Sağlığın Gaspı

Ivan Illich



İngilizce den Çeviren: Süha Sertabiboğlu

AYRINTI

2. BASIM

Ivan Illich

1926'da Viyana'da doğdu. Salzburg ve Roma'da tarih ve dinbilim konularında eğitim gördükten sonra papaz oldu. Beş yıl New York'ta Puerto Rico Mahallesi'nde papaz olarak görev yaptı. Katolik kilisenin Güney Amerika siyasetine yönelttiği eleştiriler, kilise çevreleri ve Vatikan'la arasının bozulmasına neden oldu. 1960'ta Meksika'ya gitti ve Cuernavaca kentinde Kültürlerarası Belgeler Merkezi'ni (*IDOC*) kurdu. Amacı alternatif bir eğitim programı oluşturarak gönüllüleri Latin Amerika dilleri ve kültürleri konusunda eğitmek olan kuruluş kısa zamanda Güney Amerika askeri diktatörlüklerine karşı muhalefetin merkezlerinden biri oldu. 1969'da papazlıktan ayrıldı. *CIDOC*'un 1970'te kapatılmasından sonra Alman, Japon ve Amerikan üniversitelerinde dersler vermeye başladı.

Illich kapitalist toplumun ortaya çıkardığı kurumların insan üzerindeki olumsuz etkilerini incelemiştir. Ona göre çağdaş toplumda eğitim, sağlık, ulaşım gibi gereksinmeler bürokratik refah devletinin bu hizmetleri yerine getirmekle yükümlü kurumları aracılığıyla karşılanmaktadır. Eskiden insanların doğal çevre ilişkileri içerisinde karşıladıkları temel gereksinmeler, çağdaş toplumda "bilimsel olarak" üretilmiş hizmetlerin tüketilmesine indirgenmektedir; belirli bir tüketim düzeyinin altına düşenler teknokratların oluşturduğu ölçütlere göre yoksul sayılmaktadır. Yerleşik düzen, kendi kendini eğitmeyi yetersiz saymaktadır. Ancak kurumsallaşmış hizmetlere olan bağımlılık bireysel yetkinliğe zarar vermekte, bireyi yeterli karar verme gücünden yoksun bırakmakta, onu kendi dışında oluşturulan hizmetlerin pasif tüketicisi haline getirmektedir.

En önemli kitaplarından olan *Tools For Conviviality*'de (*Şenlikli Toplum*, Çev. Ahmet Kot, 1988, Ayrıntı Yayınları) seri üretim teknolojilerinin, insanları bürokrasinin ve makinelerin aksesuvarları haline nasıl getirdiğini göstererek modern sanayi toplumlarını sorguluyor. Kişiler arasında özerk, yaratıcı ilişkiler kurulabilmesinde araçların rolüne değiniyor. İnsanların çalışırken zevk almaları, sevinç duymaları için araçlara hükmetmeleri gerektiğini belirterek araçların insanlara hükmetmeye başladıkları noktada büyümeye karşı çıkıyor.

Eğitim kurumlarına yönelttiği eleştirilerini dile getirdiği, 1971'de yayımlanan *Deschooling Society* (*Okulsuz Toplum*, Çev. Bedirhan Üstün, Birey ve Toplum Yayınları, 1985) adlı kitabında Illich, okulun, toplumun eğitimini olumsuz yönde etkilediğini öne sürmüş, zorunlu eğitimin kaldırılması gerektiğini savunmuştur. Ona göre, "Okul, bireyleri, insan dahil her şeyin ölçülebileceği bir dünya için hazırlar. Okulların var olduğu bir dünyada mutluluğa giden yol, bireyin tüketim kalıplarıyla belirlenmiştir." Çözüm ise var olan eğitim kurumlarına alternatif olarak yaşamın her anını bir öğrenme eylemine dönüştürecek, insanları yaratıcı ve özerk kılacak ve teknokratlarca denetlenmeyen değerleri yaratacak bir eğitim ağının oluşturulmasıdır.

The New York Review, *The Saturday Review*, *Le Monde* ve *The Guardian* gibi yayınlarda yazan Illich'in kitaplarından bazıları şunlardır: *Celebration of Awareness*, 1970 (Farkındalığın Kutsanması); *Energy and Equity* (Enerji ve Adalet; Türkçede Enerji ve Eşitlik adıyla yayımlandı, Çev. Ufuk Uyan, Ağaç Yayınları, 1992); *Gender*, 1982 (Cinsiyet); *H2O*, 1985 (H2O/Unutmanın Suları, Çev. Ruşen Değerli, Afa Yayınları, 1991); *Towards a History of Needs* (Bir İhtiyaçlar Tarihine Doğru).

Ayrıntı: 128
İnceleme Dizisi: 66

Sağlığın Gaspı
Medical Nemesis
Ivan Illich

Kitabın Özgün Adı
Limits to Medicine
Medical Nemesis: The Expropriation of Health

İngilizce'den Çeviren
Süha Sertabiboğlu

Yayına Hazırlayan
Fermâ Lekesizalın

Düzelti
Sevil Emile

© Penguin Books/1981
basımından çevrilmiştir

Bu kitabın Türkçe yayım hakları
Ayrıntı Yayınları'na aittir.

Kapak İllüstrasyonu
Sevinç Altan

Kapak Düzeni
Gökçe Alper

Dizgi
Hediye Gümen

Baskı ve Cilt
Kayhan Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.
Davutpaşa Cad. Güven San. Sit. C Blok No.:244 Topkapı/İstanbul
Tel.: (0212) 612 31 85

Birinci Basım *1995*
İkinci Basım *2011*
Baskı Adedi *2000*

ISBN 978-975-539-065-9
Sertifika No.: 10704

AYRINTI YAYINLARI
Hobyar Mah. Cemal Nadir Sok. No.: 3 Cağaloğlu – İstanbul
Tel.: (0212) 512 15 00 Faks: (0212) 512 15 11
www.ayrintiyayinlari.com.tr & info@ayrintiyayinlari.com.tr

Ivan Illich

Sağlığın Gaspı

Medical Nemesis



İçindekiler

GİRİŞ 11

I
KLİNİK İATROJENEZ

1. Modern Tıp Salgınları 21
   A. DOKTOR YETERLİLİĞİ-BİR YANILSAMA 22
   B. YARARSIZ TIBBİ TEDAVİ 25
   C. DOKTORLARIN NEDEN OLDUĞU ZARARLAR 27
   D. SAVUNMASIZ HASTALAR 30

II
SOSYAL İATROJENEZ

2. Yaşamın Tıplaştırılması 35
   A. İATROJENİK HASTALIĞIN POLİTİK İLETİMİ 35
   B. SOSYAL İATROJENEZ 36
   C. TIBBİ TEKEL 37
   D. DEĞERLERDEN ARINMIŞ TEDAVİ 38
   E. BÜTÇENİN TIPLAŞTIRILMASI 40
   F. FARMASÖTİK İSTİLA 48
   G. DİAGNOSTİK EMPERYALİZM 54
   H. KORUYUCU DAMGA 62

İ. SON SEREMONİLER 67
I. KARABÜYÜ 71
J. HASTA ÇOĞUNLUĞU 77

III
KÜLTÜREL İATROJENEZ

3. Giriş 85
4. Ağrıyı Dindirmek 89
5. Hastalığın Uydurulması ve Ortadan Kaldırılması 103
6. Ölüm Ölüme Karşı 115
A. BİR META OLARAK ÖLÜM 115
B. ÖLÜLERİN İBADET DANSI 116
C. ÖLÜM DANSI 118
D. BURJUVA ÖLÜMÜ 123
E. KLİNİK ÖLÜM 127
F. SENDİKALAR DOĞAL ÖLÜM İSTİYOR 128
G. YOĞUN BAKIM ALTINDA ÖLÜM 132

IV
SAĞLIK POLİTİKALARI

7. Spesifik Amaçbozuculuk 139
A. MARJİNAL YARARSIZLIKLAR 140
B. METALARA KARŞI KULLANMA DEĞERLERİ 141
C. YOKSULLUĞUN MODERNLEŞTİRİLMESİ 144
8. Politik Karşı Önlemler 148
A. TÜKETİCİNİN BAĞIMLILIĞA KARŞI KORUNMASI 153
B. İŞKENCEDEN EŞİT YARARLANMA 157
C. MESLEK MAFYASI ÜZERİNDE HALK DENETİMİ 162
D. YAŞAMIN BİLİMSEL ORGANİZASYONU 166
E. PLASTİK DÖLYATAĞI MÜHENDİSLİĞİ 170
9. Sağlığın Kazanılması 172
A. SANAYİLEŞMİŞ NEMESİS 173
B. MİRAS ALINAN MİTTEN SAYGI DUYULAN SÜRECE DOĞRU 177
C. SAĞLIK HAKKI 180
D. BİR ERDEM OLARAK SAĞLIK 182

DİPNOTLAR 184

YAZARIN NOTU

Medical Nemesis'i Marien Boyars'ın Ideas In Progress dizisi için bir taslak olarak yazdım ve bu taslağı benzer diziler olan hem Fransızca Techno-Critique hem de Almanya'dan Rowohlt Verlag için yeniden kaleme aldım. Ayrıca, İtalyanca, İspanyolca, Portekizce, Hollandaca, İsveççe, Norveççe, Fince, Danimarkaca, Japonca ve Yunanca ile Urdu ve Sırp-Hırvat dillerine de çevirileri yapılmıştır.

Taslağımın elden ele dolaşmasının bir sonucu olarak aldığım eleştiriler, tavsiyeler ve belgelemeler beni bu kitabı tamamlamaktan alıkoydu. Onu şükranlarımla eleştirmenlerime ithaf ediyorum.

Ivan Illich,
27 Şubat 1976

Teşekkür

Tıp kurumlarıyla ilgili düşüncelerim Rosly Lindheim ve John McKnight ile yıllar önce yaptığım düzenli görüşmelerde şekillendi. Berkeley'deki Kaliforniya Üniversitesi'nde mimarlık profesörü olan Mrs. Lindheim bu aralar *Mekânın Hastaneleştirilmesi*'ni yayımlayacak. Kuzeybatı Üniversitesi'nin Kentsel Çalışmalar Bölümü Şefi olan John McKnight ise hizmet toplumu üzerinde çalışmaktadır. Bu iki arkadaş beni mücadeleye çağırmamış olsalardı Paul Goodman'la yaptığım son fikir alışverişlerini bu kitaba koyacak cesareti bulamazdım.

Bu metnin oluşmasıyla yakından ilgili olan daha birçok kişi vardır: Bu kitapta, ekonomiyle ilgili görüşlerini zamanı kirleten ve mekânı bozan ulaşım ve taşımacılık sistemlerinden örneklerle açıklayan Jean Robert ve Jean P. Dupuy; sağlık politikasında benim hocam olan

Andrè Gorz; bu kitabın taslağını Londra'da, hayran olunacak bir ustalıkla yayımlayan ve böylece son versiyonu geniş bir eleştirel tepki yelpazesi üzerinde oluşturmama olanak sağlayan Marion Boyars. Onlara ve beni tüm eleştirenlere ve yardım edenlere, özellikle de beni değerli bir okuma uğraşına yöneltenlere derinden teşekkür borçluyum.

Bu kitap Valentina Borremans olmaksızın asla yazılamazdı. Çünkü kitabın temelini oluşturan belgeleri sabırla topladı ve sürekli eleştirileriyle bir yandan yargı gücüme incelik kattı, bir yandan dilimi adam etti. Ölümün sanayileştirilmesi bölümü onun, ölümün çehresinin tarihi hakkındaki kendi kitabı için derlediği notlarının bir özetidir.

Ivan Illich
Cuernavaca, Meksika
Ocak 1976

Giriş

Tıp kurumu sağlık için büyük bir tehlike haline gelmiştir. Tıptaki profesyonel egemenliğin etkisi salgın boyutlarına ulaştı. Bu yeni salgının adı olan İatrojenez'in (Iatrogenesis) kökeni, klasik Yunanca "hekim" anlamına gelen iatros ve "köken" anlamına gelen genesis sözcüklerinden oluşmuştur. Tıptaki ilerlemenin yol açtığı hastalıkların tartışması tıbbi konferansların gündemlerinden, tanı ve tedavinin hasta edici etkileri üzerinde yoğunlaşan araştırmacılara; hastalıkların tedavisinin neden olduğu, giderek tıbbi vukuat listelerinde oldukça fazla yer kaplayan, paradoksal zararları sergileyen raporlara kadar yayılmıştır. Tıp mesleği, benzeri görülmemiş bir temizlenme kampanyasına girmek üzeredir. Tıpkı Roma Kulübü'nün Ford, Fiat ve Volkswagen'in himayelerinde "analizcileri" toplaması gibi, adını dok-

torların yetiştiği bir Yunan Adası'ndan almış olan "Cos Kulübü" de ortaya çıktığı andan itibaren doktorları, ünlü eczacıları ve bunların endüstriyel sponsorlarını bir araya getirmiştir. Tıbbi hizmet satıcıları, "daha uygun araç ve tedavi" havucuna karşılık "ilerlemenin sınırları" sopasını göstererek başka alanlardaki meslektaşlarının örneğini izlemektedirler. Profesyonel sağlık koruma mesleği, sınırları hızla büyüyen politik bir sorundur. Bu sınırların kimin çıkarına hizmet edeceği, büyük ölçüde, bu sınırların gerekliliğinin formüle edilmesinde inisiyatifi kimin aldığına bağlıdır: Ya halk statükocu profesyonel güce karşı politik eylem için örgütlenecek ya da sağlık profesyonelleri tekellerini daha da genişletmek amacını güdecektir.

Kamuoyu, toplum sağlığı görevlilerinin aralarındaki belirsizlik ve karmaşaya dikkat kesilmiştir. Gazeteler tıbbın ileri gelenlerinin geriye çark etme manevralarından söz eden yazılarla doludur: Dünün cephe yarma denebilecek ileri harekâtlarının öncüleri henüz bulmuş oldukları mucize tedavilerin tehlikelerine karşı, hastalarını uyarmaktadırlar. Rus, İsveç ya da İngiliz sosyal tıp modellerini taklit etmeyi öneren politikacılar, son olayların kendi bakım-gözetim sistemlerinin kapitalist tıbbın daha az bir artışla da olsa yarattığı aynı patolojik sonuçları yaratmada bir hayli verimli olduklarını göstermesinden ötürü utanç verici bir duruma düşmüşlerdir. Modern tıbba karşı bir güven bunalımı yaşıyoruz. Ancak bunda çakılıp kalmak, kendi kendini kandırmaya yol açan kehanetlerin ve olası bir paniğin artmasından başka bir işe yaramaz.

Bu kitap, paniğe gerek olmadığını savunuyor. Tıbbi konular üzerindeki mistik havayı kaldırma konusunda diretmekle işe başlayarak iatrojenik pandeminin* kamuoyunda akılcı bir şekilde tartışılmasını sağlamak kamu yararına aykırı bir şey olmayacaktır. Aykırı olan, tıptaki yüzeysel bir temizlik olayına güvenen, edilgen bir kamuoyudur. Tıptaki bunalım meslekten olmayan kişileri, tıbbi anlayışlar, sınıflamalar ve karar oluşturma üzerinde kendi denetimlerini talep etmeye yöneltebilir. Asklepion Tapınağı'nın laikleştirilmesi, soldan sağa tüm endüstri toplumlarının onayladığı şimdiki modern tıbbın temel dinsel öğretilerinin meşruluğunu yitirmesine yol açabilir.

*Yun. Birçok ülkede yaygın görülen (burada hastalık). (ç.n.)

Benim savım, güncel iatrojenik epidemiyi* durduracak potansiyel perspektifin ve etkili gücün hekimlerde (İng. physician) değil, hekim olmayan kişilerde var olduğudur. Bu kitap, okura, ilerlemenin çok popülerleştirilmiş yararlarının arkasındaki çirkin yüzü değerlendirebileceği kavramsal bir temel yapı sunuyor. Daha önce başka bir yerde ayrıntılı biçimde açıkladığım[1] ve eğitimle[2] taşımacılığa[3] uyguladığım teknolojik ilerlemenin sosyal yönden değerlendirilmesi ile ilgili bir modelden yararlanıyor. Şimdi ben bu modeli, yüksek düzeyde bir endüstrileşmeye göre örgütlenmiş bütün toplumlarda egemen olan, sağlıkta mesleki tekelcilik ve bilimciliğin eleştirisinde kullanacağım. Benim görüşüme göre, tıbbın insan sağlığına uygun hale getirilmesi bu kitabın IV. bölümünde ele alınan sosyoekonomik altüst oluşun bir parçasıdır.

Dipnotlar bu metnin doğasını yansıtmaktadır. Akademinin hep sayfa altlarında küçük basılmış yazılar kullanma tekelini kırma hakkımı kullandım. Bazı dipnotlar buna benzer verileri toplayan bir kişinin kafasında bulunması gerekmeyen bir perspektif olan, optimal bir şekilde sınırlandırılmış sağlık hizmeti için önceden oluşturduğum kendi paradigmamı geliştirmede ve doğrulamada kullandığım bilgileri belgelemektedir. Bazı kaynakları da söylediklerini, söylenti olduğu ve bu nedenle kamuoyunun kararını etkilemesi gerektiği için bilirkişi kanıtı olarak kabul etmesem de, uzman bir yazarın tesadüfen yaptığı görgü tanıklığına güvenerek kullandım.

Pek çok dipnot, okura, bu işe yeni başladığımda konu dışından biri olarak tıp konusu içinde ilerleyebilmek ve tıbbın etkinliğini politik yönden değerlendirebilecek yeterliliğe ulaşabilmek açısından yararlı bulmuş olduğum bibliyografik bir rehber sağlamaktadır. Bu notlar, kendi başıma araştırma yaptığım yıllarda değerini anladığım kütüphane araçlarına ve referans çalışmalarına yapılan başvuruları göstermektedir. Ayrıca, yararlandığım teknik yazılardan romanlara dek bu konuda okunacak kitapların listesini çıkarmaya yardımcı olmaktadır.

Son olarak, dipnotları ana metinden ayrılmayan okurun aklına takılabilecek, parentetik, tamamlayıcı ve teğet geçen dokundurmalarımı ve sorularımı açıklamak için kullandım. Bu kitap, tıp dışındaki kişiler için yazılmıştır ve bunların sağlık hizmetinde tıbbın etkisini

*Yun. Salgın. (ç.n.)

değerlendirecek yetkinliği kazanmaları gerekir. Günümüzdeki uzmanlar içinde, çok acil ihtiyaç duyulan bu çalışma için en fazla özel yetersizlikle eğitilmiş olanlar, hekimlerdir.

Toplum çapında iatrojenik hastalıklardan kurtulunması profesyonel ya da mesleki değil, politik bir iştir. Bunun sağlıklı olma özgürlüğü ile adil bir sağlık hizmeti elde etme hakkı arasındaki denge kavramından oluşmuş temellerin üzerine oturması gerekir. Son kuşaklarda, sağlık hizmeti üzerindeki tekel kontrolsüz bir şekilde genişledi ve kendi bedenlerimizle ilgili özgürlüğümüze tecavüz etti. Toplum, hastalığı olduğunu, kimin hasta olduğunu ya da olabileceğini ve bu kişilere ne yapılabileceğini belirleme şeklindeki ayrıcalıklı hakkını hekimlere devretti. Sapmalar, artık yalnızca, tıbbi yorumun uygun gördüğü ve haklı bulduğu ölçüde "meşru"dur. Tüm yurttaşlara tıp sisteminden hemen hemen sınırsız yarar sağlama vaadi, sürekli kendi kendini sağlığa kavuşturan bir yaşam sürmek isteyen halkın gereksindiği çevresel ve kültürel koşulları yok etme tehdidindedir. Bu gidiş açığa çıkarılmalı ve tersine döndürülmelidir.

Tıbbın sınırları mesleki bir "kendini sınırlama"dan daha farklı bir şeydir. Tıp loncasının, tıbbın kendisini iyileştirmek adına kendi benzeri bulunmayan niteliklerinde diretmesinin bir aldanmaya dayandığını göstereceğim. Mesleki güç, üniversite eğitimli burjuvazinin diğer sektörleri tarafından yüzyılımızda hayata geçirilmiş özerk bir otoritenin sağlık işinde politik olarak yetkilendirilmesinin sonucudur: Şimdiyse bunu vermiş olanlar tarafından geri alınamamaktadır; ancak ve ancak halk çoğunluğunun, bu yetkinin zararlı olduğunu onaylamasıyla gayri meşru kılınabilir. Tıp sisteminin iflas etmekten başka yapabileceği bir şey yoktur. Korkunç ifşalardan paniğe kapılmış bir toplum yılgınlığa düşerek uzmanların sağlık hizmetindeki egemenliğine daha çok destek verirse, bunun sonucu, tedavi yerine hasta edici sağlık hizmetinin artmasından başka bir şey olamaz. Bu durumda, sağlık hizmetini hasta edici bir girişime dönüştüren şeyin, insanın sağ kalmasını organizmanın performansından çıkararak teknik ustalığın sonucu olarak gösteren bir mühendislik faaliyetinin artmasından başka bir şey olmadığını anlamak gerekir.

Yine de, "sağlık" bireylerin kendi iç durumları ve çevresel koşullarıyla savaşımlarının şiddetini anlatmak için kullanılan sıradan,

gündelik bir sözcüktür. "Sağlıklı" sözcüğü *Homo sapiens* için ahlaki ve politik etkinlikleri niteleyen bir sıfattır. En azından kısmen, bir toplumun sağlığı, herkes için, özellikle de daha zayıflar için kendine güven, özerklik ve saygınlığı sağlayacak ortamı hazırlayan ve koşulları yaratan politik eyleme bağlıdır. Bunun sonucu olarak çevre, kendini yönetebilen sorumlu insanlar ortaya çıkarabiliyorsa sağlık standartları optimum düzeydedir. Sağlık standardı yalnızca, organizmanın hayatta kalma homeostasisinin* heteronom (başkası tarafından yönetilen) düzenlenmesine belli bir oranın ötesinde bağımlı duruma geldiğinde düşme eğilimi gösterir. İster tedavi, ister koruma, isterse çevre mühendisliği biçiminde olsun, kurumsal sağlık hizmeti, kritik bir yoğunluğun ötesinde, sistemik sağlığın yadsınmasıyla özdeştir.

Güncel tıbbın insanların sağlığına karşı oluşturduğu tehdit, trafik yoğunluğunun ve sıkışıklığının devingenliğe karşı oluşturduğu tehdide; eğitim ve medyanın öğrenmeye karşı oluşturduğu tehdide ve kentleşmenin ev yapımında uzmanlığa karşı oluşturduğu tehdide benzemektedir. Bu olguların her birinde ana kurumsal çabalar, tersine sonuç verir duruma gelmiştir. Trafikte zamanı tüketen hızlanma, gürültülü ve karmakarışık bir ulaşım; daha çok insanı daha yüksek bir teknik yeterliliğe ancak genel bir yetersizliğe ulaştırmak için eğiten bir eğitim sistemi: Bunların tümü tıbbın iatrojenik hastalık yaratmasına paralel fenomenlerdir. Bu olguların her birinde bir ana kurumsal sektör, toplumu, o sektörün yaratıldığı ve teknik olarak donatıldığı amaçtan uzaklaştırmıştır. İatrojenez *spesifik amaçbozuculuğun* (counter productivity) özel tıbbi tezahürü olarak görülmedikçe anlaşılamaz. Spesifik ya da parodoksal amaçbozuculuk, kendisini üreten sisteme sıkıca yapışık kalan *diseconomy*nin** olumsuz bir sosyal göstergesidir. Bu, aynı zamanda haber medyasının yarattığı karmaşanın, eğitimcilerce beslenmiş yetersizliğin ya da daha güçlü bir arabanın temsil ettiği zaman kaybının ölçütüdür. Spesifik amaçbozuculuk, spesifik değeri doğuran sistemin içinde kalmış kurumsal verim artışının istenmeyen bir yan etkisidir. Nesnel hayal kırıklığının (objective frustration) sosyal bir ölçütüdür. Patojenik tıpla ilgili olan bu araştırma, sağlık hizmeti alanında, bugün sanayi toplumunun tüm ana sektörlerinde

* Organizmada normal koşulların sürekliliği. (ç.n.)
** Hastalıklı ekonomi anlamında. (ç.n.)

hâlâ görülebilen amaçbozuculuğun çeşitli yönlerini göstermek amacıyla yapılmıştır. Sanayi üretiminin öteki alanlarında da buna benzer çözümlemeler yapılabilir; ama geleneksel saygınlığı olan ve kendine önem veren bir hizmet mesleği olarak tıp alanında bu çalışmaya özellikle ihtiyaç vardır.

Günümüzde yerleşik iatrojenez tüm sosyal ilişkileri etkiliyor. Bu, özgürlüğün, refah nedeniyle içe dönük sömürgeleştirilmesinin sonucudur. Zengin ülkelerde tıbbi sömürgeleştirme hasta edici boyutlara varmıştır; yoksul ülkeler hızla bunu izlemektedir. (Tek bir ambulansın sireni Şili'deki bir kasabanın hastalara yardım tutumunu yok edebilir.) "Yaşamın tıplaştırılması" adını vereceğim bu sürecin politik yönden açıkça tanınmasının zamanı gelmiştir. Tıp, sanayi toplumunda bir dönüşümü amaçlayan politik hareketin ilk hedefi olabilir. Yalnızca, karşılıklı kendi kendine bakım yetisini elde eden ve bunu çağdaş teknoloji uygulamasına bağımlılıkla bütünleştirmeyi öğrenen kişiler, üretimin sanayi biçimini öteki alanlarda da sınırlamaya hazır hale gelebilirler.

Kritik sınırların ötesinde büyümüş, profesyonel ve doktora dayalı bir sağlık koruma sistemi üç nedenden dolayı hasta edicidir: Potansiyel yararlarından daha ağır basan klinik zararlar verir; toplumu sağlıksız kılan koşulların üstünü örtse de onları arttırmaktan başka bir şey yapamaz; bireyin kendi kendini iyileştirme ve çevresini biçimlendirme gücünü saptırma ve elinden alma eğilimindedir. Çağdaş tıp sistemi katlanılabilir sınırları aşmıştır. Toplum sağlığı metodolojisindeki medikal ve paramedikal tekel, bilimsel başarının insanın değil, sanayinin gelişimini güçlendirecek biçimde yanlış kullanımına net bir örnektir. Böyle bir tıp, toplumdan rahatsız ve bıkkın insanları hasta, güçsüz ve teknik onarım gerektiren kişiler olduklarına ikna etmeye yarayan bir araçtır yalnızca. Tıbbın hastalık üreten bu üç ayrı etkisini kitabın ilk üç bölümünde ele alacağım.

İlk bölümde tıp teknolojisindeki başarıların bilançosu yer alıyor. Birçok kişi doktorlar, hastaneler ve ilaç sanayisi konusunda zaten endişelidir ve sadece kuşkularını destekleyecek verilere gereksinim duymaktadır. Doktorlar, bugün yaygın olan pek çok tedavi biçiminin resmen yasaklanmasını talep ederek güvenilirliklerini desteklemeyi gerekli görürler. Tıp uygulamasında, meslekten olanların zorunlu

gördüğü kısıtlamalar genellikle öylesine radikaldir ki politikacıların çoğunluğu tarafından reddedilir. Bu pahalı ve yüksek riskli tıbbın yararsızhğı günümüzde her yerde tartışılan bir olgudur ve ben bunu üzerinde çok fazla duracağım anahtar bir konu olmaktan çok kendisinden yola çıkacağım bir konu olarak görüyorum.

II. bölüm, tıbbın sosyal örgütlenmesinin sağlığı doğrudan yadsıyan etkilerini, III. bölüm ise tıbbi ideolojinin kişisel direnci sakatlayıcı etkisini ele almaktadır: Üç ayrı bölümde, acı, hastalık ve ölümün kişisel bir savaşımdan teknik bir soruna dönüştürülmesini anlattım.

IV. bölüm, sağlığı yadsıyan tıbbı, aşırı sanayileşmiş uygarlığın tipik bir amaçbozucu öğesi olarak yorumluyor ve buna verilen, taktik açıdan yararlı ama stratejik açıdan boşuna çözümler üreten beş tür politik yanıtı irdeliyor. Burada kişinin çevresiyle ilişki kurduğu ve çevresine uyarladığı iki biçim birbirinden ayrılıyor: Otonom (kendi kendini yöneten) çözüm ve heteronom (yönetilen) bakım ve işletme. Sonuç olarak, halkın sağlığa kavuşma gücünü kazanmasına ancak, sağlığın profesyonel yönetimini sınırlandırmayı amaçlayan bir politik programın olanak sağlayabileceği ve böyle bir programın, sanayi tipi üretimin toplum genelinde eleştirilmesinin ve sınırlandırılmasının ayrılmaz bir parçası olduğu ortaya çıkıyor.

I.
Klinik İatrojenez

I. Modern Tıp Salgınları

Bir zamanlar Batı toplumlarının başına bela olmuş hastalıklarda son üç kuşak boyunca dramatik değişiklikler oldu.[1] Polio*, difteri ve tüberküloz ortadan kalktı; bir antibiyotik iğnesi pnömoni** ya da syphilisi*** tedavi etmeye yetti; kitle halinde ölüme yol açan öyle çok hastalık kontrol altına alındı ki günümüzde ölümlerin üçte ikisi yaşlılık hastalıkları yüzündendir. Genç yaşta ölenlerin sayısı ise kaza, terör ve intihar kurbanlarından daha fazla değildir.[2]

Sağlıkla ilgili bu değişiklikler genellikle hastalığın azalması olarak değerlendirildi ve daha çok, tıbbi hizmete mal edildi. Hemen herkes,

* Çocuk felci. (ç.n.)
** Zatürree. (ç.n.)
*** Frengi. (ç.n.)

bir doktorun müdahalesi olmadığı takdirde dostlarından en az birinin sağ ya da sağlıklı olamayacağına inanıyorsa da, hastalıklardaki bu değişim ile tıpta ilerleme denilen olgu arasında doğrudan ilişkiyi gösteren bir kanıt yoktur.[3] Değişiklikler politik ve teknolojik dönüşümlere bağımlı değişkenlerdir; hatta doktorların yaptıklarına ve söylediklerine yansıyan, sağlık profesyonellerinin gururlandıkları, hazırlık, statü ve pahalı donanımlar gerektiren etkinliklerle de önemli bir ilişkileri yoktur.[4] Buna karşın, son on beş yıldır hastalıkların gittikçe artan bir oranda sorumlusu, hasta ya da hastalanacak kişilere yapılan tıbbi müdahalelerin kendisidir. Bunlar doktorlar tarafından yapılmıştır, yani iatrojeniktir.[5]

Tıp ütopyasının[6] peşinde koşulduğu bir yüzyıldan sonra ve günümüzün geleneksel bilgeliğinin[7] tersine, tıp hizmetleri yaşam beklentisindeki* değişimlerin yaratılmasında önemli bir rol oynamamıştır. Muazzam boyutta modern klinik hizmetin hastalıkları tedavi etmesi doğaldır; ama tıbbın, bireylerin ve toplumun sağlığına verdiği zarar çok daha önemlidir. Bu olgular açıktır, iyi belgelenmiştir, bir o kadar da örtbas edilmiştir.

A. DOKTOR YETERLİLİĞİ-BİR YANILSAMA

Hastalıkların evriminin araştırılması sonucunda, doktorların, son yüzyılda salgınlar üzerinde, eski zamanlardaki rahiplerden daha fazla etkili olamadığı ortaya çıkmıştır. Salgınlar, her ikisi tarafından da lanetlenerek ama hiçbiri tarafından bir şey yapılmadan gelmiş ve gitmiştir. Tıp kliniklerinde icra edilen ritüeller salgınları en fazla dini tapınaklarda yapılan ritüeller kadar etkilemiştir.[8] Sağlık hizmetinin geleceğini tartışmaya, bu olguyu kabul ederek başlamak yararlı olacaktır.

Sanayi çağının başlamasıyla enfeksiyonların yaygınlaşması, tıbbın ününü nasıl kazandığını gösteriyor.[9] Örneğin, tüberküloz iki kuşakta zirveye çıkmıştı. 1812 yılında, New York'ta ölüm oranının her 10.000 kişide 700'den yüksek olduğu tahmin ediliyor; basilin ilk kez

* (Life expectancy) Bireylerin, içinde bulundukları andan itibaren yıl olarak yaşama olasılıklarını gösteren biyoistatistik bir parametre. (ç.n.)

Koch tarafından izole edilerek kültürünün yapıldığı 1882 yılında bu oran çoktan 10.000 kişide 370 kişiye inmiştir. 1910'da ilk sanatoryum açıldığında "verem"in ölüm grafiklerinde hâlâ ikinci sırayı tutuyor olmasına karşın bu oran 180 kişiye düşmüştü.[10] İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, antibiyotiklerin rutin hale gelmesinden önce, verem 10.000 kişide 48 ölüm oranı ile 11. sıraya kaymıştı. Kolera,[11] dizanteri[12] ve tifo da aynı şekilde, doktorların denetimi dışında zirveye çıkmış ve sonra yavaş yavaş sönmüşlerdir. Zamanla etyolojileri* anlaşılmış ve tedavileri spesifik hale gelmiştir; bu hastalıklar virulanslarını** ve bundan kaynaklanan toplumsal önemlerinin çoğunu yitirmişlerdir. On beş yaşa kadar çocuklar arasındaki kızıl, difteri, boğmaca ve kızamığın kombine ölüm oranlarında 1860'tan 1965'e dek yüzde 90'a varan toplam düşüş, antibiyotiklerin ve yaygın aşılamanın başlamasından önce oluşmuştur.[13] Bu düşüş kısmen barınma koşullarındaki iyileşmeye ve mikroorganizmaların virulansının düşmesine, ama en önemli faktör olarak da daha iyi beslenme sonucu konak*** direncinin artmasına bağlanmaktadır. Bugün yoksul ülkelerde diare**** ve üst solunum yolları enfeksiyonları daha sık ortaya çıkmakta, daha uzun sürmekte ve sağlık hizmetinin yeterli ya da yetersiz olmasına bağlı olmaksızın, yetersiz beslenmenin var olduğu durumlarda daha yüksek ölüm hızına ulaşmaktadır.[14] 19. yüzyıl ortalarındaki enfeksiyöz salgınlar, yerlerini raşitizm ve pellegra gibi başlıca kötü beslenme sendromlarına bıraktılar. Bunlar da bir ara en yüksek noktalarına çıkıp sönerek yerlerini çocuk hastalıklarına ve genç erkeklerde artan duodenum***** ülserlerine bıraktılar. Bunlar azaldığında modern hastalıklar öne çıktı: Koroner kalp hastalığı, amfizem, bronşit, obesite,****** hipertansiyon, akciğer kanseri, artrit, diyabet ve ruhsal hastalık denen şikâyetler. Yoğun araştırmalara karşın, bu değişimlerin oluşma nedeni hakkında tam bir açıklama yok.[15] Ama kesin olan iki şey var: Hekimlerin profesyonel çalışmaları, eski zamanlarda yüksek olan mor-

* Tıpta neden. (ç.n.)
** Bir mikroorganizmanın hastalık yaratabilme potansiyeli. (ç.n.)
***Mikroorganizmaların girdiği vücut. (ç.n.)
**** İshal. (ç.n.)
***** Onikiparmak bağırsağı. (ç.n.)
****** Şişmanlık. (ç.n.)

talite* ve morbiditenin** düşmesinden dolayı yüceltilemeyeceği gibi, artan yaşam beklentisinden dolayı daha uzun, ama yeni hastalıkların dertleriyle dolu bir yaşamdan ötürü de suçlanamaz. Çünkü bir yüzyıldan daha uzun bir zamandır hastalıkların trend analizi, herhangi bir toplumun genel sağlık durumunu belirleyen en birincil etkenin çevre olduğunu göstermiştir.[16] Tıbbi coğrafya,[17] hastalıkların tarihçesi,[18] tıbbi antropoloji[19] ve hastalıklara yönelik yaklaşımın toplumsal tarihi[20] göstermektedir ki yiyecek,[21] su[22] ve hava,[23] sosyopolitik eşitlik düzeyi[24] ve nüfusu sabit tutmayı olanaklı kılan kültürel mekanizmalarla birlikte,[25] yetişkinlerin kendini sağlıklı hissetmesinde ve insanların daha çok hangi yaşlarda ölmeye eğilim gösterdiğinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Eski hastalık nedenleri kaybolurken yeni bir tür kötü beslenme, hızla yayılan modern bir salgın halini almaktadır.[26] İnsanlığın üçte biri eskiden öldürücü olan bir beslenme yetersizliği düzeyinde hayatta kalmayı başarırken, zenginler daha çok miktarda zehir ve mutajen*** maddeler içeren yiyecekleri yiyorlar.[27]

Genellikle doktorların yardımıyla geliştirilmiş ve kültürle çevrenin bir parçası haline geldiğinde ya da profesyonel sistemden bağımsız olarak uygulandığında optimal düzeyde etkili olan bazı modern teknikler de, daha az olmakla birlikte, genel sağlık düzeyindeki olumlu yönde değişimlerde etkili olmuşlardır. Bunlar arasında kontrasepsiyon,**** çocuklarda çiçek aşısı, su ve kanalizasyon sistemlerinin düzeltilmesi gibi tıp dışı sağlık önlemleri, ebelerin sabun ve makas kullanmaları ve bazı antibakteriyel ve insektisid***** yöntemler sayılabilir. Bu işlemlerin çoğunun önemi ilk kez doktorlar –genellikle önerilerinin cezasını çekmiş cesur muhalifler–[28] tarafından görülmüş ve dile getirilmiştir; ama bu beraberinde, sabun, kerpeten, aşı iğnesi, bit öldürücü preparatlar ya da prezervatifin "tıbbi donanım" kategorisine katılmasını getirmemiştir. Küçükten büyüğe tüm gruplarda ölümlerdeki en son azalmalar bu işlemlerin ve gereçlerin tıp dışındaki kişilerin kültürüne kaynaşmasıyla açıklanabilir.

---

* Ölüm oranı. (ç.n.)

** Hastalanma oranı. (ç.n.)

*** Genlerde değişime yol açarak canlı soyunda kalıcı değişimler yaratan madde. (ç.n.)

**** Doğum kontrolü. (ç.n.)

***** Böcek öldürücü. (ç.n.)

Çevresel koşullarda düzelmenin ve profesyonel olmayan modern sağlık önlemlerinin tersine, insanlara uygulanan spesifik tıbbi tedavinin kesinlikle bileşik hastalanma oranının azalmasıyla ya da yaşam beklentisinin artmasıyla önemli bir ilişkisi yoktur.[29] Ne toplumdaki doktorların oranı ne ellerindeki klinik cihazlar ne de hastanelerdeki yatak sayısı hastalıkların genel durumundaki çarpıcı değişimleri yaratan etkenlerdir. Pernisiyoz aneminin* ve hipertansiyonun teşhis ve tedavisi ya da konjenital malformasyonların** cerrahi girişimle düzeltilmesi konusunda yeni teknikler hastalıkları sonradan sınırlayabilir ama azaltamaz. Belirli hastalıkların seyrek hale geldiği yerlerde doktor nüfusunun yüksek olması doktorların bunları önleme ya da ortadan kaldırma yetenekleriyle ilgili değildir.[30] Bu, yalnızca, doktorların öteki mesleklere göre, kendi istedikleri yerlere daha çok yayıldıklarını ve iklimin sağlıklı, suyun temiz, insanların iş sahibi ve doktor hizmeti için para ödeyebilir durumda oldukları yerlerde toplanma eğiliminde olduklarını gösterir.[31]

B. YARARSIZ TIBBİ TEDAVİ

Korku veren tıbbi teknoloji, çağdaş tıbbın çok etkili olduğu izlenimini yaratabilmek için eşitlikçi retorikle birleştirilmiştir. Son kuşaklarda sınırlı sayıda birtakım spesifik yöntemlerin olağanüstü yararlı olduğu kuşkusuz. Ancak bunlar, tıp profesyonellerinin kendi aletleri olarak tekelleştirmedikleri, pek çok hastalıkta kullanılabilecek, genellikle hiç pahalı olmayan ve çok az bir kişisel yetenek, malzeme ve hastane gözetimi gerektiren araç ve yöntemlerdir. Bunun tersine, günümüzün en az uzaya roket fırlatmak kadar masraflı olan tıbbi harcamaları, etkisi olsa olsa tartışmalı olan tanı ve tedavi türlerine tahsis edilmiştir.[32] Bu konunun üzerinde dururken enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan hastalıkları birbirinden ayırt edeceğim.

Enfeksiyöz hastalıklar olgusunda kemoterapi, zatürree, gonorrhoea*** ve frenginin önlenmesinde önemli bir rol oynamıştır. Sülfamidle-

* Sonucu genellikle ölüm olan ağır bir kansızlık. (ç.n.)
** Doğuştan gelen biçim bozuklukları. (ç.n.)
*** Belsoğukluğu. (ç.n.)

rin ve antibiyotiklerin piyasaya çıkmasından sonra, önceleri "ihtiyarın dostu" olan zatürree her yıl yüzde 5 ile 8 oranında düşüş göstermiştir. Frengi, cilt veremi ve pek çok sıtma, hatta tifo vakası çabucak ve kolayca tedavi edilmiştir. Zührevi hastalıkların oranındaki artış, tıbbın etkisiz kalmasından değil, yeni yaşam tarzlarından kaynaklanmaktadır. Sıtmanın yeniden ortaya çıkması, sıtmaya karşı yeni ilaçların yokluğu yüzünden değil, pestisidlere* dirençli sivrisineklerin türemesi yüzündendir.[33] Aşılama, gelişmiş ülkelere özgü bir hastalık olan poliomyeliti hemen hemen tümüyle yok etmiştir. Aşılar boğmaca ve kızamığın[34] düşüş göstermesine yardım ederek "tıbbi ilerleme" konusundaki yaygın kanıyı doğrulamışlardır.[35] Ama tıp, diğer enfeksiyonların çoğunda, önemli sonuçlar ortaya koyamamıştır. İlaç tedavisi tüberküloz, tetanoz, difteri ve kızıldan ölümlerin azalmasına yardımcı olmuştur, ama bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerdeki total azalmada kemoterapinin oynadığı rol çok az ve büyük olasılıkla önemsizdir.[36] Sıtma, Leichmaniasis** ve uyku hastalığı da kimyasal saldırı karşısında bir zamanlar gerilemiştir, ama günümüzde yeniden artmaktadır.[37]

Enfeksiyöz olmayan hastalıklarla savaşımda tıbbi girişimin etkinliği daha da tartışmalıdır. Etkin bir ilerleme ancak bazı durumlarda ve bazı koşullarla gösterilebilmiştir: Suların florlanmasıyla diş çürümelerine karşı kısmen korunma sağlamak olanaklıdır; gerçi bunun ne pahasına olduğu tam bilinmemektedir.[38] Yerine koyma (replacement) tedavisi,*** diyabetin doğrudan etkisini azaltmakta, ama bu kısa süreli olmaktadır.[39] Hastaneye yatanların çoğu damardan beslenme, kan nakli ve cerrahi tekniklerle travmayı atlatmaktadır; ama –tüm vakaların yüzde 90'ını oluşturan– en sık rastlanan kanser türlerinde sağ kalma oranı son yirmi beş yıldır, hiç değişmeden olduğu gibi kalmıştır. Bu gerçek, Amerikan Kanser Derneği'nin, General Westmoreland'in Vietnam'dan yaptığı duyuruları anımsatan açıklamalarıyla sürekli olarak gizlenmiştir. Öte yandan, Papanicolaou'nun vajinal smear testinin tanı açısından önemi kanıtlanmıştır: Eğer bu test yılda dört kez yapılırsa, cervix**** kanserlerinde erken müdahale beş yıldan fazla sağ

* Böcek öldürücü kimyasal madde. (ç.n.)
** Leichmania tropica adlı tek hücreli hayvanın yol açtığı antepçıbanı. (ç.n.)
*** Kanda bulunmayan insülinin ya da herhangi bir hormonun dışarıdan verilmesi. (ç.n.)
**** Rahim boynu. (ç.n.)

kalma oranını kesin bir şekilde arttırmaktadır. Bazı deri kanserlerinde tedavi epey etkilidir. Ancak diğer kanserlerin çoğunda, tedavinin etkili olduğunu gösteren pek bir kamt yoktur.[40] Yapılan check-up'lar ne kadar sık ve uygulanan tedavi ne türden olursa olsun, meme kanserlerinde beş yıldan fazla yaşama oranı yüzde 50'dir.[41] Bu oranın hiç tedavi görmeyen kadınlarda daha farklı olduğunu gösteren bir kanıt da yoktur. Bu işte çalışan doktorlar ve tıp yayıncıları bu kanserin ve birçok diğer kanser tipinin erken tanı ve tedavisinin önemini vurguluyorlarsa da epidemiyologlar erken müdahalenin sağ kalma oranını değiştirebildiğinden kuşku duymaya başlamışlardır.[42] Seyrek görülen konjenital* ve romatoid kalp hastalığında cerrahi ve kemoterapi, dejeneratif yapıların hasta ettiği kişilerin aktif bir yaşama kavuşma şansını arttırmaktadır.[43] Ancak daha sık rastlanan kardio-vasküler hastalıkların tıbbi tedavisi[44] ve kalp hastalığının yoğun tedavisi[45] yalnızca, hekimin kontrolünün dışında, oldukça sıradışı durumların da katılmasıyla etkili olabilmektedir. Yüksek tansiyonun ilaçla tedavisi etkilidir, ama bu, durumun malign** olduğu az sayıda insan için yan etki riskinin ortaya çıkmasına neden olur; ki bu da, damarlarla uğraşan şevkli sıhhi tesisatçıların bu tedaviyi yutturmaya çalıştıkları on ya da yirmi milyon Amerikalı için kanıtlanmış herhangi bir yarardan çok daha ağır basan, ciddi zararlara yol açabilecek büyüklükte bir tehlikedir.[46]

C. DOKTORLARIN NEDEN OLDUĞU ZARARLAR

Maalesef, yararı olmamasının yanı sıra zararı da olmayan tıp hizmeti, gittikçe büyüyen tıp kurumunun günümüz toplumuna verdiği zararların yanında çok önemsiz kalır. Teknik tıbbi müdahalelerden kaynaklanan ağrı, fonksiyon bozukluğu, sakatlık ve acı günümüzde trafik ve iş kazalarıyla ve hatta savaşla ilgili etkinliklerle bile yarışır duruma gelmiş ve tıbbın zararlarını günümüzün en hızlı yayılan salgınlarından biri haline getirmiştir. Yapılan bu canice kurumsal kötülükler içinde bir tek modern kötü beslenme, çeşitli tezahürleriyle iatrojenik hastalıklardan daha fazla sayıda insana zarar verebilir.[47] İat-

* Doğuştan gelen. (ç.n.)

** Habis (burada ciddi bir hastalıktan kaynaklanan anlamında). (ç.n.)

rojenik hastalık en dar anlamda, mesleğin gerektirdiği tedavi eksiksiz uygulanmadığında ortaya çıkan hastalıkları kapsar.[48] Bu tanıma göre, bir hasta kendisini tedavi eden hekimi, tıbbın gerektirdiği, ama hastayı riske sokacağı gerekçesiyle hekimin uygulamaktan kaçındığı bir yöntemi uygulamamakla suçlayarak dava edebilir. Daha genel ve daha çok kabul gören bir anlayışa göre ise klinik iatrojenik hastalıklar, tüm klinik koşulları içerirler; her tür tedavi edici ilaç ve gereç, hekimler ya da hastaneler bunların patojenini ya da "hasta edici" etkenini oluşturur. Bu terapötik yan etki fazlalığına klinik iatrojenez diyorum. Bu, tıbbın kendisi kadar eskidir[49] ve daima tıp araştırmalarının konusu olagelmiştir.[50]

İlaçlar hep potansiyel zehirler olagelmiş ve beklenmeyen yan etkiler bunların güçleri[51] ve geniş kullanımlarıyla birlikte artmıştır.[52] Birleşik Devletler ve Birleşik Krallık'taki yetişkinlerin yüzde 50 ya da 80'i, tıpça önerilmiş kimyasal bir maddeyi yutmaktadır. Kimileri yanlış ilacı almakta, kimileri eskimiş ya da başka maddelerin bulaştığı ilaçları ve kimileri de sahte ilaçları yutmakta;[53] kimileri tehlikeli bir bileşim oluşturacak ilaçları bir arada almakta;[54] kimileri ise iyi sterilize edilmemiş enjektörlerle iğne olmaktadır.[55] İlaçların bazıları alışkanlık yapıcı, bazıları sakat bırakıcı ve bazıları da –yalnızca yiyecek boyaları ya da insektisidlerle birleşince bile olsa– mutajeniktir. Antibiyotikler bazı hastalarda normal bakteri florasını değiştirmekte ve daha dirençli organizmaların çoğalmasını ve konakta yerleşmesini sağlayarak süperenfeksiyonlara yol açmaktadır. Kimi ilaçlar, ilaca dirençli bakteri soylarının üremesine katkıda bulunmaktadır.[56] Sonuç olarak zehirlenmenin gizli türleri, kocakarı ilaçlarından bile daha hızlı bir biçimde, her yere, her şekilde yayılmıştır.[57] Gereksiz cerrahi ise alışılmış bir işlemdir.[58] Sakat bırakan, hastalık olmayan hastalıklar, var olmayan hastalıkların tıbbi tedavisinin sonucudur ve artmaktadır:[59] Massachusetts'de, var olmayan kardiyak hastalıkların tedavisi sonucu sakat kalmış çocuk sayısı, gerçek kardiyak hastalığı nedeniyle tedavi altına alınan çocuk sayısını aşmıştır.[60]

Doktorların neden olduğu acı ve hastalıklar, daima tıp pratiğinin bir parçası olagelmiştir.[61] Profesyonel katılık, kayıtsızlık ve yetersizlik, hatalı uygulamanın çok eski biçimleridir.[62] Doktorun, kişisel olarak tanıdığı insanlar üzerinde becerisini uygulayan bir esnaftan, hasta

gruplarına bilimsel kuralları uygulayan bir teknisyene dönüşmesiyle birlikte hatalı uygulama anonim, neredeyse saygın bir statü kazandı.[63] Önceleri güvenin kötüye kullanılması ve ahlaki bir kusur olarak görülen şey artık, donanım ve uygulayıcılardan ara sıra kaynaklanan hatalar olarak rasyonalize edilir oldu. Karmaşık bir teknolojik hastanede ihmalkârlık "rastlantısal insan hatası" ya da "sistemin durması" olur; katılık "bilimsel tarafsızlık" olur, yetersizlik ise "özelleşmiş donanımın yokluğu" olur. Tanının ve tedavinin kişiliksizleştirilmesi, hatalı uygulamayı ahlaki bir sorundan teknik bir soruna dönüştürmüştür.[64]

1971'de, Birleşik Devletler mahkemelerinde 12.000 ile 15.000 hatalı uygulama davası görüldü. Hatalı uygulama davalarının ancak yarısından azı on sekiz aydan önce sonuçlandı ve bu tür davaların yüzde 10'undan fazlası altı yılda bile bitirilemedi. Hatalı uygulama sigortası için ödenmiş her doların ancak yüzde 16-20'si kurbanı tazmin etmeye giderken geri kalanı avukatlara ve tıp eksperlerine ödendi.[65] Bu tür davalarda, doktorlar ancak tıp yasalarına aykırı davranmak ya da gerekli tedaviyi uygulamada yetersizlik ya da açgözlülükten, bir de tembellik yüzünden ihmal suçlamasıyla zarar görebilirler. Oysa asıl sorun, modern doktorların verdiği zararların çoğunun bu kategoriler dışında kalmasıdır.[66] Bu zararlar, verdikleri zararı bilmelerine (ya da bilebilmelerine ya da bilmek zorunda olmalarına) karşın, iyi eğitilmiş ve yürürlükteki mesleki düşünce ve uygulamalara boyun eğmesini öğrenmiş erkek ve kadınların olağan uygulamaları sırasında oluşur.

Birleşik Devletler Sağlık, Eğitim ve Sosyal Yardım Bakanlığı, hastaneye yatırılmış tüm hastaların yüzde 7'sinin tazminat ödenecek zararlara uğradığını hesaplamıştır; ama bunların pek azı bu konuda bir şeyler yapmıştır. Üstelik, hastanelerde rapor edilmiş kazalar, madenler ve yüksek inşaatlar dışındaki tüm sanayi kollarından daha sıktır. Kazalar, Amerikan çocukları için en önemli ölüm nedenidir. Hastanede geçirilen zamanla orantılı hesaplayacak olursak, bu kazaların hastanelerde diğer yerlere oranla çok daha sık meydana geldiği ortaya çıkar. Özel bir tedavi gereksinimiyle hastaneye yatırılan her elli çocuktan biri hastanede kazaya uğramaktadır.[67] Üniversite hastaneleri görece daha patojenik ya da hastalığa yol açma oram daha yüksek yerlerdir. Ayrıca, tipik bir araştırma hastanesine yatırılan her beş hastadan birinin, bazen çok önemsiz, genellikle de özel tedavi gerektiren

bir iatrojenik hastalığa yakalandığı ve her otuz vakadan birinin ölüme gittiği saptanmıştır. Bu olayların yarısı ilaç tedavisinin komplikasyonları nedeniyle, onda biri ise, şaşılacak şekilde, teşhis işlemleri sonucu ortaya çıkmaktadır.[68] Her ne kadar iyi niyetli ve halka hizmet ettiği iddiasında olursa olsun, yaptığı işin benzer sonuçlara yol açtığı saptanan bir subay, birliğinin başından alınır. Aynı şekilde, bir restoran ya da eğlence yeri polis tarafından kapatılır. Sağlık endüstrisinin, verdiği zararın suçunu kurbanların üzerine atmaya çalışması ve çokuluslu ilaç şirketlerinin, yayımladıkları tüyo listelerinde, okurlara, "İatrojenik hastalıklar hemen hemen daima nevrotik kökenlidir" demeleri hiç de şaşırtıcı değildir.[69]

D. SAVUNMASIZ HASTALAR

Tıp sistemiyle gerek caiz, gerek hatalı, duygusuzca ya da kontrendike teknik temasların istenmeyen yan etkileri patojenik tıbbın en birinci basamağını oluşturur. Bu klinik iatrojenez, doktorların yalnızca, hastayı tedavi etmek ya da sömürmek amacıyla verdikleri zararı değil, kendilerini hatalı uygulama davalarından korumak amacıyla yaptıkları girişimlerden kaynaklanan diğer haksızlıkları da kapsar. Dava ve takibattan korunmaya yönelik bu girişimler diğer iatrojenik dürtülerden daha da çok zarar verebilir.

İkinci basamakta,[70] tıp mesleği, tedavi edici, koruyucu, endüstriyel ve çevresel tıbbın tüketicisi olmayı özendiren, hastalıklı bir toplumun yardımına koşarak hastalığı destekler. Bir yanda, gittikçe artan sayıda arızalı insan sağ kalır ve yalnızca kurumsal bakımla yaşam sürdürebilirken öte yanda, tıp tarafından belgelenmiş semptomlar insanları endüstriyel çalışmadan muaf tutar ve böylece onları hasta eden toplumu değiştirecek politik savaşım cephesinden uzaklaştırır. İkinci basamak iatrojenez, ifadesini, toplumun, sağlığın kamulaştırılması diyeceğim düzeye varacak şekilde aşırı tıplaştırılmasının çeşitli semptomlarında bulur. Tıbbın ikinci basamaktaki etkisini sosyal iatrojenez olarak adlandıracağım ve ikinci bölümde tartışacağım.

Üçüncü basamakta, sağlık meslekleri denen şeyin daha da derin, kültürel olarak sağlığı yadsıyan, insanların insana özgü zayıflıklarıyla

kişisel ve otonom bir şekilde başa çıkma potansiyelini yok eden bir etkisi vardır. Modern tıbbın kıskacındaki hasta, tıbbın habis tekniklerinin kıskacındaki bir insan türü örneğinden başka bir şey değildir.[71] Üçüncü bölümde tartışacağım kültürel iatrojenez, hijyenik ilerlemenin en son geri tepmesidir ve hastalık, sakatlık ve ölüme karşı sağlıklı tepkilerin felç olmasını da içine alır. Bu, insanlar mühendislik modeline göre düzenlenmiş sağlık yöntemini kabul ettikleri zaman ve "daha iyi sağlık" denen şeyi, sanki bir malmış gibi üretmek için işbirliğine girdikleri zaman ortaya çıkar. Bu da kaçınılmaz olarak, yaşamın, subletal* hastalığın yüksek düzeylerinde kontrol edilerek sürdürülmesi sonucunu doğurur. Tıptaki "ilerleme"nin bu son belası, gerek klinik gerekse sosyal iatrojenezden kesinlikle ayırt edilmelidir.

İatrojenezin bu üç basamağından her birinin tıbben düzelmez olduğunu gösterebilmiş olmayı umarım: Bu özellik tıbbi uğraşın merkezine yerleşmiştir. Diagnostik ve terapötik ilerlemenin istenmeyen fizyolojik, sosyal ve psikolojik yan ürünleri tıbbi tedaviye karşı dirençli hale gelmiştir. Klinik ve sosyal iatrojenezi tedavi etmede kullanılabileceği düşünülen önlemler; yani yeni gereçler, yaklaşımlar ve örgütsel düzenlemelerin kendileri, yeni salgına katkıda bulunan patojenler haline gelme eğilimindedir. Hastaları tedavi sırasında oluşan zararlardan kaçınmak için herhangi bir basamakta alınan teknik ya da yönetsel önlemler, çevre kirliliğini önleyici düzenlemeler olarak kullanılan kirletici yöntemlerin yarattığı daha büyük zarara benzeyen, kendi kendini güçlendiren iatrojenik bir kısırdöngüye dönüşmüştür.[72]

Negatif kurumsal feed-back'in bu kendi kendini güçlendiren kısırdöngüsünü klasik Yunanca'daki eşdeğeriyle adlandırıyorum ve medikal nemesis** diyorum. Yunanlılar, tanrıları doğa güçleri olarak görürlerdi. Onlar için nemesis, tanrıların kıskançlıkla koruduğu ayrıcalıklarını çiğneyenlere ölümle gelen ilahi öcün simgesiydi. Nemesis, insan değil de kahraman olmaya kalkışmanın kaçınılmaz cezasıydı. En soyut Yunan isimleri gibi, nemesis de ilahi bir varlığın biçimini almıştı. Bu tanrıça, doğanın hubrise*** tepkisini simgeliyordu: Kişinin,

* Öldürücü olmayan. (ç.n.)
** Yunan mitolojisinde intikam tanrıçası. (ç.n.)
*** Yu. kibir. (ç.n.)

Tanrı özelliklerini kazanmaya kalkışan haddini bilmezliğine karşı bir tepki. Bizim modern hijyenik hubris de yeni bir medikal nemesis sendromuna yol açmıştır.

Yunanca terimi kullanarak buna denk düşen fenomenin, bürokratlar, terapistler ve ideologların çığ gibi büyüyen hastalıklı ekonomi ve zararlar için öne sürdükleri açıklayıcı paradigmaya uymadığını, çünkü bunların hiçbir sezgi içermeden mühendisleştirildiğini ve "büyük sistemlerin sezgi karşıtı tavrı" diye adlandırılmaya yatkın olduklarını vurgulamak istedim. Mitlere ve geçmiş zaman tanrılarına başvurmamın nedeni, günümüz tıbbının çöküşünü analiz etmede kullandığım modelin, endüstriyel bakışla belirlenmiş akıl ve ethosa* yabancı olduğunu göstermektir. Nemesisin karşıtının, sözde uzmanlara ve bunların mistikleştirilmesine bağlı, başka heteronom (yönetilen) kaynaklardan değil, yalnızca insandan gelebileceğine inanıyorum.

Medikal nemesis tıbbi önlemlere karşı dirençlidir. Ona ancak, tıp dışı kişilerin kendi kendini iyileştirme bilincini yeniden kazanmasıyla ve hekimlerin mesleki tekelini sınırlayan iyileşme hakkının yasal, politik ve kurumsal yönden tanınmasıyla karşı konabilir. Kitabımın son bölümünde medikal nemesise set çekmek için bir kılavuz önerilmektedir ve tıbbi girişimlerin sağlıklı sınırların içinde tutulabilmesi için ölçütler sunulmaktadır. Sağlık ya da hastalık hizmeti konusunda herhangi belli bir form önermiyorum ve tıbbi teknik, doktrin ve organizasyonlara karşı çareler önermek dışında herhangi yeni bir tıp felsefesinin savunuculuğunu yapmıyorum. Ama bağlaşığı olan bürokrasi ve yanılgılarıyla birlikte tıbbi organizasyon ve teknolojinin kullanımına alternatif bir yaklaşım öneriyorum.

*Yu. etik. (ç.n.)

II
Sosyal İatrojenez

2. Yaşamın Tıplaştırılması

A. İATROJENİK HASTALIĞIN POLİTİK İLETİMİ

Yakın zamanlara dek tıp, doğamn yaptıklarını çoğaltmaya çalıştı. Yaraların iyileşme, kanın pıhtılaşma ve bakterilerin doğal bağışıklıkla yenilme eğilimini destekledi.[1] Şimdi ise tıp, usla ilgili rüyalarını mühendisçe gerçekleştirmeye çalışıyor.[2] Örneğin, oral kontraseptifler, "sağlıklı kişilerdeki normal bir olayı önlemek" olarak tanımlanıyor.[3] Tedaviler organizmanın, moleküller ya da makinelerle evrim dizgesinde hiç örneği bulunmayan bir tarzda etkileşime girmesine yol açıyor. Greftler,* genetik olarak programlanmış vücudun bağışıklık sisteminin savunmasının tümüyle yok edilmesini

* Nakledilen doku. (ç.n.)

beraberinde getiriyor.[4] Hastanın çıkarıyla, onun "durumlarından" biriyle uğraşan uzmanların başarısı arasındaki koşutluk artık ortadan kalkmıştır. Bu şimdi kanıtlanmalıdır ve tıbbın hastalık konusunda topluma ne katkıda bulunduğu mesleğin dışında saptanmalıdır.[5] Ancak tıbbın herhangi bir klinik zarara neden olduğu yolundaki suçlama, patojenik tıp hakkındaki iddianamenin yalnızca ilk basamağını oluşturacaktır.[6] Ekili tarladaki çiğnenme izleri, av grubuyla birlikte köyden geçen baronun köye verdiği daha büyük zararın bir anısıdır yalnızca.

B. SOSYAL İATROJENEZ

Tıp, yalnızca bireylere doğrudan saldırısıyla değil, toplumsal örgütlenmesinin çevrenin tamamı üzerindeki etkisiyle de sağlığın altını oymaktadır. Tıbbın birey sağlığına verdiği zararın sosyo-politik bir iletim biçimiyle meydana gelmesi dolayısıyla burada "sosyal iatrojenez"i söz konusu edeceğim. Bu terim, sağlık hizmetinin aldığı kurumsal biçimlerin cazip, olanaklı ve gerekli kıldığı sosyoekonomik dönüşümler nedeniyle sağlıkta ortaya çıkan her türlü bozulmayı belirtmektedir. Sosyal iatrojenez, pek çok biçimleri içeren bir etyoloji kategorisidir. Bu terim, tıp bürokrasisinin stresi çoğaltarak, kişiyi aciz duruma düşüren bağımlılığı arttırarak, yeni ıstıraplı gereksinimler yaratarak, rahatsızlık ya da ağrıya karşı tolerans eşiğini düşürerek, herhangi bir dertle karşılaşan insanların başka birine sığınma aralığını daraltarak ve hatta kendi kendini iyileştirme hakkını ortadan kaldırarak yarattığı sağlıksız durumları kapsar. Sağlık hizmeti standart bir mala, bir ürüne dönüşmüşse; tüm acılar "hastanelik" olmuş ve evler doğum, hastalık ve ölümün konukluğunu istemez hale gelmişse; insanların kendi bedenlerini anlayabilecekleri dil bürokratik bir fan-fin-fona dönüşmüşse; hasta rolü dışındaki acı, yas ve iyileşme bir tür sapkınlık olarak etiketlendiriliyorsa, sosyal iatrojenez faaliyette demektir.

C. TIBBİ TEKEL

Sosyal iatrojenez, klinik eşi gibi, kazara meydana gelen bir özellikten tıp sisteminin yapısında esas olarak var olan bir özelliğe dönüşebilir. Biyomedikal müdahalenin şiddeti[7] kritik bir eşiği aşarsa klinik iatrojenez, hata, kaza ya da yanılgıdan tıp mesleğinin iflah olmaz bir sapkınlığına dönüşebilir. Aynı şekilde, mesleki özerklik dejenere olarak radikal bir tekelciliğe[8] dönüştüğü ve insanlar kendi çevresiyle başa çıkacak güçten yoksun kılındığı takdirde sosyal iatrojenez, tıp örgütlenmesinin ana ürünü haline gelir.

Radikal bir tekel, herhangi bir şirketten ya da herhangi bir hükümetten daha derinlere gidebilir. Pek çok biçimlere girebilir. Kentler, ulaşım araçlarının çevresinde kurulduğu takdirde insan ayağının değerini düşürür; okullar, eğitimde önceliği elde ettiği takdirde kendini eğitmenin değerini düşürür; hastaneler, kritik durumda olan herkesi çektiği takdirde topluma, ölmenin yeni bir biçimini dayatır. Sıradan tekeller piyasayı ele geçirir,[9] radikal tekeller ise insanları kendi başlarına bir şey yapamaz duruma düşürür.[10] Ticari tekeller mal akışını kısıtlar, daha sinsi olan sosyal tekel ise pazarlanamayan kullanım değerlerinin verimini yok eder.[11] Radikal tekeller daha da ileri gidip özgürlük ve bağımsızlığa da tecavüz ederler. Çevreyi yeniden biçimlendirerek ve kullanım değerlerinin o güne dek insanların çevreyle kendi kendilerine başa çıkabilmelerini sağlayan özelliklerini kamulaştırarak toplum genelinde kullanım değerlerinin yerine metaların geçmesine neden olurlar. Yoğun eğitim kendi kendini yetiştirmiş kişileri vasıfsız elemana dönüştürmüş, yoğun tarım, kendine yeterli tarım yapan tarımcıyı yok etmiş ve polis örgütü toplumun kendi kendini kontrol etme yeteneğinin altını oymuştur. Tıbbın habis bir biçimde yayılması da bunlara benzer sonuçlara yol açmıştır: Ortak sağlık hizmetini ve kendi kendinin hekimi olmayı suça ya da cinayete dönüştürmüştür. Tıpkı kritik bir yoğunluğa ulaştığında klinik iatrojenezin tıpça iflah olmaz hale gelmesi ve bunun ancak girişimlerin ufaltılmasıyla önlenebilmesi gibi, sosyal iatrojenez de ancak mesleki egemenliği geriletecek bir politik eylemle önlenebilir.

Radikal tekel kendi kendini besler. İatrojenik tıp, nüfusun tıp sistemiyle sağlanan sosyal kontrolünün ana ekonomik etkinliğe dö-

nüştüğü hastalıklı toplumu destekler. Pek çok insana uygun olmayan sosyal düzenlemelerin legalleştirilmesine hizmet eder. Malul kişileri uygunsuz diye etiketler ve üstüne üstlük yeni hasta kategorileri üretir. Sanayi sektöründeki ağır işten ve dinlenme zamanının ancak tıbbi gözetim altında mümkün olmasından dolayı, sinirleri bozulan, hastalanan ve zarar gören insanlar bu suretle daha sağlıklı bir dünya savaşımından geri çekilmiş ya da diskalifiye edilmiş olurlar.[12]

Sosyal iatrojenez henüz yaygın bir hastalık etyolojisi olarak kabul edilmemiştir. Teşhisin, gelişmenin stresleri karşısında yapılan politik şikâyetleri sadece daha pahalı ve stresli tedavi taleplerine dönüştürme aracı olarak iş gördüğü anlaşıldığı anda, endüstriyel sistem en büyük koruyucularından birini yitirecektir.[13] Öte yandan, iatrojenik sağlıksızlığın ne derece politik bağlantılı olduğunun farkına varılması tıbbi gücün temellerini, onun teknik hatalarını gösteren bir kataloğa göre çok daha derinden sarsar.[14]

D. DEĞERLERDEN ARINMIŞ TEDAVİ

Sosyal iatrojenez konusu genellikle, hastalığı iyileştiren kişinin diagnostik otoritesiyle karıştırılır. Bazı hekimler, bir bomba haline gelmiş bu konunun patlamasını önlemek ve kendi ünlerini korumak için, tıbbın, iatrojenik hastalık yaratmadan çalışamayacağı konusunda diretirler. Tıp, sosyal bir durum olarak daima hastalık yaratır.[15] Saygı duyulan hekim, bireylere, hastalık rolü yapmak için sosyal olanaklar sağlar.[16] Her kültürün kendine özgü, karakteristik bir hastalık anlayışı[17] ve buna karşılık, benzeri olmayan bir hijyenik maskeleme sistemi vardır.[18] Hastalık, karakterini, aktörlere mevcut rollerden birini veren hekimden alır.[19] İnsanları meşru olarak hasta etmek, uygulanan önlemin zehirleyici potansiyeli kadar hekimin de gücüne bağlıdır.[20] Tıp adamı zehirlere ve büyülere hükmeder. Yunanlıların "ilaç" için kullandıkları tek sözcük -pharmakon- tedavi edici güç ile öldürücü güç arasında bir ayrım içermez.[21]

Tıp, ahlaki bir iştir ve bu nedenle, kaçınılmaz olarak iyinin ve kötünün içeriğini belirler. Tıp her toplumda, yasalar ve din gibi, neyin normal, uygun ya da arzu edilir olduğunu belirler. Tıbbın, bir

kişinin şikâyetini meşru bir hastalık olarak etiketlemeye, bir diğerini herhangi bir rahatsızlıktan şikâyetçi olmasa da, hasta olarak ilan etmeye; bir başkasının acısının, maluliyetinin, hatta ölümünün toplumca kabulünü reddetmeye yetkisi vardır.[22] Kimi ağrıları "salt öznel",[23] kimi rahatsızlıkları hastalık taslama[24] ve kimi ölümleri ise intihar[25] olarak damgalayan tıptır. Yargıç neyin yasal ve kimin suçlu olduğunu belirler.[26] Rahip neyin kutsal olduğunu ve kimin tabuyu çiğnediğini açıklar. Hekim ise neyin semptom ve kimin hasta olduğuna karar verir. O, düzeltilecek bazı yanlışlar[27] bulmak için engizisyon memuruna benzer güçlerle donatılmış ahlaki bir 'entrepreneur'dür.[28] Tıp, bütün haçlı seferlerinde olduğu gibi, yeni bir teşhis çubuğunu ortaya koyduğu her defasında dışlanan yeni bir grup yaratır.[29] Suç ve günahta olduğu gibi, hastalığın özünde de ahlak vardır.

İlkel toplumlarda, tıbbi bilgi ve ustalığın uygulanmasında ahlaki gücün tanındığı açıkça ortaya konmuştur. Kimse kötü ruhları iyi ruhlardan ayırt etme becerisini kabul etmeyen bir tıp adamına başvurmaz. Daha yüksek bir uygarlıkta bu güç yaygınlaşır. Burada tıp, büyük kitleleri bürokratik geleneklerle kontrol eden profesyonel uzmanlarca uygulanır.[30] Bu uzmanlar, kendi işleri üzerinde benzersiz türde bir hâkimiyet sağlayan mesleklerin biçimlenmesini sağlarlar.[31] Sendikaların aksine, bu meslekler özerkliklerini bir savaşımdaki zafere değil, onlara bağışlanan güvene borçludurlar. Yalnızca kimin çahşacağını ve nasıl çalışacağını belirleyen loncaların aksine, hangi işin yapılacağını da belirlerler. Birleşik Devletler'de tıp mesleği üstün otoritesini, Birinci Dünya Savaşı'ndan hemen önce tıp okullarında yapılan reforma borçludur. Tıp mesleği, üniversite eğitimli elit bir tabakanın sınıfsal gücün yapısı üzerindeki hâkimiyetinin belli bir sektördeki tezahürüdür. Günümüzde, neyin hastalık kavramı içine gireceğini, kimin hasta olduğunu, hastaya ve özel risk altındaki kişilere ne yapılacağını yalnızca doktorlar "bilir". Gücünü yasa ve dinden ayrı tutmakta hep diretmiş olan Batı tıbbı şimdi tersine, onların da ötesine geçmiştir. Bazı endüstri toplumlarında sosyal etiketleme, her sapkınlığın tıbbi bir etiket taşıdığı noktaya dek tıplaşmıştır. Böylece, tıbbi teşhisin ahlaki ögesinin karanlıkta kalması, Asklepios otoritesini[32] totaliter bir güçle donatmıştır.

Tıpla ahlakın birbirinden ayrılması, tıp kategorilerinin, hukuk ve dininkilerin aksine, tıbbın ahlaki değerlendirmeden bağışık olan bi-

limsel temellere dayandığı gerekçesiyle savunulmuştur.[33] Tıp ahlakı, teoriyi güncel pratiğin hizasına çeken özel bir kürsüye gizlenmiştir.[34] Asklepios tekelini desteklemede kullanılmadıklarında mahkemeler ve yasalar müşteriler arasından doktorun ölçütlerine uygun olanları seçen hastane kapıcılarına döndürülmüştür.[35] Hastaneler bilimsel narsizmin anıtlarına; mesleki önyargıların, ilk zamanlarda modaya uygunken kullanıma girdiğinde genellikle çağdışı olmuş somut tezahürlerine dönüşmüştür. Hekimin teknik girişimi, değerlerden arınmış bir güç olma iddiasındadır. Bu bağlamda, benim söz konusu ettiğim sosyal iatrojenez sorunundan sıyrılmanın kolaylaşacağı açıktır. Böylece politikanın aracılık ettiği tıbbi zarar, tıbbın yapısında var olan zorunlu bir şey olarak görülür ve bunu eleştirenlere, meslekten olmayan kişilerin tıbbi ihtisas alanına müdahalelerini haklı göstermeye çalışan safsatacılar gözüyle bakılır. İşte asıl bu nedenle, sosyal iatrojenezin meslek dışı kişilerce gözden geçirilmesi kaçınılmazdır. Değerlerden arınmış bir tedavi ve bakım iddiasının habis bir saçmalık olduğu bellidir ve sorumsuz tıbba siper olan tabular zayıflamaya başlamıştır.

E. BÜTÇENİN TIPLAŞTIRILMASI

Yaşamın tıplaştırılmasının en pratik ölçütü, ortalama yıllık gelirden doktorların isteğiyle harcanan miktardır. Bu miktar Amerika'da 1950'den önce, çalışan bir kişinin ortalama bir aylık gelirinden azdı; ama yetmişli yılların ortalarında, tipik bir işçi maaşının beş ya da altı haftalık tutarına eşdeğer bir miktar, tıp hizmetlerini satın almak için harcanır oldu. Bugün ABD, sağlık hizmeti için yılda yaklaşık 95 milyar dolar harcamaktadır; bu harcama 1962'de GSMH'nin yüzde 4'ü ya da 5'i[36] iken, bu oran 1975'te yüzde 8,4'e yükselmiştir. Yirmi yılda Birleşik Devletler'deki fiyat endeksi yüzde 74 artarken tıbbi hizmetin tutarı yüzde 330 oranında yükselmiştir. 1950 ile 1971 arasında, sağlık sigortası için kamu harcaması on kat, özel sigorta kârları sekiz kat[37] ve cepten ödemeler yaklaşık üç kat arttı.[38] Fransa[39] ve Almanya[40] gibi diğer Batı ülkelerinde de toplam harcamalar Birleşik Devletler'le aynı düzeyde seyretti. Atlantik, İskandinavya ya da Doğu Avrupa'daki bütün endüstri toplumlarında sağlık sektörünün büyümesi GSMH'nin

artışından çok daha hızlı oldu.[41] Enflasyon oranı düşülse bile 1969 ile 1974 arasında federal kamu harcamaları yüzde 40'tan daha fazla arttı.[42] Ulusal bütçelerin tıplaştırılması yalnızca zengin ülkelere özgü bir ayrıcalık da değildir: Zenginlerini koruması yüzünden kötü bir üne sahip, yoksul bir ülke olan Kolombiya'da bu oran, İngiltere'de olduğu gibi, yüzde 10'dan fazladır.[43]

Bütün bunlar, Fransız Devrimi'ne dek geçimlerini zanaatkârlardan daha iyi sağlayamayan doktorları zenginleştirmiştir. Eskiden doktorların bir kısmı iyi yaşar, ama çoğu yoksul ölürdü. Pek çok Avrupa dilinde, "Pek az avukat iyi ölür, pek az doktor iyi yaşar" deyişinin karşılığı vardır. Şimdi ise hekimler zirveye çıkmıştır ve kapitalist toplumlarda bu zirve epey yüksektir. Yine de tıp harcamalarındaki artışı tıp mesleğindekilerin açgözlülüğüne yormak yanlış olur. Artışın çok daha büyük bir kısmı, Birleşik Devletler üniversitelerinin ellili yıllarda mezun etmeye başladığı yüksek rütbeli tıp kırtasiyecileri sürüsüne gitmiştir: Hemşire denetleme konusunda master ya da hastane yöneticiliğinde doktora yapanlara ve yeni bürokratların beslendiği daha alttaki tüm katmanlara. Hasta yönetiminin, dosyaların, hastanın yazdığı ve aldığı çeklerin işlemlerinin masraf tutarı, hastanın faturasındaki her doların dörtte birine kadar varabilir.[44] Bankalara ise daha çoğu gider; bazı vakalarda, tıbbi sağlık sigortasındaki "yasal" idari harcamalar denen tutarlar ticari aracılara ödenen paranın yüzde 70'ine dek yükselebilir.

Daha da önemlisi, pahalı hastane hizmetine olumlu bakan yeni şartlanmalardır. 1950'den bugüne, ABD'de bir hastayı bir tek gün kamu hastanesinde tutmanın fiyatı yüzde 500 artmıştır.[45] Büyük üniversite hastanelerinde hasta bakımının faturası ise sekiz yılda üçe katlanarak daha da hızla artmıştır. İdari masraflar patlayarak 1964'ten bu yana yedi kat, laboratuvar masrafları beş kat, tıp çalışanlarının maaşları ise yalnızca iki kat artmıştır.[46] Bugün bir hastanenin kurulması için yatak başına 85.000 dolardan fazla para gerekmekte, bunun üçte ikisi, on yıldan az bir sürede demode olan mekanik cihazların satın alınmasına harcanmaktadır.[47] Bu hız, modern silah sistemlerindeki fiyat artışı hızının ve demode olma hızının iki katıdır. Sağlık, Eğitim ve Sosyal Yardım Bakanlığı programındaki harcamalar Pentagon'unkileri aşmıştır. 1968 ile 1970 arasında tıbbi harcamalar, sağlık hizmeti

verilen insan sayısının üç katı hızla artmıştır. Son dört yılda hastanelerin sigorta gelirleri tutar olarak hemen hemen iki katına çıkmış ve hekim vizite ücretleri planlandığından neredeyse iki kat daha hızlı artmıştır.[48] Sivil ekonominin başka hiçbir ana sektöründe bugüne dek kabul edilmiş böylesi bir artış yoktur. Böylece, sağlık hizmetindeki bu eşi görülmemiş patlama ile ABD'nin bir "birincilik" daha elde etmesi şeklinde bir ironiyle karşılaşıyoruz. Bu patlamanın başlamasından hemen sonra, yetişkin Amerikan erkeklerinde yaşam beklentisi azalmaya başlamıştır ve günümüzde daha da azalması beklenmektedir. Kırk beş ile elli dört yaş arasındaki Amerikan erkeklerinde ölüm hızı görece yüksektir. Birleşik Devletler'deki kırk beşini aşmış her 100 erkekten ancak 90'ı elli beşinci doğum gününü görmekte, oysa İsveç'te her 100 erkekten 95'i bir on yıl daha yaşamaktadır.[49] Ancak İsveç, Almanya, Belçika, Kanada, Fransa ve İsviçre gibi ülkeler de artık Birleşik Devletler'e yetişiyorlar: Gerek belli yaşlardaki ölüm oranları gerek toplam tıbbi harcamaları hızla artmaktadır.[50]

ABD'de, sağlık hizmeti harcamalarındaki bu olağanüstü artış farklı şekillerde açıklanmıştır: Kimileri bunun faturasını planlamanın akılcı olmamasına,[51] kimileri ise insanların hastanede bulunmasını istedikleri ve sırf gösteriş olsun diye alınan şeylerin çok pahalı olmasına çıkarmıştır.[52] Şimdiki durumda en yaygın yorum, hizmetlerin gittikçe artan peşin ödeme oranlarıyla ilgilidir. Hastaneler, sigortası sağlam hastaları kabul etmekte ve eski ürünleri ucuz ve verimli bir şekilde kullanmak yerine, yeni ve gittikçe pahalanan tarzlarda çalışmaya teşvik edilmektedirler. Yüksek personel gideri, kötü yönetim ya da yetersiz teknolojik ilerlemeden çok, kullanılan ürünlerin değiştirilmesi bu kabarmadan sorumlu tutulmaktadır.[53] Bu bakış açısına göre, ürünlerin değiştirilmesinin nedeni, tamamen sigorta limitlerindeki artıştır. Bu artış hastaneleri, müşterilerin gerçekte istediğinden, gerek duyduğundan ya da doğrudan ödemeye gönüllü olduğundan daha pahalı ürünleri kullanmaya teşvik etmektedir. Hastanede sunulan hizmetin daha pahalı olmasına karşın kişilerin cepten ödedikleri para giderek daha mütevazı görünmektedir. Yani pahalı sağlık hizmeti, bu hizmeti sağlayan kişilerin artan kaynakları kontrol etmekle görevlendirildiği, kendi kendini destekleyen bir sistem halindedir.[54] Bazı eleştirmenler, buna karşı bir panzehir olarak tüketici tarafından bilinçli bir fiyat de-

netimi önerirken,[55] tıp dışındaki kişilerin bilincine pek güvenmeyen bazıları da üreticilerin fiyat konusundaki bilincini arttıracak mekanizmalar önermektedir.[56] Bunların savına göre, (Britanya'daki pratisyen doktorlar gibi), yaptıkları hizmet oranında değil de müşterilerinin tedavisi için sabit bir fiyat sağlayan "adam başına" para verildiği takdirde hekimler reçete yazarken daha sorumlu davranacaklardır. Ama tüm öteki çareler gibi, adam başına yöntemi de sağlık arzı ile insanların iatrojenik büyülenmesini arttırmaktadır. İnsanlar, olabilecekleri kadar çok tedavi olmak uğruna kendi yaşamlarından olmaktadırlar.

İngiltere'de, Ulusal Sağlık Hizmetleri, birçok bakımdan başarısız da olsa, saçmasapan şeylerden ötürü fiyatların artmasını önlemeye çalışmıştır.[57] 1946 tarihli Ulusal Sağlık Hizmeti Yasası, sağlık hizmeti için herkese kaynak sağlanması konusuna insan hakları kapsamında bir gereksinim olarak yaklaşmıştır. Bu gereksinimin sınırlı miktarda karşılanabilir olduğu varsayılmış, ayrıca toplam sağlık bütçesini belirlemek için en iyi yerin oy sandığı olduğu ve her hastanın gereksinimini karşılayacak maddi kaynağı yalnızca doktorların belirleyebileceği düşünülmüştür. Ancak tıp pratisyenlerinin saptadığı gereksinimin İngiltere'de, başka yerlerdekinden daha geniş olmadığı görülmüştür. İngiliz sağlık bakım sisteminin başarılı olacağı konusunda en büyük umut, İngilizlerin, herkesin hakkını eşit dağıtabilme yeteneklerine duyulan güvenden kaynaklanıyordu. İngiliz sağlık ekonomisini inceleyen bir yazarın görüşüne göre sağlık hizmeti, "kendi tarzlarında neredeyse acımasız –ama ödeme gücüne oranla– daha ehvenişer sayılan yöntemlerle[58] 1972'ye kadar GSMH'nin yüzde 6'sının, kamu harcamalarının ise yüzde 10'unun altında tutuldu. Özel hekimlik tüm hizmetin yarısından yüzde 4'üne düştü. Hastaların doğrudan ödemeleri gereken para harika bir şekilde, tutarın yüzde 5'i gibi düşük tutuldu. Ancak eşitliğe bu denli katı bağlılık, yalnızca Birleşik Devletler'de kamuya yönelik eleştirilerin başlangıç noktasını oluşturan, ünlü elektronik alet edavata ayrılan hayret verici orandaki yanlış tahsisatları önleyebildi. 1972'den sonra Britanya Sağlık Hizmetleri, ekonomik ve politik nedenlerden dolayı travmatik bir değişikliğe uğradı. Sağlık Hizmetleri'nin başlangıçtaki başarısı ve sistemde şu anda var olan eşi görülmemiş karışıklık, gelecek için tahminde bulunmayı olanaksız kılmaktadır. Her yerde olduğu gibi orada da asıl

önemli olan, sağlığın tıptan arındırılmasıdır. Yine de garip bir şekilde, İngiltere, yetişkin erkeklerde yaşam umudunun henüz düşmediği birkaç sanayileşmiş ülkeden biridir. Gerçi burada, kronik hastalıklar on yıl önce Atlantik ötesinde görülene benzer bir artış sergilemiştir.

Sovyetler Birliği'ndeki maliyetler hakkında ise bilgi almak zordur. Kişi başına düşen hekim sayısı ve hastanede yatılan gün 1960'tan 1972'ye kadar geçen sürede iki katına çıkmış ve maliyetler yüzde 260 artmış gibi görünmektedir.[59] Sovyet tıbbının üstünlüğü hakkında en önemli sav "sosyal sistemin içine örülü proflaksi*"ye dayanıyorsa da, bu, benzer gelişmişlik düzeyindeki diğer sanayileşmiş ülkelerle karşılaştırıldığında göreceli hastalık ve tedavi hacminde bir değişikliğe yol açmamıştır.[60] Fakat tedavi araçlarının, devletle birlikte giderek sönüp azalacağı teorisi, 1932'den sonra sapkın düşünce haline gelmiş ve bugüne dek öyle kalmıştır.[61]

Farklı politik sistemler patolojileri ayrı ayrı hastalıklar halinde organize eder ve bu nedenle farklı arz, talep ve karşılanmamış gereksinim kategorileri oluşturur.[62] Ancak hastalık nasıl görülürse görülsün tedavi masrafı benzer oranda artmaktadır. Örneğin, Ruslar hastanede tedavi gerektiren ruhsal hastalıkları resmi kararla sınırlamışlardır: Bu tür vakalar için, bütün hastanelerdeki yatak sayısının yalnızca yüzde 10'unun kullanılmasına izin verilmiştir.[63] Buna karşın, belli bir GSMH'deki bütün sanayileşmiş ülkeler, ideolojileri ve bu inançlarının yarattığı nosolojileri** ne olursa olsun, hekimlere aynı oranda bağımlı hale gelmişlerdir.[64] (Elbette, kapitalizm bunu daha yüksek bir sosyal bedelle yapabileceğini kanıtlamıştır.)[65] Yetmişli yılların ortalarında, her ülkede, mesleki etkinliğin en büyük sıkıntısı harcamaların azaltılması gerekliliğiydi.

Doktorlara kanalize edilen ve onların kontrolünde harcanan ulusal gelir oranı bir ulustan diğerine farklılıklar gösterir; kimi yerlerde eldeki tüm fonların onda birinden, bazılarında da yirmide birinden aşağı düşer. Ancak bu hiç kimseyi, yoksul ülkelerde herhangi bir yurttaş için yapılan sağlık harcamasının kişi başına düşen ortalama gelirle orantılı olduğuna inandıramaz. İnsanların çoğu hiçbir şey elde edemez. Su dağıtımının ıslahı için tahsis edilmiş para dışında geliş-

* Hastalıktan koruma ve korunma yöntemleri. (ç.n.)

** Hastalıkları sınıflandırma bilimi. (ç.n.)

mekte olan ülkelerde sağlığa ayrılan bütün fonların yüzde 90'ı sosyal yardım için değil de hastaların tedavisi için harcanır. Tüm halk sağlığı bütçesinin yüzde 70 ya da 80'i halk sağlığı kurumlarına değil de bireylerin tedavi ve bakım masraflarına gider.[66] Bu paranın çoğu her yerde aynı şeylere harcanır.

Bütün ülkeler hastane ister ve çoğu da hastanelerde en karmaşık modern donanımın olmasını ister. Ülkeler ne denli yoksul olursa, envanterlerindeki her kalemin gerçek maliyeti de o denli yüksek olur. Modern hastane yatakları, kuvözleri, laboratuvarlar, solunum aygıtları ve ameliyathaneler Afrika'da, bunların üretildiği Almanya ya da Fransa'daki benzerlerinden daha da pahalıya mal olmaktadır. Bu aletler tropikal iklimde çabucak bozulmakta, servisi çok zor olmakta ve genellikle kullanılmaz durumda bulunmaktadır. Aletlerin maliyetiyle ilgili olarak, onları kullanabilecek, ısmarlama yetiştirilmiş hekimler için de aynı şey geçerlidir. Bir açık kalp cerrahının eğitimi, ister Meksika okul sisteminden geliyor olsun, isterse Brezilyalı bir kaptanın yeğeni olup devlet bursuyla Hamburg'da öğrenime gönderilmiş olsun, yaklaşık aynı miktarda sermaye yatırımını gerektirir.[67] Birleşik Devletler, gereksinimi olan tüm yurttaşlara her yıl 15.000 dolarlık böbrek diyalizini sağlayamayacak kadar yoksuldur; Gana ise halkına doktorlar tarafından verilecek en ilkel tıbbi yardımı bile eşit bir şekilde sağlayamayacak kadar yoksuldur.[68] Eşit bir şekilde paylaşılabilecek kalemlerin sosyal yönden kritik maksimum maliyetleri her yerde değişiklik gösterir. Ama vergilerden oluşan fonların tedavi maliyetlerini karşılamak için harcanan bölümü kritik bir oranı aştığında tıbbi hizmet sistemi, kaçınılmaz olarak, vergileri ödeyen çoğunluktan, parası ya da görmüş olduğu eğitim ya da deneysel cerrahiye özel ilgisi nedeniyle seçilmiş kişilere sürekli bir güç transferinin aracı olarak işlev görür.

Yoksul Latin Amerika ülkelerindeki özel kliniklerin gerçek maliyetinin beşte dördü, tıp eğitimi, kamu malı ambulanslar ve tıbbi cihazlar için toplanan vergilerle karşılanıyorsa, bu bariz bir sömürüdür.[69] Bu durumda, kamu kaynaklarının az kişide toplanması açıkça haksızlıktır, çünkü tedavinin bir bölümünün cepten ödenmesi, geri kalanın sigortadan alınabilmesi için gerekli bir koşuldur. Fakat kamunun, ulusal sağlık hizmetleri aracılığıyla kimin tedaviye "gereksi-

nimi" olduğunu tek başına saptama yetkisini hekime verdiği, sonra da bu desteği o hekimlerin deneyim ve pratik yaptığı kişiler için bol bol harcadığı yerlerde de sömürü daha az değildir. Kamunun, gereksinimlerin saptanmasında doktorların tekelini kabul etmesi yalnızca, doktorların kendi hizmetlerini pazarlayacakları tabanı genişletir.[70]

İnsanlara etkileyici görünen tedaviler, doktorların gereksinim duyduğunu buyurdukları herkesin gereken tedaviye kavuşması için insanları dolaylı olarak daha çok vergi ödemeye ikna eden güçlü araçlar olarak hizmet görürler. Şili Devlet Başkanı Frei, tıp gözetiminde yapılan sporlar için bir merkez hizmete açınca, onun ardılı Salvador Allende bundan üç tane daha yapmak için söz vermek zorunda kaldı. Zayıf bir ulusal takımın tıp olimpiyatlarında kazandığı prestij, ulus çapında, saf tıbbi vandalizmden bile daha şiddetli düzeyde patojenik olan terapötik bağımlılık oluşturmak için kullanıldı. Halkın, doktor çağırmadan hastalıklarla kendi kendine başa çıkamayacağına inanması doktorların kendi hizmetlerini yutturarak neden oldukları zarardan daha da büyüğüne yol açmaktadır.

