheyne, George, 33, 34, 35
cinsellik, 30, 34, 111, 116, 124, 268
  kadın cinselliği, 108, 125
cinsiyet
  'cinsiyet'in toplumsal olarak tekrarı, 269
  beden, cinsiyet ve cinsellik, 268
  cinsiyet problemi, 267
  cinsiyet ve akıl hastalığı ilişkisi, 100
  cinsiyetler arasındaki ilişkiler, 120
  cinsiyetler arasındaki rekabetçi mücadele, 126
  cinsiyetli beden, 269
  gücün cinsiyet temelli doğası, 267
  sınıf, cinsiyet ve statü ayrımı, 58
cinsiyetçilik, 157
  cinsiyetçi ayrımlar, 277
  cinsiyetçilik ve ataerkillik tartışması, 157
  dikotomik cinsiyetçilik, 268
  tek cinsiyet öğretisi, 268
cinsiyete dayalı işbölümü, 116, 129, 277
Cloward, R., 211, 214, 218, 302
Cockerham, William., 12, 18, 134, 139, 141, 283
Connoly, John, 76
Cooper, David, 95, 96, 283, 295
Cornaro, Luigi, 34
Coulter, J., 94, 99, 284
Cox, J.M., 72, 281, 296
Cross, J., 101
Cullis, J.G., 224, 225, 284
cüzam, 77, 104, 187, 188

Ç

çatışma teorisi, 139, 141
çekilme teorisi, 139
çevresel riskler, 256
çıkar grubu
  bir çıkar grubu olarak uzman tıbbî meslekler, 216
çilecilik, 29, 34, 122, 129
Çin, 9, 28, 105, 138, 152, 232, 249
çocuk doğumu, 110
çocuklar
  çocuklar için ihtisaslaşmış yeni kuruluşlar, 88
  çocuklar ve ergenlerin hastanelere yatışları, 88
  çocuklar ve hastalar, 171
  çocukların çalıştırılması, 202
  çocukların kendi bedenlerini kontrol altına almayı öğrenmeleri, 107
  çocukların sağlığını korumaya yönelik politikalar, 263
  çocukların sosyalleşmesi, 123
  çocukların üretilmesi, 118
  çocukların yatış oranı, 89
  kız çocuklarının öldürülmesi, 117
  orta sınıfların isyankâr çocukları, 88

D

danışmanlık
  danışmanlık rolü, 169
  kamunun ilâç eğitimi ve danışmanlık hizmeti alması, 168
Davis, F., 54, 138, 139, 166, 171, 173, 195, 217, 284, 285, 297, 307
davranış bozuklukları, 239
davranışçı psikoloji, 91, 96
Deacon, B., 229, 230, 285
Deliliğin Tarihi, 70, 71
delilik, 21, 22, 32, 39, 70, 71, 73, 74, 75, 79, 83, 87, 95, 97, 101, 123, 188
  delilerin barındırılması, 187
  deliliğin ataerkil kültürel inşası, 100
  deliliğin tarihi, 70, 76
  delilik anlayışları, 74, 79
demografik geçiş, 135, 138, 201
Demokratik Psikiyatri, 86
Descartes, 20, 33, 239, 265, 273,