Bu gidiş yalnızca Çin'de –en azından ilk bakışta– bunun tersi gibidir: En temel sağlık hizmetini profesyonel olmayan sağlık teknisyenleri vermekte ve sağlık çırakları, kendi ekiplerinin bir üyesi onları yardıma çağırdığında, fabrikada her zamanki işlerini bırakıp bunlara yardıma koşmaktadır.[71] Beslenme, çevre sağlığı ve doğum kontrolü, eskiyle karşılaştırılamayacak kadar ilerlemiştir. Çin sağlık sektöründe altmışlı yılların sonunda gösterilen başarı, uzun süredir tartışılan bir şeyi, belki de kesinlikle kanıtlamıştır: İşe yaradığı görülen hemen hemen her teknik sağlık cihazı milyonlarca sıradan insan tarafından birkaç ayda öğrenilebilir ve ustaca kullanılabilir. Ancak tüm bu başarılara karşın Batı'nın Marksist rüyalarına olan ortodoks bağlılık, geleneksel pragmatizmle birleşmiş politik erdemin bu başarısını yok edebilir. Tıbbi hizmetin profesyonel hedeflerine, zaten teknolojik gelişim ve merkezileşmeye yönelik önyargılar yansımaktadır. Çin yalnızca paramedikal* bir sisteme değil, eğitim standartlarının çok yüksek düzeyde olduğu, tüm dünyadaki meslektaşlarınca bilinen ve başka ülkelerden yalnızca marjinal farklar gösteren bir tıp personeline de sahiptir. Son dört yılda yapılan yatırımların çoğu, ulusun sağlık

*Tıp dışı. (ç.n.)

konusundaki genel hedeflerini belirlemede otoritesi gittikçe artan bu çok nitelikli ve epey ortodoks tıp profesyonellerinin daha da geliştirilmesine yöneliktir. "Çıplak ayaklı tıp" geçici, yarı bağımsız, halka yakın karakterini yitirmekte ve üniter sağlık hizmeti teknokrasisine entegre olmaktadır. Üniversite eğitimi almış personel, seçilmiş yerel hekimleri eğitmekte, denetlemekte ve onları yeterli hale getirmektedir. Çin'deki profesyonel tıbbın bu ideolojik motorlu gelişimi, eğer yüksek düzeyli bir kendi kendini tedavi sisteminin önünde bir engel oluşturmayıp, onun dengeleyici ve bütünleyici bir parçası olacaksa, yakın gelecekte bilinçli olarak sınırlanmalıdır.[72] Karşılaştırılabilir istatistikler olmaksızın Çin tıbbi ekonomisi hakkındaki iddialar muğlak kalacaktır. Fakat Çin'deki farmasötik,* hastaneye bağlı ve profesyonel tıbbın maliyet artışının öteki ülkelerden daha az olduğunu düşünmek için herhangi bir neden yoktur. Ancak, Çin'in kırsal kesimlerinde modern tıp hizmetinin vaktiyle hemen hemen hiç olmadığı düşünülürse, bu tür tıp hizmetindeki son artışların sağlık düzeyinin yükseltilmesine ve hizmetin eşit dağıtımına önemli katkılarda bulunduğu ortaya çıkar.[73]

Bütçenin tıplaştırılması, tüm ülkelerde sınıfsal yapının içine işlemiş, iyi bilinen sömürüyle ilgilidir. Kuşkusuz, ABD'deki kapitalist oligarşilerin egemenliği,[74] İsveç'teki yeni Mandarinlerin** kibirliliği,[75] Moskova'daki profesyonellerin kölece ve etnosentrik yaklaşımları[76] ve Amerikan Tıp ve Eczacı Birlikleri'nin lobisi[77] ile birlikte sağlık sektöründeki birleşik gücün son zamanlardaki bu yükselişi,[78] kaynakların, kerameti kendinden menkul hizmetlilerin değil de, hastaların çıkarına uygun şekilde dağıtılması önünde çok büyük bir engel oluşturmaktadır. Bu muhteşem bürokrasilerin sağlığı yadsıyan kurumlar olmasının temel nedeni, işlevlerinin yararlı değil, sembolik olmasında yatmaktadır: Sürekli olarak megamakinedeki[79] insan unsurunun onarını ve bakım hizmetinin dağıtımını vurgularlar. Bu dağıtımın daha nitelikli ve adaletli olması yolundaki eleştiriler, insanların hasta edici işlerde çalışmayı sürdürmelerine verilen toplumsal onayı güçlendirmekten başka bir şeye yaramaz. Gerek sınırsız ulusal sağlık sigortası yandaşlarıyla ulusal sağlığın korunmasını savunanlar arasındaki savaş,

* İlaçsal. (ç.n.)

** Eski Çin'de askeri ve mülki yüksek memur. (ç.n.)

gerekse tümüyle özel çalışmayı savunanlarla buna saldıranlar arasındaki savaş, toplumun dikkatini, yıkıcı bir toplumsal düzeni koruyan doktorların verdiği zarardan, doktorların tüketim toplumunu savunmak için üzerlerine düşeni yapmamaları olgusuna kaydırmaktadır.

Bütçeye tecavüzün belli bir sınırı aşması durumunda, tıbbın denetimini uzaya, programlara, eğitime, diyete ya da makinelerin ve malların dizaynına varıncaya dek genişleten para, bize kaçınılmaz olarak, "iyi niyetlerden oluşan bir karabasan" yaşatacaktır. Para her zaman sağlık için bir tehdit olabilir. Çok fazla para, sağlığı yozlaştırır. Belli bir noktadan sonra, neyin para kazandıracağı ya da paranın neyi satın alabileceği konusu, insanın kendi seçebileceği "yaşam" alanını kısıtlar. Yalnızca üretim değil, tüketim de zaman, mekân ve seçenek sınırlılığını şiddetlendirir.[80] Sonuçta, tıp ürünlerinin prestiji, belli bir çevre içinde, doğuştan ve soydan gelen huy ve gidişe çok fazla bağlı olan sağlığın kültive edilmesini engeller.[81] İnsanlar tıbbın bir meta olarak üretimi için ne denli çok zaman, çaba ve özveri harcarlarsa, toplumun muhafaza altında bir sağlık stoku bulunduğu ve çıkarılıp satılabileceği yanılgısı diyebileceğimiz yan ürün de o denli fazla olur.[82] Paranın olumsuz işlevi, satın alınamayan mal ve hizmetlerin uğradığı değer kaybının göstergesi olmasıdır.[83] Mutluluğa el koyma fiyatını gösteren etiket ne denli yüklüyse, kişisel sağlığın kamulaştırılmasının politik prestiji de o denli büyük olur.

F. FARMASÖTİK İSTİLA

Bir toplumun ilaçlarını[83a] tıplaştırmak[84] için doktorlara gerek yoktur. Bir kültür, çok fazla hastane ve tıp okulu olmadan da farmasötik istilanın kurbanı haline gelebilir. Her kültürün kendi zehirleri, çareleri, placeboları ve bunların uygulandığı ritüel dekorları vardır.[85] Bunların çoğu hastalar için değil, sağlıklılar içindir.[86] Güçlü tıbbi ilaçlar, her kültürü kendi zehirlerine uyduran, kökleri tarihten gelen modelleri yok edebilir; genellikle sağlığa verdikleri zarar, yararlarından çoktur ve sonuçta, insan vücudunun kumanda edilebilir mekanik düğmelerle çalıştırılan bir makine gibi algılandığı yeni bir yaklaşımın oluşmasına yol açarlar.[87]

1940'larda, Mexico City'nin, uluslararası eczanelerin butikler ve otellerin yanı sıra serpilip geliştiği Zona Rosa'sı dışındaki Meksika genelinde, Houston ya da Madrid'de yazılan reçetelerin pek azı hazırlanabilirdi. Oysa günümüzde Meksika köylerindeki eczanelerde Birleşik Devletler'deki eczanelerin üç katına varan çeşitte mal vardır. Tayland'da[88] ve Brezilya'da, başka ülkelerde artık çağdışı ya da illegal olan ve işe yaramayan pek çok mal, doğruluk bayrakları altında seyrüsefer eden üretici firmalar tarafından eczanelere boca edilmektedir. Gerçi son on yılda, birkaç zengin ülke, insanları yasal olarak zehirleyen ilaçların yol açtığı zarar, israf ve sömürüyü kontrol etmeye başlamışsa da, Meksika, Venezüella ve hatta Paris'teki doktorların, yazdıkları ilaçların yan etkileri hakkında önceden bilgi almaları çok güçtür.[89] Bundan yalnızca on yıl önce, Meksika'da ilaçların kıt, insanların yoksul olduğu ve çoğu hastanın büyükanneleri ya da herbalistleri* dinlediği günlerde, ilaçlar açıklayıcı broşürlerle birlikte paketlenmiş olarak gelirdi. Bugün ilaçlar daha bol, daha güçlü ve daha tehlikeli; televizyon ve radyoyla satılıyorlar; okula gitmiş olan insanlar Aztek tedavilerine güvenlerinden ötürü şimdi artık utanç duyuyorlar; ayrıca broşürün yerini "reçeteyle satılır" diyen standart bir not almış durumda. İlacı tıplaştırarak cin çıkartmak anlamına gelen uydurma prospektüs, satın alan kişiyi şaşırtmaktan başka bir işe yaramıyor. "Doktora başvurun" uyarısı, satın alanı, kendini korumaktan aciz olduğuna inandırıyor. Dünyanın çoğu ülkesinde doktorlar, ya çift yönden etkili ilaçları her gerekli oldukları zamanda yazabilecek kadar geniş ufuklu değildirler, ya çoğu kez kendileri buna hazır değildirler ya da reçete yazarken yeterli sağduyu gösteremeyecek kadar cahildirler. Sonuçta, özellikle yoksul ülkelerde hekimin işlevi abes bir hale gelmiştir: Sürekli alay konusu olan, rutin bir reçete yazma makinesine dönüşmüştür ve bugün çoğu kişi aynı ilaçları, tümüyle rasgele ve hekime danışmadan almaktadır.[90]

Chloramphenicol, reçeteye güvenmenin hastaları korumak için yararsız olduğunu, hatta yanlış kullanımı arttıracağını gösteren güzel bir örnektir. Bu ilaç, 1960'larda, Parke-Davis Firması tarafından Chloromycetin adıyla piyasaya çıkarıldı ve şirkete, tüm kârının yaklaşık üçte biri kadar para kazandırdı. Ancak, bu ilacı kullanan kişilerin, tedavi edilemeyen bir kan hastalığı olan aplastik anemiden ölme teh-

* Otlarla tedavi eden kişi. (ç.n.)

likesiyle karşı karşıya oldukları o zamandan beri biliniyor. Bu maddenin kullanımını, ciddi kısıtlamalarla, haklı gösteren hemen hemen tek hastalık tifodur. Ellili yılların sonunda ve altmışlı yılların başında, Parke-Davis Firması, çok şiddetli kontrendikasyonlarına aldırmadan bu ilaçtan daha da fazla kâr etmek için büyük paralar harcadı. Birleşik Devletler'deki doktorlar yılda hemen hemen dört milyon kişiye akne,* boğaz ağrısı, basit soğukalgınlığı ve hatta şeytantırnağı iltihabı gibi saçma sapan nedenlerle chloramphenicol yazmışlardır. ABD'de, tifoya ender rastlandığından, bu ilaçla tedavi edilmesi "gereken" kişi sayısı, bu ilacın verildiği kişilerin 400'de 1'inden fazla değildi. Sakat bırakan talidomid'in aksine, chloramphenicol öldürücüdür: İlacın kurbanlarının sayısı korkunç derecede fazladır ve bunların yalnızca ABD'deki yüzlercesi daha teşhis konamadan ölmüştür.[91]

Bu tür maddeler üzerinde mesleğin kendi kendine kontrolü asla işe yaramamıştır[92] ve tıbbi belleğin özellikle yetersiz olduğu ortaya çıkmıştır.[93] Söylenebilecek en iyi şey, Hollanda'da, Norveç'te ya da Danimarka'da belirli zamanlarda mesleğin kendi kendine yaptığı denetimlerin Almanya, Fransa[94] ya da İtalya[95] kadar etkisiz olmadığı ve Amerikan doktorlarının geçmişteki hataları özellikle kolayca kabul ederek hemen diğer tarafın safına geçiverdikleridir.[96] ABD'de, ellili yıllarda, denetim kurumlarının ilaçlar üzerinde yaptığı denetim çok kötü bir durumdaydı ve mesleğin kendi kendini kontrol mekanizması yalnızca kâğıt üzerindeydi.[97] Sonra altmışlı yıllarda, bu konuyla ilgilenen gazeteciler,[98] tıp adamları[99] ve politikacılar,[100] doktorların ve devlet memurlarının ilaç firmalarına tıpkı köleler gibi hizmetlerini ortaya seren bir kampanya başlattılar ve tıptaki beyaz yakalı suçların[101] birtakım yaygın örneklerini gözler önüne serdiler. Kongrede bir oturumda yapılan açıklamalardan sonraki iki hafta içinde chloramphenicol'ün ABD'de kullanımı yavaş yavaş azaldı. Parke-Davis Firması, ilacın her kutusunun üzerine ilacın tehlikelerini belirten kesin uyarılar yazmak zorunda bırakıldı. Ama bu uyarılar ihraç edilen ilaçlarda yoktu.[102] Bu ilaç, Meksika'da yalnızca reçetesiz değil, reçeteyle de rasgele kullanılmaya devam etti; bunun yanı sıra bugün Orta Amerika'dan tüm dünyaya yayılmakta olan, ilaca dirençli bir tifo basilinin de üremesine yol açtı.

* Sivilce. (ç.n.)

Latin Amerika'da, aynı zamanda devlet adamı olan bir doktor, hekimlerin, ilacı daha saygınlaştırmak yerine farmasötik istilayı önlemelerini sağlamaya çalıştı. Dr. Salvador Allende[103] Şili cumhurbaşkanı olarak kısa süren görevi sırasında yoksulları sağlık gereksinimlerini saptama konusunda çok başarılı bir şekilde harekete geçirdi ve tıp profesyonellerini kârlı değil, yararlı hizmetler vermeye zorladı. Ancak bu ikinci girişiminde pek başarılı olamadı. Patent koruması altında olup da Kuzey Amerika ve Avrupa'da, para ödeyen müşteriler üzerinde denenmiş olanlar dışındaki ilaçların yasaklanmasını önerdi. Ulusal farmakopedeki ilaç sayısını birkaç düzineye, aşağı yukarı Çinli çıplak ayaklı doktorun kara sepetinde taşıdığı miktara indirmeyi amaçlayan bir programı yeniden hayata geçirdi. İlginçtir ki, Şili askeri cuntasının iktidarı aldığı 11 Eylül 1973'ten sonra ilaç ithali ve ilaç tüketimine değil de halk hareketine dayalı bir Şili tıbbının en açıksözlü yandaşı olan birçok kişi ilk bir hafta içinde katledildi.[104]

Tıbbi ilaçların aşırı kullanımı elbette, doktorların kıt ve insanların yoksul olduğu yerlerle sınırlı değildir. İçinde bulunduğumuz yüzyılda, ABD ilaç ticaretinin hacmi 100 katına çıkmıştır:[105] Yılda 20.000 ton, yani kişi başına hemen hemen 225 tablet Aspirin tüketilmektedir.[106] İngiltere'de, insanlar en az on gecede bir uyku ilacı almakta ve bir yıl içinde kadınların yüzde 19'u, erkeklerin ise yüzde 9'u reçeteyle alınmış sakinleştirici kullanmaktadır.[107] ABD'de, merkezi sinir sistemi ilaçları, ilaç piyasasının en hızlı gelişen sektörünü ve şu andaki toplam satışların yüzde 31'ini oluşturmaktadır.[108] Reçeteyle alınan sakinleştiricilere bağımlılık 1962'den bugüne dek yüzde 290 artmıştır; oysa aynı sürede kişi başına düşen gül likörü tüketimi miktarı yalnızca yüzde 23, illegal afyon türevleri tüketimi ise tahminen yüzde 50 civarında artmıştır.[109] Ülkelerin hepsinde, insanlar önemli miktarda "uyandırıcı" ve "uyutucu"yu, doktorları kandırarak reçeteye yazdırmaktadırlar.[110] Tıpla yaratılan bağımlılık 1975'te,[111] kişilerin kendi kendine seçtiği yapay mutlulukların her türünün toplamını geçmiştir.[112]

Tıpça yazılan reçeteli ilaçların kötü kullanımındaki artıştan dolayı çokuluslu ilaç firmalarını suçlamak moda haline gelmiştir; bunların kârları yüksektir ve piyasa üzerindeki denetimleri de rakipsizdir. Elli yılda, ilaç endüstrisi, (satış ve şirket değer oranı yüzdesi olarak) borsa listesindeki tüm diğer üretim dallarını geride bırakmıştır. İlaç

fiyatları firmaların denetimindedir ve çıkarlarına göre düzenlenmektedir: Aynı şişe ilaç, üretildiği ve rekabetle karşılaştığı Chicago ve Cenevre'de iki dolara satılırken, bu koşulların olmadığı yoksul ülkelerde on iki dolara satılmaktadır.[113] Üstelik, fiyat bindirme olağanüstüdür: Kırk dolarlık diazepam, hap haline getirilir ve Valium adıyla ambalajlanırsa 140 katına satılmakta, çoğu farmakoloğun görüşüne göre aynı endikasyon, etki ve tehlikelere sahip olan phenobarbital'in ise 70 katına satılmaktadır.[114] Meta olarak reçeteli ilaçlar diğer kalemlerin çoğundan farklı etki gösterir: İlacı kullanacak olan tüketicinin bunları bizzat seçtiği enderdir.[115] Üreticinin satış çabaları "aracı tüketici"ye, yani ürünü yazan ama parasını ödemeyen doktora yöneliktir. Hoffmann-LaRoche, Valium'un satışını teşvik etmek için yılda 200 milyon dolar harcamakta ve her yıl iki yüz doktoru bu ürünün özellikleri hakkında bilimsel makaleler yazmakla görevlendirmektedir.[116] 1973 yılında, ilaç endüstrilerinin toplamı, çalışan her hekime 4.500 dolar düşecek kadar reklam ve promosyon harcaması yapmıştır; bu rakam neredeyse tıp okulunda yapılan bir yıllık harcamaya eşittir; aynı yıl içinde bu endüstrinin Amerikan tıp okullarının bütçesine yaptığı katkı ise yüzde 3'ten azdır.[117]

Fakat, şaşırtıcı bir şekilde, kişi başına reçeteli ilaç tüketiminin dünyanın hiçbir yerinde ticari promosyonla ilgisi olmadığı, en çok, doktor sayısıyla ilgili olduğu görülmektedir. Hatta bu, hekimlerin ilaç endüstrisinin yayınlarından etkilenmediği, toplu zehirlenmenin sınırlı olduğu sosyalist ülkelerde bile böyledir.[118] Endüstri toplumlarında ilaç tüketimi, temelde bu malların reçeteyle, reçetesiz ya da illegal satılma oranından da; tutarının cepten ya da sigorta tarafından ya da sosyal yardım kuruluşları tarafından ödenmesinden de etkilenmez.[119] Dünya ülkeleri genelinde, doktorların üzerinde çalışmakta oldukları iki müptela grup vardır: İlaç yazdıkları kişiler ve bunun sonuçlarını çekmekte olanlar. Toplum ne denli zenginse, bu iki gruba giren hasta sayısı da o denli yüksektir.[120]

Reçeteli ilaç bağımlılığından ötürü ilaç endüstrisini suçlamak, yasadışı uyuşturucuların kullanılması konusunda mafyayı[121] suçlamak kadar anlamsızdır. İlaçların, etkili bir tedavi aracı ya da uyuşturucu olarak; reçeteyle ya da günlük diyetin bir parçası olarak; ücretsiz, satın alınarak ya da çalınarak tüketilmesi tüketim mallarının kritik bir hac-

me ulaştığı bütün kültürlerde bugüne dek gelişmiş bir inancın sonucu olarak açıklanabilir. Böyle bir tüketim şekli, endüstri ürünlerinin dağılımının planlamacıların tahminlerine göre ya da piyasa güçleriyle belirlendiği herhangi bir toplumun, sınırı belirlenmemiş zenginleşmeye yönelik ideolojisiyle ilgilidir. Bu tür bir toplumda, insanlar, öteki uğraş alanlarında olduğu gibi sağlık alanında da, teknolojinin insanların durumunu hemen her türlü amaca göre değiştirmede kullanılabileceğine inanır hale gelirler. Sonuçta, Penicillin ve DDT, bedava bir yemekten önce gelen ordövrler olarak görülmüştür. Birbirini izleyen her harika yiyecek servisinin sonucunda oluşan hastalık yine başka bir ilaç servisiyle halledilmiştir. Yani aşırı tüketim, dünün ilerlemesine karşı toplumca onaylanan duygusal bir özlemi yansıtmaktadır.

Yeni ilaçlar çağı 1899'da Aspirin ile başladı. O zamana dek, tartışmasız en önemli terapötik etken, doktorun kendisiydi.[122] Afyon dışında yaygın biçimde kullanılan, güvenlik ve etkililik deneyinden geçmiş tüm tedaviler, çiçek aşısı, sıtma için kinin, dizanteri için de ipeka* idi. 1899'dan sonra yeni ilaç dalgası yarım yüzyıl içinde giderek büyüdü. Bunların ancak pek azı, sayıları çok daha yavaş bir hızla artan, daha önce bilinen ve uzun süre denenmiş terapötik tertibatlardan daha güvenli, daha etkili ve daha ucuz tedavi araçlarına dönüşebildi. Birleşik Devletler Besin ve İlaç Bakanlığı (FDA), 1962'de, İkinci Dünya Savaşı'ndan beri ortaya çıkan 4.300 reçeteli ilacı incelemeye başladığında bunların yalnızca 5'te 2'sini etkili buldu. Yeni ilaçların pek çoğu tehlikeli görüldü ve FDA standartlarını karşılayabilenler arasında ancak pek azının eskiden kullanılan ilaçlardan belirgin şekilde daha iyi olduğu anlaşıldı.[123] Bu kimyasal maddelerin, temel sağlık hizmetinde kullanılan farmakopeye değerli katkıda bulunanları yüzde 98'den azdır. Bunların içinde antibiyotikler gibi bazı yeni tür ilaçlar vardır, ayrıca etkili bir şekilde kullanılabileceği ancak ilaç çağında anlaşılır olmuş eski maddeler de vardır: Örneğin, dijital,** rezerpin, belladonna.*** Gerçekten yararlı ilaçların sayısı hakkında değişik görüşler vardır: Bazı deneyimli klinisyenler iki düzineden daha az ilacın toplam nüfusun yüzde 99'unun isteğini karşılayacağına, bazıları da düzineye varan sayıda ilacın yüzde 98 için optimal olduğuna inanırlar.

* Cephalis ipecacuanha bitkisinden elde edilen ilaç. (ç.n.)
** Yüksükotundan (digitalis purpurea) elde edilen kalp ilacı. (ç.n.)
*** Güzelavratotu (atropa belladonna). (ç.n.)

Farmakolojide büyük keşifler çağını geride bıraktık. FDA'nın şu andaki yöneticisine göre, ilaç çağı 1956'da yavaş yavaş etkisini yitirmeye başladı. Gerçekten yeni ilaçlar gittikçe daha az miktarda çıkmaya başladı ve standartların Birleşik Devletler, İsveç ve Kanada'ya göre daha az sıkı olduğu Almanya, İngiltere ya da Fransa'da geçici bir süre popüler olan birçok ilaç ya çabucak unutuldu ya da utançla anımsandı.[124] Artık keşfedecek kıta kalmadı. Yenilikler ya "değişik ambalajlı" –saptanmış dozaj kombinasyonları– ya da hekimlerin iyi promosyon yapıldığı için[125] yazdığı tıbbi "mallar"dır.[126] Patent yasasının yeni çıkan önemli ilaçlara sağladığı on yedi yıllık koruma süresi çoğunda bitmiştir. Şimdi, ticari marka yasasıyla süresiz korunan ticari ismi kullanılmadıkça herkes bu ilaçları üretebilir. Birçok araştırmanın sonucu, ABD'de jenerik* ismiyle pazarlanan ilaçların ticari isimle satılan, 3-15 kat daha pahalı benzerlerinden daha az etkili olduğundan kuşkulanmak için hiçbir neden olmadığını göstermiştir.[127]

Toplumun sonsuza dek ilaç çağında kalacağı yanılgısı tıbbi politika üretimine yük olan dogmalardan biridir: Bu, sanayileşmiş insana uymaktadır.[128] Hayalindeki her şeyi satın almak için uğraşmayı öğrenmiştir. Ulaşım ve eğitim olmayan hiçbir yere gitmez; çevresi, onun yürümesini, öğrenmesini ve bedeninin kontrolünü duyumsamasını olanaksız kılar. Ne için ve hangi nedenle olursa olsun bir ilaç almak, insanın kendi üzerinde kontrolü olduğunu iddia etmesi, bedenini başkalarının müdahalesine bırakmak yerine kendisinin müdahale etmesi için son fırsattır. Farmasötik istila onu kendi kendine ya da başkalarının zorlamasıyla ilaç almaya iter ve bu da bedeninin sağlığını koruma konusunda aslında var olan yeteneklerini azaltır.

G. DİAGNOSTİK EMPERYALİZM

Tıplaşmış bir toplumda hekimlerin etkisi yalnızca cepteki paraya ve ilaç dolabına değil, toplumun onayladığı kategorilere de uzanır. Medikal bürokratlar insanları alt kümelere ayırır: Araba kullanabilecek olanlar, çalışmaktan uzak durabilecek olanlar, kilit altında tutulması gerekenler, asker olabilenler, sınırları zorlamayı, yemek

* İlacın içindeki etkin maddenin adı. (ç.n.)

pişirmeyi ya da fahişeliği becerebilenler,[129] Birleşik Devletler başkan yardımcılığına adaylığını koyamayanlar, ölmüş olanlar,[130] suç işleyebilir ve işlemeye yatkın olanlar. 5 Kasım 1976'da, İmparatoriçe Maria Theresa, adli tabiplerden, sağlıklı, yani "doğru" bir ifade alabilmek için işkenceye müsait olma raporu vermelerini talep eden bir ferman yayımlamıştır; bu, zorunlu tıbbi raporu yürürlüğe koyan ilk yasalardan biridir. O zamandan beri, formları doldurmak ve raporları imzalamak doktorların gittikçe daha çok vaktini alır oldu.[131] Her tür rapor, onu taşıyan kişiye toplumsal değil de tıbbi bir statü kazandırır.[132] Tedavi işleminin dışında, bu tıbbi statü açıkça iki tür fonksiyon görür: (1) Taşıyan kişiyi işten, hapisten, askerlikten ya da evlilik bağından kurtarır ve (2) başkalarına, onu bir kuruma kapatarak ya da yaptığı şeyleri yadsıyarak, onun özgürlüğüne tecavüz etme hakkını verir. Ayrıca, tıbbi raporlamanın çoğalması, yeni terapötik işlevler fırsatıyla birlikte okula, işe ve politikaya da yatırım yapabilir. Çoğu kişinin raporla normal dışı olarak belgelendiği bir toplumda bu normal dışı kişilerin ortamı bir hastaneye benzeyecektir. Yaşamını hastanede geçirmek, elbette sağlık açısından kötüdür.

Bir toplum, tıbbın henüz doğmamış, yeni doğan, menopoz döneminde ya da başka herhangi bir "risk yaşı"nda olduklarından ötürü, insanları hastalara çevirebilecek bir şekilde örgütlenirse, halk, iyileştiricilerine karşı özerkliğini kaçınılmaz olarak yitirir. Yaşam basamaklarının ritüelleştirilmesi yeni değildir;[133] yeni olan, bunların yoğun bir şekilde tıplaştırılmasıdır. Azande* kabilesinden bir kişinin sağlığının bir aşamasından öteki aşamasına ilerlemesini dramatize eden,[134] kötü cadının aksine büyücü ya da tıp adamıdır. Deneyim acılı olabilir,[135] ama ritüel kısadır ve toplumun dikkatini kendi onarım gücüne çekmeye yarar.[136] Yaşam boyu tıbbi gözetim ise başka bir şeydir; yaşamı, her biri özel bir tür vâsilik gerektiren riskli dönemlerden oluşan bir zincire dönüştürür. Beşikten büroya ve Club Mediterranée'den son durağa dek her yaş grubu, sağlığı, ayrı ayrı grupladığı insanlara göre tanımlayan bir çevre (milieu) tarafından koşullandırılmıştır. Hijyenik bürokrasi ana-babayı okulun önünde, on sekiz yaşına gelmemişi mahkemenin önünde durdurur ve yaşlıları evden alıp götürür. Özel yerler haline gelen okul, iş ve ev çoğu kişi için uygun olmaktan çıka-

* Sudan'da yaşayan bir kabile. (ç.n.)

rılmıştır. Hastane, yani modern katedral, sağlık düşkünlerinden oluşmuş bu hiyerarşik ortamda egemenliğini sürdürür. Stockholm'den Wichita'ya* dek tıbbi merkezlerin kaleleri, her yere seçkince bir son kez bağrına basma vaadinin damgasını vurur. Zengin için de yoksul için de yaşam, check-up'lardan ve kliniklerden geçip, başladığı yere geri dönen bir hac yolculuğuna dönüşür.[137] Yaşam, daha iyi ya da daha kötü olması için kurumsal olarak planlanması ve biçimlendirilmesi gereken bir "aralığa", istatistiksel bir fenomene indirgenmiştir. Yaşam aralığı doktorun, fetusun doğup doğmayacağına ya da nasıl doğacağına karar verdiği pre-natal** check-up'la varlığa kavuşur ve bir hasta kartı üzerindeki, reanimasyonu*** durdurma işaretiyle son bulur. Doğuş ve yok oluş arasındaki bu biyomedikal hizmet yığını, mekanik bir dölyatağı gibi inşa edilmiş bir kente uygundur ancak. İnsanlar, yaşamlarının her basamağında o yaşa özgü birer özürlü haline getirilirler. En belirgin örnek yaşlılardır: Tedavisi olmayan bir durum için ayrılmış tedavi kurbanlarıdır onlar.[138]

İnsan rahatsızlıklarının çoğu –ya kendi kendine duran ya da birkaç düzine rutin müdahaleyle kontrol altına alınan– akut ve habis hastalıklardan ibarettir.[139] Birbirinden çok farklı durumlarda, en az tedavi görenler belki de en çok iyileşenlerdir. "Hasta için", der Hipokrat, "en azı en iyisidir". Genellikle, bilgili ve dürüst bir hekimin yapabileceği en iyi şey, hastasını hastalığı ile birlikte yaşamaya ikna etmek; sonunda iyileşeceğine ya da gerek duyduğunda morfin bulabileceğine inandırmak, büyükannesinin onun için yapacağını yapmak, gerisini doğaya bırakmaktır.[140] Sıklıkla uygulanan yeni numaralar öylesine basittir ki, tıbbın takındığı mistik havayla bir şeyden anlamaz duruma düşürülmeselerdi, son kuşak büyükanneler bunları çoktan öğrenebilirlerdi. İzci çocukların eğitimi, hastalara yardım etme ilkeleri ve her arabada ilkyardım aletleri bulundurma zorunluluğu şehirlerarası kazalarda, bir ambulans helikopteri filosundan daha fazla hayat kurtarmıştır. Temel sağlık hizmetinin içerdiği diğer müdahaleleri uzmanların yapması gerekse de halkın kendisi tarafından uygulananların da yararlı olduğu ve kişinin kendisi ya da komşusunun, ilk tedaviye ne zaman gerek duyulduğu ve nasıl yapılacağı konusunda sorumluluk

* Kansas'ta bir kent. (ç.n.)

** Doğum öncesi. (ç.n.)

*** Ölmüş bir kişiyi diriltmek için yapılan tıbbi girişim. (ç.n.)

taşıması halinde tedavinin daha yararlı bir şekilde uygulanabileceği kanıtlanmıştır. Akut vakalarda, bir uzmanı gerektirecek kadar karışık tedavi genellikle işe yaramaz; çok daha sıklıkla da ya ulaşılamaz ya da artık çok geç kalınmıştır. İngiltere ve Galler'de toplumsal tıbbın başlamasından sonraki yirmi yılda doktorlar koroner vakalarına, belirtiler başladıktan ortalama dört saat sonra yetişmişler ve bu süre içinde hastaların yüzde 50'si ölmüştür.[141] Modern tıbbın belli belirtilerin tedavisinde çok başarılı hale gelmesi, onun hastanın sağlığı için daha yararlı olduğu anlamına gelmez.

Etkin tıbbi tedaviyi ciddi bir şekilde sınırlama gereği yalnızca uzun süredir hastalık olarak bilinen –romatizma, apandisit, kalp rahatsızlığı, dejeneratif hastalıklar ve pek çok enfeksiyöz hastalık gibi– durumlar için değil, daha da kötüsü, tıbbi hizmeti günümüzde yeni talep etmeye başlayan durumlar için de geçerlidir. Örneğin, yaşlılık çeşitli şekillerde kuşkulu bir ayrıcalık ya da acınacak bir son olarak görülür, fakat asla bir hastalık olarak nitelendirilmezken,[142] günümüzde doktorların emri altına sokulmuştur. Yaşlılara bakım talebinin artmasının nedeni yalnızca giderek daha çok sayıda yaşlı insanın hayatta kalması değil, daha çok insanın yaşlılığında tedavi edilme istemini dile getirmesidir.

Maksimum yaşam süresi değişmedi, ama ortalama yaşam süresi değişti. Doğum sırasında yaşam umudu muazzam arttı; ne denli hastalıklı olacağı, özel bir ortam ve özel tıbbi bakım gerektireceği düşünülmeksizin, çok daha fazla çocuk hayatta kalıyor. Genç yetişkinler için yaşam umudu, daha yoksul ülkelerde hâlâ artıyor. Buna karşın, zengin ülkelerde on beş ile kırk beş yaş arasındaki yaşam umudu bir noktada dengesini bulma eğilimindedir; çünkü kazalar[143] ve uygarlığın yeni hastalıkları, eskiden akciğer iltihabı ve diğer enfeksiyonlara yenik düşenler kadar çok sayıda insanı öldürmektedir. Görece daha çok yaşlı insan vardır ve bunlar hastalanmaya gittikçe daha çok eğilimli olmaktadırlar, ayrıca barınaksız ve acizdirler. Ne denli çok ilaç alırlarsa alsınlar, kendilerine ne tür tıbbi hizmet verilirse verilsin, altmış beş yaşındakilerin yaşam beklentisi bu yüzyılda değişmeden kalmıştır. Tıbbın yaşlanmayla gelen hastalıklar için yapabildiği şeyler pek fazla değildir, yaşlılığın kendisi için ise yapabileceği şeyler daha da azdır.[144] Tıp, yaşlılarda kardio-vasküler hastalıkları, çoğu kanseri, artriti, ilerlemiş sirozu ve hatta basit soğukalgınlığını bile tedavi

edememektedir. Ne mutlu ki, yaşlıların çektiği ağrıların bir kısmı azaltılabilmektedir. Ama ne yazık ki, yaşlıların profesyonel müdahale gerektiren tedavilerinin çoğu yalnızca ağrılarının şiddetini arttırmakla kalmamakta, süresini de uzatmaktadır.[145]

Yaşlılık, demografik nedenlerle tarihte daha yaygın bir vaka haline geldiği anda tıplaştırılmıştır; Amerikan tıp bütçesinin yüzde 28'i, nüfusun yüzde 10'unu oluşturan altmış beş yaşın üzerindekilere harcanmaktadır. Bu azınlık, nüfusun geri kalan kısmına göre her yıl yüzde 3 büyümekte, öte yandan bunların kişi başına düşen sağlık hizmeti harcaması, kişi başına düşen genel sağlık harcamasından yüzde 5-7 daha hızlı artmaktadır. Yaşlılar sağlık hizmeti hakkını kazandıkça bağımsız yaşlanma fırsatını yitirmektedirler. Kuruluşlara sığınmaya çalışan kişi sayısı artmaktadır. Buna paralel olarak, daha çok sayıda yaşlı insan düzeltilemeyecek bir bozukluğunun ya da tedavi edilemeyecek bir hastalığının tedavisine başladığı oranda yaşlılık hizmetlerinin devlet tarafından karşılanmayan taleplerinin sayısı da çığ gibi artmaktadır.[146] Yaşlı bir kadın kör olduğu anda, ABD'de körlere hizmet veren "körler kurumu"nun özellikle genç ve dolayısıyla çalışabilmek için rehabilite edilmesi gereken körlerin sorumluluğunu alan sekiz yüz küsur şubesinden birine girmeden sakatlığı devlet tarafından bilinmeyecektir.[147] Bu kadın ne genç ne de çalışacak biri olduğundan isteksizce karşılanacak, öte yandan, yaşlılar kurumuna da uyum sağlayamayacaktır. Bu nedenle, bu kadın, biri onu körler arasına kazandırmaya, ötekisi ise elden ayaktan düşmüşlüğünü tıplaştırmaya çalışan iki kurum tarafından da marjinal bir şekilde tıbbın etkisi altına alınacaktır.

Yaşlı insanlar profesyonel hizmetlere ne kadar çok bağımlı hale gelirse, yaşlılar için özelleşmiş kurumlara itilen insan sayısı da o ölçüde artacak, ev komşuluğu bağımlı kişileri gittikçe daha çok dışlar hale gelecektir.[148] Bu kurumlar, yaşlıları açıkça ve daha az iğrenç olduğu tartışılır bir şekilde baştan savmanın modern stratejisidir.[149] Kurumlara bağlandıktan sonraki ilk bir yıl içinde ölüm hızı, alıştığı çevrede kalanlara göre önemli ölçüde yüksektir.[150] Evden ayrılmak, birçok ciddi hastalığın ortaya çıkmasına ve ölüm oranının artmasına yol açmaktadır.[151] Bazı yaşlılar bu kurumlara girmeyi, yaşamlarını kısaltmak için istemektedirler.[152] Bağımlılık daima, üstelik yaşlılar için daha da fazla acı vericidir. Daha önceden var olan ayrıcalıklar ya da

yoksunluklar, günümüz yaşlılığında doruğa ulaşmıştır. Yalnızca çok zengin ve çok bağımsız olanlar yoksulların kabullenmesi gereken, içinde yaşadığı toplum zenginleştikçe şiddetlenen ve evrenselleşen, tıplaştırılmış bir sondan kurtarabilir kendini.[153] Yaşlılığın profesyonel tıp hizmeti gerektiren bir duruma dönüştürülmesi, yaşlıya, vergilerle desteklenmiş ayrıcalıklardan görece bir düzeyde yoksun olmasının acısını duyan azınlık rolünü verir. Kimi zaman sefil ve unutulmuşluğun düşkırıklığıyla acı çeken zayıf, yaşlı insanlarken, şimdi artık yaşlının asla yeterince dünya nimeti elde etmemeye programlandığı, en acıklı tüketici grubunun belgeli üyelerine dönüşmüşlerdir.[154] Tıbbi etiketleme, yaşamın sonuna yaptığının aynısını başlangıcına da yapar. Tıpkı doktor yetkisinin ilk olarak yaşlılıkta kabul edilmesinden sonra emeklilik öncesi ve menopoz dönemlerini de içine alması gibi, doğumevindeki on dokuzuncu yüzyıl ortalarından kalma doktor yetkisi de çocuk odasına, kreşlere, sınıflara ve tıplaştırılmış bebeklik, çocukluk ve ergenlik çağına dek genişlemiştir. Bu arada, yaşlılar için pahalı hizmetlerin daha da çoğaltılmasına karşı sınırlar konmasını savunmak kabul edilebilir duruma geldiği halde çocuklara yönelik tıbbi girişim denen şeylere sınır koymak, hâlâ tabu özellikleri gösteren bir konudur. Sanayileşmiş bir toplumda kimseye uygun olmayan bir dünyaya insan gücü doğurmaya zorlanan ana-babalar on altı yıllık formel eğitimle ezilip kalıplanmadıkları takdirde, kendilerini döllerinin bakımını kişisel olarak yürütmekten aciz hissetmekte ve onları umutsuzlukla tıbbi hizmete boğmaktadırlar.[155] ABD'nin tıp harcamalarının bugünkü düzeyi olan 100 milyar dolardan 1950'nin düzeyi olan 10 milyar dolara indirilmesini ya da Colombia'daki tıp okullarının kapatılmasını önermek asla tartışılabilir konular haline gelemez, çünkü bu öneriyi yapan kişi hemen, çocuk katliamı ya da yoksulların kitle halinde öldürülmesi yanlısı, kalpsiz biri olarak damgalanıverir. Ekonomik açıdan üretici insan yapmaya yönelik mühendisçe yaklaşım çocukluk çağında ölümü bir skandal, çocuk hastalıklarının neden olduğu bozuklukları toplumsal bir utanç, düzeltilmemiş konjenital malformasyonları katlanılmaz bir görüntü ve öjenik* doğum kontrolünü yetmişli yılların uluslararası kongrelerinde tercihli bir konu haline getirmiştir.

* İnsan soyunun daha sağlıklı ve daha güzel olmasını amaçlayan tıp dalı. (Öjenik doğum kontrolü, sakat olduğu anlaşılan bebeklerin doğmadan öldürülmesi demektir.) (ç.n.)

Çocuklukta ölüm oranına gelince, bu gerçekten düşürülmüştür. Gelişmiş ülkelerde yaşam umudu, on sekizinci yüzyılda otuz beş yılken, günümüzde yetmiş yıla yükselmiştir. Bunun başlıca nedeni, sözü edilen ülkelerde bebek ölümlerinin azaltılmış olmasıdır; örneğin, İngiltere'de ve Galler'de 1.000 canlı doğumda bebek ölüm sayısı 1840'ta 154 iken 1960'ta 22'ye düşmüştür. Ancak bu "kurtarılmış" yaşamları, doktorun eğitimi gibi bir şeyi öngerektiren bir tedavi girişimine mal etmek tümüyle yanlıştır; öte yandan yoksul ülkelerde, bazen ABD'nin on katı fazlasına ulaşan çocuk ölümlerini doktor yokluğuna bağlamak, aslı astarı olmayan bir düşünceden başka bir şey değildir. Beslenme, antisepsi,* şehircilik ve bunların hepsinin üzerinde, ne denli zayıf ya da kusurlu olursa olsun bir çocuğun ölümüne karşı yeni yeni gelişen tepkiler[156] çok daha önemli etkenlerdir ve tıbbi müdahaleyle çok uzaktan ilgili değişimleri simgelerler. ABD, çocuk ölümleri bakımından dünyada on yedinci sırada geliyorsa da, yoksul yurttaşlar arasında çocuk ölümleri yüksek gelir gruplarına göre çok daha fazladır. New York kentindeki siyah nüfusun çocuk ölüm oranı genel nüfusa göre iki kattan fazladır ve belki de Tayland ve Jamaika gibi gelişmemiş ülkelerden bile yüksektir.[157] Çocukların ölümünü önlemek için daha çok doktora gerek olduğunda diretmek, aynı zamanda tıp profesyonellerine de daha çok iş sağlayacak olan gelir eşitliğinden kaçınmak demektir. Genel ortamdaki, doktorların varlığıyla nedensel bir ilişkisi olan değişikliklerin sağlık konusunda olumlu bir dengeyi gösterdiğini savunmak da aynı şekilde dikkatsiz bir tutumdur. Hekimler, antisepsinin, aşılamanın ve diyetlerdeki düzelmenin öncüleri olsalar bile, geleneksel anne sütüyle beslenen çocuğu modern bebeğe dönüştüren ve endüstriye fabrika ürünü mamaların alıcısı, çalışan anneler kazandıran biberonun kapağını açanlar da yine onlardır.

Bu kapağın insan sütünün sağladığı doğal bağışıklık mekanizmalarına verdiği zarar ve biberonla beslenmenin yol açtığı fiziksel ve ruhsal stres, insanların spesifik aşılamadan alabileceği yararlardan daha fazla değilse bile, onunla kıyaslanabilir boyuttadır.[158] Daha da önemlisi, biberonun dünya çapında bir protein açlığı tehlikesini getirmesidir. Örneğin 1960 yılında, Şili'de, annelerin yüzde 96'sı çocuklarını ilk doğum gününe ve daha sonrasına dek anne sütüyle besliyorlardı. Sonradan, Şilili kadınlar

* Bakterileri öldürme. (ç.n.)

on yıl boyunca hem sağ kanattan Hıristiyan Demokratların hem de sol kanattan çeşitli partilerin yoğun bir beyin yıkama kampanyasına uğradılar. 1970'te, çocuklarına bir yıldan daha çok meme verenlerin oranı yüzde 6'ya düşmüştü ve annelerin yüzde 80'i ikinci ayın sonunda çocuklarını memeden kesiyordu. Sonuç olarak, insan sütü potansiyelinin yüzde 84'ü üretilmiyordu. Bu kaybı –olabildiğince– karşılamak için fazladan 32.000 inek, Şili'nin aşırı otlanmaktan tükenmiş çayırlarına eklendi.[159] Biberon bir statü simgesi haline geldikçe meme verilmeyen çocuklar arasında yeni hastalıklar belirdi ve anneler, meme emen çocuklar gibi davranmayan bebeklerinin bakımıyla ilgili know-how'dan yoksun olduklarından, bu bebekler tıbbi bakımın ve onun risklerinin tüketicisi haline geldiler.[160] Anne sütünün yerini parayla satılan bebek mamalarının alınmasından kaynaklanan genel bedensel bozuklukların, çocukluk çağı hastalıklarına yönelik tıbbi tedavi girişiminden ve tavşan dudaktan kalp rahatsızlıklarına dek uzanan doğumsal kusurların cerrahi düzeltiminden sağlanan yararla dengelenmesi zordur.

Sağlıksızlığı elbette, yaş gruplarının gerekliliği saptanmış sağlık malzemelerine göre tıbbi olarak sınıflandırılmasının yaratmayacağı, buna karşın böyle bir sınıflandırmanın, önceleri bir çekirdek olan ailenin, hediye ilişkileri sistemi olan komşuluğun ve kendi geçimini sağlayan yerel toplumun sığınağı olarak çevrenin, sağlığı yadsıyan bir şekilde çöküşünü yansıttığı öne sürülebilir. Kuşkusuz, tıplaştırılmış sosyal algının sermaye-yoğun üretim örgütlenmesinin belirlediği bir gerçekliği yansıttığı ve yuvayı, komşuluğu ve çevreyi bozan şeyin çekirdek aile, sosyal yardım kuruluşları ve kirlenmiş doğa tarafından oluşturulan ve buna denk düşen sosyal model olduğu doğrudur. Ama tıp yalnızca, gerçekliğin bir aynası değildir; insanın içinde geliştiği sosyal kozaların altını oyan süreçleri destekler ve yeniden üretir. Tıbbi sınıflandırma, bebek maması gibi standart ürünlerin anne sütü üzerindeki, yaşlılar evinin de evde ayrılacak bir köşe üzerindeki emperyalizmini aklar. Sağlıklı olduğu belgeleninceye dek, yeni doğanı hastanede tutulan bir hastaya dönüştüren ve büyükannenin şikâyetlerini sabırlı bir saygıya değil de, tedaviye duyulan gereksinim olarak tanımlayan tıp kurumu yalnızca, tüketici insanı biyolojik bir formülle meşrulaştırmakla kalmaz, megamakinenin büyümesi için yeni baskıların oluşmasını da sağlar.[161] Bu makineye uygun kişilerin genetik seçimi, mediko-sosyal denetimin bir sonraki mantıksal aşamasını oluşturur.

H. KORUYUCU DAMGA

İlaç tedavisi, etkisinin az, fiyatının pahalı ve acılı olduğu durumlara gittikçe daha çok yoğunlaşırken, tıp, pazarını korumaya başladı. Morbidite kavramı, ileride ortaya çıkacağı söylenen riskleri de kapsayacak şekilde genişledi. Hasta bakımının yanı sıra sağlığın korunması da bir metaya, kişinin gerçekleştirmekten çok parasını ödediği bir şeye dönüştü. Şirketin verdiği maaş ne denli kabarık, bir aparatchikin* rütbesi ne denli yüksekse, çarkı iyi yağlanmış bir halde tutmak için de o ölçüde yüksek para ödenmesi gerekiyordu. Aşırı kapitalize olmuş insangücünün bakım masrafı, üst basamaklardakiler için yeni bir statü ölçütüydü. İnsanlar üstlerinden geri kalmamak için onların "check-up"larıyla yarışıyorlardı; bu İngilizce sözcük Fransızca, Sırpça, İspanyolca, Malay diline ve Macarca sözlüklere de girmişti. İnsanlar, rahatsızlanmadığı halde hastaya dönüştürülmüştü. Böylece, sağlığı korumanın tıplaştırılması sosyal iatrojenezin bir başka büyük belirtisi haline geldi. Bu, benim geleceğim konusundaki sorumluluğumu, benim bazı kurumlar tarafından yönetilmeme dönüştürmekti.

Rutin teşhisin tehlikelerinden, rutin tedavinin tehlikelerine oranla daha az korkulur; oysa tıbbi teşhis yoluyla insanları sınıflandırmanın yol açtığı, belgelenmiş sosyal, tıbbi ve psikolojik zararlar hiç de az değildir. Hekim ve yardımcıları tarafından yapılan teşhis, hastanın ya geçici ya da kalıcı rolünü belirler. Her iki durumda da, teşhis, biyofizik bir duruma, yetkili hükümle yaratılmış bir sosyal statü ekler.[162] Bir veteriner bir ineğe rahatsızlık tanısı koyarsa, doğal olarak bu, hastanın davranışını etkilemez. Ama bir doktor bir insana tanı koyarsa, etkiler.[163] Hekimin bir şifacı olarak işlev gördüğü vakalarda, hasta sayılan kişiye konan tanı, hastalığı iyileştiğinde geçerliliğini yitiren, duruma bağlı ve geçici bir meşruluğu olan haklar, görevler ve mazeretler sağlar; hastalıkların çoğu hastada bir sapkınlık izi ya da saygınlığında genel ahlaka aykırılık kalıntısı bırakmaksızın biter. Kimsenin eski bir trafik suçlusunu anımsamaması gibi, kimse eski bir alerji hastasını ya da eskiden apandisiti alınmış bir hastayı anımsamaz. Ancak başka vakalarda, hekim bir yaşam sigortası istatistikçisi gibi davranır ve koyduğu tanı, hastayı ve bazen çocuklarını da yaşam

* Rusça. Makine operatörü. (ç.n.)

boyu damgalar. Bu, kişinin kimliğine tamiri imkânsız bir bozukluk damgası vurarak, üzerinde sonsuza dek kalıcı bir iz bırakır.[164] Nesnel durum ortadan kalkalı çok zaman da olsa iatrojenik etiket yapışıp kalır. Eski ruh hastaları, ilk kalp krizini geçirmiş kişiler, eski alkolikler, orak hücre* kalıntısı taşıyanlar ve (yakın zamanlara dek) eski tüberkülozlular, eski mahkûmlar gibi, yaşamlarının kalan kısmında dışlanmış kişilere dönüşürler. Profesyonel bir kişinin şüphesi, şüphe duyulan durum hiç var olmamış da olsa, damgayı meşrulaştırmaya tek başına yeterlidir. Tıbbi etiket hastayı yalnızca, meslekçe varsayılan yararı yüzünden ona uygulanacak bitmek bilmez bir öğütleme, eğitme ve ayrıma tabi tutma işlemine teslim etmek için cezadan korur.[165]

Tıp, geçmişte insanları iki yoldan etiketlerdi: Tedavisine çalışılacak olanlar ve cüzamlılar, sakatlar, hilkat garibeleri ve ölmekte olanlar gibi, tedavisi imkânsız dertlerden mustarip kişiler. Teşhis, her iki durumda da insanlara damgayı basabilirdi. Tıbbi koruma, şimdi üçüncü bir yol daha yarattı ve böylece hekimi, mayasından ötürü sağlam kalmış bir insanı kehanetiyle sakatlayabilecek bir büyücüye dönüştürdü.[166] Teşhis, kötü genler taşıyan bir insanoğlunu doğmaktan, bir diğerini terfiden, bir ötekini de politik yaşamdan alıkoyabilir. Kitlesel sağlık riski avı, bunun için gerekli özel proflaksileri yakalamak üzere tasarımlanmış bir ağ ile başlar: Doğum öncesi tıbbi muayeneler; bebekler için çocuk sağlığı klinikleri; okul ve kamp check-up'ları, parası önceden ödenmiş tıbbi planlar.[167] Bunlara son olarak genetik ve kan basıncıyla ilgili "danışma" servisleri de eklenmiştir. Birleşik Devletler tüm dünyayı gururla, hastalık avı organize etmeye ve bunun yararını sorgulamaya yöneltiyor.[168]

Geçen on yılda sağlık testlerinde çok fazla sayıda makine kullanılmaya başlandı ve bu yöntem yoksulları Mayo ve Massachusetts General gibi kliniklerin dünyasına taşıyan bir yürüyen merdiven olarak övüldü. Kimyasal ve tıbbi muayenelerden oluşan, fabrikalardaki yürüyen bandı andıran bu işlemler tıp mesleğine yakın teknisyenler tarafından, şaşırtıcı derecede düşük fiyatlarla yapılabilir. Bu, milyonlarca insana, altmışlı yılların Houston ya da Moskova'sındaki en "değerli" kodamanlarınkinden bile daha karmaşık bir "gizli kalmış tedavi gereksinimi" saptamayı önermek demektir. Bu testlerin başlangıcın-

* Akdeniz anemisinde görülen bozuk eritrositler. (ç.n.)

da, kontrollü çalışmaların eksikliği kitle üretimi tarzı sağlık korumacılığını pazarlayan kişileri temelsiz umutlara yöneltti. (Daha yakın zamanlarda, sağlık bakım servislerinden ve erken teşhisten yararlanan nüfus grupları üzerinde kontrollü karşılaştırmalar yapılmıştır; bu araştırmaların iki düzinesi –en yüksek düzeydeki tıbbi tedaviler bile uygulansa– bu teşhis yöntemlerinin, yaşam umudu üzerinde olumlu bir etkisinin olmadığını göstermiştir.)[169] İronik bir şekilde, ancak bu tarz araştırmanın yetişkinlerde ortaya çıkarabildiği ciddi asemptomatik* hastalıklar çoğunlukla, erken teşhislerin hastanın durumunu kötüleştirmekten başka bir şeye yaramadığı, tedavisi olanaksız hastalıklardır. Bu olay, her halükârda, kendini sağlıklı hisseden insanları, haklarındaki hükümden ötürü endişeye kapılmış kişilere çevirmektedir.

Tıp, hastalıkları ararken iki şey yapar: Yeni hastalıklar "keşfeder" ve bu hastalıkları tek tek bireylere yükler. Yeni bir hastalık kategorisi bulmak tıp bilim adamının gururudur.[170] Tom, Dick ya da Harry'lere hastalık yüklemek, danışman bir mesleğin üyesi olarak çalışan hekimin ilk görevidir.[171] "Bir şeyler yapmak" ve kaygılarını dile getirmek üzere eğitilmiş biri olarak, hastalığı teşhis ettiğinde kendini etkin, yararlı ve işe yarar hisseder.[172] Gerçi hekim, teorik olarak, karşılaştığı anda hastasının bir hastalığın etkisinde olduğunu varsaymazsa da, bir güvenlik önlemi ilkesiyle, hastaya bir hastalık yüklemek, hastalığı saf dışı bırakmaktan daha iyiymiş gibi davranır. Tıbbi karar verme kuralları sağlığı değil de hastalığı teşhis ederek insanları güvenlik aramaya iter.[173] Bu eğilimin klasik demonstrasyonu 1934 yılında yapılmış bir denemede ortaya çıkmıştır.[174] New York'taki kamu okullarında okuyan 1.000 öğrencinin yüzde 61'inin bademciklerinin alınmış olduğu görülmüştür. Geriye kalan yüzde 39'u bir grup hekim tarafından muayene edilmiş ve bunların yüzde 45'i tonsillektomi** gerektiği için seçilmiş, gerisi de bırakılmıştır. Bırakılan çocuklar başka bir grup hekim tarafından yeniden muayene edilmiş ve ilk muayeneden sonra bunların da yüzde 46'sına tonsillektomi endikasyonu konulmuştur. Geri kalan çocuklar üçüncü kez muayeneye girdiğinde benzer oranda çocuk tonsillektomi gereğiyle seçilmiş, böylece üç muayene sonucunda geriye, tonsillektomi endikasyonu konmayan yalnızca alt-

* Belirti vermeyen. (ç.n.)
** Bademcik ameliyatı. (ç.n.)

mış beş çocuk kalmıştır. Bu çocuklar tekrar muayene edilmemiştir, çünkü onları muayene edecek hekim kalmamıştır.[175] Bu test, parasal düşüncelerin eğilimleri etkilemediği, ücretsiz bir klinikte yapılmıştır.

Hastalık çıkarmaya yatkın teşhis eğilimleri genellikle teşhis hataları içerir. Tıp, kuşkulu kategorileri engizisyonvari bir şevkle yüklemekle kalmaz, bir de üstelik bunu hiçbir mahkeme sisteminin affedemeyeceği bir hata oranıyla yapar. Örneğin, Britanya üniversite kliniklerinde spesifik kalp hastalığı tanısıyla yatarken ölen hastaların yarısından çoğunun, yapılan otopsiler sonucunda başka bir nedenle öldüğü saptanmıştır. Bir grup doktora teşhis için gösterilen bir röntgen dizisine, aynı grup doktor tarafından başka bir zaman vakaların yüzde 20'si farklı olacak şekilde teşhis konmuştur. Dr. Smith'e öksürdüğünü ve balgam çıkardığını ya da mide krampından rahatsız olduğunu söyleyen hasta sayısı Dr. Jones'tan üç kat fazla olabilir. Basit hastane testleri, aynı örnek iki farklı laboratuvarda incelendiğinde dörtte bire dek varan oranda ciddi farklar göstermektedir.[176] Kullanılan cihazlar da bundan daha az yanıltıcı değillerdir. Teşhis makinesi ile doktorlar arasında yapılan bir yarışmada, pelvis* cerrahisi endikasyonu konan 83 vakadan sadece 22'sinde makine ve doktor aynı tanıyı koymuştu; 37 vakada bilgisayar, hekimlerin yanlış tanısını reddetti; 11 vakada doktorlar bilgisayarın hatasını kanıtladı ve vakaların yüzde 10'unda her ikisi de hatalıydı.[177]

Teşhisteki eğilimlere ve hatalara ek olarak, işin içinde kötü niyetli bir tecavüz de vardır.[178] Hastaların kardiomyopatisi** olup olmadığını anlamak için kullanılan –üstelik rutin olarak uygulanmayan– kardiak kateterizasyon*** 350 dolar tutar ve elli hastadan birinin ölümüne yol açar. Yine de, bu yöntemin bulgularına dayalı ayırıcı tanının, hastanın yaşam umudu arttırdığını ya da rahatlamasını sağladığını gösteren bir kanıt yoktur.[179] Testlerin çoğunluğu bundan daha az öldürücü olmakla birlikte çok daha yaygın kullanılmaktadır ve birçoğunun, bireyin kendisine ya da soyuna yönelik, sağlayacakları teşhis bilgisinin yararını ortadan kaldıracak denli yüksek zararları olduğu bilinmektedir. Gençlerde X ışınlarının ve fluoroskopun rutin olarak kullanılması, bazı kimyasal miyarların ve radyoaktif izotopların en-

* Leğen; kalça kemiklerinin sınırladığı vücut bölgesi. (ç.n.)

** Kalp kasında bir kusur. (ç.n.)

*** Kol ya da bacak toplardamarının içinden boru geçirerek kalbe ulaşma yöntemi. (ç.n.)

jekte edilmesi ya da hastaya içirilmesi ve çocuklarda hiperaktivitenin saptanması için Ritalin kullanılması bunlara örnektir.[180] Öğretmenlerin vekil olarak tıbbi yetkilere haiz olduğu devlet okullarındaki kontroller çocuklar için başlı başına bir sağlık riski oluşturur.[181] Çok basit, üstelik yararlı muayeneler bile çoğaltıldıkları takdirde tehlikeli hale dönüşebilir. Başka muayenelerle birlikte uygulanan bir muayenenin zarar verme potansiyeli tek başına uygulanmasından çok daha yüksektir. Muayeneler genellikle tedavi seçiminde rehberdir. Ama ne yazık ki, muayeneler daha karışık ve çeşitli hale geldikçe, bunların sonuçları hekimleri genellikle, hastayı bir ihtimal hayatta tutsa da ona kesin olarak yardımcı olmayacak müdahale biçimlerinin seçimine yöneltmektedir. Hepsinden kötüsü, insanlar karışık pozitif laboratuvar teşhisleriyle hayatta kalsalar bile, zarar görsünler ya da görmesinler, ağrılı, sakat bırakıcı, pahalı ve iğrenç bir tedaviye katlanmak gibi büyük bir tehlikeye maruz kalacaklardır. Hekimlerin kendi doktorlarına gitmeyi meslek dışı kişilere göre daha çok erteleme eğiliminde olmaları ve gittiklerinde daha kötü bir hale gelmeleri şaşırtıcı değildir.[182]

Geniş kitlelere uygulanan erken teşhis testleri, hastalara yararlı, rehabilite edici ya da rahatlatıcı olsun ya da olmasın, tıp, bilim adamı için var olan tedavi olanaklarına en uygun ya da araştırma hedefleri için en yararlı vakaları seçeceği geniş bir tabanın garantisidir. Bu süreçte, insanlara, sağlam kalmaları bakım servisine yapacakları ziyaretlere bağlı makineler oldukları inancı aşılanır ve böylece, tıbbi yaptırımın pazar araştırmalarının ve satış etkinliklerinin faturasını ödemek zorunda bırakılmalarının yanı sıra bir de bunun için baskı görürler.

Teşhis daima stresi yoğunlaştırır, yetersizlik saptar, inaktiviteyi empoze eder ve kaygıları, öztanımlama özerkliğinin kaybına yol açacak bir dereceye varana dek, sağlığı geri kazanamama, belirsizlik ve gelecekteki tıbbi bulgulara bağımlılık üzerinde yoğunlaştırır. Aynı zamanda, kişileri belirli roller içinde izole eder, normalden ve sağlıklıdan ayırır ve uzmanlaşmış personelin otoritesine boyun eğmelerini sağlar. Toplum, koruyucu "hastalık avı"na göre organize olursa bu durum, teşhise epidemik boyutlar kazandırır. Terapötik kültürün[183] bu kesin zaferi, ortalama sağlıklı insanın bağımsızlığını sapkınlığın katlanılmaz bir biçimine dönüştürür.

Uzun vadede, böylesine içe yönelik sistemler toplumunun ana etkinliği, yaşam umudunun bir metaymış gibi, hayali üretimine yöneliktir. İstatistiksel insanın, biyolojik olarak eşi bulunmaz insanla eşitlenmesi sonucu, sınırlı kaynaklar için doymak bilmez bir talep yaratılır. Birey, genelin daha büyük "gereksinimleri"ne boyun eğer,[184] koruyucu yöntemler zorunlu hale gelir ve hastanın kendi tedavisinin onayını elinde bulundurma hakkı, doktorun, ona teşhise boyun eğmesi gerektiğini, çünkü toplumun daha pahalı bir tedavi yönteminin yükünü kaldıramayacağını söylemesiyle yok olur.[185]

İ. SON SEREMONİLER

Tedavi, ölümcül hastanın çevresindeki ölüm dansında, yörüngesinin en uzak noktasına ulaşır.[186] Günlük 500 ile 2.000 dolar arası bir harcamayla,[187] beyaz ve mavi giysili papazlar hastanın antiseptik kokuları içindeki kalıntısını sarıp sarmalarlar.[188] Tütsü ve ölüleri yakmak için oluşturulacak yığın ne denli egzotik olursa, papaz ölüme o denli meydan okur.[189] Tıp tekniğinin dinsel kullanımı teknik amacına üstün gelmiştir ve hekimle cenazeciyi ayıran çizgi silikleşmiştir.[190] Yataklar, ne ölü ne de canlı olan cesetlerle dolmuştur.[191] Büyücü doktor kendisini bir kriz yöneticisi gibi algılar.[192] Son saatini yaşamakta olan her yurttaşa, sinsice, toplumun o öldürücü sonsuz güç hayaliyle bir karşılaşma ayarlar.[193] Tıpkı bir bankanın ya da devletin kriz yöneticisi gibi, yararsızlıkları ve abeslikleri ile iyice grotesk görünen ve kendi içinde çelişen stratejiler, planlar ve el koyacak kaynaklar bulur. Her hastaya, son anında çoğu kişinin kendini hiç de layık görmediği bir ayrıcalık vaat eder.

Krizin ritüelleştirilmesi, hastalıklı bir toplumun genel bir özelliği olarak, tıbbi görevliye üç tür etkide bulunur. Ona, genelde ancak ordunun talep edebileceği bir yetki verir. Krizin baskısıyla, emir altında olduğu sanılan profesyonel, kolayca, adaletin ve toplum adabının olağan kurallarından muaf tutulabilir. Ölümü engellemekle görevlendirilmiş olan bu kişi, sıradan bir insan olmaktan çıkar. Seçme işlemini yapan bir yönetici olarak, onun cinayeti politikayla örtülür.[194] Daha da önemlisi, onun tüm performansı kriz atmosferinde ortaya çıkar.[195]

Tıbbi girişimin talep ettiği zaman ve toplumsal mekânın meydana getirdiği büyülenmiş sınırlar diyarı bu dünyaya özgü olmadığı için, dini ve askeri benzerlerininki kadar kutsaldır. Son hizmetin tıplaştırılması yalnızca, uğursuz düşlerin ritüalize edilmesiyle ve profesyonel lisansın uğraştığı iğrenç işleri kapsayacak biçimde genişlemesiyle sınırlı değildir: Son tedavinin daha yoğun uygulanması, hekimin, elindeki kaynakların teknik yeterliliğini kanıtlama konusundaki tüm zorunluluğunu da ortadan kaldırır.[196] Gücün daha da artması talebi dur durak bilmez. Sonuçta, hastanın ölmesi, hekimi olası denetim ve eleştirilerin uzanamayacağı bir yere koyar. Hastanın son bakışında ve "morituri"nin* ömür perspektifinde hekimin son beklentilerinden başka umut yoktur.[197] Sonuçta, herhangi bir kurumun "krize" doğru yönelimi büyük boyutta olağan bir yetersizliği gösterir.[198]

Bugün hastane ölümleri endemiktir.[199] Son yirmi beş yılda, hastanede ölen Amerikalıların oranı üçte bir artmıştır.[200] Diğer ülkelerdeki hastane ölümleri daha da hızlı artmıştır. Tıp hizmetinden yararlanmadan ölmek romantik dik kafalılık ve ayrıksılıkla ya da felaketle özdeş bir hale gelmiştir. Yurttaşın son gününün faturası tahminen yüzde 1.200 oranında, yani genel sağlık harcamalarından çok daha büyük bir hızla artmıştır. Öte yandan, cenaze masraflarının, en azından ABD'de istikrara ulaştırılması sonucu, artış hızları genel tüketici fiyat endeksindeki artış hızı hizasına çekilmiştir. Şimdi, son seremonilerin en ayrıntılı aşaması, ölen hastanın çevresini kuşatmıştır. Bu, tıp kontrolü altında, cenaze töreninden ve hastadan geriye kalan bedenin gömülmesinden ayrılmıştır. Har vurup harman savururcasına yapılan harcama tıp yardımından yoksun olarak ölmenin dehşetini[201] yansıtırcasına, mezardan mahalleye dönmekte ve sigortalı kişi kendi cenaze törenine katılım sağlamak için para ödemektedir.[202]

Tıpsız ölmek korkusu, ilk kez, dini yardım istemeyen ve öteki dünya inancını reddeden on sekizinci yüzyılın seçkinler tabakası tarafından hissedilmiştir.[203] Bu korkunun yeni dalgası ise bu kez zengini de yoksulu da sürüklemiş ve yeni bir nesne kategorisi oluşturmak için eşitlikçi bir pathosla birleşmiştir; bu nesneler son kertede sınırlıdır, çünkü pahalı ölüm odalarında onlara hekim tarafından el konulmuş-

* Lat. Arenaya çıkan gladyatörlerin imparatoru selamlamak için söyledikleri Morituri te salutamus (=Ölmek üzere olan bizler seni selamlarız) tümcesinden, ölmek üzere olan kişi anlamında. (ç.n.)

tur. Bu nesnelerin dağıtımında, hangilerinin hariç tutulup hangilerinin seçileceği ve yaşamı uzatıcı tekniklerle ölümü daha rahat ve kabul edilir kılmanın[204] çeşitli yollarını tercih etmenin nasıl mazur gösterileceği gibi sorunlarla uğraşan yeni bir legal[205] ve etik literatür dalı ortaya çıkmıştır. Bir bütün olarak ele alındığında bu literatür, çağdaş mahkeme jüri üyesinin ve felsefecinin düşüncesi hakkında dikkate değer öyküler anlatır. Yazarların çoğu, spekülasyonlarına dayanak oluşturan tekniklerin yaşamı gerçekten uzatabildiğinin kanıtlanıp kanıtlanmadığını bile sormaz; safça, sürüp giden pahalı ritüellerin muhakkak yararlı olduğu kuruntusunun peşinden giderler. Bu şekilde, yasa ve etik, ölüm konusunda, politik yönden zararı olmayan tıbbi eşitliği düzenleyen politikaların değerine olan inancı destekler.

Hijyenik olmayan ölümden günümüzde duyulan korku, yaşamı bencilce bir yarış haline getirmiş ve bu, kişilerin kendine güvenini benzersiz bir şekilde kırmıştır.[206] Bu, insanın, kendi vaktinin ne zaman geleceğini bilme ve kendi ölümünü kendi ellerine alma özerkliğini artık yitirdiği inancını güçlendirmiştir.[207] Doktorun, şifa dağıtan biri olarak yararlı olmaktan çıktığı anı[208] bilmeyi ve hastasının yüzünde ölümü gördüğünde[209] çekilmeyi reddetmesi onu kaçak güreşen ve açıkça ikiyüzlü bir görevli haline sokmuştur.[210] Hastanın ölme niyetinde olmaması kendisini acıklı bir şekilde bağımlı kılmıştır. O artık ölümü, yani sağlığın alabileceği son biçimi karşılayabileceği inancını yitirmiş ve başkalarının elinde profesyonel bir biçimde öldürülme hakkını kazanmıştır.[211]

Hastane koğuşunda, ölümle ilgili kültürel yaklaşımlarda çoğu sınanmamış beklenti birbirine karışmıştır. İnsanlar hastaneye yatmanın acılarını azaltacağını ya da hastanede belki daha çok yaşayacaklarını sanırlar. Büyük olasılıkla bunların hiçbiri gerçek değildir. Ölümcül bir durumda Britanya kliniklerine yatan hastaların yüzde 10'u hastaneye geldiği gün, yüzde 30'u bir hafta içinde, yüzde 75'i bir ay içinde ve yüzde 97'si üç ay içinde ölmüştür.[212] Son hizmetin evde yapıldığı durumlarda hastaların yüzde 56'sı bir hafta içinde ölmüştür. İyileşme umudu olmayan kanserde, evde ölenlerle hastanede ölenler arasında yaşam umudu açısından hiçbir fark yoktur. Evdeki ölümcül kanser hastalarının yalnızca dörtte biri, üstelik yalnızca son haftalarında özel hemşirelik hizmetine ihtiyaç duyarlar. Yarıdan ço-

ğunun sıkıntısı güçsüzlük ve rahatsızlık duygusudur ve ağrıları varsa genellikle dindirilebilir.[213] Ama evde olmakla, istisnai bazı hastaneler dışındaki hepsinde, onları bekleyen yalnızlık, sürülmüşlük duygusundan ve aşağılanmalardan kurtulmuş olurlar.[214] Yoksul zenciler bunu anlamış görünüyorlar ve evlerinde ölmeyi tercih ederek hastane rutinini geçersiz kılıyorlar. Afyon türevlerini istendiğinde bulma olanağı yoktur. Tedavisiz, ama kesin ölümcül olmayan durumlarda, aylar ya da yıllar boyu, ancak narkotiklerin katlanılır hale getirebildiği şiddetli ağrılar çeken hastaların ilaç istekleri, alışkanlık meydana gelmemesi için, evde de hastanede de büyük olasılıkla reddedilecektir.[215] Son olarak, insanlar, hastanede yatmanın olası herhangi bir krizi atlatma şanslarını arttırdığını sanırlar. Bazı açık istisnalar dışında, bu konuda da genellikle yanılırlar. Bugün krize müdahalenin hastane merkezli olması nedeniyle ölen insan sayısı, hastanelerin sağladığı üstün teknikler sayesinde kurtulan insan sayısından fazladır. Yoksul ülkelerde son yıllarda kolera ya da ishalden ölen çocuk sayısı artmıştır; çünkü boğazlarından aşağı yollanan basit bir çözeltiyle su kayıpları zamanında telafi edilmemektedir: Tüm hizmet, uzak bir hastanede yapılan karmaşık bir intravenöz* su telafisine yoğunlaştırılmıştır.[216] Zengin ülkelerde, tahliye cihazının kullanımından dolayı ölümler bunun sayesinde kurtulanların sayısına eşit olmaya doğru gitmektedir. Hastaneye "tapınma" hastanenin yaptıklarıyla ilgisiz kalmıştır.

Öteki büyük endüstriler gibi, sağlık sistemi de ürünlerini talebin sınırsız olduğu yere yöneltir: Ölüme karşı direnmeye. Elde edilen vergi fonlarının gittikçe artan bir bölümü ölümcül hastaların yaşamını uzatma teknolojisine ayrılmaktadır. Karışık bürokrasiler böbrek yetmezliği tehlikesi karşısındaki Amerikalıların altıda birini ya da üçte birini sürekli diyaliz hizmeti için seçmektedir. Seçilmiş hasta, ustaca bir işkenceyle ölme ayrıcalığını arzulamaya şartlandırılmıştır.[217] Bir doktorun kendi hastalığının tedavisinde gözlemlediği gibi, yapay böbreğin yaşama ekleyebileceği ilk, bazen de ikinci yılda intiharı önlemek için çok zaman ve çaba gerekmektedir.[218] Çoğunluğun kamu otoritesinin kontrolü altında öldüğü bir toplumda, ölümcül hastaların koğuşları geçmişteki legal öldürmelerin ve idamların çevresindeki ciddiyetle donatılmıştır. Komaya girmiş hastaya yapılan savurganca

* Toplardamara verilen. (ç.n.)

tedavi, başka kültürlerde idam hükümlüsüne verilen sabah kahvaltısının yerini almıştır.[219]

Halkın yüksek teknolojiyle bakılmaya ve ölmeye olan hayranlığı, mucizelerin mühendislerce oluşturulmasına yönelik, derinlerde yatan bir gereksinim olarak algılanabilir. Yoğun bakım, ölüme karşı savaşım veren tıbbi papazlığın çevresinde düzenlenmiş kamusal bir tapınmanın son noktasından başka bir şey değildir.[220] Kamunun bu etkinlikleri finanse etmeye istekli olması tıbbın teknik olmayan işlevlerine duyulan arzunun bir ifadesidir. Örneğin, kalp hastaları için yoğun bakım üniteleri çok gösterişlidir, ama hastaların yaşamı konusunda istatistiksel olarak kanıtlanmış bir yararı yoktur. Normal hasta bakımının üç katı alet, beş katı personel gerektirirler; Birleşik Devletler'deki tüm eğitimli hastane hemşirelerinin yüzde 12'si bu parlak tıp dalında çalışmaktadır. Bu gösterişli uğraş, vergiler gasp edilerek, armağanlar talep edilerek ve kurbanlar tedarik edilerek, eski bir ayin gibi desteklenir. Bu birimlerde hizmet verilen hastalardaki ölüm ve iyileşme oranlarını evde tedavi edilen hastalarınkiyle karşılaştırmak için büyük çaplı örnek gruplar seçilmiş ve incelenmiştir, ancak bunların şimdiye dek hiçbir üstünlüğü görülmemiştir. Kalp enfarktüsü geçiren hastalar zaten evde bakılmayı yeğlediklerini söylerler; hastaneden korkmuşlardır ve bir kriz anında, tanıdıkları insanların yanlarında bulunmasını isterler. Gerçek istatistiki bulgular onların bu sezgilerini doğrulamaktadır: Hastanelerde mekanik bakım uygulanan hastalarda ölüm oranının daha yüksek olması genelde korkuya bağlanmaktadır.[221]

I. KARABÜYÜ

Hastanın ya da çevresinin fizik ve biyokimyasal yapısına teknik müdahale, tıbbi kurumların tek işlevi değildir ve asla da olmamıştır.[222] Patojenlerin uzaklaştırılması ve (yararlı ya da yararsız) tedavi araçlarının uygulanması insan ile hastalık arasına girmenin kesinlikle tek yolu değildir. Hekim, amaçlanan teknik rolü oynamak için donandığı durumlarda bile kaçınılmaz olarak dinsel, büyüsel, etik ve politik işlevleri de yerine getirir. Çağdaş hekim bu işlevlerin her birinde, şifa dağıtıcıya ya da salt ağrı dindiriciye oranla daha patojendir.

Büyü ya da seremonilerle iyileştirme tıbbın önemli geleneksel işlevlerinden biridir.[223] Büyüde, şifa dağıtıcı kişi dekoru ve sahneyi düzenler. Kendisiyle bir grup birey arasında, kişisel olmayan bir tarzda, buna uygun bir ilişki kurar. Büyü, hastanın ve büyücünün amaçları uyuştuğu zaman işe yarar;[224] gerçi kendi uygulayıcılarını part-time büyücüler olarak tanımak bilimsel tıbbın epey zamanını almıştır. Doktorun profesyonel beyazbüyü uygulamasını, onun bir mühendis olarak işlevinden ayırmak (ve onu bir şarlatan olma suçlamasından korumak) için "placebo" terimi yaratılmıştır. Bir şeker hapı doktor tarafından verildiği için işe yaradığında bir placebo gibi etki etmiş olur. Placebo (Latince "mutlu edeceğim") yalnızca hastayı değil, bunu veren hekimi de mutlu eder.[225]

Yüksek kültürlerde, dinsel tıp, büyüden hayli farklı bir şeydir.[226] Ana dinler felakete karşı tevekkülü destekler ve acı çekmenin vakur bir iş haline geldiği bir mantık, bir tarz ve toplumsal dekor sunar. Acının kabul edilmesi için sunulan olanaklar her bir ana gelenekte farklı şekillerde açıklanabilir: Geçmişteki enkarnasyonlarda* yoğunlaşan Karma** olarak; İslama çağrıdaki Tanrı'ya teslimiyet olarak ya da haç üzerindeki kurtarıcı İsa'yla daha yakın bir ilişki fırsatı olarak. Yüksek dinler iyileşme için kişisel sorumluluğu uyarır; bazen gösterişli, bazen etkili teselliler için papazlar gönderir, model olarak azizleri sunar ve genellikle halkın tıbbi pratiği için bir çatı oluşturur. Bizimki gibi laik toplumlarda, dinsel örgütlenmelerin daha önceki ritüel şifa verici rollerinden çok az bir şey kalmıştır. Sofu bir Katolik, kişisel duasından mistik bir güç kazanabilir, Sao Paolo'ya yeni gelmiş bazı marjinal gruplar yaralarını sürekli Afro-Latin dans kültürüyle iyileştirirler ve Ganj Vadisi'ndeki Hintliler hâlâ Veda*** ilahileri söyleyerek iyileşmeye çalışır. Ama bu tür şeyler, kişi başına düşen belirli bir GSMH miktarının daha üzerindekini elde eden toplumlarla çok uzak bir paralellik gösterir. Sanayileşmiş toplumlarda, mit oluşturan başlıca seremonileri laik kurumlar yönetir.[227]

---

* Ruhun beden bulması. (ç.n.)

** Budizm ve Hinduizmde insanın iyi ya da kötü yazgısının dünyaya daha önce gelişinde yaptığı iyi ya da kötü eylemlerin sonucu olduğuna inanan düşünce. (ç.n.)

*** Hindu dininin en eski kutsal kitapları. (ç.n.)

Eğitim, ulaşım ve taşımacılık ve kitle iletişim kültleri farklı adlarla, Voeglin'in[228] çağdaş gnosis* diye adlandırdığı aynı toplumsal miti yüceltir. Gnostik dünya görüşü ve inançlarında ortak olan altı özellik vardır: (1) Dünyanın halinden, kötü düzenlendiği kanısında oldukları için hoşnut olmayan bir hareketin üyeleri tarafından uygulanırlar. (2) Buna bağlananlar bu durumdan kurtulmanın olanaklı olduğuna, (3) bunun en azından seçilmiş kişiler için olanaklı olduğuna ve (4) bunun, var olan kuşağın zamanında yapılabileceğine inanırlar. Gnostikler ayrıca, kurtuluşun (5) teknik etkinliklere bağlı olduğuna ve bu etkinliklerin, (6) kurtuluş için özel bir formülü tekellerinde tutan topluluk üyelerine özgü olduğuna da inanırlar. Bütün bu dinsel inançlar on dokuzuncu yüzyılın ilerleme ülküsünü ritüelleştiren ve kutlayan teknolojik tıbbın sosyal örgütlenmesinin temellerini oluşturur.

Tıbbın teknik olmayan önemli işlevlerinden üçüncüsü büyüyle değil, etikle ilgilidir ve ayrıca dinle bir ilgisi yoktur, tamamen din dışıdır. Bu ne büyücünün ustalıkla girdiği gizli ilişkiye ne de rahibin biçimlendirdiği mitlere bağlıdır, daha çok tıbbi kültürün insanlararası ilişkilere verdiği biçime bağlıdır. Tıp, istenirse öyle bir örgütlenir ki toplumu zayıfa, kötürüme, hassasa, sakata, kederliye ve manik depresife az ya da çok kişisel tarzda yaklaşmaya motive eder. Her toplumun tıbbı, belirli bir sosyal karakteri teşvik ederek, ayrıca toplumun tüm üyelerine, zayıflara karşı sevecen bir hoşgörü ve karşılıksız yardım konusunda aktif bir rol vererek, insanların acısını etkili bir biçimde azaltabilir.[229] Tıp, toplumun insanlararası armağanlar alıp verme, iyilik yapma ilişkilerini düzenleyebilir.[230] Talihsizlere karşı sevecenliğin, sakatlara karşı yardımseverliğin, zor durumda olanlar için kurtuluş kapısının ve yaşlılara karşı saygının var olduğu bir kültür, üyelerinin çoğunluğunu günlük yaşamla büyük ölçüde bütünleştirebilir.

Şifa dağıtan kişiler, tanrıların rahipleri, yasa yapıcılar, büyücüler, medyumlar, berber-eczacılar ya da bilimsel danışmanlar olabilir.[231] On dördüncü yüzyıldan önce Avrupa'da, bizim "Doktor"lan içine alacak, anlambilim açısından yakın, ortak bir sözcük bile yoktu.[232] Yunanistan'da çoğunlukla köleler için kullanılan "onarıcı" (repairman) sözcüğü bir zamanlar itibar görmüşse de, bu kişiler özgür insanlar için, şifa dağıtıcı felsefeciler ya da hatta cimnastik öğretmenleriyle

* Evliyalık. (ç.n.)

bile aynı düzeyde değillerdi.[233] Cumhuriyetçi Roma'da, özel tedavi ediciler saygınlığı olmayan tipler olarak kabul edilirdi. Su tedarik yasaları, lağımlar, çöplerin toplanması ve askeri eğitimle birlikte, bir devlet kurumu olan şifa dağıtan tanrılar kültü yeterli görülürdü; büyükannenin evde yaptığı ilaçlara ve ordu sağlık görevlisine, özel bir ilgiyle paye verilmezdi. Örneğin, Jül Sezar MÖ 46 yılında, ilk grup Asklepiad'ı yurttaşlığa kabul edinceye dek bu ayrıcalık, Yunan hekimler ve şifa dağıtıcı rahipler için reddedilmişti.[234] Araplar, hekimi onurlandırırlar,[235] Yahudiler ise sağlık hizmetini getto düzeyinde bırakır ya da bilinçsizce Arap hekimler ithal ederlerdi.[236] Tıbbın çeşitli işlevleri farklı biçimlerde, farklı rollerde bütünleşmişti. Sağlık hizmetini tekel altına alan ilk meslek, yirminci yüzyıl sonlarındaki hekimliktir.

Paradoksal bir biçimde, hastalık için teknik ustalığa ne denli çok önem verilirse, tıp teknolojisinin simgesel ve teknik dışı işlevi de o ölçüde artmaktadır. Daha fazla paranın herhangi bir kanser hastalığından kurtulma oranını arttırdığı konusunda ne denli az kanıt varsa, operasyonların özel tiyatro sahnesine yayılmış tıp dallarına o denli fazla para harcanacaktır. Son yirmi beş yılda, akciğer kanseri ameliyatlarındaki artış ancak, uzmanlar için iş, yoksullara eşit yaklaşım, hastaların simgesel tesellisi ya da insanlar üzerinde yapılan deneyler gibi tedaviyle ilgisi olmayan amaçların varlığıyla açıklanabilir. Yalnızca beyaz gömlekler, maskeler, antiseptikler değil, tıbbın bütün dalları finanse edilmeye devam etmektedir; çünkü bu dallar teknik dışı, genellikle simgesel bir güçle donatılmışlardır.

Modern doktor, ister istemez, simgesel, teknik dışı rollere bürünmeye zorlanmıştır. Adenoidlerin* çıkarılmasında teknik dışı işlevler egemendir: ABD'de yapılan tonsillektomi ameliyatlarının yüzde 90'dan fazlasında teknik açıdan gereksizlikler ortaya çıkmıştır, ama bunlar yine de tüm çocukların yüzde 20-30'una uygulanmaktadır. Bin tanesinden biri doğrudan bu ameliyatın sonucu olarak ölmekte, binde 16'sında ise ciddi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır. Hepsi, değerli bağışıklık mekanizmalarını yitirmektedir. Ayrıca hepsi, ruhsal bir saldırıdan dolayı etkilenmektedir: Bir hastaneye kapatılmakta, anne-babalarından ayrılmakta, tıp kuruluşunun gereksiz ve çoğunlukla

* Lenf beziyle ilgili dokular. (ç.n.)

kibirli kalabalığıyla karşılaşmaktadırlar.[237] Çocuk, önünde, vücudu hakkında kararlara varan ve yabancı bir dil kullanan teknisyenlere hedef olmayı öğrenir; vücudunun bazı yabancılar tarafından, yalnızca onların bildiği nedenlerle saldırıya uğrayabileceğini öğrenir ve ona, yaşamın gerçeğine böyle bir tıbbi başlangıç[238] için para ödeyen sosyal güvenlik sisteminin var olduğu bir ülkede yaşamanın gururu hissettirilir.

Bir ritüele fiziksel katılım, o ritüelin doğurmak için örgütlendiği mite girmek için gerekli bir koşul değildir. Tıp seyircisini çeken gösteri sporlarının güçlü bir büyüleyici etkisi vardır. Dr. Christian Barnard'ın turist olarak Rio de Janerio ve Lima'yı gezdiği sırada ben de oralardaydım. Barnard, her iki kentte de, büyük bir futbol stadyumunu, insan kalbini değiştirmedeki korkunç yeteneği yüzünden onu isterik bir biçimde alkışlamaya gelen kalabalıklarla günde iki kez doldurmuştu. Bu tür tıbbi-mucizevi tedavilerin dünya çapında etkisi vardır. Bunların yabancılaştırıcı etkisi, değil hastaneye, semt kliniğine bile giremeyen insanlara dek uzanır. Onlara bilim sayesinde kurtuluşun olanaklılığı gibi soyut bir güvence sağlar. Rio stadyumundaki deneyimim, beni bundan hemen sonra gördüğüm, Brezilya polisinin tutuklulara yapılan işkence sırasında onların hayatta kalmasını sağlayan aletleri bugüne dek ilk kez kullanan polis olduğunu gösteren kanıtlara dayanmaya hazırlamıştır. İşte, tıp tekniklerinin böylesine kötüye kullanımı tıbbın egemen ideolojisiyle garip bir şekilde ilintilidir.

Tıp tekniğinin toplum sağlığına yönelik, kasti olmayan etkisi elbette olumlu olabilir.[239] Gereksiz bir penisilin iğnesi sihirli bir şekilde, kendine güveni ve iştahı yerine getirebilir.[240] Kontrendike bir operasyon bir evlilik sorununu tesadüfen çözebilir ve çiftin hastalık belirtilerini azaltabilir.[241] Doktorun yalnızca şeker hapları değil, zehirleri bile güçlü placebolar olabilir. Ama bu, tıp teknolojisinin yan etkilerinin yaygın sonucu değildir. Özellikle, pahalı tıbbın daha etkili hale geldiği dar alanlardaki simgesel yan etkilerin, sağlığı korkunç bir şekilde yadsır bir hale gelmiş olduğu savunulabilir:[242] Hastanın kendi kendine iyileşme çabasını destekleyen beyazbüyü, karabüyüye dönüşmüştür.[243]

Sosyal iatrojenez geniş anlamda, negatif bir placebo, yani bir nocebo etkisi olarak açıklanabilir.[244] Biyomedikal müdahalelerin tek-

nikdışı yan etkileri çoğu zaman sağlığa büyük zararlar verir. Bir tıbbi işlemin karabüyü taşıyan etkisinin şiddeti onun teknik açıdan etkili olmasına bağlı değildir. Placebo gibi, nocebonun da etkisi hekimin yaptıklarından büyük ölçüde bağımsızdır.

Tıbbi işlemler, hastanın kendi kendine iyileşme gücünü harekete geçirmek yerine onu kendi tedavisini gizlice röntgenleyen zayıf iradeli ve şaşkın bir röntgenciye çeviriyorsa, o zaman karabüyüye dönüşürler. Tıbbi işlemler, hastayı başındaki belanın şairane bir yorumunu yapmaya teşvik edeceklerine ya da acı çekmeyi öğrenmiş bir insanı –çoktan ölmüş ya da kapı komşusu olan– ona örnek diye göstereceklerine, onun tüm umudunu bilime ve onun memurlarına yoğunlaştırmasını sağlayan ritüeller sergileyen hasta dini haline gelmişlerdir. Topluma, sorunlu kişinin sosyal hoşgörüsünü arttıracak motifler ve disiplinler kazandırmak yerine hastayı profesyonel bir çevre içinde soyutluyorlarsa, bu işlemler, yarattıkları moral çöküntüsü ile hastalığı arttırırlar. Biyomedikal uğraş bahanesiyle oluşturulan büyüsel facia, dinsel zarar ve ahlaki çöküş, tümüyle sosyal iatrojenezi arttıran önemli mekanizmalardır. Bunlar, ölümün tıplaştırılmasıyla birleşir.

Yunanistan, Hindistan ve Çin'deki doktorlar tapınaklar dışında ilk kez iş kurduklarında tıp adamı olmaktan çıkmışlardır. Hekimler hastalık üzerinde akla dayalı bir güç talep ettiklerinde, toplum, onlara büyücü-şaman tarafından sağlanan karmaşık kişilik duygusunun ve bununla bütünleşen hekimin şifa dağıtıcılığına olan inancını yitirir.[245] Tıbbi şifanın büyük gelenekleri mucizevi iyileştirmeyi rahiplere ve krallara bırakmışlardır. Tanrılarla "işi" olan sınıf, onların müdahalesini talep edebilirdi. Kılıcı kullanan ele verilen güç yalnızca düşmana değil, ruha da boyun eğdirmek içindi. On sekizinci yüzyıla değin, İngiltere kralları her yıl, hekimlerin tedavi edilemeyeceğini bildikleri, cilt veremine yakalanmış olan kişileri katletmiştir.[246] Hastalıkları majestelerinin bir dokunuşuyla iyileşmeyen saralılar celladın elleriyle gelen şifa dağıtıcı güce sığınmak zorunda kalmışlardır.[247]

Tıbbi uygarlığın şifa dağıtan esnaf loncasının yükselmesiyle birlikte hekimler kendilerini şarlatanlardan ve rahiplerden ayırdılar, çünkü sanatlarının sınırını biliyorlardı. Tıp kurumu bugün, mucizeler yaratma hakkını yeniden talep etmektedir. Tıp, etyoloji kesin olmasa da, prognoz kötü olsa da, tedavi deney mahiyetinde olsa da, hasta üzerin-

de hak iddia etmektedir. Bu durumda, bir "tıbbi mucize"ye kalkışmak başarısızlığın önüne konmuş bir engel olabilir; çünkü mucizeler ancak umut edilir, kesin olarak beklenmez. Çağdaş hekimin sağlık üzerinde talep ettiği radikal tekel, şimdi onu, öncülerinin teknik şifa dağıtıcılar olarak uzmanlaştıklarında vazgeçmiş oldukları rahibin ve kralın işlevlerini yeniden üzerine almaya zorlamaktadır.

Mucizenin tıplaştırılması son hizmetin sosyal işlevinin içyüzünü daha iyi görmemizi sağlıyor. Hastanın eli kolu bağlanmıştır, bir uzay adamı gibi denetlenmektedir ve televizyonda sergilenmektedir. Bu parlak gösteriler, milyonlarca insan üzerinde, özerk bir yaşama ait gerçekçi umutları doktorların uzaydan sağlık getireceği hayaline çeviren bir ayin, bir büyücünün yağmur dansı gibi etki yapmaktadır.

J. HASTA ÇOĞUNLUĞU

Tıbbın teşhis gücü hasta sayısını aşırı çoğalttığında, tıp profesyonelleri bu hastaları tıp dışı uğraşların ve mesleklerin tedavisine bırakırlar. Tıp beyleri bu tahliye işlemiyle kendilerini düşük prestijli hizmetin sıkıntısından soyutlarlar ve polise, öğretmene ya da müstahdem personele, türetilmiş bir tıbbi tımar sahipliği bağışlarlar. Tıp, neyin hastalık olduğunu belirleme konusundaki denetimsiz özerkliğini elinde tutar, ama hastayı deliğinden çıkarıp tedavisini sağlama görevini başkalarının üzerine yıkar. Neyin uyuşturucu bağımlılığına neden olduğunu yalnızca tıp bilir; polisin ise bunun nasıl kontrol edileceğini bildiği düşünülür. Beyin arızasının ne olduğunu yalnızca tıp tanımlayabilir; ama öğretmene, sağlıklı görünen sakatları damgalama ve gütme izni verir. Tıbbi literatürde tıbbi hedeflerin azaltılmasının gerekliliği tartışıldığında genellikle bu, planlı bir hasta boşaltma biçimini alır. Yeni doğan ya da ölmekte olan, ırkmerkezci, cinsel yönden yetersiz kişi ya da nevrotik ve diagnostik hırsın daha bir sürü ilginç olmayan ama zaman tüketen kurbanı neden tıp sınırları ötesine sürülmesin ve tıp dışı tüccarların, yani sosyal hizmet görevlilerinin, televizyon programcılarının, psikologların, personel şeflerinin ve seks danışmanlarının müşterisi olmasın![248] Tıbbi prestiji elinde tutan bu yetkilendirilmiş mesleklerin çoğalması, hasta rolü için yepyeni bir dekor yaratmıştır.

Her toplum, dengeli olmak için belgelenmiş sapkınlıklara gereksinim duyar. Garip görünen ya da acayip davranışlar sergileyen kişilerin ortak özellikleri formel olarak isimlendirilmedikçe ve şaşırtıcı davranışları bilinen bir evrak rafına konmadıkça, bunlar tehlikelidir. Korku veren, asap bozan garabetler bir isim ve rol vermeyle, önceden bilinen, şımartılacak, sakınılacak, baskı altında tutulacak ya da toplumdan kovulacak istisnalara dönüştürülerek evcilleştirilirler. Çoğu toplumda, aykırı tiplere roller biçen bazı kişiler vardır. Yaygın olan sosyal reçeteye göre bunlar, genellikle sapkınlığın özellikleri konusundaki bilgiyi ellerinde tutanlardır.[249] Sapkını bir cinin çarpıp çarpmadığına, onun bir tanrı tarafından alınan öcün kurbanı olup olmadığına, bir zehirden etkilenip etkilenmediğine, günahlarından dolayı cezalandırılıp cezalandırılmadığına ya da bir cadının aldığı öcün kurbanı olup olmadığına karar verirler. Bu etiketlemeyi yapan yetkilinin ille de tıbbi otoriteyle kıyaslanması gerekir diye bir durum yoktur: Hukuksal, dinsel ya da askeri yetkiye de sahip olabilir. Otorite, sapkınlığı taşıyan ruhu isimlendirerek sapkın dilin ve geleneklerin kontrolü altına alır ve onu bir tehlike olmaktan çıkarıp sosyal yönden kendini tamamlar: Kutsal hastalığın tanrının çarpması sonucu olduğuna inanılırsa, o zaman tanrı sara krizinde dile gelmiş demektir.[250]

Her uygarlık kendi hastalıklarını belirler.[251] Birisinin hastalığı kromozom anormalliği, suç, kutsallık ya da başka birinin günahı olabilir. Her kültür, hastalığa karşı kendi yanıtını oluşturur. İstemeden hırsızlık yapma belirtisi yüzünden kişi idam edilebilir, ölümcül bir muameleye maruz kalabilir, toplum dışına atılabilir, hastaneye yatırılabilir ya da sadaka ve vergilerden gelen bir para alabilir. Hırsızlar burada özel giysiler giymeye; orada kefaret cezası çekmeye; bir başka yerde ise parmaklarından birini yitirmeye yahut büyü ya da elektrik şokuyla yola getirilmeye zorlanırlar. Her topluma özgü, en küçük ortak özelliklerle[252] bile olsa, belli bir "hastalık" türünden bir sapkınlık olduğunu varsaymak tehlikeli bir girişimdir. Hasta rollerinin çağımızdaki dağıtımı daha önce görülmemiş bir biçimdedir. Bu, Henderson* ve Parsons'ın** çözümlemesini yaptığından ancak bir kuşak önce or-

* Laurence Joseph Henderson. (1872-1942) "Çevrenin Uygunluğu" ve "Doğanın Düzeni" adlı felsefe yapıtları da olan ABD'li biyokimyacı (ç.n.)

** Talcott Parsons (1902-1979) ABD'li sosyolog. Geliştirdiği toplumsal eylem kuramıyla

taya çıkmıştır.[253] Bu düşünce, sapkınlığı, endüstriyel bir çevre içindeki, resmi olarak seçilmiş tüketicilerin özel meşru davranışı olarak tanımlar.[254] Bu tez hakkında, her toplumda bazı kişilerin, diyelim ki geçici olarak hizmet dışına çıkarılacağı ve normal hayata kazandırılmaları sırasında refah içinde yaşatılacağı gibi bir şey söylenebilirse de bu muafiyetlerin işlediği koşullar başka bir yerdeki sağlık durumuyla karşılaştırılamaz. Bir müşteriye hasta statüsü verirken, çağdaş hekim de büyücüye ya da köyün yaşlısına benzer biçimde davranabilir; ama değerlendirmede kullandığı birtakım kategorileri uyduran bilimsel bir mesleğe bağlı olması yüzünden modern hekim, şifa dağıtıcıdan tümüyle farklıdır. Büyücü hekimler tedavi etme işiyle uğraşırlar ve kötü ruhları ötekilerden ayırt etme sanatını uygularlardı; profesyonel değildiler ve yeni şeytanlar uydurma yetkileri yoktu. Yetkilendirilmiş meslekler ise yıllık toplantılarında kendi verecekleri hasta rollerini kendileri oluşturmaktadırlar.

Bir bireye verilebilecek roller daima iki türlü olmuştur: Kültürel gelenekle standardize edilenler ve bürokratik örgütlenmenin sonucu olanlar. Yenilik her zaman ikinci türde, akılla yaratılan rollerde görece bir artış anlamına gelir. Mühendisçe yaratılmış roller kültürel gelenekle geri alınabilir elbette. Bu iki tür rol arasında net bir ayrım yapmanın zor olduğu da kuşkusuzdur. Ama genelde, hasta rolü yakın zamanlara dek geleneksel türde olmaya eğilimliydi.[255] Fakat son yüzyılda Foucault'nun yeni klinik bakış dediği vizyon, oranları değiştirdi. Hekim ahlakçı rolünü giderek bıraktı ve aydın bilimsel patron rolünü üstlendi. Hastayı, hastalığından ötürü sorumluluktan kurtarmak önemli bir görev haline geldi ve yeni bilimsel hastalık kategorileri bu amaca göre biçimlendirildi. Tıp okulu ve klinik, doktora hastalıkların kendi gözüyle biyolojik ve sosyal birer teknik sorun haline geleceği atmosferi sağlar: Hastalar yine de, dinsel ve evrensel yorumlarını koğuşa, bir zamanlar laiklerin, pazar hizmetiyle ilgili dünyevi görüşlerini kiliseye taşıdıkları kadar taşırlar.[256] Ama Parsons'ın tanımladığı hasta rolü modern topluma, ancak doktorlar tedavi yararlıymış gibi davrandıkları sürece ve toplum genelinin de onların umudunu paylaşmaları durumunda uygundur.[257] Yirmin-

modern sosyolojideki çeşitli düşünce akımlarını etkilemiş, deneyselden çok, toplumun çözümlemesine yönelik genel kuramsal sistemlerle ilgilenmiştir. (ç.n.)

ci yüzyıl ortalarındaki hasta rolü, bir yandan henüz hasta olmayan ve mantıksal olarak iyileşme umudu olmayan insanlar üzerinde, öte yandan doktorların, amcalarından ya da teyzelerinden daha etkili bir tedavi olanağı sunamadığı kişiler üzerinde otorite isteyen bir tıp sisteminde olan biteni açıklamada yetersiz kaldı. Bir azınlığın, uzmanlar tarafından kurumsal olarak el üstünde tutulmak için seçilmesi, tıbbın bir endüstri toplumunu dengelemek için kullanılma biçimidir:[258] Anormalin, anormal düzeylerde kamu fonlarını kolayca ayarlanabilir bir şekilde hak etmesini gerektirir. Belli sınırlar içinde, yirminci yüzyıl başlarında, sapkınların el üstünde tutulması endüstri toplumunun bütünlüğünü "güçlendirmiştir". Ama kritik bir noktadan sonra, sınırsız gereksinimlerin teşhisiyle uygulanan toplumsal denetim kendi temellerini yok etmiştir.[259] Artık, sağlıklı olduğu kanıtlanıncaya dek, yurttaşın hasta olduğu varsayılmaktadır.[260] Muzafferane bir terapötik toplumda herkes kendisini bir terapist ve başkasını da müşterisi yapabilir.

Doktorun rolü günümüzde netliğini yitirmiştir.[261] Sağlık meslekleri, klinik hizmetini, halk sağlığı mühendisliğini ve bilimsel tıbbı birleştirme kararına varmıştır. Doktor, sağlık kuruluşlarıyla olan her kontağında aynı anda çeşitli roller verilmiş müşterilerle uğraşmaktadır. Onlar tıbbın teste tabi tuttuğu ve onardığı hastalara; sağlıklı davranışları tıbbi bir bürokrasi tarafından kumanda edilen, yönetilmekte olan yurttaşlara ve tıp biliminin üzerinde sürekli deney yaptığı kobaylara dönüşmüşlerdir. Totaliter sağlık bakımını ortaya çıkaran iddialar, hasta rolünü bağışlayan Asklepios gücünü sona erdirmiştir. Sağlık, hasta olduğu kanıtlanıncaya dek her insanoğlunun kendiliğinden sahip olduğu doğal bir meziyet olmaktan çıkmış ve sosyal adalet sayesinde hak edilen yitik bir hedefe dönüşmüştür.

Sağlık mesleklerinin bir yığın şeklinde ortaya çıkması hasta rolüne sonsuz bir esneklik kazandırmıştır. Doktorun hastayı raporla belgelemesinin yerini, insanları terapötik gereksinimlerine göre derecelere ve kategorilere ayıran bürokratik tahminler almış ve tıbbi otorite artık sağlığın korunmasına, erken tetkiklere, koruyucu tedavilere ve gittikçe artan bir şekilde, iyileşmeyecek kişilerin tedavisine uzanmıştır. Modern tıp önceleri sınırlı bir pazarın kontrolünü elinde tutuyordu; ama artık bu pazarın hiçbir sınırı kalmamıştır. Hasta

olmayan insanlar gelecekteki sağlıklarının uğruna, profesyonel bakıma bağımlı hale gelmişlerdir. Sonuç, evrensel tıplaşmayı isteyen hastalıklı bir toplum ve evrensel hastalıklılığı raporla belgeleyen bir tıp kurumudur.

Hastalıklı bir toplumda,[262] tanımlanmış ve teşhis edilmiş kötü sağlığın, herhangi başka bir tür negatif etikete ya da etiketsizliğe yeğlenir olduğu inancı baskındır. Bu, kriminal ya da politik sapkınlıktan daha iyidir, tembellikten daha iyidir, kendi isteğine göre işe gitmemekten daha iyidir. Giderek daha çok insan bilinçaltında işlerinden ötürü ve boş vakitlerini kayda değer bir şeyler yapmaksızın geçirmekten ötürü hasta ve yorgun olduğunu biliyor, ama öte yandan fiziksel hastahğın onları toplumsal ve politik sorumluluklarından kurtardığı yalanını duymak istiyor. İnsanlar doktorlarının bir hukukçu ve rahip gibi davranmasını istiyorlar. Doktor, hukukçu olarak hastayı normal görevlerinden muaf tutar ve onu oluşturmaya zorlandığı sigorta fonundan yararlanma hakkına kavuşturur. Bir rahip olarak ise hastanın üretim araçlarının denetimi için verilen toplumsal savaşımın tembel, açgözlü ve haset dolu bir kaçkını değil de biyolojik mekanizmaların masum bir kurbanı olduğu masalını yaratmada onun suç ortağı haline gelir. Toplum yaşamı bir tedavi verme ve alma işi haline gelir: Tıbbi, psikiyatrik, pedagojik ya da geriatrik. Tedaviyi talep eden yaklaşım bir politik yaklaşım, tıbbi rapor ise toplumsal denetimin güçlü bir aracı haline gelir.

Ekonomideki terapötik hizmet sektörünün gelişmesiyle birlikte arzu edilir normlardan sapmış, dolayısıyla ya onları yerleşik sağlık standartlarına yaklaştıracak tedaviye boyun eğecek ya da sapkınlıklarını besleyecek özel bir çevrede toplanacak müşteriler olarak görülen insan oranı giderek artar. Basaglia[263] bu sürecin ilk tarihsel aşamasında, hastaların üretimden dışlandığını belirtir. Endüstriyel yayılmanın bir sonraki aşamasında önemli bir grup, sapkın ve tedaviye muhtaç olarak nitelenir olmuştur. Böylece, hastayla sağlıklı kişi arasındaki mesafe yeniden azalmıştır. Gelişmiş endüstri toplumlarında, hasta kişi yeniden endüstrileşmenin daha önceki aşamalarında yadsınan belli düzeyde bir üretkenliğe sahip olarak tanınmıştır. Bu kez, bir anlamda herkesin hasta olmaya eğilimli olması, ücretli emeğe terapötik bir nitelik kazandırmıştır. Yaşam boyu sağlık eğitimi, danışma, deneme

ve bakım, doğrudan, fabrika ve daire rutinine girmiştir. Terapötik bağımlılıklar, yayılma yeteneğine sahip ve renkli ilişkilerdir. Kabilede mitlerin farkına varan ve bir yurttaş olarak politikleşen Homo sapiens artık endüstri dünyasında yaşam boyu bir koğuş sakini olarak eğitilmektedir.[264] Endüstri toplumunun tıplaştırılması, onun emperyalist karakterini son hedefine vardırmıştır.

III
Kültürel İatrojenez

3. Giriş

Şimdiye dek tıplaştırılmış sağlık hizmetinin baskın duruma geçerek sağlıklı yaşamın önünde oluşturduğu iki tür engel üzerinde durduk: İlki, organik mücadele kapasitesinin yerini heteronom yönetimin alması sonucu oluşan klinik iatrojenez; ikincisi ise ortamın, bireylere, ailelere ve mahallelere kendi içsel durumları ve çevreleri üzerinde denetimlerini olanaklı kılacak koşulları sağlayamadığı sosyal iatrojenez. Kültürel iatrojenez ise tıbbın sağlığı yadsımasının üçüncü boyutunu oluşturur. Bu durum, tıp kurumunun insanların kendi gerçeklerine katlanma iradesini tüketmesiyle ortaya çıkar.[1] Böyle bir iatrojenezin ana belirtisi, "acı" teriminin gerçek insan tepkilerini tanımlamada neredeyse yararsız hale gelmesidir; çünkü bu sözcük, boş inancı, sado-mazoşizmi ya da alçakgönüllü zengin adamın yoksulların

yazgısına tenezzül edip üzülmesini çağrıştırır. Profesyonelce örgütlenmiş tıp, endüstriyel gelişimin tüm acılara karşı bir savaş olduğunu savunan buyurgan bir ahlaki kurum olarak işlev görür. Bu yüzden, bireylerin kendi gerçekleriyle yüz yüze gelme, kendi değerlerini açığa vurma ve kaçınılmaz, genellikle çaresiz ağrıyı, sakatlığı, çöküşü ve ölümü kabullenme yeteneğini sekteye uğratır.

Sağlıklı olmak, yalnızca gerçekle baş edebilmede başarılı olmak değil, başarının mutluluğunu da tatmaktır; mutlulukta da, acıda da yaşadığını duyumsamaktır; yaşama değer vermek kadar onu riske de atabilmektir. Sağlık ve acı, yaşanmış duyumlar (sensations) olarak insanı hayvandan ayırır.[2] Acı çekmek yalnızca hikâye kitaplarındaki aslanlara yakıştırılır ve yalnızca ev hayvanları sağlığı bozulunca şefkate layık görülür.[3]

İnsan sağlığı içgüdüsel performansa açıkkalpliliği de ekler.[4] Bu, âdetler, usuller, gelenekler ve alışkanlık demetlerindeki davranış biçimlerinden daha öte bir şeydir. Bir kontrol mekanizmaları serisine göre üretilen performansı ima eder: Bu kontrol mekanizmaları, tümü kişisel davranışları yöneten planlar, tarifeler, kurallar ve örgütlerden oluşur.[5] Kültür ve sağlık birbiriyle büyük ölçüde uyum içindedir. Her kültür kendine özgü bir sağlık Gestaltı, acıya, hastalığa, sakatlığa ve ölüme karşı geleneksel olarak her biri acı çekme sanatı olarak tanımlanan insan davranış türlerini oluşturan kendine özgü bir tavır modeli şekillendirir.[6]

Sosyal bir senaryoda her bireyin sağlığı, sorumlu bir performans oluşturur.[7] Kişinin acı ve tatlı gerçekle nasıl bir ilişki kuracağını; acı içinde olduğunu, zayıf düştüğünü ya da keder duyduğunu gördüğü diğer insanlara karşı nasıl davranacağını; her bireyin kendi vücuduna ait hislerini ve bununla birlikte sağlığını belirler. Vücudu hissetmek, kültürün sürekli yenilenen bir bağışı olarak yaşanır.[8] Java halkı açıkça, "İnsan olmak Javah olmaktır" der. Ufak çocuklar, kaba köylüler, ahmaklar, deliler ve ahlaksız kişiler için ndurang djawa (henüz Javalı değil) denir. Çok ayrıntılı bir etiketleme sisteminin gereklerine göre davranabilme yetisi olan; müzik, dans, dram ve tekstil tasarımının bir arada bulunduğu ince bir estetik algıya sahip ve her bireyin içe dönük bilincinin sakinliği içinde yerleşik din adamının gizli emirlerine karşı sorumlu "normal" bir insan (Javal olmuş anlamına gelen) ampun dja-

wa. İnsan olmak yalnızca nefes almak değildir; aynı zamanda, soluk alıp vermede kendi adını hu Allah[9] diye söyleyen Tanrı'nın gerçek sesini duyabilmek için nefesini yogaya benzer tekniklerle kontrol etmektir. Sağlık kültürü her toplumun hayatı yaşama, kutlama, hayatta acı çekme ve ölme biçimiyle ilgilidir.[10]

Bütün geleneksel kültürler, hijyenik fonksiyonlarını, acıyı katlanır kılacak, hastalığı ve sakatlığı anlayışla karşılayacak ve ölümün gölgesine anlam kazandıracak araçlarla bireyi donatma konusundaki bu yeteneklerinden alırlar. Bu tür kültürlerde sağlık bakımı daima, yemek yeme,[11] içme,[12] çalışma,[13] soluk alma,[14] sevişme,[15] politik davranma,[16] egzersiz yapma,[17] şarkı söyleme,[18] düş görme,[19] savaşma ve acı çekme programıdır. Hastalığı iyileştirme genellikle, insanların iyileşmesi sırasında onları avutmanın, rahatını sağlamanın ve onlarla ilgilenmenin geleneksel tarzıdır ve hasta bakımı genellikle dertli kişiye yönelik bir tür hoşgörüdür. Ancak bir topluluğun genetik yapısına, tarihine, çevresine ve rakip toplulukların rekabetine uyum sağlayabilecek geçerli kurallar koyabilen kültürler varlıklarını sürdürebilirler.

Çağdaş kozmopolit tıp kurumunun desteklediği ideoloji bu işlevlerin tersine gitmektedir.[20] Eski kültürel programların devamına radikal bir biçimde son vermekte ve bir kendi kendine tıbbi bakım ve acı çekme modeli oluşturacak yeni programların çıkmasını önlemektedir. Dünyanın neresinde olursa olsun bir kültür tıplaştırıldığı anda, toplumsal sağlık erdeminin kişisel uygulamasında bilinçli bir temele oturabilecek alışkanlıklar için oluşturulmuş geleneksel çerçeve, mekanik bir sistem, yani bireylerin hijyenik muhafizlardan gelen buyruklara uymak zorunda oldukları bir sistem olan tıp sistemi tarafından şiddetle engellenir.[21] Tıplaştırma, her insanın ağrıyı, hastalığı ve ölümü göğüsleyebilme gereksiniminin yadsınmasına dayalı, doğurgan bir bürokratik sistem oluşturur.[22] Modern tıp kurumu, kültürel ve genetik miraslarının insanları kendi başlarına yapmaları için donattığı şeyleri onlar için yapma çabasını temsil etmektedir. Tıbbi uygarlık ağrıyı dindirmek, hastalığı ortadan kaldırmak ve acı çekme ve ölme sanatına olan gereksinimi yok etmek için planlanmış ve örgütlenmiştir. Kişisel ve erdemli etkinliklerin böylesine aşırı bir biçimde sığlaştırılması toplumsal yaşamın daha önce hiç izlemediği

bir hedeftir. Kültürün her insana öğrettiği öznesiz etkinlikler olan acı çekme, iyileşme ve ölme artık teknokrasi tarafından politika yapmak için yeni alanlar olarak görülmekte ve insanların kurumsal yollar aracılığıyla kurtulması gereken sağlıksız işlevler olarak tedavi edilmektedir. Sonuçta, metropolitan tıp uygarlığının hedefleri, şiddetli sömürgeleştirme sürecinde karşılaştığı her bir kültürel sağlık programıyla taban tabana zıttır.[23]

4. Ağrıyı Dindirmek

Kozmopolit tıbbi uygarlık geleneksel bir kültürü sömürgeleştirdiğinde, ağrı deneyimini de dönüştürür.[1] "Ağrı duyumu" dediğimiz sinirsel uyarı, yalnızca kişiliğe değil, kültüre de bağlı olarak apayrı bir deneyim meydana getirir. Bu deneyim, ağrı duyumundan farklı olarak, acı çekme denen benzersiz bir insan performansını ima eder.[2] Ne var ki, tıbbi uygarlık ağrıyı teknik bir konuya dönüştürerek acıyı, yapısında var olan kişisel anlamdan yoksun bırakır.[3] İnsanlar acıyı kabul etmenin kendi gerçekleriyle bilinçli bir savaşımın vazgeçilmez parçası olduğunu unutarak her ağrıyı ve sancıyı, ilgi görme ya da el üstünde tutulma gereksinimlerinin bir göstergesi olarak yorumlamayı öğrenirler. Geleneksel kültürler ağrı, hastalık ve ölüme, stres altındaki bireyden tepki isteyen bir meydan okuma olarak göğüs gererler;

tıbbi uygarlık ise bunları bireyin ekonomik taleplerinden birine, yaşamın dışında çözümlenecek ya da üretilecek sorunlara dönüştürür.[4] Kültürler birer anlam sistemidir, kozmopolit uygarlık ise bir teknik sistemidir. Kültür, ağrıyı anlamlı ortamla bütünleştirerek katlanılabilir kılar; kozmopolit uygarlık ise onu yok etmek için, kişisel ya da kişilerarası bağlamından koparır. Kültür, ağrıyı, gerekliliğini yorumlayarak katlanabilir kılar; oysa yalnızca tedavi edilebileceği anlaşılan ağrı katlanılmazdır.

Birçok erdem, insanlara, ağrı ve sancılarını bir meydan okuma olarak görme ve deneyimlerini buna göre biçimlendirme konusunda geleneksel gücü veren metanetin farklı yönlerinin ifadesidir. Sabır, kendini tutma, cesaret, tevekkül, kendine hâkim olma, sebat ve uysallık gibi özelliklerin hepsi ağrının kabul edilmesini, acı deneyimine dönüştürülmesini ve katlanılmasını içeren tepkinin farklı renklerinin ifadesidir.[5] Görev, sevgi, hayranlık, rutin işler, dua ve acıma, ağrıya soylu bir şekilde katlanmayı sağlayan araçlardan bazılarıdır. Geleneksel kültürler, bedensel zarar ya da kedere karşı herkesi kendi performansından sorumlu kılar.[6] Ağrı, insanın sürekli kendini bulduğu ve ağrıya karşı bilinçli tepkisiyle sürekli biçimlenen kendi bedeninin öznel gerçekliğinin kaçınılmaz bir parçası olarak bilinir.[7] İnsanlar, kendi kendilerine iyileşmeleri gerektiğini,[8] migrenleriyle, sakatlıklarıyla ya da kederleriyle kendi kendilerine başa çıkmaları gerektiğini bilirler.

Bireyler üzerinde etkili olan ağrının, insanın insan tarafından kötüye kullanımını sınırlayıcı bir etkisi vardır. Sömürgen azınlıklar kurbanlarını sersemletmek için içki satar ya da din telkininde bulunur; köleler "blues"a ya da koka yaprağı çiğnemeye alıştırılır. Ancak kaynağı insan vücudu olan geleneksel ekonomiler belirli bir kritik sömürü noktasından sonra çökmek zorundadır. Rahatsızlıkların ve ağrı şiddetinin insanları kültürel olarak "katlanamaz" kıldığı bir toplum, hayatının son günlerini yaşıyor demektir.

Şimdi artık ağrılar, artan bir biçimde insan yapımı acılar haline gelmektedir. Ağrı, endüstriyel gelişim stratejilerinin yan ürünüdür; "doğal" ya da "metafizik" bir bela olmaktan çıkmıştır. Ağrı sosyal bir derttir ve "kitleler" ağrı belasına uğradığında topluma lanet yağdırmalarını önlemek için endüstriyel sistem onlara tıbbi ağrı kesiciler verir. Böylece ağrı, daha çok ilaç, hastane, tıp hizmeti ve kişiliksizleş-

tirilmiş tüzel bakıma ait diğer ürünler için artan bir talep haline gelir, beri yandan insani, toplumsal ve ekonomik bedeline aldırmaksızın tüzel girişimin daha da artmasına arka çıkan politik bir destek haline gelir. Ağrı, anestezi tüketicilerinin yapay olarak teşvik edilmiş ve duyarsızlık, vurdumduymazlık ve hatta bilinçsizlik yüzünden çığ gibi artan taleplerini harekete geçiren politik bir konu haline gelir.

Geleneksel kültürler ve teknolojik uygarlık zıt düşüncelerden yola çıkar. Bütün geleneksel kültürlerde, ağrıların çoğuna dayanmak için gerekli psikoterapi, inanç sistemleri ve çareler günlük yaşamın içinde yer alırlar ve gerçekliğin acı, ölümün ise kaçınılmaz olduğu inancını yansıtırlar.[9] Yirminci yüzyılın disütopyasında, acı veren gerçeğe katlanma zorunluluğu, içinde de dışında da olsa, sosyoekonomik sistemin bir hatası olarak kabul edilir ve ağrıya, olağanüstü girişimlerle baş edilmesi gereken acil bir durum muamelesi yapılır.

Beynin aldığı ağrı mesajlarından kaynaklanan ağrı deneyimi nicelik ve nitelik bakımından, uyaranın yapısı ve şiddeti dışında, genetik yapıya[10] ve en azından dört işlevsel faktöre bağlıdır: Kültüre, anksiyeteye, dikkate ve yorumlamaya. Bunların tümü de ideoloji, ekonomik yapı ve toplumsal özellikler gibi toplumsal belirleyiciler tarafından biçimlendirilir. Kültür, çocuk doğduğunda annenin ya da babanın ya da her ikisinin ağlayıp ağlamayacağına karar verir.[11] Durumlar ve alışkanlıklar ağrı çekenin anksiete düzeyini ve bedensel duyulara yönelik dikkatini belirlerler.[12] Eğitim ve inanç, bedensel duyulara verilen anlamı belirler ve ağrının şiddetini etkiler.[13] Yaygın boş inançların etkili bir büyüyle sağladığı acı dindirme ve rahatlama büyük dinlere göre genellikle daha iyi sonuç verir.[14] Ağrıyı arttıran olayın ortaya çıktığı ortam, buna nasıl katlanılacağını da belirler: Cinsel ilişkinin ya da kahramanca bir eylemin doruğuna çok yakınken alınan yaralar hissedilmez bile. Anzio çıkarmasında yaralanan ve yaralarının kendilerini ordudan alıp evlerine birer kahraman olarak dönmelerini sağlayacağını uman askerler morfin iğnesini reddetmişlerdi; oysa aynı acıyı bir diş hekimi koltuğunda ya da bir tiyatroda yaşasalardı kesinlikle gerekli görürlerdi.[15]

Kültür tıplaştıkça ağrının toplumsal belirleyicileri bozulur. Kültür, ağrıyı yapıda var olan gizli ve aktarılamaz "değer dışı" bir şey olarak kabul ederken, tıbbi uygarlık ağrıya, doğrulanabilen, ölçülebilen

ve düzenlenebilen sistemik bir tepki olarak bakar. Yalnızca üçüncü bir kişi tarafından belirli bir mesafeden algılanabilen ağrı, belli bir tedavi gerektiren bir teşhis oluşturur. Ağrının bu şekilde nesnelleştirilmesi ve nicelleştirilmesi öylesine ileri gitmiştir ki bilimsel tezler, hastanın ağrının farkında olmadığım söylediği vakalarda bile ağrılı hastalıklardan, operasyonlardan ya da durumlardan söz etmektedirler. Ağrı, ağrı çeken insanın, deneyimi konusundaki sorumluluğunu yüklenmesine yardım edecek bir yaklaşıma değil de bunun hekim tarafından önlenmesi için bazı yöntemlere gerek duyulduğunu gösterir.[16] Hangi ağrıların fizik ve psişik temelli gerçek ağrılar, hangilerinin hayali ağrılar ve hangilerinin taklit ağrılar olduğuna tıp mesleği karar verir.[17] Toplum bu profesyonel hükmü kabul eder ve onaylar. Şefkat, modası geçmiş bir erdem haline gelmiştir. Ağrı çeken kişi onu bunaltan deneyimi kavramasını giderek daha da çok engelleyen toplumsal koşullar içinde bırakılmıştır.

Ağrının tıp tarafından tarih boyunca nasıl algılandığından daha henüz bihaberiz. Son 250 yılda, hekimlerin ağrıya olan yaklaşımlarının değiştiği anlık durumları yakalayıp aktaran yazılardan az bir şey öğrenilebilir[18] ve ağrıya çağdaş yaklaşımı inceleyen yazılarda bazı tarihsel referanslar bulunabilir.[19] Var olan antropolojik tıp enstitüleri bedensel algılamaların teknolojik çağdaki değişimini izleyerek modern ağrının gelişimine ışık tutan değerli veriler toplamıştır.[20] Tıp kurumlarıyla bunların hastalarının ciddi anksiete vakaları arasındaki ilişki psikiyatrlar[21] ve bazen de pratisyen hekimler tarafından araştırılmıştır. Ama tüzel tıbbın bedensel ağrıyla gerçek anlamda ilişkisi, araştırma için hâlâ bakir bir alandır.

Ağrının tarihiyle uğraşan kişi üç özel sorunla karşılaşır. İlki, acının, insanın yakalanabileceği öteki hastalıklarla ilişkisinin yaratacağı çok büyük dönüşümlerdir. Ağrının konumu üzüntü, suç duygusu, günah, keder, korku, açlık, hastalık ve huzursuzluk gibi durumlarda değişir. Cerrahi koğuşunda ağrı dediğimiz şey daha önceki kuşakların özel bir isim vermedikleri bir olaydır. Ağrı, insan acılarının, tıp mesleğinin uzmanlık alanında ya da denetiminde olduğu iddia edilen bir bölümü gibi görülmektedir. Bedensel ağrı konusundaki kişisel deneyimin, onu yok etmek için hazırlanmış bir terapötik programla biçimlendirildiği bugünkü durumun tarihsel bir önceli yoktur.

İkinci sorun, dildir. Çağdaş tıbbın "ağrı" terimiyle adlandırdığı teknik konunun bugün bile günlük konuşmada karşılığı yoktur. Dillerin çoğunda, doktorların bu amaçla devraldıkları terimler üzüntüyü, hüznü, kederi, utancı ve suçluluk duygusunu da kapsar. İngilizce "pain" ile Almanca "Schmerz"in özellikle değilse de çoğunlukla bu fiziksel anlamın aktarıldığı kullanımları görece kolaydır. Ancak sözcüğün Hint-Cermen dillerindeki eşanlamlılarının çoğu daha geniş anlamları kapsar:[22] Bedensel ağrı; "zor iş", "zahmet" ya da "felaketle sınanma" olarak; "işkence", "tahammül", "ceza" ya da daha genelde "dert" olarak; "hastalık", "yorgunluk", "açlık", "yas", "yara", "ıstırap", "keder", "bela", "zihinsel karmaşa" ya da "cefa" olarak da ifade edilebilir. Bu nakarat tamamlanmış değildir: Bu, dilin her biri bedensel yansımalar gösteren pek çok tür "kötülüğü" ayırt ettiğini gösterir. Bazı dillerde bedensel ağrı doğrudan doğruya "kötülük"tür. Bir Fransız doktor tipik bir Fransıza neresinin ağrıdığını sorduğunda hasta, ağrıyan yerini gösterir ve "J'ai mal Ià"* der. Bir Fransız "Je souffre dans toute ma chair"** diyebildiği gibi, doktoruna "Je n'ai mal nulle part."*** da diyebilir. Bedensel ağrı kavramı tıbbi kullanımda evrim geçirmişse bile bunu, herhangi bir terimin değişen anlamından kolayca anlamak olanaklı değildir.

Ağrı tarihi konusunda üçüncü sorun ise ağrının istisna oluşturan aksiyolojik**** ve epistemolojik***** statüsüdür.[23] Başkası "benim ağrım"ı benim anlattığım gibi anlayamaz, aynı başağrısını çekmesi gerekir, ama bu da olanaksızdır; çünkü o başka bir insandır. Bu açıdan "ağrı", organizmayla çevresi ve uyaranla yanıt arasındaki kesin ayrımın ortadan kalkmasıdır.[24] Ağrı, seninle benim başağrılarımızı mukayese edebileceğimiz belirli türde bir deneyim anlamına gelmez; belirli bir fizyolojik ya da tıbbi olgu, belirli patolojik belirtileri olan bir klinik vaka anlamına ise hiç gelmez. Bu, tıp bilim adamının sistemik bozukluk olarak algıladığı "sternocleidomastoiddeki****** ağrı" değildir.

---

* Burarn ağrıyor. (Yazar, "kötü" anlamına gelen "mal" sözcüğünün acı anlamında kullanılmasını gösteriyor.) (ç.n.)

** Her yerim ağrıyor. (ç.n.)

*** Hiçbir yerim ağrımıyor. (ç.n.)

**** Moral, estetik, din gibi değer sistemlerini inceleyen değer kuramıyla ilgili. (ç.n.)

***** Bilginin esası ve sınırlarını inceleyen bilim dalıyla ilgili. (ç.n.)

****** Lat. Göğüs kemiğiyle kulak arkasını birleştiren, boyunda sağlı sollu kas çifti. (ç.n.)

Ağrının istisnai bir kesinlik oluşturması istisnai bir bozukluktur. "Benim ağrım"ın benzersiz bir şekilde yalnızca bana ait olması gibi, ben de tümüyle onunla baş başayımdır. Onu kimseyle paylaşamam. Ağrı deneyiminin gerçekliği konusunda kuşkum yoktur, ama yaşadığım şeyi bir başkasına gerçek anlamda anlatamam. Başkaları ağrılarını anlattığında anlatmak istedikleri şeyi algılayamam, ama onların da "kendilerine göre" ağrıları olduğunu tahmin ederim. Onların ağrılarının varlığından yalnızca, onlara duyduğum acıma duygusundan emin olduğum kadar eminimdir. Ve benim acıma duygum ne denli derinse, öteki insanın deneyimiyle ilgili yalnızlığı konusundan da o denli eminimdir. Üstelik ağrı çeken birinin verdiği belirtileri, benim yardımının ya da anlayışımın ötesinde olsa bile tanırım. Aşırı yalnızlığın böylesine fark edilmesi bedensel ağrı için hissettiğimiz acıma duygusuna özgü bir şeydir; bunu fark etmek, bu deneyimi başka herhangi bir deneyimden, kederli, hüzünlü, rencide olmuş, yabancı ya da sakat bir kişiye duyduğumuz acıma duygusundan da ayrı bir yere koyar. Bedensel ağrı duygusu, çok uç bir biçimde, acı çekmenin öteki biçimlerinde görülen, neden ile deneyim arasındaki mesafeden yoksundur.

Bedensel ağrıyı aktarma konusundaki yetersizliğe bakmaksızın, onu bir başkasında algılamak öylesine temelden insana özgüdür ki parantez içine konamaz. İşkence masasındaki adam nasıl işkencecisinin çektiği acıdan haberdar olmadığını anlayamazsa, hasta da doktorun, çektiği acının farkında olmadığını düşünemez. Ağrı deneyimini insanlarla, insanlığımızı paylaşma deneyiminden bile daha kesin bir biçimde paylaşırız. Bir zamanlar bu dünyada, kölelerine taşınır birer mal gibi davranan, ama yine de bu malın acı çekebileceğini bilen insanlar yaşamıştır. Köleler incinebilen, ama acı çekemeyen köpeklerden belki biraz daha üstündürler. Wittgenstein, başka insanların ağrı çektiğinden özel ve radikal bir biçimde emin olmamızın, bu benzersizliğin nasıl paylaşılabildiğini açıklama konusundaki aşılamaz güçlükle bir arada olabileceğini göstermiştir.[25]

Benim tezim, içsel, gizli ve aktarılamaz bir bozukluk olarak yaşanan bedensel ağrının, bilincimize, acı çeken kişinin kendisini içinde bulduğu toplumsal durumu da katmasıyla ilgilidir. Toplumun karakteri acı çekenin kişiliğini bir dereceye kadar biçimlendirir ve böylece

kendi ağrısını ve yara beresini somut ağrı olarak yaşama ve deneyim kazanma tarzını belirler. Bu anlamda, ağrı deneyiminin, toplumun tıplaştırılmasıyla birlikte giden tedrici dönüşümünü incelemek olanaklıdır. Acı çekme eyleminin daima tarihsel bir boyutu vardır.

Acı çektiğim zaman bir sorunun ortaya çıktığını fark ederim. Ağrı tarihinin en çok yoğunlaşması gereken şey işte bu sorudur. Ağrı benim kendi deneyimim de olsa, bana ağrısı olduğunu söyleyen bir başkasının halini de görsem, bu algının üzerinde bir soru işareti vardır. Böyle bir soru, tıpkı ağrının yalnızlığıyla olduğu gibi, fiziksel ağrıyla da bütünleşmiştir. Ağrı, yanıtlanmamış bir şeyin işaretidir; açık kalmış bir şeyi, istenecek olan, ama bir sonraki ana kalan bir şeyi gösterir: Sorun nedir? Daha ne kadar sürecek? Neden acı çekmeliyim/çekeyim/çekebilirim? Böyle bir kötülük neden var ve neden bula bula beni buldu? Ağrının birçok anlam taşıyan bu yönlerine karşı kör olan gözlemcinin elinde şartlı refleksten başka bir şey yoktur. Bu gözlemci insanı değil, bir kobayı inceler. Hastanın yakınmaları arasında ışıyan bu anlam yüklü soruyu silebilen hekim, ağrıyı belli bir bedensel bozukluğun belirtisi olarak görür, ama hastayı yardım istemeye yönelten acıya yanaşmaz bile. Ağrıyı nesnelleştirme kapasitesinin gelişimi, hekimin aşırı yoğun eğitiminin sonuçlarından biridir. Hekimin aldığı eğitim ona kişinin bedensel ağrılarının bu yönlerine yoğunlaşma yeteneğini kazandırır. Zaten bu yönler de bir yabancının olaya el koymasına kolayca izin verir: Çevresel-sinirsel uyaranlar, uyarımın aktarılması, buna verilen yanıt ya da hastanın anksiete düzeyi. İlgi, sistemik olgunun tedavisiyle sınırlıdır, zaten operasyonu doğrulamaya açık olan tek konu budur.

Acı çekmenin kişisel performans yönü bu tür denetimlerden kaçar ve bu nedenle, ağrı konusunda yapılan araştırmaların çoğunda görmezden gelinir. Farmakolojik ya da cerrahi girişimlerin "ağrı dindirici" etkisini denemek için genellikle hayvanlar kullanılır. Hayvan deneylerinin sonuçları tablo haline getirildiğinde bunların geçerliliği insanlar üzerinde doğrulanır. Ağrı dindiriciler kobaylarda ve insanlarda aşağı yukarı birbirine yakın sonuçlar verir, fakat bunun için insanların deney öznesi olarak hayvanlarla hemen hemen benzer koşullarda deneye tabi tutulmaları gerekir. Ancak aynı girişim gerçekten hasta ya da yaralı kişilere uygulandığı anda, ilacın etkisi deneysel koşullarda

elde edilenden tümüyle bağımsız hale gelir. Laboratuvarda, insanlar kendilerini tıpkı fareler gibi hissederler. Acı gerçeğiyle karşılaşınca, fareler gibi tepki göstermek isteseler de acıya karşı yapabilecekleri hiçbir şey yoktur.[26]

Anesteziye değer veren bir toplumda yaşayan doktorlar da, onların olası müşterileri de ağrının yapısından gelen soru işaretinin üstünü örtmeye alışmışlardır. Kendi kendine çekilen ağrıdan kaynaklanan soru, tedaviye tabi tutulabilecek, muğlak bir anksieteye dönüştürülür. Lobotomi yapılmış hastalar ağrının bu şekilde kamulaştırılmasına uç bir örnek oluştururlar: Evdeki yatalak hastanın ya da evcil hayvanın düzeyine indirilirler.[27] Lobotomi yapılmış bir hasta ağrıyı yine de algılar ama ondan ötürü acı çekme yeteneğini yitirmiştir; ağrı deneyimi, klinik adı olan bir rahatsızlığa indirgenmiştir.

Ağrı deneyiminin tam anlamıyla acıyı oluşturması için kültürel yapıya uyması gerekir.[28] Her kültürde bireylerin bedensel ağrıyı kişisel deneyime dönüştürebilmesi için, birbirleriyle ilişkili en az dört alt program vardır: Sözcükler, ilaçlar, mitler ve modeller. Ağrı, kültür tarafından, sözcükler, çığlıklar ve hareketlerle ifade edilebilen bir soru biçimine sokulur; bunlar genellikle, ağrının çekildiği şaşkın yalnızlığı paylaşmak üzere girişilen umutsuzca çabalar olarak görülür: İtalyanlar feryat eder, Prusyalılar ise dişlerini sıkar.

Her kültürün kendi psiko-aktif farmakopesi ve bununla birlikte, ilacın alınacağı koşulları ve buna eşlik eden ritüeli düzenleyen gelenekleri vardır.[29] Batı Hindistan'ın köylerinde birbirleriyle iç içe yaşamalarına karşın,[30] Müslüman Rayputlar alkolü, Brahmanlar ise marihuanayı yeğler.[31] Navajolar[32] için Peyote,* Huicholeler[33] için mantarlar iyidir; Perulu dağlılar ise[34] koka ile yaşamayı öğrenmişlerdir. İnsan yalnızca acı çekmede değil, onu tedavi etmede de ustalık kazanmıştır:[35] Taş Devri'nde, büyük olasılıkla buğday tarımından önce haşhaş tarımı[36] geliyordu. Masaj, akupunktur ve analjezik tütsü, tarihin başlangıcından beri biliniyor.[37] Ağrı konusunda dinsel ve mitik açıklamalar her kültürde ortaya çıkmıştır: Bu Müslümanlar için "kısmet",[38] yani Tanrı'nın buyurduğu yazgıdır; Hindular için Karma,[39] yani geçmişteki enkarnasyonlardan kalan bir yüktür; Hıristiyanlar için ise günahın kutsal kara kamçısıdır.[40] Son olarak, kültürler-

* İçinde narkotik madde bulunan bir tür kaktüs. (ç.n.)

de daima, ağrı sırasındaki insan davranışını biçimlendiren bir model vardır: Buda, aziz, savaşçı ya da kurban. Bürünülen kisve içinde acı çekme görevi, kendi haline bırakılsa her şeyi algılayacak olan duyuları başka tarafa yöneltir ve acı çeken kişiyi, acıyı metanetle karşılamaya çağırır. Kültürel ortamda, yalnızca, karakteristiği olan "doğru düzgün acı çekme sanatı"nda kullanılacak gramer ve teknik, mitler ve modeller değil, bu repertuvarın nasıl birleştirileceğini gösteren bilgiler de vardır. Öte yandan, ağrının tıplaştırılması bu yöntemlerden yalnızca birinin –teknikle tedavinin– hipertrofisini* sağlar ve ötekilerin yok oluşunu hızlandırır. Hepsinden öte, acı çekmedeki ustalığın ağrıyla mücadelede en etkili ve evrensel olarak en çok kabul gören yöntem olabileceği görüşünü, kabul edilmez ve duyarı şoke edici bir fikir haline getirmiştir. Tıplaştırma, her kültürü kendine özgü, ağrıyla mücadele programından yoksun bırakır.

Toplum yalnızca, doktor ve hastanın nasıl bir araya geleceğini değil, bunların her birinin ağrı konusunda ne düşüneceğini, hissedeceğini ve yapacağını da belirler. Doktor kendini öncelikle bir şifa dağıtıcı olarak gördüğü sürece ağrı, sağlığın onarımına doğru bir adım yerine geçecektir. Doktor hastayı iyileştirememişse, hastasına analjezik kullanmasını ve böylece kaçınılmaz acıyı hafifletmesini söylemekten çekinmeyecektir. Tıpkı, doğanın ağrı için tıptan daha iyi çareleri olduğunu bilen o harika doktor Oliver Wendell Holmes'un söylediği gibi "Yaratıcının kendi öğütlediği afyon (hariç), ki nerede doyurulacak bir açlık varsa, orada dindirilecek bir ağrının da olduğunu biliyormuş gibi mısır tarlalarında al al gelinciklerin yetiştiklerini görürüz; doktorlarımızın sanatının keşfetmediği birkaç ilaç (hariç); hem bir besin olan hem de buharı anestezi mucizeleri yaratan şarap (hariç)... kesinlikle inanıyorum ki, şu anda kullanılan tüm materia medica** denizin dibini boylasa, insanlık için her şeyden daha iyi olur; ama bir tek balıklar için kötü olur."[41]

Şifa dağıtıcı ahlakı hekime, dinin, folklorun ve analjezikleri kolayca bulabilmenin sıradan insana empoze ettiği aynı soylu başarısızlık kapasitesini vermiştir.[42] Çağdaş tıp görevlisi ise farklı bir konumdadır: Onun ilk amacı tedavidir, şifa vermek değil. O, ağrının acı çekende

* Patolojik büyüme. (ç.n.)
** Tıp malzemeleri. (ç.n.)

ortaya çıkardığı soru işaretlerini anlamak için değil, bu ağrıları bir dosyada toplanabilecek şikâyetler listesine indirgemek için donatılmıştır. Ağrı mekaniği konusundaki bilgisiyle gurur duyar ve hastanın şefkat çağrılarından kaçar.

Avrupalıların ağrıya yaklaşımlarının kökenlerinden biri elbette eski Yunan'dadır. Hipokrat'ın öğrencileri, her biri kendi türünde bir ağrıdan kaynaklanan pek çok bedensel rahatsızlığı ayırt etmişlerdir. Ağrı, böylece, teşhis için yararlı bir araç haline gelmiştir. Ağrı hekime, hastanın hangi düzeni yeniden kazanması gerektiğini göstermiştir. İyileşme sürecinde ağrı kaybolabilir, ama bu elbette doktorun tedavisinin birincil amacı değildir. Çinliler, çok önceleri hastalığı ağrıyı yok ederek tedavi ettiklerinde klasik Batı'da bu tür bir şey yoktu. Eski Yunanlılar ağrıya aldırış etmeksizin yaşayamayan birinin mutlu olabileceğini düşünemezlerdi bile. Ağrı, ruhun evrim geçirmesi anlamına geliyordu. İnsan vücudu, onarılamaz şekilde bozulmuş bir evrenin parçasıydı ve Aristo, insanın duyarlı ruhunun kesin olarak bedeniyle birlikte var olduğunu düşünüyordu. Bu şemada duygu ile ağrı deneyimi arasında bir ayrıma gerek yoktu. Beden henüz ruhtan, hastalık da ağrıdan ayrılmamıştı. Bedensel ağrıyı anlatan bütün sözcükler ruhun çektiği acı için de kullanılabilirdi.

Yunanlılardan bize kalan bu miras açısından bakılırsa, ağrıya boyun eğmenin yalnızca Yahudilik ya da Hıristiyanlık etkisiyle oluştuğuna inanmak ciddi bir yanılgı olacaktır. MÖ ikinci yüzyılda, iki yüz Yahudi eski Ahit'i eski Yunanca'ya çevirmişti ve "ağrı" için on üç ayrı İbranice sözcüğü yalnızca tek bir eski Yunanca sözcük karşılıyordu.[44] Yahudiler için ağrı ister tanrısal cezanın bir aracı olsun ister olmasın, daima bir belaydı.[45] Talmud metinlerinde ağrının makbul bir deneyim olduğu yolunda bir görüşe rastlanmaz.[46] Belli bazı organların ağrıdan etkilendiği doğrudur, ama o organlar belli duyguların yerleştiği yerler olarak da algılanır; yani modern tıbbın ağrı kategorisi İbrani metinlerine tümüyle yabancıdır. Yeni Ahit'te ağrı, günahla iç içedir.[47] Eski Yunan'daki biri için ağrının zevke eşlik etmesi gerekirken, Hıristiyan için ağrı, keyfe fazla değer vermenin bir sonucuydu.[48] Gerçekçi teslimiyet hiçbir kültürün ya da geleneğin tekelinde değildir.

Ağrının kişisel kabulünü destekleyen ideolojileri bulmak için, Avrupa kültüründe ağrının tarihini klasik ve semitik köklerinden de

öteye izlemek gerekir. Neo-Platonistler ağrıyı Tanrısal hiyerarşiye karşı bir kusurun sonucu olarak yorumlarlardı. Manicilere* göre bu, kötü bir demiurgos** ya da yaratıcıdan gelen, pozitif anlamlar içeren bir kötülüğün sonucuydu. Hıristiyanlara göre ise ağrı, Âdem'in günahı yüzünden Tanrı'yla olan ilk bütünlüğün bozulmasıydı. Ama bu dinler dogmalarda ve ahlaki ilkelerde birbirlerine ne denli karşıt olurlarsa olsunlar, ağrıyı evrensel kötülüğün acı tadı; doğanın zayıflığının, şeytani bir iradenin ya da hak edilmiş ilahi bir cezanın ortaya çıkması olarak görürlerdi. Ağrıyla ilgili bu yaklaşım, on yedinci yüzyıla dek sürmüş olan, klasik sonrası Akdeniz kültürlerinin ortak ve belirleyici özelliğidir. On altıncı yüzyılda yaşamış bir simyacının dediği gibi, ağrı "Dünya tohumlarının mayalanmasıyla oluşmuş köpüklü biraya katılan acı tentürdür".*** Her insan bir ağrılar diyarında yaşamayı öğrenme çağrısıyla birlikte doğar. Neo-Platonist, acıyı kusursuzluğun bozulması; Kathar**** çirkinlik, Hıristiyan ise kendisinin sorumlu tutulduğu bir yara olarak yorumlamıştır. İnsanlar ağrıda başlıca ifadelerinden birini bulan yaşamın sonuyla karşılaştıklarında buna kahramanca bir direnç gösterirler ya da ağrının dindirilmesi gereğini metanetle yadsırlardı; böylece günahlardan arınma, kefaret ya da kendilerini kurban etme fırsatını bulmuş olmaktan dolayı hoşnut olurlar ve bir yandan kurtulmanın yollarını ararlar, bir yandan da gönülsüzce, kaçınılmaza katlanırlardı. Afyon, akupunktur ya da hipnoz daima dilin, ritüelin ve mitin yardımıyla birlikte, acı çekme konusundaki benzersiz insan deneyimine uygulanmıştır. Yine de en azından Avrupa geleneğinde, ağrı konusunda şu tür bir yaklaşım asla düşünülemez: Ağrı çekilmemeli, ağrıyı çeken kişi tarafından dindirilmemeli ve yorumlanmamalıdır; buna karşın rahibin, politikacının ya da hekimin girişimiyle yok edilmelidir.

Profesyonel, teknik ağrı dindiriciliği fikrinin tüm Avrupa uygarlıklarına yabancı olmasının üç nedeni vardır.[49] İlk olarak, ağrı eskiden alt sistemlerdeki mekanik bir işlev bozukluğu değil, insanın bozulmuş bir evrenle ilgili deneyimiydi. Ağrının anlamı bireysel ve teknik değil, ev-

* MS 3. ve 5. yüzyıllar arasında rağbet bulan ve Zerdüşt mezhebinden esinlenerek hem Tanrı'ya hem şeytana inanan bir mezhep. (ç.n.)

** Platon felsefesinde dünyayı yaratan etmen. (ç.n.)

*** Bir kimyasal maddenin alkoldeki çözeltisi. (ç.n.)

**** Ortaçağ Hıristiyanlığında Mani kökenli birçok asi mezhepten birinin üyesi. (ç.n.)

rensel ve mitseldi. İkincisi, ağrı doğadaki bir bozulmanın işareti, insanın kendisi de o bütünlüğün bir parçasıydı. Bu ikisinden yalnızca biri reddedilemezdi; ağrı, hastalıktan ayrı olarak düşünülemezdi. Doktor sancıları hafifletebilirdi, ama acı çekme ihtiyacını ortadan kaldırmak hastayı öldürmek demekti. Üçüncüsü, ağrı ruhun bir tür yaşantısıydı ve bu ruh bedenin her yerindeydi. Ağrı, kötülüğün doğrudan yaşanmasıydı. Ağrının, çekilen ağrıdan başka bir kaynağı olamazdı.[50]

Kişisel bir olay olarak algılanması ve çekilmesi gereken ağrıyla mücadele ancak Descartes'ın bedenle ruhu birbirinden ayırmasıyla gündeme geldi. Descartes beden imgesini, geometri ve mekanik ilkeleriyle ya da saat yapan ustaların mantığıyla, bir mühendis tarafından onarılabilecek bir makine biçiminde oluşturdu. Beden, ruhun sahiplendiği ama neredeyse sonsuz bir uzaklıktan yönettiği bir cihaz haline geldi. Fransızca'da "la chair"* ve Almanca'da "der Leib" olarak adlandırılan canlı beden deneyimi, ruhun denetleyebileceği bir mekanizmaya indirgendi.[51]

Descartes'a göre ağrı, bedenin mekanik bütünlüğünü korumak için oluşan bir kendini koruma tepkisiydi. Bu tepkiler tehlikeye karşı ruha aktarılır ve ruh da onları ağrı olarak algılardı. Ağrı, yararlı bir öğrenme aracına indirgenmişti: Ruha, bedeni daha fazla zarardan nasıl koruyacağını öğretiyordu. Leibnitz, Descartes'ın bir öğrencisi olan Regis'ten aktardığı şu tümce ile bu yeni perspektifi özetliyordu: "Evrenin büyük mühendisi, insanı olabildiğince kusursuz yaptı ve onun korunması için, ona verdiği ağrı duygusundan daha iyi bir aygıt icat edemezdi."[52] Leibnitz'in bu tümce hakkındaki yorumu oldukça öğreticidir. Leibnitz, Tanrı, ilke olarak insana onu yok edebilecek ateşten her geri döndüğünde zevk bağışlayarak olumsuz olmaktan çok olumlu bir destek sağlasaydı daha iyi olurdu, der. Gelgelelim, sonradan, Tanrı'nın bu stratejiyi ancak mucize yaratarak gerçekleştirebileceği, ama ilke olarak mucizelerden kaçındığı ve bu durumda "ağrının, insanın işlevlerini yerine getirebilmesi için gerekli ve zekice bir araç" olduğu sonucuna varır. Descartes'ın bilimsel antropolojideki bu girişiminden iki kuşak sonra ağrı yararlı hale gelmiştir. Ağrı, varlığın tehlikede olması deneyimi olmaktan çıkarak,[53] özel bir bozukluğun göstergesine dönüştü.

* Beden. (ç.n.)

Son yüzyılın sonunda ağrı, vücut işlevlerinin doğa yasalarına tabi bir düzenleyicisi haline geldi ve artık metafizik açıklamalara gereksinimi yoktu.[54] Mistik bir saygıyı hak etmez oldu ve onu yok etmek için yapılan ampirik araştırmaların konusu haline geldi. 1853'te, ağrının fizyolojik bir muhafiz olarak nitelenmesinden yalnızca bir buçuk yüzyıl sonra,"ağrı kesici" diye etiketlenmiş ilk ilaç Wisconsin La Crosse'de piyasaya çıktı.[55] Böylece, yaşamdan; sıkıcı, günah dolu, bilimi kıt olduğu ya da barbarlar tarafından tehdit edildiği için değil, acı ve ağrıyla dolu olduğu için hoşnutsuz, yeni bir duyarlılık gelişti.[56] Uygarlığın ilerlemesi, çekilen toplam acı miktarındaki bir düşüşle eşanlamlı hale geldi. O andan itibaren politika ağrıyı azalttığı kadar mutluluğu arttırmayan bir etkinlik olarak kabul edilir oldu. Bunun sonucu, ağrıyı esas olarak tıp kurumunun alet çantasından yararlanamayan çaresiz kurbanlarda etkili olan pasif bir olay olarak görme eğilimidir.

Bu koşullarda artık, hareketli bir yaşamdan vazgeçmek pahasına da olsa, ağrıdan kaçmak onunla karşılaşmaktan daha akla yakın gibi görünüyor. Bağımsızlığını yitirmek pahasına da olsa ağrıyı ortadan kaldırmak daha akıllıca gibi geliyor. Ağrının kaynağını oluşturan teknik dışı konuların tümünü yadsımak, insanları ev hayvanlarına çevirmek anlamına gelse de daha bir bilinçli görünüyor.[57] Ağrıya karşı oluşturulan duyarsızlık düzeylerinin yükselmesiyle birlikte basit neşeleri ve zevkleri yaşayabilme kapasitesi azaldı. Anestetik bir toplumda yaşayan insanların yaşadıklarını hissetmeleri için giderek daha güçlü uyaranlar gerekli olmaya başladı. Uyuşturucu, şiddet ve terör, kişinin benliğini hissetmesini sağlayan güçlü uyaranlar haline geldi. Yaygın anestezi, ne denli yıkıcı olursa olsun, gürültü, hız ve şiddetle heyecanlanma isteğini arttırdı.

Tıplaşmış bir toplumun özelliği olan, fizyolojik olarak iletilen deneyim eşiğinin yükselmesi, acı çekme kapasitesinde olası bir sağlık belirtisini tanımayı aşırı derecede zorlaştırmaktadır. Hayattan aldıkları keyifle sanayi ürünlerine bağlılıkları uyum içinde olan tüketicilere acı çekmenin sorumlu bir eylem olduğunu anımsatan herhangi bir şey, neredeyse katlanılmaz gelmektedir. Onlar kaçınılmaz ağrıyı göğüslemeye yönelik tüm kişisel çabaları "mazoşizm"le özdeşleştirerek pasif yaşam biçimlerini aklamaktadırlar. Ne var ki, anestezi tüketicileri ağrıyı kabullenmeyi bir tür mazoşizm diye reddederlerken daha da güç-

lü duyarlıkta bir gerçeklik duygusu arama eğilimindedirler. Bir anlam arayışındalar ve teşhis edilemeyen ağrılara ve kurtulunmaz anksietelere katlanarak başkaları üzerinde iktidar kurmaya çalışıyorlar: İşadamlarının ihtiraslı yaşamları, keşmekeş içinde oradan oraya koşuşturarak kendi kendine eziyet etme ve filmlerdeki ve televizyondaki vahşete ve sadizme aşırı dozda maruz kalma. Böyle bir toplumda, kaçınılmaz olarak acı çekme sanatında yeni tekniklerin ustaca kullanımını da içeren yeni bir tarzı savunmak, ağrı çekmeye yönelik hastalıklı bir arzu şeklinde yanlış yorumlanabilir: Gericilik, romantizm, dolorizm* ya da sadizm gibi.

Sonuç olarak, ağrı tedavisinin acıyla ilgili yeni bir tür dehşet oluşturduğu söylenebilir: Ağrıyı saf dışı bırakan yapay bir yaşam tarzı. Lifton, Hiroşima'da sıfır noktasının yakınlarında bulunmuş insanları inceleyerek bu kitle kıyımının geride kalanlar üzerindeki etkisini saptamıştır.[58] Litfon, insanların yaralılar ve ölüler arasında hiçbir şey hissetmeden dolaştıklarını; duygusal tepkilerden yoksun, uyuşmuş bir durumda olduklarını belirtiyor. Araştırmacı, bu duygusal tıkanmanın, bir süre sonra, patlama anında hiçbir acı yaşamadan sağ kalmış olmanın getirdiği suçluluk duygusu ya da utancı biçiminde bombadan yirmi yıl sonra bugün hâlâ kendini gösteren bir depresyonla iç içe girdiği inancındadır. Bu insanlar, kendilerini ıskalayan ölümle bitmez tükenmez bir birliktelik içinde yaşarlar ve her insanın yaşamını gözeten daha büyük bir insanlık kavramına olan güvenlerindeki sonsuz çöküşün acısını çekerler. Bu olayı uyuşmuş bir şekilde atlattılar, ama en az çevrelerindekilerin ölümü kadar korkunç, karşılanamayacak ya da katlanamayacak denli karanlık ve bunaltıcı bir şey yaşadılar.[59]

Bombanın Hiroşima'da yol açtığı şeyler, ağrının tıp tarafından "kamulaştırıldığı" bir toplumda biriken etkilerini anlamamıza yardımcı olabilir. Ağrı körlendirilirse anlam taşıyan karakterini yitirir ve ondan geriye anlamsız, sorusuz bir dehşet duygusu kalır. Geleneksel kültürlerin dayamklılık geliştirdiği acılar kimi zaman dayanılmaz kederlere, beddualara ve küfürlere yol açmıştı; ayrıca kendi kendini sınırlayıcıydı. Soylu acı çekme duygusunun yerini alan yeni deneyim ise yapay olarak uzatılmış, opak, kişisellikten uzak bir yaşamı sürdürme çabasıdır. Ağrı dindirme, giderek insanları kendi çürüyen kişiliklerini duygusuzca izleyen izleyicilere dönüştürmektedir.

* Lat. dolor (=ağrı)

5. Hastalığın Uydurulması ve Ortadan Kaldırılması

Fransız Devrimi iki büyük mitin doğmasına yol açmıştır: Birincisi, hekimlerin din adamlarının yerini alabileceği; ikincisi ise toplumun politik değişimle özgün sağlığına kavuşabileceğidir.[1] Hastalık toplumsal bir konu haline gelmiştir. Bu konu, ilerleme adına yalnızca hasta olan kişilerin sorunu olmaktan çıkmıştır.[2]

1972'de, Paris'teki Ulusal Meclis birkaç ay boyunca, hastaların bakımından kazanç sağlayan hekimlerin yerine, eşitlik, özgürlük ve kardeşliğin gelmesiyle ortadan yok olması kaçınılmaz bir kötülük olan hastalığı tedavi etmek üzere planlanacak terapötik bir bürokrasinin nasıl oluşturulacağına karar vermeye çalıştı. Bu yeni papazlık, kilisenin kaynaklarına el konularak finanse edildi. Bu, ulusun önünde tıbbi hizmeti daha az gerekli kılacak sağlıklı yaşama militanca bir dö-

nüş yolunun açılmasıydı. Yeniden, aileler üyelerinin, köylerse kimsesi olmayanların sağlığını koruyabilir duruma gelecekti.

Ulusal bir sağlık hizmetleri kurumu sağlığı korumakla görevli olacak ve diyetle ilgili yasaların ve yurttaşların sağlıklı yaşama ve sağlığa yararlı zevkleri tatma konusundaki yeni özgürlüklerini kullanmalarını buyuran hükümlerin oluşturulmasını denetleyecekti. Tıp memurları yurttaşların şikâyetlerini inceleyecek ve tıbbi hâkimler halkı şarlatan hekimlerden ve sömürücülerden korumak için kurulan sağlık mahkemelerine başkanlık edecekti.

Dilenciliğin ortadan kaldırılması için kurulmuş alt komiteden gelen öneriler daha da radikaldi. Bunlar içerik ve biçim olarak, sağlık üzerindeki denetimin halka verilmesini isteyen Kızıl Muhafızların ve Kara Panterlerin bildirilerine benziyordu. İlk sağlık hizmetinin yalnızca mahalle örgütüne ait olması gerektiği öne sürülüyordu. Hastaların bakımı için ayrılan fonlar talihsizlerin kazancını takviye etmek için kullanılmalıydı. Hastanelere gereksinim varsa bunlar uzmanlaşmalıydı: Yaşlılar için, tedavisiz hastalar için, deliler ya da terk edilmiş bebekler için. Hastalık toplumsal bir bozukluktu ve yönetim temizlenince ortadan kalkacaktı.

Hastanelerin hastalık odalarıyla özdeşleştirilmesi bugün de geçerliliğini koruyan bir tutumdur ve kolayca açıklanabilir. Hastaneler Hıristiyanlığın himayesinde, antik dönemin sonlarında, yolcular, avareler ve kimsesizler için kurulan koğuşlar olarak ortaya çıkmıştır. Hekimlerin hastanelerde hastalara düzenli ziyaretler yapması haçlılar zamanında, Arapların örneğini izleyerek başlamıştır.[3] Ortaçağda, yoksulları gözeten hayır kurumları olarak hastane, kentsel mimarinin bir bölümü haline gelmiştir.[4] On sekizinci yüzyılın sonlarına dek, hastaneye gidiş tipik olarak, dönüşü olmayan bir yolculuk olarak bilinirdi.[5] Kimse bozulan sağlığını düzeltmek için bir hastaneye gitmezdi. Hastanede deliler, sakatlar, saralılar, diğer şifasız hastalar, yetimler ve bir organı kesilecek hastaların her yaşta ve cinsiyette olanı hep bir arada, karmakarışık bir biçimde yatardı;[6] amputasyonlar* yatakların arasındaki geçiş yerlerinde yapılırdı. Koğuş sakinlerine bir miktar yiyecek verilir, papazlar ve halktan dindar kişiler teselli vermek için gelir ve doktorlar yardımseverlik amacıyla ziyaretler yapardı. Tedavi

* Bir organın hekimler tarafından kesilmesi. (ç.n.)

araçlarının maliyeti, kısıtlı bütçenin yüzde 3'ünden daha az tutardı. Bütçenin yarısından çoğu hastane çorbasına gider, rahibeler çok az bir gelirle idare ederdi. Hastaneler, aynı hapishaneler gibi son durak olarak görülürdü;[7] hiçbir hastane, koğuşçuların sağlığını düzeltecek tedavi aracı olarak görülmezdi.[8]

Bazı aşırı düşünce sahibi kişiler dilenciler komisyonunun önerilerinin de ötesine gittiler. Bunlar, hastanelerin "hastaları bir araya toplayan ve hasta kişileri damgalayarak acılara yol açan yerler" olduğunu söyleyerek derhal yok edilmesini istediler. "Bir toplum hastanelere gerek duymaya devam ediyorsa bu, devrimin başarısız olduğunun bir göstergesidir"[9] görüşünü dile getirdiler.

Hastalığa "doğal durumu"nu yeniden kazandırma isteğinde, Rousseau'nun yanlış anlaşılmış düşüncelerinin etkisi olduğu sezilmektedir.[10] Hastalığın "doğal durumu" ifadesiyle, kendi kendini sınırlayan, erdemle ve usulünce katlanılabilen, tıpkı önceden zenginlere yapıldığı gibi yoksulların da bakımının sağlanabildiği "vahşi hastalık" kavramı kastedilmektedir. Hastalık ancak sömürünün aileyi dağıtmasıyla birlikte karmaşık, tedavi edilmez ve dayanılmaz hale gelmekte ve ancak kentleşme ve uygarlığın getirdikleriyle habis ve alçaltıcı olmaktadır.[11] Rousseau'nun izinden yürüyenlere göre hastanelere düşmüş hastalıklar, sosyal adaletsizliğin her türlüsü gibi, insanlar tarafından yaratılmıştır ve yoksullaştırılmış kişiler arasında gelişir. "Hastalık, hastanede tümüyle yozlaşır; spazmlar, ateş, hazımsızlık, renksiz idrar, nefes darlığından sonra ölümü getiren bir 'hapishane ateşi'ne dönüşür: Bu, sekizinci ya da on birinci günde olmamışsa bile on üçüncü günde mutlaka olur."[12] İşte tıbbın ilk kez politik bir konu haline gelmesine bu ifadeler yol açmıştır. Sağlıklı bir toplum yaratmak için yapılan mühendisçe planlar uygarlığın hastalıklarını ortadan kaldırma gereği yüzünden ortaya çıkmıştır. Dubos'un deyişiyle "sağlığın serabı" politik bir program olarak başlamıştır.

1790'ların kamu retoriğinde insanlara ya da çevrelerine yönelik biyomedikal girişimleri kullanma fikri yoktu. Hastalıkları ortadan kaldırma işi ancak Restorasyon'la birlikte tıp mesleğine dönüştü. Viyana Kongresi'nden sonra hastaneler çoğaldı ve tıp okullarının sayısı bir patlama yaparak arttı.[13] Hastalıkların keşfi de öyle. Hastalık hâlâ teknik dışı olan bir şeydi. 1770'te, pratisyen hekimler veba ve frengi

dışında pek az hastalık bilirlerdi,[14] oysa 1860'ta sıradan yurttaş bile bir düzine hastalığın adını biliyordu. Doktorun birdenbire bir kurtarıcı ve mucize yaratıcı olarak ortaya çıkışı yeni tekniklerin başarısının kanıtlanmasından değil, politik devrimin başarısız olduğu bir sürece güven aktaracak büyülü bir ritüele olan gereksinimden ötürüdür. Eğer "hastalık" ve "sağlık" kamu kaynaklarını gerektiriyorduysa, bu kavramlar kullanmaya hazır hale gelmeliydiler. Rahatsızlıklar, insana musallat olmuş nesnel hastalıklara dönüştürülmeli, laboratuvarda yetiştirilebilmeli ve koğuşlara, kayıtlara, bütçelere ve müzelere sokulabilmeliydi. Böylece hastalık, yöneticilerin sevk ve idaresine uyduruldu; hastalığın denetimi ve ortadan kaldırılması egemen sınıf tarafından elit tabakanın özerklik tanınmış bir koluna emanet edildi. Tıbbi tedavinin amacı yeni bir politik ideolojiyle tanımlandı ve doktordan da hastadan da tümüyle ayrı yerde duran bir olgu statüsü kazandı.[15]

Hastalık olgusunun doğuşunun ne denli yeni olduğunu unutmaya hazırız. Hipokrat'a mal edilmiş bir deyiş on dokuzuncu yüzyılın ortalarında hâlâ onaylanarak yinelenirdi: "Sağlık ve hastalıkla ilgili hükümlerinize denk düşen ne bir ağırlık, ne bir biçim ne de bir hesap bulabilirsiniz. Tıp sanatında, hekimin duyularından başka kesin hiçbir şey yoktur." Hastalık, doktorun baktığı aynadan hâlâ kişisel bir dert olarak görülüyordu.[16] Bu tıbbi portrenin klinik bir olguya dönüştürülmesi, Kopernik'in astronomideki başarısına tekabül eder: İnsan kendi evreninin merkezinden mancınıkla fırlatılarak uzaklaştırılmıştır. Meslek, Prometeus haline gelmiştir.

Kopernik'in astronomiye kazandırdığı gösterişi tıbba da kazandırma umudu Galileo zamanından kalmadır. Descartes bu projenin gerçekleştirilmesi için koordinatları bulmuştur. Onun yaptığı tanım yüzünden insan vücudu fiilen saat gibi işleyen bir makineye dönüşmüş ve yalnızca ruhla beden arasına değil, hastanın şikâyetiyle hekimin gözü arasına yeni bir mesafe eklenmiştir. Bu mekanize yapıda, ağrı kırmızı bir ışığa, hastalık ise mekanik bir soruna dönüşmüştür. Hastalıkların taksonomisi* yapılabilmiştir. Minerallerin ve bitkilerin sınıflanması gibi, hastalıklar da doktor-taksonomist tarafından soyutlanmış ve kategorilere ayrılmıştır. Tıpta yeni bir amacın mantıksal

* Sınıflandırma bilimi. (ç.n.)

altyapısı döşenmiştir. Tıp sisteminin merkezine acıyı çeken insanın yerine hastalık yerleştirilmiş ve hastalık üç şeyin hedefi haline gelmiştir: a) Girişimin ölçümlerle doğrulanması, b) Klinik çalışması ve deneme, c) Mühendislik normlarına göre değerlendirme.

Antik dönemde, hastalık için bir ölçüt yoktu.[17] Galileo'nun çağdaşları hastalığa ilk kez ölçüm uygulamışlar, ama pek başarılı olamamışlardır. Galen, idrarın doğrudan vena cava'dan* salgılandığını ve bileşiminin doğrudan kanın yapısını gösterdiğini öğrettiğinden beri doktorlar idrarı tadarlar, koklarlar, güneş ya da ay ışığına tutup incelerlerdi. On altıncı yüzyıldan sonra simyacılar özgül ağırlığı oldukça hassas bir şekilde ölçmeyi öğrendiler ve yöntemlerini hastaların idrarına uyguladılar. İdrarın özgül ağırlığındaki değişimlere bir sürü ayrı ve farklı anlamlar yüklendi. Bu ilk ölçümle doktorlar, yapmayı öğrendikleri her yeni ölçümden teşhis ve tedaviyle ilgili anlamlar çıkarmaya başladılar.18

Fiziksel ölçümlerin kullanılması, hastalıkların gerçekten var olduğuna ve gerek doktorun gerek hastanın algılamasından ontolojik** olarak bağımsız olduğuna inanılmasıyla birlikte ortaya çıkmıştır. İstatistiğin kullanımı bu inanca bir destek oluşturmuştur. İstatistik, hastalıkların evrende var olduğunu ve insanlara musallat olabileceğini ya da bulaşabileceğini "gösterdi". 1721'de Birleşik Devletler'de yapılan ve 1722'de Londra'da yayımlanan, istatistiğin ilk kez kullanıldığı klinik deneyler, çiçek hastalığının Massachusetts'i tehdit ettiğini ve aşılanan insanların bunun saldırısından korunduğunu gösteren kesin veriler sağladı. Bu araştırma, Dr. Cotton Mather tarafından yapılmıştı ve kendisi insanları çiçek hastalığına karşı koruma konusundaki gayretlerinden çok Salem cadı duruşmaları sırasındaki engizisyoncu öfkesiyle ünlenmişti.[19]

On yedinci ve on sekizinci yüzyıllarda, hastalara ölçümler uygulayan doktorlar meslektaşları tarafından şarlatan gibi görülebiliyorlardı. Fransız Devrimi sırasında, İngiliz doktorlar klinik termometreye henüz itibar etmiyorlardı. Klinik termometre, rutin nabız sayımı gibi, klinik pratiğe aşağı yukarı ancak 1845'te, yani stetoskopun Laënnec tarafından ilk kez kullanılmasından neredeyse otuz yıl sonra girmiştir.

* Ana toplardamar. (ç.n.)

** Yaratılış bilimiyle, gerçeğin kendisi ve niteliğiyle uğraşan konuyla ilgili. (ç.n.)

Doktorların ilgisi hastadan hastalığa kaydıkça hastaneler bir hastalık müzesine dönüştü. Koğuşlar, kendilerini tedavi etmeye istekli her hekime "vücutlarını sergi olarak sunan yoksul hastalarla doldu.[20] Hastanelerin, "vakaların" inceleneceği ve karşılaştırılacağı bilimsel kurumlar olduğu düşüncesi onsekizinci yüzyılın sonlarına doğru gelişti. Doktorlar her türden hastanın birbirine karıştığı hastanelere ziyaretler yaptılar ve kendilerini aynı hastalığın çeşitli "vakalarını" ayıracak biçimde eğittiler. Bir "yatak başucu vizyonu" ya da klinik bakışı geliştirdiler. On dokuzuncu yüzyılın ilk on yılında, hastanelere yönelik tıbbi yaklaşım bir gelişim daha geçirdi. Doktorlar o zamana dek genellikle dersler, demonstrasyonlar ve tartışmalarla eğitilirdi. Ama artık "yatak başucu" geleceğin doktorlarının hastalıkları görüp tanıyacakları klinik haline geldi.[21] Hastalığa klinik yaklaşım, yatak başucunda hastalıklar hakkında konuşulan yeni bir dilin doğuşuna yol açtı. Öte yandan, öğrencilere sergilenecek biçimde yeniden düzenlenmiş ve hastalıklara göre bölümlere ayrılmış hastaneler de bu olgunun bir sonucu olarak ortaya çıktı.

On dokuzuncu yüzyılın hemen başlangıcında, bir teşhis yeri haline gelmiş olan hastaneler bu kez bir eğitim yeri olmuştu. Hemen ardından, tedavilerin denendiği bir laboratuvar ve yüzyılın sonuna doğru da tedavi uygulanan bir yer haline geldi. Dünün tecrit yerleri günümüzde artık, kompartmanlaşmış tamirci dükkânlarına dönüşüyordu. Bütün bunlar adım adım gerçekleşti. On dokuzuncu yüzyılda klinik, hastalık taşıyıcılarının toplandığı, hastalıkların tanındığı ve hastalıkların hesabının tutulduğu yer haline geldi. Gerçekliğin tıbbi olarak algılanması tıbbi pratikten çok daha önce hastaneye bağlı bir hale geldi. Fransız Devrimcilerinin hastaların iyiliği için istedikleri uzmanlaşmış hastaneler hayata geçirildi, çünkü doktorların zaten hastalıkları sınıflamaya gereksinimi vardı. On dokuzuncu yüzyıl boyunca patoloji, çoğunlukla anatomik anomalilerin bir sınıflaması olarak kaldı. Ancak yüzyılın sonuna doğru Claude Bernard'ın öğrencileri fonksiyonların patolojisini de adlandırmaya ve toplamaya başladılar.[23] Hastalık gibi, sağlık da klinik belirtilerin yokluğu olarak klinik bir statü kazandı ve normalliğin klinik standartları refah ve mutlulukla birleşti.[24]

İki yüzyıl boyunca, bir sürü konuda birbiri ardına evrensel standartların değeri keşfedilmemiş olsaydı, hastalık asla anomaliyle ilişki-

lendirilemezdi. 1635'te, Fransa Kralı, Kardinal Richelieu'nün emriyle, Fransız dilini korumak ve geliştirmek amacıyla, Fransız bilim adamları içinde en seçkinleri olarak bilinen kırk kişiyle bir akademi oluşturdu. Aslında onların yaptığı, gelişmekte olan üretim araçları üzerindeki denetimi kazanmakta olan, yükselen burjuvazinin dilini empoze etmekti. Yeni kapitalist üretici sınıfın dili tüm sınıflar için normatif hale geldi. Devlet otoritesi yazılı kanunların da ötesine geçerek anlatım araçlarını da düzenlemeye başladı. Yurttaşlar, kilisenin ve devletin medeni ve ceza yasalarının toplarıyla isabet almamış alanlarda seçkin bir tabakanın kural oluşturan gücünü tanımayı öğrendiler. Fransız gramerinin konmuş yasalarını çiğnemek kendi yaptırımını da birlikte getiriyordu artık; konuşmacıyı kendi yerine oturtuyordu; yani onu sınıfın ve mesleğin ayrıcalıklarından yoksun bırakıyordu. Akademik standartların altına düşen kötü Fransızca, klinik normlara ulaşmayan kötü sağlık durumu gibiydi.

Norma Latince "gönye", marangoz gönyesi anlamına gelir. İngilizce "normal" sözcüğü, 1830'lara dek, yere dik açıyla durmak anlamına gelirdi. 1840'larda, "normal" sözcüğü alışılmış bir tipe uygunluğu ifade eder oldu. 1880'ler Amerika'sında, yalnızca eşyaların değil, insanların da alışılmış durum ve koşullarını ifade eder oldu. Bu sözcük, Fransa'da geometriden topluma aktarıldı –école normale, imparatorluğa hizmet edecek öğretmenlerin eğitildiği okul anlamına gelir– ve ilk kez yaklaşık 1840'larda, Auguste Comte tarafından ona tıbbi bir anlam kazandırıldı. Auguste Comte, organizmanın normal durumuyla ilgili yasalar bilinirse karşılaştırmalı patoloji araştırmasına girmenin mümkün olabileceği umudunu dile getirmişti.[25]

On dokuzuncu yüzyılın son on yılında hastanenin normları ve standartları teşhis ve tedavinin temel ölçütü haline geldi. Bunun olması için tüm anormal özelliklerin patolojik olarak nitelenmesi gerekli değildi; klinik standartlardan sapma biçimindeki bir hastalık tedaviye doğru yönelimi sağlayarak, tıbbi girişimi meşrulaştırmak için yeterliydi.[26]

Yükselişiyle düşüşü arasında bir buçuk yüzyıldan fazla bir zaman geçmemiş olan hastane tıbbı sona ermektedir.[27] Klinik ölçümlerin tümü topluma yayılmıştır. Toplum bir klinik, tüm yurttaşlar da kan basınçları sürekli gözlenen ve normal sınırlar "içine" düşecek şekilde

ayarlanan hastalar haline gelmiştir. Hastaneleri her yönden kuşatan insangücü, para, giriş ve denetimle ilgili akut sorunlar hastalık kavramında yeni bir krizin belirtileri olarak yorumlanabilir. Bu gerçek bir krizdir; çünkü var olan hastaneleri çağın gerisinde bırakacak olan, birbirine karşıt iki çözümü de olanaklı kılmaktadır. İlk çözüm, tıp mesleğinin hastane dışındaki insanlar üzerinde klinik denetimini daha da genişleterek hasta edici sağlık hizmetini daha da arttırmaktır. İkincisi ise hastalık kavramının eleştirel ve bilimsel yönden sağlam bir şekilde tıptan arındırılmasıdır.

Bu krizin sağlıklı çözümü için tıbbi biyolojiden de, tıbbi teknolojiden de daha gerekli olan, tıbbi epistemolojidir. Böyle bir epistemoloji, öncelikle –ruhsal hastalığa karşılık– fiziksel hastalıklarda teşhis ve tedavinin bilimsel statüsünü ve toplumsal yapısını açıklığa kavuşturacaktır. Her hastalık toplumca yaratılmış bir gerçektir. Bunun anlamının ve uyandırdığı tepkinin bir tarihi vardır.[28] Bu tarihin incelenmesi bize empoze edilen tıbbi ideolojinin ne denli tutsağı olduğumuzu anlamamızı sağlayacaktır.

Günümüzde birçok yazar, "hastalık" olarak nitelenen ruhsal anormalliğin içyüzünü açığa çıkarmaya çalışmıştır.[29] Ama paradoksal bir biçimde, bu durumu, genel hastalıklardaki gibi soruların sorulmasını kolaylaştıracak değil, zorlaştıracak bir durum haline getirmişlerdir. Leifer, Goffman, Szasz, Laing ve diğerleri akıl hastalıklarını yaratan politikalar ve bunların politik amaçlara alet edilmesiyle ilgilenmişlerdir.[30] Görüşlerini kanıtlamak için hepsi de "gerçekdışı" akıl hastalığının "gerçek" fiziksel rahatsızlıkla karşıtlığını vurgulamışlardır: Onların görüşüne göre, hekimlerin uğraştığı tüm durumlara uygulanmakta olan doğal bilimlerin dili aslında fiziksel hastalığa uygundur. Fiziksel hastalık bedenle sınırlıdır ve bazı anatomik, fizyolojik ve genetik koşullara bağlıdır. Bu koşulların "gerçekten" var olduğu, bir değerler sistemine başvurmaksızın yapılan ölçümler ve deneylerle kanıtlanır. Bunların hiçbiri akıl hastalığına uygulanamaz: Akıl hastalığının "hastalık" durumu olarak değerlendirilmesi tümüyle psikiyatrik yargıya bağlıdır. Psikiyatr, toplumsal, etik ve politik bir ortamın görevli memuru gibi davranır. Bu "zihinsel" durumların ölçütleri ve denemeleri yalnızca, yoğunluğunu psikiyatrın genel toplumsal önyargılarından alan ideolojik bir çerçeve içinde üretilir. Hastalıklarda-

ki çoğalmanın yabancılaşmış bir toplumda yaşamaktan kaynaklandığı düşünülür, ama politikanın yeniden oluşturulmasıyla psişik hastalıkların çoğalması önlenebilecekken, ancak fiziksel hastalara daha iyi ve daha adaletli bir teknik tedavi sağlamakla yetinilir.

Ruhsal anormalliğin bir hastalık karakteri olduğunu yadsıyarak fiziksel hastalığın politika dışılığını meşrulaştıran bu anti-psikiyatrik tutum Batı'da azınlıktadır; akıl hastalığının politik bir sorun olarak algılandığı modern Çin'deki resmi doktrine yakın gibi görünür. Maocu politikacılar psikopatların gözetiminden sorumludur. Bermann,[31] Çinlilerin, sınıf düşmanlarını hastaneye kapatarak depolitize eden ve onlara sanki bulaşıcı bir hastalıkları varmış gibi davranan revizyonist Rus uygulamasına karşı çıktıklarını bildirmektedir. Onlar yalnızca, karşıt yaklaşım bir sonuca ulaştıracakmış gibi davranmaktadırlar: Şimdilerde, belki de bilinçaltında sınıf düşmanı olan insanların yoğun bir biçimde yeniden eğitilmesi. Kendilerine yönelik eleştirileri, onları politik yönden aktif, yani sağlıklı kılmaktadır. Burada da, ruhsal anormalliğin öncelikle klinik dışı yapısı üzerinde diretmek, öteki tür hastalığın somut bir varlık olduğu yolundaki inancı desteklemektedir.[32]

Hastalıkların somut varlıklar olarak epistemolojik yönden meşrulaştırılması ileri endüstri toplumlarını oldukça fazla ilgilendiren bir şeydir. Hastalık insanları ele geçiren bir şey, onların "yakalandığı" ya da "tutulduğu" bir şey olduğu sürece bu doğal olayın kurbanları durumlarından dolayı sorumlu tutulamazlar. Onları kendi kişisel gerçeklerini karşılamadaki şapşalca, değersiz ya da beceriksiz performanslarından dolayı suçlamak yerine onlara acınabilir; hastalıklarını alçakgönüllülükle, "işlerin gidişatının" bir ifadesi olarak kabul ettikleri takdirde yönetilebilir ve yararlanılabilir mallara dönüştürülebilirler; ayrıca aşırı yoğunlaşmış endüstrinin hasta edici stresinin arttırılmasında işbirliği yapmış olmalarından ötürü de herhangi bir politik sorumluluk almayabilirler. İleri bir endüstri toplumu hasta edicidir, çünkü insanları kendi çevreleriyle başa çıkabilmekten aciz hale getirir ve kopmuş ilişkilerin yerine "klinik" bir protez koyar. Eğer tıp, insanların biyolojik bozukluklarının onlara empoze edilmiş ya da kendi kendilerine empoze ettikleri yaşam biçiminin bir sonucu değil de kendi sağlık durumlarının yarattığı hatalı bir sonuç olduğunu açıklamasaydı, insanlar böyle bir ortama karşı isyan ederdi.[33] Teşhisin

hastaya sunduğu kişisel politik masumiyet güvencesi onun üretim ve tüketime boyun eğmeye devam etmesini mazur gösteren hijyenik bir maske hizmeti görmektedir.

Sözde, hastanın bedeninde oluşmuş, gerçek bir hastalığın varlığının tıbbi teşhisi, kurbanı suçlamanın sinsice ve ahlak dışı bir yoludur. Kendisi de egemen sınıfın bir üyesi olan hekim, insan organizmasına uygun olmayan ortamlar yarattıkları için sınıf ortaklarını suçlamak yerine bireyin, mühendisler tarafından yapılmış ve öteki profesyoneller tarafından yönetilen bir ortama uymadığına karar verir. Böylece, esasen var olan hastalık, insan bedeni endüstri toplumunun kendi üzerindeki istemlerine isyan ettiğinde o bedende maddi varlığa dönüşen elverişli bir politik mitin maddeleşmesi olarak yorumlanabilir.

Hastalıkların sınıflandırılması –nosoloji– her toplumda, toplumsal örgütlenmeyi yansıtır. Toplumun ürettiği hastalıklar, doktor tarafından bürokratların çok değer verdiği isimlerle vaftiz edilir. "Öğrenme yetersizliği", "hiperkinezi" ya da "minimal beyin disfonksiyonu", okulun hoşgörüsüzlüğünün ya da beceriksizliğinin mazereti işlevini yerine getirerek ana-babaya, çocuklarının neden öğrenemediğini açıklar; yüksek kan basıncı, artan stresin; dejeneratif hastalık ise dejenere olmuş toplumsal örgütlenmenin mazeretidir. Teşhise ne denli ikna olunursa, gelecek tedavinin değeri o ölçüde büyük olur; insanları ikisine birden gereksinim duyduklarına ikna etmek ne denli kolay olursa, endüstriyel büyümeye karşı isyan etme olasılıkları da o denli az olur. Sendikalaşmış işçiler, tabii eğer vergilere ya da sigortaya ödedikleri paranın bir bölümünü geri almak gibi ahlaksızca bir zevkten başka nedenleri yoksa, en pahalı tedavileri talep ederler ve bunun daha çok eşitlik yaratacağını düşünerek kendi kendilerini kandırırlar.

Hastalığın öncelikle organik ya da davranışsal anomali olarak algılanır olmasından önce, hasta olan kişi, doktorun gözlerinde kendi kederinin bir yansımasını ve acısının benzersizliğinin kabulünü görebiliyordu. Şimdi karşılaştığı şey ise, veri/sonuç hesabına düşmüş bir biyolojik muhasebecinin bakışıdır. Hastalığı hastanın elinden alınıp kurumsal bir yatırım için gerekli hammaddeye dönüştürülmüştür. Durumu, anlayamadığı bir dille ifade edilen bir dizi soyut kuralla yorumlanmaktadır. Doktorun savaştığı yabancı varlıklar, yalnızca doktorun hastayla işbirliği yapmayı gerekli gördüğü kadar öğretilecektir

kendisine. Dil, doktorların yönetimine geçmiştir: Hasta kişi, kederini ifade edecek anlamlı sözcüklerden yoksun bırakılmıştır, ki bu da dilin mistik bir havaya bürünmesiyle acısını daha da arttıracaktır.[34]

Bu bilimsel jargon beden diline hâkim olmadan önce bu alandaki olağan ifade repertuvarı olağanüstü zengindi.[35] Köylülerin dili bu hazinenin çoğunu koruyup yüzyılımıza getirmiştir.[36] Atasözleri ve deyimlerde öğreneceğimiz birçok şey vardır.[37] Babillilerin ve Eski Yunanlıların şikâyetlerini doktora iletmek için formüle ettikleri dil, mavi yakalı Alman işçilerin kullandığı ifadelerle karşılaştırılmıştır. Antik dönemde olduğu gibi, hasta neye "yakalandığını" ya da "tutulduğunu" kekeleyerek ve büyük bir çabayla anlatmaya çalışır. Endüstri işçisi ağrısını anlatmak için, insanı inciten bir fahişeyi anlatır gibi "o meret" derken, onun ataları kendilerini ısıran ya da sokan cinler[38] için pek renkli ve anlamlı adlar kullanırlardı. Sonuç olarak, seçkin bir mesleğin toplumca kabul edilmiş özel diline bağımlılığın gittikçe artması, hastalığı sınıf egemenliğinin bir aracı haline getirmiştir. Böylece üniversite eğitimi almış kişi ve bürokrat, doktorunun uyguladığı tedavi sırasında onun mesai arkadaşı olurken, işçi, efendisinin dilini konuşamayan bir köle yerine konur.[39]

Tıbbi etkinlik sıradan dille anlatılır anlatılmaz, en etkili teşhis ve tedavinin, tıp dışından herhangi bir kişinin düşünüp oluşturabileceğinden daha öteye gitmediği ortaya çıkar. Yararının zararından daha çok olduğu gösterilebilen teşhis ve tedavi müdahalelerinin büyük çoğunluğu aslına bakılırsa iki özellik taşır: Bunlar için gerekli materyal aşırı derecede ucuzdur ve bunlar ambalajlanıp aile üyelerinin kendi kendilerine kullanımı için tasarlanabilir. Örneğin, Kanada'nın tıp kurumlarında sağlığa önemli katkılarda bulunan şeyler öylesine ucuzdur ki aynı kaynaklar Hindistan'ın tüm nüfusu için kolaylıkla sağlanabilir. Halbuki, orada modern tıp adına bir sürü para çarçur edilmektedir. En yaygın kullanılan teşhis ve tedavi işlemleri için gereken ustalık öyle basittir ki ilgilenen kişilerin tavsiyeleri dikkatli uygulaması, bunların, belki de tıp pratiğinin yapabileceğinden daha yararlı ve sorumlu kullanımını sağlayabilir. Geriye kalanların çoğu, profesyonel olmayan "çıplak ayaklı" amatörler tarafından, profesyonel hekimlerden, psikiyatrlardan, diş hekimlerinden, ebelerden, fizyoterapistlerden ya da göz doktorlarından daha derin bir ilgi ile ve daha etkili bir biçimde uygulanabilir.