281
Deutsch, A., 73, 75, 76, 77, 82, 285
Devereux, 171, 174, 285
Devine, J.A., 210, 211, 285
devlet, 13, 18, 23, 45, 76, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 90, 102, 123, 124, 134, 143, 151, 161, 164, 166, 183, 188, 196, 197, 199, 202, 203, 204, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 226, 235, 252, 254, 256
  devlet müdahalesi, 197, 203
devlet hastaneleri, 88, 199, 215
dışlama
  dışlama ritüelleri, 106
  dışlama stratejisi, 165
  rekabetçi mücadeleden dışlama, 110
  tâbi kılma, sınırlama ve dışlama, 165
  tıbbî müfredattan dışlama, 167
  tıbbî pratiklerden dışlama, 109
  toplumsal dışlama, 67, 105
dil, 20, 49, 63, 98, 101, 174, 240, 269
Dilencilik Komisyonu, 190
diplomacılık, 163
direniş, 23, 248
diseksiyon, 40
disipli
  bedenin ve nüfusların rasyonel ve disiplinli idaresi, 30
disiplin
  askeri disiplin, 30
  bedenler ve nüfuslar üzerinde disiplin, 20
  bedensel disiplinler, 30
  çileci disiplin, 30
  disiplin analizi, 36
  disiplin ideolojisi, 175
  disiplin mimarisi, 22
  disiplin pratikleri, 30, 39, 269
  disiplin rejimi, 195
  disiplin toplumu, 182, 261
  disiplin ve düzenleme sistemleri, 47
  disiplin ve gözetim biçimlerinin gelişimi, 20
  disiplin yöntemleri, 47
  disiplinli ve eğitilmiş işgücü ihtiyacı, 196
  erkeklerin disiplin altına sokulmaları, 46
  hastaların disiplinle bireyselleştirilmeleri, 47
  kişisel kurtuluş disiplini, 274
  mikro disiplin politikaları,, 22
  modern disiplinler, gözetim ve kontrol sistemleri, 23
  özdenetim ve disiplin kaygısı, 36
disiplinin
  disiplinin tarihi, 14
dişçilik, 165, 166, 167, 179
Dişçilik Yasası, 166
diyet, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 129, 197, 240, 244, 274
  dindışı tıp ve diyet disiplini, 35
  dinsel diyetler, 34
  diyet bilgisi, 32
  diyet düzeni, 33, 34
  diyet programları, 36
  geleneksel diyetler, 274
doktor-hasta ilişkisi, 50, 56, 59, 62, 63
doktorlar, 10, 17, 55, 60, 62, 64, 165, 167, 184, 198
dolaylı ödeme, 223, 224
Douglas, M., 107, 255, 260, 266, 286
Dowd, J.J., 140, 145, 286
'döner kapı' örüntüsü, 87
Dubos, Rene, 249, 250, 286
Dumézil, G., 267
Durkheim, E., 15, 27, 91, 155, 228, 241, 266, 271, 275, 286
duygusal problemlerin psikosomatik ifadesi, 128
dünya para sistemi, 207
düşüncelerin paylaşılması, 60
düzenleme
  ahlâkî düzenleme, 23, 108
  anayasal ve idarî düzenleme, 214
  bedensel kontrol ve düzenleme, 37
  bireysel disiplin ve düzenleme sistemleri, 47

bürokratik düzenleme, 176
cinsel bedenler düzenlemesi, 228
çevresel düzenlemeler, 201
diyet düzenlemesi, 130
doktorun düzenlemesi, 242
düzenleme ilkesi, 23
düzenleme problemi, 121
düzenleme sistemi, 22, 145, 235
ekonomik düzenleme, 195, 254
ekonomiyi düzenleme, 208
ekonomiyi risk faktörü aracılığıyla düzenleme, 254
emeklilik düzenlemesi, 145
kamusal düzenlemeler, 224
kendini düzenleme, 74, 165
kurumsal düzenleme, 13, 29, 117, 244
kurumsallaşmış düzenleme, 256
küresel nüfus düzenleme ve yönetim örüntüsü, 236
meslekî düzenleme, 184
sağlık düzenlemesi, 240
Toplum İçinde Tedavi Düzenlemeleri, 90
toplumsal düzenleme, 30, 34, 45, 124, 156, 234, 235
varoluşumuzu düzenlemek, 107

E

Eaton, G., 168, 170, 286
ebeler, 109, 110, 111, 172
eczacı, 168
eczacılar, 157, 168, 169, 170
eczacılık, 157, 168, 169, 170, 198, 246, 262
eğitim, konut ve sağlık hizmetleri, 217
ehliyetlilik uçurumu, 60, 62
Ehrenreich, B., 109, 132, 174, 286
ekmeği paylaşma, 274
ekonomi politik sağlık hizmetleri, 242
ekonomik yapısalcılık, 210
elektroşok tedavisi, 80, 97
Elias, N., 124, 150, 261, 262, 273, 287
emeklilik, 58, 140, 143, 144, 145, 196, 202, 206
Empedokles, 31
empirizm, 42, 44
Engels, F., 16, 27, 247, 287
English, D., 109, 132, 174, 286
Esterson, Aaron, 95, 296
eşcinsellik, 21, 119, 122, 148
etnisite, 99, 141
etnometodoloji, 94
evlilik, 65, 67, 112, 114, 115, 117, 118, 120, 124, 125, 127, 135, 136, 173, 219, 265
evrenselcilik, 51, 59, 276
evsizlik, 87, 89

F

Fabricius, Hieronymus., 42
Fabrika Yasası, 202
Falk, P., 265, 272, 273, 274, 275, 276
farklı tedaviler, 77
feminizm, 253
fenomenoloji, 13, 91, 94, 245
Filmer, Robert, 119
Fischer, D.H., 142, 288
fiziksel ve psikolojik bozukluklar, 142
fizyolojik normlar, 96
Foucault, Michel, 9, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 35, 36, 39, 40, 44, 45, 46, 47, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 79, 91, 103, 105, 111, 112, 113, 121, 123, 181, 190, 195, 240, 243, 244, 247, 248, 252, 254, 261, 262, 265, 267, 268, 269, 282, 283, 284, 286, 288, 291, 293, 294, 297, 299, 306, 308
Foucaultcu güç/bilgi araştırması, 19
Fransa, 20, 27, 41, 43, 72, 73, 82, 105, 110, 123, 127, 128, 133, 134, 136, 224, 227, 231, 263, 265, 267
Fransız Devrimi'nin hastane sistemini dönüştürmesi, 190
Fransız hastaneleri, 47
Freidson, E., 55, 56, 156, 164, 173, 182, 289, 291, 307

Freud, Sigmund, 16, 51, 62, 112, 115, 124, 128, 268, 289, 296, 303

G

Galen, 31, 38, 40, 43, 113
Gamarnikow, E., 174, 175, 289
Garfinkel, H., 68, 90, 193, 289
gebelik, 58, 115, 125, 188, 262, 267
Gehlen, A., 273, 289
genç nüfus, 135, 142, 259
Gerhardt, U., 16, 49, 290
geri-çekilme, 52
Giddens, A., 254, 260, 265, 274, 290, 294
Goffman, Erving, 82, 86, 90, 91, 92, 93, 178, 182, 185, 243, 290
Goldberg, E.M., 219, 290
Gorman, Mike, 82, 290
Göçmenler, 77, 78
gözetim, 20, 22, 23, 26, 29, 30, 47, 48, 72, 91, 102, 104, 108, 112, 125, 160, 163, 206, 235, 244, 252, 262, 263
  işçi sınıfının idaresi ve gözetimi, 156
  işgücünün gözetimi, 163
  kamunun gözetimi, 67
  nüfusun gözetimi, 26
  toplumun gözetimi, 252
gözlükçüler, 167
  Büyük Gözlük Yapımcıları Şirketi, 167
  Gözlükçüler Yasası, 167
  gözlükçülerin piyasa konumu, 168
Grek tıbbı, 31, 38, 40, 113
Grew, Nehemia, 42
Gri Panterler, 152
Griffiths Raporu, 85
Gronfein, W., 82, 291
güç ilişkileri, 12, 21, 129, 269
günah, 13, 21, 30, 31, 32, 37, 44, 63, 108, 119, 124
güven, 57, 226, 254

H

Habermas, J., 62, 63, 208, 251, 291, 292
Hapishanenin Doğuşu, 70
Harris, T., 15, 100, 281
Harvey, William, 33, 42, 115, 292
hastalık, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 37, 45, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 64, 65, 66, 67, 68, 76, 80, 88, 96, 101, 104, 105, 106, 113, 114, 116, 123, 125, 127, 129, 130, 131, 132, 144, 148, 149, 153, 187, 189, 190, 195, 201, 218, 225, 228, 229, 230, 231, 233, 234, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 249, 254, 258, 263, 264, 270
hastalık nedenleri, 17
hastalık-durumu, 69
hastalık-rolü, 14, 16, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 64, 65, 67, 68, 105, 116, 125, 148, 153, 225, 228, 241, 242, 243, 245, 246
hastane, 10, 22, 45, 47, 48, 64, 67, 68, 81, 82, 84, 91, 92, 150, 151, 157, 161, 168, 169, 170, 173, 174, 177, 178, 181, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 217, 222, 230, 236, 244, 246, 256
hastaneler, 13, 35, 75, 97, 99, 181, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 194, 245
hastanın sorumluluğu, 69
hasta-rolü, 55, 56, 57, 59, 64, 226
Heidegger, Martin, 265
hekimler, 38, 43, 44, 110, 163, 170, 176, 177, 180, 184, 194, 215, 231, 234
hemşire, 63, 171, 174, 175, 176, 178
  erkek hemşire, 173
hemşireler, 64, 173, 175, 177, 252
hemşirelik, 157, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 184, 188, 189, 206
  hemşireliğin sosyolojisi, 171, 174
  hemşireliğin statüsü, 174
Herdt, G., 18, 292