Yararlı olan modern tıbbın basitliği hakkında kanıtlar öne sürüldüğünde tıplaştırılmış kişiler genellikle, hasta kişilerin gergin olduklarını ve ruhsal yönden kendi kendine akılcı bir tedaviyi uygulayabilecek durumda bulunmadıklarını ve hatta doktorların bile kendi hasta çocuğunu tedavi için bir meslektaşını çağırdığını; daha da önemlisi, kötü niyetli amatörlerin çabucak, kıt ve berbat tıbbi bilgileriyle odacılar tekeli içinde organize olabileceğini söyleyerek itiraz ederler. Bu itirazların hepsi, ancak hizmete yaklaşımı tüketici beklentilerinin belirlediği, tıbbi kaynakların hastanede kullanılmak üzere dikkatle paketlendiği ve tıbbi etkinlikle ilgili mitolojinin egemen olduğu bir toplumda yapılırsa geçerlidir. Ama bu itirazlar, haşin bir teknoloji uygulamasının hemen hemen herkesin uzağına koyduğu kişisel hedeflerin yararlı bir şekilde izlenmesini amaçlayan bir dünyada pek de geçerli değildir.

6. Ölüm Ölüme Karşı

A. BİR META OLARAK ÖLÜM

Her toplumda, baskın olan ölüm imgesi egemen olan sağlık kavramını belirler.[1] Böyle bir imge, yani belirli bir olayın belirsiz bir tarihte olacağının kültürle koşullanmış beklentisi, kurumsal yapılar, derinlerde yatan mitler ve egemen toplumsal karakterle biçimlenir. Bir topluma ait ölüm imgesi o toplumun bağımsızlık, kişisel bağımlılık, kendine güven ve canlılık düzeyini gösterir.[2] Metropolitan tıbbi kültür nereye girmişse, oraya garip bir ölüm imgesi ithal olunur. Öyle ki, bu imge yeni tekniklere ve bunlara uyan ethoslara bağlı olduğu oranda karakteri uluslarüstü hale gelir. Ama bu teknikler kültürel yönden tarafsız değildir; farz olunan somut biçimleri

Batı ethosunu ifade eder. Beyaz insanın ölüm imgesi tıbbi uygarlıkla birlikte yayılmış ve kültürel sömürgeleştirmede büyük bir güç haline gelmiştir.

"Doğal ölüm" imgesi –yani tıbbi bakım altındayken gelen ve sağlığımızın iyi, yaşımızın epey ileri olduğu bir anda bizi yakalayan bir ölüm– çok yeni bir idealdir.[3] Bu ideal son beş yüz yılda beş aşamadan geçerek gelişmiştir ve şimdi altıncısına hazırlanmaktadır. Her aşama kendi ikonografik anlatımını bulmuştur: (1) On beşinci yüzyılda "ölünün dansı"; (2) "Ölüm Dansı" denen, iskelet adamın davetiyle yapılan Rönesans dansı; (3) Yaşlı zamparanın eski usul yatak sahnesi; (4) Veremin ve salgınların kol gezen hayaletlerine karşı mücadele halindeki on dokuzuncu yüzyıl doktoru; (5) Hastasıyla ölüm arasına giren yirminci yüzyıl doktoru ve (6) Yoğun hastane bakımı altında ölüm. Doğal ölüm imgesi, gelişiminin her aşamasında gittikçe tıbbi karakter kazanan yeni birtakım tepkiler edinmiştir. Doğal ölümün tarihi, ölüme karşı savaşımın tıplaştırılmasının tarihidir.[4]

B. ÖLÜLERİN İBADET DANSI

Kilise dördüncü yüzyıldan itibaren, kilise avlusundaki mezarların üzerinde toplanıp çıplak ve kılıç sallayarak çılgınca dans eden bir pagan* geleneğine karşı savaşım vermiştir. Ancak kilise yasaklarının sıklığı, bunun pek bir yararının olmadığını ve bin yıl boyunca Hıristiyan kiliselerinin ve mezarlıklarının dans pisti olarak kullanıldığını gösteriyor. Dans, yaşamın yenilenmesi için bir fırsattı. Mezarların üzerinde ölülerle dans etmek hayatta kalmanın sevincini dile getirmenin bir fırsatı ve birçok erotik şarkı ve şiirin kaynağıydı.[5] Ne var ki, on dördüncü yüzyıl sonlarında bu dansların anlamının değişmeye başladığı görüldü;[6] yaşayanlarla ölmüş olanların karşılaşmasından çıkıp düşünsel, içgözlemsel bir deneyime dönüşmüşlerdi. 1424'te, Ölü Dansı ilk kez, Paris'te bir mezarlık duvarına resmedildi. Cimetière des Innocents'ın orijinali kayıptır ama iyi kopyaları, onu yeniden üretmemize olanak sağlıyor: Kral, köylü, papa, kâtip ve genç kız hepsi bir cesetle dans eder. Her partner ötekinin aynadaki yansımasının

* Grek ve Roma çoktanrılı dinlerine ait. (ç.n.)

giysi giymiş ve bir yüze bürünmüş halidir. Everyman* kendi cesedi biçiminde kendi ölümünü taşır ve onunla tüm yaşamı boyunca dans eder. Her yerde hazır bekleyen ölüm[7] insanların karşısına ortaçağ sonunda çıkar; her ölüm, kurbanının rütbesine uygun bir simgeyle gelir: Kral için bir taç, köylü için bir yaba. Bundan sonra insanlar ölmüş cetleriyle mezarları üzerinde dans etmeyi bırakıp herkesin yaşam boyu kendi ölümlülüğüne sarılarak dans ettiği bir dünyayı temsil etmeye başladılar. Ancak ölüm, antropomorfik bir figür olarak değil, ölümcül bir özbilinç, ağzı açık bekleyen mezarın hiç unutulmayan varlığı olarak temsil edilir hale geldi. Bu, bir sonraki yüzyıla ait, erkeklerin ve kadınların ortaçağ sonlarında müziğiyle dans ettikleri iskelet adam değil de herkesin kendi yaşlanan ve çürüyen benliğiydi.[8] Bu dönemde, ayna[9] günlük yaşamda önemli hale gelmişti ve "ölüm aynası"nın tutsağı "dünya",[10] sanrılı bir acı edindi. Ölüm, Chaucer ve Villon'da, zevk ve ağrı gibi mahrem ve duyusal (sensual) bir hale gelir.

İlkel toplumlar, ölümü, yabancı bir etkenin müdahalesinin bir sonucu olarak algılarlar. Ölüme kişilik vermezler. Ölüm birisinin kötü niyetlerinin ürünüdür. Ölüme neden olan bu kişi size kem gözle bakan haset bir komşu ya da sizi alıp götürmek için gelmiş bir cadı, bir ceddiniz, yahut önünüzden geçmiş bir kara kedi olabilir.[11] Ölüm, Hıristiyan ve Müslüman ortaçağı boyunca, Tanrı'nın kişilere kasti bir müdahalesinin sonucu olarak görülmeye devam etti. Hiç "bir" ölüm figürü ölüm döşeğinde görülmez, ölmekte olanın ağzından çıkıp gidecek ruhu için mücadele eden melek ve şeytan biçimindedir. Bu imgedeki değişiklik[12] ve daha sonra "doğal ölüm" denecek görünüm için koşullar ancak on beşinci yüzyılda olgunlaştı. Ölülerin dansı, buna hazır oluşu simgeler. Artık ölüm başka bir etkenin kararı değil de insan yaşamının kaçınılmaz olarak yapısında var olan bir unsur haline gelmiştir. Ölüm özerkliğe kavuşmuştur ve üç yüzyıl boyunca ölümsüz ruhla, takdiri ilahiyle, melekler ve şeytanlarla bir arada, onlardan ayrı bir güç olarak var olmuştur.

* Sıradan ve tipik insan ve on beşinci yüzyılın ahlaki mesajlı dramasında (morality play) bir karakter. (ç.n.)

C. ÖLÜM DANSI

Ölüm, moralite oyunlarında (morality plays)*[13] yeni bir rol ve kostümle belirir. On beşinci yüzyılın sonunda artık yalnızca aynadaki bir imge değildir; yargı, cennet ve cehennemden önce gelen, "son dört şey"in öncü rolünü üstlenmiştir.[14] Artık yalnızca, Romanesk alt-kültürlerdeki mahşerin dört atlısından biri ya da Pisa mezarlığından ruhları alıp götüren yarasa kılıklı Maegera ya da salt Tanrı'nın buyruklarını yerine getiren bir elçi değildir. Ölüm, her erkeği, kadını, çocuğu ilk önce tanrının bir elçisi olarak çağıran, ama daha sonra kendi mutlak gücünde direten bağımsız bir figür haline gelmiştir. 1538'de, genç Hans Holbein,[15] ölümün bir best-seller olacak ilk resimli kitabını yayımladı: *Ölüm Dansı Üzerine Tahta Baskısı Resimler.*[16] Danseden partnerler kokuşmuş etlerini dökmüşler ve çıplak iskeletlere dönüşmüşlerdir. Her insanı kendi ölümlülüğüyle sarılmış dans ederken temsil eden desenler bu kez onun doğanın bir gücü olarak resmedilmiş ölümün pençesinde çılgınca tükenişini göstermektedir. "Benlik"in Alman mistiklerinin "yeni ibadet"leri tarafından boyanmış aynadaki mahrem görüntüsü gitmiş, onun yerine, herkesi sürükleyip sonra da aşağı çeken bir yasanın eşitlikçi infazcısı olarak resmedilen ölüm gelmiştir. Ölüm, yaşam boyu süren bir karşılaşmadan, anlık bir olaya dönüşmüştür.

Ortaçağda, Tanrı'nın varlığıyla birlikte sonsuzluk da tarihte içselleşmişti. Bu kez ölüm, çizgisel saat zamanının bittiği ve insanın sonsuzlukla buluştuğu nokta olmuştur. Dünya bu varlığa ait kutsal bir yer olmaktan çıkmıştır; Luther'le birlikte, Tanrı'nın kurtardığı bir fesat yuvasına dönüşmüştür. Saatlerin çoğalması, bilinçteki bu değişimi simgeler. Sürekliliği olan zamanın üstün gelmesi sonucu, onun kesin ölçülmesine yönelik kaygı ve olayların eşzamanlılığının anlaşılmasıyla birlikte kişisel kimliğin tanınması için yeni bir yapı oluşturulmuştur. Kişinin kimliği yaşam süresinin bütünlüğünde değil, ardışık olaylar dizisinin gösterdiği anlamda aranmıştır. Ölüm bir bütünün sonu olmaktan çıkmış ve dizinin uğradığı bir kesinti haline gelmiştir.[17]

* On beşinci ve on altıncı yüzyılda karakterlerin erdem ve kötülük gibi ahlaki değerleri simgelediği bir tür dram. (ç.n.)

Bugün magazin dergilerinin kapaklarında çıplak kadınlara ne sıklıkta rastlanıyorsa, ağaç baskı kitapların ilk elli yılı boyunca baş sayfalarında iskelet adama da o sıklıkta rastlanıyordu. Ölüm kum saatini durdurur ya da kuledeki saatin çanını çalar.[18] Birçok çan dili kemik biçimindedir. Gecede ve gündüzde zamanın uzunluğunu eşitleyebilen yeni makine, insanları da aynı yasaya tabi kılar. Reform döneminde, ölümden sonraki hayat yeryüzündeki hayatın biçim değiştirmiş bir devamı olmaktan çıkmış; ya cehennem şeklinde korkulacak bir ceza ya da Tanrı'nın vaat ettiği cennet şeklinde tamamen haksız bir hediye haline gelmiştir. Tanrı'dan gelen lütuf, yalnızca imanla temize çıkmaya dönüşmüştür. Sonuçta, ölüm on altıncı yüzyılda, öncelikle başka bir dünyaya geçiş olarak anlaşılmaktan çıkmış ve vurgu bu dünyadaki yaşamın bitişi üzerine konmuştur.[19] Açık mezar, cennet ve cehennemin kapılarından daha büyük görünmüş ve ölümle karşılaşma ölümsüzlükten daha kesin, Kral'dan, Papa'dan, hatta Tanrı'dan bile daha adaletli hale gelmiştir.

Kişisel ölümün kesinliği, her an olabilirliği ve mahremiyeti yalnızca yeni zaman duygusunun bir parçasını değil, yeni bir bireyselliğin çıkışının da bileşenlerinden birini oluşturmuştur. Yeryüzündeki kilise militanından cennetteki muzaffer kilise adamına dönüşmek üzere yürüyen hacının yolunda ölüm her iki tarafı da ilgilendiren bir olay olarak yaşanır. Herkes kendisinin kesin ölümüyle karşı karşıyadır artık. Ölüm böylesine doğal bir güç haline gelince, insanlar da elbette ölme sanatını ya da becerisini öğrenerek ölümde ustalaşmak istemişlerdir.

Ars Moriendi, bu süreci izleyen iki yılda piyasada basılmış, çeşitli versiyonlarıyla best-seller olmuş ilk "kendi kendine öğren" türü elkitabıdır. Çok kişi onun şifresini çözerek okumayı öğrenmiştir. Bu kitabın en yaygın versiyonu Caxton tarafından 1491'de Westminster Press'te basıldı: 1500 yılından önce tahta baskı ve hareketli harflerle, *İyi Ölmesini Bilme Sanatı ve Ustalığı* başlığı altında yüzden fazla basımı yapıldı. Sırf Gotik harflerle basılmış bu küçük elkitabı, "eksiksiz beyefendi"leri yemek bıçağı kullanmaktan konuşma yapmaya, ağlama ve burnunu sümkürme sanatından satranç oynama, dua etme ve ölme sanatına kadar "kibar ve dindar tavırlarla" eğitmek için hazırlanmış bir dizinin bölümüydü.

Bu kitap, ne erdemli bir yaşamla ölüme uzaktan hazırlanma ne de okura fiziksel gücündeki kaçınılmaz sürekli azalmayı ve hep var olan ölüm tehlikesini anımsatma amacını güdüyordu. Bu, modern anlamda bir "nasıl yapmalı" kitabı; ölme işinde kullanılacak bir kılavuz; kişinin, sağlığı yerindeyken öğrenmesi ve kaçınılmaz saat geldiğinde çok iyi kullanmayı bilmesi için hazırlanmış bir yöntemdi. Bu kitap keşişler ve sofular için değil, rahip sınıfının hizmet etmediği "dünyevi ve laik" kişiler için yazılmıştı. Bu, Savonarola, Luther ve Jeremy Taylor gibi kişiler tarafından bu dünyadaki somut şeylere ait bir üslupla yazılmış benzer öğütler için bir model oluşturmuştur. İnsanlar ölüm anında yüzlerinin alacağı ifadeden sorumluydular.[20] Kuenstler'in tam bu dönemde, insan yüzlerinin resmedilmesinde ve daha önce rastlanmamış bir yaklaşım geliştirdiği görülmüştür: Yüz hatlarının temsilinden daha öte bir şeyler göstermeye çalışan Batı tarzı insan portresi. Aslında ilk portreler prensleri temsil eden resimlerdi, ölmüş soylu kişinin kendine özgü, zamandan bağımsız kişiliği anı olarak resmi cenaze töreninde bulunsun diye o ölür ölmez yapılırdı. Erken Rönesans dönemi hümanistleri ölülerinin bir gulyabani, bir hayalet, bir aziz ya da bir simge olarak değil, kişisel, tarihsel, süreğen bir varlık olarak anımsanmasını isterlerdi.[21]

Halkın ibadetinde, ölümden sonraki yaşamla ilgili yeni bir tür merak ortaya çıktı. Hem ölülerin cesetleriyle ilgili fantastik dehşet öyküleri hem de araf* yerine ait sanatsal desenler çoğaldı.[22] On yedinci yüzyılın hayaletlere ve ruhlara yönelik garip ilgisi, Tanrı'nın hükmüyle değil de ölümün çağrısıyla karşılaşan bir kültürün artan gerginliğini vurgulamaktadır.[23] Ölümün dansı, Hıristiyan dünyasının çoğu yerinde, bölge kiliselerinin girişini süsleyen standart bir dekorasyon haline geldi. İspanyollar iskelet adamı, Aztek ölüm idolüyle kaynaşacağı Amerika'ya götürdüler. Onların Mestizo** çocukları[24] ise yeniden Avrupa'ya gelerek Hollanda'dan Tiroller'e dek tüm Habsburg İmparatorluğu'nda ölümün yüzünü etkilediler. Avrupa'da ölüm, Reform'dan sonra korkunç hale geldi ve öylece kaldı.

Tam da bu sırada, hepsi de insanların ölümü bir birey olarak metanetle karşılamalarına yardım edecek, halk tıbbı pratikleri çoğaldı.

* Cennetle cehennem arasında, azap çekilen yer. (ç.n.)

** Aztek ve İspanyol karışımı melez. (ç.n.)

Hastalık sırasında, gelmekte olan ölümü kabullenmek mi, yoksa tedavi olmak mı gerektiğine karar vermede kullanılan, gerisinde batıl inançların yattığı araçlar geliştirildi. Tapınağın çeşmesine atılan çiçek suya batarsa tedavi için para ve ilaç harcamak yararsızdı. İnsanlar ölüm geldiğinde hazır olmaya, son dansın adımlarını iyi öğrenmeye çalıştılar. Ağrılı bir can çekişmeye karşı ilaçlar çoğaldı, ama bunların çoğu yine de ölen kişinin bilinçli olarak oynadığı yeni bir rolün bilinçli yönetimi altında kullanıldılar. Çocuklar ağlayarak anne ya da babalarını engellemedikleri takdirde ölürken onlara yardım edebilirlerdi. Bir insanın, yatağından onu hemen sarıp sarmalayacak olan toprağa indirilmeyi istediği zamanı ve duaların başlama anını göstermesi beklenirdi. Ancak onun yanında bulunan kişiler, ölümün gelmesini kolaylaştırmak için kapıları açık tutmaları, ölümün korkup kaçmaması için gürültü yapmaktan kaçınmaları ve sonunda, ölen kişiyi bu en kişisel olayda rahat bırakmak için gözlerini saygılı bir şekilde ondan kaçırmaları gerektiğini bilirlerdi.[25]

On beşinci ve on altıncı yüzyıllarda ne rahibin ne de doktorun ölüm sırasında zavallı adama yardım etmesi beklenirdi.[26] Tıp yazarları, ilke olarak, hekimin yapabileceği, birbirine karşıt iki hizmet bilirlerdi. Hekim ya iyileşmeye yardımcı olur ya da ölümün kolay ve çabuk olmasına yardım ederdi. Onun görevi facies Hippocratica'yı,[27] yani ölümün hastayı yakaladığının özel belirtilerini görmekti. Doktor, iyileştirirken de, geri çekilirken de doğayla çok yakın ilişki içinde çalışmaktan ötürü gergin olurdu. Tıbbın yaşamı "uzatıp" uzatamayacağı sorusu, Palermo, Fez ve hatta Paris'teki tıp okullarında ateşli tartışmalara yol açmıştı. Birçok Arap ve Yahudi hekimi böyle bir gücü doğrudan yadsımışlar ve doğanın hükmüne müdahale etmeye kalkışmanın kâfirlik olduğunu söylemişlerdir.[28]

Paracelsus'un yazılarıyla birlikte tıp literatürüne, felsefi tevekkülle ılımlandırılmış mesleki bir heves geldi.[29] "Doğa denen kadın kendi alanının sınırlarını bilir. O, her yaratığına, kendi belirlediği en uygun yaşam süresini verir ki onların enerjileri doğdukları anla mukadder sonları arasında geçen sürede tükenir... Bir insanın ölümü günlük işlerinin bitmesinden; verilen bir nefesten; doğuştan gelen, kendi kendini iyileştirici, teskin edici gücün bitmesinden; doğanın bilinç ışığının sönmesinden ve beden, can ve tin üçlüsündeki büyük

ayrışmadan başka bir şey değildir. Ölüm, dölyatağına geri dönüştür." Aşkınlığı yadsınmaksızın, ölüm artık bazı kötü güçlerin sorumlu tutulması gerekmeyen, doğal bir fenomen haline gelmiştir.

Bu yeni ölüm imgesi, insan vücudunun bir nesneye dönüşmesini hızlandırdı. O zamana dek insan cesedi öteki nesnelerden tümüyle farklı bir şey olarak düşünülüyordu: Ona neredeyse canlı bir kişiymiş gibi davranılıyordu. Yasalar onun durumunu saptıyordu: Ölü kişi dava edebilir ya da yaşayan kişiler tarafından dava edilebilirdi ve ölülere karşı ceza davaları olağandı. Ardılı tarafından zehirlenerek öldürülen Papa VII. Urban mezarından çıkarıldı, hakkında, ciddi bir şekilde, papazlığı parayla satın almış olduğuna dair hüküm verildi, sağ eli kesildi ve Tiber Nehri'ne atıldı. Bir adam hırsızlık suçundan asıldıktan sonra vatan hainliği suçundan dolayı kafası kesilebilirdi. Ölü, tanık olarak da çağrılabilirdi. Dul kadın, kocasının anahtarlarını ve cüzdanını tabutuna koyarak onu reddedebilirdi. Bugün bile, vasiyet hükümlerini yerine getiren kişiler ölünün adına iş görür ve hâlâ bir mezarın kutsallığından ya da mezarlıkların parka dönüştürülerek ortadan kaldırılmasından söz ediyoruz. Doğal ölümün ortaya çıkışı, yasal mertebelerinin çoğunu yitiren ceset için gerekliydi.[30]

Doğal ölümün ortaya çıkışıyla birlikte, ölüm ve hastalığa karşı on yedinci yüzyıl sonunda iyice yaygın hale gelen yeni tutumlar belirdi. Ortaçağda insan bedeni kutsaldı, oysa bu kez hekimin neşteri cesede uzanıyordu.[31] Hümanist Gerson, cesedin kesilip biçilmesini "kutsallığa yönelik bir saldırı, yaşayanlarca ölülere yapılan gereksiz bir acımasızlık" olarak niteliyordu.[32] Ancak moralite oyunlarında Everyman'in Ölümü'nün canlandırılmasıyla birlikte ceset de ilk kez Rönesans üniversite amfilerine bir öğretim aracı olarak girdi. Montpelier'de 1375'te ilk aleni disseksiyona* izin verildiğinde bu yeni etkinlik kâfirlik olarak ilan edilmiş ve uzun yıllar tekrarlanamamıştı. Bir kuşak sonra, Alman İmparatorluğu sınırları içinde yılda bir cesedin disseksiyonuna izin verildi. Bologna Üniversitesi'nde her yıl Noel'den hemen önce bir cesedin disseksiyonu yapılır ve tören, alayın resmi geçidiyle başlayarak cin çıkarma dualarıyla birlikte üç gün sürerdi. İspanya'nın Lèrida Üniversitesi, on beşinci yüzyıl boyunca her üç yılda bir, bir suçlunun cesedini engizisyon tarafından atanmış

* Cesedin kesilip açılması. (ç.n.)

bir noterin huzurunda kesip biçmekle yetkilendirilmişti. 1540 yılında, İngiltere'de üniversite fakültelerine, cellatlardan yılda dört ceset isteme hakkı verilmişti. Bu tutumlar öyle hızla değişti ki Venedik Senatosu cellatlara, "anatomi çalışması"na uygun cesetler elde edebilmek için Dr. Falopius'un direktiflerine uyma emri verdi. 1632'de, Rembrandt "Dr. Tulp'un Dersi" adlı tablosunu yaptı. Aleni disseksiyon yağlıboya resim için makbul bir konu ve Hollanda'da karnavalların olağan görüntüsü haline geldi. Böylece günümüzde televizyon ve sinemada seyrettiğimiz cerrahiye doğru ilk adım atılmıştı. Hekimler anatomi bilgilerini ilerlettiler ve ustalıklarını sergileme güçlerini arttırdılar; fakat bunlar, iyileştirme yeteneğindeki artışa göre çok abartılıydı. Tıbbi ritüeller, korkunç bir hale gelmiş ölümün yarattığı korku ve kederi yönlendirmeye, bastırmaya ya da yatıştırmaya yaradı. Bilimsel cinsellik kılavuzları günümüzün Playboy ve Penthouse dergileriyle nasıl rekabet ediyorsa, Vesalius'un anatomisi de Holbein'ın *Ölüm Dansı*'yla öyle rekabet etti.

D. BURJUVA ÖLÜMÜ

Barok ölüm, aristokratik bir tarzda düzenlenmiş cennetin tam karşıtıyla uyumlu bir birlıktelığinden oluşuyordu.[33] Kilise tonozları, vahşiler, sıradan insanlar ve soylular için ayrılmış ayrı ayrı yerleri betimleyen ve son hükmü temsil eden resimlerle süslenmişti, ama altındaki *Ölüm Dansı* resmi, mevki ya da rütbe gözetmeksizin tırpanını savuran biçiciyi gösteriyordu. Ölümün herkes için eşit korkunçluğu dünyanın ayrıcalıklı statüsünü ortadan kaldırmak için onu daha da meşrulaştırırdı.[34] Ne var ki, burjuva ailesinin doğuşuyla,[35] ölümde eşitlik sona erdi: Ölümü uzak tutmak için maddi olarak her türlü bedeli ödeyebileceklerin devri başlamıştı.

Hekimlerin yeni görevi olarak yaşamı uzatmaktan ilk kez söz eden Francis Bacon'dı. Bacon tıbbı üçe ayırıyordu: "Birincisi, sağlığın korunmasıdır; ikincisi, hastalıkların tedavisidir, üçüncüsü ise yaşamın uzatılmasıdır." Överek anlattığı "üçüncü tür tıp, yaşamın uzatılmasıyla ilgilidir: Bu, tıbbın yeni bir parçasıdır ve hepsinin en soylusu olmasına karşın en yetersizidir". Tıp mesleğinin, yüz elli yıl

sonra, deneme için para ödemeye çok hevesli bir müşteri sürüsü ortaya çıkıncaya dek böyle bir görevle karşılaşacağı düşünülemezdi bile. Bu müşteri, emekliyken ölmeyi reddeden ve ölümün kendisini işinin başındayken, doğal bir tükeniş sonucu alıp götürmesinde direten yeni zengin tipiydi. Bu yeni tip insan, aktif bir yaşlılık sürmeden ve sağlığının bozuk olduğu sırada gelecek ölümü kabullenmek istemiyordu. Montaigne bu kendini beğenmiş kişilerle alay etmişti: "Bu, ölmenin son ve en uç biçimi... Upuzun bir ömrün sonunda gücümüz tükenince ölmeyi ummak ve daha kısa bir yaşam kontratını kendimize uygun görmemek ne boş bir kibir... düşüp boynu kırılmış, gemi kazasında boğulmuş, zatülcenp ya da vebadan ölmüş birini görmek sanki doğaya aykırıymış gibi... genel, sıradan ve evrensel olan doğal ölümü davet etmek zorundayız."[36] Montaigne'in zamanında bu tür insanlar azdı, ama sayıları hızla artacaktı. Cennete gitmeyi uman rahip, ruhun varlığını yadsıyan felsefeci ve sermayesinin ikiye katlandığını görmek isteyen tüccar; üçü de, doğayla uyumlu ölümün yalnızca, onları masalarında otururken teslim alan ölüm olduğu konusunda uzlaşıyordu.[37]

On sekizinci yüzyıl ortalarında, altmış yaşlarındaki çoğu kişinin yaşa özgü yaşam beklentisinin arttığını gösteren bir kanıt yok, ama yeni teknolojinin yaşlı ve zengin kişiye, orta yaşlardaki enerji ve gücünü ileri yaşta da devam ettirme olanağı sağladığından da kuşku yok. El üstünde tutulan kişi, işinin başında kalmıştır; çünkü yaşama ve çalışma koşulları kolaylaşmıştır. Endüstri Devrimi, zayıf, hastalıklı ve yaşlı için iş olanakları yaratmaya başlamıştır. O güne dek ender olan, otururak yapılan işler layık oldukları saygınlığa ulaşmışlardır.[38] Yükselen girişimcilik ruhu ve kapitalizm, sermayesini ve deneyimini arttıracak zamana sahip olan patrondan yanadır. Bu yüzyılda yollar artık gelişmiştir: Gut hastalığı olan bir general artık bir savaşı arabasından yönetebilmekte ve yaşlılıktan eli ayağı tutmaz olan diplomatlar Londra'dan Viyana'ya ya da Moskova'ya yolculuk edebilmektedir. Merkezileşmiş ulus-devletler kâtiplere ve daha geniş bir burjuvaziye olan gereksinimi arttırmıştır. Yaşlılardan oluşan yeni ve ufak sınıfın varlığını sürdürebilme şansı artmıştır: Bunun nedeni onların evde, sokakta ve işteki yaşamlarının daha az fiziksel güç gerektirir hale gelmiş olmasıdır. Yaşlanma, yaşamı kapitalize etmenin

bir tarzı haline gelmiştir. İster tezgâh üzerinde, ister okul sırasında olsun, masa üzerinde geçirilen yıllar piyasadaki kazançla ilgili olmaya başlamıştır. Orta sınıfın çocukları, yetenekli olsalar da olmasalar da, ilk önce okula gönderilirler, böylece yaşlıların işlerinde kalması sağlanır. Emeklilikten kaçınarak "sosyal ölümü" saf dışı bırakan burjuvazi, gençlerini denetim altına almak için "okul çocukluğu"nu yaratmıştır.[39]

Yaşlıların ekonomik statüsündeki yükselmeyle birlikte bedensel işlevlerinin önemi de artmıştır. On altıncı yüzyılda, "genç karı, yaşlı adam için ölümdür" ve on yedinci yüzyılda, "genç kızlarla oynaşan ihtiyar, ölümle dans eder" düsturu ağızdan ağıza dolaşırdı. XIV. Louis zamanında yaşlı zamparalar alay konusuydu; Viyana Kongresi zamanında ise imrenilen tipler olmuşlardı. Oğlunun metresiyle flört ederken ölmek, arzulanan bir sonun simgesi haline gelmişti.

Yaşlıların toplumsal değeri konusunda yeni bir mit oluşturuldu. İlkel avcıların, toplayıcıların ve göçebelerin genellikle öldürdükleri, köylülerin ise arka odaya attıkları[40] ailenin ihtiyarı bu kez edebi bir ideal haline gelmişti. Ona, sırf yaşından ötürü değer veriliyordu. Yaşlıların sarsak bedenlerini işler halde tutmak için gerekli saydıkları ritüellere hevesle katılmaları önce hoş görüldü, sonra da uygun hale geldi. Henüz hiçbir hekim; eczacıların ya da herbalistlerin, berberlerin ya da cerrahların, üniversite eğitimli doktorların ya da gezginci şarlatan doktorların kendilerine mal ettiği yeteneğin ötesinde kalan bu işi üstlenmemişti. Ama bu garip talep, kendine özgü yeni bir tür şifacının doğuşuna yol açtı.[41]

Önceleri yalnızca krallar ve papazlar ölecekleri güne dek birinin denetimi altında yaşamak zorundalardı. Onlar yalnızca uzmanlara danışırlardı: Ortaçağda, Salerno'nun Arapları ya da Rönesans döneminin Padovalı ya da Montpellierlileri. Öte yandan kralların bulundurduğu saray hekimleri, berberlerin sıradan insanlara yaptıklarını yaparlardı: Kanlarını akıtmak, temizlemek ve ayrıca onları zehirlere karşı korumak. Krallar ne başkalarından daha uzun yaşamaya kalkışırlar ne de kişisel hekimlerinden, çöküş yıllarına özel değerler kazandıracak bir şeyler yapmalarını beklerlerdi. Bunun tersine, yeni yaşlılar sınıfı ölümde, sonsuz bir ekonomik değerin sonsuz fiyatını gördüler.[42] Yaşlı muhasebeci ölümü kovacak bir doktor istiyordu;

sona gelindiğinde ise doktoru tarafından "teslim edilmeyi" ve bu durum için ayrılmış bir şişe içindeki son öğününün kendisine sunulmasını diliyordu. "Sürekli bakıma muhtaç" insan rolü böylece yaratıldı ve soylu bir kötürümlükle çağdaş hekimin ekonomik gücünün on sekizinci yüzyıldaki temelleri döşendi.

Daha uzun yaşayabilme, ölmeden emekli olmanın reddedilmesi ve tedavi edilemeyen durumlarda tıbbi yardım talep edilmesi yeni bir hastalık kavramının doğmasına yol açan güçlerle birleşti: Yaşlıların özlem duyabileceği türde bir sağlık. Bu, Fransız Devrimi'nden hemen önceki yıllarda zenginlerin ve güçlülerin sağlığı haline gelmişti; bir kuşak sonra, kronik hastalıklar gençler ve gösterişe düşkün kişiler arasında moda, veremli[43] olma özelliği erken yaşta bilgelik belirtisi ve sıcak ülkelere yolculuk yapma gereksinimi deha sahibi olma iddiası haline geldi. Zamansız ölüme yol açsa da, uzatılmış hastalıkların tıbbi tedavisi bir seçkinlik belirtisi gibi görülür oldu.

Buna karşılık yoksulların rahatsızlıklarını ve hep onları öldüren hastalıkları iyileşmez dertler olarak niteleyen tersine bir hüküm de verilebiliyordu. Doktorların bu hastalara yapabileceği tedavinin hastalığın seyrinde herhangi bir etkisinin olup olmaması hiç önemli değildi; böyle bir tedavinin yapılmaması onların doğal olmayan bir ölüme mahkûm olmuşlukları anlamına gelmeye başladı; bu, yoksulların eğitimsiz ve üretmeyen kişiler olduğu yolundaki burjuva imajına uygun bir fikirdi. Bundan sonra "doğal" bir ölümle ölebilme tek bir sosyal sınıfın hakkı haline geldi: Maddi gücü hasta olarak ölmeye yetenlerin.

Sağlık, vakitli ölümü bekleme ayrıcalığı haline geldi; bu amaç uğruna hangi tıbbi hizmetlerin gerektiği önemli değildi. Ölüm, daha eski bir çağda kum saatini beraberinde getirmişti. Tahta baskı resimlerde kurban ölümü reddettiğinde iskelet de izleyici de gülümserler. Bu kez saati orta sınıflar kapmıştır ve ölüm saatinin ne zaman geleceğini söyleme işini doktora vermişlerdir.[44] Aydınlanma Çağı, doktora, tehlikeli bir hastalığın sonuçlarını değiştirebilecek gücü gerçekten kazanmış olduğunu doğrulama olanağından yoksun olduğu halde, yeni bir güç yüklemiştir.

E. KLİNİK ÖLÜM

Fransız Devrimi ölümün tıplaştırılmasında kısa bir kesintiye yol açtı. Devrimin ideologları, üçlü idealleriyle* kurulmuş bir toplumda zamansız ölümün olmayacağına inanmışlardı. Ama doktorun yeni kazanılmış klinik gözlükleri onun ölüme yeni bir perspektifle bakmasını sağladı. On sekizinci yüzyıl tüccarları iş verdikleri ve para ödedikleri şarlatan doktorların yardımıyla ölüme bakışı belirlemişlerdi; bu kez de klinisyenler toplumun görüşünü değiştirmeye başladılar. Ölümün, Tanrı'nın çağrısı olmaktan çıkıp "doğal" bir olaya ve daha sonra da bir "doğa gücü"ne dönüştüğünü gördük; daha sonraki bir mutasyonla, sağlıklı ve yaşlı olmayanlara geldiğinde ise ölüm, "zamansız" bir olaya dönüşmüştür. Artık ölüm, doktor tarafından belgelenmiş spesifik hastalıkların bir sonucu haline gelmiştir.45

Ölümün silikleşip metaforik bir figüre dönüşmesiyle birlikte yerini öldürücü hastalıklar aldı. Doğanın "ölüm" olarak saygı duyulan genel gücü bir klinik ölüm nedenleri sürüsüne dönüştü. Dünyada artık ölüm dolaşıyordu. On dokuzuncu yüzyıl sonlarında yaşamış doktorların özel kütüphanelerinden kalma birçok kitabın kabında doktor, hastasının yatağının yanında, insan biçiminde resmedilmiş hastalıklarla boğuşurken gösterilir. Doktorların belli hastalıkların sonuçlarını önleyebileceği umudu onların ölümün üzerinde bir güçleri olduğu yolundaki mitin doğmasına neden olmuştur. Mesleğe yüklenen yeni güçler klinisyenin yeni statüsünün doğuşuna yol açmıştır.[46]

Kasaba hekimi klinisyen haline gelirken köy hekimi de önce bir yerde sabitleşmiş, sonra da yerel seçkin tabakanın bir üyesi olmuştur. Köy hekimleri Fransız Devrimi zamanında hâlâ gezginci kişilerdi. Napoléon savaşlarından arta kalan ordu cerrahları engin bir deneyimle evlerine döndüler, ne var ki hepsi de geçim derdine düşmüştü. Savaş meydanlarında pişmiş ordu doktorları Fransa'da, İtalya'da ve Almanya'da ilk kasaba doktorları oldular. Sıradan insanlar onların tekniklerine pek güvenmediler ve kasaba sakinleri onların kaba tarzlarından dolayı şoke oldular, ama bu doktorlar Napoléon savaşlarının emeklileri arasındaki saygınlıkları sayesinde yine de müşteri buldular. Oğullarını kentlerde türeyen yeni tıp okullarına gönderdiler ve

* Özgürlük, eşitlik, kardeşlik. (ç.n.)

bunların geriye dönmesiyle İkinci Dünya Savaşı'na dek değişmeden kalan taşra doktoru tipi yaratıldı. Kendilerine bolca para ödeyebilecek orta sınıflara aile doktorluğu yaparak sürekli bir gelir elde ettiler. Birkaç kent ya da kasaba zengini ünlü klinisyenlerin hastası olmakla prestij kazandı, ama on dokuzuncu yüzyıl başında kasaba doktorları yine de ebeler, diş çeken kişiler, veterinerler, berberler ve bazen amatör hemşireler gibi geçmişin tıp teknisyenlerinin çok daha ciddi bir rekabetiyle karşı karşıya kaldılar. Rollerinin yeni olmasına ve buna hem aşağıdan hem de yukarıdan gelen direnmelere karşın Avrupalı kasaba doktorları yüzyıl ortasında orta sınıfın birer üyesi oldular. Kasaba ağasına hizmet ederek epey para kazandılar, öteki kodamanların aile dostuydular, sevgili hastalarını ara sıra ziyaret ettiler ve komplike vakaları kasaba kliniğindeki meslektaşlarına gönderdiler. "Vakitli" ölümün burjuvazinin yükselen sımf bilincinden kaynaklanması gibi, "klinik" ölüm de bu yeni, bilimsel eğitimli doktorların yükselen mesleki bilinçlerinden kaynaklandı. Bundan böyle, klinik belirtileriyle vakitli bir ölüm orta sınıf doktorlarının ideali haline geldi[47] ve hemen sendikaların hedefleri arasına katılıverdi.

F. SENDİKALAR DOĞAL ÖLÜM İSTİYOR

Klinik eğitimi almış bir doktorun tedavisi altında, sürekli bakıma muhtaç hasta olarak ölmek ilk kez yirminci yüzyılda yurttaşlık hakkı olarak algılandı. Yaşlılıkta tıbbi bakım, sendikaların yaptığı sözleşmelere yazıldı. Müdür koltuğunda tükenerek doğal bir şekilde ortadan kalkma yolundaki kapitalist ayrıcalığı, emeklilik sırasında sağlık hizmeti isteyen proleter talebe yol açtı. Pis bir ihtiyar olarak büroda kalmaya devam etme biçimindeki burjuva umudu, bir emekliler köyünde, sosyal güvenlik altında aktif bir cinsel yaşam düşü tarafından kovuldu. Her klinik durumda ömür boyu tıbbi bakım, doğal bir ölüme ulaşabilmek için tartışılmaz bir talep haline geldi. Ömür boyu kurumsal tıbbi bakım, toplumun, tüm üyelerine vermekle yükümlü olduğu bir hizmet olarak görülür oldu.

"Doğal ölüm" artık yalnızca sözlüklerde görülüyordu. 1909'da basılmış önemli bir Alman ansiklopedisinde bu, karşıtının yardımıyla

betimlenir: "Anormal ölüm doğal ölümün karşıtıdır, çünkü hastalıktan, terör ya da mekanik ve kronik rahatsızlıklardan kaynaklanır!" Saygın bir felsefi kavramlar sözlüğü der ki: "Doğal ölüm daha önce bir hastalık olmaksızın, tanımlanabilir belli bir neden olmaksızın gelir." Toplumsal gelişmeyle iç içe örülü duruma gelmiş, korkunç yanıltıcı ölüm kavramı işte buydu. Klinik ölümde eşitlik isteyen yasal yönden haklı talepler, çalışanların sınıfına burjuva bireyselliğinin çelişkilerini yaydı. Doğal ölüm hakkı endüstriyel çalışmanın belalarından kurtulma, yeni bir özgürlük arayışı ve kendi kendine bakabilme gücü olarak değil de tıbbi hizmetin tüketiminde eşitlik olarak formüle edildi. Sonuç olarak bu sendikalize edilmiş "eşit klinik ölüm" kavramı 1972'de Paris'teki Ulusal Meclis'in ortaya koyduğu idealin tam tersidir: Bu tamamıyla tıplaştırılmış bir idealdir.

Her şeyden önce bu yeni ölüm imgesi toplumsal denetimin yeni düzeylerini desteklemektedir. Toplum her üyesini ölümden korumakla yükümlü hale gelmiştir: Yararlı olsa da olmasa da tedavi bir görev olarak yapılır. Tıbbi tedavi olmaksızın ortaya çıkan kaza sonucu bir ölüm, adli bir vaka olmaya hazırdır. Bir doktorla karşılaşmak, hemen hemen ölümle karşılaşmak kadar acımasız bir hale gelir. Kendisini öldürmeye kalkışıp başarısız olan bir kadın tanıyorum. Omurgasında bir kurşunla, koma halinde hastaneye kaldırılmıştı. Cerrah, insanüstü çabalarla onun ölmesini önledi ve bunu başarılı bir vaka olarak değerlendirdi: Kadın yaşıyor, ama tüm vücudu felç durumda; doktorun, kadın yeniden intihar girişiminde bulunur mu, diye endişelenmesine gerek yok artık.

Yeni ölüm imgemiz endüstriyel ethoslara da denk düşer.[48] İyi ölüm, standart tıbbi hizmet tüketicisinin olmuştur temelli olarak. Tıpkı yüzyılın başında, tüm insanların, aslında birer budala olarak doğan ve üretken yaşama girebilmek için sekiz yıllık okul eğitiminden geçmesi gereken öğrenciler olarak nitelenmesi gibi bugün de insanlar eğer yaşamı iyi bir şekilde yaşamak istiyorlarsa, doğuştan itibaren her türden tedaviye gereksinim duyan birer hasta olarak damgalanmaktadırlar. Zorunlu eğitim tüketiminin çalışmaya yönelik ilgiyi önlemek için bir araç olması gibi tıbbi tüketim de sağlıksız işlerin, kirli kentlerin ve sinirleri harap eden ulaşımın etkilerini yatıştırmanın bir aracı olarak kullanılır olmuştur.[49] Doktorlar yaşam kurtarıcı olarak endüst-

rinin gerektirdiği biçimde donandığına göre, öldürücü bir ortamda yaşamaktan ötürü endişelenmeye ne gerek var!

Son olarak, "zorunlu bakım altında ölüm", ölüm nedenleri hakkında en ilkel yanılgıların yeniden doğmasına yardımcı olmaktadır. Gördüğümüz gibi, ilkel insanlar kendi ölümleriyle ölmezler, kemiklerinde sonluluğu taşımazlar, onlar hâlâ hayvanların öznel ölümsüzlüğüne yakındır. Onlar için ölüm daima doğaüstü bir açıklamayı, suçlanacak birini gerektirir: Bir düşmanın bedduası, bir büyücünün büyüsü, Parcae'nin makasıyla kestiği pamuk ipliği ya da ölüm meleğini gönderen Tanrı. İnsanın aynadaki görüntüsüyle dans eden Avrupalı ölüm, diğerinin isteğinden bağımsız bir etken, erkeklerin ve kadınların kendilerinin karşılaması gereken, doğanın acımasız bir gücü olarak ortaya çıkmıştı. Ölümün her an başa gelebilirliği yaşamın kırılganlığının ve hassaslığının şiddetli ve değişmez bir işaretiydi. Ortaçağın sonuna doğru "doğal" ölümün keşfi Avrupa'da şiir ve dramanın ana kaynaklarından biri haline geldi. Ancak aynı tehlike doğadan gelen dışsal bir tehdit olarak algılandığı anda, mühendisin doğuşu için de büyük bir fırsat oluşturdu. İnşaat mühendisi dünyaya biçim vermeyi öğreniyorsa ve eğitici olmuş pedagog bilgiyi yönetiyorsa biyolog-hekim neden ölümü yönetmesin?[50] Doktorun insanlıkla ölüm arasına girmeye kalkışmasıyla, ölüm, dört yüz yıl önce kazanmış olduğu dolayımsızlığını ve mahremiyetini yitirmiştir. Yüzünü ve biçimini yitiren ölüm, soyluluğunu da yitirmiştir.

Doktor ve ölüm ilişkilerindeki değişim, bu konunun ikonografik yönden ele alınışını izleyerek çok iyi gösterilebilir.[51] *Ölüm Dansı* zamanında hekim ender olarak görünür. Hekimi bulabildiğim tek resimde ölüm, hekime meslektaşı gibi davranmaktadır; bir eliyle yaşlı bir adamı, öteki eliyle bir bardak idrar tutmaktadır ve hekime, teşhisini doğrulayıp doğrulamadığını sorar gibidir. *Ölüm Dansı* çağında, iskelet adam doktoru şakalarının en başta gelen alay konusu yapar. Hâlâ bir miktar kan ve cana sahip olduğu daha erken dönemlerde, ölüm doktordan insanların iç organları hakkında bildiğini sandığı şeyleri onun aynadaki kendi aksinde göstermesini ister. Daha sonra, etsiz bir iskelet haline gelen ölüm, doktorun acizliğiyle alay ederek onu kızdırır, saygınlığına dil uzatır ya da saygınlığını reddeder, tıbbın zararlı olduğunu gösterir ve doktoru kapıp dansa kaldırarak ona

sıradan, herhangi bir ölünlü gibi davranır. Barok ölüm sürekli olarak doktorun etkinliklerine müdahale eder, ürünlerini bir panayırda satarken onunla alay eder, yaptığı konsültasyonlara müdahale eder, ilaç şişelerini kum saatine çevirir ya da tecrithaneye yaptığı bir ziyaret sırasında onun yerini alır. On sekizinci yüzyılda, yeni bir motif belirir: Ölüm, hekimin kötümser teşhisleriyle alay etmekten hoşlanıyor gibidir; hekimin ölüme terk ettiği hastaları bırakır ve hastanın yaşamını sürdürmesini sağlayarak doktoru mezara sürükler. On dokuzuncu yüzyıla dek ölüm, genellikle pratikte inisiyatifi alarak ya doktor ya da hastayla uğraşır. Rakipler hasta yatağının zıt taraflarındadır. Ancak klinik hastalık ve klinik ölüm epeyce geliştikten sonra, resimlerde doktorun inisiyatifi aldığını ve hastasıyla ölümün arasına girdiğini görürüz. Hekimi iskeletle boğuşurken, iskeletin sarıldığı genç bir kadını ondan kurtarırken ve ölümün elinden tırpanı çekip alırken görmek için ise Birinci Dünya Savaşı'na dek beklememiz gerekecektir. 1930'a gelindiğinde, beyaz gömlekli gülümseyen bir adam, korkmuş bir iskeletin üzerine saldırır ve onu Marle'nin *Lexicon of Therapy*'sinin iki cildiyle sinek gibi ezer. Başka resimlerde, doktor bir elini kaldırıp ölüme dur der, öteki eliyle de ölümün ayaklarından kavradığı genç bir kadını kollarından tutar. Max Klinger, hekimi, kanatlı bir canavarın tüylerini keserken gösterir. Başka resimler hekimi, iskeleti hapse atıp kapısını kilitlerken ya da onun kemikli kıçına tekme atarken gösterirler. Artık ölümle hasta değil de doktor boğuşmaktadır. Tıpkı, ilkel kültürlerde olduğu gibi, ölümün kazandığı zaferden ötürü birisi suçlanabilir. Bu kişi bir cadı, ölmüş bir ata ya da Tanrı kılığındaki biri değil, toplumsal güçlerin kılığına girmiş düşmandır.[52] Ölüme karşı savunmanın sosyal güvenlik kapsamında olduğu günümüzde suçlu artık toplumun içinde saklanmaktadır. Suçlu, işçiyi yeterli tıbbi hizmetten yoksun bırakan düşman sınıf, bir gece ziyaretini yapmayı reddeden doktor, ilaç fiyatlarını arttıran çokuluslu şirket, tıp adamları üzerindeki denetimini yitiren kapitalist veya revizyonist hükümet ya da Delhi Üniversitesi'nde eğittiği hekimlerin bir bölümünü Londra'ya akıtan yönetici olabilir. Bir zamanlar kabile şefinin ölümünde geleneksel olan cadı avı şimdi modernleşmiştir. Vaktinden evvel gelen ya da klinik açıdan olmaması gereken her ölüm için, tıbbi müdahaleyi sorumsuzca geciktiren ya da önleyen ölü ya da diri birisi bulunabilir.

Endüstri tarafından biçimlendirilmiş ölüme ait bu tür bir imge devrimci bir biçimde kullanılmasaydı, sosyal yasalarda yirminci yüzyılın ilk yarısındaki ilerlemelerin çoğu imkânsız olurdu. Ne bu yasaların çıkmasına hız kazandırmak için gerekli destek ne de bunların yasalaşmasını sağlamak için gerekli suç duygusu bu sonuçları yaratabilirdi. Gelgelelim eşit türde bir ölüm için tıbbi bakımdan eşitlik isteği, günümüzde sınırsız bir biçimde genişleyen endüstriyel sisteme bağımlılığı destekleyici bir işlev görmüştür.

G. YOĞUN BAKIM ALTINDA ÖLÜM

Toplumsal örgütlenmemizin yapısının kökleri çok derindedir; bu köklerde her türden ölüm belasını doğaüstü güçlere başvurarak kovmanın çok farklı biçimleri vardır ve bunları görmedikçe toplumsal yapımızı anlayamayız. Bizim başlıca kurumlarımız ölümle ilgili güçlere ve sınıflara karşı "insanlık" adına savaş veren dev bir savunma programı oluşturur.[53] Bu, topyekûn bir savaştır. Yalnız tıp değil, sosyal yardım, uluslararası yardım ve kalkınma programları da bu savaşın içindedir. İdeolojik bürokrasilerin hepsi haçlı seferine katılan renklerdir. Devrimler, baskılar, hatta iç savaşlar ve uluslararası savaşlar hastalık ve ölüme yol açan ve buna aldırmayan kötü niyetli diktatörleri ya da kapitalistleri bozguna uğratmak amacıyla haklı bulunur.[54]

Garip bir şekilde, ölüm, tam mega-ölümün sahneye geldiği anda, yenilmesi gereken düşman haline geldi. Yalnızca "gereksiz" ölüm imgesi değil, dünyanın sonu imgesi de yenidir.[55] Ölüm, yani benim dünyamın sonu ve kıyamet, yani dünyanın sonu birbirleriyle çok yakın ilişkilidir; bunların ikisine karşı tavrımızı atomize olma durumu etkiler. Kıyamet yalnızca mitolojik bir varsayım olmaktan çıkmış, gerçek bir olasılığa dönüşmüştür. Armageddon,* Tanrı'nın iradesinin, insanoğlunun suçunun ya da doğa yasalarının sonucu olmak yerine insanın doğrudan kararının olası bir sonucu haline gelmiştir. Hidrojen bombası gibi Kobalt da ölüm üzerinde denetim sağlandığını gösteren bir yanılsama yaratır. Tıplaştırılmış toplumsal ritüeller ölüme karşı kendi kendisiyle çelişen bir savaşla toplumsal denetimin bir yönünü gösterir.

* Kıyamet gününde iyilik ve kötülük orduları arasında çıkacak savaş; mahşer. (ç.n.)

Malinowski,[56] ölümün ilkel insanlar arasındaki bağlılığı ve bu nedenle de tüm grubun geleceğini tehdit ettiğini savunur. Ölüm, bir korku patlamasının ve mantık dışı savunma dışavurumunun tetiğini çeker. Bu doğal olayın toplumsal bir ritüele dönüştürülmesiyle grup dayanışması kurtarılır. Toplumun bir üyesinin ölümü bu nedenle olağanüstü bir tören fırsatı haline gelir. Endüstrinin egemenliği, dayanışmanın en geleneksel bağlarını karmakarışık etmiş, genellikle de koparmıştır. Endüstrileşmiş tıbbın kişiliksiz ritüelleri insanoğlu için yapay bir birlik yaratırlar. Bunlar ekonomik gelişimin hedefi olarak hastanede ölümü göstermekle tüm üyeleri "makbul" bir ölüm modelinde birleştirirler. İnsanlığın, her insanın aynı türde bir ölümle ölmeye kavuşacağı şekilde ilerleme göstermesine dair mit, "mülksüzlerin" çirkin ölümlerini, tıbbi kurumların daha da gelişmesiyle çare bulunması gereken bugünkü gerikalmışlığın sonucuna dönüştürerek, "mal sahiplerinin" suçluluk duygusunu hafifletir.

Tıplaştırılmış[57] ölüm elbette, yüksek endüstri toplumlarında, kırsal özelliği önde gelen uluslardakinden farklı bir işleve sahiptir. Endüstrileşmiş bir toplumda günlük yaşama yönelik tıbbi müdahale sağlık ve ölümle ilgili baskın imgeleri değiştirmez, ancak besler. Kitle içindeki tıplaştırılmış seçkin tabakanın sahip olduğu ölüm imgesine sızar ve onu gelecek kuşaklar için yeniden üretir. Ancak "ölümü engelleme" tüketicilerin, kendilerini hastanede ölüm için dinsel bir şekilde hazırladıkları kültürel ortamın dışında uygulandığı takdirde hastaneye dayalı tıbbın etkinliğini arttırması, kaçınılmaz olarak, emperyalist müdahalenin bir biçimi haline gelir. İnsanlara sosyopolitik bir ölüm imgesi dayatılır ve sağlığın ve ölümün içeriği konusundaki geleneksel vizyonlarından yoksun kalırlar. Kültürlerini tutarlı kılan özimge çözülür ve bu durumda atomize olmuş bireyler artık yüksek derecede "sosyalize" olmuş uluslararası sağlık tüketicisi kitlesine eklenebilir. Tıplaştırılmış ölüm beklentisi zengini sınırsız garantili sigorta ödenekleriyle tavlar, yoksulu ise süslü bir sağlık tuzağına çeker. Burjuva bireyciliğinin çelişkilerini, insanların ölüme karşı olası herhangi gerçekçi bir yaklaşım göstererek ölmeyi beceremmemeleri destekler.[58] Ölümün sağlıkla ilgili öneminden bana Yukarı Volta ile Mali arasındaki sınırı koruyan bir gümrükçü söz etti. Ben ondan Nijer'de insanların birbirleriyle nasıl anlaştığını öğrenmek istiyordum; çünkü

neredeyse her köyde ayrı bir dil konuşuluyordu. Ona göreyse anlaşmanın dille bir ilgisi yoktu: "İnsanlar oğlanların sünnet derisini bizim yaptığımız gibi kestikçe ve bizim gibi öldükçe, biz onları gayet iyi anlarız."

Meksika köylerinden birinde, sosyal güvenlik geldiği zaman olanları gördüm. Bir kuşak boyunca insanlar geleneksel inançlarını sürdürürler; ölüm, ölü ve keder karşısında ne yapacaklarını bilirler.[59] Ancak daha iyisini bildiklerini sanan yeni hemşire ve doktorlar onlara, her birisi bir bedel karşılığı lanetlenecek olan klinik ölümlerin uğursuz Panteon'unu* öğretirler. İnsanların kendi kendilerine bakabilme yeteneğini modernleştirmek yerine hastanede ölüm idealini öven vaazlar verirler. Köylüleri uluslararası tanımlara göre iyi ölümü aramak için bitmek bilmez bir arayışa, onları sonsuza dek birer tüketici haline getirecek bir arayışa iterler.

Endüstri toplumunun diğer büyük ritüelleri gibi tıp da pratikte bir oyun biçimini alır. Hekimin en birinci işlevi bir hakemin işlevidir. O, toplumsal gövdenin görevlisi ya da temsilcisidir ve görevi, herkesin oyunu kurallara göre oynamasını sağlamaktır.[60] Kurallar elbette oyunu terk etmeyi ve hakemin belirlemediği bir tarzda ölmeyi yasaklar. Ölüm, tıp adamının kendi kendini tatmin eden kehaneti dışında artık var olamaz.[61]

Ölümün tıplaştırılmasıyla, sağlık hizmeti, doktrinleri zorunlu okullarda öğretilen ve etik kuralları ortamın bürokratik biçimde yeniden yapılandırılmasında kullanılan monolitik bir dünya dini[62] haline gelmiştir: Seks, kitaptaki bir konuya dönüşmüş ve hijyen uğruna, ortak kaşık kullanmaktan vazgeçilmiştir. Zenginlerin yaşam tarzlarına egemen olan ölüme karşı mücadele, kalkınma örgütleri tarafından, dünyadaki yoksulların uygulamaya zorlandıkları kurallar sistemine dönüşmüştür.

Az önce tanımlamış olduğum ölüm imgesinin ticarileşmesine, ancak yüksek düzeyde endüstrileşmiş toplumlarda gelişen bir kültür yol açabilir. Şimdi artık "doğal ölüm"ün en aşırı biçimi insan organizmasının her tür tedaviyi reddettiği noktadır. İnsanlar,[63] elektro-ansefalogram beyin dalgalarının düzleştiğini gösterdiği anda ölmektedirler: Kalpleri dursa da son nefeslerini verememekte, ölememektedirler.

* Bir ulusun ünlü kişilerinin gönüldüğü bina. (ç.n.)

Toplumca uygun görülen ölüm, insanın yalnızca üretici olarak değil, tüketici olarak da işe yaramaz hale geldiği zamandır. Bu, büyük masraflarla eğitilmiş bir tüketicinin sonunda tam bir kayıp olarak listeden silinmesinin gerektiği andır. Ölmek, tüketici direnişinin son biçimi haline gelmiştir.[64]

Geleneksel olarak, ölümden en iyi korunan kişi, toplumun idama mahkûm ettiği kişidir. Ölüm sırasını bekleyen adamın kravatıyla kendini asması toplumun kendini tehditte hissetmesine yol açar. Onun saptanmış saatten önce kendi yaşamına son vermesi otoriteye karşı bir meydan okumadır. Bugün ise kendi ölümünü hazırlaması olasılığına karşı en iyi korunan kişi kritik durumdaki hastadır. Onun bin bir türlü saygısızlık ve kötürümleştirmeye uğradıktan sonra ne zaman öleceğine tıbbi sisteme göre davranan toplum karar verir.[65] Toplumun tıplaştırılması doğal ölüm devrini sona erdirmiştir. Batılı insan kendi ölüm eyleminde söz sahibi olma hakkını yitirmiştir. Sağlık ya da özerk direnme gücü son nefese varıncaya dek kamulaştırılmıştır. Teknik ölüm, ölen kişiye karşı zafer kazanmıştır.[66] Mekanik ölüm öteki ölümlerin hepsini ele geçirmiş ve yok etmiştir.

IV
Sağlık Politikaları

7. Spesifik Amaçbozuculuk

İatrojenez, endüstrinin toplum üzerindeki yıkıcı egemenliğinin bir cephesinden başka bir şey olmadığı, bugün tüm endüstri kollarında hüküm süren paradoksal amaçbozuculuğun (counter-productivity) bir örneğinden ibaret olduğu anlaşılmadan önlenemez. Ulaşımdaki zaman tüketen hızlanma, sersemleten eğitim, ülkeyi harap eden askeri savunma, yanıltıcı bilgilendirme ya da insanları yerinden eden imar projeleri gibi, patojenik tıp da özerk hareketi felç eden aşırı endüstriyel üretimin sonucudur. Çağdaş endüstrinin bu spesifik amaçbozuculuğu üzerinde odaklanabilmek için onu, yıkıcı aşırı üretimin genellikle karıştırıldığı iki ayrı ekonomik kategoriden, yani azalan marjinal yararlılık ve olumsuz dışsallıktan kesinlikle ayırt etmek gerekir. Amaçbozuculuğu oluşturan bu spesifik engel artan fiyatlardan,

ezici toplumsal maliyetten bu şekilde ayrıştırılmazsa, ister tıp, ister ulaşım, ister medya ya da eğitim olsun, herhangi bir teknik kurumun toplumsal değerlendirilmesi maliyet verimi hesabından öteye gidemeyecek ve bu sektörlerin etkilerinin yararı konusunda radikal bir eleştirinin yakınına bile gelinemeyecektir.

A. MARJİNAL YARARSIZLIKLAR

Dolaysız maliyet, rant giderlerini, emeğe ödenen ücreti, malzeme masrafını ve diğer giderleri gösterir. Kilometre/yolcu taşıma maliyeti birimi, taşıma aracının üretimi ve iş görmesiyle birlikte taşımacılıkta denetimi eline geçirmiş olan kişilerin kârını da içerir: Üretim araçlarının sahibi olan kapitalistlerin el koyduğu kazanç ve o işlemde kullanılan bilgi birikimini tekelinde tutan bürokratların talep ettiği ödenekler. Fiyat, bu tür çeşitli kira bedellerinin toplamıdır; tüketicinin kendi cebinden ya da onun adına, vergilerle desteklenmiş toplumsal bir kurum tarafından ödeniyor olması bir şeyi değiştirmez.

Olumsuz dışsallık, parasal fiyatın içinde olmayan toplumsal maliyetlerdir; benim kat ettiğim her kilometre/yolcu birimi için başkalarına zorla kabul ettirdiğim yükleri, yoksunlukları, dertleri ve zararları gösterir. Arabamın kente verdiği kirlilik, gürültü ve çirkinlik; çarpışma ve pisletme sonucu oluşan zarar; yaktığım oksijen ve saçtığım zehrin tüm çevreyi bozucu etkisi, polis örgütünün maliyetindeki artış ve üstelik yoksulların trafik konusunda uğradığı haksızlıklar; bunların hepsi, her bir kilometre/yolcu birimine eşlik eden olumsuz dışsallıklardır. Bazılarıysa, örneğin, sigorta tarafından ödenen, çarpma sonucu oluşmuş zararlar ticari fiyatları üzerinden hemen içselleştirilebilir. Piyasa fiyatlarıyla gözükmeyen diğer dışsallıklar da aynı şekilde içselleştirilebilir: Egzoz dumanlarının yol açtığı kanserin tedavi masrafları benzinin her litresine eklenebilir ve bu para kanser taramalarını ve cerrahisini ya da kirlenmeye karşı kullanılan aygıtlarla ve gaz maskeleriyle kanseri önleme çalışmalarını finanse etmede kullanılabilir. Ama dışsallıkların çoğu ölçülemez ve içselleştirilemez: Benzin fiyatları petrol stoklarının ve atmosferdeki oksijenin tükenmesini önleyecek derecede yükseltilirse kilometre/yolcu tutarı daha pahalı ve daha

ayrıcalıklı olacaktır; çevresel zarar azaltılacak, fakat sosyal adaletsizlik artacaktır. Endüstriyel üretimin belli bir düzeyin üzerine çıkmasından sonra dışsallıklar artık azaltılamaz, ancak birbiri üzerine kaydırılır.

Amaçbozuculuk, bireysel ya da toplumsal maliyetten farklı bir şeydir; her birim nakit paranın azalan kullanım değerinden ve dış zararın her türünden ayrıdır. Amaçbozuculuk, bir kurumu kullanmak, o kurumun topluma vermek üzere planlandığı şeyleri toplumdan alıp götürmek anlamına geldiği takdirde devreye girer. Bu, toplumun içinde var olan bir tür toplumsal engeldir. Bir mal ya da hizmetin fiyatı, müşterinin, aldığı şey için ne kadar para harcamaya hazır olduğunun ölçüsüdür; dışsallıklar ise toplumun bu tüketime razı olmaya ne kadar katlanabileceğini gösterir; amaçbozuculuk, işlevden kaynaklanan, bilgi sistemleri arasındaki yaygın uyumsuzluğun derecesinin ayarıdır: Ekonomik bir sektörün yapısında var olan ters amaçlı işlevlerin toplumsal bir göstergesidir. Tıp kurumlarımızdaki iatrojenik yoğunluk, aynı şekilde, trafikte zaman tüketen bir hızlanma olarak, iletişimde durgunluk olarak, eğitimde geniş kapsamlı bir yetersizliğe yol açan yetiştirme tarzı olarak, yapılaşmadaki gelişmenin sonucunda evsizlerin artması olarak ve zararlı aşırı beslenme olarak görülen aşırı üretimin acılı bir örneğidir. Spesifik amaçbozuculuk, endüstriyel üretimin, onu üreten ekonomik sektörden dışlanamayacak, beklenmeyen bir yan etkisidir. Temelde bu, teknik hatalardan ya da sınıf sömürüsünden değil, endüstri dışı ya da profesyonellik dışı kullanma değerlerinin gelişimi için gerekli çevresel, toplumsal ve psikolojik koşulların endüstri tarafından yok edilmesinden kaynaklanır. Amaçbozuculuk, kendi kendini yönetmeye yönelik pratik etkinliğin endüstrinin etkisiyle felç edilmesinin sonucudur.

B. METALARA KARŞI KULLANMA DEĞERLERİ

Gerçeğin herkesçe paylaşılan algılanışında endüstrinin yol açtığı bozukluk, bizi yaptığımız işlerdeki ters amaç düzeyine karşı körleştirmiştir. Öğrenimin planlandığı, kentleşmenin standardize edildiği, trafiğin motorize olduğu, iletişimin programlandığı ve insanoğlu tarafından tüketilen besin maddelerinin büyük bir kısmının ilk kez ulus-

lararası pazardan geçtiği bir çağda yaşıyoruz. Böyle yoğun endüstrileşmiş bir toplumda insanlar herhangi bir şeyi yapmaya değil de almaya koşullanmışlardır; kendi yaratacaklarına değil, satın alabileceklerine değer vermek üzere eğitilmişlerdir. Öğrenmeyi, iyileşmeyi ve kendi yolunu bulmayı değil de öğretilmeyi, götürülmeyi, tedavi edilmeyi ya da yol gösterilmeyi isterler. Kişisel fonksiyonlar kişiliksiz kurumlara devredilmiştir. İyileşme, hastanın görevi olmaktan çıkmıştır. Önce beden onarıcısı kişilerin görevi haline gelmiş ve sonra da kişisel bir hizmet olmaktan çıkıp anonim bir kurumun ürününe dönüşmüştür. Bu süreç içinde, sağlık hizmeti sistemi uğruna toplum yeniden düzenlenmiş ve kişinin kendi sağlığıyla ilgilenmesi giderek zorlaşmıştır. Metalar ve hizmetler özgürlük alanını çöp yığınları gibi doldurmuştur.

Okul eğitim üretir, motorlu araçlar ulaşım üretir ve tıp sağlık hizmeti üretir. Bu ürünler, tümüyle meta özellikleri taşırlar. Üretim maliyetleri GSMH'ye eklenebilir ya da ondan çıkarılabilir, kıt olup olmadıkları marjinal değerlere göre ölçülür ve fiyatları parasal eşdeğerliliğe göre belirlenir. Bu ürünler kendi yapılarına göre bir pazar oluşturur. Klinik hizmeti, tıpkı okul eğitimi ve motorlu taşımacılık gibi sermaye-yoğun mal üretiminin bir ürünüdür; üretilen hizmetler başkaları için tasarlanmıştır, başkalarıyla birlikte ya da üreticinin kendisi için değil.

Dünya görüşümüzün endüstrileşmesine bağlı olarak, bu malların her birinin, her insanın özgürce kendi başına ürettiği, pazarlanamayan kullanım değerleriyle rekabet ettiği genellikle gözden kaçar. İnsanlar görerek ve yaparak öğrenir, ayakları üzerinde durur, yürür, iyileşir, sağlıklarıyla ilgilenir ve başkalarının sağlığına katkıda bulunurlar. Bu etkinliklerin, piyasaya direnen bir kullanım değeri vardır. En değerli şeyler olan öğrenim, insan hareketi ve iyileşme GSMH'de görünmez. İnsanlar anadillerini öğrenir, gezinir, çocuklarını üretir ve yetiştirirler; kırılan kemiklerini yeniden kullanılır hale getirirler, yerel diyetler hazırlar ve tüm bunları az çok ustalık ve zevkle yaparlar. Bunların hepsi çoğu kez para için yapılmayacak ve yapılamayacak, ama ortalıkta çok fazla paranın olması durumunda değeri düşürülebilecek değerli etkinliklerdir.

Somut bir toplumsal hedefe ulaşmadaki başarı endüstri üretimine dayanarak, endüstri ürünlerinin miktarıyla ya da bunların dağıtımını ve toplumsal maliyetini gösteren eğrilerle ölçülemez. Bir endüstri sek-

törünün etkisi toplum tarafından yapılan mal üretimiyle buna karşılık gelen kullanma değerlerinin otonom üretimi arasındaki ilişki ile belirlenir. Bir toplumun yüksek düzeyde mobilite, konut ya da besin üretme konusunda ne denli etkili olabileceği, pazarlanan ürünlerle, satılamayan ve kendiliğinden olan etkinliklerin iç içe geçmesine bağlıdır.

Çoğu insanın çoğu gereksinimi evde ya da halk tipi üretimde karşılanıyorsa, beklentilerle zevkler arasındaki arahk dar ve istikrarlı olmaya eğilimlidir. Öğrenme, gezme ya da hasta bakımı, merkezden büyük ölçüde bağımsızlaşmış inisiyatiflerin, otonom enerjinin ve kendini sınırlayabilen bir toplam üretimin sonucudur. Kendi kendine yeten bir ekonominin koşullarında, üretim araçları, tatmin edebilecekleri gereksinimleri belirler. Örneğin, insanlar hasta olduklarında ne bekleyebileceklerini bilirler. Köyde ya da kasabanın yakınında yaşayan bir kişi geçmişte işe yaramış olan tüm ilaçları bilir ve bunun da ötesinde, önceden bilinmeyen mucizeler ülkesi vardır. On dokuzuncu yüzyıl sonlarına dek Batı ülkelerinde bile çoğu aile bilinen tedavilerin birçoğunu uygulayabilirdi. Öğrenim, ulaşım ya da iyileşme çoğunlukla herkesin kendisi tarafından yapılır ve gerekli aletler aile içinde ya da köy ortamında üretilirdi.

Otonom üretim, elbette halkın doğrudan kontrolünün ötesinde tasarlanıp üretilen endüstriyel ürünlerle de desteklenebilir. Otonom etkinlik, bisiklet, baskı makinesi, teyp ya da röntgen aleti gibi sanayi yapımı aletler kullanılarak, hem daha etkili hem de merkezden daha bağımsız kılınabilir; ancak tümüyle endüstriden yana bir toplumun yapacağı düzenlemelerle engellenebilir, değeri düşürülebilir ve bloke edilebilir. Bu durumda, otonom ve heteronom türde üretimler arasındaki birliktelik olumsuz bir biçim alır. Toplumun yönetilen mal üretimine göre düzenlenmesinin sonuçta zararlı olan iki yönü vardır: İnsanlar etkinlik için değil, tüketim için eğitilirler ve aynı zamanda, etkinlik alanları daralır. Alet, işçiyi emeğinden ayırır. Evinden işine mutat olarak bisikletle gidip gelenler dayanılmaz düzeyde bir trafik tarafından yolun dışına itilirler ve kendi rahatsızlığını tedavi etmeye alışmış olanlar bir yıl önce buldukları ilaçların yalnızca reçeteyle satılır, yani bulunamaz hale gelmiş olduğunu görürler. Otonom üretim ve insanların birbirlerine karşılıklı bir şeyler ikram ettiği ilişkiler sönerken, ücretli emek ve müşteri ilişkileri gelişir.

Toplumsal amaçlara etkili bir şekilde ulaşılabilmesi, bu iki temel üretim modelinin birbirini tamamlama ya da engelleme derecesine bağlıdır. Belli bir fiziksel ve toplumsal çevrenin etkili bir şekilde öğrenilmesi ve denetlenmesi halkın formel eğitimine, program dışı bir tarzda öğrenmek için ona verilen fırsatlara ve buna teşvik edilmesine bağlıdır. Etkili bir trafik, halkın, gideceği yere çabuk ve uygun bir şekilde ulaşabilme yeteneğine bağlıdır. Etkili bir hasta bakımı ağrının ve işlevsel bozukluğun katlanılabilir hale getirilmesine ve iyileşmelerin çoğalmasına bağlıdır. Bu gereksinimlerin yararlı bir şekilde karşılanması, endüstri ürünlerinin yapılıp pazarlanmasındaki verimlilikten, diploma sayısından, kilometre/yolcu değerinden, imar birimlerinden ya da yapılan tıbbi müdahalelerden kesinlikle ayırt edilmelidir. Belli bir eşiğin üzerinde, bu ürünlerin hepsine ancak birtakım çareler olarak gerek duyulur; daha önceki endüstri ürünlerinin felç ettiği kişisel etkinliklerin yerini alırlar. Gereksinimlerin yararlı bir şekilde karşılanıp karşılanmadığını değerlendirecek olan toplumsal ölçütler endüstri ürünlerinin üretimini ve pazarlanmasını değerlendirmede kullanılan ekonomik ölçütlerle uyuşmaz.

Ekonomik ölçütler, otonom üretim tarzının başlıca toplumsal amaçlara ulaşmayı sağlayacak toplam yararlılığa yönelik katkılarını dikkate almadıklarından, bu toplam yararlılıktaki bir artışı ya da azalmayı göstermezler. Örneğin, diplomalı kişilerin sayısı genel yeterlilikle ters orantılı olabilir. Teknik ölçüler ise endüstriyel gelişmeden kimlerin yararlanıp kimlerin zarar gördüğünü, kimlerin daha çok kazanan ve daha çok yapan azınlığa ve kimlerin endüstriyel ürünlere ulaşamayıp, üstüne bir de otonom verimini kaybeden çoğunluğun içine girdiğini kesinlikle göstermez. Dengeyi ancak politik kararlar belirler.

C. YOKSULLUĞUN MODERNLEŞTİRİLMESİ

Amaçbozucu kurumlaşmadan zarar gören kişilerin çoğunluğu parasal yönden en yoksul kişiler değildirler. Değerlerin kişiliksizleştirilmesinin tipik kurbanları, endüstrinin zenginleştirdiği kişiler için hazırlanmış ortamlardaki güçsüzlerdir. Güçsüzler arasında kendi toplumlarına göre zengin kişiler de, hayırsever kuruluşların koğuşlarında

kalan kişiler de olabilir. İnsanları aciz duruma düşüren bağımlılık onları modern yoksullar haline getirmiştir. Yoksunluğun bu yeni anlamına çare bulacağını ifade eden politikalar boşuna olmakla kalmayıp zararı da arttırırlar. Otonomiyi koruma yerine daha çok ürün vaat ederek acizleştirici bağımlılığı yüksek bir düzeye çıkarırlar.

Bengal ya da Peru'daki yoksullar ara sıra iş bularak ve arada bir pazar ekonomisine dalarak yaşar giderler; var olanla yetinmenin zaman dışı bir türüyle yaşarlar. Yine de erzağa erişebilirler, kâh iyi beslenip şişmanlar, kâh yiyecek bulamayıp zayıflarlar, birbirlerine bir şeyler ikram ederler, ne yapılışı ne de tasarısı piyasa için olan malları takas eder ya da malla hizmeti birbiriyle değiştirirler. Taşrada, televizyonsuz, geleneksel biçimde yapılmış evlerinde yaşamaktan mutluluk duyarlar. Kasabalara çekildiklerinde ya da kasaba dışına itildiklerinde barakalarını yaparken kullandıkları çöp ve artıklarla eğreti bir ekonomi kurar ve çelik ve petrol sektörünün kıyısındaki gecekondularda yaşamaya başlarlar. Büyük açlıklara maruz kalma tehlikeleri, piyasada satılan yiyeceklere bağımlılıkları oranında büyür.

Homo sapiens, kuşaklarca süren evrimi sırasında, bir bölgedeki toplum nüfusu, paylaşılan ya da sınırlı bir çevre içinde takas edilen kaynakların miktarına uygun düzeyde tutma anlamına gelen çok çeşitli kültür biçimlerini geliştirmede büyük bir yetenek göstermiştir. Yerel toplulukların güçlükleri ortaklaşa yenme yeteneğinin dünya çapında ve homojen bir biçimde azalması emperyalizm ve onun çağdaş varyantları olan endüstriyel gelişim ve sevecenlik fiyakası ile ortaya çıktı.

Azgelişmiş ülkelerin, yerel yararlılık için değil, parasal kârlılık için ve halkın değil, profesyonellerin denetimi için düzenlenmiş yeni üretim araçlarıyla istilası, gelenekleri ve özerk öğrenimi kaçınılmaz olarak niteliksiz kılar ve öğretmenlerin, doktorların ve sosyal çalışma uzmanlarının tedavisine gereksinim yaratır. Yollar ve radyo, bir yandan ulaştıkları insanların yaşamlarını endüstriyel standartlara göre biçimlendirirken, bir yandan da bu insanların el sanatlarını, barınma ya da tedavi yöntemlerini bir kenara iterler. Radyo ve yollar bu kenara itme işini, yerlerini aldıkları becerileri etkisiz hale getirmelerinden bile daha hızlı bir biçimde yaparlar. Aztek masajı, demode olduğuna inanarak artık onu yaptırmak istemeyen çok kişiye rahatlık

verir. Halk arasında yaygın aile yatağı, üzerinde yatan kişiler onun rahat olmadığını fark etmeden önce onlar tarafından hor görülür. Kalkınma planları nerede işe yaramışsa, genellikle kerpiç ve varil sektörünün umulmadık esnekliği sayesinde başarılı olmuştur. İnsanların marjinal topraklarda ve arka bahçelerinde besin maddesi üretme yeteneğine sahip olması ve bu işi yapmayı sürdürmesi Ukrayna'dan Venezüella'ya dek verimlilik kampanyalarını kurtarmıştır. Hastalara, yaşlılara ve delilere hemşire ya da muhafız olmaksızın bakabilme yeteneği, sembolik zenginleşmenin yol açtığı belli başlı zararların artışına karşı, çoğunluk için tampon görevi yapmıştır. Piyasaya oldukça bağlı hale gelerek zayıflamış bile olsa kendi kendine geçinme sektöründeki yoksulluk, otonomiyi yok etmez. İnsanlar yine işlek caddelerde çömelip oturmaya, meslek tekellerini eleştirmeye ya da bürokratlara engel çıkarmaya devam ederler.

Kişisel gereksinimlerin algılanması profesyonel teşhisin bir sonucu olunca, bağımlılık da acılı bir acizliğe dönüşür. ABD'deki yaşlılar bu konuda yine bir örnek oluşturabilir. Bu kişiler hiçbir göreceli ayrıcalığın karşılayamayacağı, acil gereksinimler içinde yaşamayı öğrendiler. Onların zayıflıklarını takviye etmek için ne denli çok vergi fonu ayrıldıysa, çöküşlerinin farkına varmaları o ölçüde şiddetli oldu. Öte yandan, onlara otonomi kazandıracak toplumsal düzenlemelerin pratikte yok olmasıyla birlikte kendi kendilerine bakabilme yetenekleri de yok oldu. Yaşlılar, hizmetlerin aşırı uzmanlaşmasının getirdiği özelleşmiş bir yoksulluğa örnek oluşturmaktadırlar. ABD'deki yaşlılar, bedeli yüksek bir mahrumiyetin neden olduğu acıların aşırı bir örneğidir. Yaşlılığın hastalıkla özdeş bir şey olduğunu öğrenen yaşlılar çoğunlukla yararsız, alçaltıcı ve acılı, bitmek bilmez tedavilere harcanmak üzere, sınırsız ekonomik gereksinimler yarattılar ve çoğu kez, özel bir ortamda inzivaya çekilmeyi ister oldular.

Zenginlerin el üstünde tutulan emeklilik gettolarında endüstri tarafından modernleştirilmiş yoksulluğun beş yönü karikatürize edilmiş bir biçimde görülür: Az sayıda insanın gençken ölmesine yol açan kronik hastalıklar artar; sağlık için alınan önlemler ve uygulanan yöntemlerden zarar görenlerin oranı artar; tıbbi servisler, talebin yayılma ve aciliyet kazanma hızından daha az bir hızla gelişir; insanlar çevrelerinde ve kültürde, acıları dindirecek yardımı giderek daha az bulurlar

ve bunun sonucunda, daha çok gereksiz nedenlerle tıbbi hizmetlere bağlanmaya zorlanırlar; yetersizlikleri ve acılarıyla birlikte yaşama yeteneğini yitirirler ve her türlü rahatsızlıklarının giderilmesinde, uzman personele muhtaç duruma gelirler. Sağlık hizmeti endüstrisindeki aşırı genişlemenin birikmiş sonuçları, insanların, bedenlerinden kaynaklanan sorunları çözebilme ve bedenlerindeki ya da çevrelerindeki değişimlerin çaresini bulabilme gücünü yok etmiştir.

Tıptaki aşırı genişlemenin zararlı gücü, hijyenin, aşılamanın ve vektör* kontrolünün, herkese ulaşan sağlık eğitiminin, sağlıklı bir mimarinin ve güvenli makinelerin, ilkyardım bilgi ve becerisini yaygınlaştırmanın, diş tedavisinden ve temel tıbbi tedaviden herkesin eşit olarak yararlanabilme olanağının, bunun yanı sıra akıllıca seçilmiş karma servislerin, kendi kendini tedaviyi ve otonomiyi destekleyen tümüyle modern bir kültürle uyuşmayacağını elbette göstermez. Bireylerle çevre arasındaki ilişkiye yönelik mühendisçe müdahaleler, bireyin etkinlik özgürlüğünün genişliğine göre belli bir yoğunluğun üstüne çıkmadığı sürece, organizmanın zorluklarla mücadele edebilme ve kendi geleceğini yaratabilme yeteneğini arttırabilir. Ama bu müdahaleler belli bir düzeyin üzerine çıkarsa, yaşamın heteronom yönetimi, kaçınılmaz olarak, organizmanın hiç de yersiz olmayan tepkilerini önce sınırlayacak, sonra sakatlayacak ve sonunda felç edecektir. Bu da, sağlık hizmeti üretiminin, sağlığın yadsınmasının spesifik bir biçimine dönüşmesi demektir.[1]

* Hastalık taşıyıcı. (ç.n.)

8. Politik Karşı Önlemler

Bundan on beş yıl önce, tıbbın bizzat kendisinin sağlık için bir tehlike olduğu yolunda bir iddiayı duymak olanaksızdı. 1960'ların başlarında, Britanya Ulusal Sağlık Hizmetleri, özellikle Amerikan reformcuları arasında hâlâ dünya çapında bir saygınlığa sahipti.[1] Albert Beveridge tarafından kurulmuş olan bu kurum, tedavinin adaletli olarak dağıtıldığı her toplumda morbiditenin er geç azalacağı ve çok sınırlı bir miktarda kalacağı inancının temelleri üzerine oturtulmuştu.[2] Yani Beveridge, uygulanan tedavi sayesinde hastalık oranı azaldıkça, sağlık hizmetlerine yapılan yıllık harcamaların miktarının düşeceğini hesaplıyordu.[3] Sağlık planlamacıları ve refah ekonomistleri, kuruma ait bu yeni sağlık tanımının tıbbi hizmet alanını büyüteceğini ve bunun sınırsız büyümesinin ancak bütçedeki kısıtlamalar-

la önlenebileceğini asla tahmin edemezlerdi. Ancak çok geçmeden, bölgesel bir taramada, bin kişiden ancak altmış yedisinin tam sağlıklı bulunacağını ve yüzde 50'sinin bir doktora sevk edileceğini, bir başka araştırmada ise taranan her altı kişiden birinin, birle dokuz adet arasında değişen ciddi hastalıklardan mustarip diye niteleneceğini kimse tahmin edemezdi.[4] Sağlık planlamacıları, kendi kendine bakım yeteneğinin altı ne denli oyulursa, yaşamın olağan gerçeklerine dayanma eşiğinin o denli aşağı ineceğini ve parasız muayene için doktorlara gelenlerin dörtte birini tedavi edilmeyecek basit soğuk algınlığı vakalarının oluşturacağını bilemezlerdi. 1943 ile 1951 arasında, kendisine soru yöneltilen kişilerin yüzde 75'i son bir aydır hasta olduklarını iddia etmişlerdi.[5] 1972'de yapılan bir araştırmada, incelenen kişilerin yüzde 95'i sorunun sorulduğu günden önceki on dört gün boyunca kendilerini rahatsız hissettiklerini söylemişlerdi. Ancak yüzde 5'inin kendisinde hiçbir hastalık belirtisi görmediğini söylediği başka bir araştırmada ise katılanların yüzde 9'u son iki haftada altıdan fazla hastalık çektiğini iddia etmiştir.[6] Hepsinden öte, sağlık planlamacıları, tıbbın en azından kısmen etkili olduğu bu sürecin endemik hale getireceği yeni hastalıklar için hemen hiçbir hazırlık yapmamışlardı.[7] Gereksiz ve yararsız kanser cerrahisinin kurbanlarının çektiği dayanılmaz ağrıları dindirmek için özel hastanelerin[8] ya da tıbbın yol açtığı hastalıklardan etkilenenler için ilave yatakların gerekeceğini tahmin etmemişlerdi.[9]

Altmışlı yıllar, Üçüncü Dünya'ya barış gönüllüleri, kalkınma birliği, Orta Afrika'ya Israeli yardımı ve tıp misyonerliği heveslerinin son saman alevleri biçiminde bir iyimserlik ihracı için çokuluslu bir konsorsiyumun doğuşuna ve çöküşüne tanık oldu. Batılıların, kendi tıplarının endüstrileşmemiş tropikal ülkelerin hastahklarını tedavi edebileceğine dair inançları o zamanlar doruğundaydı. Uluslararası işbirliği, tropikal hastalıkların kökünün kazınmasının başlangıcı diye reklam edilen; sivrisineklere, mikroplara ve parazitlere karşı, sonuçta pirusvari* bir zafer kazandı yalnızca.[10] Uyku hastalığının, bilharziasisin** ve hatta sıtmanın yayılması ve şiddetlenmesinde ekonomik ve teknolojik gelişmenin rol oynadığından henüz şüphe edilmiyordu.[11]

* Çok büyük kayıplarla elde edilen zafer. (ç.n.)
** Kanda bulunan bir tür asalağın neden olduğu bir hastalık. (ç.n.)

Ufukta dünyanın açlık tehlikesini ve yeni salgınları görenlere kıyamet peygamberleri[12] ya da romantikler[13] gözüyle bakılıyordu; Yeşil Devrim hâlâ, daha sağlıklı ve daha adaletli bir dünyanın başlangıcı olarak düşünülüyordu.[14] İki ayrı biçimiyle malnutrisyonun,* o güne dek modern insana yönelmiş en büyük tehdit haline geleceği inanılmaz görünüyordu.[15] Ne yoksul ülkelerdeki yüksek kalorili yetersiz beslenme[16] ne de zengin ülkelerdeki aşırı beslenmenin epidemik hastalıkların ana nedeni olarak niteleneceği tahmin edilmişti.[17] ABD'de açılan yeni pencereler birbiriyle yarışan bürokratik projeler tarafından henüz kapanmamıştı.[18] Sağlığın düzeltilmesi için umutlar hâlâ, belli bazı hastalıkları ortadan kaldıracak kuruluşlardan herkesin eşitçe yararlanması konusuna odaklanmıştı. İatrojenez hâlâ paranoyaklara özgü bir konuydu.

Ancak 1975 yılında bunların çoğu değişti.[19] Bir kuşak önce, anaokulundaki çocuklar doktorun resmini beyaz gömlekli bir baba tipi olarak yaparlardı.[20] Oysa bugün çizseler çizseler onu Merih'ten gelmiş biri ya da bir Frankenstein olarak çizerler.[21] Açığa çıkan rezaletler tıpla ilgili planları ve doktorlara vergilerden ödenen paraları kemirmektedir. Hastalar arasında yeni bir tedbirlilik eğilimi tıp ve ilaç şirketlerinin halkla ilişkiler konusundaki harcamalarını üç katına çıkarmalarına yol açmıştır.[22] Ralph Nader, sağlık ürünü tüketicilerini fiyat ve kalite konusunda bilinçlendirdi. Çevre hareketi, sağlığın çevreye –yiyeceklere, çalışma ve barınma koşullarına– bağlı olduğu bilincini yarattı ve Amerikalılar pestisidlerin,[23] kimyasal katkı maddelerinin,[24] mantar zehirlerinin[25] ve çevrenin bozulmasından kaynaklanan, sağlıkla ilgili başka çeşit tehlikelerin kendilerini tehdit ettiği düşüncesini kabul etmeye başladılar. Kadın özgürlük hareketi, dikkatleri, insanların kendi bedenleri üzerindeki denetimlerinin sağlık konusundaki önemine çekti.[26] Birkaç gecekondu komünü temel sağlık hizmeti sorumluluğunu yüklendi ve üyelerini yabancılara bağımlılık alışkanlığından kurtarmaya çalıştı. Bedensel algılamaların,[27] dilin,[28] kavramların,[29] sağlık hizmetinden yararlanma olgusunun,[30] çocuk ölüm oranının[31] ve fiili, spesifik bir biçimde kronik morbiditenin[32] sınıfsal yapısı ayrıntılı bir şekilde belgelendi ve hekimlerin sınıfsal kökenleri[33] ve önyargıları[34] anlaşılmaya başlandı. Bu arada Dünya Sağlık

* Kötü beslenme. (ç.n.)

Örgütü (DSÖ), kurumlarının çoğunu şoke eden bir sonuca doğru gitmektedir: Son yayınlarından birinde WHO (DSÖ), ülkelerin ulusal sağlık düzeylerini yükseltmenin en önemli adımı olarak temel sağlık hizmetinin profesyonellikten arındırılmasını savunmaktadır.[35] Doktorların kendileri de meslektaşlarının yaptıklarına kuşkuyla bakmaya başlamıştır.[36] New England'daki hekimlere hastalarının diğer doktorların tedavisinden nasıl bir yarar sağladığı sorulduğunda çoğu hoşnutsuzluğunu dile getirmiştir. Kullanılan değerlendirme yöntemine bağlı olarak, yüzde 1. 4 ile yüzde 63 arasında hasta yeterli hizmeti aldığına inanmaktadır.[37] Hastalara, doktorları tarafından, daha önceki tedaviden zarar gördükleri ve şu anda önerilen tedavinin, daha önceki tedavinin etkisini gidermek için gerekli olduğu artık daha sık söylenmektedir. Daha önce verilen ilaç bazı vakalarda yaşam kurtarıcı bir amaçla, ama daha çok kiloyu düzenlemek, hipertansiyonu normale indirmek, gribi yahut sivrisinek ısırığını tedavi etmek ya da yalnızca, hastanın doktora görünmesinin iki tarafı da tatmin etmesi amacıyla verilmiştir.[38] 1973'te, ABD Sağlık, Eğitim ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın artık emekli olmuş eski bir yöneticisi, yönetiminden geçen fonların yüzde 80'inin sağlığa gözle görülür bir yarar sağlamadığını ve geri kalanın çoğunun da iatrojenik zararları telafi etmeye harcandığını söyleyebilmiştir. Ondan sonra gelen yönetici kamunun güvenini ayakta tutmak istiyorsa, bu bilgiyi dikkate almak zorunda kalacaktır.