Hertz, R., 266, 292
Hıristiyanlık, 31, 111
Higgins, J., 86, 292
hijyen, 151, 190
himayecilik, 160, 163
hipnoz, 115
hipokondri, 53
Hipokrat, 31, 38, 113
histeri, 112, 113, 114, 115, 121, 125, 126, 228
Hogarth, William, 73, 291
holistik tıp, 18
Hughes, 7, 86, 156, 161, 170, 171, 176, 198, 280, 293, 304
Husserl, E., 265, 294
hüzün, 31, 32

I

Illsley, R., 219, 294
ırksal ıslah, 36

İ

iffet, 119
ihtisaslaşma, 187, 188, 205, 216
ikincil bakım, 222
ilâç, 57, 82, 131, 136, 168, 169, 198, 199
ilâç tedavisi, 136
iletişim, 62, 63, 64, 71, 95, 203, 253
infaz, 40, 46
intihar, 15, 32, 228
isteksizlik, 31, 32, 40
işbölümü, 59, 155, 157, 162, 165, 173, 179, 195, 233
işçi sınıfı, 35, 126, 136, 137, 201, 204, 210, 211, 214, 216
işlevselcilik, 50, 74, 158
işsizlik, 35, 89, 133, 143, 144, 205, 207, 213, 217, 233
iyatrojenik hastalık, 80, 83, 168
iyileşme, 12, 13, 50, 51, 60, 77, 130, 145, 182, 193

J

Japonya, 7, 9, 67, 68, 134, 141, 153, 227, 239
Jarwis, Edward, 77
Johnson, T., 33, 98, 140, 157, 158, 159, 160, 163, 207, 265, 294, 302
Jorden, E., 115

K

kadınlar, 34, 59, 89, 98, 100, 101, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 140, 141, 153, 156, 157, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 188, 198, 205, 206, 244, 247, 249, 250, 267, 268, 271
kadınların sosyal statüleri, 130
kadınların statüsü, 267
'kadınların narinliği', 132
kan, 31, 33, 42, 56, 72, 73, 76, 106, 115, 166, 262
kan alma, 72, 73, 76
kan dolaşımı, 33, 42
Kantorowicz, E.H., 267, 295
kapitalizm, 78, 153, 156, 200, 201, 202, 203, 207, 216, 217, 218, 220, 233
Kara Rapor, 219, 220
karma sistem, 223
karşılaştırmalı sosyoloji, 68
karşılıklılık, 59, 116, 139, 141, 145, 146, 147, 272, 273, 275
katarsis, 115
kaynak dağılımı, 199
Kaynak Tahsis Kurulu, 192
Kelimeler ve Şeyler, 21
Kennedy, J.F., 84, 295
kentsel hayat, 127
Keynesyencilik, 203
kısıtlanma, 121, 124, 125, 195
kilise, 119
klâsik sosyoloji, 12
Kliniğin Doğuşu, 21
klinik, 10, 11, 18, 20, 21, 27, 29, 33, 39, 41, 42, 48, 50, 52, 59, 63, 85, 101, 128, 148, 157, 168, 169, 170,

190, 195, 226, 227, 231, 237, 244
klinikler
ön-klinikler, 190
klorpromazin, 82
Knowles, J.H., 101, 193, 295
Knowlton, Dr, 137
konsültasyonlar, 55, 58, 60, 61
konuşma tedavisi, 62
koruyucu hekimlik, 48, 192, 215
Kozloff, M.A., 49, 64, 297
Kraliyet Hekimler Komisyonu, 110
Kraliyet Kulak Hastanesi, 189
kronik rahatsızlıklar, 257
kurumsuzlaştırma, 70, 81, 83, 89
kültürel kategoriler, 28
kültürler, 7, 65, 99, 172, 239
kürtaj, 122

L

Laing, R.D., 70, 95, 96, 296
Laqueur, T., 267, 268, 296
Larson, M.S., 164, 181, 191, 198, 265, 296
Leff, Julian, 101, 296
Leonardo da Vinci, 44, 114
Lessius, Leonard, 34
Levine, S., 49, 64, 87, 297, 303, 310, 311
Lindenbaum, S., 18, 292
Littlewood, R., 101, 297
Locke, John, 42, 43, 119, 188, 284, 285, 311
Lockwood, D., 164, 297
Londra Foundling Hastanesi, 189
Luske, B., 93, 298
Lynd, R., 246, 298

M

malî kriz, 83, 87, 204, 208
maliyet-fayda analizleri, 103
Malthus, Thomas, 122, 250
Mangen, S.P., 18, 298
manik depresif, 228
Mann, Thomas, 104, 184, 290, 298
Mannheim, K., 155, 298
Marin, L., 267, 298
Marksizm, 74, 221, 247, 255
Marx, K., 15, 16, 27, 200, 203
Masson, Jeffrey, 97, 299
mastürbasyon, 111, 122, 123, 124
Maudsley, Henry, 79
Mauss, M., 266, 269, 271, 299
mazoşist kişilik bozukluğu, 98
McDonaldlaşma, 262, 276
McKeown, T., 133, 136, 220, 229, 298, 299
Mechanic, D., 50, 55, 212, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 229, 233, 234, 299
melankoli, 31, 32, 111, 121, 122, 126
meni kaybı, 123
Merleau-Ponty, M., 265, 271, 273, 299
Merton, R.K., 39, 52, 284, 289, 299
Meryem, 267, 275
meslekî kontrol, 111, 159, 160, 167
meslekler, 16, 22, 44, 129, 133, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 162, 164, 166, 170, 171, 179, 184, 185, 196, 207, 242
meşrulaştırma, 12, 31, 51, 124, 208, 209, 210
Mısır tıbbı, 113
Michelangelo, 44
mikrop teorisi, 31, 239, 242
Mirowsky, J., 98, 299
Mitchell, A., 110, 136, 279, 299
modernleşme, 139, 145, 186, 254, 256, 258
Moniz, Egas, 80
Moorfield Göz Hastanesi, 189
Morrison, S.L., 219, 290
Morsy, S.A., 65, 66, 300
Morton, S.G., 78
motivasyon, 51
muhasebecilik, 161
Mumford, E., 130, 133, 177, 181, 183, 193, 300
Munchausen sendromu, 25, 53

müdahale
cerrahî müdahale, 33
ekonomiye müdahale, 254
erkeklerin müdahalesi, 110
hükümet müdahalesi, 211
müdahale etmeme, 254
psikiyatrik müdahale, 96, 97
terapik müdahale, 107
tıbbî müdahale, 25, 111, 145, 148
mülkiyet, 36, 117, 126, 162, 200, 202, 217
müşterek kontrol, 160, 216, 224

N

nevrozlar, 126
Nietzsche, F., 20, 240, 300
Nightingale, Florance, 171, 172, 174, 175, 293, 311
normal olmayan rahatsızlık, 52, 53, 54, 55
Norris, P., 170, 300
nöroloji, 80
nöropsikoloji, 62
nüfus, 20, 23, 26, 35, 105, 117, 122, 127, 133, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 143, 189, 194, 207, 229, 234, 236, 263
nüfus artışı, 122, 135, 136, 137, 138, 189

O

O'Brien, M., 58
O'Connor, J., 208, 209, 210, 300
obezite, 31, 32, 56
Obsesif-kompülsif titizlik sendromu, 106
Offe, C., 199, 200, 205, 206, 297, 300
Oldman, D., 59, 298
Oppenheimer, M., 161, 162, 289, 301
Ortadoğu'da 'rahatsızlık davranışı', 65
ortalama yaşam beklentisi, 137, 152, 153, 231, 249