Gittikçe artan sayıda örgüt ve hareket reform istiyor ve hastalar bunları dinlemeye başlıyor. Saldırılar beş ana eleştiri kategorisine dayanmakta ve beş reform kategorisine yönelmektedir: (1) Tedavi malzemelerinin ve hizmetlerinin üretimi yalnızca kendine hizmet eder duruma gelmiştir. Tüketici lobileri ve hastane yönetim kurullarındaki tüketici denetçileri, doktorları verdikleri hizmeti düzeltmeye zorlamalıdır. (2) Tedavi malzemelerinin ve hizmetlerden yararlanma olanağının dağıtımı adaletsiz ve keyfidir; ya hastanın parasına ve mevkiine ya da örneğin, malnutrisyondan çok kalp hastalığına dikkat göstermeyi yeğleyen sosyal ve tıbbi önyargılara bağlıdır. Sağlık üretimi millileştirilerek kliniklerin gizli önyargıları denetlenmelidir. (3) Uzmanlara profesyonel lisans verilmesi hastalık kavramının gittikçe daha dar ve uzmanlara özgü hale gelmesine

destek olmakta; tıp meslek birliği örgütleri yetersizliği ve ayrıcalıkları korumakta ve devamını sağlamaktadır. Doktorlara paranın kişi başına ödenmesi ve kurumsal lisans yöntemleri birlikte uygulanarak, doktorların üzerinde hastaların yararına bir denetim sağlanmalıdır. (4) Tek bir tür tıbbın egemenliği, toplumu, birbiriyle rekabet eden farklı görüşlerin sağlayabileceği yararlardan yoksun bırakmaktadır. Neşteri ve zehirleri dengelemek ve tamamlamak için, alfa dalgalarına, karşı gruplara ve masajla tedaviye daha çok kamu desteği sağlanmalıdır. (5) Bugünkü tıbbın motorunu besleyen ana neden, hasta ya da sağlıklı bireylerdir. Nüfus ve çevre mühendisliğine daha çok kaynak aktarılarak sağlığa ayrılan paraların daha uzun süre yeterli olması sağlanmalıdır.

Çare olarak önerilen bu politikalar aşırı tıplaştırmanın yarattığı toplumsal maliyeti bir dereceye kadar denetim altına alabilir. Tüketiciler birleşerek, ödedikleri paraya karşı daha çok şey alacak güce sahip olabilir; sosyal yardım bürokrasisi adaletsizlikleri azaltacak bir güç edinebilir; lisans verme ve para ödeme yöntemlerindeki değişimler halkı yalnızca profesyonel olmayan şarlatan hekimlere karşı değil, bazı durumlarda, profesyonel suiistimallere karşı da koruyabilir; insan yedek parçaları üretiminden endüstriyel tehlikelerin azaltılmasına aktarılacak para, dolar başına daha çok "sağlık" satın alacaktır. Ancak tüm bu politikalar dikkatli bir biçimde nitelikli hale getirilmedikçe, tıp tarafından yaratılan dışsallıkları, tıbbın paradoksal amaçbozuculuğunu ve sağlık üzerindeki olumsuz etkisini daha da arttırmak pahasına azaltacaktır. Bunların tümü, daha çok tıplaştırmayı teşvik edecektir. Hepsi de, sürekli olarak, tıp hizmetlerinin geliştirilmesini ve iyileştirilmesini, kendi kendini tedavi için gerekli olanakların, rekabeti ve güveni arttıracak ve eşit kılacak faktörlerin üzerine koymaktadır: İnsanların yaşama ve ölme konusundaki sivil haklarını yadsımakta, bunun yerine bir profesyonel tarafından gözetilecek, eskiye göre daha seçkin toplumsal kazanımlar vaat etmektedir.

Aşağıdaki beş bölümde bu olası karşı önlemlerden bazılarını ele alacağım ve göreli yararlarını inceleyeceğim.

A. TÜKETİCİNİN BAĞIMLILIĞA KARŞI KORUNMASI

İnsanlar, tıp endüstrisine bağımlılıklarının farkına vardıklarında, bu bağımlılıktan kurtulma umutlarının olmadığına inanma eğilimi içine girerler. Doktorsuz, hastalıklı bir yaşamdan korkmaları, bir otomobil ya da otobüs olmaksızın bir yerden bir yere gidemeyeceklerini zannetmelerine benzer. Bu ruh haliyle, tüketicilerin korunması için örgütlenmeye ve tıp üreticilerinin tahakkümünü kontrol altına alacak politikacılarda teselli aramaya hazırdırlar.[40] Böylesi bir kendini koruma gereksinimi apaçık, ima edilen tehlikeler ise muğlaktır. Tüketiciyi savunan kişiler için acı bir gerçek de ne fiyat kontrolünün ne de kalite denetiminin, tıbbın bugünkü tıbbi standartlara uygun bir şekilde sağlığa hizmet edeceğini garantileyebileceği olgusudur.

General Motors'u iyi bir araba üretmeye zorlamak için birleşen tüketiciler, kaputun altına bakıp temizleyici egzoz sisteminin maliyetini tahmin için ölçütler oluşturacak kadar bu işten anlamaya başladılar. Ne var ki, daha iyi bir sağlık hizmeti için birleştiklerinde –yanılarak– bağırsakları ve böbrekleri için ne yapmaları gerektiği hakkında yeterli bilgi ve görgüye sahip olmadıklarına inanıyorlar ve tıpkı birer kör gibi hemen her tür tedavi için kendilerini doktora emanet ediyorlar. Farklı kültürlerdeki pratiklerin karşılaştırılması bu konuda yol gösterici herhangi bir bilgi sağlamaz. Vitamin yazmak Britanya'da, İsveç'e göre yedi kat daha yaygındır, gamma globulin tedavisi ise İsveç'te İngiltere'ye göre sekiz kat daha yaygındır. Amerikan doktorları, Britanyalılara göre ortalama iki kat daha fazla ameliyat yapar, Fransız cerrahları neredeyse hastanın boynuna kadar ne varsa, kesip çıkarır. Hastanede ortalama kalma süresi başa gelen belaya değil, hekime bağlıdır: Peptik ülserler için altı gün ile yirmi altı gün arasında, miyokard enfarktı için ise on günle otuz gün arasında. Bir Fransız hastanesinde ortalama kalma süresi ABD'deki hastanelere göre iki kat daha uzundur. Almanya'da yapılan "appendectomy"ler* ve teşhis konmuş apandisitten dolayı ölümler başka ülkelere göre üç kat daha fazladır.[41]

Titmuss,[42] tıbbi hizmetin özellikle kişisel doktor-hasta ilişkisinden ibaret olduğu günlerdeki özelliğini yitirmekte olduğu bir za-

* Apandisit ameliyatı. (ç.n.)

manda, tıpta fiyat-yararlılık hesaplamasının zorluklarını özetlemiştir. Tıbbi hizmet belirsiz ve beklenmediktir; tüketicilerin çoğu onu arzulamaz, ona gereksinimi olduğunu bilmez ve gelecekte ne kadar paraya mal olacağını tahmin edemez. Bunu deneyerek öğrenme olanakları yoktur. Hizmeti veren kişi iyi hizmet ettiğini söylüyorsa inanmak zorundadır ve bu hizmeti satıcıya geri veremez ya da onarımını yaptıramaz. Tıbbi hizmetler öteki dallar gibi reklam yapmazlar ve bu hizmeti üretenler karşılaştırmadan korkar. Tüketici, tedaviyi bir kez satın aldı mı tedavinin ortasında fikrini değiştiremez. Tıp hizmeti üreticisi, neyin hastalık oluşturduğunu saptayarak, tüketicisini seçme ve bazı ürünlerini tüketiciyi zorlayarak, hatta gerekirse polis müdahalesiyle pazarlama gücüne sahiptir: Bu hizmetin üreticileri, sakatlar için zorunlu tecrit ve akli dengesizliği olanlar için akıl hastaneleri de satarlar. Mesleğin kötü uygulanmasından ötürü açılan davalar tıp dışı kişilerin, bu konuların birçoğundaki güçsüzlük duygularını yatıştırmıştır,[43] ama temelde bunlar hastanın bilgili bir tıbbi görüşün uygun gördüğü tedavide ısrar etme kararını pekiştirmiştir. Konuyu daha da karışık hale getiren şey ise tıp hizmetinin "normal" bir tüketicisinin olmamasıdır. Sağlık hizmetinin para ve ağrı olarak neye mal olacağını kimse bilemez. Ayrıca, sağlığın korunmasında en avantajlı yöntemin bir tıbbi hizmet üreticisinin yardımını istemek mi, bir seyahat acentesine başvurmak mı yoksa gece vardiyasında çalışmaktan vazgeçmek mi olduğunu da kimse bilmez. Manhattan'da bir apartman dairesine taşınmak için otomobilden vazgeçen bir aile, benzin masrafı yerine kira ödemenin kendilerine kalan zamanlarını ne yönde etkileyeceğini önceden bilebilir; ama kanser teşhisi konduktan sonra Bahamalar'da bir âlem yapmayı değil de ameliyat olmayı seçen kişi, bu seçiminin, yaşam vadesinden geriye kalan süre üzerindeki etkisini bilemez. Sağlık ekonomisi, Luther'den önce ortaya çıkmış olan, pişmanlıkla günahların affolunması ile ilgili teolojiyi anımsatan garip bir disiplindir. Rahiplerin topladıklarını hesap edebilirsiniz, yaptıkları ibadet yerlerine bakabilirsiniz, sürekli içinde oldukları dua ve ilahilerin söylendiği toplantılara katılabilirsiniz, ama ölümden sonra ruhunuzun araftan çıkıp hangi yöne doğru gideceğini ancak tahmin edebilirsiniz. Vergi verenlerin yükselen tıbbi faturaları ödemedeki gönüllülüğünü açıklamak için geliştirilmiş modeller,

dünya çapındaki yeni tıp kilisesi hakkında buna benzer skolastik bir tahmin oluşturur. Bir örnek verelim: Sağlığa, "sağlıklı zaman" denen bir ürünün üretiminde kullanılan dayanıklı bir sermaye birikimi olarak bakmak olanaklıdır.[44] Bireylere, tıbbi hizmet kazanımlarıyla ya da iyi beslenme ve barınma koşulları gibi sağlık sermayesine yapılan yatırımlarla artabilecek bir başlangıç stoku miras kalır. "Sağlıklı zaman", iki nedenle, talep gören bir şeydir. Bir tüketici malı olarak doğrudan bireyin yararlılık işlevine girer; bu sayede, insanlar genelde hasta değil, sağlıklı olurlar. Ama öte yandan "sağlıklı zaman", bir yatırım malı olarak piyasaya da çıkar. "Sağlıklı zaman" bu işleviyle bireyin çalışırken ve oyun oynarken, kazanırken ve dinlenirken harcayacağı zaman miktarını belirler. Yani, bireyin "sağlıklı zamanı"na, bir üretici olarak toplumdaki değerinin kesin bir göstergesi olarak bakılabilir.[45]

"Sağlık" üretiminin parasal değeriyle ilgili politikalar ve teoriler birbiriyle çatışan akademik hizipleri, gerçekçilik ve adcılığın ortaçağ ilahiyatçılarını böldüğü kadar kesin bir şekilde bölmüştür.[46] Ancak tüketiciyi ilgilendiren noktaya geldiklerinde, her Meksikalı duvarcının bildiği şeyi dolambaçlı yollardan anlatmaya başlayıverirler: Çalışacak kadar sağlıklıysa, çocuklarına fasulye ve tortilla* götürebilir ya da arkadaşlarıyla bir tekila içebilir.[47] Doktorun faturasıyla sağlık arasında nedensel bir ilişki olduğuna inanmak –ki buna modernleştirilmiş boş inanç da denebilir– tıp ekonomistinin temel varsayımıdır.[48]

Hekimlerin uğraşı olan özel etkinliklerin ekonomik değerini meşrulaştırmak için farklı sistemler kullanılmıştır. Sosyalist uluslar tüm sağlık hizmetini finanse etmeyi üstlenmişler ve neyin gerekli olduğunu, nasıl yapılması gerektiğini, kimin yapabileceğini, neye mal olacağını, onu kimin alacağını belirlemeyi tıp mesleğine bırakmışlardır. İnsan sermayesine yapılan böylesi bir yatırımın yatırım-verim hesabı, örneğin Rusların kaynak tahsisatını başka yerlere göre daha fütursuz bir biçimde belirlediklerini gösterir.[49] Çoğu sosyal devlet kendi sağlık hizmeti pazarının örgütlenmesine yasalar ve teşviklerle müdahale etmiş; yalnızca ABD, serbest piyasaya sunulan hangi ürünlerin devlet tarafından "iyi hizmet" olarak görüleceğini üretici komitelerinin belirlediği, ulusal parlamento tarafından onaylanmış bir

* Meksika pizzası. (ç.n.)

program yürürlüğe koymuştur. 1973'ün sonunda, Başkan Nixon, 1970'ten beri büyüklük bakımından askeri endüstri kompleksinden sonra ikinci sırada gelen sağlık hizmeti endüstrisinin vergilerle desteklenen sektörü Medicare ve Medicaid kuruluşları için (Mesleki Standartları Denetleme Örgütü tarafından yapılacak) zorunlu fiyat ve kalite kontrolünü koyan 92-603 sayılı kamu yasasını imzaladı. Böylece hastanelerin gereğinden fazla kullanıldığına dair kanıtlar ya da dolandırıcılık ve yetersiz tedavi kanıtları arayan hükümet denetçilerine dosyalarını göstermeyi reddeden hekimlere sert parasal yaptırımlar dayatıldı. Yasa, tıp meslek birliğinin uzun bir, sağlığı bozucu etkenler, hastalıklar ve sağlık durumları listesinin teşhis ve tedavisi için ana ilkeleri oluşturmasını gerektirmekte; tüketiciyi koruma yasasıyla, sağlık üretiminin tıplaştırılması için dünyanın en pahalı programını zorunlu hale getirmektedir.[50] Yeni yasa bir mal için, onu üreten endüstrinin koyduğu standartları garantilemektedir. Ancak dağıtımının, halkın sağlığını olumlu mu yoksa olumsuz mu etkileyeceğini sormamaktadır.

Tıbbi sağlık hizmeti üzerinde rasyonel bir siyasi denetim kurma girişimleri önemli ölçüde başarısızlığa uğramıştır. Bunun nedeni, bugün adına "tıp" denen ürünün, yeni kimyasal maddeler, cihazlar, binalar ve uzmanlardan oluşan ve müşterilere dağıtılan paketinin yapısından kaynaklanmaktadır. Paketin boyutunu müşteriler ya da onların politik temsilcileri değil, satıcı belirlemektedir. Hasta, –bedeni– onarılacak bir nesneye indirgenmiştir; iyileşmesine yardım edilecek kişi değildir artık. Onarım işlemine katılmasına izin verildiğinde ise onarıcılar hiyerarşisinde en düşük düzeyde bir çırak yerine geçer.[51] Ona hemşire gözetimi olmaksızın tek bir hap alacak kadar bile güvenilmez.

Kurumsal sağlık hizmetinin, ister tedavi edici ister koruyucu olsun, belli bir noktanın ötesinde daha fazla sağlık "kazanımıyla" ilgisinin kalmadığı savı suiistimal edilebilir ve doktorkolik olmuş müşteriler başka bir hizmetin hegemonyasındaki müşterilere dönüştürülebilir: Bakımevlerinin, sosyal hizmet uzmanlarının, meslek seçimi danışmanlarının, okulların hegemonyası altındaki insanlara.[52] Yetersiz tıp hizmetine karşı bir tüketici savunması olarak başlayan hareket, önce tıbbı sürekli bir talep güvencesiyle, sonra da tıp hizmetlerinin bazı-

larını öteki endüstri dallarına yönelik bir yetkiyle donatacaktır: Besin, yatak, turizm ve eğitim üreticilerine yönelik. Böylece tüketiciyi koruma hareketi bir anda bağımsız insanları ne pahasına olursa olsun müşterilere dönüştüren bir haçlı seferine döner.

Tüketiciyi koruma hareketi, müşterinin daha çok hizmet talep etme ve alma dürtüsünün yanlışlığını ortaya sererek gaflet uykusundan uyanmadığı sürece alan ve satan arasındaki hileli oyunu desteklemeye yarar. Tıbbın sağlık için sınırlanmasını amaçlayan herhangi bir politik hareket de ancak taktik içeren ve geçici bir rol oynayabilir. Tüketiciyi koruma hareketi, tıbbın günümüzde tıbbi dergilerde politik bir dille örtülmüş yararsızlığı hakkında bilgi de aktarabilir; ama asıl önemli katkıyı, yalnızca sivil özgürlükleri savunma birlikleri oluşturarak ve fiyat ya da kalite kontrolünün ötesinde, herhangi bir şeyi almak ya da bırakmak konusunda insanlara dayatılmamış, saf özgürlüğü elde etmeye yönelerek yapabilir. Her türden bağımlılık hemen otonom bir karşılıklı bakım, sorunlarla başa çıkabilme, uyum sağlayabilme ve iyileşebilme yönündeki gidişin önünde bir engele ve daha da kötüsü, insanların işlerinde ve evlerinde kendilerini hasta eden koşulları değiştirmelerini önlemede kullanılan bir araca dönmektedir. Tıp endüstrisinin üretimi üzerindeki denetimin sağlığa kavuşmada işe yaraması için tıbbın sunduğu şeylerde yalnızca bir teknik düzeltimden çok, toplam üretimde büyükçe bir indirimi sağlayabilmesi gerekir.

B. İŞKENCEDEN EŞİT YARARLANMA

Sağlığa ilişkin en yaygın ve bilinen politik konu, sağlık hizmetinden yararlanma olanağının eşit olmadığı, zenginin yoksula, nüfuzlunun güçsüze tercih edildiği savıdır.[53] Teknik seçkin tabakanın üyelerine sunulan tıbbi hizmetin düzeyi bir ülkeden diğerine, örneğin İsveç'ten Çekoslovakya'ya, Endonezya'dan Senegal'e önemli bir değişiklik göstermezken, farklı ülkelerdeki sıradan yurttaşa sunulan hizmetin değeri bire bin oranından da fazla bir değişiklik gösterir.[54] Birçok yoksul ülkede, sosyal bir azınlığın çoğunluktan daha fazla sağlık hizmeti alabiliyor olması, bunların zengin olmalarından çok,

subayların ya da bürokratların çocuğu olmalarına ya da büyük bir hastanenin yakınında oturuyor olmalarına bağlıdır. Zengin ülkelerde farklı azınlıkların üyeleri –kişi başına düşen para açısından– paylarına düşenden ister istemez daha azını aldıkları için değil,[55] aslında gereksinim duymaya alıştırıldıklarından azını aldıkları için mağdur durumdadırlar. Gecekondu sakini gerek duyduğunda doktora ulaşamaz; daha da kötüsü, yaşlılar eğer yoksullarsa ya da bir "eve" kapatılmışlarsa, doktordan kaçıp kurtulamazlar. Bu ve buna benzer nedenlerle siyasi partiler sağlık talebini herkesin tıbbi olanaklardan eşit şekilde yararlanabilmesi talebine dönüştürür.[56] Tıp sisteminin ürettiklerini genel olarak sorgulamazlar, ayrıcalıklar için üretilen her şeyin seçmenlerinin de hakkı olduğunda diretirler.[57]

Yoksul ülkelerdeki yoksul çoğunluğun, tıp hizmetinden zenginlerden daha az yararlandığı açıktır:[58] Azınlığın yararlandığı hizmetler sağlık bütçesinin çoğunu tüketmekte ve çoğunluğu her türlü hizmetten yoksun bırakmaktadır. Küba hariç tüm Latin Amerika'da, nüfusun en yoksulu olan beşte birindeki her kırk çocuktan ancak bir tanesi beş yıllık zorunlu eğitimi bitirebilmektedir;[59] ciddi bir hastalığı olan yoksulların hastanede tedavi olma umudu için de aynı oran geçerlidir. Venezüella'da bir günlük hastane masrafı ortalama gelirin on katıdır; Bolivya'da ise ortalama gelirin yaklaşık kırk katıdır.[60] Latin Amerika'nın her yerinde, içlerinde üniversite mezunlarının, sendika liderlerinin, siyasi parti yöneticilerinin ve gerek parayla gerek salt ilişkileriyle hizmetlerden yararlanan ailelerin üyelerinin bulunduğu zenginler, toplam nüfusun yüzde 3'ünü oluşturur. Bu azınlık genellikle kendi seçtikleri doktorlardan pahalı hizmetleri alır. Hekimlerin, hastalarıyla aynı sınıftan gelen çoğunluğu, devlet olanaklarıyla uluslararası standartlara göre eğitilmiştir.[61]

Hastane hizmetinden yararlanmadaki eşitsizlik bir yana, tıbbi hizmete ulaşabilme her zaman kişisel gelirle bağlantılı değildir. Meksika'da sosyal güvenlik sisteminin, kişisel hasta bakımıyla ileri teknolojiyi birleştirebilme rekorunu elinde tutan özel bölümü, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado'dan (ISSSTE) yararlanabilenlerin toplamı nüfusa oranı yaklaşık yüzde 3'tür. Bu şanslı grup devlet görevlilerinden oluşur ve ister bakan ister odacı olsun, bu insanlar tedavi olanaklarından gerçekten

eşit şekilde yararlanırlar. Yüksek nitelikli hizmete güvenebilirler; çünkü onlar bir demonstrasyon modelinin birer parçasıdırlar. Buna uygun olarak, gazeteler Meksika'nın uzak bir köyündeki öğretmene, Meksika cerrahisinin Chicago'daki benzerleri kadar iyi finanse edildiğini ve kendisini ameliyat edecek cerrahların Houston'daki meslektaşlarının standartlarında olduğunu bildirir. Yüksek düzey yöneticiler hastaneye yattıklarında, belki yaşamlarında ilk kez bir hastane odasını bir işçiyle paylaşmaktan ötürü rahatsız olabilirler, ama amire de odacıya da aynı olanakları sağlayan uluslarının yüksek düzeyli sosyalizmiyle de gurur duyarlar. Her iki tür hasta da aynı düzeyde ayrıcalıklı sömürgenler olduklarını görmezden gelirler. Nüfusun yüzde 3'üne harcanan yatak, donanım, yönetim ve teknik hizmetin masrafı tüm ülkenin kamu sağlık hizmeti bütçesinin üçte birini götürür. Yoksul ülkelerdeki tüm yoksullara aynı kalitede bir tıp hizmetinden eşit şekilde yararlanma olanağının sağlanabilmesi için, sağlık mesleğinin bugünkü eğitiminin ve etkinliğinin çoğunu durdurmak gerekir. Oysa halkın tümü için yararlı temel sağlık hizmeti herkesin satın alabileceği kadar ucuzdur; yeter ki kimse özel bir tedavi için öne sürülen toplumsal ekonomik, tıbbi ya da kişisel nedenlerle bunun daha fazlasını almasın. Yoksul ülkelerde öncelik, eşitliğe ve yararlı temel öğelerle sınırlı tıbbi hizmete verilirse halkın tümü modern sağlık hizmetinin tıptan arındırılmasına katılma ve kendi kendine bakabilme yeteneğini ve güvenini geliştirme cesaretini bulacak, böylece ülkelerini sosyal iatrojenik hastalıklardan koruyacaklardır.

Zengin ülkelerde sağlık ekonomisi biraz daha farklıdır.[62] İlk bakışta, yoksullarla ilgili endişeler toplam sağlık harcamalarında bir artış gerektiriyormuş gibi görünür.[63] Ancak ne kadar çok insan hizmet kuruluşlarının bakımına bağımlı hale gelirse, adaleti, bu hizmeti bulabilmede eşitlik ve eşit yarar olarak nitelemek o denli zorlaşır.[64] Zenginin ve yoksulun eğitimi için aynı miktarda para sağlanırsa adalet gerçekleşir mi? Ya da aynı sonuçlara varabilmeleri için onlar adına daha çok para ve zaman harcanması gerektiği halde yoksulların yine de "eğitim" almaları mı gerekir? Yoksa eğitim sisteminin adaletli olması için, yoksulların akademik merdivende yarıştıkları zenginlerden daha fazla rezil olmamalarını ve gururlarının daha fazla incinmemesini mi

garantilemesi gerekir? Yoksa öğrenimde adalet ancak tüm yurttaşların aynı öğrenim ortamını paylaşmasıyla mı sağlanır? Eğitim konusunda hâlâ sürmekte olan, adaletin kurumsal hizmetten yararlanmada eşitliğe karşı savaşı bu şimdi tıp alanında da ortaya çıkmaktadır.[65] Ancak eğitimin tersine, elde var olan kanıtlarla sağlık konusunda kolayca bir karara varılabilir. ABD nüfusunun en yoksul kesimi için bile sağlık hizmetinde yapılan kişi başına harcama, böyle bir hizmetin iatrojenik hale geleceği sınırın çoktan aşılmış olduğunu göstermektedir. Zengin ülkelerde yoksullara verilecek hizmetin toplam bütçesi, kendi kendine bakımı destekleyecek şekilde kullanıldığı takdirde gereğinden çok fazla gelir. Şu andaki hizmetten daha az yararlananların daha çok yararlanmasını sağlamak, ancak profesyonel aldatmacaların ve eziyetin dağılımını eşit kılar.

Sağlığın iki yönü vardır: Özgürlük ve haklar. Sağlık, her şeyden önce, bireyin kendi biyolojik durumunu ve yakın çevresinin koşullarını denetleyeceği otonomi alanını gösterir. Bu açıdan sağlık, yaşanan özgürlüğün düzeyiyle aynı şeydir. Aslında, sadece örgütlü siyasi çabaların sağlayabileceği çevresel koşullara bağlı olan, özgürlük olarak sağlığın adaletli dağılımı yasalarla güvence altına alınmalıdır. Ne denli eşit dağıtılsa da belli bir yoğunluk düzeyini aşan sağlık hizmeti aynı zamanda özgürlük demek olan sağlığı engeller. Bu temel düşünceyle, sağlık hizmeti, özgürlüklerin iyi düzenlenmesi meselesidir. Bu kavramın taşıdığı anlam, belirli bazı şeyleri yapabilmenin başkasına devredilmez özgürlüğünü yeğleyen bir durumdur ve bu noktada sivil serbestliğin sivil haklardan ayırt edilmesi gerekir. Devletçe sınırlanmaksızın hareket edebilme serbestliği, insanların bazı mal ya da hizmetleri satın alabilecek eşit güce sahip olmaları konusunda devletin yasalarla güvence altına alabileceği sivil haklardan daha geniş kapsamlıdır.

Sivil özgürlükler normalde başkalarını, benim isteklerimi gerçekleştirmeye zorlamaz: Devlete göre, herkes görüşünü özgürce ifade edebilir, ama bu, herhangi bir gazeteye o görüşü basma konusunda bir sorumluluk yüklemez. Bir kişi kendi tapınma biçiminde şarap içme gereksinimi duyabilir, ama hiçbir cami, duvarları arasında böyle bir şeyin yapılmasını hoş karşılamak zorunda değildir. Öte yandan, özgürlüklerin garantörü olarak devlet, yokluğunda üyele-

rinin özgürlüklerini kullanamayacakları eşit hakları koruyan yasalar koyabilir. Serbestlikler özgürlüğü oluştururken, bu tür haklar da eşitliğe anlamını kazandırır. Konuşma, öğrenme ya da iyileşme özgürlüğünü yok etmenin güvenli bir yolu, bu özgürlükleri, sivil hakları yurttaşlık görevlerine dönüştürerek sınırlamaktır. Kendi kendini eğitmiş bir kişinin özgürlükleri aşırı eğitimli bir toplumda nasıl budanırsa, aşırı tıplaştırma da iyileşme özgürlüğünü aynen o şekilde budar. Ekonominin herhangi bir sektörü, eşitliğin daha değerli düzeyleri uğruna özgürlüklerin yok edileceği duruma dek genişleyebilir.

Burada bizi ilgilendiren şey, tıbbi etkinliklerin yönetim, tahsisat ve örgütlenmesini siyasal ve yasal yollarla denetim altına alarak sosyal iatrojenik tıbbın etkilerini gidermeye çalışan hareketlerdir. Fakat tıbbın kamusal bir kurum olmasına bağlı olarak, iki tür sınırlamaya öncelik verilmediği sürece hiçbir reform işe yaramaz. Bunların ilki, her bireyin talep edebileceği kurumsal tedavinin miktarıyla ilgilidir: Hiç kimse başkalarını daha az maliyetli bir bakım fırsatından yoksun bırakacak bir tıp hizmetinden faydalanmamalıdır. Özellikle de, başkaları aynı kamusal kaynaklardan yararlanmak için bu kişinin talebiyle kıyaslanabilir derecede acil talepler gösteriyorsa ve bu talepler sadece kendi düşüncelerine göre değil, bir uzmanın düşüncelerine göre de haklı taleplerse. Bunun tersine, hiçbir hizmet, bireyin istememesine karşın kendisine zorla dayatılmamalıdır: Sağlık adına, kimse kendi rızası olmaksızın alıkonulmamalı, hapsedilmemeli ya da ona başka türlü bir rahatsızlık verilmemelidir. İkinci türdeki sınırlar tıp kurumunun geneliyle ilgilidir. Burada, özgürlük olarak sağlık ideali, sağlık üretiminin otonom ve heteronom tarzları arasındaki işbirliğini en büyük boyutlara ulaştıracak şekilde, sağlık hizmetinin toplam ürününü subiatrojenik sınırların altında tutmalıdır. Demokratik toplumlarda bu sınırlar herhalde adalet –yani eşit yararlanma– olmaksızın korunamaz. Bu nedenle, adalet politikası büyük olasılıkla yararlı bir sağlık programının temel öğesidir. Bunun tersine, adalet ideali, toplam üretimin sınırlanmasıyla birleştirilmez ve kurumsal tıbbi hizmetin yayılmasına karşı dengeleyici bir güç olarak kullanılmazsa hiçbir işe yaramaz.[66]

C. MESLEK MAFYASI ÜZERİNDE HALK DENETİMİ

Sağlıksız tıbba dair politik çözümlerin üçüncü kategorisi doğrudan, doktorların işlerini nasıl yaptığı konusuna odaklanır. Tıp dışı kişilerin tıp örgütü üzerindeki denetimini amaçlayan bu girişim, tüketici savunuculuğu ve yararlanmada eşitliği sağlayan yasalar geçici bir taktik olmaktan çıkarılıp genel bir stratejiye dönüştürülseler bile kaçınılmaz olarak sağlığı yadsıyan bir etki yapar.

İki yüz ayrı türden işte istihdam edilen dört buçuk milyon erkek ve kadın, ABD'de tıpça uygun görülen sağlık hizmetlerinin üretim ve dağıtımında çalışmaktadır. (Bunların yalnızca yüzde 8'i hekimdir; kira, personel gideri ve malzeme masrafı çıkarıldıktan sonra kalan net gelirleri toplam sağlık harcamasının yüzde 15'ine karşılık gelir ve 1973'te ortalama yıllık gelirleri 50.000 dolardır.[67]) Bu rakam, özel bir üniversite eğitimi görmüş olabilen ve çalışması için lisans gereken, ancak eczacılar, optik teknikerleri, laboratuvar teknisyenleri ve benzeri öteki doktor-altı personelin aksine aynı prestiji taşıyan bir sağlık üretimi yapmayan osteopatları,* chiropraktörleri** kapsamaz.[68]

Ayrıca, postayla sipariş alan herbalistler ve masörlerden yoga öğretmenlerine[69] kadar, konvansiyonel olmayan sağlık hizmeti sunan binlerce kişi de kuruma dahil edilmez ve dolayısıyla istatistiklerin dışında kalır.

Resmi kurumla az ya da çok bütünleşmiş, yetki talep eden birçokları içinden yaklaşık otuz kategori, ABD'de lisans sahibidir.[70] Lisans gerektiren tıbbi meslek türünün on dörtten az olduğu eyalet yoktur.[71] Bu lisanslar formel bir eğitim programının tamamlanmasının ardından ve bazen de başarılı bir sınavın belgesi olarak verilir; ender olarak da yetenek ve deneyim, mesleğin bağımsızca uygulanmasına başlangıç için gerekli önkoşulu oluşturur.[72] Ustaca ve başarılı çalışma hiçbir yerde mesleğin devamı için gerekli bir koşul değildir. Lisansın yenilenmesi, genellikle ücretin ödenmesine bağlı olarak otomatiktir; elli eyaletten yalnızca on beşi, yetersizlik durumunda hekimin lisansının tartışılabileceğini kabul etmiştir.[73] Uzmanlık iddiaları dallanıp budaklandıkça, Amerikan Tıp Birliği tarafından resmen tanınan uz-

* İlaç kullanmadan, ancak kemikleri ve kasları yoklayıp düzelterek tedavi yapan kişi. (ç.n.)
** Masajla tedavi yapan kişi. (ç.n.)

manlık dalları boyuna artarak son on beş yılda iki katına çıkmıştır: Mesleğini icra eden Amerikan hekimlerinin yarısı, altmış kategoriden birinde uzmandır ve bu oranın 1980'e gelinmeden yüzde 55'i bulması beklenmektedir.[74] Bu alanların her birinde, uzman hemşireleriyle, teknisyenleriyle, dergileriyle, kongreleriyle ve bazen de örgütlenip kamu kaynaklarından daha çok para ayrılması için baskı yapan hasta gruplarıyla birer tımar beyliği oluşmuştur.[75] Bir hastanın birçok uzman tarafından eşgüdümlü olarak yapılan tedavisinin masrafı, eklenen her uzmanla birlikte katlanarak artmaktadır; aynı şekilde hata riski ve farklı tedavilerin beklenmedik bir kombinasyonundan kaynaklanan zarar olasılığı da. Hasta ilişkilerinin hacmi büyüyüp de toplam nüfus içindeki elemanlar yetersiz hale geldikçe tıbbi bilgi, sigorta ve hastaları savunma gibi iş ve uğraşlar kontrolsüz bir şekilde çoğalmaktadır. Ama elbette, hekimler bu tımar sahiplerinin üzerinde egemenliklerini kurarlar ve bu sahte mesleklerin yapacakları işleri belirlerler. Kendilerine bir miktar otonomi tanınması sonucu, bu uzmanlaşmış tıbbi hizmetkâr, teşrifatçı, uşak ve silahtar grupları kendi işlerini ne denli iyi yaptıklarını değerlendirebilecek bir yetki de kazanırlar. Kendi gerçeklik görüşüne uygun düşen özel kriterlere göre kendi kendini değerlendirebilme hakkını kazanan her yeni uzman, yaptığı işin hastaların sağlığına gerçek katkısının toplum genelinde değerlendirilmesini önleyecek yeni bir engel oluşturur. Örgütlü tıp, pratikte, iyileşebilir olanı tedavi etme ve umutsuzu teselli etme sanatı olmaktan çıkmış, amacı kurtuluş olan garip bir papazlığa dönüşmüş ve kendine has bir yasa haline gelmiştir. Tıbbi çalışmalar üzerinde halkın denetimini vaat eden politikalar, bu amacı gerçekleştirmek için bir endüstriyi değil, bir kiliseyi denetlemeleri gerektiği gerçeğini göremiyorlar.

Bugün sağlık endüstrisini, kendisine daha az, sağlığa daha çok hizmet eder duruma getirmek için bir sürü somut strateji tartışılmakta ve önerilmektedir: Hizmet dağıtımının merkezilikten kurtarılması; evrensel kamu sigortası; uzmanların grup çalışması; hasta bakımı yerine sağlığı koruma programı; yapılan tıp hizmetine göre ödenen para yerine hasta başına sabit miktarda yıllık ücret (kapitasyon); sağlıkla ilgili insan gücün kullanımında bugünkü kısıtlamaların kaldırılması; hastane sisteminin daha rasyonel bir biçimde düzenlenmesi ve kullanımı; bireylere lisans verilmesi yerine standartları uygulayacak ku-

rumlara lisans verilmesi ve profesyonel tıp gücünü dengelemek ya da desteklemek için hasta kooperatiflerinin örgütlenmesi.

Bu önerilerin her biri tıbbın etkisini elbette düzeltecektir, ama toplumun etkin sağlık koruma yöntemlerinin daha da verimsizleşmesi pahasına. Personelin aşağıdan yukarıya doğru hareketliliği ve sorumluluğun yukarıdan aşağıya doğru verilmesiyle verimliliği arttırmak, sağlık hizmeti endüstrisinin entegrasyonunu toplumsal kutuplaşmalarla birlikte daha da pekiştirmekten başka bir işe yaramaz.

Orta düzeyde profesyonellerin eğitimi daha pahalı hale gelirken, alt düzeylerdeki hastabakıcı personel kıtlaşmaktadır. Düşük ücret, kişiye hizmet ve temizlik gibi işlerin giderek hor görülmesi, kronik hastalarda artış (ve bunun sonucu olarak bakımının daha yorucu hale gelmesi), rahibelerin ve gönüllülerin dinsel motivasyonunun kaybolması ve kadınlar için başka alanlarda yeni iş fırsatlarının çıkması, tüm bunlar personel bunalımını arttırmaktadır. Alt düzey hastane personelinin yaklaşık üçte ikisi İngiltere'de denizaşırı ülkelerden, genellikle eski sömürgelerden; Almanya'da Türkiye ve Yugoslavya'dan; Fransa'da Kuzey Afrika'dan; ABD'de ırksal azınlıklardan gelmektedir. Alt düzeylerde yeni rütbelerin, titrlerin, eğitim programlarının, rollerin ve uzmanlıkların yaratılması, yararı kuşku götüren bir önlemdir. Hastane yalnızca, bir yüksek teknoloji toplumunun emek ekonomisini yansıtır: En üstte uluslararası uzmanlık, ortada bürokrasi ve en altta ise göçmenlerden ve profesyonelleştirilmiş yanaşmalardan oluşmuş yeni bir alt proletarya.[76]

Mesleğin çevresindeki uzmanların artışı, teşhisçinin, kendisinden yardım isteyen kişi için yapacaklarını daha da azaltırken, genel hekimin yardımcılarının çoğalması, elinde belgesi olmayan kişilerin birbirleri ve kendileri için yapabilecekleri şeyleri azaltmaktadır.[77] Kurumsal lisans[78] elbette daha yararlı bir personel dağılımı, daha rasyonel bir sağlık personeli karışımı ve daha büyük bir gelişim fırsatı sağlayacaktır: Diş tedavisi, kemik kırıklarının bağlanması ve bebek doğumu gibi tıbbi ürünlerin dağılımını büyük ölçüde düzeltecektir kuşkusuz. Ancak tüm sağlık hizmeti için bir model haline geldiği takdirde bunun tıbbi bir Ma Bell[79] yaratmaktan farkı kalmayacaktır. Tıp dışı kişilerin büyüyen tıbbi teknokrasi üzerinde denetimi, hastaların profesyonelleştirilmesinden başka bir şey değildir: Tıbbın gücünü ve

nocebo etkisini arttırır. Halk, hasta rolünün verilmesi konusunda, profesyonel tekele boyun eğdiği sürece hastaları arttıran gizli hiyerarşileri denetim altına alamaz.[80] Tıbbi papazlar, ancak neyin hastalık olduğu, kimin hasta olduğu ve ona ne yapılması gerektiğine karar vermedeki tekellerinin yasalarla kısıtlanması ve kırılması durumunda denetim altına alınabilirler.[81]

İatrojenez konusunda yanlış yönde yapılacak suçlamalar, sağlık hizmetini halkın denetlemesinin önündeki en ciddi siyasi engeldir. Doktor düşmanlığını radikal bir fiyaka haline getirmek sağlık bilincinin ateşlediği bir bunalımı etkisiz hale getirmenin en güvenli yoludur. Hekimler herkesin dikkatini çeken bir günah keçisi haline gelirse, ahmak hasta, tedavi olma konusundaki açgözlülüğünden ötürü suçlanmaktan kurtulur. Krizden eğitim sorumlu tutulduğunda, okullara karşı düşmanlık kurumsal yatırımları kurtarmıştı. Aynı strateji şimdi tıp sistemini de kurtarabilir ve özünde neyse öyle kalmasını sağlayabilir.

Okullar 1970'lerde birdenbire, kutsal inekler gibi statülerini yitiriverdiler. Sputnik'in, ırksal çatışmaların ve yeni ufukların zorladığı okul balonu askeri olmayan tüm bütçeyi aşacak biçimde şişti ve sonunda patladı. Okul sisteminin gizli eğitim programı kısa bir süre açıkta kaldı. Yayılmasının belli bir aşamasından sonra okul sisteminin bir "beceriyle hükmedenler" sınıfını yeniden üretmesi ve insanları, dereceli, yaşa özgü, rekabet içeren ve zorunlu ritüellerle eğitilerek ulaştıkları çok özelleşmiş sersemliklerinin düzeyine göre düzgün bir şekilde sıraya sokması artık herkesçe bilinir olmuştur. Pahalı bir düşün boşa çıkması pek çok insanın, ne miktarda olursa olsun, zorunlu öğrenimin gençleri endüstriyel hiyerarşiye adil bir şekilde hazırlayamayacağını ve çocukların insanlık dışı bir sosyoekonomik sisteme etkin bir şekilde hazırlanması için tüm yapılanların onların kişiliklerine karşı sistematik bir saldırı olduğunu anlamasına yol açtı. Gerçeğin yeni yüzü bu noktada sermaye-yoğun üretim sistemine ve onu destekleyen inançlara karşı radikal bir isyana dönüşebilirdi. Ama halk, kibirlerinden dolayı pedagogları suçlamak yerine onlara istedikleri yetkileri bağışladı. Üzgün öğretmenler, yararlı bir eğitimin önündeki engeller olarak nitelenen meslektaşlarını, yöntemlerini, okulun organizasyonunu ve kurumun finans tarzını eleştirmeye koyuldular.

Okul düşmanlığı, liberal öğretmenlerin yeni bir tür yetişkin eğitimcisine dönüşmelerini sağladı. Okul düşmanlığı öğretmenlerin maaş ve prestijini yalnızca kurtarmakla kalmadı –geçici bir süre– arttırdı da. Krizden önce öğretmenlerin pedagojik tecavüzü, ancak belli sayıda özneyi içine alan okul binasındaki ders saatleri süresince saldırıya açık olan, on altı yaşın altındaki grupla sınırlıydı; oysa yeni bilgi taciri şimdi tüm dünyanın kendi sınıfı olduğunu düşünmektedir. Resmi eğitim programının uygulayıcısı öğretmen yalnızca, bu programı kendi kendine öğrenmeye cesaret eden, öğrenci olmayan kişileri eğitim dışı bırakabilirdi; oysa yaşam boyu süren ve hep yinelenen "eğitim" ya da "politizasyon"dan sorumlu yeni yönetici, kendisinin onaylamadığı her türlü davranış biçimini toplumun gözünden düşürmeye cesaret edebilir. Altmışlı yılların okul düşmanlığı kolaylıkla, gelmekte olan tıp savaşının biçimini belirleyebilirdi. Bir haçlı fiyakasına sahip bazı hekimler[82] şimdilerde, dünyanın kendi sınıflarından ibaret olduğunu ilan eden öğretmenlerin yolunu izleyerek, tıp düşmanlarının arabasına atlıyorlar ve kamuoyunun tedavi edici tıbba karşı öfkesini, dünyayı kendi koğuşları gibi denetleyecek olan yeni bir seçkin bilimsel gardiyanlar sınıfı talebine kanalize ediyorlar.[83]

D. YAŞAMIN BİLİMSEL ORGANİZASYONU

Uygulamalı bir bilim olarak tıbba olan inanç, iatrojeneze karşı sağlık mesleğinin sorumsuz gücünü –ve dolayısıyla, vereceği zararı– kaçınılmaz bir şekilde arttıran, dördüncü türde bir karşı önlemdir. Tıp araştırmalarında ve toplumsal organizasyonlarda bilimsel standartların yükseltilmesinden yana olanlar patojenik tıbbın topluma salıverilmiş çok sayıda kötü doktordan kaynaklandığını savunurlar. Bunlara göre, daha dikkatle elenmiş, daha iyi eğitilmiş, meslektaşları tarafından daha sıkı bir şekilde denetlenen ve kime ne yapılacağı konusuna daha çok hâkim, daha az sayıdaki karar sahibi kişi, şu anda tıp bilim adamlarının elindeki güçlü olanakların halkın yararına kullanılmasını sağlayabilir.[84] Böylesi bir bilim putperestliğine yakalanmış görüş, sanki tıp öteki bilimlerden farksız bir bilimmiş gibi yapılan

araştırmaların, hastalar otonom kişiler değil de spesifik vakalarmış gibi yapılan teşhisin ve hijyen mühendislerince uygulanan tedavinin, bugün sağlığın yaygın bir şekilde yadsınmasında birleşen üç yaklaşım olduğu gerçeğini gözden kaçırır.

Tıp, bilim olarak tam sınırda durur. Bilimsel yöntem, modeller üzerinde yapılan deneylere gereksinim duyar. Ama tıp, modeller üzerinde değil, öznelerin kendilerinin üzerindeki deneylerden ibarettir. Tıp bize, iyileşme, acı çekme ve ölümün anlamını, kimyasal analizin çömlekçiliğin estetik değerini anlatmasından daha etkili bir biçimde anlatmaz.[85]

Tıp, uygulamalı bilim olma yolunda ilerlerken gelenekleri, deneyimi, öğrenme ve sezgiyi kullanan zanaatkârlarla birleşme hedefine ulaşma çabasını büyük ölçüde bıraktı ve bilimsel ilkeleri dinsel kurallar, teknolojistleri ise kilise memurları gibi kullanarak papazlar için ayrılmış bir rol oynamaya başladı.[86] Tıp, şimdi artık, iyileşebilecek kişileri iyileştirmenin ampirik sanatından çok insanoğlunu hastalıkların saldırısından, sakatlıkların prangasından ve hatta ölüm gereksiniminden kurtarmanın rasyonel yollarıyla ilgilidir.[87] Zanaattan bilime dönüşle birlikte hekim kitlesi, pratik bir sanatın ustasını gerçekten hasta insanların yararı için yönlendirmek üzere oluşturulmuş kuralları uygulayan zanaatkârlar loncasının özelliklerini de yitirmiştir; bilimsel ilkeleri ve yöntemleri tıbbi vakaların tüm kategorilerine uygulayan bürokratik yöneticilerin ortodoks bir aygıtı haline gelmiştir. Başka bir deyişle, klinik artık bir laboratuvara dönüşmüştür. Modern hekim iyileşmekte olan kişinin insanca performansını ve kendi sosyal grubuyla bütünlüğünü dikkate almaksızın, önceden bilinen sonuçlara sahip çıkarak şarlatan hekimin geleneksel konumuna bürünmüştür.

Bireysel hekim, tıp mesleğinin bir üyesi olarak, bilimsel ekibin ayrılmaz bir parçasıdır. Deney, bilimin yöntemidir ve hekimin tuttuğu kayıtlar –hoşlansa da hoşlanmasa da– bilim kurumunun verilerinin bir bölümüdür. Her tedavi, başarı olasılığı istatistiksel olarak bilinen bir deneyin bir kez daha yinelenmesidir. Bilimin gerçek bir uygulamasını oluşturan her operasyonda olduğu gibi, hatanın bir tür cehaletten kaynaklandığı söylenir: Özel deneysel durumda geçerli olan yasalar hakkındaki bilginin yetersizliği; deneyi yapan kişide yöntemin

ve ilkelerin uygulanması için gerekli kişisel yeterliliğin bulunmaması ya da deneyi yapanın, hastanın kendisinden ibaret olan anlaşılması zor değişkeni denetleyememesi. Açıkçası, bu tür bir tıbbi uğraşta hasta ne denli iyi denetlenirse, sonuç da o ölçüde iyi tahmin edilebilir. Ve bir insan topluluğu bazında sonuç önceden ne denli bilinirse, organizasyonun da o ölçüde etkili olacağı anlaşılır. Tıp teknokratları toplumun gereksinimlerini değil de bilimin çıkarlarını öne çıkarma eğilimindedirler.[88] Uygulamacılar hep birlikte bir araştırma bürokrasisi oluşturur; öncelikle kuramsal olarak bilime karşı ya da biraz karışık bir tarzda, mesleklerine karşı sorumludurlar.[89] Herhangi bir müşteriye karşı kişisel sorumlulukları, tüm meslektaşlarının, tüm ödevlerinin ve müşterilerinin de ötesine geçen belirsiz bir güç duygusunun içinde kaybolmuştur. Tıp bilimi doğru tedaviyi, iyileşmenin ya da ölümün gerçekleşmesine ya da hastada hiçbir tepki oluşmamasına bakmaksızın uygular. Bu tedavi, üç sonucun da frekansını önceden bilen istatistik tablolarla meşrulaştırılır. Yine de somut bir vakada, hekim sanatını uygulamada başarılı olursa, hastanın kendisine olduğu kadar kendisinin de doğaya ve hastaya şükran borçlu olduğunu düşünebilir. Birbirinden ayrılan, şifa dağıtıcı ve bilim adamı rollerini sürdürebilmesi ise ancak, bilgi sistemleri arasındaki uyumsuzluğa karşı yüksek bir hoşgörüsü varsa, olanaklıdır.[90]

Ampirizmin son kırıntılarını da hastayla tıp sistemi arasındaki ilişkiden çıkartarak iatrojeneze karşı mücadeleyi önerenler engizisyonvari bir son gün haçlısı gibidirler;[91] siyasi hükmü karalamak için bilimcilik dinini kullanırlar. Operasyonun laboratuvarda doğrulanması bilimin ölçüsüdür; siyasetin ölçüsü ise gündemdeki bir konuya geçmiş bir deneyimi uygulayan bir jüriyi etkilemeye çalışan rakiplerin mücadelesidir. Tabii, bu deneyimin gerçek kişiler tarafından yaşanmış olması şarttır. Bilimin ölçemediği şeylerin toplum tarafından onayını yadsıyarak katıksız ortodoks, değişmez bir tıbbi pratik yaratma isteği, tıbbi pratiği her türlü politik değerlendirmeye karşı bir kalkan gibi korumaktadır.

Tıp dışı kişilerin diline karşı dinsel bir şekilde tercih edilen bilimsel dil, mesleki ayrıcalığın en büyük siperlerinden biridir. Tıpla ilgili siyasi konuşmalarda bu özel dilin dayatılması bu tartışmaların etkisini hemen geçersiz kılmaktadır.

Tıbbın profesyonellikten arındırılması, ne hakiki uzmanlığın safdışı bırakılması ne de teknik dilin yasaklanması anlamına gelir; kamuoyunun kötü uygulamayı inceleyip açığa çıkarmasına karşı olmak anlamına ise hiç gelmez. Ancak halkın kafasının karıştırılmasına karşı; kendine paye veren şifacıların birbirlerine karşılıklı olarak itimatname vermelerine karşı; tıp loncasının ve kurumlarının kamu desteğine karşı ve insanlarla toplulukların, şifacıları olarak seçip görevlendirdikleri kişilerin yararına uygulanan yasal ayrımcılığa karşı bir eğilim anlamına gelir. Tıbbın profesyonellikten arındırılması kamu fonlarının iyileştirme amacıyla ayrılmasını yadsımak anlamına gelmez, ama bu fonların lonca üyelerinin tavsiyesi ve denetimi altında israf edilmesine karşı bir tutum içinde olmak anlamına gelir. Tıbbın profesyonellikten arındırılması modern tıbbın ortadan kaldırılması demek değildir. Bunun anlamı, herhangi bir profesyonelin, kendi hastalarından birisine, başkalarının da kendileri için talep edebileceğinden daha büyük bir tedavi kaynakları paketini peşkeş çekme yetkisine sahip olmamasıdır. Son olarak, tıbbın profesyonellikten arındırılması, insanların yaşamlarının özel anlarında dile getirecekleri özel gereksinimlerin göz ardı edilmesi demek değildir: Doğduklarında, bacaklarını kırdıklarında gereksinim duydukları yardım gibi. Doktorların lisansının, birbirleriyle dayanışma içindeki bir grup kişi tarafından verilmemesini önermek doktorların hizmetinin denetlenmeyeceği anlamına değil, bu denetimin bilgili müşteriler tarafından, kendi meslektaşlarına göre daha etkili bir şekilde yapılabileceği anlamına gelir. Tıp büyücülüğünün pahalı teknik aletlerinin doğrudan finanse edilmesine karşı çıkmak, devletin, bireyleri tıp mezhebi papazlarının sömürüsüne karşı koruyamayacağı anlamına gelmez; yalnızca, vergi fonlarının bu tür ritüeller oluşturmak için harcanamayacağı anlamına gelir. Tıbbın profesyonellikten arındırılması, teknik ilerlemenin insan sorunlarını bilimsel ilkeler uygulayarak çözümlemeyi talep ettiği mitinin, emeğin uzmanlaşmasıyla, gizli marifetlerin çoğaltılmasıyla insanlara yarar getirileceği mitinin ve insanların kişiliksizleştirilmiş kurumlardan yararlanma hakkına bağımlılığını arttırmanın onların birbirine güvenmesinden daha iyi olduğu mitinin maskesini indirmek demektir.

E. PLASTİK DÖLYATAĞI MÜHENDİSLİĞİ

Şimdiye dek, tıp-endüstri kompleksinin kurumsal yapısına yöneltilen dört eleştiri kategorisini ele aldım. Bunların her biri özel birer siyasi talepte bulunur ve hepsi de halkın tıbbi bürokrasilere bağımlılığının desteği haline gelir; çünkü bunlar sağlık hizmetini bir tür tedavi planlaması ve mühendisliği olarak ele alırlar.[92] Tıbbi bürokrasiler, hasta insanların ya da hastalığın tehdit ettiği insanların yaşamına cerrahi, kimyasal ve davranışsal müdahale stratejilerini sokarlar. Beşinci eleştiri kategorisi bu amaca karşı çıkar. Bu eleştirmenler, tıbbın bir mühendislik uğraşı olduğu görüşünden vazgeçmeksizin, tıbbi stratejilerin hastalık üzerine çok fazla, insanları hasta eden çevreye ise çok az yoğunlaşması nedeniyle başarısız olduğunu savunurlar.

Klinik müdahale dışındaki seçenekler üzerine yapılan araştırmaların çoğu, insanın toplumsal, psikolojik ve fizik çevresiyle ilgili profesyonel sistemleri programlama mühendisliğine yönelmiştir. "Sağlık hizmeti dışındaki sağlık belirleyicileri" daha çok, çevreye yönelik planlı bir müdahaleyle ilgilidir.[93] Tedavi mühendisleri müdahale hamlesinin yönünü potansiyel ya da gerçek hastadan, onun bir parçası olduğunu düşündüğü çevreye yöneltmiştir. Daha sağlıklı bir nüfus elde etmek için hastayla uğraşmak yerine çevreyi yeniden düzenlemektedirler.[94]

Hijyenik çevre mühendisliği olarak sağlık hizmeti, klinik bilimcininkinden farklı kategorilerde işlev görür. Bu tür hizmetin odak noktası, hastalıklara karşı sağlıklı olmak değil, sağ kalmaktır; özel kişilerin performansı değil, stresin kitleler ve bireyler üzerindeki etkileridir; gerçek insanların amaçları arasındaki ilişki ve bu amaçlara varabilme yetenekleri değil, evrendeki bir mekânın kendisiyle birlikte evrime uğramış insan türleriyle ilişkisidir.[95]

İnsanlar, doğuştan gelen genetik yapılarından çok çevrelerinin ürünüdürler. Bu çevre ise sanayileşme ile hızla bozulmaktadır. İnsanoğlu bugüne dek olağanüstü bir uyum sağlama kapasitesi göstermiş olmasına karşın çok yüksek düzeyde subletal bozulmalara uğramıştır. Dubos,[96] insanoğlunun geçmişte açlığa, vebaya ve savaşlara alışmış olması gibi ikinci endüstri devriminin stresine ve aşırı nüfusa da alışabilmesinden korkmaktadır. Varlığı sürdürmek için değerli bir şey

olan uyum sağlama yeteneğinin aynı zamanda büyük bir handikap da olması nedeniyle, varlığın bu şekilde sürdürülmesinden korkuyla söz etmektedir: En yaygın hastalık nedenleri zor uyum sağlamaktan kaynaklananlardır. Sağlık hizmeti sistemi, insanların duygularıyla ve sağlığıyla ilgilenmeksizin, yalnızca bozulmaları en aza indirecek mühendislik sistemlerinde yoğunlaşmaktadır.

Hastaya yönelik tıptan çevreye yönelik tıbba doğru bir kaymanın tahmin edilebilir ve uğursuz sonuçları, ayrı sapkınlık kategorileri arasındaki sınır kavramının yitirilmesi ve total tedavinin yeni bir meşruluk kazanmasıdır.[97] Sağlık hizmeti, endüstri güvenliği, sağlık eğitimi ve psişik onarım, kitleleri mühendislik sistemlerine uydurmak için gerekli insan mühendisliğinin farklı adlarıdır. Sağlık dağıtma sistemi, talepleri karşılamada sürekli olarak yetersiz kaldıkça, şimdi hastalık olarak sınıflanmış durumlar hemen kriminal sapkınlık ve toplum dışı davranışa yönelebilir. ABD'de suçlulara uygulanan davranış tedavisi[98] ve Sovyetler Birliği'nde siyasi muhaliflerin akıl hastanelerinde hapsedilmesi[99] tedavi mesleğindeki entegrasyonun gideceği yönü göstermektedir: Tıpsal, eğitimsel ve ideolojik mantıkla yapılan tedaviler arasındaki sınırlar giderek silikleşmektedir.[100]

Halkın yalnızca tıbbın ne olduğunu anlamasının değil, çevre mühendisliği düşünün yarattığı canavarların büyüsünü çözmesinin de zamanı gelmiştir. Çağdaş tıp, insanların hissetmelerini ya da iyileşmelerini gereksiz kılmayı amaçlıyorsa, çevre tıbbı da onların yabancılaşmış, plastik bir dölyatağı isteklerini karşılamayı vaat ediyor.

9. Sağlığın Kazanılması

İnsanlar birbirlerine çok acı çektirmiştir. İnsanoğlunun tarihi, genellikle fatihlerin destanlarında ya da kurbanlarının ağıtlarında dile getirilen uzun bir köleleştirme ve sömürü kataloğudur. Bu masalın merkezinde savaş vardır; savaş ve onun ardı sıra gelen yağmalamalar, kıtlıklar ve salgın hastalıklar. Buna karşın, barışçı girişimler denen etkinliklerin beklenmedik fiziksel, toplumsal ve psikolojik yan etkilerinin yıkıcı güç açısından savaşla yarışmaya başlaması, modern zamanlara dek görülmüş şey değildi.

İnsan, evrimi birden fazla cephede sağlayacağı uyuma bağlı olan tek hayvandır. Eğer vahşi hayvanlara ve doğa güçlerine yenik düşmemişse, kendi türünden olanların yararcılığı ve suiistimaliyle başa çıkmak zorundadır. Karakteri ve kültürü doğa koşullarıyla ve kom-

şularıyla mücadelesiyle biçimlenmiştir, içgüdüleri sönmüş ve toprağı vatana dönüşmüştür.

Hayvanlar, doğal çevrelerindeki değişimlere, bir tepki olarak tanımlayabileceğimiz evrim sayesinde uyum sağlarlar. Karşı çıkış yalnızca insanda bilinçli bir hale gelir ve zor, tehdit edici durumlara karşı tepki, mantıklı eylem ve bilinçli alışkanlıklar biçimini alır. İnsan, doğayla ve komşularıyla ilişkilerini düzenleyebilir ve girişimi kısmen başarısız da olsa sağ kalmayı başarır. İnsan felaketlere sabırla katlanabilen ve bunları kavrayarak öğrenebilen bir hayvandır. O, sınırların farkına vardığında kendini geri çekebilen tek varlıktır. Ağrılı duyumlara, sakatlıklara ve sonunda ölüme karşı bilinçli tepki insanın güçlüklerle başa çıkabilme yeteneğinin bir parçasıdır. İsyan etme ve sebat etme, inatçı bir direniş gösterme ve geri çekilme kapasitesi insan yaşamının ve sağlığının ayrılmaz parçalarıdır.

Ama doğa ve komşular insanın başa çıkması gereken üç cepheden yalnızca ikisidir. Kötü yazgı tehdidinin geldiği üçüncü bir cephe daha vardır. İnsanlar hayatta kalabilmek için bugüne dek mitlerin hem biçimlendirdiği hem de denetleyebildiği düşlere de dayanmak zorundadırlar. Bu kez toplumun, en yetenekli üyelerinin mantık dışı arzularını bastırabilmek için programlar geliştirmeleri gerekir. Mitler bugüne dek hırslı, kıskanç, katilce düşlerin gerçekleştirilmesine sınır koyma işlevini yerine getirdi. Bu sınırlar içinde kalan sıradan insanın bu üçüncü cephede güvenliğini sağladı. Mitler, tanrılardan daha üstün gelmeye çalışanların felaketini garantiledi. Sıradan insan, zayıflığı yüzünden ya da şiddet nedeniyle telef oldu; ancak insan sınırlarına karşı çıkan asi, Nemesis'e, yani tanrıların gazabına av oldu.

A. SANAYİLEŞMİŞ NEMESİS

Prometeus, sıradan insan ("Everyman") değil, bir kahramandı. Radikal bir hırsla (pleonexia) insan sınırlarının (aitia ve mesotes) ötesine geçti ve sonsuz bir cüretle (hubris) cennetten ateşi çaldı.[1] Böylece, kaçınılmaz olarak, Nemesis'e hedef oldu. Demirlere bağlandı, Kafkas dağlarında bir kayaya zincirlendi. Bir kartal gelip her gün onun ciğerini yedi ve tanrılar onun ciğerini her gece yeniden oluş-

turarak onu acımasızca hayatta tuttular. Nemesis ona, insanlara değil, yarı-tanrılara özgü bir acı verdi. Onun umutsuz ve bitmez acısı, kahramanı kaçınılmaz göksel öcün ölümsüz bir anıtına dönüştürdü.

Günümüzde nemesisin sosyal yapısı farklıdır. Arzunun endüstrileşmesi ve buna tekabül eden ritüel yanıtların mühendisliğiyle, hubris yaygınlaşmıştır. Sınırsız bir maddi ilerleme herkesin hedefi haline gelmiştir. Endüstriyel hubris saçma fantezileri sınırlayan mitsel çerçeveyi yok etmiş, mantıklı gözüken delice düşlere teknik yanıtlar oluşturmuş ve yıkıcı değerlerin takibini satıcı ile müşteri arasındaki gizli bir tertibe dönüştürmüştür. Kitleler için nemesis artık endüstriyel sürecin kaçınılmaz bir ters tepkisidir. Modern nemesis bizi kuşatan endüstri düşünden doğmuş maddi bir canavardır. Bu canavar, okul sistemi, kitle ulaşımı, endüstriyel ücretli emek ve sağlığın tıplaştırılması kadar geniş ve uzak alanlara yayılır.

Bize miras kalan mitler eylemlere sınırlar koymayı bıraktı artık. İnsanlar eğer geleneksel mitlerinin yokluğuna alışarak yaşayacaklarsa, kıskanç, hırslı ve tembel düşleriyle mantıksal ve politik yönden başa çıkmayı öğrenmeleri gerek. Yalnızca mitlerle bu iş artık olmaz. Endüstriyel büyümeye karşı oluşturulacak siyasi sınırlar mitolojik hudutların yerini alacak. Endüstriyel tarzda üretimin sınırları insan soyunun devamı, adalet ve yararlılık için gerekli maddi koşulların araştırılması ve bulunmasıyla oluşacaktır.

Nemesis yapısal ve endemik hale geldi. İnsan ürünü acılar, güya çevresel tehlikelere ve seçkin tabakanın yapacağı keyfi haksızlıklara karşı savaşlarında sıradan insanları koruyacak girişimlerin yan ürünleri olarak ortaya çıkıyor. Acının, çaresizliğin ve ölümün ana kaynağı, her ne kadar istemeden olsa da, mühendis zihniyetinin neden olduğu tacizlerdir. En büyük rahatsızlıklarımız, çaresizliklerimiz ve uğradığımız en büyük haksızlıklar daha çok ve daha iyi eğitim, daha iyi imar, daha iyi bir diyet ve daha iyi sağlık için uygulanan stratejilerin yan etkileridir.

Planlı eğitime otonom öğrenimden daha fazla değer veren bir toplum, insanlara mühendisçe oluşturulmuş yerlerini korumaktan başka bir şey öğretemez. Hareket etmek için, yönetilen taşımacılığa güvenen bir toplum da öyle. Belli bir noktadan sonra, taşımacılıkta kullanılan enerji adsız yolcu çoğunluğunu kımıldayamaz hale geti-

rir, köleleştirir ve yalnızca seçkin tabakaya avantaj sağlar. Hiçbir yeni yakıt, teknoloji ya da kamusal denetim, toplumun hareketliliğindeki ve hızlanmasındaki artışı, daha çok rahatsızlığa, programlanmış felce ve adaletsizliğe neden olmaktan alıkoyamaz. Aynı şey tarım için de geçerlidir. Besin üretimi ve işlenmesine yönelik sermaye yatırımı belli bir düzeyin üzerine çıkarsa, kötü beslenme yaygınlaşır. O zaman, Yeşil Devrim'in sonuçları, tüketicilerin ciğerini Zeus'un kartalından bile daha adamakıllı deşer. Bu noktadan sonra hiçbir biyoloji mühendisliği yetersiz beslenmeyi, besinlerin insanları zehirlemesini önleyemez. Sub-Saharan Sahel'de olup bitenler gelmekte olan dünya çapında bir kıtlığın kostümlü provasıdır yalnızca. Bu, genel bir kuralın doğrulanmasından ibarettir: Endüstriyel üretim tarzıyla, belli bir orandan daha fazla değer üretilirse kendi kendine yeterli etkinlikler felç olur, adalet bozulur ve genel hoşnutluk azalır. Bu, ara sıra kuraklık ve savaşla gelen ya da iyi niyet ve acil sevkıyatla geçiştirilebilen tek tük kıtlıklardan farklı olacaktır. Gelmekte olan açlık, zengin ülkelerde ve yoksul ülkelerin bereketli bölgelerinde yoğunlaşan endüstrileşmiş tarımın kaçınılmaz bir yan ürünüdür. Endüstriyel yönden randımanlı tarımı arttırarak kıtlığı önleme girişimleri, paradoksal bir biçimde, marjinal toprakların kullanımını önleyerek facianın boyutlarını büyütmekten başka bir işe yaramamaktadır. Bu kıtlık, yoksulların zenginler için yaptığı sermaye-yoğun besin üretimi yönündeki eğilimin yerini yeni bir tür emek-yoğun, bölgesel, kırsal otonomi alıncaya dek artacaktır. Endüstriyel hubris belli bir düzeyi aşarsa, nemesis başlamalıdır, çünkü bu süreç, büyücü çırağının saplı süpürgesi gibi, artık durdurulamaz.

Endüstriyel gelişimi savunanlar bu sürecin bedelini hesaplayabileceklerini iddia ediyorlarsa ya kör ya da sahtekârdırlar. Nemesisten kaynaklanan kötülükler ne telafi edilebilir, ne hesaplanabilir ne de ortadan kaldırılabilir. Endüstriyel gelişimin peşinatı makul görülebilir, ama üretimin bileşik faiz ödentileri acıyı her türlü ölçünün ve fiyatın ötesinde çoğaltmaktadır. Bir toplumun üyelerinden, endüstri tarafından belirlenmiş gereksinimler için gittikçe daha da çok şey ödemeleri isteniyorsa –her birimle birlikte daha çok acı satın aldıklarını gösteren kanıtların varlığına karşın– marjinal yararların peşinden giden Homo economicus, endüstriyel ideoloji için kendini kurban eden

Homo religiosus'a dönüşür. Bu noktada, sosyal davranış uyuşturucu bağımlısının davranışına benzemeye başlar. Beklentiler mantıkdışı ve kâbusvaridir. Kişinin kendi kendine verdiği acı, doğadan gelen zararı ve komşularının neden olduğu tüm eziyetleri aşar. Hubris, kendi kendini yıkıcı kitle davranışına teşvik eder. Klasik nemesis, ayrıcalıkların düşüncesizce kötüye kullanımının cezasıdır. Endüstriyel nemesis ise geleneksel mitlerin ya da kendi kendini sınırlayabilme mantığının kontrolünden geçmemiş düşlerin teknik yönden gerçekleştirilmesine itaatkâr bir katılımın karşılığıdır.

Savaş ve açlık, salgınlar ve felaketler, işkence ve delilik hep insanın yoldaşı olmuş, ama şimdi hepsini bastıran nemesis tarafından, yeni bir Gestalt şekline sokulmuştur. Bir toplumun ekonomik gelişimi ne denli büyük olursa, acıda, çaresizlikte, adaletsizlikte ve ölümde endüstriyel nemesisin payı da o ölçüde büyük olur. Bağımlılığa neden olan tekniklere güven ne denli fazla olursa, henüz başka tekniklerle karşı konulmak zorunda olan israfın, düşüşün ve patojenezin bedeli o denli fazla olur. Çöpün atılması, israfa çözüm bulunması ve insanların, aslında kalkınmanın arttırdığı tedavi gereksinimlerinin karşılanması için daha çok işgücüne gerek duyulur.

Tehdit eden felakete karşı tepkiler hâlâ daha iyi bir eğitim programı, daha çok sağlık hizmeti ya da verimli ve daha az kirletici enerji dönüştürücüler biçimini almakta ve çözümler hâlâ endüstriyel sistemin mühendislik ürünü olarak daha fazla yetkinleştirilmesinde aranmaktadır. Nemesise tekabül eden sendrom fark edilmiştir, ama etyolojisi hâlâ kötü mühendisliğin, ya Wall Street'in ya da Parti'nin denetiminde kendi kendine hizmet eden yönetimle birleşmesinde aranmaktadır. Nemesis, henüz ne temelden yanlış bir ideolojiye karşı toplumsal yanıtın birden görünür hale gelmesi olarak teşhis edilmekte ne de başlıca endüstriyel kurumlarımızın teknik dışı, ritüele dayanan yapısının beslediği sınır tanımaz bir delilik olarak görülmektedir. Galileo'nun çağdaşlarının, dünya merkezli evren düşüncelerinin sarsılmasından korktukları için teleskopla Jüpiter'in uydularına bakmayı reddetmeleri gibi, bizim çağdaşlarımız da nemesise bakmayı reddetmekte; çünkü sosyopolitik yapılarının merkezine endüstri tarzı üretimi değil, otonom tarzda üretimi koymanın ellerinden gelmeyeceğini sezmektedirler.

B. MİRAS ALINAN MİTTEN SAYGI DUYULAN SÜRECE DOĞRU

İlkel insanlar daima simgesel boyutta bir güç algılarlar ve hep korkunç, ürkütücü, tekin olmayan şeyler tarafından tehdit edildiklerini düşünürlerdi. Bu boyut, yalnızca kralın ve büyücünün gücüne değil, zanaatkârın ve teknisyenin gücüne de sınırlar koydu. Malinowski, var olan araçların işe yaradığı en son noktaya dek kullanılmasına ancak endüstri toplumlarının izin verdiğini, diğer tüm toplumlarda ise kılıcın ve sabanın kullanımındaki kutsal sınırlara uymanın, etiğin gerekli bir temeli olduğunu savunur. Teknoloji şehvetiyle yaşayan birçok kuşaktan sonra, doğanın bir sonu olduğu bugün yeniden bilinçlerimize giriyor. Evrenin sınırları, uygulanacak araştırmalara bağlıdır. Krizin bu noktasında, insan eylemlerinin sınırını doğanın mitsel kutsallığını modernleştirecek ayrı bir ekolojik ideolojide bulmak aptalca olurdu. Bir "çevre dini" oluşturmak olsa olsa geleneksel hubris'in bir karikatürüdür. Ancak post-endüstriyel insanın otonomisini adaletle güvenceye alacak uygulamalar üzerinde yaygın bir mutabakat insanların eylemlerine konacak gerekli sınırın kabulüne götürebilir.

Her türlü etiğin ortak düşüncesi, insan eyleminin insan sınırları içinde yapılacağıdır. Çeşitli etik sistemler doğrudan ya da dolaylı olarak, bu insan sınırlarının az ya da çok belirli olduğunu varsaydığı için insan eylemlerinin alanı dar bir şekilde sınırlanmıştır.

Gelgelelim yaşadığımız endüstri çağında yalnızca amaçlar değil, bizzat insan etkinliğinin yapısı da yenidir.[2] Tanrılar yerine doğanın kör güçleriyle karşı karşıya kaldık ve evrenin dinamik sınırlarına bakmak yerine bu sınırlar insanın eylemleri için bir eşiğe dönüşemezmiş gibi davrandığımızı yeni fark eder olduk. Geleneksel olarak, kategorik zorunluluk, eylemi, gerçek insan eylemi olarak sınırlayabilir ve onaylayabilirdi. Bir kişinin eylemlerine doğrudan konan sınırlar onun başkalarının da özgürlüğüne saygı göstermesini gerektirirdi. Normatif "insan koşulu"nun yitirilmesi yalnızca insanın eylemlerine değil, bir kişinin eylemlerini sınırlayan çerçeveye yönelik insan yaklaşımına da yenilik getirmiştir. Bu eylemin, çerçevenin kutsal özelliklerinden yoksun kalmasından sonra da insanca olmaya devam etmesi için, yeni bir buyruğun içerdiği, kabul edilmiş bir etik temel gereklidir. Bu buyruk yalnızca şöyle özetlenebilir: "Eyleminin etkisi gerçek insan

yaşamının sürekliliğine uygun düşecek biçimde davran." Bu, çok somuta uygulandığında şu anlama gelir: "Torununa zararı olmayacağından emin olmadan radyasyon düzeyini yükseltme!" Böyle bir buyruk, belli ki, "gerçek insan yaşamı" sonsuz elastik bir kavram olduğu sürece formüle edilemezdi.

Kutsallık kategorisini onarmadan insanoğlunun bu yeni buyruğun sert disiplinini kabul etmesini sağlayacak etiklere ulaşmak olanaklı mıdır? Eğer değilse, her türlü canavarlık için bahane bulunabilir: "Ortamdaki radyasyon neden yükseltilmeyecekmiş? Torunlarımız ona alışır!" Bazı durumlarda korku, minimal bir sağduyuyu korumaya yarayabilir, ama bu yalnızca, korkulan şeyin çok yakında gelebilecek olduğu durumlarda olabilir. Üretici reaktörler mafyanın gelecek yılki şantajlarına yarayacağı ya da reaktörün operatörünün ölmeden önce kanser olacağı korkusuyla çalıştırılmıyor olabilir. Ancak, kutsal olana duyulan korku, kesin reddedişiyle, günlük kişisel çıkarların hesaplanmasından ve uzak sonuçların kesin olmamasının tesellisinden bağımsız olduğunu bugüne dek kanıtlamıştır. Buna, gerçek insan yaşamının bugün de, gelecekte de saygıyı hak ettiğini belirten bir buyruk olarak yeniden sığınılabilirdi. Ama bugün içinde bulunduğumuz krizde, kutsaldan yardım dileme yolu kapanmıştır. İmandan yardım dileme, inananlar için bir kurtuluş sağlayabilir, ama etik bir buyruk için temel olamaz; çünkü iman olabilir de, olmayabilir de; eğer yoksa inanan kişi inanmayanı suçlayamaz. Yakın tarih, geleneksel kültürlere ait tabuların endüstriyel üretimin aşırı yayılmasına karşı savaşımla pek ilgili olmadığını göstermiştir. Tabular yerel bir toplumun değerlerine ve üretim tarzına bağlıdır ve endüstrileşme sürecinde geri dönmeksizin kaybolanlar bunlardır. Endüstri toplumlarının sınırlanmasını, ortak bir iyiyi amaçlayan ve polis gücüyle korunan sabit inaçların herkesçe paylaşılan sistemi üzerine oturtmak gerekli değildir, muhtemelen olanaklı da değildir ve kesinlikle makbul değildir. Etik insan eylemleri için gerekli temeli bugün moda olan ekolojik dogmatizmin herkesçe benimsenmesine bağlı kalmaksızın bulmak olanaklıdır. Yeni bir ekolojik dine karşı bu alternatif, temel değerler üzerinde bir mutabakata ve yargılayıcı kurallara dayanır.

Herhangi bir alandaki endüstriyel değer üretiminin belli bir noktanın ötesinde büyümesiyle marjinal kullanımın adaletli dağıtımının sona

ereceği ve genel yararlılığın da eşzamanlı olarak azalacağı gösterilebilir. Endüstri tarzı üretimin büyümesi belli bir aşamayı geçer ve otonom üretim tarzına tecavüz ederse kişisel acılar ve toplumsal çözümler başlar. Endüstriyel ve otonom üretimler arasındaki optimal işbirliği noktasından endüstriyel hegemonyanın hoşgörülebileceği en üst noktaya varılıncaya dek geçen sürede, endüstriyel yayılmayı durdurmak için siyasi ve adli önlemler gerekli hale gelir. Bu önlemler aydın bir kişisel çıkar düşüncesi ve sağ kalma isteğiyle, toplumsal verimin adaletli dağıtımı ve toplumsal denetimden eşit yararlanma amacıyla birlikte uygulanırsa, sonuç, çevrenin taşıma kapasitesinin bir sınırı olduğunun ve yararlı kişisel hedeflere varmak için gerekli otonom etkinlikleri tamamlamaya ancak yeten optimal bir endüstrinin kabul edilmesi olacaktır. Yaşamın, herkese eşit dağıtılan ve katılımcı bir adalet içinde sürüp gitmesi gibi bir değere yönelik politik girişimler, ekoloji adına yapılan ve giderek artan total düzenlemelere karşı olası tek akılcı yanıttır.

Yani kişisel otonominin yeniden kazanılması, etik bir uyanışı destekleyen siyasi bir eylemin sonucunda olacaktır. İnsanlar bir yerden bir yere yararlı, özgürce ve adilce hareket edebilmek için taşımacılığı sınırlamak isteyecekler; dünya hakkında değil, dünyada öğrenmek için olanakları, zamanı ve teşvikleri eşitçe paylaşmak istediklerinden, okul sistemini sınırlayacaklar; iyileşme olanaklarını ve güçlerini korumak istedikleri için tıbbi tedavileri sınırlayacaklardır. Hoşnutluğu adaletli dağıtabilmenin ancak gücün disiplinli bir şekilde sınırlanmasıyla sağlanabileceğini anlayacaklardır.

Otonom etkinliğin yeniden kazanılması insanların paylaşacağı yeni spesifik amaçlara değil, kişiler ve grupların, birbirleri arasında, farklı amaçlara ulaşma çabasından kaynaklanan çelişkileri çözümlemelerini sağlayan yasal ve politik yöntemleri kullanmalarına bağlıdır. Daha iyi ulaşım yeni bir tür taşıma sistemine değil, kişisel denetim altındaki kişisel ulaşımı daha değerli kılan koşullara bağlıdır. Daha iyi öğrenme olanakları dünya hakkında daha çok bilginin daha iyi dağıtılmasına değil, daha çekici çalışma koşulları için sermaye-yoğun üretimin sınırlanmasına bağlıdır. Daha iyi bir sağlık hizmeti kimi yeni tedavi standartlarına değil, kendi kendine bakımla meşgul olmaya isteğin ve yeterliliğin düzeyine bağlıdır. Bu gücün yeniden kazanılması bugünkü yanılgılarımızı fark etmemize bağlıdır.

C. SAĞLIK HAKKI

Bugün endüstrinin tüm sektörlerdeki büyümesine eşlik eden onarılmaz zararlar giderek artmaktadır. Bu zarar, tıpta iatrojenez olarak ortaya çıkar. Ağrı, hastalık ve ölüm tıbbi hizmetten kaynaklanıyorsa, bu klinik iatrojenezdir; sağlık politikaları sağlıksızlık yaratan endüstriyel organizasyonlara destek oluyorsa, bu sosyal iatrojenezdir; tıpça desteklenen davranış ve kuruntular insanların gelişme, birbirlerine bakma ve yaşlanma yeteneklerinin altını oyarak yaşamsal otonomilerini kısıtlıyorsa ya da tıbbi müdahale insanların ağrı, çaresizlik, hastalık ve ölüme karşı kişisel tepkilerini sakatlıyorsa, bu kültürel ve simgesel iatrojenezdir.

Toplum mühendislerinin ve ekonomistlerin iatrojenezi azaltmak için önerdikleri çözümlerin çoğu, tıbbi denetimin daha da arttırılmasını içerir. Bu sözde çözümler üç kritik düzeyin her birinde sekonder iatrojenik hastalar yaratırlar: Klinik, sosyal ve kültürel iatrojenezi, kendi kendine takviye edebilecek hale getirirler.

Tıbbi tekno-strüktürün en derin iatrojenik etkileri, değerlerin gittikçe kurumsallaştırılmasını destekleyen teknik dışı işlevlerin sonucunda ortaya çıkanlardır. Kurumsal tıbbın teknik ve teknik dışı sonuçları bir araya gelip yeni bir tür acıya yol açarlar: Hastane koğuşuna dönmüş bir dünyada sürdürülen, uyuşturulmuş, güçsüz ve yalnız bir yaşam. Medikal nemesis, doğayla, komşularıyla ve düşlerle başa çıkma konusundaki otonom yeteneklerini kaybetmiş ve yaşamı çevresel, toplumsal ve simgesel sistemler içinde teknik olarak sürdürülen insanların yaşantısıdır. Medikal nemesis ölçülemez, ama deneyimi paylaşılabilir. Onun yaşanmasındaki şiddet derecesi her bireyin bağımsızlığına, canlılığına ve ilişkilerine bağlıdır.

Nemesisin algılanması bir seçim yapmaya yol açar. Ya insanın yapabileceklerinin doğal sınırları saptanır, kabul edilir ve siyasi olarak belirlenmiş sınırlara dönüştürülür ya da yok olmak yerine planlı ve mühendisçe oluşturulmuş bir cehennemde zorunlu olarak sürdürülen bir yaşam kabul edilir. Yakın zamanlara dek, gönüllü yoksulluk ve mühendislik cehennemi politikaları arasında tercih, bilim adamlarının ve politikacıların diline uygun düşmezdi. Medikal nemesisle

giderek daha çok karşılaşır olmamız alternatife yeni bir önem kazandırıyor artık: Toplum ya üretilenlerin türleri üzerinde tüm üyelerinin eşit özgürlük garantisi bulabilecekleri o dar sınırları seçecek ya da her üyesine, sosyal yardım bürokrasileri tarafından gereksinimlerine göre teşhis edilecek şeylerin sağlanacağı, eşi görülmemiş hiyerarşik bir denetimi kabullenecek.[3]

Birçok ülkede halklar artık sağlık hizmeti sistemlerini gözden geçirmeye hazırdır. Gelmekte olan tartışmanın, bugün sorun yaratan, yaşamın tıplaştırılması olgusunu güçlendirmesi gibi ciddi bir tehlike varsa da, dikkatler medikal nemesise yöneltilirse, sağlık hizmetinde kişisel sorumluluğun yeniden kazanılması merkezi konu olursa ve mesleki tekelleri sınırlamak çıkarılacak yasaların ana hedefi haline getirilirse bu tartışma verimli kılınabilir. Çıkarılacak yasalar doktor ve onları çalıştıran kurum kaynaklarını sınırlamak yerine tıbbi teknolojiye ve mesleki etkinliğe, tıp dışı kişilerin kullanabileceği araçların bunlardan yararlanmak isteyen herkes için ulaşılabilir hale gelmesini sağlayacak kadar yüksek vergiler koymalıdır. Yeni yasa, işlerinde ve yaşamlarında hasta edilmiş insanlara çeşitli hasta rollerinden birini bahşeden uzmanların çoğaltılması yerine insanların istemedikleri ortamlardan ayrılarak kendi çevreleri üzerinde daha çok denetimlerinin olduğu, daha az zararlı bir yaşam tarzını örgütleme haklarını güvence altına almalıdır. Bu yasa, bağımlılık yaratan, tehlikeli ya da yararsız ilaç ve işlemleri yasaklamak yerine bunları sorumlu bir şekilde kullanmanın tüm sorumluluğunu hasta kişiye ya da onun yakın akrabalarına bırakmalıdır. Bu yasa yurttaşların fiziksel ve ruhsal sağlığını giderek sayısı artan muhafızlara teslim etmek yerine her insanın kendi sağlığını –yalnızca, komşusunun haklarına saygının gerektirdiği sınırlamalara tabi olan– belirleme hakkını tanımalıdır. Yeni yasa, uzmanlaşmış meslektaşların ve devlet memurlarının lisans verme yetkisini güçlendirmek yerine vergilerle finanse edilen sağlık görevlerinde çalışacak şifa dağıtıcıların seçiminde halka söz hakkı vermelidir. Yeni yasa, doktorların performansını profesyonel denetleme organizasyonlarına teslim etmek yerine hizmet ettikleri toplumun değerlendirmesine bırakmalıdır.

D. BİR ERDEM OLARAK SAĞLIK

Sağlık bir uyum sağlama meselesidir. Toplumca yaratılmış gerçekliklere karşı içgüdüsel değil, otonom, ama yine de kültür tarafından şekillendirilmiş bir tepkidir. Sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme, zarara uğradığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık, geleceği de kapsar ve bu nedenle, acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içerir.

Sağlık, herkesin kendi sorumluluğunda olan, başkalarına karşı ise herkesin yalnızca kısmen sorumlu olduğu bir olgudur. Sorumluluğun taşıyabileceği iki anlam vardır. Bir insan kendi yaptıklarından sorumlu olabileceği gibi başka insanlara ya da gruplara karşı da sorumlu olabilir. Kişi ancak kendini başkalarına karşı öznel olarak sorumlu hissettiği takdirde hatasının sonuçları eleştiri, kınama ya da ceza değil, pişmanlık, vicdan azabı ve gerçekten tövbe etmek olacaktır.[4] Keder ve ıstırabın sonucunda erişilen durum, düzelmenin ve iyileşmenin belirtisidir ve fenomenolojik olarak suçluluk duygusundan tümüyle farklı bir şeydir. Sağlık bir görevdir ve hayvanların fizyolojik dengesiyle karşılaştırılamaz. Bu kişisel görevde başarılı olma büyük ölçüde, her insanın kendi günlük ritmini ve etkinliğini, diyetini ve cinsel faaliyetini ayarlamasına yarayan kendini bilme, kendini disipline etme yeteneklerinin ve tinsel gücünün sonucudur. Yararlı etkinlikleri içeren bilgi, ustaca bir performans ve başkalarının sağlığına katkıda bulunmaya gönüllülük, ancak akranların ve yaşlıların oluşturduğu örneklerden öğrenilir. Bu kişisel etkinlikler kişinin içinde yetiştiği kültür tarafından biçimlendirilir ve düzeltilir: Çalışma ve dinlenme, eğlenme ve uyuma, yiyecek ve içecekleri üretme ve hazırlama, aile ilişkisi ve siyaset yapma biçimleri. Bir coğrafi bölgeye ve belirli bir teknik duruma uygunluğu uzun zamandır denenmiş bir sağlık biçimi büyük ölçüde, uzun süreli politik bir otonomiye bağlıdır. Aynı zamanda, sağlıklı alışkanlıklar ve sosyobiyolojik çevre konusundaki sorumluluğun yaygınlık derecesine bağlıdır. Yani bu, bir kültürün dinamik istikrarına bağlıdır.

Halk sağlığının düzeyi, hastalıklarla başa çıkmak için gerekli araçların ve sorumluluğun tüm nüfusa dağılma derecesine eşittir. Tıbbın

müdahalesi ya da çevrenin hijyenik özellikleri hastalıklarla başa çıkma konusundaki bu yeteneği arttırabilir, ama asla onun yerini alamaz. Profesyonel müdahaleyi en aza indirebilen toplum, sağlık için en iyi koşulları sağlar. Kişinin kendine, başkalarına ve çevreye karşı otonom adaptasyon gücü ne denli fazla olursa, adaptasyonun dışarıdan yönetilmesine gereksinim ve buna duyduğu hoşgörü de o ölçüde az olur.

Optimal ve yaygın bir sağlığın var olduğu bir dünya, tıbbi müdahalenin en az düzeyde ve ender olarak uygulanacağı bir dünyadır. Sağlıklı insanlar sağlıklı evlerde; sağlıklı diyetlerle; doğumu, büyüme, çalışma, iyileşme ve ölüm için aynı derecede uygun bir çevrede yaşayan insanlardır; nüfusun sınırlarını, yaşlanmayı, eski haline dönmemeyi ve hatta gelmekte olan ölümü bilinçli bir şekilde kabul etmeyi sağlayan ve bunu geliştiren bir kültürden kuvvet alırlar. Sağlıklı insanların evlenmeye, doğurmaya, insani koşulları paylaşmaya ve ölüme yapılacak bürokratik bir müdahale gereksinimi en az düzeydedir.

Bilinçle yaşanan hassasiyet, bireysellik ve ilişkiler, ağrı, hastalık ve ölüm deneyimini yaşamın ayrılmaz bir parçası haline getirir. Bu üçlüyle otonom bir şekilde başa çıkabilme yeteneği insan sağlığının temelidir. İnsan kendi mahremiyetinin dışarıdan yönetilmesine bağımlı hale geldikçe otonomisinden vazgeçer ve sağlığının bozulması gerekir. Modern tıbbın gerçek mucizesi şeytancadır. Yalnızca bireylerin değil tüm toplumun, yaşamını, insafsızca düşük kişisel sağlık düzeylerinde sürdürmesinden ibarettir. Medikal nemesis, herkesin hastalıklarla otonom bir şekilde başa çıkabilme olanağını arttırmaya ve herkesi eşitlemeye kalkışan ve herkesi yok edip bitiren bir toplumsal örgütlenmenin aldığı olumsuz yanıttır.

DİPNOTLAR

GİRİŞ

1. Ivan Illich, *Tools for Conviviality* (Londra: Calder & Boyars, 1973), Türkçede, *Şenlikli Toplum*, çev. Ahmet Kot, Ayrıntı Yayınları, 1989.
2. *Deschooling Society*, der. Ruth N. Anshen (Londra: Calder & Boyars, 1973)
3. *Energy and Equity* (Londra: Calder & Boyars, 1974)

I.
KLİNİK İATROJENEZ

1. Modern Tıp Salgınları

1. Erwin H. Ackerknecht, *History and Geography of the Most Important Diseases* (New York: Hafner, 1965)
2. Odin W. Anderson and Monroe Lerner, *Measuring Health Levels in the United States*, 1900-1958, Health Information Foundation Research Series no. 11 (New York: Foundation, 1960). Marc Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document* (Ottawa: Government of Canada, Nisan 1974).
3. René Dubos, *The Mirage of Health: Utopian Progress and Biological Change* (New York: Anchor Books, 1959). Bu kitap "daha iyi sağlık" üretimi oyununu, tıbbın desteklediği en bulaşıcı hastalık olarak gösteren ilk etkili metindir. Der. Thomas McKeown and Gordon McLachlan, *Medical History and Medical Care: A Symposium of Perspectives* (New York: Oxford Univ. press, 1971). Bu kitap da tıptaki sahte ilerlemenin sosyolojisini sunuyor. John Powles 'On the Limitations of Modern Medicine' in Science, *Medicine and Man* (Londra: Pergamon, 1973), 1:1-30 bu konuda yeni İngilizce kaynaklardan eleştirel bir seçki sunuyor. ABD'deki durum için Rick Carlson'un *The End of Medicine*'ına bakın (New York: Wiley Interscience, 1975). Carlson'un bu makalesi 'ampirik temele dayanan, teorik bir rapordur. Yazar, Amerikan tıbbına yönelik iddianamesi için, başa çıkabileceği kadarıyla bu yapıya dair her türlü kanıta sahip olduğu boyutları seçmiştir. Jean-Claude Polack, La Mèdecine du capital (Paris: Maspero, 1970). 'Tıp tüketim ürünlerinin demokratikleştirilmesi' yoluyla tıp teknolojisine sağlık düzeyleri konusunda saygın bir etkililik kazandırmaya çalışan politik eğilimlerin bir eleştirisi. Yazar, bu ürünlerin baskıcı ve yabancılaştırıcı burjuva sınıf yapısı tarafından şekillendirildiklerini saptamaktadır. Politik özgürlük için tıbbı kullanmak 'hastalık tıbbi

müdahale tarafından bozulmuş olsa bile onda var olan toplumsal düzene karşı bir protesto bulmayı' gerektirir.