Ö

öğrenilmiş çaresizlik, 96
ölüm, 17, 50, 59, 67, 131, 133, 135, 136, 150, 151, 172, 219, 232, 234
özel tıp, 192, 223, 224, 252
sağlık sektörünün özelleşmesi, 193

P

Palmore, E., 140, 143, 301
Panaptikon, 72
para ekonomisi, 183
para piyasası, 163
Paré, Ambroise, 42
Parkinson Hastalığı, 58
Parsons, T., 10, 16, 49, 50, 51, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 64, 65, 67, 68, 69, 91, 105, 116, 139, 155, 156, 158, 228, 238, 241, 242, 243, 245, 246, 254, 273, 276, 289, 293, 301, 310
patrizm, 120
Percy Raporu, 85
Phillipson, 134, 144, 302
Pilowsky, I., 52, 53, 302
Pinel, Philippe, 71, 73
Piven, F.F., 211, 214, 218, 302
piyasa stratejisi, 164
Pollak, M., 18, 302
Powell, Enoch, 85
pozitivizm, 73, 95
profesyonelleşme, 158
proleterleşme, 157, 161, 200
Protestanlık, 30, 109, 124
psikanaliz, 80, 268
psikiyatri, 74, 75, 76, 79, 83, 86, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 96, 97, 100, 101, 102, 103
psikiyatri hastaneleri, 93, 100
psiko-aktif uyuşturucu, 82
psikoloji, 22
psikolojik açıklamalar, 15
psikolojik araştırmalar, 176
psikolojik danışmanlık, 165
psikolojik deneyimler, 95
psikolojik faktörler, 11, 25

psikolojik terapi, 97
psikolojik travma, 115
psiko-medikal teknoloji, 72
psikosomatik rahatsızlık, 50, 117, 128, 191
psikoterapi, 87, 115
psikotik, 66, 82, 92, 93, 96
psikotropik ilâçlar, 82
psikoz, 100, 101

R

rahatsızlık, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 24, 26, 27, 28, 31, 35, 37, 45, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 77, 79, 82, 83, 86, 96, 98, 105, 113, 114, 116, 129, 130, 132, 140, 141, 148, 163, 172, 182, 189, 191, 192, 196, 201, 207, 211, 212, 217, 218, 219, 220, 223, 227, 229, 234, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 245, 246, 248, 249, 252, 257, 263, 264, 270
rasyonelleşme, 23, 29, 47, 152, 181, 194, 208, 234, 244, 258, 262, 276
Ray, Isaac, 77, 255, 303
rekabetçi kapitalizm, 201, 218
Rembrandt, 44, 45, 292
risk, 7, 9, 203, 254, 255, 256, 257, 258, 260, 261, 262, 263, 277, 298
Ritzer, George, 262, 276, 303
Rodwin, V.G., 192, 194, 303
Roemer, M., 222, 235, 303
Rosen, G., 27, 180, 215, 296, 303
Rosenhan, D., 93, 303
Ross, C., 98, 149, 223, 296, 299
Rossi, P., 89, 303
Rowntree, S., 27, 35, 36
RSI (tekrarlanan zorlanma sakatlığı), 24, 25, 223, 228, 311
Ruh Hastalığı ve Zihinsel Kusurlar Yasası Komisyonu, 85
ruh sağlığı, 82, 84, 85, 87, 90, 102
Rush, Benjamin, 76, 77