4. Daniel Greenberg, 'The War on Cancer': Official Fiction and Harsh Facts', *Science and Government Report*, 4. cilt (1 Aralık 1974). Tıp dışı kişiler için yazılmış çok iyi bir araştırmanın ürünü olan bu rapor Amerikan Kanser Birliği'nin kanserin tedavi edilebilir olduğu yönündeki görüşünün ve kaydedilen ilerlemelerin 'tufandan önceki Vietnam iyimserliğini anımsattığını' kanıtlıyor.
5. *Dorland's Illustrated Medical Dictionary*, 25. basım (Philadelphia: Saunders, 1974): 'İatrojen (*Iatro*. Yun. hekim, *gennan*. Yun. üretmek). Hekimlerin etkinliğinden kaynaklanan. İlk çıkışında, hekimlerin muayenesi, tavrı ve konuşmalarına dayalı olarak hastada kendi kendine telkinle oluşan hastalıkları anlatmada kullanılan terim, bugün bir hekim ya da cerrahın tedavisi sonucu oluşan tersine bir durumu anlatmaktadır.'
6. Heinrich Schipperges, *Utopien der Medizin: Geschichte und Kritik der ärtztlichen des 19. Jh.* (Salzburg: Müller, 1966). Tarihsel literatür için yararlı bir rehber de Richard M. Burke'ün, *An Historical Chronology of Tuberculosis*idir, 2. basım, (Springfield, Ill.: Thomas, 1955).
7. Modern yanılgının tüm bilim toplumuna salgın gibi yayılmasını oluşturan etkenlerin ve yapıların analizi için bkz. Derek J. de Solla Price, *Little Science, Big Science* (New York: Columbia Univ. Press, 1963).
8. Tıp mesleğinin tutucu yapısı için bkz. "Cléricalisme de la fonction médicale? Médécine et politique. Le 'Sacerdoce' médical. La Relation thérapeutique. Psychanalyse et chritianisme", *Le Semeur*, suppl. 2 (1966-7).
9. J. N. Weisfert, 'Das Problem des Schwindsuchtskranken in Drama und Roman', *Deutscher Journalistenspiegel* 3 (1927): 579-82. On dokuzuncu yüzyıl dram ve romanlarında edebi bir motif olarak tüberküloza bir rehber kitap. E. Ebstein, 'Die Lungenschwindsucht in der Weltliteratur', *Zeitschrift für Bücherfreunde* 5 (1913).
10. René ve Jean Dubos, *The White Plague: Tuberculosis, Man and Society* (Boston: Little, Brown, 1953). On dokuzuncu yüzyıl tüberkülozunun toplumsal, edebi ve bilimsel yönleri; ortaya çıkışının analizi.
11. Charles E. Rosenberg, *The Cholera Years: The United States in 1832, 1849 and 1866* (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1962). New York'taki 1832 salgını, kurtuluşun oruç ve duada arandığı ahlaki bir ikilemdi. 1866 salgını yıllarında New York kenar mahallelerinin ürettiği kültür, kalsiyum kloridi de buldu.
12. W. J. van Zijl, 'Studies on Diarrheal Disease in Seven Countries', *Bulletin of the World Health Organization* 35 (1966): 249-61. Diare hastalığında azalma kesinlikle tedavi girişimiyle değil, daha bol ve nitelikli su sağlanması ve hijyen koşullarının düzeltilmesiyle sağlanır.

13. R. R. Porter, *The Contribution of the Biological and Medical Sciences to Human Welfare*, Presidential Address to the British Association for the Advancement of Science, Swansea Meeting, 1971 (Londra: the Association, 1972), s. 95.
14. N. S. Scrimshaw, C.E. Taylor ve John E. Gordon, *Interactions of Nutrition and Infection* (Geneva: World Health Organization, 1968).
15. John Cassel, 'Physical Illness in Response to Stress', Antologia A7, mimeographed (Cuernavaca: CIDOC [Centro Intercultural de Documentacion], 1971).
16. Çevrenin olağanüstü önemini ilk kez açık biçimde ifade eden yazarlardan biri J.P. Frank'tır. *Akademische Rede vom volkselend als der Mutter der Krankheiten* (Pavia, 1790; yeni basım, Leipzig: Barth. 1960). Thomas McKeown ve R.G. Record, 'Reasons for the Decline in Mortality in England and Wales During the Nineteenth Century', *Population Studies* 16 (1962): 94-122. Edwin Chadwick, *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, 1842, der. M.W. Flinn (Chicago: Aldine, 1965). Bir buçuk yüzyıldan beri 'en birincil ve en önemli, aynı zamanda da en pratik ve kamu yönetiminin bilinen hizmetleri arasında yer alan önlemlerin kanalizasyon; mahallelerden, caddelerden ve yollardan tüm pisliğin uzaklaştırılması ve su dağıtımının düzeltilmesi' olduğu sonucuna varıyor. Max von Petterkofer, *The Value of Health to a City: Two Lectures Delivered in 1973*, çev. Henry E. Sigerist (Baltimor: Johns Hopkins, 1941), yüz yıl önce Münih kentinin sağlık harcamalarını, ortalama ücret kaybına ve ortaya çıkan tıbbi harcamaya dayanarak hesaplıyor. Kamu hizmetinin, özellikle de daha iyi bir su ve kanalizasyon sistemi sağlanmasının ölüm ve hastalık oranını, ayrıca mesai kaybını düşüreceğini, harcanan parayı geri kazandıracağını savunuyor. Epidemiyolojik araştırmalar bu insancıl düşünceleri tümüyle doğruluyor: Delpit-Morando, Radenac and Vilain, *Disparités régionales enmatiere de santé*, Bulletin de Statistique du Ministere de la Sante et de la Sécurité Sociale No.3, 1973; Warren Winkelstein, Jr., 'Epidemiological Considerations Underlying the Allocation of Health and Disease Care Resources', *International Journal of Epidemiology* 1, no.1 (1972): 69-74; F. Fagnani, *Santé, consommation médicale et environnement: Problémes et methodes* (Paris: Mouton, 1973).
17. Der. N.D. McGlashan, *Medical Geography: Techniques and Field Studies* (New York: Barnes & Noble, 1973). Der. Jacques May and Donna McLelland, *Studies in Medical Geography*, 10. cilt (New York: Hafner, 1961-71). Daniel Noin, *La Géographie démographique de la France* (Paris: PUF,1973). J. Vallin, *La Mortalité en France par tranches depuis* 1899 (Paris: PUF, 1973). L.D. Stamp, *The Geography of Life and Death* (Ithaca, N.Y.: Cornell Univ. Press, 1965). E. Rodenwaldt et al., *Weltseuchenatlas* (Hamburg, 1956). John Melton Hunter, *The Geography of Health and Disease*,

Studies in Geography no.6 (Chapell Hill: Univ. of North Carolina Press, 1974).

18. Erwin H. Ackernecht, *Therapeutics: From the Primitives to the Twentieth Century* (New York: Hafner, 1973). A simple overview. J.F.D. Shrewsbury, *A History of the Bubonic Plague in the British Isles* (Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1970). Bir bakteriyolog ve epidemiyolog tarafından yazılmış önemli bir tarih örneği.
19. Literatürü öğrenmek için bkz. Steven Polgar, 'Health and Human Behavior: Areas of Interest Common to the Social and Medical Sciences', *Current Anthropology* 3 (Nisan 1962): 159. 205. Polgar her konuda eleştirel değerlendirmelerini ve çok sayıda meslektaşının bunlara tepkilerini sunuyor. Yine Steven Polgar'dan 'Health', *International Encyclopedia of the Social Sciences*'da (1968), 6:330-6; Eliot Freidson, 'The Sociology of Medicine: A Trend Report and Bibliography', *Current Sociology*, 1961-2, nos. 10-11, s. 123-92.
20. Paul Slack, 'Disease and the Social Historian', *Times Literary Supplement*, 8 Mart 1974, s. 223-4. A critical review article. Catherine Rollet and Agnes Souriac, 'Epidemies et mentalités: La Cholera de 1832 en Seine-et-Oise', *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, 1974, no.4, s. 935-65.
21. Alan Berg, *The Nutrition Factor: Its Role in National Development* (Washington, D.C.: Brookings Institution, 1973). Hans J. Teuteberg ve Günter Wiegelmann, *Der Wandel der Nachrungsgewohnheiten unter dem Einfiuss der Industrialisierung* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1972), endüstrileşmenin on dokuzuncu yüzyıl Avrupa'sında yitecek miktarı, niteliği ve dağıtımı üzerindeki etkisini ele alıyor. Sınırlı temel besin maddeleriyle yaşamaktan, kontrollü ya da seçilen mönüye geçişle, alışılmış bölgesel yemek yeme alışkanlıkları, oruç ve gizli açlık ortadan kalkmıştır. Kötü düzenlenmiş, zengin bir bibliyografik bilgi kaynağı. Marc Bloch ve Lucien Febvre'yi izleyerek yiyeceğin kuvvet ve sağlık düzeyine etkisine yönelik en değerli araştırmalardan bazıları yapılmış. Kullanılan yönteme adapte olmak için bkz. Guy Thuillier, 'Note sur les sources de l'histoire régionale de l'alimentation au XIX siecle', *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, 1968, no.6, s. 1301-19; Guy Thuilier 'Au XIX siecle: L'Alimentation en Nivernais', *Annales*, 1965, no.6, s. 1163-84. Bir başyapıt olarak François Lebrun'un Les Hommes et la mort en Anjou au 17 et 18 siecles: *Essai de démographie et psychologie historiques* (Paris: Mouton, 1971); A. Poitrineau, 'L'Alimentation populaire en Auvergne au XVIII siecle', in Enquétes, s. 323-31. Owsei Temkin, *Nutrition from Classical Antiquity to the Baroque*, Human Nutrition Monograph 3, New York, 1962. Ekmeğin, makinelerin imal edebileceği bir metaya dönüşmesi konusunda bkz. Siegfried Giedion, *Mechanization Takes Command: A Contribution to Anonymous History* (New York: Norton, 1969), özellikle

pts: 4:2, 4:3 (et konusunda). Bir de Fernand Braudel, 'Le Superflu et l'ordinaire: Nourriture et boissons', in *Civilisation Matérielle et capitalisme* (Paris: Colin, 1967), s. 134-98.

22. I. D. Carruthers, *Impact and Economics of Community Water Supply: A Study of Rural Water Investment in Kenya*, Wye College, Ashford, Kent, 1973; şehir suyunun sağlık üzerindeki etkisi. On dokuzuncu yüzyılda kırsal alanlara sağlanan sudaki değişimler: Guy Thuillier, 'Pour une histoire régionale de l'eau en Nivernais au XIX siecle', *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, 1968, no.1, s.49 ff. Halka daha çok su sağlanması insanların bedenlerine olan yaklaşımlarını değiştirmiştir: Guy Thuillier 'Pour une histoire de l'hygiéne corporelle. One exemple régional: le Nivernais', Revue d'histoire économique et sociale 46, no.2 (1968): 232-53; Lawrence Wright, *Clean and Decent: The Fascinating History of the Bathroom and the Water Closet and of Sundry Habits, Fashions and Accessories of the Toilet, Principally in Great Britain, France and America* (Toronto: Univ. of Toronto Press. 1967). Yeni çamaşır modelleri: Guy Thuillier, 'Pour une histoire de la lessive au XIX siecle, *Annales*, 1969, no.2, s. 355-90.
23. Lester B. Lave ve Eugene P. Seskin, 'Air Pollution and Human health', Science 169 (1970): 723-33. Jean Paul Dessaive et al., *Médecins, climat et épidémies a la fin du XVIII siecle* (Paris: Mouton, 1972).
24. Bu konuda farklı görüşleri bir araya getiren, iyi belgelenmiş bir çalışma: Emanuel de Kadt, 'Inequality and Health', Univ. of Sussex, Ocak 1975. Bu yazının ilk ve daha uzun versiyonu 1972'de, bir kitabın giriş bölümü olarak yazılmıştır. Salud y bienestar ve bu kitap Şili Santiago'da 1973'te yayımlanmıştır. John Powles, 'Health and Industrialisation in Britain: The Interaction of Substantive and Ideological Change', Colloquium on the Adaptability of Man to Urban Life, First World Congress on Environmental Medicine and Biology, Paris, 1-5 Temmuz 1974, için hazırlanmış. C. Ferrero, 'Health and Levels of Living in Latin America', *Millbank Memorial Fund Quarterly* 43 (October 1965): 281-95. Hastalık oranında düşüşün sağlık hizmetine yapılan büyük masraflarla değil, sağlık sektöründeki fonların değiştirilerek toplumsal değişimlerle kombine duruma getirilmesiyle sağlanabileceği öngörülüyor.
25. Emily R.Coleman, *L'Infanticide dand le haut moyen age*, çev. A. Chamoux, *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, 1974, no. 2, s. 315-35. Ortaçağda yeni doğmuş çocukları öldürmenin nüfus açısından önemli olduğunu savunuyor. Ansley J. Coale, 'The Decline of Fertility in Europe from the French Revolution to World War II', S.J. Behrman'da et al., *Fertility and Family Planning* (Ann Arbor: Univ. of Michigan Press, 1970). Evlenenlerin arttığı nüfus oranlarına karşılık çocuk sahibi olma oranı azalmıştır. Gayrimeşru çocuklara karşı ayrımla birlikte evlilikten sakınma nüfus kontrolüne yardımcı olmuş olabilir. Bu hipotezi destekleyen J.-L.

Flandrin, 'Conception, mariage et relations amoureuses dans l'Occident chrétien', *Annales*, 1969, no.6, s. 1370-90. Demografik veriler on yedinci ve on dokuzuncu yüzyıl Fransa'sında evlilikte doğum kontrolü yapılmadığını, buna karşın gayri meşru çocuk oranının düşük olduğunu gösteriyor. Evlilikte doğum kontrolü dinden sapmaya yakın bir şey, evlilik dışında gebe kalmak ise bir skandaldı. Flandrin on dokuzuncu yüzyılda eşler arasındaki cinsel yaklaşımın alışılmış evlilik dışı yaklaşımla biçimlenmeye başladığını savunuyor. Doğum kontrolünün ilk kez çocuk ölümlerini düşük tutabilecek kadar zengin köylü ailelerinde benimsendiği görülüyor: Bkz. M.Leridon, 'Fécondité et mortalité infantile dans trois villages bavarois: une Analyse de données individualisé"s du XIX siecle', Population 5 (1969). 997. 1002. İngiltere'de hekimlerin bunun yapılmasına görünüşte karşı olmalarına rağmen kendi yaşamlarında da uyguladıkları anlaşılmaktadır: J. A. Banks, 'Family Planning and Birth Control in Victorian Times', the Second Annual Conference of the Society for the History of Medicine, Leicester Univ., 1972. Katolik Kilisesi doğum kontrolünü, yalnızca endüstri toplumunun orta sınıfını etkilediğinde konu etmektedir: Bkz. John Thomas Noonan, *Contraception: A History of Its Treatment by the Catholic Theologians and Canonists* (Cambridge: Harvard Univ. Press, 1965). Philippe Ariés, 'Les Techniques de la mort', *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIII siecle* (Paris: Seuil, 1971), s. 373.

26. Dünyadaki açlık ve yetersiz beslenme endüstri devrimiyle birlikte iyice artmıştır. "İnsanlığın üçte biri ya da yarısının her gece aç yattığı söyleniyor. Taş devrinde bile bu fark çok daha az olmalı. Bu, benzeri görülmemiş bir açlık çağıdır. Günümüzde, teknik gücün en büyük olduğu zamanda açlıktan ölüm gelenekselleşmiştir." Marshall Sahlins, *Stone Age Economics* (Chicago: Aldine, 1972), s. 23.
27. J. E. Davies ve W. F. Edmundson, *Epidemiology of DDT* (Mount Kisco, N. Y.: future, 1972). Borneo'dan, hastalıkların paradoksal bir biçimde kontrolüne güzel bir örnek: İnsektisidler sıtma taşıyıcıları yok etmek için kullanılıyor ve çoğu dirençli olan hamamböceklerinde birikiyor. Bunlarla beslenen gekolar uyuşuk hale geliyor ve kedilere yem oluyor. Kediler ölüyor ve farelerle birlikte hıyarcıklı veba salgını tehlikesi baş gösteriyor. Ordu, köye paraşütle kedi atmak zorunda kalıyor. (*Conservation News*, Temmuz 1973).
28. Reformistlere yapılan tıbbi işkence konusunda güzel bir örnek için bkz. G. Gortvay ve I. Zoltan, *I. Semmelweis, His life and Work* (Budapest: Akademiai Kiado, 1968), kendi alanında antiseptik yöntemler uygulayan ilk jinekoloğun eleştirel bir biyografisi. 1848'de, doğum enfeksiyonundan ölüm oranını on beşte birine düşürmüş ve bu yüzden, hekimlerin öldürücü mikropların taşıyıcısı olabileceği düşüncesine saldıran meslektaşları

tarafından işten atılmış ve dışlanmıştır. Morton Thompson'ın romanı *The Cry and the Covenant* (New York: New American Library, 1973) Semmelweis'i sanki hayata döndürüyor.

29. Charles T.Stewart, Jr., 'Allocation of Resources to Healt', *Journal of Human Resources* 6, no. 1 (1971): 103-21. Stewart sağlığa ayrılan kaynakları, tedavi, koruma, bilgilendirme ve araştırma olarak bölümlere ayırıyor. Batı yarımküresindeki bütün uluslarda koruma (örneğin, içilebilir su) ve eğitim, yaşam umuduyla önemli ölçüde ilgiliyken, tedaviyle ilgili hiçbir yeniliğin bu konuya bir katkısı yoktur.
30. Reuel A. Stallones, *Environment, Ecology and Epidemiology*'de, Pan-American Health Organization Scientific publication no. 231 (Washington, 30 Eylül 1971). ABD'de, yüksek uzman hekim ve doktor oranı ile koroner hastalıklar arasında kuvvetli bir pozitif ilişki olduğunu, ancak bu ilşkinin beyin damar sistemiyle ilgili hastalıklarda kuvvetle negatif olduğunu gösterir. Stallones bu durumun, doktorların bu tür hastalıklar konusunda etkili olamadıklarını gösterdiğine dikkati çekiyor. Hastalık ve ölüm oranı insan çevresinin ayrılmaz bir parçasıdır ve herhangi bir spesifik hastalığı önlemeye yönelik çabalarla ilgisi yoktur.
31. Alain Letourmy ve François Gibert, *Santé, environnement, consommations médicales: Un Modele et son estimation a partir des données de mortalité; Rapport principal* (Paris: CEREBE [Centre de recherche sur le Bien-etre], Haziran 1974). Fransa'nın çeşitli bölgeıerindeki ölüm oranlarını karşılaştırıyor; bunun doktorların bir bölgede yoğun olarak bulunmasıyla ilgili olmadığını, büyük oranda her bölgenin tipik sosundaki yağ miktarına, daha az oranda da o bölgede tüketilen alkol miktarına bağlı olduğunu bulguluyor.
32. Bu konuda yapılan bir örnek çalışma için bkz. A. L. Cochrane, *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. Ve Bkz. British Medical Journal, 1974, 4:5. A. Querido, *Efficiency of Medical Care* (New York: International Publications, 1963).
33. Jacques M.May, 'Influence of Environmental Transformation in Changing the Map of Disease', der. M. Taghi Farvar ve John P. Milton, *The Careless Technology* (Garden City, N.Y.: Natural History Press, 1972), s. 19-34. May, bir yandan sivrisineklerde insektisidlere karşı direncin ve öte yandan parazitlerde kemoterapötik ilaçlara karşı direncin insanlar için karşı konulmaz bir tehlikeye yol açabileceği konusunda uyarıyor.
34. Henry J. Parish, *A History of Immunization* (Edinburgh: Livingstone, 1965). Literatür için tarihsel başlangıca başvurun. Spesifik bir hastalığa ilişkin koruyucu etkinin, hastalığın artmasına katkıdan ayırt edilmesi gerekir: J. H. Alston, *A New Look at Infectious Disease* (London: Pitman, 1967). Bu kitap hastalıklarda genel bir azalma yapılmadığı takdirde en-

feksiyonların yerini yenilerinin nasıl alacağını gösteriyor. Keith Mellanby, *Pesticides and Pollution* (London: Collins, 1970). Bir enfeksiyonu azaltmak için düzenlenmiş mühendislik mekanizmalarının başka enfeksiyonları nasıl arttırdığını, kolayca anlaşılır bir biçimde gösteriyor.

35. Republica de Cuba, Ministerio de la Salud Publica, Cuba: *Organizacion de los servicios y nivel de salud* (Havana, 1974), introduction by Fidel Castro. Bir halk sağlığı kampanyasıyla tüm adadaki başlıca enfeksiyonların önemli ölçüde azaltıldığı on yıl boyunca ölüm ve hastalık oranlarındaki düşüşü gösteren çok etkileyici bir örnek. Nguyen Khac Vien, '25 Années d'activités médico-sanitaries', *Etudes vietnamiennes* (Hanoi), no. 25, 1970.
36. G. O. Sofoluwe, 'Promotive Medicine: A Boost to the Economy of Developing Countries', *Tropical and Geographical Medicine* 22 (Haziran 1970): 250-54. 1935 yılından 1968'e dek 33 yıl boyunca paraziter hastalıklara, deri ve solunum organları enfeksiyonlarına ve *diyareye* uygulanan tüm tedavi önlemlerine karşın 'hastalanma oranı hiç değişmemiştir'.
37. Der. Farvar ve Milton, *The Careless Technology*. Birçok yazar bu konuyu özellikle sıtma, flariasis bancrofti (Hamon), Schistosomoiasis (Van der Schalie) ve Jenito-üriner hastalıklar (Farvar) için vurgulamıştır.
38. Bruce Mitchell, *Fluoridation Bibliography*, Council of Planning Librarians Exchange Bibliography no. 268 (Waterloo, Ont., Mart 1972). Bu konudaki tartışmayı ve özellikle toplumbilimcilerin Kanada'da halkın florlamaya yönelik tavrına ilişkin yorumlarını yazıyor.
39. C.L. Meinert et al., 'A Study of the Effects of Hypoglycemic Agents on Vascular Complications in Patients with Adult-Onset Diabetes. II. Mortality Results, 1970', *Diabetes* 19 suppl. 2 (1970): 789-830. G.L. Knatterud et al., 'Effects of Hypoglycemic Agents on Vascular Complications in Patients with Adult-Onset Diabetes', *Journal of the American Medical Association* 217 (1971): 777-84. Cochrane, *Effectiveness and Efficiency*, son ikisi üzerine yorum yapar. Bu yazılarda erişkin şeker hastasının tedavisinde tolbutamid ve phenformin verilmesinin kesinlikle zararlı olduğu ve diyeti bırakıp insülin vermenin bir yararı olmadığı savunuluyor.
40. H. Oeser, *Krebsbekampfung: Hoffnung und Realität* (Stuttgart: Thieme, 1974). Benim bildiğim kadarıyla bu çalışma, kanser tedavisinin etkisi hakkındaki dünya literatürünün genel hekimlere ya da tıp dışı kişilere yönelik en yararlı sunumudur. Ayrıca bkz. N. E. McKinnon, 'The Effects of Control Programs on Cancer Mortality', *Canadian Medical Association Journal* 82 (1960): 1308-12. K.T. Evans, 'Breast Cancer Symposium: Points in the Practical Management of Breast cancer. Are Pysical Methods of Diagnosis of Value?' *British Journal of Surgery* 56 (1969): 784-6. John C. Bailar, 'Mammography: A contarary view?', *Annals of Internal Medicine*, vol.84, n.1, Ocak 1976: 77-84. Mamografinin genel bir halk sağlığı olarak teşvik edilmesi yaygınlaşmamıştır.

41. Edwin F. Lewison, 'An Appraisal of Long-Term Results in Surgical Treatment of Breast Cancer', Journal of the American Medical Association 186 (1963): 975-8. 'Meme kanserinde cerrahi tedavinin en etkileyici özelliği bu ülkeden ve yurtdışından rapor edilmiş çok farklı tedavi tekniklerine karşın uzun vadeli sonuçlardaki çarpıcı benzerlik ve şaşırtıcı birörnekliliktir. Aynı şey bugün de söylenebilir. Mary E. Constanza, 'Sounding board. The problem of breast cancer prophylaxis', *New England Journal of Medicine*, vol. 293, no.21, 20 Kasım 1975, s. 1095-8.
42. Robert Sutherland, *Cancer: The Significance of Delay* (Londra: Butterworth, 1960), s. 196-202. Ayrıca Hedley Atkins et al., 'Treatment of Early Breast Cancer: A Report after Ten Years of Clinical Trial', *British Medical Journal*, 1972, 2:423-9; bir de s. 417. D. P. Byar and Veterans Administration Cooperative Urological Research Group, 'Survival of Patients with Incidentally Found Microscopic Cancer of the Prostate: Results of Clinical Trial of Conservative Treatment', *Journal of Urology* 108 (December 1972): 908-13. Dört tür tedavinin gelişigüzel karşılaştırılması (placebo [içeriğinde hiçbir etkin madde bulunmayan, ama hastanın etkili sandığı ilaç ç.n.], oestrogen, placebo ve orchiectomy [bir ya da iki testisin ameliyatla alınması ç.n.], oestrogen ve orchiectomy) ne bunların arasında ne de radikal prostatektomiye göre önemli bir fark bulunmadığını gösteriyor. Çeşitli yerlerdeki buna benzer kanser araştırmalarının daha geniş bir incelemesi için yukardaki 40. nota bakınız.
43. Ann G. Kutner, 'Current Status of Steroid Therapy in Rheumatic Fever', *American Heart Journal* 70 (Ağustos 1965): 147-9. Rheumatic Fever Working Party of Medical Research Council of Great Britain and Subcommittee of Principal Investigators of the American Council on Rheumatic Fever and Congenital Heart Disease, American Heart Association, 'Treatment of Acute Rheumatic Fever in Children: A Cooperative Clinical Treatment of ACTH, Cortisone ve Aspirin', *British Medical Journal*, 1955, 1:555-74.
44. Albert N. Brest, 'Treatment of Coronary Occlusive Disease: Critical Review', *Diseases of the Chest* 45 (January 1964): 40-45. Malcolm I. Lindsay ve Ralph E. Spiekerman, 'Re-evaluation of Therapy of Acute Myocardial Infarction', *American Heart Journal* 67 (Nisan 1964): 559-64. Harvey D. Cain et al., 'Current Therapy of Cardiovascular Disease', Geriatrics 18 (Haziran 1963): 507-18.
45. H. G. Mather et al., 'Acute Myocardical Infarction: Home and Hospital Treatment', *British Medical Journal*, 1971, 3:334-8.
46. Combined Staff Clinic, 'Recent Advances in Hypertension', *American Journal of Medicine* 39 (Ekim 1965): 634-8.
47. Standart metinlere birkaç örnek olarak bkz. Robert H. Moser, *The Disease of Medical Progress: A Study of Iatrogenic Disease*, 3. basım, (Springfield,

Ill.: Thomas, 1969). David M. Spain, *The Complications of Modern Medical Practices* (New York: Grune & Stratton, 1963). H. P. Kümmerle ve N. Goosens, *Klinik, Pathogenese, Therapie* (Stuttgart: Thieme, 1966), Guy Duchesnay, Le Risque thérapeutique (Paris: Doin, 1954). P.F. D'Arcy ve J. P. Griffin, *Iatrogenic Disease* (New York: Oxford Univ. Press, 1972). 'Iatrojenik' düz anlamıyla hekim üreten, yani yalnızca tıp okullarının ya da müstakbel doktorların ana-babalarının yapabileceği bir etkinlik anlamına gelmektedir. Ancak bu terim seksen yıldır yaygın bir biçimde doktorların insan sağlığına verdiği zararları anlatmak için kullanılmaktadır.

48. Bu tür haksızlıklarla ilgili hukukun evrimi hakkında bkz. M.N. Zald, 'The Social Control of General Hospitals', in B.S. Georgopoulos, der., *Organization Research on Health Institutions* (Ann Arbor: Univ. of Michigan, Institute for Social Research, 1972). Ayrıca Angela Holder, *Medical Malpractice Law* (New York: Wiley, 1974).
49. Böylesi yan etkiler Araplar tarafından incelenmiştir. Fihristin 7. bölümünün 3. bendinde yer alan Al-Nadim'e göre, Bağdat Hastanesi'nin tıp direktörü Al-Razi (865-925), iatrojenezin tıbbi incelenmesiyle uğraşmıştır. Al-Nadim'in zamanında (935) Al-Razi'nin bu konuda üç kitabı ve bir mektubu hâlâ bulunabiliyordu: *Hekimlerin Amaçlarındaki Yanlışlar; Ateşli Hastalara Zamanı Gelmeden Müshil Verilmesi Üzerine; Cahil Hekimlerin, Bayağı İnsanların Nedenleri ve Kentteki Kadınların Bazı Hastalıkların Tedavisiyle Uğraşan Bilim Adamlarından Daha Başarılı Olmasının Nedeni ve Hekimlerin Bu Konudaki Bahaneleri*; ve mektup: 'Akıllı Bir Hekimin Tüm Hastalıkları İyileştirme Gücüne Sahip Olmamasının Nedeni Bunun İmkân Dahilinde Olmamasıdır.'
50. Bkz. Erwin H. Ackerknecht, 'Zur Geshichte der iatrogenen Krankheiten', Gesnerus 27 (1970): 57-63. Yazar iatrojenez araştırmalarının tıp kurumunca önemli görüldüğü 1750 yılından bugüne dek üç dalgayı ya da dönemi birbirinden ayırıyor. Erwin H. Ackernecht, 'Zur Geschichte der iatrogennen Erkrankungen des Nervensystems', Therapeutishe Umschau/ Revue thérapeutique 27, no.6 (1970): 345-6. İbni Sina'nın (980-1037) cıva üzerindeki incelemesiyle başlayan, ilaçların merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerinin fark edilmesiyle ilgili kısa bir araştırma.
51. L. Meyler, Side effects of Drugs (Baltimore: Williams & Wilkins, 1972). *Adverse Reactions Titles*, 1966'dan beri Amsterdam'da yayımlanan, tüm dünyada çıkmış yaklaşık 3.400 biyomedikal bültenin konu başlıklarından oluşan aylık bir bülten. *Allergy Information Bulletin*, Allergy Information Association, Weston Ontario.
52. P. E. Sartwell, 'Iatrogenic Disease: An Epidemiological Perspective', *International Journal of Health Services* 4 (kış 1974): 89-93.
53. Pharmaceutical Society of Great Britain, *Identification of Drugs and Poisons* (Londra: The Society, 1965). Sahte ilaç ve analiz raporları. Marga-

ret Kreig, *Black Market Medicine* (Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1967). Bu kitap yasal profesyonel eczanelerde satılan maddeler arasında, patentli üründen ambalaj ve prezentasyon açısından ayırt edilmesi olanaksız, hiçbir etkisi olmayan sahte ilaç oranındaki artışı bildiriyor.

54. Morton Mintz, *By Prescription Only*, 2. basım (Boston: Beacon Press, 1967). (Bu kitap hakkında daha geniş bilgi için aşağıya, 98. nota bakın.) Solomon Garb, *Undesirable Drug Interactions*, 1974-75, gözden geçirilmiş yeniden basım (New York: Springer, 1975). Bu yazıda ilaçların birbirini inaktive etmesi, uyuşmazlık, güçlendirme ve plazmaya bağlanmanın yanı sıra dışarı atma ve sindirime müdahale ve test yöntemleri hakkında bilgi veriliyor.
55. B. Opitz ve H. Horn 'Verhütung iatrogener Infektionen bei Schutzimpfungen', *Deutsches Gesundheitswesen* 27/24 (1972): 1131-6. Aşılamadan kaynaklanan enfeksiyonlar üzerine.
56. Harry N. Beaty ve Robert G. Petersdorf, 'Iatrogenic Factors in Infectious Disease', *Annals of Internal Medicine* 65 (Ekim 1966): 641-56.
57. Her yıl bir milyon kişi, yani hastane girişlerinin yüzde 3 ya da 5'i hastaneye öncelikle ilaçların ters tepkisi nedeniyle yatırılmaktadır. Nicholas Wade, 'Drug Regulation: FDA Replies to Charges by Economists and Industry 2, Science 179 (1973): 775-7.
58. Eugene Vayda, 'A Comparison of Surgical Rates in Canada and in England and Wales', *New England Journal of Medicine* 289 (1973): 1224-9. Bu yazıda, Kanada'da cerrahi müdahalenin İngiltere'den erkeklerde 1.8, kadınlarda da 1.6 oranında daha fazla olduğu açıklanıyor. Tonsillektomi ve adenoidektomi, hemoroidektomi ve inguinal herniografi gibi isteğe bağlı operasyonlar bunun iki katı ya da daha fazladır. Kolesistektomi (safra kesesinin alınması ç.n.) oranı beş kattan bile fazladır. Burada belirleyici faktör, sağlık hizmetlerinin ödenekleri ve eldeki hasta yatağı ve cerrah sayısı olabilir. Charles E. Lewis, 'Variations in the Incidence of Surgery', *New England Journal of Medicine* 281 (1969): 880-84. Yazar, ABD'de altı yaygın cerrahi işlemle ilgili bölgesel oranlarda üç-dört katına varan varyasyonlar bulunduğunu bildiriyor. Mevcut cerrah sayısının cerrahi müdahalenin sıklığı konusunda önemli bir belirleyici olduğunu açıklıyor. Bkz. James C. Doyle, 'Unnecessary Hysterectomies: Study of 6248 Operations in Thirty-Five Hospitals During 1948', *Journal of the American Medical Association* 151 (1953): 360-65. James C. Doyle, 'Unnecessary Ovariectomies: Study Based on the Removal of 704 Normal Ovaries from 546 Patients', *Journal of the American Medical Association* 148 (1952): 1105-11. Thomas H. Weller, 'Pediatric Perceptions: The Pediatrician and Iatric Infectious Disease', *Pediatrics* 51 (Nisan 1973): 595-602.
59. Clifton Meador, 'The Art and Science of Nondisease', *New England Journal of Medicine* 272 (1965): 92-5. Yalnızca patolojik olgularla uğraşmaya

alışmış hekim için 'hastalık olmayan şey' ya da 'olmayan hastalık' yabancı ve anlaşılması zor terimlerdir. Bu makale şakacı bir dille olmayan hastalıkların sınıflamasını ve bu kavrama dayalı önemli tedavi ilkelerini sunuyor. İatrojenik hastalığın, hastalıkların tedavisi kadar, hastalık olmayan hastalıkların tedavisinden de kaynaklanması olasıdır.

60. Abraham B. Bergman ve Stanley J. Stamm, 'the Morbidity of Cardiac Nondisease in School Children', *New England Journal of Medicine* 276 (1967): 1008-13. 'İnsanların kendileri ya da başkaları tarafından var olmayan bir hastalığa sahip olduklarının sanıldıkları sürgün ruhlar diyarından' özel bir örnek veriyor. 'Bazı var olmayan hastalıklara eşlik eden kötü etkiler, bunların karşılığı olan gerçek hastalıklar kadar ileridir... çocuklardaki var olmayan kardiyak hastalığın neden olduğu sakatlığın gerçek kalp hastalığından daha büyük boyutta olduğu tahmin edilir. Ayrıca bkz. J. Andriola, 'A Note on Possible Iatrogenesis of Suicide', *Psychiatry* 36 (1973): 213-18.
61. Klinik iatrojenezin uzun bir tarihi vardır. Plinius Secundus, *Naturalis Historia* 29,19: 'Bizi doktorlardan koruyacak ne cahilliğe karşı bir yasa ne de bir ölüm cezası örneği var. Doktorlar bizi tehlikeye atarak öğreniyorlar, deneme yapıyorlar ve yaptıkları müthiş hatalarla insanları öldürüyorlar; gerçekte doktor, öldürmesine izin verilen tek kişidir. Daha da ileri giderler ve hastayı sorumlu tutarlar: Dayanamayıp öleni suçlarlar." Aslında, Roma hukuku, doktorları yalnızca cehalet ve kayıtsızlıktan dolayı değil, acemice iş yapmaktan ötürü de yasal olarak sorumlu tutuyordu. Bir köleye operasyon yapan, ama nekahat dönemini iyi takip etmeyen doktor, kölenin fiyatını ve kölenin uzayan hastalığı nedeniyle efendisinin kaybını ödemek zorundaydı. Bu yasalar yurttaşları kapsamıyordu ama kendi inisiyatifleriyle hatalı uygulamanın öcünü alabilirlerdi.
62. Montesquieu, *De l'esprit des lois*, 29. kitap, 14. bölüm, (Paris: Pléiade, 1951). Roma hukuku doktorların kayıtsızlık ve beceriksizlik nedeniyle cezalandırılmalarını uygun görmüştü (the Cornelian laws, De Sicariis, inst. IV. tit.3, de lege Aquila 7). Eğer hekim zengin ve üst düzeyde bir kişiyse yalnızca sınır dışı edilme cezasına çarptırılır, ancak düşük düzeyde biriyse ölüme mahkûm edilirdi. Bizim yasalarımızda bu böyle değil. Roma yasaları bizimkilerle aynı koşullar altında yapılmamıştı: Roma'da her cahil hevesli tıpla uğraşıyordu; ama bizim hekimlerimiz mesleklerini öğrenecekleri mantığıyla düzenli bir eğitim sürecinden geçmek ve belli bir düzeye gelmek zorundadırlar. Bu pasajda on yedinci yüzyıl felsefecisi tıp eğitimi konusunda günümüzdeki iyimser görüşü sergiliyor.
63. Alman dahiliye uzmanları için günümüzde hastanın doktorla karşı karşıya kalabileceği süre her ziyaret için 1.7 dakikaya inmiştir. Heinrich Erdmann, Heinz-Günther Overrath ve Wolfgang ve Thure Uxkull 'Organisations-probleme der Ärztlichen Krankenversorgung: Dargestellt

am Beispiel einer medizinischen Universitätsklinik', *Deutsches Ärzteblatt. Ärztliche Mitteilungen* 71 (1974): 3421-6. Bu süre o zamanlar (1963'te) yaklaşık 3 dakika idi. Bkz. T. Geyer, *Verschworung* (Hilchenbach: Medizin-politisher Verlag, 1971), s. 30.

64. Bireylere yönelik zarardan öte genetiği daha geniş işleyen bir kaynak için bkz. John W. Goffman ve Arthur R. Tamplin, 'Epidemiological Studies of Carcinogenesis by Ionizing Radiation', *in Proceedings of the Sixth Berkeley Symposium on Mathematical Statistics and Probability*, Univ. of California, Haziran 1970, s. 235-77. Kanserojen etkisinin boyutu henüz bilinmeyen bir etken söz konusu olduğunda insanların tehlikeyle karşı karşıya kalmaya devam etmelerinin caiz olduğu görüşü çok yaygındır. Yazarlar, insanların etkenle temasını durdurmak için önce insanlarla ilgili epidemiyolojik kanıtları istemenin ne caiz ne de iyi bir halk sağlığı uygulaması olduğunu gösteriyorlar. Nükleer kaynaktan elektrik enerjisi elde etmede ortaya çıkan iyonize radyasyona karşı yürütülen tartışma, genetik etkisi bilinmeyen tüm tıbbi tedavilere de uygulanmalıdır. Hekimlerin tüm toplumlarda hoşgörü düzeyleri oluşturma yetenekleri teorik zeminde sorgulanmalıdır.
65. Daha çok veri ve kaynak için bkz. *U. S. House of Representatives*, Committee on Interstate and Foreign Commerce, *An Overview of Medical Malpractice*, 94. Kongre, ilk toplantı, 17 Mart 1975.
66. Hastaların hatalı tedavisi benimsenmiş bir rutin haline gelmiştir; bkz. Charles Butterworth, 'Iatrogenic Malnutrition', *Nutrition Today*, Mart-Nisan 1974. Amerika ve Kanada'daki gizli kalmış en yaygın kötü beslenme olgularından biri yoksul köylerde ya da kentin gecekondu semtlerinde değil, metropol hastanelerinin özel odalarında ve koğuşlarındadır. J. Mayer, 'Iatrogenic Malnutrition', *New England Journal of Medicine* 284 (1971):1218.
67. George H. Lowrey, 'The Problem of Hospital Accidents to Children', *Pediatrics* 32 (Aralık 1963): 1064-8.
68. J. T. McLamb ve R. R. Huntley, 'The Hazards of Hospitalization', *Southern Medical Journal* 60 (Mayıs 1967): 469-72.
69. 'La maladie iatrogéne est presque toujours a bas névrotique': L. Israel, 'La Maladie iatrogéne', in *Documenta Sandoz*, n.d.
70. Ralph Audy iatrojenezin çeşitli basamakları arasında ayrım yapmıştır, 'Manmade Maladies and Medicine', *California Medicine*, Kasım 1970, s. 48-53. Yazar, iatrojenik 'hastalık'ın insanın yol açtığı kötü durumların yalnızca bir türü olduğunu kabul ediyor. Bunlar etyolojilerine göre birçok kategorilere ayrılır: Teşhis ve tedaviden kaynaklananlar, sosyal ve psikolojik yaklaşım ve durumlarla ilgili olanlar ve hastalıkları önlemek ya da ortadan kaldırmak için insanlar tarafından yapılmış programlardan kaynaklananlar. Yazar, klinik iatrojenik olayların yanı sıra tıbbi etyolojiye dayalı diğer kötü durumları da ayırt ediyor.

71. 'Das Schicksal des Kranken verkörpert als Symbol das Schicksal der Menschheit im Stadium einer techniscen Weltentwicklung': Wolfgang Jacob, *Der kranke Mensch in der techniscen Welt*, IX. Internationaler Forbildungskurs für praktische und wissenshaftliche Pharmazie der Bundesapothekerkammer in Meran (Frankfurt am Main: Werbe. und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker, 1971).
72. James B. Quinn, 'Next Big Industry: Environmental Improvement', *Harvard Business Review* 49 (Eylül-Ekim 1971): 120-30. Yazar, çevreyi iyileştirme işinin endüstri için yatırım yapmaya değen ve sonunda gelire ve GSMH'ye önemli bir katkı oluşturan dinamik ve kârlı bir dizi pazar haline gelmekte olduğuna inanıyor. Zımnen aynı tartışma hatalı uygulama sigortası yandaşları tarafından sağlık hizmetinde de yapılıyor.
73. Bu terimi Honoré Daumier (1810-79) kullanmıştır. Onun çizimlerinin reprodüksiyonu olan Werner Block'taki 'Némésis médicale'ye bakınız: *Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrunderten* (Stuttgart: Enke, 1966).

II.
SOSYAL İATROJENEZ

2. Yaşamın Tıplaştırılması

1. Judith P. Swazey ve Renée Fox, 'The Clinical Moratorium: A Case Study of Mitral Valve Surgery', der. Paul A. Freund, *Experimentation with Human Subjects* (New York: Braziller, 1970), s. 315-57.
2. Francisco Goya, 1786'da yapılmış bir dizi gravür olan *Los Caprichosta*, masada, başı kollarının arasında uyuyan bir adamın çevresindeki canavarları resmetmiştir. Masa üzerinde bir el yazısı okunmaktadır: 'El sueno de la razon produce monstruos' (Akıl uykudayken canavarlar üretir, ç.n.). René Dubos bu resmi *The Mirage of Health* adlı kitabının kapağında kullanmıştır (3. nota bakın). Bu resim, yazarın kitabında işlemeye çalıştığı konuyu tamamıyla kuşatmaktadır.
3. Morton Mintz, *The Pill: An Alarming Report* (Boston: Beacon Press, 1970). Tıptaki araştırmaları, tıp literatüründeki önemli ama atlanmış, örtbas edilmiş ve gizlenmiş bilgilerle nasıl birleştireceğini iyi bilen bir gazete muhabiri tarafından sunulan bir inceleme modeli.
4. Francis D. Moore, The Therapeutic Innovation: Ethical Boundaries in the Initial Clinical Trials of New Drugs and Surgical Procedures', der. Freund, *Experimentation with Human Subjects*, s. 358-78.
5. Mesleki ilerleme üzerinde böylesi dışarıdan bir kontrolün gerekliliği hakkında bir örnek yararlı olabilir. Peter R. Breggin, 'The Return of Lobotomy and Psychosurgery', *Congressional Record* 118 (24 Şubat 1972):

5567-77. Bu çalışmada, günümüzde lobotominin (beynin bir kısmının çıkarılması, ç.n.) ABD'de ve tüm dünyada yeniden gündeme gelmesi üzerine çok geniş bir literatürden gerçekten çarpıcı bir tarama sunuluyor. İlk dalga çoğunlukla (üçte iki) devlet hastanelerinde yatan kadın hastalara yönelikti ve bunların ABD'de yalnızca 1964'ten önce 50.000 kişi olduğu iddia edildi. Beynin bölümlerini yok etmek için ultrason dalgaları, elektrikle koagülasyon ve radyum parçacıkları yerleştirmek gibi yeni yöntemler vardır. Bu teknik, yaşlı kişileri sakinleştirmek ve böylece düşkünler evindeki bakımlarını daha ucuza getirmek; hiperaktif çocukları kontrol altına almak ve erotik fantezilerle kumar oynama eğilimini azaltmak amacıyla kullanılmaktadır.

6. Her toplumun kendine özgü bir 'nosoloji'si, yani hastalıkları sınıflandırma biçimi vardır. Gerek hastalık sınıfına sokulan durumların kapsamı gerek listeye giren hastalık sayısı ve türleri tarih boyunca değişim gösterir. Toplum tarafından tanınmış resmi ya da tıbbi nosoloji, toplumun bir ya da birçok sınıfının paylaştığı hastalık algılamasıyla devre dışı bırakılabilir. Bkz. Michel Foucault, *The Birth of the Clinic*, çev. A. M. Sheridan Smith (New York: Pantheon, 1973). Bizim toplumumuzda ise nosoloji hemen hemen tümüyle tıplaştırılmıştır; hekim tarafından etiketlenmemiş sağlıksızlık, ya hastaymış gibi yapma ya da yanılgı sayıldığından hiçbir değer taşımamaktadır. İatrojenik hastalığa geleneksel nosoloji içinde küçük bir kategori muamelesi yapıldığı sürece bunun bilinen toplam hastalık bütünlüğüne katkısı doğru bir biçimde değerlendirilemeyecektir. Irving Kenneth Zola, 'Medicine as an institution of social control', *Sociological Review*, vol.20, no.4 (new series), Kasım 1972: 487-509. "Bu makalenin konusu tıbbın din ve yasa gibi daha geleneksel kurumları içine alamadığı durumlarda kenara iten büyük bir toplumsal denetim kurumu haline gelmekte olduğudur. Tıp, gerçeğin yeni ambarı, mutlak ve genellikle son kararı ahlak açısından sözde tarafsız ve nesnel uzmanların sağlık adına verdiği bir kurum haline gelmektedir." Bu deneme ancak son müsveddeleri okuduktan sonra dikkatimi çekti ve toplumun bu kitapta kullandığım anlamda 'tıplaştırılması' teriminin bu göz kamaştırıcı ve dopdolu makalede aynı fenomen için kullanıldığını belirtmek olanağım yoktu.

7. 'Şiddet' terimini sayılarla gösterebilen, ama doğrudan ölçülemeyen bir artışı anlatmak amacıyla kullandım. Felç eden korku kaçmaya yönelten daha küçük bir korkudan asla daha büyük değildir. Fernand Renoitre, *Eléments de critique des sciences et de cosmologie*, course published by the Institut Supérieur de Philosophie, Louvain, 1947, s. 129-30.

8. Profesyonel kurumlara uygulanan 'radikal tekel' teriminin daha sistematik bir analizi için bkz. Ivan Illich, *Tools for Conviviality*, (Calder & Boyars, 1973), Türkçede, Şenlikli Toplum, çev. Ahmet Kot, Ayrıntı Yayınları, 1989, 3. bölüm, s. 51-7.

9. Bir örnek: Aşağı yukarı 1969'a değin penisilin G tabletleri Meksika eczanelerinden, jenerik ismiyle, çok düşük fiyatla sağlanabiliyordu. O tarihten sonra piyasada bulunmaz oldular. Farmakopea Mexicana listesinde oral Penisilin G ticari preparat olarak bile bulunmamaktadır. Yalnızca epey pahalı preparatları satılmaktadır.
10. Der. John Blake, *Safeguarding the Public: Historical Aspects of Medical Drug Control*, Papers from a Conference Sponsored by the National Library of Medicine (Baltimore: Johns Hopkins, 1970). Tıp mesleğinin kendi oluşturduğu, karşılık gözetmeksizin yardım sağlama imajını geliştirme yöntemi üzerine bkz. L. Edelstein, *The Hippocratic Oath* (Baltimore: Johns Hopkins, 1943).
11. Değişim değeri ile kullanım değeri arasındaki klasik ayrım için bkz. Karl Marx, *Capital* (Chicago: Kerr, 1912), 1. cilt, 1. bölüm, özellikle dördüncü bölüm.
12. Michael Bosquet, 'Quand la médecine rend malade: La Terrible Accusation d'un groupe d'experts', *Le Nouvel Observateur*, no.519 (1974), s. 84-118 ve no. 520 (1974), s. 90-130. Bu makale sosyal iatrojenezin, temelde hasta rolünün mesleki tekelinin yerine getirdiği mazeret işlevinin sonucu olduğunu gösteriyor. Ernest Drucker and Victor Sidel, 'The Communicable Disease Model of Heroin Addiction: A Critique', ilk kez Amerikan Halk Sağlığı Örgütü'nün yıllık toplantısında, Kasım 1973'te sunulmuştur; yeni basım Eylül 1974. *American Journal Drug & Alcohol Abuse*, 1. cilt, no.3, 1974, s. 301-11. Toplumumuzdaki hastalığa yol açan yozlaşmayı ve bu yozlaşmanın kurbanı olan küçük grupları baskı altına almak için epidemiyolojinin nasıl kullanıldığını gösteriyor.
13. Paul Ramsey, *Fabricated Man: The Ethics of Genetic Control* (New Haven, Conn.: Yale Univ. Press, 1970). Bu kitap yapmamamız gereken bazı şeyler olduğunu gösteriyor. Bu şeyleri uzak tutmak insanları teknik denetimle aşağılanmadan kurtaracak gerekli bir koşuldur. Ramsey tıbbi tekniklerin özel türleri hakkında bu sonuca varıyor. Ben de aynı şeyin üzerinde, tıp uğraşının küresel yoğunluğu açısından durdum.
14. P.M. Brunetti, 'Health in Ecological Perspective', Acta *Psychiatrica Scandinavica* 49, fasc. 4 (1973): 393-404. Brunetti, gücün konsantre edilmesi ve ekstra-metabolik enerjiye bağımlılığın, çevreyle bütünleşmesi otonomisini geliştirmesine bağlı olan canlılar için çevreyi yaşanamaz hale getirebileceğini savunuyor. Tıp ise bu değişimi rasyonalize etmek için kullanılır.
15. Renée fox, 'Illness', *International Encyclopedia of Social Sciences* (1968), 7:90-96. Bu kavramın evrimine mükemmel bir giriş.
16. Talcott Parsons, *The Social System* (New York: Free Press, 1951), s. 428 ff. Bu kitap hasta rolünün klasik formülasyonunu veriyor. Miriam Siegler ve Humphrey Osmond, *Models of Madness, Models of Medicine* (New

York: Macmillan, 1974) Bu kitap, insanları kötürümleştirici sapkınlığın pek çok modelini karşılaştırıyor ve yalnızca Parsons tipi hasta rolünün terapi ihtiyacı doğuracağını iddia ederek bu tip hasta rolünün görece yaygınlaşmasına politik nedenler gösteriyor. Bunun tersi bir iddiayı da Niels Christie'nin tedavinin asıl amaca zarar verici özelliği üzerine yakında çıkacak olan, adı henüz konmamış kitabında bulabilirsiniz. (Manuskri için Niels Christie'ye yazabilirsiniz: Oslo Üniversitesi Hukuk Fakültesi.)

17. Forrest E. Clements, 'Primitive Concepts of Disease', *University of California Publications in American Archaeology and Ethnology* 32, no.2 (1932): 185-252. En bildik etyolojiler dört ana kategoriye ayrılır: (1) Büyücülük, (2) Tabuların yıkılması, (3) Yabancı bir nesnenin işe karışması, (4) Ruhun yitirilmesi.
18. Eliot Freidson, 'Disability as Deviance', der. M.B. Sussman, *Sociology and Rehabilitation* (Washington: American Sociological Association, 1966), s. 71-99. Profesyonel teşhis ancak meslekten olmayanların bazı kişilere yüklenmiş değerlere yönelik algılamalarına geçerlilik kazandırmaya yarar.
19. Harold Garfinkell, 'Conditions of Successful Degradation Ceremonies', *American Journal of Sociology* 61 (Mart 1956): 420-44. Toplumumuzda, mahkemeler dışında insanları küçük düşürme ender rastlanan bir şeydir. Ancak tıp, bugün bile, kamuyu, otokontrol ve cinsellik kadar temel olduğu düşünülen özelliklerine bakarak değerlendirmektedir.
20. Louis Lewin, *The Untoward Effects of Drugs*, çev. W.T. Alexandre (Detroit: Davis, 1883). Çok eskiden basılmış olduğu halde bu kitap okuması son derece ilginç olan, tarihsel dipnotlarla dolu bir kitaptır. Neron'un muhafızlarından (İspanyol sineği) II. Otto'ya (sarısabır otu) ve İbni Sina'ya (biberli lavman) dek tıp kurbanlarının bir listesini yapıyor.
21. Arkaik metinlerden Hipokrat külliyatına dek bu terimin çift anlamlılığı konusunda bkz. Walter Artelt, *Studien zur Geshichte der Begriffe 'Heilmittel' und 'Gift': Urzeit-Homer-Corpus Hippocraticum* (Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1968). John D. Gimlette, Malay Poisons and Charm Cures (Kuala Lumpur: Oxford Univ. Press, 1971); John D. Gimmlette ve H.W. Thompson, A Dictionary of Malayan Medicine (Kuala Lumpur: Oxford Univ. Press, 1971): Her iki cilt de tümüyle farklı bir dünyadaki aynı belirsizliği müthiş bir biçimde tanıtıyor.
22. Judith Lorber, 'Deviance as Performance: The Case of Illness', der. Eliot Freidson ve Judith Lorber, *Medical Men and Their Work* (Chicago: Aldine, 1972), s. 414-23. Bu kitap sapkın kişinin bir etiketin değil de bir başka etiketin empoze edilmesini sağlayacağını umduğu izlenimi iletme çabalarını tartışmaktadır.
23. Thomas S. Szasz, 'The Psychology of Persistent Pain: A Portrait of l'Homme Douloureux', der. A. Soulairac, J. Cahn ve J. Carpenter, Pain,

Proceedings of the International Symposium Organized by the Laboratory of Psychophysiology, Faculty of Sciences, Paris, 11-13 Nisan 1967 (New York: Academic Press, 1968), s. 93-113.

24. Mark G. Field, 'Structured Strain in the Role of the Soviet Physician', *American Journal of Sociology*, 58 (1953): 493-502. Hükümetin çok fazla çalıştırılan işçiler arasmda çok talep bulan hasta izin belgelerini dağıttığı bir durumu anlatıyor. Hekimler işçilerin çıkarlarıyla üretimin gerekleri arasında bir denge kurmak için hastalık tanımını birazcık değiştirmek zorunda kalıyorlar. Thomas S. Szasz, 'Malingering: Diagnosis or Social Condemnation?', der. Friedson ve Lorber, *Medical Men and Their Work*, s. 353-68.
25. Edwin S. Shneidman, 'Orientations Towards Death: A Vital Aspect of the Study of Lives', der. Robert W. White, *The Study of Lives: Essays on Personality in Honor of A. Murray* (New York: Atherton, 1963). Ölümün belli bir amaçla sınıflandırılması, meşruluğu ve bu konu hakkında daha fazla başvuru kaynağı için bkz. Gregory Zilboorg, 'Suicide Among Civilized and Primitive Races', *American Journal of Psyhiatry* 92 (Mayıs 1936): 1347-69.
26. Örneğin eczacılar müşterilerini zehirlemekten ötürü suçlanmazlar. Bkz. Earl R. Quinney, 'Occupational Structure and Criminal Behavior: Prescription Violation by Retail Pharmacists', *Social Problems* (1963): 179-85.
27. Howard S. Becker, Outsiders: *Studies in the Sociology of Deviance* (New York: Free Press, 1963). Bir işin ya da mesleğin terapötik yönelimi ile 'müteşebbislik' arasındaki ilişkiyi açıklıyor.
28. Joseph R. Gusfield, 'Social Structure and Moral Reform: A Study of the Woman's Christian Temperance Union', *American Journal of Sociology* (Kasım 1955): 221-32. Ahlakın haçlıları yararlanmaya çalıştıklarını ıslah etmeyi bir saplantı haline getirmişlerdir.
29. Frank Tannenbaum, *Crime and the Community* (New York: Columbia Univ. Press, 1938).
30. Wilbert Moore ve Gerald Rosenblum, *The Professions: Roles and Rules* (New York: Russell Sage, 1970). Bu kapsamlı kaynak rehberinin özellikle 3. bölümüne bakınız.
31. William J. Goode, 'Encroachment, Charlatanism and the Emerging Proffessions: Psychology, Medicine and Sociology', *American Sociological Review* 25 (Aralık 1960): 902-14.
32. Bkz. Miriam Siegler and Humphrey Osmond, 'Aesculapian Authority', *Hastings Center Studies* 1, no. 2 (1973): 41-52.
33. Eliot Freidson, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge* (New York: Dodd, Mead, 1971), s. 208.
34. June Goodfield, 'Reflections on Hippocratic Oaths', *Hastings Center Studies* 1, no.2 (1973): 79-92.

35. Hukukun, kimisini yaşamak için seçmek, kimisini de ölüme mahkûm etmek konusunda pek deneyimi yoktur. Su alan kurtarma botundaki 41 yolcudan 14'ünü denize atabilmek için katleden denizciler bu suçtan mahkûm olmuşlardır (ABD'ye karşı Holmes, 1842). ABD yargı sisteminin bu konudaki, bugüne dek süren sessizliği yasama meclisinin sessizliği ile birlikte, sağ kalacak kişileri seçmeyi içeren kararları, yasal analizin muhatabı olmayan işlemlere bırakma tercihini ima eder görünmektedir. Ancak yaşamı uzatma denen tedaviyi isteyen hastaları profesyonel kişilerin önyargılarına ve keyfiliklerine karşı koruyacak bir yasa çıkarılması istekleri giderek artmaktadır. 206. dipnota bakınız.
36. Seymour E. Harris, *The Economics of American Medicine* (New York. Macmillan, 1964). Sağlık hizmeti harcamalarının yüzde 380 oranında arttığı 1946 ile 1961 arası dönemde hizmetlerin, ilaçların, birçok alandaki insan gücünün detaylı bir araştırmasını içeren, tarihsel açıdan önemli bir inceleme.
37. Robert W. Hetherington, Carl E. Hopkins ve Milton I. Roemer, *Health Insurance plans: Promise and Performance* (New York: Wiley 1975). ABD'yi kimileri ticari, kimileri mali destekli ve kimleri de meslek grupları tarafından düzenlenmiş otonom ve birbiriyle rekabet halindeki sağlık planları yönetmektedir. Bütün bunlar, ulusal sağlık sigortasının kesintileri aracılığıyla yurttaşların çoğunluğuna ödettirilmektedir. Müşterilerin farklı alternatiflere karşı tepkisi aslında pek bir şeyin değişmediğini gösteriyor.
38. Martin S. Feldstein, *The Rising Cost of Hospital Care* (Washington, D.C.: Information Resources, 1971). Hastane masrafları doktor ücretlerindeki artışı büyük farkla geride bırakmıştır. Sağlık hizmetinin genel tutarı tüketici fiyat endeksindeki tüm mal ve hizmetlerden daha hızlı artış göstermiştir. Reçete ve ilaç tutarları en az oranda artmıştır. Reçetesiz ilaç fiyatları gerçekte düşmüştür, ama bu düşüş reçete tutarıyla telafi edilen miktardan daha fazladır.
39. CREDOC (Centre de recherches et de documentation sur la consommation), *Evolution de la structure des soins médicaux*, 1959-1972 (Paris, 1973).
40. 'Krankheitskosten: "Die bombe tickt"; Das westdeutsche gesundheit-swesen', 1. 'Der Kampf um die Kassen-Milliarden'; 2. 'Die Phalanx der niedergelassenen Ärzte', *Der Spiegel*, no. 19 (1975), s. 54-66; no. 20 (1975), s. 126-42.
41. Sağlık hizmetindeki fiyat patlaması olgusuna genel bir giriş için bkz. R. Maxwell, *Health Care: The Proving Dilemma; Needs vs. Resources in Western Europe, the U.S., and the U.S.S.R.* (New York: McKinsey & Co., 1974). Der. Ian Douglas. Wilson and Gordon McLachlan, *Health Service Projects: An International Survey* (Boston: Little, Brown, 1973). Bu uluslararası ölçekte yapılan karşılaştırma farklı sistemlerin 'organizasyon ve ideolojide

aşırı heterojenliğini' gösteriyor. Her yerde "sağ ya da sol politikalar nedeniyle değil, yalnızca kıt ve pahalı kaynakların daha idareli kullanılması gerekliliğinden dolayı herkes ölçülü davranmaya yöneltilmiştir". Hiçbir ülke, hastalıkların tedavisi için ayrılan fonlarda kontrolsüz bir artışa sonsuz tahammül gösteremez.

42. Louise Russell et al., *Federal Health Spending*, 1969-74 (Washington, D.C.: Center for Health Policy Studies, National Planning Association, 1974). Karşılaştırma için B. Abel Smith, *An International Study of Health Expenditures and Its Relevance for Health Planning*, Public Health Paper no. 32 (Geneva-World Health Organization, 1967). Bakanlıklara iletilen bir soru metnine dayalı bu çalışma içerik bakımından yazarın daha önceki Paying for Health Services adlı çalışmasını aşmakta ve trend çalışmaları için veri sağlamaktadır. Herbert E. Klarman, *The Economics of Health* (New York: Columbia Univ. Press, 1965), ABD'de arz, talep ve organizasyon konusunda, bol literatürle destekleyerek niteliksel bir analiz sunuyor.
43. John Bryant, *Health and the Developing World* (Ithaca, N.Y.: Cornell Univ. Press, 1969). Uluslararası yardım alan ülkelerdeki sağlık hizmetinin bir tablosu.
44. Profesyonel yöneticilerin topladığı belgeler hakkında bkz. Bruce Balfe et al., *Resource Materials on the Socio-economic and Business Aspects of Medicine* (Chicago: Center for Health Services R & D., American Medical Association, 1971). Araştırma raporlarından makalelere kadar Time dergisinde yayımlanmış, tıp ekonomisiyle ilgili, çoğu ABD kaynaklı yazıları bulmak için bkz. American Medical Association, *Medical Socioeconomic Research Sources*. 1970'ten beri 12 sayı basılmıştır.
45. Feldstein, Rising Cost of Hospital Care.
46. John H. Knowles, 'The Hospital', *Scientific American* 229 (Eylül 1973): 128-37. Hastane harcamalarındaki değişimleri gösteren tablo ve grafikleri içerir.
47. Martin S. Feldstein, 'Hospital Cost Inflation: Study of Nonprofit Price Dynamics', *American Economic Review* 61 (Aralık 1971): 853-76. Sermaye-yoğun tıpta daha da büyük bir artışı önceden haber veren tamamlayıcı bir çalışma olarak bkz. Dale L. Hiestand, 'Research into Manpower for Health Servvices', *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (Ekim 1966): 146-81.
48. Robert Rushmer, *Medical Engineering: Projections for Health Care Delivery* (New York: Academic Press, 1972), s. 115.
49. Victor R. Fuchs, *Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice* (New York: Basic Books, 1974), s. 15.
50. W.H. Forbes, 'Longevity and Medical Costs', *New England Journal of Medicine* 227 (1967): 71-8. Süre, geri kalan ortalama yaşam süresi olarak ölçülmüştür. Bu miktar 1947-65 arasında sabit kalmış, ama ABD oranları

diğer sanayileşmiş ülkelerle karşılaştırıldığında erkeklerde keskin, kadınlarda hafif bir düşüş göstermiştir. "Sağlık için harcanan para ile insanların ömürleri arasında (incelenen 30 ülkede) artık önemli bir ilişki yoktur." Ayrıca bkz. P. Longone, 'Mortalité et morbidité', *Population et Société*, no. 43 (Ocak 1972).

51. Victor Cohen, 'More Hospitals To Fill: Abuses Grow', *Technology Review*, Ekim-Kasım 1973, s. 14-16.
52. Robert F. Rushmer, *Medical Engineering: Projections for Health Care Delivery* (New York: Academic Press, 1972). Ulusal fonlarda beklenen artışın göğüs büyütücüden yapay kalbe varıncaya kadar her türlü yedek parça için yeni bir pazar oluşturacağı umudunu dile getiriyor.
53. Feldstein, *Rising Cost of Hospital Care.*
54. William A. Glaser, *Paying the Doctor: Systems of Remuneration and Their Effects* (Baltimore: Johns Hopkins, 1970). Hekimin yaptığı işin fiyatını biçme konusundaki farklı yöntemlerin etkisinin karşılaştırmalı bir incelemesi için başvurmaya değer.
55. John and Sylvia Jewkes, Value for Money in Medicine (Oxford: Blackwell, 1963), s. 30-37, şurayı tartışabilirsiniz: "Belki de, seçmenler daha bilinçli hale geldikçe, ücretsiz sağlık hizmeti için aslında para ödemeleri gerektiğini kabul edeceklerdir"; bunun yanı sıra daha sağlıklı alışkanlıklarla görece daha ucuza korunmanın parayla satın alınan tedaviden daha verimli olduğunu da kabul edeceklerdir.
56. Fuchs, *Who Shall Live?* 3. bölümde, bireysel çalışma izni yerine kurumsal çalışma iznini savunuyor. Böylesi bir sistemde, sağlık hizmeti veren kuruluşlara devletçe lisans verilecek ve bu kuruluşlar istedikleri personeli tutup uygun gördükleri işte çalıştırma hakkına sahip olacaklar. Bu sistem kaynakları daha verimli kullanacak ve mesleğin giderek yükselmesini sağlayacak, ancak hekimin insanlara verilen sağlık hizmeti üzerindeki denetimini azaltacaktır.
57. Britanya'da sosyalize tıpla ilgili kaynaklar için bkz. Freidson, *Profession of Medicine*, s. 34, n.9.
58. Michael H. Cooper, *Rationing Health Care* (Londra: Halsted Press, 1975). Britanya Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin ilk 26 yılının özellikleri ve sorunlarıyla ilgili genel bir ekonomik gözlem yapmayı amaçlayan ciddi, eleştirel ve canlı bir girişim.
59. Y. Lisitsin, *Health Protection in the USSR* (Moskova: Progress Publishers, 1972).
60. Mark G. Field, *Soviet Socialized Medicine: An Introduction* (New York: Free Press, 1967). Sovyet tıp sisteminin (12 yıldır çağdışı kalmış) standart bir tanıtımı. 9. ile 12. sayfalar arasında Alman, İngiliz ve Fransız literatürüne yönelik bir eleştiri ve 5. bölümde sosyal önceliklerden tedavi önceliklerine dönüşe başvuru yapılıyor.

61. Aşağıdaki 64. nota bakınız.
62. John Frey, *Medicine in Three Societies* (MTP; Aylesbury, England, 1974).
63. Mark G. Field 'Soviet and American Approaches to Mental Illness: A Comparative Perspective', *Review of Medical Sciences* 1 (1964): s. 1-36.
64. Joachim Israel, 'Humanisierung oder Bürokratisierung der Medizin?' *Neue Gesellschaft* 21 (1974): 397-404. Tıpta özel olarak sağlıkla ilgili biçimler almış ve hem Federal Alman Cumhuriyeti'nde hem de SSCB'de insanları aynı şekilde tehdit eden, yaşamın bürokratikleştirilmesi yönünde 15 güçlü eğilimin bir envanterini sunuyor.
65. Odin W. Anderson, *Health Care: Can There Be Equity? The United States, Sweden and England* (New York: Wiley, 1972). Her üç ülkedeki sistem de aynı tür bürokrasiye doğru, birbirine yakın bedeller ödeyerek yol almaktadır. Ancak ABD'de adalet çok daha azdır.
66. International Bank for Reconstruction and Development, *Health Sector Policy Paper*, Washington, D. C., Mart 1975.
67. Yoksul ülkelerdeki tıp okullarının zengin ülkelere sürekli para transferi için en verimli araçlardan birini oluşturduğunu gözden kaçırmamak gerekir. O. Ozlak ve D. Caputo, 'The Migration of Medical Personnel from Latin America to the U.S.: Towards an Alternative Inrepretation', paper presented at the Panamerican Conference on Health and Manpower Planning, Ottawa, Canada, 10-14 Eylül, 1973. Yazarlar, hekimlerin ABD'ye göçmesi nedeniyle tüm Latin Amerika'nın yıllık kaybını 200 milyon dolar olarak hesaplıyorlar. Bu rakam ABD'nin gelişiminin yani 'ilerleme ittifakı' ile başlayan dönemin ilk on yılında Latin Amerika'ya verdiği toplam tıbbi yardıma eşittir. Hossain A. Ronaghy, Kathleen Cahill ve Timothy D. Baker, 'Physician Migration to the United States: One Country's Transfusion Is Another Country's Hemorrhage', *Journal of the American Medical Association* 227 (1974): s. 538-42. Bu yazıda, İranlı öğrencilerin bitirdikleri üniversiteden sonra yurtdışına göçleri hakkında bilgi veriliyor. Der. Oscar Gish, *Doctor Migration and World Health*, Occasional Papers on Social Administration no. 43, Social Administration Research Trust (Londra: Bell, 1971). Stephen S. Mick, 'The Foreign Medical Graduate', *Scientific American* 232 (Şubat 1975): 14-22. Şu anda ABD'de, 58.000 kişilik bir ithal hekim ordusu hizmet etmektedir; tam lisanslı çalışanlar bunun dört katıdır. Orta Atlantik, Orta Kuzey ve New England bölgelerinde yabancı hekimlerin sayısı yerlileri geçmiştir. Hindistan, Filipinler, İtalya ve Kanada, her biri bunların 3.000'den fazlasının; Arjantin, Güney Kore ve Tayland da 1.000'den fazlasının eğitimini finanse etmiştir. Not: Perulu bir hekimin eğitimi Perulu bir çiftçinin eğitiminin altı bin katına mal olmaktadır.
68. Gana'da, Merkez Hastanesi resmi sağlık kurumunun elindeki 298 doktordan 149'unu çalıştırmakta, hastane dışındaki hastaların ancak yüzde

biri resmi bir doktorun hizmetinden yararlanabilmektedir. M. J. Sharpston, 'Uneven Geographical Distribution of Medical Care, a Ghanaian Case Study', *Journal of Development Studies* 8 (Ocak 1972): s. 205-22.

69. Latin Amerika'da sağlık konusunda sosyal bilimciler tarafından yapılmış yararlı bir araştırma için bkz. Arthur Rubel, 'The Role of Social Science Research in Recent Health Programs in Latin America', *Latin American Research Review* 2 (1966): s. 27-56. Dieber Zschock, 'Health planning in Latin America: Review and Evaluation', *Latin American Research Review* 5 (1970): s. 35-56.
70. Victor R. Fuchs, 'The Contribution of Health Services to the American Economy', *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (Ekim 1966): 65-103. Fuchs bu konuyu eve yöneltiyor.
71. İlk okuma için bkz. Joshua Horn, *Away with All Pests: An English Surgeon in People's China*, 1954-1969 (New York: Monthly Review Press, 1971). Victor W. and Ruth Sidel, 'Medicine in China: Individual and Society', *Hastings Center Studies* 2, no. 3 (1974): s. 23-36. Victor Sidel, 'The Barefoot Doctors of the People's Republic of China', *New England Journal of Medicine* 286 (1972): 1292-1300. A. J. Smith, 'Medicine in China' (5 makale), *British Medical Journal*, 1974, 2: 367-70 ve ardından gelen dört konu. Carl Djerassi, 'The Chinese Achievement in Fertility Control', *Bulletin of the Atomic Scientists*, Haziran 1974, s.17-24. Paul T. K. Lin, 'Medicine in China', *Center Magazine* (Santa Barbara, Calif.), Mayıs-Haziran, 1974. M.H. Liang et al., 'Chinese Health Care: determinants of the System', *American Journal of Public Health* 63 (Şubat 1973): s. 102-10. Horn'un yazısı bu konuda ilk ve en iyi rapordur. Sidel ve Smith'in yazıları ise yolculuk arkadaşlarından meslek profesyonellerine yönelik bir rapordur. Djerassi kontrasepsiyonun statüsüyle ilgili çok değerli içgörülere sahip. Lin, son zamanlarda dejeneratif hastalıklardaki artışın yarattığı yeni tehdide dikkat çekiyor. Ayrıca bkz. Ralph C. Croizier, *Traditional Medicine in Modern China: Science, Nationalism and the Tension of Cultural Change* (Cambridge: Harvard Univ. Press, 1968).
72. David Lampton, *Health, Conflict and the Chinese Political System*, Michigan Papers in Chinese Studies, 1974). 1971'den beri her biri kendi değerlerinin realizasyonunu öne çıkarmaya çalışan rekabet halindeki çıkar grupları tıpta 1968 öncesi bürokratik modelin yeniden kurulmasına yardım etmişlerdir.
73. Çağdaş Çin sağlık hizmetini daha çok incelemek için belgeler: *Joseph Quinn, Medicine and Public Health in the People's Republic of China*, U.S. Department of Health, Education and Welfare no. NIH 73-67. Fogarty International Center, A Bibliography of Chinese Sources on Medicine and Public Health in the People's Republic of China: 1960-1970, Department of Health, Education and Welfare publication no. NIH 73-

439. *American Journal of Chinese Medicine*, P.O. Box 555, Garden City, N.Y. 11530.

74. Vicente Navarro, 'Tha Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Human Health Recources in Latin Amerika; *International Journal of Health Services* 4, no. 1 (1974): z. 5-27. Sağlık hizmetinin kıt olması, yabancı benzerlerine bağımlı, kentli, girişimci bir burjuvazinin işini kolaylaştıran genel endüstri veriminin de kıt olmasıyla bağlantılıdır. Bu makale, Kanada'nın Ottawa kentinde 10-14 Ekim 1973 tarihinde toplanan Amerikan ülkeleri, Sağlık ve İşgücü Planlama Konferansı'na sunulmuş bir bildiriye dayanmaktadır. Politics and Society'nin 1974 ilkbahar sayısında hafifçe değiştirilmiş bir versiyonu yayımlanmıştır.
75. B. Shenkin, 'Politics and Medical Care in Sweden: The Seven Crowns Reform', *New England Journal of Medicine* 288 (1973). Önbilgi için bkz. Ronald Huntford, The New Totalitarians (New York: Stein & Day, 1972).
76. Roy A. ve Zhores Medvedev, *A Question of Madness* (New York: Knopf, 1972). Burada, toplumsal yapı olarak en az iki mesleğin, yani tıp ve hukukun devletin birer parçası olmasından yakınılıyor. Tıp hizmetlerinin totaliter bir biçimde merkezileşmesi bir yandan herkes için parasız sağlık hizmeti gibi ilerici bir ilkeyi öne çıkarırken, öte yandan tıbbın, hükümet denetiminin ve politik düzenlemelerinin bir aracı olarak kullanılmasına da yardımcı olmaktadır.
77. David R. Hyde et al., 'The American Medical Association: Power, Purpose and Politics in Organized Medicine', *Yale Law Journal* 63 (Mayıs 1954): s. 938-1022. Hyde'ın yazısı, hem erken bir döneme ait hem modası geçmiş, ama yine de değerli bir eleştiridir. Richard Harris, A Sacred Trust (Baltimore: Penguin, 1969). Amerikan Tıp Birliği'nin altmışlı yıllarda halk sağlığı yasalarına karşı zekice ve oldukça maliyetli savaşımının tarihçesi. Elton Rayack, *Professional Power and American Medicine: The Economics of the Medical Association* (Cleveland: World Pub., 1967). Yazar bu kitapta, Amerikan Tıp Birliği'nin, lisans verme ve hekimlerin sağlıkla ilgili olarak algıladıkları her türlü ürüne standart koyma konusunda sıkı denetimini sürdürebilmek için yaptığı şantaj ve gizli tertipleri açıklıyor. Ellerindeki bu denetim, güçleri üzerindeki tüm sınırlamayı kaldırmaktadır.
78. Doktorların birlik olmalarını önceden belirten nedenler konusunda bkz. S. Kelman, 'Towards a Political Economy of Medical Care', *Inquiry* 8, no. 3 (1971): s. 30-38; ayrıca 76. not.
79. Lewis Mumford, The Pentagon of Power, vol. 2, *The Myth of the Machine* (New York: Harcourt Brace, 1970). Bu kitap, bir megamakine olarak toplum kavramını işliyor.

80. Tüketim belli bir yoğunluğun üzerine çıktığında zaman kıtlığı yaratır: Staffan B. Linder, *Harried Leisure Class* (New York: Columbia Univ. Press, 1970); hızlanma mekân darlığına yol açar: Jean Robert, 'Essai sur l'accélération des dons', L'Arc (Aix-en-Provence), sonbahar 1975; ve planlama seçim olasılıklarını yok eder: Herbert Marcuse, Eros and Civilization (Boston: Beacon Press, 1955).
81. René Dubos, *Man and His Environment: Biomedical Knowledge and Social Action*, Pan-American Health Organization, Scientific Publication no.131 (Washington, D.C., Mart 1966). "İnsanların en çok arzuladıkları tür sağlık her bireyin kendisi için formüle ettiği hedeflere varabilmek için en uygun koşuldur." Ayrıca aşırı programlamanın, gerçek yaşamı yok edebileceğinin teorik biyoloji yoluyla gösterilmesi konusunda bkz. Heinz von Foerster, *Molecular Ethology: An Immodest Proposal* (New York: Plenum Press, 1970).
82. Victor Fuchs, 'Some Economic Aspects of Mortality in Developed Countries'. 1973 yılında, Tokyo'da yapılan sağlık ve tıp hizmetinin ekonomisi konulu konferansta sunulmuş bir makale. Fuchs "yaşamın ilk olarak ticaret dışı etkinliklerle üretildiğini ve dişilerin bu etkinliklerde uzmanlaştığını" söylüyor. Bu 'ticaret dışı etkinlikleri' tamamlamak dururken onların yerine metaları koymaya kalkışmak tümüyle sağlıksızdır. Anne sütünün yerini alan çeşitli formüllerin hasta edici etkisi konusunda bkz. Alan Berg, *The Nutrition Factor: Its Role in National Development* (Washington, D.C.: Brookings Institution, 1973), app. C, s. 229.
83. Bütçenin tıplaştırılması sağlığa profesyonel el koymanın ve tedavi eden kadro tarafından insanların kötü yazgılarına boyun eğdirilmelerinin bir ölçütüdür. El koyma, "Özgürce sahip olduğu bir şeyin kişinin elinden alınması": P. G. Osborn, *Concise Law Dictionary* (London: Sweet 6 Maxwell, 1964).

83a. Bu terimi Jean Pierre Dupuy ve Serge Karsenty bulmuştur, L'invasion pharmaceutique (Paris: Seuil 1974). Bu kitap, üç çeşit kuvvetin birbirlerine sürekli, karşılıklı destek vermelerini anlatıyor: Hasta çoğunluğunun gerçekçi olmayan beklentileri; temelinde simgesel bir işleve sahip teknik bir sistemin tıbbi yönetimi; ilaç sanayii tarafından gerçekleştirilen etkinliklerin daha geniş kitlelere yayılmasını sağlayan sahte-icat reklamları. Bu üç kuvvet, sağlık sektöründe sermaye birikimini destekleme konusunda birleşir. Yazar, bu kitabın Fransızca taslağı için yaptıkları işbirliğinden ötürü Dupuy ve Karsenty'ye teşekkür borçludur.

84. İlk okumalar için: Alfred M. Ajami, Jr, Drugs: *An Annotated Bibliography and Guide to the Literature* (Boston: Hall, 1973). Ajami çeşitli disiplinlerden oluşan bir ders için altmışlı yılların sonundaki ABD 'sahne'sinden 500'den fazla psiko-farmakoloji kaynağı seçmiş ve sunmuş. U. S. National Clearing House for Mental Health, *Bibliography of Drug Dependence*

and Abuse 1928-1966 (Chevy Chase, Md., 1969). Tarihsel bir araştırma için çok önemli bir kaynak. Alice L. Brunn, *How to Find Out in Pharmacy: A Guide to Sources of Pharmaceutical Information* (Oxford: Pergamon Press, 1969). Basit bir başvuru rehberi. R. H. Blum et al., *Society and Drugs*, 2 cilt, (Berkeley, Calif.: Jossey-Bass, 1970). Toplum ve ilaçlar üzerine taşınabilir bir kütüphane.

85. G. E. Vaillant, 'The Natural History of Narcotic Drug Addiction', *in Seminars in Psychiatry* 2 (Kasım 1970): 486-98. İlaçların cazibesi de, etkisi de alındıkları çevreye bağlıdır. İlacın seçimi kültürün bir işlevidir, ancak ilacın kötüye kullanılması insana ait bir şeydir. İlaç almanın ritüelleştirilmesi kendi altkültürünü oluşturur: Toplumun her birkaç yılda bir yeniden yazması gereken bir ilaç bağımlılığı tarihi vardır. Samuel Proger, The *Medicated Society*'de (New York: Macmillan, 1968), ABD'de LSD'den çok önceleri var olan ilaç kültürünü ortaya çıkaran belgeler sunuyor.
Müptelaların kendi gettolarına sürülüp sürülmeyeceği onları reddeden topluma bağlıdır. Örneğin, New York'taki Porto Rikolular, aralarındaki esrarkeşleri orta sınıf Amerikalılar gibi dışlamazlar: J.P. Fitzpatrick, 'Puerto Rican Addicts and Nonaddicts: A Comparison', yayımlanmamış rapor, Institute for Social Research, Fordham University, 1975.
86. Hans Wiswe, *Kulturgeschichte der Kochkunst: Kochbücher und Rezepte aus zwei Jahrtausenden* (Munich: Moos, 1970). Çoğu toplum farmakopeleriyle (ilaç listesi ç.n.) diyetleri arasında net bir ayrım yapmaz. Yemek kitapları hakkındaki bu araştırma bu kitapların çoğunun hekimler tarafından yazıldığını, çünkü en iyi tıbbın eczaneden değil, mutfaktan sağlanacağı konusunda sık rastlanan bir inancın var olduğunu gösteriyor. Bu kitapların çoğu hastalar için 'reçete'ler içermektedir.
87. İlaçların etkileri hakkında bugün var olan bilgileri edinmek için bkz. Louis S. Goodman ve Alfred Gilman, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, dördüncü basım, (New York: Macmillan, 1970). Kullanma yöntemleri konusunda bkz. Karen Dunnell ve Ann Cartwright, *Medicine Takers, Prescribers and Hoarders* (Londra: Routledge, 1972). Kim hangi tür durum ve belirtiler için hangi tür ilaçlar alır? Doktorlar bunu nasıl teşvik eder ya da bundan vazgeçilmesini nasıl sağlar? Evde hangi tür ilaçlar ne kadar süre bulundurulmalıdır? İngiltere'deki durumla ilgili ayrıntılı bilgiler. Ayrıca bkz. John P. Morgan ve Michael Weintraub, 'A Course on the Social Functions of Prescription Drugs: Seminar Syllabus and Bibliography', *Annals of Internal Medicine* 7 (Ağustos 1972): s. 217-22; Paul Stolley and Louis Lasagna, 'Prescribing Patterns of Physicians', *Journal of Chronic Diseases* 22 (Aralık 1969): s. 395-405.
88. Business in Thailand, ilaç sanayii konusunda özel bir sayı, Ağustos 1974.
89. Amerikan hekimi bu bilgiye şu tür kaynaklar aracılığıyla kolayca ulaşabilir: *Medical Letter on Drugs and Thrapeutics*, Medical Library Association,

919 N. Michigan Aveneue, Chicago, Ill. Bu, on beş günde bir postalanan tarafsız bir kaynaktır. Fransız, Alman ya da İspanyollarda bununla karşılaştırılabilecek bir kaynak yoktur. Ayrıca bkz. Richard Burack, *The New handbook of Prescription Drugs: Official Names, Prices and Sources for Patient and Doctor*, gözden geçirilmiş yeni baskı (New York: Pantheon, 1970). (Bu kitap hakkında daha çok bilgi için III. Kültürel İatrojenez bölümündeki 76 nolu dipnota bakınız.)

90. Birçok kültürde, insanlar aile üyelerinden birinin ormandan topladığı ya da penceredeki saksıda yetiştirilen otlardan yapılan ilaçlara bağımlılık geliştirmişlerdir. Hatta bu, kendine yeterli üretimin birçok alanda meydanı pazar ekonomisine bıraktığı toplumlarda bile olmaktadır. Bin yıl boyunca dünyada ilaç ticareti gezgin çerçiler tarafından yürütüldü ve "birçok filoloji tarihçisi tersini saptamayı istese de bunun burjuva ticari sistemiyle hiçbir ortak yanı yoktu". Bu konuda bkz. J. C. van Leur, *Indonesian Trade and Society: Essays in Asian Social and Economic History* (The Hague: Van Hoeve Publ., 1967), özellikle s. 45-88. Antik çağlarda tıbbi, teknik, kozmetik ve din amaçlı kimyasal maddelerin ticareti konusunda bkz. Alfred Schmidt, *Drogen und Drogen-handel im Altertum* (Leipzig: J. A. Barth, 1924). Wolfgang-Hagen Hein, *Christus als Apotheker* (Frankfurt: Govi Verlag, 1947). Bu kitap, 1700'lü yıllarda, Alman resim sanatında, İsa'nın kutsal bir şifacıdan ruhsal ticaret yapan Tanrısal bir eczacıya nasıl dönüştüğünü anlatıyor.

91. Chloromycetin hakkındaki bilginin alındığı kaynak: ABD Senatosu, Ticaret Komisyonu, Tekelcilik Altkomisyonu, *Competitive Problems in the Drug Industry*, 90. Kongre, 1. ve 2. toplantı, 1967-8, pt 2, s. 565.

92. Özdenetimi halkın en fazla hoşgörü gösterebildiği suiistimalleri uygulama iznine dönüştüren mekanizmalar hakkında bkz. Eliot Freidson ve Buford Rhea, 'Process of Control in a Company of Equals', *Social Problems* 9 (1963): s. 119-31. Suiistimallerin çoğu kez gözden kaçtığını, görülse bile diğer meslektaşlara iletilmediğini, iletilse bile 'suçluyu azarlayarak' halledildiğini ve sonuçta, bunların önlenemeden kaldığını anlatıyor. Özdenetim, ilke olarak, kötü kasabı ve ahlaki cüzzamlıyı saf dışı bırakarak mesleği korur. William Goode, 'The Protection of the Inept', *American Sociological Review* 32 (Şubat 1967): s. 5-19. Goode özdenetimin büyük ölçüde, yeteneksizlerin grup içinde korunması ve grup çıkarlarının, yeteneksizlerin aşırılıklarına karşı korunmasından ibaret olduğunu gösteriyor. Modernleştirme, grubun kendi çıkarları için, yeteneksizlerin daha verimli bir biçimde kullanılmalıdır. Eliot Freidson ve Buford Rhea, 'Knowledge and Judgment in Professional Evaluation', *Administrative Science Quarterly* 10 (Haziran 1965): s. 107-24.

93. Bellek, geçmişte hangi ilaçların yazıldığı ya da tüketildiği konusunda bir rehber değildir. İngiltere'de ve Galler'de ulusal reçete kayıtları üzerinde

yapılan bir araştırma, talidomid alıp da sakat çocuk doğuran 10 kadından 8'inin ilacı kullandığını inkâr ettiğini ve doktorlarının da ilacı verdiklerini inkâr ettiklerini ortaya seriyor. Bkz. A. L. Speirs, 'Thalidomide and Congenital Abnormalities', *Lancet*, 1962, 1:303.

94. Henri Pradal, *Guide des médicaments les plus courants* (Paris: Seuil, 1974). 1973 Kasım'ında, kitaplarımı Fransızca'da yayımlayan Seuil Yayınevi toksikolog olarak çok deneyimli bir hekimin yazdığı bu kitabın orijinalini ciltli olarak yayımladı. Bu, en çok satılan 100 ilacın listesidir; içinde reçeteye bağlı olarak satılan ilaçlar da vardır ve her birinin ne olduğunu, hangi endikasyonları olduğunu, genelde nasıl kullanıldığını ya da yazıldığını ve ne sonuçlar doğurduğunu açıklamaktadır. Kitabın yayımlandığı gün 57 ilaç firmasının her biri ayrı ayrı, kitabın toplatılması ve olası zararlarının tazmini için yasal işlem başlattı.
95. A. del Favero ve G. Loiacono, *Farmaci, salute e profitti in Italia* (Milan: Feltrinelli, 1974). Kitapta, İtalyan hekimlerinin ilaç sanayiiyle kölece ilişkileri ve İtalyan ilaç firmalarıyla uluslararası şirketler arasındaki sömürü birliği anlatılıyor. Belgelerle ve ayrıntılarla dolu.
96. James H. Young, Medical Messiahs: *A Social History of Health Quackery in Twentieth-Century America* (Princeton, N.J.: Princeton Univ. Press, 1967). ABD örgütlü tıbbının kendine olan şövalyece güveninin tarihsel geriplanı, toplumu kendi hesabına çalışan şifacılara ve kendi kendinin hekimi olma olgusuna karşı korumasıdır. Daha önceki tarih için bkz. James H. Young, *The Toadstool Millionaires: A Social History Patent Medicines in America Before Federal Regulation* (Princeton, N.J.: Princeton Univ. Press, 1961).
97. Robert S. McCleery, *One Life-One Physician: An Inquiry into the Medical Proffession's Performance in Self. Regulation*, A Report to the Center for the Study of Responsive Law (Washington, D.C.: Public Affairs Press, 1971). Ralph Nader tarafından oluşturulmuş bir çalışma grubuna yönelik bu rapor, tıp mesleğinde mesleğin içinden bir kalite kontrolünün hiç yapılmadığını bildiriyor.
98. Morton Mintz, By Prescription Only: *A Report on the Roles of the United States Food and Drug Administration, the American Medical Association, Pharmaceutical Manufacturers and Others in Connection with the Irrational and Massive Use of Prescription Drugs That May be Worthless, Injurious, or Even Lethal*, 2. basım (Boston: Beacon Press, 1967). İlk kez The Therapeutic Nightmare (Boston: Hougton Mifflin, 1965) olarak basılan bu araştırmacı gazetecilik başyapıtı Washington Post'ta görevli bir muhabir tarafından hazırlanmıştır ve ABD'de tıp tartışmasının odak noktasını bir kitabın yapamayacağı kadar çok değiştirmiştir. Yardımsever bir azınlık on yıldır kapitalist tıbbın yoksullara verdiği zarara üzülüp durmaktaydı. Şimdiyse, hap yutucu bir çoğunluk bunun kendilerine ne kadar zarar verdiğinin farkına varmaktadır.

99. Richard Burack, M.D., *The New Handbook of Prescription Drugs: Official Names, Prices and Sources for Patient and Doctor* (New York: Pantheon, 1970). Denetleme komisyonlarının haksız eğilimlerini, zehirli ilaçlar hakkında yanıltıcı bilgiler yaymak için yapılan gizli tertipleri ve oldukça fazla sayıda tıp profesörünün satın alınmışlığını kanıtlamanın zor olduğu bir zamanda basılan bu kitap, en çok yazılan 200 ilacın etkilerinin değerlendirmesini yapıyor, bunların yararsızlığını, yan etkilerini ve uygulamalarını anlatıyor, fiyatlar hakkında onları jenerik eşdeğerleriyle (satıcı firmaların adreslerini veren bir liste eşliğinde) karşılaştıran bir yorum yapıyor ve birçok ticari kocakarı ilacıyla ilgili hoş anekdotlar sunuyor.
100. James L. Goddard, 'The Drug Establishment', *Esquire*, Mart 1969, Okunabilir ve iyi araştırılmış bir rapor.
101. Edwin Sutherland, *White-Collar Crime* (New York: Holt, 1961). Yazar bu terimi hukuk mahkemelerinin kapsamı ve tatbikatına girmeyen, saptanmış toplumsal zararı içeren çok farklı türlerde suçları tanımlamak için kullanıyor. Bunun tıbbi türünün epidemik sonuçları vardır ve 'beyaz gömlekli suçlar' diye de adlandırılabilir.
102. Herbert Schreier ve Lawrence Berger, 'On Medical Imperialism: A Letter', *Lancet*, 1974, 1:1161: Parke-Davis, ABD Besin ve İlaç Bakanlığı'nın baskısıyla ilaca tehlikesini bildiren uyarı ve endikasyonla ilgili notlar ekledi. İlacın yurtdışına satılanlarına bu uyarılar konmadı. Ayrıca bkz. John F. Hellergers, 'Chloramphenicol in Japan: Let It Bleed', *Bulletin of Concerned Asia Scholars* % (Haziran 1973): 37-45. Federal denetimin ilaç ihracatına da uygulanması bu tür emperyalizme ancak kısmen bir çare oluşturabilir. Şu anda 6 milyar dolarlık ilaç sanayiine yeten federal otorite 3 milyar dolarlık tıbbi alet sanayiine yetmemektedir. Örneğin, bu otorite, A. H. Robbins firmasının, yüksek enfeksiyon riski nedeniyle ABD piyasasından çekilen bir kontraseptif diyafram modelini yabancı firmalara satmasını engelleyemez. Bkz. *Hastings Center Studies* 5, no. 3 (1975): s. 2.
103. Allende zamanında Şili'de tıp bilimi konusunda bkz. Howard Waitzkin ve Hilary modeli, 'Medicine, Socialism and Totalitarianism: Lesson from Chile', *New England Journal of Medicine* 291 (1974): 171-7; Vicente Navarro, 'What does Chile Mean? An Analysis of Events in the Health Sector Before, During and After Allende's Administration', *Milbank Memorial Fund Quarterly* 52 (bahar 1974): s. 93-130. Bu makale 1974 Şubat'ında Harvard Üniversitesi'nde düzenlenen Uluslararası Sağlık Semineri'nde sunulan bir bildiriye dayanmaktadır. Bir görgü tanığı raporu olarak bkz. Ursula Bernauer ve Elisabeth Freitag, *Poder popular in Chile am Beispiel Gesundheit: Dokumente aus Elendsvierteln* (Stein/Nuremberg: Laetere7Imba, 1974).
104. Albert Jonsen et al., 'Doctors in Politics: A Lesson from Chile', *New England Journal of Medicine* 291 (1974): 471. 2. Cunta tarafından hekimlere uygulanan özel terörü anlatıyor.

105. John M. Firestone, *Trends in Prescription Drug Prices* (Washington, D.C.: Enterprice Institute for Public Policy Research, 1970). İlaç masrafları sağlık harcamalarının yalnızca yüzde 10'unu oluşturur. Reçete başına düşen tutardaki artış, reçetelerin ortalama ilaç içeriğindeki miktar artışından kaynaklanmaktadır.
106. Edward M. Brecher and Consumer Reports Editors, Licit and Illicit Drugs: *The Consumers Union Report on Narcotics, Stimulants, Depressants, Inhalants, Hallucinogens and Marijuana-Including Caffeine, Nicotine and Alcohol* (Boston: Little, Brown, 1973).
107. D.M. Dunlop 'The Use and Abuse of Psychotropic Drugs', in *Proceedings of the Royal Society Medicine* 63 (1970): 1279. G.L. Klerman, 'Social Values and the Consumption of Psychotropic Medicine', in *Proceedings of the first World Congress on Environmental Medicine and Biology* (Haarlem: North-Holland, 1974). Doktor tarafından yazılan ilaçlara bağımlılığın oldukça habis bir biçimi için bkz. Dorothy Nelkin, *Methadone Maintenance: A Technological Fix* (New York: braziller, 1973).
108. James L. Goddard, 'the Medical Business', *Scientific American* 229 (Eylül 1973): 161-6. Bu yazıda, ABD'de 1962-67 arasında reçeteli ve reçetesiz ilaç satışlarını kategorileriyle gösteren grafikler ve tablolar; 1968'de on yedi tane büyük eczanenin dolar olarak tahmini satışlarının analizi; 1958-72 yılları arasında çıkan yeni ilaçların içerikleri ve dozaj formülleri vardır. Ayrıca reçeteli ilaçların 8 ayrı sınıfını tanımlamaktadır. Yalnızca 'sinir sistemi' ilaçları kategorisindeki ilaçlar toplam olarak yılda 1 milyar dolardan daha fazla satılmaktadır. Bunu herbiri toplam 500 milyon dolar tutan diğer üç kategoriyle ve herbiri 350 milyon dolar olan geri kalanıyla karşılaştırmak gerekir. ABD'de hastaneye yatmamış hastalar bir yıl içinde verilen 2,5 milyon dolarlık reçeteli ilacın yaşa, cinsiyete ve tiplerine göre analizi için bkz. B. S. H. Harris ve J. B. Hallan, 'The Number and Cost of Prescribed Medicines: Selected Diseases', *Inquiry* 7 (1970): s. 38-50.
109. *Drug Use in America: Problem in Perspective*, Second Report of the National Commission on Marihuana and Drug Abuse, 1972, 19773, 1974, 4 cilt. (Washington, D.C.: Government Printing Office; stock no. 5266-0003). National Commission for the Study of Nursing and Nursing Education, *An Abstract for Action* (New York: McGraw-Hill, 1970).
110. Mitchell Balter et al., 'Cross-national Study of the Extent of Anti-Anxiety/Sedative Drug Use', *New England Journal of Medicine* 290 (1974): s. 769-74.
111. Michael Balint, *Treatment or Diagnosis: A Study of Repeat Prescriptions in General Practice*, Mind and Medicine Monographs (Philadelphia: Lippincott, 1970). Reçetenin yazılması, ilerlemenin, insanın gerçeklik de dahil olmak üzere her şeyden yola çıkarak kendi yolunu çizmesi olduğu

inancına görünüşte bir mantık ve hafif bir cila kazandırır. Balint, ilaçların hiçbir teknik onay olmaksızın tekrar tekrar yazıldığı vakaların üçte ikisinde ilacı önerme yetkisini hekimin kendisinin aldığını bildiriyor. Harry Dowling, 'How Do Practicing Physicins Use New Drugs?', *Journal of the American Medical Association* 185 (1963): 233-6. 'Hiçbir şey yapamama' korkusu, pratisyeni ilacın ambalajı üzerinde yazılı olandan daha fazla dozu tavsiye etmeye yöneltir. Reçetenin kötüye kullanıldığı vakaların dağılımını gösteren model için bkz. Leighton E. Cluff et al., 'Studies in The Epidemiology of Adverse Drug Reactions', *Journal of the American Medical Association* 188 (1964): s. 976-83.

112. Philippe de Félice, Poisons sacrés: *Ivresses divines; essai sur quelques formes inférieures de la mystique* (Paris: Albin, 1936; reprinted 1970). İlaç kullanımının geleneksel, daha çok da dinsel ortam ve amaçları, ruh halini değiştirici ilaçların bugünkü laik kullanımıyla karşıtlık oluşturmaktadır.

113. Charles Levinson, *Valium zum Beispiel: Die multinationalen Konzerne der pharmazeutischen Industrie* (Hamburg: Rowolt, 1974). Glaxo, Pfizer, Hoechst, CIBA-Geigy ve Hoffman-La Roche firmalarının Hindistan'da koydukları fiyatlar, bu firmaların ana ofislerinin bulunduğu Batı ülkelerine oranla, ortalama yüzde 357 daha yüksektir.

114. Verilerin alındığı kaynak: Burack, *New Handbook of Prescription Drugs*.

115. Birçok ülkede, hekimlerin ilaçlar hakkındaki bilgilerinin çoğu sponsorluğunu ilaç sanayiinin yaptığı elkitaplarından sağlanır. Örneğin, *Physician's Desk Reference to Pharmaceutical Specialities and Biologicals*, published since 1946 by Medical Economics, Rutherford, N. J. P. D. R. olarak bilinen bu yıllık yayın, ilaç sanayii tarafından desteklenmektedir. İlaç tanıtımlarını, 2,5 santimlik sütuna 115 dolar ödeyen ilaç firmalarının kendileri hazırlar. Bkz. John Pekkanen, *The American Connection: Profiteering and Politicking in the 'Ethical' Drug Industry* (Chicago: Follett, 1973), s. 106. Vidal adlı Fransızca kaynak ilaçla birlikte satılan prospektüste bulunması zorunlu olan uyarıları, gizlenmiş tanıtımları içerir. Bunların tersine, ABD'de iki tane yarı resmi farmakolojik indeks vardır: *The Parmacopeia of the United States of America* (USP) ve *the National Formulary* (NF). USP daima ilacın terapötik değerine ve toksititesine önem verir. Bu indeks hekimlere rehber olsun diye değil, üreticilere, preparatlarının ABD'de eyaletler arası ticaret amacıyla yasal olarak pazarlanabilmesi için gerekli teknik standartları sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

116. Bir üretici firmanın, bir tek ürünün promosyonunu yapmak için çalıştırdığı hekim sayısı hakkında bir fikir edinmek için bkz. Librium: *Worldwide Bibliography*, 1959'dan beri Roche Laboratuvarları tarafından yıllık olarak çıkarılır. İlk dört yıllık 832 madde içermektedir. Ayrıca, yeni ilaçlar için saha araştırması yapan hekimlerin ahlakı konusunda Federal İlaç Müdürlüğü tarafından yürütülen bir araştırmanın raporu için bkz.

Science 180 (1973): 1038. Burada incelenen hekimlerin beşte biri ilaç şirketi tarafından gönderdiği verileri uydurmuş ve ücretleri cebine atmıştır.

117. Selig Greenberg, *The Quality of Mercy: A Report on the Critical Condition of Hospital and Medical Care in America* (New York: Atheneum, 1971). Bir yılda ilaç reklamı için harcanan para, ABD'de her doktoru bir yıl tıp okuluna göndermek için gereken paradan daha fazladır.

118. H. Friebel, 'Arzneimittelverbrauchs-Studien', der. H. J. Dengler ve W. Wirth, *Seminar für Klinische Pharmakologie auf Schloss Reisenberg bei Günzburg/Donau*, vom 25.-29. Ekim 1971, Überreicht von der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft E.V., Frankfurt am Main, s. 228-40. Güvenle tavsiye edilebilecek, en iyi dozu belirten geniş kapsamlı bir ölçütün bulunmaması konusunda kısa ve değerli bir açıklama. Yazar, Dünya Sağlık Örgütü'nün İlaç Etkisi ve Güvenliği Departmanı yöneticisidir.

119. World Health Organization, Regional Office for Europe, *Consumption of Drugs: Report on a Symposium*, Oslo, Kasım 3. 7, 1969. Sınırlı sayıda basılmış, yalnızca WHO'nun Kopenhag'daki yerel ofisinde bulunan profesyonel görevli kişilerin ulaşabileceği bir yayın. Bu çahşma kendi türünün ilkidir. 22 ülkeyi karşılaştırmakta, ilaç tüketim modellerindeki önemli farklara ve kesin karşılaştırmalar yapmanın muazzam zorluklarına dikkat çekmektedir. Terapötik kategoriler, fiyat değerlendirmeleri ve farmakolojik ünite ölçüleri ülkelere göre farklar göstermektedir. Verilen bilgilerden, tıbbın toplam tüketiminin fiyattan ya da egemen olan çalışma biçiminden, yani özel ya da sosyalize çalışma tarzlarından büyük ölçüde bağımsız olduğu sonucunu çıkarmak yanlış olmaz. Herhangi bir ülkede, reçete gerektiren ilaçların tüketimiyle reçete yazan hekimlerin yoğunluğu arasında pozitif bir ilişki vardır.

120. Alfred M. Freedman, 'Drugs and Society: An Ecological Approach', *Comprehensive Psychiatry* 13 (Eylül-Ekim 1972): s. 411-20.

121. Alvin Moscow, *Merchants of Heroin* (New York: Dial Press, 1968). Bu yazı, yeraltı işlerinin bir dalının tanıtımı olarak işe yarayabilir.

122. Placebo etkisinin bilinçli kullanımının tarihi için bkz. Arthur K. Shapiro, 'A contribution to a History of the Placebo Effect', Behavioral Science 5 (Nisan 1960): 109-35; Gerhard Kienle, *Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft: Ein kritische Untersuchung* (Stuttgart: Schattauer, 1974). Placebonun çift kör (İng. Double-blind. Kontrol grubundaki hastalara placebo verildiği, fakat hekimlerin de ilacın etkilerini değerlendirirken psikolojik faktörlerden etkilenmemeleri için hastaların hangisine etkili ilaç, hangisine placebo verildiğini bilmediği araştırma. ç.n.) araştırmalarında verilmiş olsa bile özel belirtileri uyandırabilme özelliği Kienle tarafından 7. bölümde tartışılıyor. İlaç güvenliğiyle ilgili uluslararası bir kaynak.

123. Besin ve İlaç Müdürlüğü'nün İlaç Bürosu şefi Henry Simmons'un dediklerine bakınız: Nicholas Wade, 'Drug Regulation: Food and Drug Administration Replies to Charges by Economists and Industry', Science 179 (1973): 5-7.
124. Aynı kaynak.
125. Fuch, *Who Shall Live?*
126. William M. Wardell, 'British Usage and American Awareness of Some New Therapeutic Drugs', *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 14 (Kasım-Aralık 1973): s. 1022. 34. İngiltere'de satılmaya başlanan ve ABD doktorlarının da onayladığı bir literatürde geniş bir biçimde tartışılan yeni ilaçları inceliyor. Wardell, Amerikalı uzmanların, ABD'de pazarlanmadıkça bu ilaçların varlığından haberdar olmadıklarını fark ediyor ve bu nedenle ayrıntılarıyla açıklamak zorunda kalıyor.
127. Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft E.V., *Bioverfügbarkeit von Arzneistoffen, Schriftenreihe der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft* E.V., cilt 6 (Frankfurt: Umschau, 1974). Rekabet halindeki firmaların ortak yürüttüğü halkla ilişkiler kampanyaları da özellikle dikkate değer. İlaç firmaları günümüzde ticari markalı ürünlerin jenerik olarak eşdeğerlerinden daha üstün -örneğin, Bayer aspirininin jenerik olarak aspirin içeren ilaçlardan daha üstün olduğunu iddia etmektedirler ve bunu 'biyo-yararlanım'a, yani vücuda girdikten sonra ilacın biyolojik olarak daha yüksek oranda ve daha kontrollü kullanımına dayandırmaktadırlar. Önyargısız bir biçimde yapılan on yıllık tüm araştırmalar, bir tane jenerik kloramfenikol preparatı dışında (bkz. Burack, *A New Handbook of Prescription Drugs*, s. 85) jenerik ilaçların ticari markayla satılanlardan daha düşük fiyatlı olmadığını kanıtlamıştır. Bu karar ABD'de oluşturulan federal politikalara da katkıda bulunmuştur. Ama, ilaç firmaları son 5 yılda, 'biyo-yararlanım' farklılığı konusunda her yıl yüzlerce araştırma makalesi finanse etmişler, her makale yazarına ücret, masraf ve mesleki konferanslara katılma gideri olarak ortalama 6.000 dolar harcamışlardır. Bu yazarların çoğu, büyük üniversitelerin kürsü başkanlarıdır. Çoğu makalenin sonuç bölümü, tıpça önemli bir fark göstermemektedir. Ama bu hayalet araştırmaların toplam etkisi, genel pratisyenin kafasını karıştırmak, yüksek 'biyo-yararlanım'ıyla reklamı yapılmış ilacı fiyatına bakmaksızın yazmasını sağlamaktadır.
128. J. P. Dupuy ve A. Letourmy, *Déterminants et couts sociaux de l'innovation en matiére de santé*, report by the OCDE, 1974. Yazarlar bu tezi doğruluyor. Bir uzmanın spesyalize müdahalesinin etkinliğini değerlendirmede kullandığı kriterlerin geliştirilmesi, belli bir eşiği aştıktan sonra jenerik olarak önceden bilinen, istenmeyen yan etkilerin ortaya çıkmasını sağlar. Eğer bu kez de bu yan etkilerin özel teşhis ve tedavilerine kalkışılırsa bu ek tıbbi girişim iatrojenezi arttırmaktan başka işe yaramaz.

129. Fahişelerin vesikaları konusunda bkz. William W. Sanger, *The History of Prostitution* (New York: American Medical Press, 1858).
130. Tıbbi ölüm raporları tarihi konusunda bkz. U.S. National Office of Vital Statistics, *First Things and Last: The Story of Birth and Deat Certificates*, U.S. Public Health Service Publication no. 724 (Washington, D.C., 1960).
131. Office of Health Economics, *Off Sick*, Ocak 1971, s. 17. Doktora görünme olaylarının yüzde 15 ile 30'unda, rapor almaktan başka hiçbir amacın olmadığı tahmin ediliyor. Vakaların yüzde 58'inde, hastalık iznini onaylayan raporda belirtilen son istirahat günü cumartesidir.
132. Uzmanların kuralları söylentilere karşın çiğnemesi elbette yalnızca tıbba özgü bir şey değildir. Bu, laikleşme ve mesleklerdeki artışın ortak bir özelliğidir. Sıradan insanın mahkeme içinde ve dışında gördüğü ve işittiği şeyler onun güvenini törpüler ve bunun sonucunda adli ve politik süreçlere zararı dokunur. Dilin, bilimin ve legal işlemlerin kamulaştırılması konusunda yazarın görüşü için bkz. Ivan Illich, *Tools for Conviviality* (Şenlikli Toplum, Ayrıntı Yayınları, çev. Ahmet Kot, 1989) s. 85-99.
133. Franz Boll, 'Die Lebensalter: Ein Beitrag zur antiken Etholgie und zur Geschichte der Zahlen', *Neue Jahrbücher für das klassische Altertum, Geschichte und deutsche Literatur* 16, no. 31 (1913): s. 89-145.
134. Büyücüyle cadı arasındaki ayrım için bkz. E.E. Evans - Pritchard, *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azandé* (Oxford: Oxford Univ. Press, 1951). Bu ayrım daha bir inceleştirilip Batı kültürüne Jeffrey B. Russell tarafından uyarlanmıştır: *Witchcraft in the Middle Ages* (Ithaca, N.Y.: Cornell Univ. Press, 1972). Büyücü kadını toplumdışı bir sapkına dönüştüren demonolojik (cin ve şeytanların varlığına inancı inceleyen bilim dalıyla ilgili. ç.n.) unsur genellikle saray düzeyinde aşılmıştır.
135. Victor W. Turner, 'Betwixt and Between: The Liminal Period in Rites de Passage', *in American Ethnological Society, Symposium on New Approaches to the Study of Religion: Proceedings*, 1964 (Seattle: Univ. of Washington Press, 1965), s. 4-20. Yaşamın tıplaştırılmasıyla geçmiş zaman toplumlarında 'eşik' olarak görülenler, yönetilen insanın günlük durumu haline getirilmiştir.
136. Arnold van Gennep, *The Rites of Passage* (Londra: Routledge, 1960). Yazara Lévi-Strauss tarafından bu yakınlarda yöneltilen eleştiride, onun, başlangıç dönemlerinin, kültürün sağlığı sürekli koruyan işlevlerini ifade ettiği ve simgelediği konusundaki temel görüşüne itiraz edilmemiştir.
137. Hastanenin modern kentin çatlaklarına sızması konusunda literatür için bkz. Gerald F. Pyle, 'The Geography of Health Care', in John Melton Hunter, *The Geography of Health and Disease*, Studies in Geography no.6 (Chapel Hill, N.C.: Univ. of North Carolina Press, 1974). Sağlık planlamacılarının hizmetine sunulan mekânlarla ilgili bir analiz. Hastanelerin toplumumuz üzerindeki mimari etkisi hakkında kitap boyutunda

bir inceleme için bkz. Roslyn Lindheim, *The Hospitalization of Space* (Londra: Marion Boyars, 1977). Lindheim hekimlerin çalıştığı yerlerdeki mekânların düzenlenme tarzının modern insana özgü sosyal ve fiziksel ortamın sağlığı koruyucu ve iyileştirici tıp dışı yönlerini nasıl köreltti̇ğini gösteriyor.

138. Yaşlılar ve yaşlanma ile ilgili sosyal bilim literatürüne ulaşmak için bkz. James E. Birren, Yonina Talmon ve Earl F. Cheit, 'Aging: 1. Psychological Aspects; 2. Social Aspects; 3. Economic Aspects', *International Encyclopedia of the Social Sciences* (1968), 1:176-202. Alman literatürü için bkz. Volkmar Boehlau, der. Wege zur Erforschung des Alterns, *Wege der Forschung*, vol. 189 (Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellscaft, 19739, bir antoloji. Fransızca literatür için bkz. Michel Philibert, L'Echelle des ages (Paris: Seuil, 1968).

139. John h. Dingle, 'The Ills of Man', *Scientific American* 229 (Eylül 1973): 77-82. 'Karar' varabilmek için geniş alana yayılmış bir çalışma. 'Hastalık' konusunda dört farklı perspektifi sıralıyor: (1) Halk, (2) Hekimler, (3) Hastalar, (4) Doğum ve ölüm istatistiklerini hazırlayanlar. Bu sonuç dört görüş açısı tarafından da onaylanmaktadır.

140. Max Neuburger, *The Doctrine of the Healing Power of Nature Throughout the Course of Time*, çev. L. J. Boyd (New York: Özel basım, 1932). Daha yeni kaynaklar için bkz. Joseph Schumacher, Antike Medizin: *Die naturphilosophischen Grundlagen der Medizin in der griechischhen Antike* (Berlin: Gruyter, 1963).

141. J. F. Partridge ve J. S. Geddes, 'A Mobile Intensive-Care Unit in the Management of Myocardial Infarction', *Lancet*, 1967, 2:271.

142. Simone de Beauvoir, *Old Age*, çev. Patrick O'Brian (Londra: André Deutsch annd Weidenfeld and Nicholson, 1972). Yaşlılığın çağdaş yaşlanma perspektifinden anıt niteliğinde tarihsel bir incelemesi. Ayrıca bkz. Jean Amery, *Über das Alter: Revolte und Resignation* (Stuttgart: Klette, 1968), yaşlanmanın son derece duyarlı çağdaş bir fenomenolojisi.

143. *World Health Statistics Report* 27, Eylül 1974. 27 sanayileşmiş ülkenin karşılaştırılması 1971 yılında, 15-45 yaş arası grupta kazaların en önde gelen ölüm nedeni olduğunu göstermiştir (İngiltere ve Galler hariç). Bu ülkelerin yarısında, kazalar tüm ölümlerin yüzde 30'unu oluşturmaktadır.

144. David Jutman, 'The Hunger of Old Men', *Trans-Action*, 12 Kasım, 1971, s. 55-66.

145. A.N. Exton-Smith, 'Terminal Illness in the Aged', *Lancet*, 1961, 2: 305-8. Ağrı ve üzüntü çoğu kez dolaylı yoldan ölüme götüren işlemlerden kaynaklanır. Antibiyotiklerin kullanımı, öldürücü olan bronkopnömoni gibi komplikasyonları önler ya da ertelerse de bunun yaşama eklediği süre az, ama acı çok fazladır.

146. Rick Carlson, *The End of Medicineda* (New York: Wiley Interscience, 1975) bu noktayı çok iyi geliştirir. Ayrıca bkz. H. Harmsen, 'Die sozialmedizinische Bedeutung der Erhöhung der Lebenserwartung und der Zunahme des Anteils der Bejahrten bis 1980', *Physikalische Medizin und Rehabilitation* 9, no. 5 (1968): s. 119-21.
147. Robert A. Scott, *The Making of Blind Men* (New York. Russell sage, 1969). Körler arasına kabul edilmek ve kör biri gibi davranmak, görme bozukluğunun derecesinden büyük ölçüde bağımsız bir şeydir. 'Kör' kişiler için bu çoğunlukla 'körlük' ile ilgili bir kurumla ilişkilerinin tüm yararlı sonuçlarının da üzerindedir.
148. Roslyn Lindheim, 'Environments for the Elderly: Future-Oriented Design for Living?' 20 Şubat 1974. Yaşlıların mekâna alışmalarını anlatıyor.
149. Yaşlıların sosyal eliminasyonu konusunda ana kaynak: John Koty, *Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern* (Stuttgart: Hirschfeld, 1934). Görmediğim bir kaynak. Fritz Paudler, Die Alten. und Krankentötung als Sitte bei den indogermanischen Völkern (Heidelberg, 1936). Bu konudaki literatürün tamamını sunan kaynak: Der. Will-Eich Peuckert, 'Altentötung', in *Handwörterbuch der Sage* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1961).
150. A. Jores ve H.G. Puchta, 'Der Pensionnierungstod: Untersuchungen an Hamburger Beamten', *Medizinische Klinik* 54, no. 25 (1959): s. 1158-64.
151. David Bakan, *Disease, Pain and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering* (Boston: Beacon Press, 1971). Bu hastalıklar astım, kanser, konjestiv kalp hastalığı, diabetes mellitus, bulaşıcı lupus, fonksiyonel rahim kanaması, Raynaud hastalığı, romatoid artrit, tirotoksikoz, tüberküloz ve ülseratif kolittir. Her biri hakkında literatür için aynı kaynağa bakınız.
152. Elisabeth Markson, 'A Hiding Place to Die', *Trans-Action*, 12 Kasım 1972, s. 48-54. Acıklı ve duygulu bir rapor. Ayrıca bkz. Jutman, 'The Hunger of Old Men'. Yaşlılar başkalarının isteğiyle ölmek zorundadır: David Lester, 'Voodoo Death: Some New Thoughts on an Old Phenomenon', American Anthropologist 74 (Haziran 1972): s. 386-90; Walter B. Cannon, 'Voodoo Death', American Anthropologist 44 (Nisan-Haziran 1942): 169-81. Onları intihara götüren bir yol daima vardır; J. Wisse, *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern* (Zutphen: Thieme, 1933). Margaret Blenkner et al., 'Protective Services for Older People; Benjamin Rose Institute Study, final report (Cleveland: Rose Institute, 1974). 'En iyi' sosyal çalışma düşüncesi ve uygulamasının örneği olan evlerde profesyonel bakım da, salt ev temizliği, çöplerin atılması ve evin onarımından öteye geçtiğinde yaşlıların çöküşünü ve ölümünü hızlandırmaktadır. Evde bakımın yoğun bir şekilde başlamasından iki yıl sonra yardım edilenlerin yüzde 39'u ölmüşken rasgele seçilmiş kişilerden oluşan kontrol grubunda bu oran yüzde 25'te kalmıştır.

153. Peter Townsend, *The Last Refuge. A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged in England and Wales* (Londra: Routledge, 1962). Yazar tarafından yapılan daha önceki çalışmanın tamamlayıcısı. 1948 tarihli Britanya Ulusal Yardım Yasası'yla sağlanan konforu değerlendiriyor ve insanlara eşit muamele yapılmadığını gösteriyor. Anne-Marie Guillemard, *La Retraite, une mort sociale: Sociologie des conduites en situation de retraite* (Paris: Mouton, 1972). Fransız emekli sisteminde sınıf farklılığının kuvvetle belirgin olduğunu gösteren sosyoekonomik bir araştırma.

154. A. Eardley ve J. Wakefield, *What Patients Think About the Christie Hospital*, University Hospital of South Manchester, 1974. 70 yaşın üzerindeki kişilerin talepleri yıldan yıla daha özel ve pahalı olmaktadır.

155. 'Bebek' oldukça yeni geliştirilmiş bir sosyal kategoridir: Tüketici insanın gelişiminin ilk evresi. Meme emen çocuğun yavaşça bebeğe dönüştüğü süreç ve tıbbın bu sürece katkıları konusunda bkz. Luc Boltanski, 'Prime éducation et morale de classe', *Cahiers du Centre de sociologie européenne* (The Hague/Paris: Mouton, 1969).

156. Her yaş grubu için karakteristik, yetişkin ve çocuklarda farklı olan çocukluk kültürü de 'Bebek' gibi sosyal kökenlidir. Bkz. Philippe Ariés, *Centuries of Childhood: A Social History of Family Life* (New York: Knopf, 1962), özellikle bir çocuğun ölümüne karşı tutumun on yedinci ve on dokuzuncu yüzyıllar arasında uğradığı köklü değişimler hakkında Suse Barth, 'Lebensalter-Darstellungen im 19 und 20. Jahrhundert. Ikonografische Studie'. Inauguraldissertation, Ludwig Maximilian Universitaet, Münih, 1971 (Akademischer Photodruck: Bamberg). On dokuzuncu ve yirminci yüzyıllarda 'çocuk' ikonografisi. 'İnsanın evreleri'nin tek bir sınıfın, yani burjuvazinin anlatımıyla simgelendiği ve 'psikolojik sorunlar' diye algılandığı tek dönem budur.

157. John Bryant, M.D., *Health and the Developing World* (Ithaca, N.Y.: Cornell Univ. Press, 1969).

158. Meme emen çocuklarda sıtmaya, enfeksiyonlara ve beslenme yetersizliği hastalıklarına karşı görece daha yüksek direnç gösterme konusunda bkz. 'Milk and Malaria', *British Medical Journal*, 1952, 2:1405 ve 1953, 2:1210. O. Mellander and B. Vahlquiest, 'Breast Feeding and Artificial feeding', *Acta Paediatrica* 2, suppl. (1958): 101. Kaynak taraması için bkz. 'Breast Feeding and Polio Susceptibility', *Nutrition Review*, Mayıs 1965, s. 131-3. Leonardo J. Mata ve Richard Wyatt, 'Host Resistance to Infection', *American Journal of Clinical Nutrition* 24 (Ağustos 1971): s. 976-86.

159. Biberonun dünya beslenme sistemine etkileri konusunda daha fazla veri için bkz. Alan Berg, *The Nutrition Factor: Its Role in National Development* (Washington, D.C.: Brookings Institution, 1973). Bir çocuk yaşamının ilk iki yılında 461 litre inek sütüne eşdeğer besin alır ki bunun maddi tutarı bir Hintlinin ortalama yıllık gelirine eşittir.

160. Dünya çapında modern kötü beslenme modeli, kötü beslenmenin çocuklarda görülen iki şeklinde yansır. Memeyi biberona dönüştüren kapak Şilili bebekleri endemik yetersiz beslenmenin egemen olduğu bir yaşama mahkûm etmiştir; aynı kapak Britanyalı bebekler için hasta edici aşırı beslenme bağımlılığının sürdüğü bir yaşamı başlatmıştır. Bkz. R. K. Oates, 'Infant Feeding Practices', *British Medical Journal*, 1973, 2: s. 762-4.
161. Yaşamın, megamakinede kalabilmek için sürekli bir eğitim haline gelmesi konusunda bkz. Lewis Mumford, *The Pentagon of Power: The Myth of the Machine*, Vol.2 (New York: Harcourt brace, 1970).
162. Thomas J. Scheff, *Being Mentally Ill: A Sociological Theory* (Chicago: Aldine, 1969). Öncelikle psikiyatrik konularla uğraşan yazar, sosyal sistemin bir parçası ve onunla ilgili bir davranış biçimi olan ruhsal bozukluklar arasındaki analitik farkı vurguluyor.
163. Freidson, *Profession of Medicine*, s. 223.
164. Erving Goffman, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (Englewood Cliffs, N.J.: Spectrum, 1963). Ayrıca bkz. Richard Sennett, 'Two on the Aisle', New York Review of Books, 1 Kasım 1973. Goffman için asıl sorunun, modern bir kentte yaşamanın yol açtığı bilincin tanımlanması olduğunu vurguluyor. Çağdaş yaşamın kişiyi damgalaması kaçınılmazdır: Bunun mekanizması konusunda bkz. H. P. Dreitzel, Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft: Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenver-haltens (Stuttgart: Enke, 1972).
165. Wilhelm Aubert and Sheldon Messinger, 'The Criminal and the Sick', *Inquiry* 1 (1958): s. 137-60. Damganın ahlaki kimliği zedelediği özel bir tarza bağlı olarak sosyal denetimin alabileceği farklı biçimleri tartışıyor.
166. Fred Davis, *Passage Through Crisis: Polio Victims and Their Families* (Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1963). Davis, hastalığın geçici ya da kahcılığını yalnızca durumun ciddiyetiyle değil, sosyal sınıfla da ilişkilendiriyor. Yoksula, 'kalıcı maluliyet' tanısı zengine nazaran daha çabuk konur.
167. C.M. Wylie, 'Participation in a Multiple Screening Clinic with Five-Year Follow-up', *Public Health Reports* 76 (Haziran 1961): s. 596-602. Bu rapor umut kırıcı sonuçları bildiriyor.
168. G. S. Siegel, 'The Uselessness of Periodic Examination', *Archives of Environmental Health* 13 (Eylül 1966) 'Yetişkinlerin dönem dönem yapılan sağlık kontrolü ilk uygulandığından bu yana uygulanan 50 yıllık yoğun Amerikan promosyonundan sonra bugün hâlâ bilimsel olarak kanıtlanmamış tıbbi bir işlemdir. Bu hizmetten yararlanan kişilerin bundan ötürü daha uzun, daha iyi, daha sağlıklı ve daha mutlu yaşadığını gösteren kesin bir kanıt olmadığı gibi tersini gösteren bir kanıt da yoktur." Heinrich Schipperges, 'Aertzlische Bemuehungen um die Gesunderhaltung seit der Antike'. *Heidelberger Jahrbuecher*, 7, 1963: s. 121-36. Antik çağdan bugüne tıplaştırılmış sağlık hizmetinin tarihi.

169. Paul D. Clote, 'Automated Multiphasic Health Testing: An Evaluation', John McKnight ile birlikte hazırlanan bağımsız tez çalışması, Northwestern University, 1973; Antologia A8'de yeniden basılmış (Cuernavaca: CIDOC, 1974). Mevcut literatürü gözden geçiriyor.
170. J. Schwartz and G.L. Baum, 'The History of Histoplasmosis', *New England Journal of Medicine* 256 (1957): s. 253-8. Tavuklar, sığırlar, kediler ve köpeklerle temasa geçen kişilerde yaygın olarak görülen, tedavisi olmayan ama ne öldüren ne de sakat bırakan bir 'hastalığın' çok pahalı teşhis yöntemini anlatıyor.
171. Freidson, *Profession of Medicine*, s. 73 ff., burada uyguladığım ayrımı yapıyor. Tıp bilimcisi, okullu bir profesyonel olarak, yeni bir hastalık 'icadı' konusunda yalnızca kendi meslektaşlarıyla çekişmek ve yalnızca onların onayını almak gereğini duyar. Çalışan hekim, danışman bir profesyonel olarak kendine özgü teşhis hakkını kabul eden eğitilmiş bir kamuoyuna bağımlıdır.
172. Parsons, *The Social System*, s. 466 ff. Yazar, Pareto üzerine yorum yaparken bu noktayı vurgular.
173. Thomas J. Scheff, 'Decision Rules, Types of Error, and Their Consequences in Medical Diagnosis', *Behavioral Science* 8 (1963): s. 97-1077.
174. American Child Health Association, Physical Defects: *The Pathway to Correction* (New York, 1934), 8. bölüm, s.80-96.
175. Harry Bakwin, 'Pseudodoxia Pediatrica', *New England Journal of Medicine* 232 (1945): s. 691-7.
176. Referanslar ve daha fazla kaynak için bkz. L. H. Garland, 'Studies on the Accuracy of Diagnostic Procedures', *American Journal of Roentgenology, Radium Therapy, and Nuclear Medicine* 82 (Haziran 1959): s. 25-38. Ayrıca bkz. A. L. Cochrane ve L. H. Garland, 'Observer Error in the Interpretation of Chest Films: An International Comparison', *Lancet* 263 (1952): s. 505-9. Amerikalı teşhisçilerin hastalık bulmaya Britanyalı meslektaşlarına göre daha fazla yatkın olduğunu öne sürüyor. A .L. Cochrane, P. J. Chapman ve P.D. Oldham, 'Observers' Errors in Taking Medical Histories', *Lancet* 260 (1951): s. 1007-9.
177. Osler Peterson, Ernest M. Barsamian ve Murray Eden, 'A Study of Diagnostic Performance: A Preliminary Report', *Journal of Medical Education* 41 (Ağustos 1966): s. 79-803.
178. Maurice Pappworth, Human Guinea Pigs: Experimentation on Man (Boston: Beacon Press, 1968). Dr. Pappworth 1967 yılında yayımladığı raporunda, son yılların en saygın tıp dergilerinde yer alan ve genellikle hasta olmayan kişilere, bebeklere, gebe kadınlara, akıl hastalarına ve yaşlılara uygulanan, kalıcı hasar ya da ölüm gibi büyük riskler getiren deneysel teşhis yöntemlerini bildirmişti. Bu nedenle, mesleğine zarar vermek, insanların doktorlara olan güvenini yok etmek ve bir kitabın arka kapağında,

ancak doktorların okuması için yazılmış literatürlerde söylenebilecek şeyleri yayımladığı gerekçesiyle kendisine saldırılmıştır. Bu raporların içinde belki de en şaşırtıcı olanı, aynı yüksek riskli işlemlerin sırf akademik yarar sağlamak amacıyla acımasızca tekrarlandığını bildiren rapordur.

179. "Böyle bir işlem ancak bir hastanın kan basıncının tüm yaşamı boyunca bir kez ölçülmesi ya da 20 yılda bir idrar muayenesi yapılması kadar bir bilgi sağlar. Bu işlem saçma, abes ve gereksizdir. Teşhis ya da tedavi açısından da hiçbir değeri yoktur." Maurive Pappworth, 'Dangerous Head Tat May Rule te Heart', *Perspective*, s. 67-70.

180. Peter Schrag, Diane Divoky, *The Myth of the Hyperactive Child and Other Means of Child Control* (Pantheon, 1975). 'Yavaş yavaş kendi içgüdülerine karşı güvenini yitirmeye, hastalık olarak onaylanmış normların daralmakta olan standartlarından saptığını kabullenmeye, "sağlığını" belirlemesi ve mühendisçe yönetmesi için devlet kurumlarına ve teknolojiye güvenmeye yüz tutan tüm bir kuşağın eksiksiz repertuvarı. Kitap, bu konudaki ABD literatürü hakkında bir rehber de içeriyor. Peter Schrag yazarla yaptığı kişisel yazışmalarıyla onun toplumun tıplaştırılması konusundaki görüşlerini şekillendirmekle kalmayıp Sağlığın Gaspı'nın son baskısının derlenmiş bölümleri için de değerli yardımlarda bulunmuştur. Minimal beyin hasarı çoğunlukla Ritalin'in yarattığı bir şeydir; bu, tedavinin belirlediği bir teşhistir. Bkz. Roger D. Freeman, 'Review of Medicine in Special Education: Medical-Behavioural Pseudorelationships', *Journal of Special Education* 5 (kış-bahar 1971): s. 93-9.

181. Alexander R. Lucas and Morris Weiss, 'Methylphenidate Hallucinosis', *Journal of the American Medical Association* 217 (1971): s. 1079-81. Ritalin, okul çocuklarında minimal beyin disfonksiyonunu kontrol altına almak için kullanılır. Yazar, hastalık olarak tanımlanmış bir durumun kitlesel tedavisi için bazıları iyi bilinen, bazılarından kuşkulanılan ciddi yan etkilere sahip bir maddenin kullanımındaki etiği sorguluyor. Ayrıca bkz. Barbara Fish, 'The One-Child-One-Drug Myth of Stimulants in Hyperkinesis', *Archives of General Psychiatry* 25 (Eylül 1971): s. 193-203. Muhtemelen kurşun zehirlenmesinin yol açtığı biyokimyasal stresin neden olduğu durumdan ötürü hiperaktif çocukların amfetaminle tedavi edilmesi sonucunda önemli kalıcı hasarların ortaya çıkması olasıdır: D. Bryce-Smith ve H.A. Waldron, 'Lead, Behavior, and Criminality', *Ecologist* 4, no.10 (1975).

182. Barbara Blackwell, *The Literature of Delay in Seeking Medical Care for Chronic Illnesses, Health Education Monograph* no. 16 (San Francisco: Society for Public Healt Education, 1963).

183. Philip Rieff, *Triumph of the Therapeutic: Uses of Faith after Freud*'da (New York: Harper Torchbook, 1968) Hastanenin Batı kültürünün arketipal kurumu olarak kiliseyi ve parlamentoyu izlediğini savunuyor.

184. Polislerin suçu önlemek amacıyla yaptıklarına uygulananlar gibi doktorlara da hastaya zarar vermeleri durumunda yasaların koruyuculuğu sağlanmıştır. William A. Westley, 'Violence and the Police', *American Journal of Sociology* 59 (Temmuz 1953): 34-41. Küçük bir sanayi kasabasındaki halkın üçte biri, "Polis bir adamı dövmekte ne zaman haklıdır?" sorusuna, polise saygıyı sağlamak için şiddetin meşru olduğuna inandıklarını söylemişlerdir.

185. Joseph Cooper, 'A non-Physician Looks at Medical Utopia', *Journal of the American Medical Association* 197 (1966): s. 697-9.

186. Der. Orville Brim et al., *The Dying Patient* (New York: Russell Sage, 1960). Her makalenin bibliyografisini içeren bir antoloji. İlki, "bireyin ölümünün vuku bulacağı" koşulları belirleme göreviyle karşılaşan sağlık profesyonellerinin bağlı olacağı teknik analiz ve karar oluşturma işlemlerini anlatıyor. Bu mühendislik işlemini "hasta, ailesi ve hepsinden çok ilgili personel için biraz daha az tatsız" hale getirmek için yapılması gerekenler hakkında bir dizi şey salık veriyor.

187. Yoğun son hizmetin tutarının son 4 yılda resmen ikiye katlanmış olmasına karşın Robert J. Glaser'ın 'Innovation and Heroic Acts in Prolonging Life'taki görüşlerine başvurmak yararlıdır, Brim, et al., *The Dying Patient*, 6. bölüm, s. 102-28.

188. Richard A. Kallish, 'Death and Dying: A Briefly Annotated Bibliography', in Brim et al., *the Dying Patient*, s. 327-80. Hastanalerdeki çağdaş profesyonel etkinlik, karar oluşturma ve teknolojiyle sınırlı, ölüm konusunda İngilizce literatürün notlarla donanmış bibliyografik bir taraması. Bu yazı, aynı yazarın daha geniş bir listesinin özetidir. Tamamlayıcı bilgi için bkz. Austin H. Kutscher, *A Bibliography of Books on Death, Bereavement*, Loss and Grief, 1953-68 (New York: Health Sciences Publishing Corp., 1969).

189. Tıbbi harcamalarda artış, ABD'den Çin'e tüm zengin ülkelerin hiçbirinde ortalama yaşam umudunu arttıramamıştır. Bu yalnızca, yoksul ülkelerin çoğunda en küçük yaş grubunun yaşam süresine önemli bir katkıda bulunabilir. Bu konuya ilk bölümde değinilmiştir. Tıbbın, tıbbi teşhisle seçilmiş küçük insan gruplarında sağ kalma oranını etkileyebilme yeteneği ayrı bir şeydir. Antibiyotikler akciğer iltihabından; oral rehidratasyon (kaybolan suyun ağız yoluyla verilmesi. ç.n.) ise dizanteri ve koleradan kurtulma şansını muazzam derecede arttırmıştır. Bu etkili müdahaleler olağanüstü ucuz ve basittir. Bunların profesyonel bir hekim gözetiminde uygulanması Amerikalılar için kültürel bir zorunluk haline gelmiş olabilir, ama henüz Meksikalılar için bu böyle değildir. Üçüncü konu tıbbi tedavinin, halkın daha küçük bir bölümünün sağ kalma şansını arttırma yeteneğidir: Hızlı ve komple bir hastane hizmeti sayesinde tedavi olabilen akut durumlardan etkilenenler. Bu grup için geçerli olan kural şudur: Tedavi ne denli pahalı olursa yaşam umudunu arttırmak

açısından değeri o ölçüde azalır. Dördüncü grup ise en uç hastalardır: Para ölüm sürecini ancak daha erken başlatarak uzatır.

190. Cenazecinin yapacağı işlere doktorların müdahale etmeye başlamasından hemen önce Amerikalıların cesetler hakkındaki anlatım dili konusunda bkz. Jessica Mitford, *The American Way of Death* (New York: Simon & Schuster, 1963; Londra: Hutchinson, 1963).

191. Yeni isimleriyle 'Zombie' (büyü ile dirilen ölü. ç.n.), cesetteki ölüm ve yaşamla ilgili birbirine zıt savlar içeren literatürün bolluğu arasından karara varmak için yapılan tıbbi-yasal tartışmalarda önemli bir konu haline geldi. Institute of Society, Ethics and the Life Sciences, Research Group on Ethical, Social and Legal Issues in Genetic Counseling and Genetic Engineering, 'Ethical and Social Issues in Screening for Genetic Disease', *New England Journal of Medicine* 286 (1972): s. 1129-32. Ölümün gerçekleştiğini saptama kriterleri hakkındaki güncel görüşlerin iyi bir özeti. Yazarlar bu konuyu, ölümü tanımlama işinden dikkatle ayırıyorlar. Alexandre Capron ve Leon R. Kass, 'A statutory Definition of the Standards for Determining Human Death: An Appraisal and a Proposal', *University of Pennsylvania Law Review* 121 (Kasım 1972): s. 87-118. Hekimin mezarcının yetki alanına karışması olgusunun hukuki yönlerine giriş.

192. Krizlerin geleneksel yönetimindeki bu meşruluğun yayılması muazzam bir politik güçtür, çünkü geri dönüşü olmayan kriz yöneticiliğinin oluşmasına yol açmaktadır. Weber'in, püritenlerin zenginliğinin takdir-i ilahi doktrininden kaynaklanan gerginliğin bilinçsiz bir sonucu olduğunu savunması gibi, Tawney'in niteliğinde ahlakçı bir tarihçi de, tekno-faşizmin varlığının, son tıbbi hizmetin ulusal sigorta tarafından ödenmesi için oy kullanmış bir toplumun bilinçsizce yol açtığı bir sonuç olduğunu öne sürebilir.

193. Kriz 'ritüelleştirme' ile acil bir kişisel bütünleşme fırsatı olmaktan çıkarak (Erikson) bürokratik organın salt yapısı nedeniyle organize olamayacağı bir hedefe varmaya zorlandığı bir baskı durumuna (tartışma için Robinson) dönüşür. Bazı durumlarda kurumun uydurma işlevleri üstün gelir. Bu, tıbbın bir 'ölüm politikası' gütmesi durumunda olsa gerektir. Karışıklık, 'ölme' ve 'karar' gibi, mahremiyetten çıkıp mahremiyet dışı bir duruma sıçramayı tanımlayan sözcüklerin kullanılmasıyla artar. Erik Erikson, 'Psychoanalysis and Ongoing History: Problems of Identity, Hatred, and Nonviolence', *American Journal of Psychiatry* 122 (Eylül 1965): 241-53. James Robinson, The Concept of Crisis in Decision-Making, Symposium Studies Series no. 11 (Washington, D.C.: National Institute of Social and Behavioral Science, 1962).

194. Ne yazık ki, kendisine ait daha önceki *Report from Iron Mountain*'la karşılaştırılamayacak bir romanda ölüm politikasına bağlı bir tıp konusunu ortaya sürüyor.

195. Valentina Borremans ve Ivan Illich, 'Dying Policy', 1976'da basılmak üzere *Encyclopedia of Bio-Ethics* için hazırlanmış manuskri, Kennedy Institute, Washington D.C. Yazarlar, ansiklopedi editörlerinin önerdiği başlık altında, 'ölmek' geçişsiz fiili ile 'politika' gibi bürokratik bir terimin oluşturduğu bireşimin dile ve mantığa yönelik müthiş bir saldırı içerdiğini vurgulayan bir giriş yazısına katkıda bulunmayı kabul etmişlerdir.

196. Acil bir durumda yetki talep eden kişi mantıksal değerlendirmeye ket vurabilir ya da onu yok edebilir. Hekimin, bireysel krizleri değerlendirebilme ve çözebilme gibi kendine özgü yeteneğinde diretmesi kendisini sembolik olarak Beyaz Saray'a komşu yapmaktadır.

197. Geleceğe yönelik iki zıt yaklaşım olarak umutlar ve beklentiler arasındaki ayrım konusunda yazarın görüşünü öğrenmek için bkz. Ivan Illich, 'The Dawn of Epithimethean Man', Erich Fromm'un onuruna düzenlenen bir sempozyumda sunulan makale. Beklentiler, kurumlaşmış teknik olanaklara iyimser ya da kötümser bir tevekküldür; umut ise başka kişileri şaşırtan güvenli bir gönüllülüktür.

198. Böylece 'kriz', gücünü yaptığı hizmetle ters orantılı bir şekilde arttırmak için uygulayıcı tarafından kullanılan bir saptırmaca haline gelir. Aynı zamanda kriz, yeni bireşimleri içinde de (enerji krizi, otorite krizi, Doğu-Batı krizi) bolca finanse edilmiş bilim adamının 'kriz'e para yardımında bulunanları haklı çıkaracak bilimsel bir içerik kazandırmak amacıyla yapacağı araştırmalar için de bitmek bilmez bir kaynaktır. Bkz. Renzo Tomatis, *La ricerca illimitata* (Milan: Feltrinelli, 1975).

199. Burada kullanılan 'hastane ölümü' terimi yalnızca, toplamın yüzde 10'unu oluşturan, 'ölüme katkıda bulunan, çabuklaştıran ya da birincil nedeni olan teşhis ya da tedaviyi ilgilendiren bir işlemle ilgili' ölümleri değil, hastanede olan tüm ölümleri anlatmak için kullanılmıştır. Elihu Schimmel, 'The Hazards of Hospitalization', *Annals of Internal Medicine* 60 (Ocak 1964): s. 100-16.

200. Monroe Lerner, 'When, Why, and Where People Die', in Brim et al., *The Dying Patient*, s. 5-29. 1955 ile 1967 arasında ölüm nedenlerini, bunların ırklara ve ABD bölgelerine göre farklarını gösteren analizler sunuyor.

201. Erwin H. Ackernecht, 'Death in the History of Medicine', *Bulletin of the History of Medicine* 42 (1968): s. 19-23. Aydınlanma çağının seçkin tabakası için ölüm daha önceki kuşaklara göre çok daha korkutucu hale gelmişti. Görünürdeki ölüm, laikleştirilmiş bir cehennem ve en büyük tıbbi sorun halini aldı. Trompet üfleyerek (Profesör Hufeland) ve elektrik şokuyla (Creve) canlılık testleri yapıldı. Bichat'nın *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (1800), tıptaki görünüşte ölüm karşıtı hareketi, Lancisi'nin çalışması onu nasıl 1907'de aniden başlattıysa, öyle sona erdirmiştir.

202. Bütün toplumlar yaşamdan mezara geçişin aşamalarını ayırt etmişlerdir. Bu konuyu IV/9. Sağlığın Kazanılması bölümünde ele alacağım ve çürümenin sınıflandırılmasıyla yeniden ilgilenmenin günümüzdeki öteki ilkel etkilere geri dönüşlerle nasıl benzerlik gösterdiğini kanıtlayacağım.
203. Margot Augener, 'Scheintod als Medizinisches Problem im 18. Jahrhundert', *Mitteilungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwisenschaften*, no. 6-7 (1967). Aydınlanma Çağı zenginlerinde laikleşmiş cehennem korkusu canlı olarak gömülme korkusunda odaklanmıştı. Bu, suda boğulma ya da yanarak ölmeyle ilgili insansever temellerin de oluşturulmasına yol açmıştı.
204. Sharmon Sollito ve Robert M. Veatch, *Bibliography of Society*, Ethics and the Life Sciences, a Hastings Center Publication (Hastings-on-Hudson, N.Y., 1974). J. R. Elkinton, 'The Literature of Ethical Problems in Medicine', pts 1,2,3, Annals of Internal Medicine 73 (Eylül 1970): s. 495-8; 8 Ekim 1970): 662-6; (Kasım 1970): s. 863-70. Bunlar etik literatürü tanıtan, birbirini tamamlayan yazılardır.
205. 'Scarce Medical Resources', editorial, *Columbia Law Review* 69 (Nisan 1969): s. 690-92. Çok sayıda ABD'li uzmanla yapılmış röportajlara dayanan bir tarama makalesi. Dışlama ve seçme politikalarını meşru bir bakış açısıyla tanımlıyor ve değerlendiriyor. Aşırı talebe yol açacağı varsayılan tekniklerin olası yararlılığını eleştirisiz kabul ediyor.
206. Hermann Feifel, 'Physicians Consider Death', in *Proceedings of the American Psychological Association Convention* (Washington, D.C.: The Association, 1967), s. 201-2. Hekim, ölümden, fiziksel hastaya göre de normal sağlıklı insana göre de daha fazla korkar. Bu tartışma, hekimlerin artık bulaşıcı korku taşıyıcısı oldukları tezine kadar götürülebilir.
207. Euthanasia: *An Annotated Bibliography*, Euthanasia Educational fund, 250 West 57th Street, New York, N.Y. 10019.
208. Hasta tarafından uygulanması gereken geçişsiz (nesnesi olmayan) bir etkinlik olarak iyileşme hakkı, hekimin geçişli bir etkinlik olan iyileştirme hakkı iddiasıyla çelişkiye düşebilir. Profesyonel bir göreve karşılık gelen tıbbi iyileştirme hakkının kökenleri için bkz. Ludwig Edelstein, 'The Professional Ethics of the Greek Physician', *Bulletin of the History of Medicine* 30 (Eylül-Ekim 1956): s. 391-419. Walter Reich hekim-hasta sözleşmesinin özündeki, hastalığın tedavi edilebilir olmaktan ölümcüllüğe dönüşmesi ve böylece 'şifa dağıtıcı sözleşmesi'nin sona ermesi durumuyla ilgili güncel meseleyi ortaya getiriyor. Walter Reich, 'The Physician's "Duty" to Preserve Life', *Hastings Center Report* 5 (Nisan 1975): s. 14-15.
209. *Facies Hippocratica*'nın (Hipokrat yüzü. ç.n.) tanınması, yani gelmekte olan ölümü ve tedavi çabalarının bırakılacağı anı gösteren belirtilerin tanınması, on dokuzuncu yüzyıl sonlarına dek tıbbi eğitim programının bir bölümüydü. Bu konuda 8. bölüme bakınız.

210. Fred Davis, 'Uncertainty in Medical Prognosis, Clinical and Functional', *American Journal of Sociology* 66 (Haziran 1960): s. 41-7. Davis, hasar ya da ölüm gösteren kötü bir prognozun kesin olması durumunda doktorların tavrının ne olacağını araştırıyor ve ikiyüzlülükle ve kaçamak yanıtlarla yaratılan kocaman bir belirsizlik ortamıyla karşılaşıyor. İkiyüzlülük, hiçbir yararı olmayan placeboları satarak umutları kaşımak için asılsız teşhisler koyan Dr. Çamur ile Dr. Yamuk'u beslemektedir. Kaçamak ya da klinik olarak gerekçelere dayanan bir prognozu bildirmemek ise hastayı ve ailesini belirsizlik içinde bırakır, gerçeği 'doğal bir yolla' öğrenmelerine neden olur; doktorun zaman kaybından ve patırtıdan kaçınmasını sağlar ve kendisini iyileştiremeyeceğini bilse, hastanın reddedeceği tedavileri uygulamasına olanak yaratır. Belirsizlik, genellikle çaresizliği, yani onların yapısına uymayan bir kategoriyi kabul etmekten kaçınmak için doktorla hasta arasında oluşturulan bir gizliliktir.

211. Sissela Bok et al., 'The Dilemmas of Euthanasia', *Bioscience* 23 (Ağustos 1973): s. 461-78. İnsana verilecek son hizmet tıbbın işi haline getirilmeseydi, euthanasia'nın ya da insan yaşamına tıbbi olarak son vermenin bu denli önemli bir konu haline gelemeyeceği gözden kaçırılmaktadır. Halihazırda ölümün hızlandırılmasına böylesi bir mesleki katkının meşruluğu ve ahlaki statüsüyle ilgilenen legal ve etik literatürden çoğunun pek bir değeri yoktur, çünkü bunların hiçbiri bu konunun başlıca yaratıcısı olan tıplaştırmayı sorgulamamaktadır. H. L. Hart, *Law, Liberty and Mortality* (Stanford, California: Stanford University Press, 1963; Oxford Publishing Co., 1968). Hart, yasaların tarafsız bir konumda olması gerektiğini savunarak bu tartışmada belki de en uç noktaya gidiyor. Bir yanda etiğin gülünç bir kopyası, tıbbi ürünlerin harfiyen belli bir fiyattan satılması zorunluluğu şeklini alıyor. Freeman, ameliyat edilmemiş bir hastanın ölümünün, yalnızca kendisi için değil, ailesi için de acıları hafifletmenin makbul bir yolu olduğunu söylüyor: John M. Freeman, 'Whose Suffering?' ve Robert E. Cooke, 'Is There a Right to Die. Quickly?' *Journal of Pediatrics* 80 (Mayıs 1977). s. 904-8. Öte yandan son hizmeti ağrı haplarıyla kendi kendine uygulama düşüncesinin sözcüsü bile başka herhangi bir ilaç tüketiminde olduğu gibi bu konuda da hastanın kendisi için seçeceği başka bir ilaç satın alması gerektiği görüşüne varmıştır.

212. John Hinton, *Dying* (Harmondsworth: Penguin Books, 1972).

213. Institute of Medicine of Chicago, *Terminal Care for Cancer Patients* (Chicago: Central Service for the Cronically Ill, 1950).

214. David Sudnow, *Passing On: The Social Organization of Dying* (Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1967). Giriş bölümünde, okunması "insan yaşamının son aşamasıyla ilişkileri sadece rastlantılara bağlı olan tıp dışı kişiler için sağlığa yararlıdır" diye anlatılan bu kitap her türlü profesyonel yardım isteğini tedavi edecektir.

215. Exton-Smith, 'Terminal Illness in the Aged'.
216. Birçok araştırmanın özeti için bkz. International Bank for Reconstruction and Development, *Health Sector Policy Paper* (Washington, D.C., Mart 1975), s. 34.
217. "Diyalizden sonra böbrek hastalarının kanlarının kimyasal yapısı görünüşte normale yakın olsa da bir süre kendilerini daha kötü hissettikleri gerçeğinin gösterdiği gibi yapay böbrek cihazında bazı düzeltmelerin yapılması gerekmektedir. Bunun olası açıklaması, bilinmeyen bir 'üremik faktör'ün kandan atılamaması ya da daha büyük olasılıkla gerekli bir maddenin atılması ya da belki böbrek makinesinin kana verdiği gizli bir zarardır." Rushmer, *Medical Engineering*, s. 314.
218. C.H. Calland, 'Iatrogenic Problems in End-Stage Renal Failure', *New England Journal of Medicine* 287 (1972): s. 334-8. Bu tür ölümcül bir tedavi gören bir tıp doktorunun otobiyografisi.
219. Hans von Hentig, *Vom Ursprung der Henkersmahlzeit* (Tübingen: Mohr, 1958). Ölümün tıplaştırılması, ölümleri kontrol altında gerçekleşen insan oranını muazzam bir şekilde arttırmıştır. Hentig, idama mahkûm olmuş kişiye celladı tarafından sunulan kahvaltıyı incelediği ansiklopedik çalışmasında, kamu tarafından belirlenmiş bir biçimde ölen kişilere savurganca lütufta bulunma yönünde, derinlerde yatan bir gereksinimin var olduğu sonucuna varıyor. Bu lütuf genellikle enfes bir yemek biçimini alır. Birinci Dünya Savaşı'nda da yine askerler birbirlerine sigara vermişler ve manga komutanı son sigarayı ikram etmiştir. Savaşta, hapiste ya da hastanede son muamele artık kişiliksiz bir biçim almıştır. Ölüm sırasındaki yoğun bakım da gömülecek kişiye bir cenaze hediyesi olarak düşünülebilir.
220. Stephen P. Strickland, Politics, *Science and Dread Disease: a Short History of the United States Medical Research Policy*, Commonwealth Fund Series (Cambridge: Harvard Univ. Press, 1972). Strickland, ABD hükümetinin tıbbi araştırma programının 1927 yılında bir senatörün kötü katili, yani kanseri yakalayacak kişiye 55 milyon dolar ödül önermesiyle nasıl başladığını anlatıyor. Kanser araştırmalarındaki patlamanın tarihçesini veriyor. ABD hükümeti bugün bu amaçla yılda 500 milyon dolardan daha fazla para harcamaktadır.
221. H. G. Mather et al., 'Acute Myocardial Infarction: Home and Hospital Treatment', *British Medical Journal*, 1971, 3:334-8.
222. John Powles'un ortaya attığı argüman için bkz. 'On the Limitations of Modern Medicine', in *Science, Medicine and Man* (Londra: Pergamon, 1973), 1:1-30. Hastalıkların günümüzde giderek büyüyen oranlarda artması insanların neden olduğu bir şeydir; hastalığa mühendisçe müdahale, bir strateji olarak pek ilerleme göstermemiştir. Bu stratejide sürekli olarak diretilmesi, ancak bunun teknik olmayan amaçlara hizmet etmesiyle

açıklanabilir. Tıp içinde geri dönüşlerin azalması sanayi çağı insanının çevresiyle ilişkilerinde daha büyük bir krizin örneğidir. J. P. Dupuy ve S. Karsenty, 'La logique cachée de la croissance de l'institution médicale' (sans indication de la publication) no.3, yaz 1975, s. 179-202. Bu kitap, sağlık hizmeti sisteminin aslında simgelerin üretimi ve tüketimine yönelik bir işe dönüşmesini anlatıyor.

223. M. Bartels, *Die Medizin der Naturvölker* (Leipzig: Grieben, 1893). İlkel toplumların tıbbındaki büyü unsuru konusunda bir klasik.

224. William J. Goode, 'Religion and Magic', der. Goode, *Religion Among Primitives* (New York: Free Press, 1951), s. 50-54.

225. Placebo etkisi konusunda tıbbi araştırmaların tarihi için bkz. Arhur K. Shapiro, 'A Contribution to a History of the Placebo Effect', *Behavioral Science* 5 (Nisan 1960). s. 109. 35.

226. Büyüyle yok etme, dinsel tefsir ya da acının etik sosyalizasyonu ve teknik kullanımıyla meşru denetimi çok daha ayrıntılı bir inceleme gerektirir. Bu ayrımları yalnızca şu noktaları aydınlatmak için yapıyorum: (1) Tıp tekniğinin teknik dışı etkileri vardır; (2) Bunların bazıları ekonomik ya da sosyal istisnalar olarak kabul edilmez; (3) Çünkü bunlar özel olarak sağlık düzeyini etkiler. (4) Sağlıkla ilgili bu gözükmeyen işlevler karışık ve çok katlı bir yapıya sahiptir ve (5) Genellikle sağlığı bozarlar.

227. Burada kastettiğim mitler, ritüel kutlanmasının desteklediği rasyonalizasyonlarla bu kutlamaların yarattığı, mitle doğrudan çelişen sosyal sonuçlar arasındaki aykırılığa karşı katılımcılarda bir körlük ya da hoşgörü yaratma yeteneği şeklinde davranış biçimleri oluştururlar. Bu konuda inceleme için bkz. Max Gluckman, *Order and Rebellion in Tribal Africa* (New York: Free Press, 1963).

228. Eric Voeglin, *Science, Politics and Gnosticism*, çev. William Fitzpatrick (Chicago: Regnery, 1968).

229. Şefkatin, terbiyenin ve kutlamanın sosyal düzenlemesi ilkel tıbbın en önemli yönü olagelmiştir, bkz. Erwin H. Ackerneckt, 'Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine', *Bulletin of the History of Medicine* 19 (Mayıs 1946): s. 467-97.

230. Richard M. Titmuss, *The Gift Relationship* (New York: Pantheon, 1971). ABD ticari sistemindeki ve Britanya sosyalize tıp sistemindeki insan kanı pazarını karşılaştırıyor. Britanya'da kan transfüzyonlarının muazzam üstünlüğünü kanıtlıyor ve Britanyalıların daha başarılı yaklaşımının, ticarileşmenin düşük düzeyde olmasından kaynaklandığını savunuyor.

231. Yalnızca Chaucer'ın (Ortaçağda yaşamış bir İngiliz yazarı. ç.n.) zamanında şifacılar için ortak bir isim belirmişti: Vern L. Bullough, 'Medical Study at Medieval Oxford', *Speculum* 36 (1961): s. 600-612.

232. 'The Term "Doctor"', *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 18 (1963): s. 284-7.
233. Louis Cohn-Haft, *The Public Physician of Ancient Greece* (Northampton, Mass.: Smith College, 1956).
234. Adalberto Pazzini, *Storia della medicina*, 2 cilt (Milano: Societa editrice libraria, 1947).
235. Genel olarak Arap tıbbı için bkz. Lucien Leclerc, *Histoire de la médecine arabe: Exposé complet des traductions du grec: Les sciences en Orient, leur transmission a l'Occident par les traductions latines*, 2. cilt (1876; yeniden basım, New York: Franklin, 1971): Manfred Ullmann, Die Medizin im Islam (Leiden: Brill, 1970) ayrıntılı bir kılavuz. Ayrıca bkz. Ibn Khaldun, The Muqaddimah: An Introduction to History, çev. Franz Rosenthal, Bollingen Series XLIII, 3 cilt (Princeton, N.J.: Princeton Univ. Press, 1967). Batı'nın doktor imajına Arapların katkısının eleştirel incelemesi için bkz. Heinrich Schipperges, 'Ideologie und Historiographie des Arabismus', *Sudhoffs archiv*, suppl. 1, 1961.
236. Jacob Marcus, *Communal Sick-Care in the German Ghetto* (Cincinnati: Hebrew Union College Press, 1947). Bu kitap yabancılara güvenmekten dolayı vicdan rahatsızlığı çekilmesinin nedenlerini açıklıyor.
237. S.D. Lipton, 'On Psychology of Childhood Tonsillectomy', der. R.S. Eisler et al., *Psychoanalytic Study of the Child* (New York: International Univ. Press, 1962), 17: 363-417; Anthologia A8'de yeniden basılmış (Cuernavaca: CIDOC, 1974).
238. Julius A. Roth, 'Ritual and Magic in the Control of Contagion', *American Sociological Review* 22 (Haziran 1957): s. 310-14. Doktorların büyüye nasıl inanır olduklarını anlatıyor. Tüberkülozlu hastalardan hastalık bulaşması tehlikesine inanmak onları ritüalize yöntemlere ve mantıkdışı uygulamalara yöneltir. Örneğin, hastaları koruyucu maske takmaya zorlayan kurallar röntgen çektirmeye gittiklerinde sıkı bir biçimde uygulanır, ama sinemaya ya da toplu yerlere gittiklerinde uygulanmaz.
239. Arthur K. Shapiro, 'Factors Contributing to the Placebo Effect: Their Implications for Psychotherapy', *American Journal of Psychotherapy* 18, suppl. 1 (Mart 1964): 73-88.
240. Otto Lippross, *Logik und Magie in der Medizin* (Münih: Lehmann, 1969), s. 198-218. Lippross en etkili iyileştirmenin hekimin kendi kişiliğine en uygun yöntemi seçmesine bağlı olduğu yolundaki görüşünü savunuyor ve belgeliyor.
241. Henry K. Beecher, 'Surgery as Placebo: A Quantitative Study of Bias', *Journal of the American Medical Association* 176 (1961): 1102-7. Cerrahinin hasta üzerinde placebo etkisi olduğu uzun zamandır bilinmektedir. Ben, burada apaçık müdahalelerle benzer etkilerin sosyo-politik olarak aktarılabileceklerini savunuyorum.

242. Gerhard Kienle, *Arzneimittelsicherheit und Gesellschaft: Eine kritische Untersuchung* (Stuttgart: Schattauer, 1974). Yazar bu konuya değiniyor ama tıbbi teknolojinin yalnızca farmakolojiyle ilgili sektörüyle ilgileniyor.
243. Henry K. Beecher, 'Nonspecific Forces Surrounding Disease and the Treatment of Disease', *Journal of the American Medical Association* 179 (1962): 437-40. "Her korku yenilebilir; ama korkunç bir teşhis, teşhisten dolayı ölümü hemen hemen garantiler." Walter B. Cannon, 'Voodoo Death', *American Anthropologist* 44 (Nisan-Haziran 1942): 169-81. Haiti büyüsünün kurbanları, sempatiko-adrenal sistem üzerine şiddetli bir etki yapan ve kan basıncında, ölümle sonuçlanan ani bir düşüşe yol açan uğursuz ve sürekli bir korku edinirler.
244. R.C. Pogge, 'The Toxic Placebo', *Medical Times 91* (Ağustos 1963): 778-81. S. Wolf 'Effects of Suggestion and Conditioning on the Action of Chemical Agents in Human Subjects: The Pharmacology of Placebos', *Journal of Clinical Investigation* 29 (Ocak 1950): s. 100-109. G. Herzhaft, 'L'Effet nocebo', *Encéphale* 58 (Kasım-Aralık 1969): s. 486-503.
245. Erwin H. Ackernecht, 'Problems of Primitive Medicine', William A. Lessa ve Evon Z. Vogt, *Reader in Comparative Religion* (New York: Harper & Row, 1965), 8. bölüm, s. 394. 402. Ackerknecht, Parsons'ın, her toplumun, şifacıları özel bir tür güçle donattığı yolundaki önyargısında önemli düzeltmeler öneriyor. İlkel hekimle modern hekimin meslektaş değil, karşıt olduğunu kanıtlıyor: İkisi de hastalıkla uğraşır ama bunun dışındaki tüm tarzlarda farklıdırlar.
246. Marc Bloch, *The Royal Touch: Sacred Monarchy and Scrofula in England and France*, çev. J.E. Anderson (Montreal: McGill-Queens Univ. Press, 1973).
247. Werner Danckert, *Unehrliche Leute: Die verfemten Berufe* (Bern: Francke, 1963). Cellatlar, mezarcılar, fahişeler ve değirmenciler gibi toplum dışı ve marjinal kişilere geleneksel olarak yüklenen iyileştirici gücü inceliyor. Wolfgang Dau, 'Schafrichter und Henker als Medici und Chirurgi', *Materia Medica*, Nordmark. 15. 1963, s. 338-50.
248. Dominique Wolton, *Le Nouvel ordre sexuel* (Paris: Seuil, 1974). Fransız cinsel devriminin sonuçlarını anlatıyor: "Hekimlerden, militanlardan, eğitimcilerden ve eczacılardan oluşan yeni bir 'seksokrasi' Fransız cinselliğini laikleştirdi, eğitti ve 'vücut bilincini ortopedik bakıma tabi kılarak bu mahrem konuda bile sağlık alıcısı müşteriler yarattı."
249. Henry E. Sigerist, *Civilization and Disease* (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1970).
250. Tamamlayıcı başvuru kaynakları için 15. ve 18. notlara bakınız.
251. T.F. Troels-Lund, *Gesundheit und Krankenheit in der Anschauung alter Zeiten* (Leipzig, 1901). Farklı kültürlerde hastalıklardaki değişiklikleri inceleyen ilk araştırmalardan biri. Walther Riese, *The Conception of Disease: Its History, Its Versions and Its Nature* (New York. Philosophical Library,

1953). Bu kitap için felsefi bir epistemoloji girişimi denilebilir. Bu konudaki en son tartışmalar için bkz. David Mechanic, *Medical Sociology: A Selective View* (New York: Free Press, 1968), özellikle s. 33.

252. Asklepios rolü olmayan bir topluma ait tek bir örnek için bkz. Charles O. Frake, 'The Diagnosis of Disease Among the Subanun of Mindanao', *American Anthropologist* 63 (1961): s. 113-32. Hastalıklar hakkında karar verme dünyasında bireysel yetenek ve bilgi farkları dikkate alınır; ama teşhisçinin, hatta Subanun anlayışında şifacının bile resmi bir statüsü yoktur.

253. Lawrence J. Henderson, 'Physician and Patient as a Social System', *New England Journal of Medicine* 212 (1935): s. 819-23. Hekimin hastayı hastalığından ötürü ahlaki sorumluluktan kurtarabileceğini öne süren belki de ilk çalışma. Modern ve hemen hemen ahlaktan bağımsız hasta rolünün klasik formülasyonu için bkz. Talcott Parsons, 'Illness and the Role of the Physician' (ilk basım 1948), der. Clyde Kluckhohn and Henry Murray, Personality in Natura, Society and Culture, gözden geçirilmiş yeni basım, (New York: Knopf, 1953).

254. David Robinson, *The Process of Becoming* III (Londra: Routledge, 1971). Hastanın rolü hakkında o zamana değin yapılmış çalışmaların çoğunda temel bir zayıflık keşfediyor: Bunların hepsi sonunda hasta haline gelmiş insanlar üzerine yapılan çalışmalardır ve kendini hasta hisseden, ama doktora görünmeyi erteleyen insanlarla ilgilidirler. Yazar, hastalığın, belirtilerin bir profesyonele gösterilmesiyle başlayacağı görüşünü reddediyor. İnsanlar kendilerini hasta hissettiklerinde genellikle gerçek birer hasta değillerdir. Robinson, hasta olmayan hastaların davranışlarını deneyci yönteme dayanarak inceliyor.

255. Hasta tarafından nesnesiz iyileşme ile sağlanan nesneli iyileştirme arasındaki ayrım sonradan netleşmiş olsa gerek. İkincisi, yani hastaya yönelik bir hizmet temelinde farklı iki yoldan sağlanabilir. Bu ya bir kurumun ve bu kurumun politikalarını uygulayan görevlilerin ürünüdür ya da kültürel ortam içinde kişisel, kendiliğinden bir etkileşimin sonucudur. Jacques Ellul, *The Technological Society* (New York: Random House, 1964) adlı kitabında bu ayrımı incelemiştir. Ellul'un 'kurumsallaşmış değerler' kavramı bir sempozyumda analiz edilmiştir: Katallagete [Be Reconciled]: *Journal of the Committee of Southern Churchmen* 2 (kış-bahar 1970): 1-65. Kişisel bakım fenomenolojisi Milton Mayeroff tarafından *On Caring* (New York: Harper & Row, 1971) adlı kitapta geliştirilmiştir.

256. Renée Fox, *Experiment Perilous: Physicians and Patients Facing the Unknown* (Glencoe, Ill.: Free Press, 1959). Tıp deneylerinde denek olarak kullanılmaya razı olan ölümcül hastaları inceliyor. Hastalıkları hakkında çoğunluğun birleştiği bilimsel ve mantıksal açıklamalara aldırmadan bu tedavilere dinsel, özellikle de ahlaki açıdan sarılmışlardır.

257. Hastalık, yüksek yaşam standartlarıyla ve büyük beklentilerle ilişkilidir. Britanya'da 1970'in ilk altı ayında sanayi alanındaki tartışma ve çatışmalar yüzünden 5 milyon işgünü yitirilmiştir. 1926'daki genel grevden bu yana yalnızca iki yılda bu miktarın üzerine çıkılmıştı. Bununla karşılaştırıldığında raporlu hastalıklardan ötürü işe gelmeme nedeniyle yitirilen işgünü sayısı 300 milyondan fazladır. Office of Health Economics, *Off Sick* (Londra, 1971).

258. Clarence Karier, 'Testing for Order and Control in the Corporate Liberal State', *Educational Theory* 22 (bahar 1972). Sosyal denetim için kullanılabilecek eğitim deneme malzemesinin geliştirilmesinde, okulların bu görevi yerine getirme olanağını yitirdiği durumlarda Carnegie Vakfi'nın oynadığı rolü gösteriyor. Karier'e göre okul dışında yaptırılan denemeler pedagojik koşullarda yaptırılan denemelerden, ince ayrımların öğrenilmesi açısından daha güçlü araçlardır. Aynı şekilde, tıbbi denemenin, önemli hiçbir tedavinin mümkün olmadığı deneme sonuçlarının sayısı çoğaldıkça, sınıflandırma ve ayrım yapabilmek için daha çok değer kazanacağı savunulabilir. Hasta rolü evrensel hale geldiğinde tıbbi etiketleme de tam bir sosyal denetleme aracı haline gelir. Ayrıca bkz. E. Richard Brown, *The Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in the Progressive Era* (Berkeley: University of California Presss, 1977'de çıkıyor.)

259. Siegler ve Osmond, 'Aesculapian Authority', bkz. 32. dipnot. Yazarlara göre, Asklepios otoritesinden ilk kez T. T. Paterson'un 1957 tarihli, basılmamış notlarında söz edilmiştir. Bu yazı üç rol içerir: Öğüt veren, öğreten ve yöneten akıllı otorite; tıbbi eylemleri tümüyle iyi değil, doğru şeyler haline getiren ahlaki otorite; ve doktorun mutlak bir güce başvurabileceği ve genellikle hastanın bilincini ve durum değerlendirmesi yapma yetisini saf dışı bırakabileceği karizmatik otorite. Pedagoglar, psikologlar, toplumsal akım önderleri ve farklı yöntemler kullanan şifacılar kendi garip yöntemleri adına, bu üç katlı otoriteye gittikçe daha çok başvurma, böylece bilimsel doktorların safına katılma ve Asklepios rolünün kanser gibi yayılmasına katkıda bulunma eğilimindedirler.

260. Franco Basaglia, *La maggioranza deviante: L'ideologia del controllo sociale totale*, Nuovo Politecnico no. 43 (Turin: Einaudi, 1971). Altmışlı yıllardan beri, tıpça tanınan bir statüsü olmayan bir yurttaş artık istisna olmaya başladı. Çağdaş politik denetim, insanları, yalnızca kendileri için değil, başkalarının da sağlığı için böyle bir statüye gereksinimleri olduğuna inandırdı.

261. Nils Christie, 'Law and Medicine: The Case Against Role Blurring', *Law and Society Review* 5 (Şubat 1971): s. 357-66. İki tekelci imparatorluk arasındaki çatışmanın bir kriminolojist tarafından hazırlanmış vaka araştırması. Tıp, eğitim ve hukuk desteğiyle birleşmektedir. Bütün teşhislerin tıplaştırılması sapkının kendi değerleri üzerindeki hakkını yadsır: Hasta

rolünü kabul eden kişi bu kabullenmeyle, (bizim toplumumuzda bambaşka bir hasta rolü olan) sağlığına kavuşursa boyun eğeceğini ima eder. Yakınmasının tıplaştırılması, acısının politik olarak iğdiş edilmesi sonucunu verir. Bunun için bkz. Jesse R. Pitts, 'Social Control: The Concept', International Encyclopedia of the Social Sciences (1968), 14:391.

262. H. Huebscmann, 'La Notion d'une société malade', *Présence*, no. 94 (1966), s. 25-40.
263. Basaglia, *La maggioranza deviante*.
264. Michel Foucault, *Surveiller et punir: Naissance de la prison* (Paris: Gallimard, 1975). Ahlaki açıdan sorumlu kabul edilen rollerin tükenmekte olduğu pan-terapötik toplumun yükselişi üzerine. İngilizce çevirisi Allen Lane tarafından yapılmıştır, Londra.

III.
KÜLTÜREL İATROJENEZ

3. Giriş

1. F. J. J. Buytendijk, *Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung* (Berlin: Springer, 1956). Öteki türlerle karşılaştırarak, insanın fizyolojik ve psikolojik olarak kendi kendini oluşturabilen bir canlı olduğu sonucuna varıyor. Bu konudaki Alman kaynakların İngilizce çevirisi için bkz. H. O. Pappe, 'On Philosophical Anthropology', *Australasian Journal of Philosopy* 39 (1961): s. 47-64.
2. Adolf Portmann, *Zoologie und das neue Bild des Menschen* (Hamburg: Rowohlt, 1956). İnsanda kendisini dengeye yöneltecek doğuştan gelen içsel mekanizmalar yoktur: Onun yaratıcı yetenekleri, çevresine (Umwelt) öteki türler için var olanlardan farklı özellikler kazandırır; bu da çevreye alışkanlığa dönüşür.
3. Peter Sedgwick, 'Illness, Mental and Otherwise: All Illnesses Express a Social Judgment', *Hastings Center Studies* 1, no.3 (1973): s. 19-40.
4. Viktor von Weiszacker, *Der Gestaltkreis: Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*, 4. basım, (Stuttgart: Thieme, 1968: 1. 1940).
5. Henry E. Sigerist, *A History of Medicine*, cilt 1, *Primitive and Archaic Medicine* (New York: Oxford Univ. Press, 1967). Erwin H. Ackerknecht, 'Primitive Medicine and Culture Patterns', *Bulletin of the History of Medicine* 12 (Kasım 1942): 545-74. Sigerist şöyle diyor: "Kültürün, ilkel de olsa daima belli bir biçimi vardır... İlkel bir kabilenin tıbbı da bu biçime uyar. Bu onun bir ifadesidir ve ayrı olarak incelenirse tümüyle anlaşılamaz." Ackerknecht kültür ve tıp arasındaki bu bütünleşmeyi üç kabileyle örnekliyor: Cheyenne, Dobuan ve Thonga. Bu bütünleşmenin

klasik bir tanımı için bkz. E. E. Evans-Pritchard, Witchcraft, *Oracles and Magic Among the Azandé* (Oxford: Oxford Univ. Press, 1951), pt 4, 3. Burada savunduğum şey, sağlıkla, acı çektiğim sıradaki davranışlarımdan sorumlu olma yeteneğim arasında doğru orantılı bir ilişki olduğudur. Bu sorumluluktan kurtulma ise sağlıkta bir çöküşle doğru orantılıdır.

6. Tıp kültürünü deli gömleği olmaksızın incelemek kolay değil. F.L. Dunn, 'Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems', Univ. of California. Dunn, tıp kültürü konusunda yayımlanmış araştırmaların çoğunda önemli peşin hükümler ve taraf tutmalar olduğunu gösteriyor. Sağlığı düzeltici davranışlar ve bunların temelindeki inançlar hakkındaki etnografik (ve aynı zamanda antropolojik) kaynakların yalnızca tedaviyle ilgilendiğini, sağlığı koruma ve geliştirme konusuyla ilgilenmediğini savunuyor. Davranışbilimci gözlüğü ile bakılan tıp kültürünü kaynaklardan öğrenmek için bkz. Marion Pearsall, *Medical Behavioral Science: A Selected Bibliography of Cultural Anthropology, Social Psychology and Sociology in Medicine* (Lexington: Univ. of Kentucky Press, 1963) Ayrıca bkz. Steven Polgar, yukarda 19. dipnot. Elfriede Frabner, *Volksmedizin: Probleme und Forschungsgeschichte* (Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1974). Bu çalışma etnik tıbbın tarihi hakkında eleştirel araştırmalar için bir antoloji sunmaktadır.
7. Sağlığın kültürel benzersizliği hakkında: Ina-Maria Greverus, *Der territoriale Mensch: Ein literaturanthropologischer Versuch zum Heitmatphänomen* (Frankfurt: Athenaum, 1972). W.E. Muhlmann, 'Das Problem der Umwelt beim Menschen', *Zeitschrift für Morphologia und Anthropologia 44* (1952): 153-81. Arnold Gehlen, *Die Seele im technischen Zeitalter, Sozialpsychologische Probleme in der industriellen Gesellschaft* (Hamburg: Rowohlt, 1957). P. Berger, B. Berger ve H. Kellner, *The Homeless Mind* (New York: Vintage Books, 1974).
8. Herbert Plüge, *Der Mensch und sein Leib* (Tübingen: Niemeyer, 1967). F.J.J. Buytendijk, Mensch und Tier (Hamburg: Rowolt, 1958). F.J.J. Buytendijk, *Prolegomena to an Anthropological Physiology* (Pittsburgh, Pa.: Duquesne University Press, 1974).
9. Clifford Geertz, 'The Impact of the Concept of Culture on the Concept of Man', der. Yehudi A. Cohen, *Man in Adaptation: The Cultural Present* (Chicago: Aldine, 1968). Clifford Geertz, *The Interpretation of Culture* (Basic Books, New York, 1973). Ayrıca burada benimsenen görüş açısının eleştirisi için bkz. Mary Douglas, 'The Self-completing Animal', *Times Literary Supplement*, 8 Ağustos 1975, s. 886-7.
10. Erwin H. Ackerknecht, 'Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine', *Bulletin of the History of Medicine* 19 (Mayıs 1946): s. 467-97. Tıp kültürünün işlevleri konusunda zamanı geçmiş ama yine de olağanüstü bir kaynak taraması. Ackerknecht, tıbbın ilkel toplumlarda

modern tıbbın gerçekleştiremediği sosyal bir rol oynadığını, holist ve birlikçi (Hıristiyanlıkta Baba, Oğul ve Kutsal Ruh'tan oluşan üçlemeye inanmayan görüş. ç.n.) bir karaktere sahip olduğunu gösteren toplu kanıtlar sunuyor.

11. Hans Wiswe, *Kulturgeschicte der Kochkunst: Kochbücher und Rezepte aus zwei Jahrtausenden* (Münih: Moos, 1970). Fred Binder, *Die Brotnahrung: Auswahl-Bibliographie zu ihrer Geschhichte und Bedeutung*, Donau Schriftreihe no. 9 (Ulm: Deutsches Brotmuseum E.V., 1973). Ludwig Edelstein, Ancient Medicine: *Selected Papers of Ludwig Edelstein*, C. Lilian and Owsei Temkin, der. (Baltimore: Johns Hopkins, 1967). Antik Çağ'daki diyetleri inceleyen bölüme bakınız.
12. Salvatore P. Lucia, *Wine and the Digestive System: A Select and Annotated Bibliography* (San Francisco: Fortune House, 1970).
13. Lucien Febvre, 'Travail: Evolution d'un mot et d'un idée', *Journal de psychologie normale et pathologique* 41, no. 1 (1948): s. 19-28.
14. Richard B. Onians, *The Origins of European Thougt About the Body, the Mind, the Soul, the World, Time and Fate* (1951; reprint ed., New York: Arno, 1970). H.E. Sigerist, 'Disease and Music', in *Civilization and Disease* (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1943), 11. bölüm, s. 212.
15. Günter Elsasser, 'Ausfall des Coitus als Krankheitsursache in der Medizin des Mittelalters', der. Paul Diepgen et al., *Abhandlung zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, no. 3 (Berlin, 1934). Robert H. van Gulik, *Sexual Life in Ancient China* (Atlantic Highlands, N.J.: Humanities Press, 1961).
16. Werner Jaeger, *Paideia: The Ideals of Greek Culture* (New York: Oxford Univ. Press, 1943), cilt 3, 1. bölüm, 'Greek Medicine as Paideia', s. 3-45.
17. Edward N. Gardiner, *Athletics of the Ancient World* (New York: Oxford Univ. Press, 1930). M. Michler, 'Das Problem der westgriechiscen Heilkunde', *Sudhoffs Archiv* 46 (1962): s. 141.
18. Fridolf Kudlien, 'Stimmübungen als Therapeutikum in der antiken Medizin', *Ärztliche Mitteilungen* 44 (1963): 2257-8; bu makalenin bir özeti olarak bkz. L. Heyer-Grote, *Atemschulung als Element der Psychotherapie* (Darmstadt: Wissenschaftlice Buchgesellscaft, 1970). Johanna Schmidt, 'Phonaskoi', in Pauly-Wissowa Real-Encyklopädie (1941), 20, pt 1: 522-6.
19. A.W. Gubser, 'Ist der Mittagsschlaf schädlich?' *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 97, no. 7 (1967): s. 213-16. Jane Belo, Trance in Bali, preface by Margaret Mead (New York: Columbia Univ. Press, 1960). Kilton Steward, 'Dream Theory in Malaya', *Complex: The Magazine of Psychoanalysis and Related Matters* 6 (1951): s. 21-33.
20. Ibn Khaldun, *The Muqaddimah: An Introduction to History*, çev. Franz Rosenthal, Bollingen Series XLIII, 3 cilt (Princeton Univ. Press, 1967). İbn

Haldun on beşinci yüzyıl sonlarında yazdığı yapıtında, yerleşik kültürün gerek duyduğu tıp sanatı ile başlıca geleneklere ve bireysel deneyime dayalı Bedevi tıbbı arasındaki çelişkiyi gözlemliyor. Özellikle 2:373-7 ve 3: 149-51. sayfalara bakınız.

21. F. N. L. Poynter, der. *Medicine and Culture*, Proceedings of a Historical Symposium Organized Jointly by the Wellcome Institute of the History of Medicine, London and the Wenner. Gren Foundations for Anthropological Research, N.Y. (Londra: Wellcome Institute, 1969). Metropol tıbbı ile çeşitli gelenekler arasındaki çelişkiye bakınız. Senegal'de bir hastanenin yeni bir 'ruh hastalığı' kategorisi yaratmada kullanılması hakkında bkz. Danielle Storper-Perez, *La Folie colonisée: Textes a l'appui* (Paris: Maspero, 1974).
22. Sağlığın kuramsal olarak insana özgü bir özellik olduğu yolundaki Batı ideali, insanlık idealinin paraleli dışında gelişemez. Carlyle her iki idealin ilk kez Büyük İskender'in insanların homo-ousia (aynı yapıda) olması için kadeh kaldırmasında somut bir biçimde ortaya çıktığını savunuyor. 'Sağlıklı insan' ütopyası ilerleme idealiyle birleşince her kabilenin ya da polisin (Yun. Kent. ç.n.) işlevsel karakterinin somut ve kendine özgü modelini içeren ideale üstün geldi. Bu konuda bkz. H.C. Baldry, *The Unity of Mankind in Greek Thought* (Cambridge: University Press, 1965) ve Max Muehl, *Die antike Menscheitsidee in ihrer geschichtlicen Entwicklung* (Leipzig: Dietrichsche Verlagsbuchandllung, 1928). Sidney Pollard, *The Idea of Progress: History and Society* (New York: Basic Books, 1968). Bu kitap, insanın ilerlemesi ideolojisini, somut tarihiyle ve felsefeyi tamamlayan politik-ekonomik görüşlerle birlikte inceliyor.
23. Bu görüş ayrılığını Latin Amerika tarihinde incelemek için bkz. Erwin H. Ackerknecht, 'Medical Practices', in Julian Haynes Steward, *Handbook of South American Indians*, 5 cilt, *The Comparative Ethnology of South American Indians* (1949; reprint ed., Saint Clair Shores, Mich.: Scholarly Press, 19739, s. 625-43. Tıbbi sömürgeleştirme üzerine bkz. Percy M. Ashburn, *The Ranks of Death: A Medical History of the Conquest of America* (New York: Cowward-McCann, 1947). Tarihselden çok bibliyografik nitelikte, ama çok önemli bir çalışma. Avrupa tıp ideolojisinin Latin Amerika'daki emperyalizmi konusunda kapsamlı bir çalışma yoktur. Bu konuya giriş olarak bkz. Francisco Guerra, *Historiografia de la medicina colonial hispano-americana* (Mexico: Abastecedora de impresos, 1953). Konuyla yeni ilgilenenler için bkz. Gonzalo Aguirre Beltran, *Medicine y magia: El proceso de aculturacion en la estructura colonial* (Mexico: Instituto Nacional Indigenista, 1963). Rudolf Thissen, 'Die Entwicklung der Terminologie auf dem Gebiet der Sozial-hygiene und Sozialmedizin im deutschen Sprachgebiet bis 1930', *Forschungsbericht des Landes Nordhein-Westfalen*, Nr 2050 (Köln: Westdeutscher Verlag, 1969), s. 3-72. Almanya'da hij-

yenin din adamlarının denetiminden hekimlere geçmesinden bugüne dek sosyal tıpta kullanılan terimlerin tarihi. Özellikle, sağlığın, işçinin hükümet tarafından korunması gereken 'tek varlığı' haline geldiği on dokuzuncu yüzyıl ortalarına ışık tutuyor.

4. Ağrıyı dindirmek

1. Ağrı deneyiminin modernleştirilmesinin çok duyarlı bir fenomenolojik analizi için bkz. Peter Berger, 'Policy and the Calculus of Pain', in *Pyramids of Sacrifice: Political Ethics and Social Change* (New York: basic Books, 1974), 5. bölüm.
2. F.J.J. Buytendij, Pain, *Its Modes and Functions*, çev. Eda 'O'Shiel (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1962), Rudolf Bilz, Paläoanthropologie, 1 ve 2. ciltler, *Studien über Angst und Schmerz* (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1971).
3. Victor Weizsäcker, *Arzt und Kranker* (Stuttgart: Köhler, 1949), 1. cilt.
4. Thomas S. Sazs, *Pain and Pleasure* (New York: Basic Books, 1957).
5. Ağrıya tepkinin çağdaş yazarlar ve felsefeciler tarafından analizi için bkz. Ida Cermak, *Ich klage nicht: Begegnungen mit der Krankheit in Selbstzeugnissen schöpferischer Menschen* (Viyana: Amalthea, 1972). Ortaçağın sonlarında bir insanın davranışlarından, eğer yaşanan şey keder, acıma, gurur incinmesi ya da yara ise acı çektiğini anlamak hemen hemen olanaksızdı. Wilhelm Scherer, *Der Ausdruck des Schmerzes und der Freude in der mittelhochdeutschen Dichtung der Blütezeit* (Strassburg, 1908).
6. Klasik Yunan sanatçıları ağrıyı anlattıklarında onun fizyolojik etkisiyle yalnızca dolaylı olarak ilgiliydiler; asıl göstermeye çalıştıkları bu etkinin az ya da çok kişisel tarzıydı. Ernst Hannes Bräuer, *Studien zur Darstellung des Schemerzes in der antiken bildenden Kunst Griechenlands und Italiens*, doktora tezi, Univ. of Breslau (Breslau: Nichkowsky, 1934). Attik tiyatrosu konusunda benzer sonuçlar için bkz. Karl Kiefer, *Körperlicher Schmerz auf der attischen Bühne*, doktora tezi (Heidelberg: Carl Winter's Universitaetsbuchhandlung, 1908).
7. Acı çeken insanı gösteren 60 plastik tasvir, bkz. Friedrich Schulze-Maizier and H. Moehle, *Schmerz* (Berlin: Metzner, 1943). Ayrıca bkz. F. Garnaud, 'La Douleur dans l'art, Aesculape, 1957, birbirini takip eden birçok konu.
8. Victor Weiszaecker, 'Zum Begriff der Arbeit: Eine Habeas. Corpus Akte der Medizin?' der. Edgar Salin, *Synopsis: Festgabe für Alfred Weber* (Heidelberg: Schneider, 1948), s. 707-61. Acının bir Leistung olarak, yani hasta kişinin tüm toplumlarda saygı uyandıran ve işten farklı olmasına karşın genellikle ona eşdeğer toplumsal statüye sahip bir 'performans' sayılan etkinlik olarak fenomenolojik bir anlatımı. Der. Albert Görres, *Der*

Kranke, Argernis der Leistungsgesellschaft (Düsseldorf: patmos, 1971). Çok fazla ileriye gitmiyorsa da benzer yorumlar için bir temel oluşturuyor, Everett Hughes, *Men and Their Work* (New York: Free Press, 1958).