S

Sacks, O., 13, 57, 238, 304
sağlık hizmetleri, 13, 17, 30, 34, 56, 64, 84, 85, 104, 156, 164, 175, 181, 185, 190, 192, 193, 194, 195, 198, 199, 202, 206, 212, 214, 215, 216, 217, 218, 221, 222, 223, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 246, 248, 251, 252, 253, 254
sağlık sistemleri, 222, 225
sağlık ve dinsel huzur, 34
sağlık ve güvenlik, 202
sağlık ve huzur ilişkisi, 37
sağlıksız konutlar, 19
sahne arkaları, 185
salgın hastalıklar, 18, 135
sanayileşme, 136, 227, 233
sapma, 13, 14, 16, 27, 31, 45, 47, 51, 52, 58, 65, 66, 90, 91, 96, 107, 116, 119, 153, 229, 236, 240, 241, 242
cinsel sapma, 113, 124, 125
sosyal sapma, 27, 28, 69, 105, 228, 235, 240
sara, 58, 80, 104
savaş, 35, 40, 110, 166, 189, 203
Scheff, T.J., 51, 54, 93, 304
Scull, Andrew, 72, 74, 75, 82, 83, 87, 305
seçkin gruplar, 104
sembolik etkileşimcilik, 13, 91, 139
serbest girişimci sistem, 222, 225
Servetus, Micheal., 42
Shilling, C., 16, 243, 271, 274, 305
Shorter, E., 110, 120, 122, 137, 305
Showalter, E., 79, 100, 305
sıkı para politikaları, 207
Sigerist, H.E., 249, 306
sigorta, 25, 53, 190, 193, 206, 213, 215, 216, 223, 235, 255
Skultans, V., 32, 73, 79, 106, 123, 306
Snow, D., 89, 306
sosyal güvenlik, 207, 209, 212, 213,

224, 255
sosyal hizmetler, 146, 191, 204, 205, 209, 213
sosyal kontrol, 13, 29, 45, 51, 62, 67, 132, 145, 206, 228, 229, 235, 237, 240, 259
sosyal sermaye, 209
sosyal sınıf, 58, 99, 141, 218, 219, 220
sosyal tıp, 26, 27, 48, 244
sosyolojik teori, 237
Sovyetler Birliği, 221, 230, 231, 234, 253
sömürgecilik, 39, 199, 261
Spencer, Herbert, 78, 214
Spicker, P., 146, 306
spor pratikleri, 271
St. Mark Kanser Hastanesi, 189
Starr, P., 180, 215, 216, 306
sterilizasyon, 79
stres, 17, 19, 36, 59, 99
Stuart, James, 109
Sudnow, D., 59, 150, 307
süreklilik teorisi, 139, 141
Synnott, A., 265, 307
Szasz, T., 70, 76, 77, 96, 97, 307

Ş

Şamanizm, 108
şeker hastalığı, 17, 26, 36, 56, 61
şikâyet terminolojileri, 132
şişmanlık, 33, 36, 129
şizofreni, 93, 95, 98, 101, 219

T

tabakalaşma, 139, 141, 159
tâbi kılma, 165
tabu, 108, 266
tecrit, 23, 57, 67, 72, 73, 86, 253, 265
temel bakım, 190
teşhis, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 79, 84, 93, 95, 96, 98, 99, 100, 115, 123, 128, 129, 223, 227, 239, 252, 257
Thorner, I., 174
tıbbî egemenlik, 165, 181, 184, 215, 226, 235, 250
tımarhaneler, 13, 35, 188
tıp
  tıbbın küreselleşmesi, 234
  tıbbî folklor, 267
  tıbbî müşahede, 125
  tıbbî politikalar, 252
  tıbbî riskler, 195
  tıbbî tetkik, 47, 244
tıp sosyolojisi, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 24, 26, 28, 50, 204, 237, 238, 242, 243, 244, 245, 248
Tissot, S., 123
topluluk, 18, 104, 147, 235, 259, 275
toplum içinde tedavi, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 145
toplumsal cinsiyet, 247, 267, 268
toplumsal çekilme, 65
toplumsal düzen, 12, 13, 20, 37, 77, 158, 241
toplumsal etkileşim, 62, 104, 105, 241
toplumsal eylem, 16, 69, 273
toplumsal kapanma, 156, 158, 164, 173
Torrey, E.F., 87, 89, 308
Tönnies, F., 275, 276, 308
Tuke, Williams, 21, 71, 73
tüberküloz, 136, 189
tüketim, 36, 126, 129, 140, 206, 209, 233, 272, 274, 275, 276, 277
tüketimcilik, 36, 130
tütün endüstrisi, 198

U

Ulusal Sağlık Hizmetleri, 192
Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi, 192
Ulusal Şizofreni İlkyardım Hizmeti (SANE), 90
Ulusal Şizofreni Vakfı (NSF), 90
Urry, J., 157, 163, 205, 255, 278, 296
uzman meslekler, 155, 156, 158, 162, 163, 185, 242

uzman ve müşteri, 159, 164, 224
uzmanlaşma ve örgütlenme, 179

Ü

üçüncül bakım, 222

V

vasıfsızlaşma, 157, 161, 162, 169, 173
Veblen, T., 158, 309
Verbrugge, L.M., 131, 250
verimlilik, 35, 144, 225, 226, 276
Vesalius Andreas, 41, 44
Victoria Park Göğüs Hastalıkları Hastanesi, 189
vizite ücreti, 215

W

Waitzkin, H., 212, 310
Waterman, B., 212, 310
Weber, Max, 15, 16, 23, 29, 30, 74, 79, 124, 155, 158, 173, 181, 183, 184, 185, 186, 238, 254, 258, 261, 262, 273, 276, 283, 293, 301, 308, 310
Weiner, .R., 80, 171, 174, 283, 285
Wesley, John, 33, 34, 282, 287
Wrong, D.H., 138, 311

Y

yakınlaşma tezi, 233
yamyamlık, 39
yapısal seleksiyon, 197
yaşlanma, 7, 13, 58, 133, 139, 140, 141, 142, 145, 148, 149, 239, 270
yaşlılar, 134, 140, 142, 144, 146, 147, 148, 152, 153, 186
yeni biyolojizm, 97
Yeni Zelanda, 133, 134, 170, 175
yeniden-üretim, 119, 122, 124, 209, 210, 258, 264, 268, 271
Yoksullar Yasası, 35, 75
yoksulluk, 27, 35, 77, 138, 140, 141, 146, 211, 217, 220, 256, 259
yurttaşlık, 67, 130, 211, 220, 247, 251, 252, 263

Bryan S. Turner

Tıbbî *Güç* ve Toplumsal *Bilgi*

Tıp sosyolojisi üzerine bu kitapta, bireysel faktörlerden küresel olanlara (örneğin, çevre kirlenmesine) kadar, farklı rahatsızlık ve sağlık hizmetleri düzeylerindeki problemleri ele alacak bir genel tıp sosyolojisi yaklaşımı geliştirmek için mevcut çerçevelerden farklı unsurları bir araya getiren açık bir strateji benimsedim. Sosyoloji çoğu kez eski paradigmaları yıkarak ilerlese de, mevcut yaklaşımlar ve araştırmalara dayanan bir teorik strateji önerdim. Sürekli köklü değişimleri vurgulayan bir konumdan ziyade, sosyolojik teoride evrimci gelişmeyi vurgulayan bir konumu benimsedim...

Sağlık ve rahatsızlıklar konusunda genel bir sosyal teori geliştirmek için üç analiz düzeyini ele alacağız. İlk olarak, tıp sosyolojisi 'rahatsızlık deneyimi'ni bireyin perspektifinden betimleyebilir. Bu araştırmada, 'hastalık deneyimi' bedenin bir nesne veya şey olarak yaşadığı bir yabancılaşma biçimi olarak analiz edilebilir... Bu görevi farklı sosyolojik perspektifler yerine getirmeye çalışır: Fenomenoloji ve sembolik etkileşimcilik. İkinci düzeyde, tıp sosyolojisi uzman meslek gruplarının bireyleri sınıflandırmak ve düzenlemek için kullandıkları hastalık kategorilerinin sosyal inşasına odaklanacaktır. Bu düzeyde, günah ve sapmadan sorumlu özel kurumların (tımarhaneler, hastaneler ve kliniklerin) ortaya çıkışını açıklamaya çalışırız. Üçüncü analiz düzeyi, sağlık hizmetleri sistemlerinin genel toplumsal organizasyonu, devlet ve ekonomiyle ilişkileri ve toplumların kendi içlerinde ve aralarındaki toplumsal eşitsizlik problemleriyle ilişkilidir. Makro-sosyal analizle ilgili problemler, tipik olarak, ekonomi politik ve Marksist sosyoloji tarafından ele alınmıştır.



ISBN 978-605-5790-10-3
9 786055 790103

SENTEZYAYINCILIK
Cumhuriyet cad. Eski Tahıl İçi No: 138 BURSA
Tel: 0.224.225 11 80 (pbx) Faks: 0.224.225 02 00
bilgi@sentezdagitim.com.tr