9. Bilz, 'Die Menschheitgeschichtlich altesten Mythologeme', in *Studien über Angst und Schmerz*, s. 276-94.
10. Asenath Petrie, *Individuality in Pain and Suffering* (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1967). İnsanlar deneyimi biçimlendirmedeki yoğunluk bakımından farklar gösterirler: Bazısı algıladığı ve hissettiği şeyi indirger, bazısı ise arttırır; ağrı da buna dahildir. Bu tepki modeli kısmen genetik olarak belirlenir. Ayrıca bkz. B. B. Wolff ve M. E. Jarvik, 'Relationship Between Superficial and Deep Somatic Threshold of Pain with a Note on Handedness', *American Journal of Psychology* 77 (1964): s. 589-99.
11. Çocuk doğduğunda acı çekeceği varsayılan insan ve vücutta ağrının başlayacağı varsayılan yer hakkında bkz. Grantly Dick-Read, *Childbirth Without Fear* (1944; paperback ed., New York: Dell, 1962). Kültürün korku düzeyi üzerindeki etkisi ve korkuyla ağrı deneyimi arasındaki ilişki konusunda oldukça fazla bilgi içeriyor.
12. Henry K. Beecher, *Measurement of Subjective Responses: Quantitative Effects of Drugs* (New York. Oxford Univ. Press, 1959). Afyon türevleri esas etkilerini sinir sisitemiyle iletilen ağrı üzerinde değil, ağrının psikolojik örtüsü üzerinde yaparlar. Endişe (anxiety) düzeyini düşürürler. Placebo pek çok kişide aynı etkiyi yapabilir. Ameliyat sonrası şiddetli ağrı hastaların yüzde 35'inde analjezik yerine şeker ya da tuz tableti verilerek giderilebilir. Bu durumlarda vakaların yalnızca yüzde 75'inin ağrısı yüksek dozda morfinle giderildiğine göre placebo etkisi ilacın etkinliğinin yüzde 50'sini oluşturuyor olabilir. Ayrıca bkz. Harris Hill et al., 'Studies on Anxiety Associated with Anticipation of Pain: I. Effects of Morphine', *A. M. A. Archives of Neurology and Psychiatry* 67 (Mayıs 1952): s. 612-19.
13. R. Melzack ve T.H. Scott, 'The Effect of Early Experience on the Response to Pain', *Journal of Comparative and Physiological Psychology* 50 (Nisan 1957). s. 155-61. Modern fenomenolojik bir analiz için bkz. Victor E. von Gebsattel, *Imago hominis: Beitrage zu einer personalen Anthropologie*, 2. basım, (Salzburg: Otto Müller, 1968): Jacques Sarano, *La Douler* (Lyons: Editions de l'Epi, 1965).
14. Thomas Keith, *Religion and the Decline of Magic: Studies in Popular Beliefs in the 16th and 17th Centuries in England* (Londra: Weidenfeld, 1971). Modern çağların başlangıcındaki İngiltere'de ağrının dindirilmesinde dinin ve batıl inançların pratik yararları hakkında.
15. Beecher, *Measurement of Subjective Responses*, s. 164. Howard S. Becker, 'Consciousness, Power and Drug Effects', *Journal of Psychedelic Drugs*, 6. cilt, no. 1, Ocak-Mart 1974, s. 67-76. İlaçların etkileri kullananın ilaç

hakkındaki ideallerine ve inançlarındaki ve ilacın kullanımı konusunda uyguladığı denetimdeki değişikliklere bağlı olarak büyük farklılıklar gösterir.

16. Bu konuda bilgi için bkz. James D. Hardy et al., *Pain Sensations and Reactions* (1952; reprint ed., New York: Hafner, 1967); Harold G. ve Stewart Wolff, Pain, American Lectures in Physiology Series, ikinci basım (Springfield, Ill.: Thomas, 1958); Benjamin L. Crue, *Pain and Suffering: Selected Aspects* (Springfield, Ill.: Thomas, 1970).
17. Thomas S. Szasz, 'The Psychology of Persistent Pain: A Portrait of L'Homme Douloureux', der. E. Soulairac, J. Cahn ve J. Charpentier, *Pain* (New York: Academic Press, 1968), s. 93-113.
18. Richard Toellner, 'Die Umbewertung des Schmerzes im 17. Jahrhundert in ihren Vorraussetzungen und Folgen', *Medizinhistorisches Journal* 6 (1971): 7077-61. Ferdinand Sauerbruch ve Hans Wenke, *Wesen und Bedeutung des Schmerzes* (Berlin: Junker & Dünnhaupt, 1936). Thomas Keys, *History of Surgical Anesthesia*, gözden geçirilmiş yeni basım, (New York: Dover, 1963).
19. Kenneth D. Keele, *Anatomies of Pain* (Springfield, Ill.: Thomas, 1957). Hermann Buddensieg, Leid und Schmerz als Schöpfermacht (Heidelberg:n.p., 1956).
20. Gebsattel, Imago hominis. Sarano, *La Douleur*. Karl E. Rothschuh, *Physiologie: Der Wandel ihrer Konzepte, Probleme und Methoden vom 16. bis 20. Jahrhundert* (Freiburg: Alber, 1968). Ağrının tıbbi algılanmasının tarihine olabildiğince yaklaşan, on altıncı yüzyıldan günümüze dek fizyoloji tarihinin çok değerli bir rehberi. Karl E. Rothschuh, von *Boerhaave bis Berger: Die Entwicklung der kontinentalen Psychologie im 18. und 19. Jahrhundert mit besonderer Beruecksichtigung der Neurophysiologie* (Stuttgart: Fischer, 1964).
21. H. Merskey ve F.G. Spear, *Pain: Psychological and Psychiatric Aspects* (Londra: Bailliére, Tindall & Cassell, 1967), önemli makaleleri tarıyor ve ağrının deneysel çahşmalarda kullanılmasını açıklamaya çalışıyor.
22. Bkz. Carl Darling Buck, *A Dictionary of Selected Synonyms in the Principal Indo-European Languages: A Contribution to the History of Ideas* (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1949), bunu izleyen dört semantik alan için yanlarında belirtilen sayfalara bakınız: Ağrı-acı, 16.31; keder-hüzün, 16.32; heyecan-duygu, 16.12; tutku 16.13. Ayrıca bkz. W. Frenzen, *Klagebilder und Klagegebarden in der deutschen Dichtung des höfischen Mittelalters*, doktora tezi, Univ. of Bonn (Würzburg: Triltsch, 1938). Georg Zappert, 'Über den Ausdruck des geistigen Schmerzes im Mittelalter. Ein Beitrag zur Geschichte der Förderungs-Momente des Rührenden im Romantischen', in *Denkschriften der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften* (Viyana: Philosophisch-historisch Klasse, 1854), 5:73-136.

23. Robert S. Hartman, *The Structure of Value: Foundation of Scientific Axiology* (Carbondale: Southern Illinois Univ. Press, 1967), özellikle s. 255. Tümüyle benzersiz bir kesinliğin var olduğu içsel bir bozukluk olan 'benim ağrım'la, acıma duyabileceğim dışsal bir bozukluk olan 'senin ağrın' ve ancak genel bir sempati duyabileceğim, belirtilmemiş hastaların migreni gibi, 'üçüncü bir kişinin çektiği söylenen türde ağrı' arasında bir ayrım yapılıyor. Tarihi yazılması gereken ağrı, içsel ağrının kişisel deneyimidir: Ağrının oluştuğu toplumsal duruma özgü ağrı deneyimine katkı.
24. David Bakan, Disease, *Pain and Sacrifice: Toward a Psychology of Suffering* (Boston: Beacon Press, 1968), ağrıya telosun ve uzaklığın yok olması olarak yaklaşıyor. "Bilinçli egodan başka hiçbir yeri olmayan ağrı hemen hemen tümüyle, insanın sahip olduğu bilinçli bir egoya karşılık ödediği bedeldir... uyanık ve bilinçli bir organizma olmaksızın ağrı olarak söz edilebilecek hiçbir şey yoktur."
25. Ludwig Wittgenstein, *Philosophical Investigations* (Oxford: Oxford University Press, 1953), s. 89.
26. Der. A. Soulairac, J. Cahn ve J. Charpentier, *Pain*, Proceedings of the International Symposium Organized by the Laboratory of Psychophysiology, Faculté des Sciences, Paris, 11-13 Nisan 1967 (New York: Academic Press, 1968), özellikle s. 1119-230.
27. Bkz. Szasz, 'Psychology of Persistent Pain'.
28. Mark Zborowski, 'Cultural Components in Responses to Pain', in E. Gartly Jaco, Patients, *Physicians and Illness* (New York: Free Press, 1958), s. 256-68.
29. B. Holmstedt, 'Historical Survey', in *Ethnopharmacologic Search for Psychoactive Drugs* (Washington, D.C.: National Institute of Mental Health, 1967), s. 3-31.
30. Genel olarak alkol hakkında bkz. Salvatore P. Lucia, *A History of Wine as Therapy* (New York: McGraw-Hill, 1963). Alkolün sarhoş eden bir madde olarak sosyal işlevlerini anlatıyor. E.R. Bloomquist, *Marihuana* (Beverly Hills, Calif.: Glencoe Press, 1968). Antik çağlardan beri marihuana yetiştirilmesi ve kullanılması konusunda.
31. G. M. Carstairs, 'Daru and Bhang, Cultural Factors in the Choice of Intoxicant', *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 15 (Haziran 1954): s. 220-37.
32. Robert L. Bergman, 'Navajo Peyote Use. Its Apparent Safety', *American Journal of Psychiatry* 128 (Aralık 1971): s. 695-9. Peyote, Amerikan Yerli Kilisesi üyeleri tarafından ritüel bir ortamda kullanıldığında alınan her 10.000 dozdan öldürücü olanı birden azdır. W. La Barre, *The Peyote Cult* (Hamden, Conn.: Shoestring Press, 1964). Amerikan Kızılderilileri arasında peyote kullanımının geniş kapsamlı bibliyografya da içeren tam bir tarihi.

33. R. G. Wasson, *Soma: Divine Mushroom of Immortality* (New York: Harcourt Brace, 1969).
34. H. Blyed-Prieto, 'Coca Leaf and Cocaine Addiction: Some Historical Notes', *Canadian Medical Association Journal* 93 (1965): s. 700-704. Sosyolojik ve tarihsel bilgi.
35. Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy*, 3 cilt (New York: Dutton, 1964; ilk basım 1621). Haşhaş, banotu, adamotu, itüzümü, hindistancevizi vs ile "aklı umutsuzluğun derinlerinden çıkaran" Rönesans kemoterapisi konusunda klasik bir bilimsel tez.
36. 'Opium', in *Encyclopedia Britannica* (1911), 20:130-137. Afyon yetiştiriciliğin tarihsel coğrafyası ve kullanımının Viktorya ilkeleriyle sunulmuş bir tarihi.
37. Peter Graystone, *Acupuncture and Pain Theory: A Comprehensive Bibliography* (Vancouver: Biomedical Engineering services, 1975). Complement with Billy and Miriam Tam, *Acupuncture: An Internationnal Bibliography* (Metucen, N. J.: Scarecrow Press, 1973).
38. Bibliyografya için bkz. W. Montgomery Watt, *Free Will and Predestination in Early Islam* (Londra: Luzac, 1948). Ayrıca bkz. Duncan B. Macdonald, *Religious Attitude and Life in Islam* (1909; yeniden basım, New York: AMS Press, 1969).
39. H. H. Rowley, *Submission in Suffering and Other Essays on Eastern Thought* (Cardiff: Univ. of Wales Press, 1951). E. M. Hoch, 'Bhaya, Shoka, Moha. Angst, Leid und Verwirrung in den alten indischen Schriften und ihre Bedeutung für die Entstehung von Krankheiten', der. Wilhelm Bitter, *Abendlandische Therapie und östliche Weisheit* (Stuttgart: Klett, 1968).
40. John Ferguson, *The Place of Suffering* (Cambridge: Clarke, 19772). Acıya karşı Hıristiyan yaklaşımının dayandığı klasik ve İbrani temellerin yoğun bir tarihi.
41. Oliver Wendell Holmes, *Medical Essays* (Boston, 1883).
42. Jacques Sarano, 'L'Echec et le médecin', der. Jean Lacroix, *Les Hommes devant l'echec* (Paris: PUF, 1968), 3. bölüm, s. 69-81.
43. Ağrıya verilen diagnostik önem konusunda ayrıntılı bir araştırma için bkz. A. Souques, 'La Douleur dans les livres hippocratiques: Diagnostiques rétrospectifs', *Bulletin de la Société Française de l'Histoire de Médecine* 31 (1937): s. 209-14, s. 279-309: 32 (1938): s. 178-86: 33 (1939): s. 37-8, s. 11-44; 34 (1940): s. 53-9, s. 79-93.
44. İncil'de bedensel ağrıyı ve acıyı anlatan terimlerin gelişimi konusunda bkz. Gerhard Kittel, *Theologisches Wörterbuch zum Neuen Testament:* (Stuttgart: Kohlhammer, 1933), makaleler: *Iype* (Bultmann); *asthenés* (stahlin); *pascho* (Michaelis); *nosos* (Oepke).
45. Immanuel Jakobovitz, 'Attitude to Pain', in *Jewish Medical Ethics* (New York: Bloch, 1967), s. 103.

46. Julius Preuss, *Biblisch-talmudische Medizin: Beitrag zur Geschichte der Heilkunde und der Kultur überhaupt*, 3. basım (Berlin: Karger, 1923). Friedrich Weinreb, *Vom Sinn des Erkrankens* (Zürich: Origo, 1974): İbranice "hastalık" sözcüğüyle "sıradan" sözcüğünün kökü aynıdır.
47. Friedrich Fenner, *Die Krankeit im Neuen Testament: Ernereligiöse und medizinge Untersuchung, Untersuchungen zum Neuen Testament*, no. 18, 1930 (Doktora tezi, Univ. of Jena, 1930).
48. Harold Rowley, *Servant of the Lord and Other Essays on the Old Testament*, 2. basım (Naperville, Ill.: Allenson, 1965). Christopher R. Nort, Suffering Servant in Deutero. Isaiah: An Historical and Critical Study, 2. basım (New York: Oxford Univ. Press, 1956).
49. Yukarıdaki 18. dipnota bakınız.
50. K. E. Rothschuh, 'Geschichtliches zur Physiologie des Schmerzes', in Documenta Geigy: *Problems of Pain* (Basel, 1965), s. 4. Ağrı, 'sentiens animanın (ruhun bir özelliği, tüm bedene yayılmış bir özellik olarak bilinir) duyarlık yeteneği tarafından algılanan bir şey' olarak düşünülürdü.
51. Herbert Plügge, *Der Mensch und sein Leib* (Tübingen: Niemeyer, 1947).
52. Gottfried Wilhelm Lebnitz, *Essais de Théodicée sur la bonté de Dieu, la liberté de l'homme et l'origine du mal* (Paris: Garnier-Flammarion, 1969), no. 342.
53. Ağrı, akıl ermez ve teknik yardım olmaksızın başa çıkılamaz bir şey olarak görülmeye başlandı. Ağrıya romantik yaklaşım ve narkotiklerin kullanımı konusuna yönelmek için bkz. Alethea Hayter, *Opium and the Romantic Imagination* (Londra: Eylül, 1968). Ayrıca bkz. M. H. Abrams, *The Milk of Paradise* (New York: Harper & Row, 1970). Ağrıdan korunmak çok önemli hale geldi: Robert Mauzi, *L'Idée du bonheur dans la littérature et la pensée francaises au 18éme siécle* (Paris: Colin, 1960), ağrının gerçek kötülükten başka bir şey olmadığı inancı hakkında özellikle s. 300-310'a bakınız.
54. Charles Richet, 'Douleur', in *Dictionnaire de physiologie* (Paris: Félix Alcan, 1902) 5:173-93. Yazar, beş ciltlik standart fizyoloji sözlüğünde ağrının ne tedavi olanaklarına ne de diagnostik önemine değinerek onu salt fizyolojik ve psikolojik bir olgu olarak inceliyor. Sonunda, ağrının olağanüstü yararlı olduğu (souverainement utile), çünkü bizi tehlikenin sınırından geri döndürdüğü sonucuna varıyor. Her kötüye kullanımın hemen ardından bunun verdiği zevkten daha şiddetli bir ağrıyla cezalandırma gelir.
55. Der. Mitford M. Mathews, *A Dictionary of Americanisms on Historical Principles* (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1966): "Pain-killer. Ağrıya son vermek ya da onu azaltmak için başvurulan ilaçlardan ya da çarelerden herhangi biri. 1853 La Crosse Democrat 7 Haziran 2/4 Ayer's Cherry Pectoral, Perry Davis' Pain Killer. 1886 Ebbutt Emigrant Life 119. Tıbbi amaçlarla evlerimizde her zaman bir şişe ağrı kesici bulunur."
56. Kenneth Minogue, *The Liberal Mind* (Londra: Methuen, 1963).

57. Victor E. Frankl, *Homo Patiens: Versuch einer Pathodizee* (Viyana: Deutike, 1950).
58. Robert J. Lifton, *Death in Life: Survivors of Hiroshima* (New York: Random House, 1969).
59. Terrence Des Pres, 'Survivors and the Will to Bear Witness', *Social Research* 40 (kış 1973): s. 668-90. Robert Lifton hakkında yapıcı eleştiriler sunuyor. Lifton'a göre toplama kamplarından sonra sağ kalanlarda geçirmiş oldukları adsız deneyimi önemli kılma güdüsü vardır: Tümüyle hissiz ağrı. Des Pres'e göre onların mesajlarında derinden bir hakaret vardır; çünkü başkalarının acısı on dokuzuncu yüzyıl ortalarından beri ahlaksal bir statü kazanmıştır. Kierkegaard ağrı çekerek kurtuluşu öğütler; Nietzsche cehennemi, Marx ise zulüm göreni ve canı yananı över. Sağ kalan kişi kendi acısının kıskançlığıyla tutuşur ve aynı zamanda ağrının ancak ayrıcalıklı bir azınlık tarafından değerlendirilebileceğine tanıklık eder.

5. Hastalığın Uydurulması ve Ortadan Kaldırılması

1. Bu bölümde özgürce alıntı yaptığım belgeler Michel Foucault tarafından derlenmiştir: *The Birth of the Clinic: An Arcaeology of Medical Perception*, çev. A. M. Sheridan Smith (New York: Panteon, 1973).
2. Walter Artelt, *Einführung in die Medizinhistorik: Ihr Wesen, ihr Arbeitsweise und ihre Hilfsmittel* (Stuttgart: Enke, 1949). Tıp tarihi metodolojisine ve araçlarına mükemmel bir giriş.
3. Heinric Schipperges, 'Die arabische Medizin als Praxis und als Theorie', *Sudhoffs Archiv* 43 (1959): s. 317-28, tarihsel bir perspektif ortaya koyuyor.
4. Hastanenin kentleşmede mimari bir öğe olarak gelişimi konusunda eski bir anıtsal çalışma: Henry Burdett, *Hospitals and Asylums of the World: Their Origin, History, Construction, Administration... and Legislation*, 4 cilt (Londra: Churchill, 1893). Ayrıca bkz. Dieter Jetter, Geschichte des Hospitals, 1. cilt, *Westdeutschland von den Anfangen bis* 1850 (Wiesbaden: Steiner, 1966).
5. Fernando da Silva Coreia, *Origenes e formaçao das misericordias portuguesas* (Lizbon: Torres, 1944). İlk iki yüz sayfada antik dönemde ve ortaçağda, Doğu'daki ve Avrupa'daki hastaneler anlatılıyor. Jean Imbert, *Histoire des hopitaux français; contribution a l'étude des rapports de l'église et de l'état dans le domaine de l'assistance publique: les hopitaux en droit canonique*, Collection L'Eglise et l'état au moyen age, no. (Paris: Vrin, 1947). Ortaçağ hastaneleri ile ilgili ve sosyal yardımın dinsel denetimli ollmaktan çıkıp sivil denetime geçmesi hakkında iyi belgelenmiş bir kaynak. Der. F. N. L. Poynter, *The Evolution of Hospitals in Britain* (Londra: Pitman, 1964): Britanya hastane tarihinin sınıflandırılmış bibliyografyası konusunda bkz. s.

255-79, Yeni Dünya'daki hastaneler hakkında bkz. Josefina Muriel de la Torre, *Hospitales de la Nueva Espana* (1. cilt), *Fundaciones de los siglos* XVII y XVIII (2.cilt), Instituto de Historia, Universidad Nacional, ser.1, nos. 35, 62 (Mexico, 1956-60).

6. Hastane yatağının tarihi konusunda bkz. F. Boinet, *Le Lit d'hopital en France: Etude historique* (Paris: Foulton, 1945): James N. Blyth, *Notes on Beds and Bedding: Historical and Annotated* (Londra: Simpkin Marshall, 1973). Daha genel ama daha zevkli bir okuma için bkz: Laurence wright, *Warm and Snug: The History of the Bed* (Londra: Routledge, 1962). Yatak-tayken iyi muamele görme konusunda Norbert Elias'ın aşağıdaki 28. dipnotta sözü edilen çalışmasına bakınız.
7. Marcel Fosseyeux, *L'Hotel Dieu aux XVIIe et XVIIIE siécles* (Paris: Levrault, 1912).
8. Bu düşüncenin kökenleri ve gelişimi hakkında: David Rothman, *The Discovery of the Asylum* (Boston: Little, Brown, 1971). Milton Kotler, *Neighborhood Government: The Local Foundations of Political Life* (Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1969), Boston'la ilgili açık bir örnek veriyor. Ayrıca bkz. Foucault, Birth of the Clinic.
9. Hıristiyan prenslerine, çok gaddarca olduğu için ömür boyu hapsi bir ceza olarak kullanmamaları buyrulmuştur. Hapishaneler suçluları ifadeleri alınıncaya, idam günleri gelinceye ya da yasal olarak sakat bırakılmaları gerçekleşinceye dek tutmak üzere kulanılmalıydı. Andreas Perneder, *Von Straff und Peen aller und jeder Malefitz handlungen: ain kurtzer Bericht*, der. W. Hunger (Ingolstadt, 1544).
10. Rousseau'nun tıp konusunda çok nitelikli ve geniş kapsamlı düşüncelerinin belgeleri için bkz. Gerhhard Rudolf, 'Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) und die Medizin', *Sudhoffs Archiv* 53 (1969): s. 30-67. Rousseau tıp konusunda büyük olasılıkla eğitim konusundan daha çok yanlış anlaşılmıştır.
11. 'Vahşi' Sağlık düşü konusunda bkz. Edward Dudley ve Maximillian E. Novak, *The Wild Man Within: An Image in Western Thought from the Renaissance to Romanticism* (Pittsburgh: Pittsburgh Univ. Press, 1972).
12. Jacques-René Tenon, *Mémoires sur les hopitaux* (Paris, 1788), s. 451: Foucault tarafından Birth of the Clinic'te alıntılanmıştır, s.17.
13. Brian Abel-Smith, *The Hospitals*, 1800-1948: *A Study in Social Administration in England and Wales* (Londra: Heinemann, 1964). Dikkatle belgelenmiş ekonomik ve mesleki değişimler. Leonard K. Eaton, *New England Hospitals*, 1790. 1833 (Ann Arbor: Univ. of Michigan Press, 1957). Özellikle bibliyografik makaleye bakınız, s. 239-46.
14. François Millepierres, *La Vie quotidienne desmédecins au temps de Moliére* (Paris: Hachette, 1964). Popüler ama güvenilir; Moliére zamanındaki bir hekimin yaşamını günü gününe gösteren bir tablo.

15. Jean Pierre Peter, 'Malades et maladies a la fin du XVIIIe siecle', in Jean-Paul Dessaive et al., *Médecins, climat et épidémies a la fin du XVIIIe siecle* (Paris. Mouton, 1972), s. 135-70: "Fransız Devrimi sırasında, her ikisi de 1770'te keşfedilmiş olan hastane ve laboratuvar, daha önce var olan bu fikirlerin doğuşunda ebe rolü oynayacaklardı."
16. Helmut Vogt, *Das Bild des Kranken: Die Darstellung ausserer Veränderungen durch innere Leiden und ihre Heilmassanahmen von der Renaissance bis zu unsere Zeit* (Münih: Lehmann, 1960). Rönesans'tan bu yana hasta insanların sanatsal tasvirlerini gösteren 500'den fazla reprodüksiyon; bir algılama yapmamıza yardım ediyor. Sunduğu yağlıboya tablolara dayanarak, geçmişteki bir ergotizm (mahmuzlu çavdar ekmeği yeme sonucunda ortaya çıkan hastalık. ç.n.) konusunda tıbbi bir araştırma için bkz. Veit Harold Bauer, *Das Antonius Feuer in Kunst and Medizin* (Heidelberg: Springer, 1973); bibliyo., s. 118-25; sonsöz Wolfgang Jacob tarafından yazılmıştır, s. 127-9. Resim ve plastik sanatlar, hasta-doktor ilişkisinin tarihi konusunda çok değerli katkılarda bulunuyor: Eugen Hollander, *Die Medizin in der klassischen Malerei*, 4. basım, (Stuttgart: Enke, 1950). Eugen Hollander, *Plastik und Medizin* (Stuttgart: Enke, 1912).
17. W. Muri, 'Der Massgedanke bei griechischen Ärzten', *Gymnasium* 57 (1950): s. 183-210. H. Laue, *Mass und mitte: Eine problemgeschichhtlice Untersuchung zur fruehen griechen Philosophie und Ethik* (Münster: Osnabrueck, 1960). Antik Çağ'daki ölçütler doğrulama işlemlerine değil, özelliklere ve oranlara bağlıydı. Hem ölçümü hem de tıbbı kapsayan tarih öncesi İndo-Cermen anlambilimi konusunda bkz. Emile Benveniste, 'Médecine et la notion de mesure', in Le Vocabulaire des institutions indo-européennes, 2. cilt, Pouvoir, droit, religion, 1969, s. 123-32. İngilizce versiyonu Indo-European Language and Society (Miami: University of Miami Press, 1973).
18. Ölçümlerin tarihi konusunda bilgi edinmek için iki sempozyuma başvurunuz. *Der. Harry Woolf, Quantification: A History of the Meaning of Measurement in the Natural and Social Sciences* (Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1961) ve Daniel Lerner, Quantity and Quality: The Hayden Colloquium on Scientific Method and Concept (New York: Free Press, 1961). Özellikle Woolf'ta, Richard Shryock tarafından yazılan 'The History of Quantification in Medical Science'a bakınız, s. 85-107. Ölçümün insanların tıp dışı yönlerine uygulanması konusunda bkz. S. S. Stevens, *Handbook of Experimental Psychology* (New York: Wiley, 1951).
19. Richard H. Shryock ve Otho T. Beall, *Cotton Mather: The First Significant Figure in American Medicine* (Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press, 1954).
20. Hastalık insandan ayrılarak doktorun işi olan bir olgu haline gelince, insanın öteki yönleri de birdenbire ayrılabilir, kullanılabilir ve satılabilir hale geldi. Gölgenin satılması tipik bir on dokuzuncu yüzyıl edebi moti-

fidir. (A.V. Chamisso, *Peter Schlemihls wundersame Geschichte*, 1814). Şeytani bir doktor insanı aynadaki görüntüsünden yoksun bırakabilir (E.T.A. Hoffman, 'Die Geschichte vom verlorenen Spiegelbild', in *Die Abenteuer einer Sylvesnacht*, 1815), kahraman kalbini kendisini iflastan kurtaracak bir taş kalple değiştirir. Ondan sonra gelen iki kuşakta edebi yaklaşım iştahın, ismin, gençliğin ve anıların satılmasını konu etmiştir.

21. Fransa'daki bu gelişme için bkz. Maurice Rochaix, *Essai sur l'évolution des questions hospitaliéres de la fin de l'ancien Régime a nos jours* (Saintes: Fédération hospitaliére de France. Bkz. Jean Imbert, Les Hopitaux en France, 'Que sais, je?' (Paris: Presses Universitaires de France, 1958), Fransız hastanelerinin on dokuzuncu yüzyılda değişen tıbbi tekniklere uyum sağlaması hakkında. Ve tabii ki, Foucault'nun *Birth of the Clinic*'ine bakınız.
22. Hastalık kavramının tarihi konusunda, bkz. P. Diepgen, G.B. Gruber ve H. Schadewaldt, 'Der Krankheitsbegriff, seine Geschichte und Problematik', in *Prologomena einer allgemeinen Pathologie* (Berlin: Springer, 1969), 1:1-50. Emanuel Berghoff, *Entwicklungsgeschichte des Krankheitsbegriffes: In seinen Hauptzügen dargestellt*, 2. basım, *Wiener Beitrage zur Geschicte der Medizin*, 1. cilt (Viyana: Maudrich, 1947). Pedro Lain Entralgo, *El médico y el enfermo* (Madrid: Edicionnes Guadarrama, 1970).
23. Mirko D. Grmek, 'La Conception de la maladie et de la santé chez Claude Bernard', in Alexandre Koyré, *Mélanges Alexandre Koyré: L'Aventure de la science* (Paris: Hermann, 1964), 1: s. 208-27.
24. Georges Canguilhem, *Le Normal et la pathologique* (Paris: Presses Universitaires de France, 1972). Bu çalışma, ondokuzuncu yüzyıl patolojisinde normallik fikrinin tarihi konusunda, 1943'te bitirilmiş, 1966'da son bölümü eklenmiş bir tez. Psikiyatride 'normalliğin' tarihi konusunda bkz. Michel Foucault, *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason* (Londra: Tavistock Pubns, 1971).
25. On dokuzuncu yüzyılda tıbbi düşüncelerin tarihi hakkında bkz. Pedro lain Entralgo, *La medicina hipocratica* (Madrid: Revista de Occidente, 19770). Werner Leibrand, *Heilkunde: Eine Problemsgeschichte der Medizin* (Freiburg: Alber, 1953). Fritz Hartmann, *Der ärztliche Auftrag: Die Entwicklung der Idee des abendlandischen Arzttums aus ihren weltanschaulich- anthropologischen Voraussetzungen bis zum Beginn der Neuzeit* (Göttingen: Musterschmidt, 1956). M. Merleau-Ponty, *Phénomenologie de la perception* (Paris: Gallimard, 1945). Werner Leibbrand, *Spekulative Medizin der Romantik* (Hamburg: Claassen, 1956). Hans Freyer, 'Der Ärzt und die Gesellschaft', in *Der Arzt und der Staat* (Leipzig: Thieme, 1929). René Fülop-Miller, *Kulturgeschicte der Heilkunde* (Münih: Bruckmann, 1937). K. E. Hrag Rothschuh, *Was ist Krankheit? Erscheinung, Erklarung, Sinngebung, Wege der Forschung*, cilt 362 (Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1976): On dokuzuncu ve

yirminci yüzyılda, hastalıkların epistemolojisine eleştirel katkıda bulunan 18 önemli çalışma. Bunlar arasından C.W. Hufeland, R.Virchow, R. Koch ve F. Alexander. Richard Toellner buna koşut bir çalışma yayımlayacaklar: *Erfahrung und Denken in der Medizin.*

26. Özellikle Wirchow'un etkisiyle yoğunlaşmış bu gelişme hakkında bkz. Wolfgang Jacob, 'Medizinische Anthropologie im 19. Jh.: mensc, Natur, Gesellschaft: Beitrag zu einer theoretischen Pathologie', in *Beitrage aus der allgemeinen Medizin*, no. 20 (Stuttgart: Enke, 1967).
27. Janine Ferry-Pierret ve Serge Karsenty, *Pratiques médicales et systéme hospitalier* (Paris: CEREBE, 1974), sağlık hizmetinde tıbbi müdahalenin hastanelerin denetimine girmesinden kaynaklanan ve artmakta olan zararların ekonomik bir analizi (hastanelerin denetimi ele geçirmesi, hastalık kavramının hastaneye dayalı olması nedeniyle olanakliydı). Çağdaş hastane konusunda on iki sosyolojik perspektif için bkz. Eliot Freidson, *The Hospital in Modern Society* (New York: Free Press, 1963). Ayrıca bkz. Johann J. Rhode, *Soziologie des Krankenhauses: Zur Einführung in die Soziologie der Medizin...* (Stuttgart: Enke, 1962), hastanelerin belki de en geniş kapsamlı sosyolojisi.
28. Avrupa kültürlerinde beden algısının tarihi konusunda bkz. Norbert Elias, *Über den Prozess der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen*, 1. cilt, *Wandlungen des Verhaltens in den Weltlichten des Abendlandes*; 2. cilt, *Wandlungen der Gesellschaft Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation* (Bern/Münih: Francke, 1969). (Fransızca çevirisi, Paris: Calmann-Levy, 1973).
29. Bir örnek: D. L. Rosenhan, 'On Being sane in Insane Places', *Science* 179 (19739: 250-58. "Sekiz sahte hasta (sesler duyduklarını söyleyerek) kendilerini akıl hastanesine kabul ettirirler ve daha sonra normal davranmalarına karşın kendilerini silinmez bir şizofreni teşhisiyle damgalanmış bulurlar. İronik bir biçimde, bu sahte hastaların normal olduğundan kuşkulanan yalnızca koğuştaki öteki hastalardı. Hastane personeli hastane ortamında normal davranışı fark etme yeteneğinden yoksundu!"
30. Thomas S. Szasz, *The Myth of Mental Illness* (New York: Harper 6 Row, 1961). Aynı yazarın, *Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement* (New York: Harper & Row, 1970). Ronald Leifer, *In the Name of Mental Health Social Functions of Psychiatry* (New York: Aronson, 1969). Erving Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* (1961; paperback ed., New York: Doubleday, 1973). R. D. Laing ve A. Esterson, *Sanity, Madness and the Family* (Harmondsworth: Penguin, 1976).
31. Gregoria Bermann, *La Santé mentale en Chine*, çev. A. Barbaste (Paris: Maspero, 1974). Orijinal başlık: *La salud mental en China* (Buenos Aires: Ed. Jorge Alvarez, 1970).

32. Peter sedgwick, 'Illness, Mental and Otherwise: All Illnesses Express a Social Judgement', *Hastings Center Studies* 1, no.3 (1973): 19-40. Olayların ancak insanlar tarafından sapkınlık ya da toplumsal denetim altındaki durumlar olarak adlandırıldıktan sonra hastalık ya da rahatsızlık haline geldiğini vurguluyor. Harper & Row tarafından çok yakında yayımlanacak kitabında genel olarak hastalık kavramı hakkında ortaya atacağı epistemolojik soruların haberini veriyor.
33. Albert Görres, 'Sinn und Unsinn der Krankheit: Hiob und Freud', der. Albert Görres, *Der Kranke, Argernis der Leistungsgesellschaft* (Düsseldorf: patmos, 1971), s. 74-88.
34. B.L. Whorf, *Language, Thought and Reality* (New York: Wiley, 1956), teknik terminolojinin mesleki iç grup ile dış grup olarak nitelenen müşteriler arasında yarattığı dil engelini anlatıyor. K. Engelhardt et al., *Kranke im Krankenhaus* (Stuttgart: Enke, 1973). Hastalar hastanede oldukları zaman yoğun ve sürekli bir mistik havaya sokulurlar. Eve dönme zamanı geldiğinde, hangi hastalıktan ötürü tedavi edildiklerini anlayanlar üçte birden az, hangi tedaviye maruz kaldığını anlayanlar ise dörtte birden azdır. M. B. Korsch ve V. F. Negrete, 'Doctor-Patient Communication', *Scientific American* 227 (Ağustos 1972): 66-9. Los Angeles Çocuk Hastanesi'nde annelerin yüzde 20'si çocuklarının ne hastalığı olduğunu anlamamakta ve yüzde 42'si ne olduğunu anlamadıkları için kendilerine öğütlenenleri uygulamamaktadır. Raoul Carson, in *Les Vielles Douleurs*, yeniden basım (Paris: Julliard, 1960).
    Yazar daha sezgili bir biçimde aynı şeyin kendi Fransız hastaları için de geçerli olduğunu doğruluyor.
35. Akdeniz Antik uygarlıklarında hastalıkları anlatmada kullanılan dil konusunda bkz. Nadia van Brock, *Recherches sur le vocabulaire médical du Grec ancien: Soins et guérison* (Paris: Klincksieck, 1961). Hermann Grapow, *Kranker, Krankheiten und Arzt und von der ärztlichen Tätigkeit* (Berlin: Akademie-Verlag, 1956), 7:168. Georges Contenau, *La Médicine en Assyrie et en Babylonie* (Paris: Librairie Maloine, 1938). İncil'de hastalıkları anlatmada kullanılan dil için bir önceki bölümdeki 44. dipnota bakınız.
36. Max Höfler, *Deutsches Krankheitsnamen-Buch* (Münih: Piloty & Löhle, 1899). İnsanların ve evcil hayvvanların organları, bunların işlevleri ve hastahklarıyla, ayrıca doğal ya da büyüsel ilaçlarla ilgili popüler Alman deyimlerinin anıtsal bir koleksiyonu; 922 tam sayfa.
37. Otto E. Moll, Sprichwörter. Bibliographie (Frankfurt am Main: Klostermann, 1958). Bütün dillerde, "sağlık, hastalık, tıp, hijyen, aptallık ve tembellik" ile ilgili deyimlerin bir koleksiyonunu sıralıyor. (s. 534-7). Buna karşı, tıbbi dilin tarihi hakkında bkz. Johannes Steudel, *Die Sprache des Ärztes: Ethymologie und Geschicte medizinischer Termini* (yalnızca özetler halinde görülebilir).

38. Dietlinde Goltz, 'Krankheit und Sprache', *Sudhoffs Archiv* 53, no.3 81969): 225-69.
39. On dokuzuncu yüzyılda, yeni orta sınıflar hastalıktan ötürü bir suçluluk ya da utanç duygusu edinmişler, üst burjuvazi ve soylular da onların sürekli sağlık bakımı gereksinimlerini, özellikle kaplıcalarda modaya uygun 'kürler' için bir bahane haline getirmişlerdi. Büyük kaplıcalardaki 'sezon', bugünün zirve toplantılarına benzer bir politik rol oynardı. Bkz. Walter Rüegg, 'Der Kranke in der Sicht der bürgerlichen Gesellschaft an der Schwelle des 19. Jahrhunderts' ve Johannes Steudel, 'Therapeutische und soziologische Funktion der Mineralbader im 19. Jahrhundert', der. Walter Rüegg ve Walter Artelt, *Der Arzt und der Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts: Vortrage eines Symposions* vom 1-3 Nisan 1963 in Frankfurt a.M., Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, 1. cilt (Stuttgart: Enke, 1967). R. H. Shryock, 'Medicine and Society in the 19th Century', *Cahiers d'histoire mondiale* 5 (1959): s. 116-46. Luc Boltanski, 'la Découverte de la maladie: La Diffusion du savoir médical', Centre de Sociologie Européenne (Paris, 1968). Çok fazla ampirik veriye dayanan bu makale tıbbi uygarlığın sınıfa özgü yayılmasının kanıtlarını ortaya seriyor ve yoksul insanın acı karşısındaki 'yiğitliğinin' ekonomik kökenlerini gösteriyor, ayrıca bunun orta sınıflara özgü 'ağrıya karşı mücadele' ile karşıtlığını sergiliyor.
    Hastalık algılamasının tıplaştırılmasına karşı tepkileri araştırmanın bir yolu da mizahın doktoru nasıl alay konusu haline getirdiğini incelemektir. Karikatür türünde materyal ABD Ulusal Tıp Kütüphanesi'nde bulunabilir, *Caricatures from the Art Collection*, comp. Sheila Durling (Washington, D.C., 1959); Helmut Vogt, *Medizinische Karikaturen von 1800 bis zur Gegenwart* (Münih: Lemann, 1960): Curt Proskauer ve Fritz Witt, *Pictorial History of Dentistry* (Cologne: Dumont, 1970); A. Weber, *Tableau de la caricature médicale depuis les origines jusqu'a nos Jours* (Paris: Editions Hippocrate, 1936).

6. Ölüm Ölüme Karşı

1. Robert G. Olson, 'Death', in *Encyclopedia of Philosophy*, der. P. Edwards (New York: Macmillan, 1967), 2: 307-9. Ölüm korkusu ve ölüm bilgisi konusunda kısa ve net bir giriş sunuyor. Der. Herman Feifel, *The Meaning of Death* (New York: McGraw-Hill, 1959), ABD'de ölüm konusunda yapılan psikolojik araştırmalara büyük bir hız kazandırmıştır. Der. Robert Fulton, *Death and Identity* (New York: Wiley, 1965), 1965'te, İngiliz dilindeki araştırmaların durumunu yansıtan, seçkin bir kısa yazılar antolojisi. Paul Landsberg, *Essai sur l'experience dela mort, suivi de Probleme moral de suicide* (Paris: Seuil, 1951), klasik bir analiz. José Echeverria, *Réflexions*

métaphysiques sur la mort et le probleme du sujet (Paris: J.Vrin, 1957), ölümün fenomenolojisi üzerine başarılı bir girişim. Christian von Ferber, 'Sozologische Aspekte des Todes: Ein Versuch über einige Beziehungen der Soziologie zur philosophiscen Antropologie', *Zeitschrift für evangelische Ethnik* 7 (1963): s. 338-60. Ölümü yeniden halkın ciddi bir sorunu haline getirmek için güçlü kanıtlar sunuyor. Yazara göre, ölümün önlenmesinin özel ve yalnızca profesyonelleri ilgilendiren bir konu haline getirilmesi toplumun sömürücü sınıfsal yapısını desteklemektedir. Çok önemli bir makale. Ayrıca bkz. Vladimir Jankelevitch, *La mort* (Paris: Flammarion, 1966) ve Edgar Morin, *L'Homme et la mort* (Paris: seuil, 1970).

2. Antik ölüm imgesinin günümüzün genel koşullarında incelenmesi için şu kaynaklar yararlıdır: Fielding H. Garrison, 'The Greek Cult of the Dead and the Cthonian Deities in Ancient Medicine', *Annals of Medical History* 1 (19177): s. 35-53. Alice Walton, *The Cult of Asklepios*, Cornell Studies in Classical Philology no. 3 (1894; yeniden basım, New York: Johnson Reprint Corp., 1965). Ernst Benz, *Das Todesproblem in der stoischen Philosophie* (Stuttgart: Kohlhammer, 1929), XI, Tübinger Beitrage zur Altertumwiss. 7. Ludwig Wachter, *Der tod alten Testament* (Stuttgart: Calwer, 1967). Jocelyn Mary Catherine Toynbee, *Death and Burial in the Roman World* (Londra: Thames & Hudson, 1971). K. Sauer, *Untersuchungen zur Darstellung des Todes in der griechisch-römischen Geschichtschreibung* (Frankfurt, 1930). J. Kroll, 'Tod und Teufel in der Antike', *Verhandlungen der Versammlung deutscher Philologen* 56 (1926). Hugo Blummer, 'Die Schilderung des Sterbens in der griechischen Dichtkunst', *Neue Jahrbücher des klassischen Altertums*, 1917, s. 499-513.

3. Bu bölüm ağırlıklı olarak, Philippe Ariés tarafından yazılmış müthiş denemelere dayanmaktadır: 'Le Culte des morts a l'epoque moderne', *Revue de l'Académie des Sciences morales et politiques*, 1967, s. 25-40; 'La Mort inversée: Le Changement des attitudes devant la mort dans les sociétés occidentales', *Archives européennes de sociologie* 8, no. 2 (1967); 'La Vie et la mort chez les français d'aujourd'hui', *Ethnopsychologie* 27 (Mart 1972): s. 39-44; 'La Mort et le mourant dans notre civilisation', *Revue française de sociologie* 14 (Ocak-Mart 1973); 'Les Techniques de la mort', in *Histoire des populations françaises et de leurs attitudes devant la vie depuis le XVIIIe siecle* (1948; Paris; Seuil, 1971), s. 373-98. İngilizce bir özet: Philippe Ariés, *Western Attitudes Towards Death: From the Middle Ages to the Present*, çev. Patricia Ranum (Baltimore: Johns Hopkins, 1974; Londra: Marion Boyars, 1976). 'La Mort inversée' Bernard Murchland'ın 'Death Inside Out' olarak çevirdiği bir çeviride çıktı, *Hastings Center Studies* 2 (Mayıs 1974): s. 3-18 (çeviride bibliyografya yok).

4. Bu bölümde, her şeyden önce 'doğal ölüm' imgesiyle ilgilendim. 'Doğal ölüm' terimini, on altıncı yüzyılla yirminci yüzyılın başı arasında yaygın

olarak kullanıldığını saptadığım için kullanıyorum. Bu terimi, cinimsi, tekin olmayan, doğaüstü ya da Tanrısal bir etkenle gelen 'ilkel ölüm'ün ve çoğunlukla sosyal adaletsizliğin, sınıfsal savaşımın ya da emperyalist egemenliğin sonucu gelen 'çağdaş ölüm'ün karşısına koyuyorum. Ben, bu doğal ölüm imgesiyle ve onun, Batı uygarlıklarında yaygın olduğu dört yüzyıl boyunca gösterdiği gelişimle ilgileniyorum. Bu konuya bu tarzda yaklaşmak fikrini borçlu olduğum yazar Werner Fuchs'tur, *Todesbilder in der modernen Gesellschaft* (Frankfurt: Suhrkamp, 1969). Yazarla üzerinde anlaşamadığım konu için bkz. aşağıdaki 54. dipnot.

5. Thomas Ohm, *Die Gebetsgebarden der Völker und das Christentum* (Leiden: Brill, 1948), s. 372, özellikle 389-90. sayfalarda, mezarlıklarda yapılan danslar ve kilise otoritelerinin buna karşı savaşımıyla ilgili kanıtlar toplanmış. Avrupa'ya özgü dinsel ama daha çok bir dans çılgınlığı olan yaklaşımın tıbbi bir tarihi: E.L. Backman, *Religious Dances in the Christian Church and in Popular Medicine* (Stockholm, 1948); çev. E. Classen (Londra: Allen & Unwin, 1952). Dansın dinsel yönleriyle ilgili bir bibliyografya: Emile Bertaud, 'Danse religieuse', in Dictionnaire de spiritualité, fascicles 18-19, s. 21-37. A. Schimmel, 'Tanz: I. Religiongeschichtlich', in *Die Religion in Geschichte und Gegenwart* (Tübingen: 1962), 6:612-14. Hıristiyan kiliselerinde ve bunların dışında dansların tarihi konusunda bkz. L. Gougaud, 'La Danse dans les églises', *Revue d'histoire ecclésiastique* 15 (1914): 5-22, 229-45. J. Baloch, 'Tanze in Kirche und Kirchhöfen', *Niederdeutsche Zeitschrift für Volkskunde*, 1928. H. Spanke, 'Tanzmusik in der Kirche des Mittelalters', *Neuphilosophische Mitteilungen* 31 (1930). Hıristiyan mezarlık danslarının Cermen öncelleri: RichardWolfram, *Schwerttanz und Mannerbund* (Kassel: Barenreiter, 1937); yalnızca bir kısmı baskıda, Werner Danckert, 'Totengraber', in *Unehrliche Leute: Die verfehmten Berufe* (Bern: Francke, 1963), s. 50-56.

6. Johan Huizinga, 'The Vision of Death', in *The Waning of the Middle Ages: A Study of the Forms of Life, Art and Thought in France and the Netherlands in the XIVth and XVth Centuries* (New York: St Martin, 1924), 11. bölüm, s. 124-35.

7. Gerhart B. Ladner, *The Idea of Reform: Its Impact on Christian Thought and Action in the Age of the Fathers* (Cambridge: Harvard Univ. Press, 1959). Dördüncü yüzyılda, ölümün doğayla ilişkisi konusunda Kilise'deki iki ayrı akım hakkında 163. sayfaya bakınız. Pelagius'a göre ölüm bir günahın cezalandırılması değildir ve Âdem günah işlemese de ölecekti. Pelagius bu noktada Agustinus'un doktrininden ayrılmaktadır. Bu doktrine göre Âdem'e Tanrı'mn özel bir armağanı olarak ölümsüzlük verilmiştir. Pelagius'un Agustinus'tan ayrılığı, Âdem'in günahtan önce semavi ya da 'yeniden dirilebilecek' bir bedeni olduğuna inanan Yunan Kilisesi papazlarından bile daha büyüktür.

8. O güne dek, ölen kişi mezar anıtında, yaşlanmaz biri gibi gösterilmişti. Oysa burada, çürüyen bir ceset olarak görünüyor. Kathleen Cohen, *Metamorphosis of a Death Symbol: The Transi-Tomb in the Late Middle Ages and the Renaissance* (Los Angeles: Univ. of California Press, 1973). Yaşayanı eğitmek anlamına gelen ürkütücü mezarlar ilk kez on dördüncü yüzyılın son yıllarında ortaya çıktı. J. P. Hornung, *Ein Beitrag zur Ikonographie des Todes*, doktora tezi, Univ. of Freiburg, 1902. Yaşayanla ölünün karşılaşması yeni bir edebiyat tarzında önem kazanmıştır: Stefan Glixelli, *Les Cinq Poemes des trois morts et des trois vifs* (Paris: H. Champion, 1914); J.S. Egilsrud, *Le Dialogue des morts dans les littératures française, allemande et anglaise* (Paris: L'Entente linotypiste, 1934); Kaulfuss-Diesch, 'Totengespräche', in *Reallexikon der deutschen Literaturgeschichte*, 3:379; ve yeni bir görsel anlatım bulmuştur: Karl Kunstle, *Die Legende der drei Lebenden und der drei Toten* (Freiburg: Herder, 1908); Willy Rotzler, *Die Begegnung der drei Lebenden und der drei Toten: Ein Beitrag zur Forschung über mittelalterliche Vergänglichkeitdarstellung* (Winterthur: Keller, 1961); Pierre Michault, *Pas de la mort*, der. Jules Petit (Société des Bibliophiles de Belgique, 1869); Albert Freybe. *Das momento mori in deutscher Sitte, bildlicher Darstellung und Volksglauben, deutsche Sprache, Dichtung und Seelsorge* (Gotha: Perthes, 1909). 1500'lü yıllarda, ölümün güçlü bir iskeletimsi görünüm ve yeni bir otonomi kazanması, onun sanatta olmasa bile söylencede ve şiirde her zaman antropomorfik (insan biçimli, ç.n.) bir özellik taşımadığı anlamına gelmez. Paul Geiger, 'Tod: 4. Der Tod als Person', in *Handwörterbuch des deutscen Aberglaubens* (Berlin: W. de Gruyter, 1927–42), 8.976–85.
9. Yağlıboya resimde ayna konusunda çok önemli bir kitap da G. F. Hartlaub'un, *Zauber des Spiegels: Geschicte und Bedeutung des Spiegels in der Kunstudur* (Münih: Piper, 1951). 'Spiegel der Vanitas' adındaki 7. bölüm aynayı özellikle gelip geçiciliği anımsatan bir şey olarak ele alıyor. Ayrıca bkz. G.f. Hartlaub, 'Die Spiegel-bilder des Giovanni Bellini', *Pantheon* 15 (Kasım 1942): 235–41. Bellini'nin aynayı, insan anatomisinin muğlaklığı konusunda yeni beliren bilincin yoğunluğunu resimlemek için kullanışını anlatıyor. Heinrich Schwarz, 'The Mirror in Art', *Art Quarterly* 15 (1952): 96–118. Özellikle 'boş gurur' üzerine.
10. Wolfgang Stammler, *Frau Welt: Eine mittelalterliche Allegorie*, Freiburger Universitätsreden, 1959. Ortaçağ sanatında –yarı melek, yarı şeytan– dişi bir figür olarak resmedilen dünya, bu dünyaya özgü iyilikleri, doğanın güzelliğini ve aynı zamanda insanla ilgili olan her şeyin çürümesini simgeliyor.
11. İlkel insanların ölüme karşı tutumları konusunda bibliyografya için bkz. Edgar Herzog, *Psyche and Death: Archaic Myths and Modern Dreams in Analytical Psychology* (New York: Putnam, 1967). İlkel ölüm daima bir etkenin müdahalesinin sonucu olarak meydana gelen ölüm biçimin-

de algılanmıştır. Benim tartışma amacım açısından, bu etkenin yapısı önemli değildir. Çok eski olmasına karşın Robert Hertz'in 'Contribution a une étude sur la représentation collective de la mort' eseri, *L'Année sociologique* 10, (1905. 6: 48-137) bu konuda eski kaynaklardan oluşan bir hazinedir. Tamamlayıcı olarak, E. S. Hartland et al., 'Death and the Disposal of the Death', in *Encyclopaedia of Religion and Ethics* (1925-32), 4:411-511. Rosalind Moss, *The Life After Death in Oceania and the Malay Archipelago* (1925; Ann Arbor, Mich.: University Microfilms, 1972), ölü gömme biçimlerinin ölüm nedeninden ve ölümden sonraki yaşamdan etkilenme eğiliminde olduğunu gösteriyor. Hans Kelsen, 'Seele und Recht', in *Aufsatze zur Ideologiekritik* (Neuwied/Berlin: Luchterhand, 1964) öldüren atalara karşı duyulan evrensel korkunun toplumsal denetimi desteklediğini öne sürüyor. Ayrıca James George Frazer'ın şu yapıtlarına bakınız: *Man, God and Immortality* (Londra: Macmillan, 1927); *The Belief in Immortality and the Worship of the Dead*, 1. cilt, *The Belief Among the Aborigines of Australia, the Torres Straits Islands, New Guinea and Melanesia* (1911; yeniden basım, New York: Barnes & Noble, 1968); *The Fear of the Dead in Primitive Religion* (New York: Biblo & Tannen, 1933). Ayrıca bkz. Claude Lévi-Strauss, *The Sage Mind* (Chicago: Univ. of Chicago Press, 1966), özellikle s. 30-33, 237-52. Sigmund Freud, *Totem and Taboo* (New York: Norton, 1952).

12. Robert Bossuat, Manuel *bibliographique de la littérature française du moyen age* (Melun: Librairie d'Argences, 1951), 'Danse macabre', nos 3577-80, 7013.
13. Jederman motifinin gelişimi için bkz. H. Lindner, *Hugo von Hoffmannstahls 'Jederman' und seine Vorgänger*, doktora tezi, Univ. of Leipzig, 1928.
14. Alberto Tenenti, *Il senso della morte e l'amore nella vita del Rinascimento* (Turin: Einaudi, 1957). Alberto Tenenti, *La Vie et la mort a Travers l'art du XV siecle* (Paris: Colin, 1962).
15. Hans Holbein the Younger, *The Dance of Death: A Complete Facsimile of the Original 1538 Edition of Les Simulachres et histoires faces de la mort* (New York: Dover, 1971).
16. Walter Rehm, *Der Todesgedanke in der deutschen Dichtung vom Mittelalter bis zur Romantik* (Tübingen: Niemeyer, 1967) 1400 ve 1520 yılları civarında edebiyatta ölüm imgesindeki büyük değişime dair kanıtlar sunuyor. Ayrıca bkz. Edelgard Dubruck, *The Theme of Death in French Poetry of the Middle Ages and thhe Renaissance* (Atlantic Highlands, N.J.: Humanities press, 1965) ve L.P. Kurtz, *The Dance of Death and the Macabre Spirit in European Literature* (New York: Institute of French Studies, 1934). Geç ortaçağ döneminde yükselen orta sınıfın yeni ölüm imgesi konusunda bkz. Erna Hirsch, *Tod und Jenseits im Spätmittelalter: Zugleich ein Beitrag zur Kulturgeschichte des deutschen Burgertums*, doktora tezi, Univ. of Mar-

burg (Berlin, 1972). Özellikle Ölüm Dansı üzerine: Hellmut Rosenfeld, *Der mittelalterliche Totentanz: Entstehung, Entwicklung, Bedeutung* (Münster Köln: Bohlau, 1954), resimli. Hellmut Rosenfeld, 'Der Totentanz in Deutschland, Frankreich und Italien', *Littérature Moderne* 5 (1954): 62-80. Rosenfeld araştırma yapmak için en iyi başlangıçtır ve ayrıntılı bir güncel bibliyografya sunmaktadır. Daha eski kaynakları edinmek için H. F. Massman, Literatur der Totentanze (Leipzig: Weipel, 1840). Ayrıca bkz. Gert Buchheit, Der Totentanz, seine Entstehung und Entwicklung (Berlin: Horen, 1928), Wolfgang Stammler, *Die Totentanze des Mittelalters* (Münih: Stobbe, 1922) ve James M. Clark, *The Dance of Death in the Middle Ages and the Renaissance* (Glaskow: Jackson, 1950). Stephen P. Kosaky'nin üç cildi: *Geschichte der Totentanze*, 1. cilt, *Lieferung: Anfange der Darstellungen des Vergänglichkeitsproblems*; 2. cilt, *Lieferung: Danse Macabre Einleitung: Die Todesdidaktik der Vortotentanzzeit*; 3. cilt, *Lieferung: Der Totentanz von heute, Bibliotheca Humanitatis Historica*, 1., 5, ve 7. ciltler (Budapeşte: Magyar Töténiti Muzeum, 1936-44) çok değerli bilgiler, antik metinlerden alıntılar ve İkinci Dünya Savaşı'na dek Ölüm Dansı'nın yaklaşık 700 (çok ufaltılmış ve kötü basılnuş) resmini içeriyor. J. Saugnieux, *L'Iconographie de la mort chez les graveurs français du XV siecle* (1974) ve *Danses macabres de France et d'Espagne et leurs prolongements littéraires*, fasc. 30, *Bibliothéque de la Faculté des Lettres de Lyon* (Paris: Les Belles Lettres, 1972). Dietrich Briesenmeister, *Bilder des Todes* (Unterscheidheim: W. Elf, 1970): Reprodüksiyonlar gayet net ve farklı konulara göre düzenlenmiş. Batı Hıristiyan sanatının standart ikonografisi için bkz. Karl Kunstle, *Ikonographie der Christlicher Kunst*, 2 cilt (Freiburg. Herder, 1926-8); Emile Male, *l'art religieux a la fin du moyen age en France: etude sur l'iconographie du moyen age et sur ses sources d'inspiration* (Paris: Colin, 1908), cilt 1, Bölüm 2, 'La Mort', s. 346 (ayrıca Fransa'da dinsel sanatla ilgili diğer ciltlere bakınız). Doğu ikonografisiyle karşılaştırma için: Dionysos of Fourna, Manuel *d'iconographie chrétienne, grécque et latine*, giriş yazısı ve notlar A. N. Didron tarafından yazılmıştır, P. Durand tarafından Bizans dönemine ait manuskriden çevrilmiştir (1845; yeniden basım, New York: B. Franklin, 1963). T. S. R. Boase, *Death in the Middle Ages: Mortality, Judgment and Remembrance* (New York: McGraw-Hill, 1972).

17. Bkz. Helmuth Plessner, 'On the Relation of Time to Death', der. Joseph Campbell, *Papers from Eranos Yearbooks*, 3. cilt, *Man and Time*, Bollingen Series XXX (Princeton, N.J.: Princeton Univ. Press, 1957), s. 233-63, özellikle s. 255. Fransız ölüm imgesinde zamanın etkisi konusunda bkz. Richard Glasser, *Time in French Life and Thought*, çev. C.G. Pearson (Manchester: University Press, 1972), özellikle s. 158 ve 3. bölüm, 'The Concept of Time in the Later Middle Ages', s. 70. 132. Zaman bilincinin bitiş ve ölümün anlamları üzerinde artan etkisi hakkında bkz. Alois Han,

Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit: Eine soziologische Untersuchung (Stuttgart: Enke, 1968), özellikle s.21-84. Joost A.M. Keerloo, 'The Time Sense in Psychiatry', der. J.T. Fraser, *The Voices of Time* (New York: Braziller, 1966), s. 235-52. Siegfried Giedion, *Space, Time and Architecture: The Growth of a New Tradition*, 4. basım, (Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1962).

18. Jurgis Baltrusaitis, *Le Moyen Age Fantastique: Antiquités et exotisme dans l'art gothique* (Paris: Colin, 1955).
19. Martin Luther, 90. Psalm'ın yorumlanması, WA 40/III:485.
20. 'Doğal' ölüme karşı tepki ölüm anındaki davranışta derinden bir değişikliktir. Çağdaş kaynaklar için bkz. Mary Catherine O'Connor, *The Art of Dying Well: The Development of the Ars Moriendi* (New York: AMS Press, 1966). L. Klein, *Die Bereitung zum Sterben: Studien zu den evangelischen Sterbebüchern des 16. Jahrunderts*, doktora tezi, Univ. of Göttingen, 1958. Gelenek olarak bkz. Placidus Berger, 'Religiöser Brauchtum im Umkreis der Sterbeliturgie in Deutschland', *Zeitschrift für Missionswissenschaft und Religionswissenschaft* 5 (1948): 108. 248. Ayrıca bkz. Manfred Bambeck, 'Tod und Unsterblichkeit: Studien zum Lebensgefühl der französischen Renaissance nach dem Werke Ronsarde', doktora tezi, Univ. of Tübingen, 1948. Eberhard Klass, *Die Schilderung des Sterbens im mittelhochdeutschen Epos: Ein Beitrag zur mittelhochdeutschen Stilgeschichte*, doktora tezi, Univ. of Greifswald, 1931.
21. Gustav Kunstler, 'Das Bildnis Rudolf des Stifters, Herzogs von Österreich und seine Funktion', excerpt from *Mitteilungen der Österreichischen Galerie* 1972 (Viyana: Kunsthistorisches Museum, 1972), bu türden ilk portreler hakkında.
22. G. ve M. Vovelle, 'La Mort et l'au-dela en Provence d'aprés les autels des ames du purgatoire: XV-XX siecles', *Cahiers des Annales* 29 (1970): 1602-34. Howard R. Patch, *The Other World According to Descriptions in Medieval Literature* (Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1950).
23. Dinlerin tarihinde 'Tanrı hükmü' konusunda bkz. Sources Orientales, *Le Jugement des morts* (Paris: Seuil, 1962); Leopold Kretzenbacher, *Die Seelenwaage: Zur religiösen Idee vom Jenseitsgericht auf der Schicksalwaage in Hochreligion, Bildkunst und Volksglaube* (Klagenfurt: Landesmuseums für Karten, 1958).
24. Der. Merlin H. Forster, *La muerte en la poesia mexicana: Prologo y seleccion de Merlin Forster* (Mexico: Editorial Diogenes, 1970). Emir Rodriguez Monegal, 'Death as a Key to Mexican Reality in the Works of Octavio Paz', Yale Univ., n.d. (1973 civarında).
25. Bu gelenekler kırsal alanlarda yaşamayı sürdürüyor: Arnold van Gennep, *Manuel de Folklore français contemporain*, 1. cilt, *Du berceau a la tombe* (Paris: Picard 1943-6). Lenz Kriss-Rettenbeck, 'Tod und Heilserwartung',

in *Bilder und Zeichen religiösen Volksglaubens* (Münih: Callwey, 1963), s. 49-56. Bkz. Paulin Geiger, on 'Sterbegalaute', 'Sterben', 'Sterbender', 'Sterbekerze', 'Tod', 'Tod ansagen', 'Tote (der)', 'Totenbahre', in *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens* (Berlin: W. de Gruyter, 1936-7), 8. cilt. Albert Freybe, *Das alte deutsche Leichenmahl in seiner Art und Entartung* (Gütersloh: Bertelsmann, 1909), s. 5-86.

26. Ölüm döşeğindeki insan için Katolik rahibin işlevi hakkında bkz. C. Ruch, 'Extreme onction', in *Dictionaire de Théologie Catholique* (1939), 5, pt 2:1927-85. Henri Rondet, 'Extreme onction', in *Dictionnaire de Spiritualité* (1960), 4:2189-2200.
27. Magnus Schmid, "Zum Phänomen der Leiblichkeit in der Antike dargestellt an der 'Facies Hippocratica' ", *Sudhoffs Arciv*, suppl. 7, 1966, s. 168-77. Karl Sudhoff, 'Eine kleine deutsche Todesprognostik', *Archiv für Geschichte der Medizin* 5 (1911): 240 ve 'Abermal eine deutsche Lebens und Todesprognostic', a.g.y., 6 (1911): 231.
28. Joshua O. Leibowitz, 'A Responsum of Maimonides Concerning the Termination of Life', *Koroth* (Jerusalem) 5 (Eylül 1963): 1-2.
29. Paracelsus, *Selected Writings*, çev. Norbert Guterman, Bollingen Series XXVIII (Princeton, N.J.: Princeton Univ. Press, 1969).
30. Heinrich Brunner, *Deutsche Rechtsgeschichte* (Berlin: Von Duncker & Humboldt, 1961), 1.254. Paul Fischer, *Strafen und sichernde Massnahmen gegen Tote im germanischen und deutschen Recht* (Düsseldorf: Nolte, 1936). H. Fehr, 'Tod und Teufel im alten Recht', *Zeitschrift der Savigny Stiftung für Rechtsgeschichte* 67 (1950): 50-75. Paul Geiger, 'Leiche', in *Handwörterbuch des deutschen Aberglaubens* (Berlin: W. de Gruyter, 1932-3), 5. cilt, Karl König, 'Die Behandlung der Toten in Frankreich im Späteren Mittelalter und zu Beginn der Neuzeit (1350-1550)', doktora tezi, Univ. of Leipzig, 1921. Hans von Hentig, *Der nekrotrope Mensch: Vom Totenglauben zur morbiden Totennähe* (Stuttgart: Enke, 1964). Paul-J. Doll, 'Les Droits de la science aprés la mort', Diogene, no.75, Haziran-Eylül 1971, s. 124-42.
31. Loren C. MacKinney'in *Medical Illustrations in Medieval Manuscripts*'i' (Berkeley: Univ. of California Press, 1965) Millard Meiss'in, *Painting in Florence and Siena after the Black Death: The Arts, Religion and Society in the Mid. Fourteenth Century*'siyle (Princeton, N.J.: Princeton Univ. Press, 1951) karşılaştırıldığında bu zıtlık ortaya çıkar. Dogmayı temsil etme gereksiniminden doğan sanat bu kez insan figürlerini, onun eylemlerini ve hatta gelip geçen anın (Vergänglichkeit) resmedilmesinde, sanki sıkı bir biçimde birlikte dokunmuşçasına onu çevreleyen ölüleri gösteriyor.
32. Maurice Bariety ve Charles Coury, 'La Dissection', in *Histoire de la médecine* (Paris: Fayard, 1963), s. 409-11.
33. Hermann Bauer, *Der Himmel in Rokoko: Das Fresko im deutschen Kirchenraum in 18. Jahrhundert* (Münih: Pustet, 1965).

34. On yedinci ve on sekizinci yüzyıl edebiyatında ölümün yansıması: Richard Sexau, *Der Tod in deutschen Drama des 17. und 18. Jahrhunderts: Von Griphius bis zum Sturn und Drang* (Bern: Francke, 1906). Friedrich-Wilhelm Eggebert, *Das Problem des Todes in der deutschen Lyrik des 17. Jahrhunderts* (Leipzig, 1931). W.M. Thompson, *Der Tod in der englische Lyrik des 17. Jahrhunderts* (Breslau: Priebatsch, 1935).
35. Ariés, 'La mort inversée': "Ortaçağ sonunda (Ortaçağ başının, yani Tolstoy'un köylülerinde yaşamayı sürdüren Roland çağının tersine) ve Rönesans'ta bir insan kendi ölümüne katılmakta diretir, çünkü ölümü olağanüstü bir an –bir birey olmasına kesin ve son biçimini veren an– olarak görür. Yaşamına ancak ölümüne egemen olabildiği kadar egemen olacaktır. Ölümü ona, yalnızca ona aittir. On yedinci yüzyıldan sonra, tıpkı ölümün üzerindekinden olduğu gibi yaşamın üzerindeki biricik egemenlikten de vazgeçilmeye başlandı. Bu konular aileyle paylaşılmaya başlanır oldu; oysa daha önceleri aile ciddi kararlara katılmazdı; bütün kararlar, ölen kişi tarafından, tek başına ve yaklaşmakta olan ölümden tümüyle haberdar olarak verilirdi."
36. Michel de Montaigne, *Essays*, 1. kitap, 57. bölüm.
37. G. Peignot, *Choix de testaments enciens et modernes, remarquables par leur importance, leur singularité ou leur bizarrerie*, 2 cilt (Paris: Renouard, 1829). Michel Vovelle, *Mourir autrefois: Attitudes collectives devant la mort aux XVII et XVIII siecles* (Paris: Archives Gallimard-Julliard, 1974) ve *devant la mort d'apres les clauses des testaments* (Paris: Plon, 1974). Frederick Pollock ve Frederick W. Maitland, 'The Last Will', in *The History of the English Law Before the Time of Edward I* (Cambridge: University Press, 1968), 1. cilt, 6. bölüm, s. 314-56.
38. Ariés, 'Les Techniques de la mort'.
39. Philippe Arés, *Centuries of Childhood: A Social History of Family Life* (New York: Knopf, 1962), 2. bölüm.
40. Yaşlıların öldürülmesi yakın zamanlara dek yaygın bir gelenekti. John Koty, *Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern* (Stuttgart: Hirschfeld, 1934). Will-Eich Peuckert, 'Altentötung', in *Handwörterbuch der Sage: Namens des Verbandes der Vereine für Volkskunde* (Gottingen: Vandenhoeck & Ruprect, 1961). J. Wisse, *Selbstmord und Todesfurcht bei den Naturvölkern* (Zutphen: Thieme, 1933). Dokuzuncu yüzyıla kadar çocuk öldürme olgusu nüfusu etkileyecek ve değiştirecek düzeydeydi. Emily R. Coleman, 'L'Infanticide dans le haut moyen age', çev. A. Chamoux, *Annales Economies, Sociétés, Civilisations*, 1974, no. 2, s. 315-35.
41. Erwin H. Ackerknecht, 'Death in the History of Medicine', *Bulletin of the History of Medicine* 42 (1968): 19-23. Ölüm, Antik Yunan'dan Giovanni Maria Lancisi'ye (1654-1720) dek tıbbi literatürde marjinal bir sorun olarak kaldı. Sonra birdenbire, 'ölümün belirtileri' olağanüstü bir

önem kazanıverdi. Zahiri ölüm, Aydınlanma Çağı'nda çok korkulan büyük bir bela haline geldi. Margot Augener, 'Scheintod als medizinisches Problem im 18. Jahrhundert', *Mittelungen zur Geschichte der Medizin*, nos. 6 ve 7, 1967. Azınlık oluşturan bu felsefeciler ruhun yok olmadığını pozitif bir biçimde yadsıdılar ve ölmüş görünüp de gömülme olasılığıyla onları tehdit eden din dışı bir cehennem korkusu geliştirdiler. Zahiri ölüm tehlikesiyle karşı karşıya olanlar için mücadele eden hayırseverler suda boğulanları ya da yananları kurtarmak için dernekler kurdular ve gerçekten ölüp ölmediklerini kesinleştirmek için testler geliştirdiler. Elizabeth Thomson, 'The Role of the Physician in Human Societies of the 18th Century', *Bulletin of the History of Medicine* 37 (1963): 43. 51. Bu testlerden biri ölünün kulağına trompet üflemekten ibaretti. Zahiri ölümle ilgili bu isteri, yüzyılın başındaki apansız çıkışı gibi Fransız Devrimi'yle birlikte yok oluverdi. Doktorlar yaşlıların ömrünü uzatma umuduyla çalıştırılmalarından yüzyıl önce reanimasyonla ilgilenmeye başlamışlardı.

42. Theodor W. Adorno, *Minima Moralia: Reflexionen aus dem beschädigten Leben* (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1970).
43. E. Ebstein, 'Die Lungenschwindsucht in der Weltliteratur', *Zeitschrift für Bücherfreunde* 5 (1913).
44. Alfred Scott Warthin, 'The Physician of the Dance of Death', *Annals of Medical History* (new series) 2 (Temmuz 1930): 350-71; 2 (Eylül 1930): 453-69; 2 (Kasım 1930): 697. 710; 3 (Ocak 1931): 75-109; 3 (Mart 1931): 134-65. Özellikle Ölüm Dansı'ndaki hekimle ilgileniyor. Werner Block, *Der Arzt und der Tod in Bildern aus sechs Jahrhunderten* (Stuttgart: Enke, 1966), doktorun formel bir dans sırasında ve bunun dışında ölümle karşı karşıya gelmesini inceliyor.
45. Bir önceki bölümdeki 130. dipnota bakınız.
46. Richard H. Shryock, *The Development of Modern Medicine: An Interpretation of the Social and Scientific Factors Involved*, ikinci basım (New York: Knopf, 1947).
47. Hildegard Steingiesser, *Was die Ärzte aller Zeiten vom Sterben wussten, Arbeiten der deutsch-nordischen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, der Zahnheilkunde und der Naturwissenschaften* (Greifswald: Univ. Verlag Ratsbuchandlung L. Bamberg, 1936).
48. Bernard Ronze, 'L'Antitragique ou l'homme qui perd sa mort', *Etudes*, Kasım 1974, s. 511-28, ölümü programlama çabalarının insanların umut ve keder, yalnızlık ve sorunların üstesinden gelme kapasitelerini tükettiğini savunuyor.
49. Siegfried Giedion, *Mechanization Takes Command: A Contribution to Anonymous History* (New York: Norton, 1969). Mekanikleşme ve ölüm hakkında 209. ve 240. sayfalara bakınız.

50. Alfred Adler, 'Ein Beitrag zur Psychologie der Berufswahl', der. Alfred Weber ve Carl Furtmüller, *Heilen und Bilden* (Frankfurt: Fischer, 1973).
51. Özellikle bkz. Block, *Der Arzt und der Tod*; Warthin, 'The Physician of the Dance of Death'; Briesenmeister, *Bilder des Todes*.
52. Bu örnekleri Cuernavaca'da Valentina Borremans tarafından toplanmış, hepsi antropomorfik ölümün özellik ve davranışlarını gösteren yüzlerce reprodüksiyon arasından seçtim.
53. Çağdaş toplumda ölüm hakkında bibliyografi için yukarıdaki 186., 188., 191., 207. ve 209. notlara bakınız. Ayrıca John McKnight, 'A Bibliography of 225 Items of Suggested Readings for a Course on Death in Modern Society in a Theological Perspective' (1973) adlı çalışmasında bir sanayi toplumunda ölüm hakkında çağdaş Hıristiyan yazılarının bir listesini yapıyor. John Riley, Jr. ve Robert W. Habenstein, 'Death: 1. Death and Bereavement; 2. The Social Organization of Death', in *International Encyclopedia of the Social Sciences* (New York: Macmillan, 1968), 4: s. 19-28. Joel J. Vernick, *Selected Bibliography on Death and Dying*, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, National Institutes of Health, 1971. Complements Kalish and Kutscher.
54. Werner Fuchs, *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*. Bu kitabında, modern toplumda ölümün engellendiğini yadsıyor. Geoffrey Gorer, *Death, Grief and Mourning* (New York: Doubleday, 1965): Gorer'in, ölümün baş tabu olarak cinselliğin yerini aldığı tezi Fuchs'a göre temelsiz ve yanıltıcıdır. Ölümün engellenmesi tezi genellikle, koyu sanayi karşıtı kişiler tarafından sanayinin ölüm karşısındaki kesin güçsüzlüğünü göstermek amacıyla desteklenir. Ölümün engellenmesi konusu ısrarla, Tanrı'nın ve ölümden sonraki yaşamın lehine savunmalarda kullanılmıştır. İnsanların ölmek zorunda olmaları gerçeği kendi başlarına asla değiştiremeyeceklerinin kanıtı olarak görülmüştür. Fuchs ölümün niteliklerini yadsıyan bütün kuramları ilkel geçmişin kalıntıları olarak görüyor. Sadece kendi modern toplumsal yapı idealine denk düşen görüşleri bilimsel sayıyor. Yazarın çağdaş ölüm imgesi Alman ölüm yazılarında kullanılan dil üzerindeki incelemelerinin bir sonucudur. Ölümün 'engellenmesi' denen şeyin, ölümün mutlak bir son olduğu konusunda giderek yaygınlaşan inancı tam kabullenememenin sonucu olduğuna inanıyor.
55. Toplumun ölümle ilgili mantık dışı yaklaşımı onun kıyametle ilgili acizliğinde ifadesini bulur. Kalus Koch, *Ratlos vor der Apokalyptik* (Gütersloh: Mon, 1970).
56. Bronislav Malinowski, 'Death and the Reintegration of the Group', in *Magic, Science and Religion* (New York: Doubleday, 1949), s. 47-53.
57. Eric J. Cassel, 'Dying in a Technical Society', *Hastings Center Studies* 2 (Mayıs 1974): 31-6: "Ölümde, ahlaki düzenden teknik düzene doğru bir kayma olmuş... ahlaki düzenin teknik düzenden daha üstün olduğu

geçmiş zamanlarda insanların doğuştan daha ahlaklı olduklarına inanmıyorum."

58. Edgar Morin, *L'Homme et la mort* (Paris: Seuil, 1970) tartışmayı geliştiriyor.
59. Dora Ocammpo, 'Cuando la tristeza se mezcla con la alegria', manuskri, Mexico, Kasım 1974.
60. Sanayileşmiş insanoğlu beşikten mezara dek tedaviye gerek duyar. Elisabeth Kubler-Ross, *On Death and Dying*'de yeni bir tür son tedaviyi öneriyor (New York: Macmillan, 1969). Ölmenin çeşitli tipik evrelerden geçtiği ve uygun tedavinin iyi yöneltilmiş 'morituri' için bu işlemi kolaylaştırabileceği görüşündedir. Paul Ramsey, 'The Indignity of "Death with Dignity"', *Hastings Center Studies* 2 (Mayıs 1974): s. 47-62. 1970'lerin başında, ahlakbilimciler arasında ölümün yeniden benimsendiği ve ölen kişi için tek yapılabilecek şeyin son anında ona eşlik etmekten ibaret olduğu konusunda gittikçe artan bir görüş birliği vardır. Ancak bu uzlaşmanın altında insan yaşamının gittikçe artan ölçüde dünyevi, natüralist ve anti-hümanist bir yorumu yatmaktadır. Robert S. Morison, 'The Last Poem: the dignity of the Inevitable and Necessary: Commenntary on Paul Ramsey', *Hastings Center Studies* 2 (Mayıs 1974): 62-6. Morison, bir Hıristiyan etikçisi olarak konuşamayanların bunu 'hipotetik ortak payda' olarak yapmaları gerektiğini savunan Ramsey'i eleştiriyor.
61. David Lester, 'Voodoo Death: Some New Thoughts on an Old Phenomenon', *American Anthropologist* 74 (Haziran 1972): 386-90.
62. Pierre Delooz, 'Who Believes in the Hereafter?', der. André Godin, *Death and Presence* (Brussels: Lumen Vitae Press, 1972), s. 17-38, çağdaş Fransız halk hatiplerinin Tanrı'ya inanç ile öteki dünyaya inancı birbirinden adamakıllı ayırmış olduklarını gösteriyor. Paul Danblon ve André Godin, 'How Do People Speak of Death?' in Gosin, a.g.y., s. 39-62. Danblon Fransızca konuşan bir halk tipinin konuşmalarını inceliyor. Ölüme yönelik anlatımlarındaki, duygularındaki ve yaklaşımlarındaki şeytan karşıtı ulusal benzerlikler değişik dinsel inançlardan ve pratiklerden kaynaklanan farklarından daha güçlüdür. Joseph F. Fletcher, 'Antidysthanasia: The Problem of Prolonging Death', *Journal of Pastoral Care* 18 (1964): 77-84. Yazar bir hastane papazının bakış açısıyla yaşamın sorumsuzca uzatılmasına karşı çıkıyor: "Hastanın yaşamını uzatmak konusunda 'mantıklı bir umut' olup olmadığına karar vermede doktorun teknik bilgisinin, 'eğitimli tahminler'inin ve deneyiminin temel olup olamayacağı sorununu ele almış olan XII. Pius'la ve en azından Canterbury'nin iki başpiskoposu Lang ve Fischer'le aynı fikirdeyim. Bu karar, meslek dışından birinin yetkisi dışında... Ancak durumun umutsuz olduğu hükmüne varmada, hastanın öteki dünyaya gidip gitmeyeceğine tek başına karar verme külfetini üzerlerine yüklemenin hekim kardeşlerimize karşı ne sağduyulu ne de adaletli olduğu görüşündeyim." Bu tez oldukça yaygındır. Kilisele-

rin mesleki hükmü desteklediğini de gösterir. Hıristiyan ve tıp pratikleri arasında pratikteki bu yakınlaşma Hıristiyan teolojisinde ölüme yönelik yaklaşımla taban tabana zıttır. Ladislaus Boros, Mysterium mortis: *Der Mensch in der letzten Entscheidung* (Freiburg: Walter, 1962); Karl Rahner, *Zur Theologie des Todes* (Freiburg: Herder, 1963).

63. Daniel Maguire, 'The Freedom to Die', Commonweal, 11 Ağustos 1972, s. 423-8. Ölmekte olanlar ve ölümcül hastalar lobisi yaratıcı ve hiç düşünülmemiş bir biçimde çalışarak toplumda şifacı bir güç haline gelebilir. Jonas B. Robitscher, 'Te Right To Die: Do we Have a Right Not to Be Treated?' *Hastings Center Studies* 2 (Eylül 1972): 11-44.
64. Der. Orville Brim, et al., *The Dying Patient* (New York: Russell Sage, 1960). Burada, sağlık profesyonellerinin, bir bireyin ölümünün gerçekleşeceği durumu belirleme göreviyle karşı karşıya kaldıklarında bağlı oldukları teknik analiz ve kararlar tartışılıyor. Bu mühendisçe işlemi 'hasta, ailesi ve hepsinden önemlisi, ilgili personel için daha az acımasız ve daha az kötü bir hale' getirmek için bir dizi öneri sunuluyor. Bu antolojide, ölümün dehşeti, profesyonelce yönetilen, pis ve saygısız bir tür davranışa dönüşüyor. Ayrıca bkz. David Sudnow, 'Dying in a Public Hospital', a.g.y., s. 191-208.
65. David Sudnow, toplumsal örgütlenme araştırmasında şunları söylüyor: "Bir kadın hastanın gözkapaklarını kapatmak için iki ya da üç dakika uğraşan bir hemşire vardı. Kadının ölmekte olduğunu açıkladı. Hemşire, onun gözkapaklarını kapalı durumda tutmak için uğraşıyordu. Birçok başarısız girişimden sonra gözkapaklarını kapatmayı başardı ve kazandığını gösterircesine iç çekerek 'Şimdi oldu' dedi. Ne yaptığı sorulduğunda hastanın gözlerinin ölümden sonra kapalı olması gerektiğini, böylece, cesedin uyuyan bir insana benzeyeceğini söyledi. Kaslar ve deri sertleşmeye başladıktan sonra bunu başarmak çok daha zordur diye açıkladı. Ölmekte olan insanların gözkapaklarını daima ölümden önce kapatmaya çalıştığını söyledi. Bu, koğuş personelinin cesedi kefene koyması sırasında işe yarasın diye yapılıyordu. Mesele, ölmüş insanlarla olabildiğince az uğraşmayı yeğleyen işçileri düşünmekti." (Aynı kaynak, s. 192-3)
66. Brillat-Savarin, 'Méditation XXVI, de la mort', in *Physiologie du gout*. Brillat-Savarin, 93 yaşındaki halasına ölümü sırasında refakat etmiş. "Yeteneklerinden hiçbirini yitirmedi ve azalan iştahıyla zayıf sesi dışında durumunu belli eden bir şey yoktu. 'Orada mısın yeğen?' 'Evet hala, yanındayım ve sanırım şu güzel, eski şaraptan bir yudum alsan iyi olur.' 'Ver, yavrum, sıvılar daima aşağı iner.' Ona en iyi şarabımdan yarım bardak içirdim. Çabucak neşelendi ve bir zamanlar güzel olan gözlerini bana çevirerek dedi ki, 'Bu son armağan için teşekkürler. Eğer sen de benim yaşıma dek yaşarsan ölümün uyku gibi gerekli olduğunu göreceksin.' Son sözleri bunlardı ve bir buçuk saat sonra ebedi uykusuna daldı."

IV.
SAĞLIK POLİTİKALARI

7. Spesifik Amaçbozuculuk

1. Özellikle çağdaş sanayi toplumunda patojenik rollerin verilmesi hakkında bkz. H. P. Dreitzel, *Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft: Vorstudien zu einer Pathologie des Rollenverhaltens* (Stuttgart: Enke, 1972).

8. Politik Karşı Önlemler

1. Charles E. Winslow, *The Cost of Sickness and the Price of Health* (Geneva: World Health Organization, 1951). Daniel S. Hirschfield, *The Lost Reform: The Campaign for Compulsory Health Insurance in the United States from 1932 to 1943* (Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1970) sosyal güvenliğe sahip olmayan yaşlı, yoksul ve kronik hastalıklı azınlığın koruyucu yasalar için halinden memnun çoğunluktan bugüne dek destek almamış olmasını anlatıyor. Bu insanların daha önceki sorunlarının, bunlara karşı tavır ve yaklaşımların 1970'li yıllarda pek değişmeden kaldığını gösteriyor. Sağlık hizmetiyle ilgili halkçı politikaların biyolojik ve sosyal bir kurum olan tıbbın sanayileşmiş biçiminin hiçbir zaman üzerine çıkmadığı anlaşılıyor.
2. Sosyal yardım yasalarının tarihi için bkz. Henry E. Sigerist, 'From Bismarck to Beveridge: Developments and Trends in Social Security Legislation', *Bulletin of the History of Medicine 13* (Nisan 1943): s. 365-88. Rusya'daki aynı tür yasalar konusunda naif bir biçimde hararetli bir değerlendirme için bkz. Henry E. Sigerist, *Socialized Medicine in the Soviet Union* (1937; yeniden basım, Medicine and Health in te Soviet Union, New York: Citadel Press, 1947).
3. Office of Health Economics, *Prospects in Health*, Publication no. 37 (Londra, 1971).
4. R.G.S. Brown, *The Changing National Health Service* (Londra: Routledge, 1973) ve S. Israel ve G. Teeling Smith, 'The Submerged Iceberg of Sickness in Society', *Social and Economic Administration*, 1. cilt, no. 1 (1967). Genel pratisyenin saptadığı her şeker hastalığı, romatizma ve sara vakasına karşılık, teşhisi konmamış başka bir vaka daha vardır. Bilinen her ruh hastalığı, bronşit, yüksek tansiyon, glokom ya da idrar yolu enfeksiyonu vakasına karşılık, bilinmeyen, yaklaşık beş vaka daha vardır. Tedavi edilmemiş anemi vakaları tedavi edilenlerden sekiz kat fazladır.
5. W.P.D. Logan ve E. Brooke, *Survey of Sickness*, 1943-51 (Londra: Her Majesty's Stationary Office, 1957).

6. Karen Dunnell ve Ann Cartwright, *Medicine Takers, Prescribers and Hoarders* (Londra: Routledge, 1972).
7. Bu, eğitimcilerin, ekonomistlerin ya da hekimlerin araştırma yapabildikleri kitlesel hastalık taramaları dönemiydi. Test yapılan 1709 kişinin yüzde 90'ında hastalık olduğunun açıklanması yine de 'ilerleme' sayılıyordu. J. E. Shental, 'Multiphasic Screening of the Well Patient', *Journal of the American Medical Association* 172 (1960): 1-4.
8. Frank Turnbull, 'Pain and Suffering in Cancer', Canadian Nurse, Ağustos 1971, s. 28-31. Turnbull, cerrahi ya da radyolojik tedavinin, ilk belirtileri ağrısız ölümü olanaklı kılacak bir biçimde azaltmasına karşın daha ağrılı ikincil hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açtığını savunuyor.
9. Tahmini olarak ABD'deki tüm hasta yatağı sayısının yüzde 12-18'i.
10. Der. M. Thagi Farvar ve John P. Milton, *The Careless Technology* (Garden City, N.Y.: Natural History Press, 1972). 1968'de yapılmış bir konferanstan alınmış bilimsel makaleler, geleneksel toplumların düzeltilebileceği ve düzeltilmesi gerektiği yolundaki İkinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkmış olan görüşün yalnızca gerçekleştirilemezliğinin değil, insan organizmasına vereceği ciddi zararlar açısından kötülüğünün de kanıtlandığını gösteriyor.
11. Charles C. Hughes ve John M. Hunter, 'Disease and Development in Africa', *Social Science and Medicine* 3, no. 4 (1970): s. 443-88. Kalkınma hareketlerinin hastalık yaratan sonuçları hakkında önemli bir kaynak taraması. Ralph j. Audy, 'Aspects of Human Behavior Interfering with Vector Control', in *Vector Control and Recrudescence of Vector-borne Diseases*, Proceedings of a Symposium Held During the Tenth Meeting of the PAHO Advisory Committee on Medical Research, 15 Haziran 1971, Pan-American Health Organization Scientific Publication no. 238 (Washington, D.C., 1972), s. 67-82.
12. René Dumont, *La Faim du monde*, 8 Kasım 1965'te, Liege'de yapılan bir konferansın tam metni, konferans sırasında tartışılan 25 soruya verilen yanıtları da içeriyor (Liege/Brüksel: Cercle d'Education Populaire, 1966). On birinci saatte göstermelik bir dünya dayanışması dileği. Sonradan çıkan İngilizce versiyonu, René Dumont ve Bernard Rosier, *The Hungry Future* (New York: Praeger, 1969). Bu sol görüşü sağ bir görüşle tamamlamak için bkz. William ve Paul Paddock, *Famine Nineteen Seventy-five! America's Decision: Who Will Survive?* (Boston: Little, Brown, 1967). Bulundukları dönemin, ilaçh sular içinde bitki yetiştirme, deniz suyunu arıtıp kullanma, sentetik besinler ve okyanus tarımı gibi düşlerinin ne menem şeyler olduğunu ilk kez gözler önüne seren yazarlar ayrıca toprak reformunun, sulamanın ve gübre üretiminin kıtlığı önleyemeyeceğine de inanmışlardır. Dünyanın ABD ürünlerine bağımlılığının

artacağını önceden görmüşler ve 'seleksiyon', yani sağ kalacakların ABD tarafından seçilmesini önermişlerdir.

13. Marshall Sahlins, *Stone Age Economics* (Chicago: Aldine. Atherton, 1972). Yazar, 1960'ların kurumlaşmış açlığının, öncesi olmayan bir olgu olduğunu söylüyor ve tipik bir taş devri kültüründe kötü beslenmiş ve aç yatan insan oranının bugünkünden çok daha az olduğunu gösteren kanıtlar sunuyor.
14. George Borgstrom, 'The Green Revolution', in *Focal Points* (New York: Macmillan, 1972), pt 2. s. 172-201. Yeşil Devrim hakkında, pek çoğu uluslararası kuruluşların yanıltıcı demeçleriyle sürekli desteklenmiş bir sürü yanılgının bir analizi ve değerlendirmesi. Genetik tükenme tehlikesi hakkında bkz. National Academy of Sciences, *Genetic Vulnerability of Major Crops* (Washington, D.C., 1972). Paleolitik çağdan beri her insan toplumu tahıl çeşitlerini geliştirmiştir. Günümüze dek varlığını sürdüren bitki soyları büyük ölçüde buğday ve baklagillerle beslenen toplulukların tercih ettiği türlerdir. Bu bitki soyları tarım mühendislerince üretilmiş melez türlere göre dönüm başına verdikleri ürün bakımından düşükse de koşullara uyabilmekte, gübre, sulama ve böcek mücadelesi gerektirmemektedir ve gelecekteki adaptasyonlar için büyük bir potansiyele sahiptir. Ancak melezlerin bunların yerini alması sonucu bu zengin genetik karışımlı bitkiler ortadan kalkmıştır. On yıllık bir sürede verilen zarar onarılamaz durumdadır ve tahmin edilemeyecek kötü sonuçlar doğurmuştur.
15. Dünyadaki beslenme durumu ile ilgili tartışmalar hakkında bilgi edinmek için bkz. Alan Berg, *The Nutrition Factor: Its Role in National Development* (Washington, D.C.: Brookings Institution, 1973). Dipnotlarından değerli kaynaklar elde edilebilir. Ayrıca bkz. J. Hemardinquer, 'Pour une histoire de l'alimentation', Cahiers des Annales 28 (Paris: Colin, 1970).
16. Dr. Spock'ın tropikal ülkelere ihracının sonuçlarından bir hakkında bkz. A. E. Davis ve T. D. Bolin, 'Lactose Tolerance in Southest Asia', der. Farvar ve Milton, The Careless Technology.
17. Adelle Davis, *Let's Eat Right To Keep Fit* (New York: Harcourt Brace, 1970). ABD'de endüstrileşmenin doğuşuyla diyetlerin kalitesindeki düşüşün ve bu düşüşün ABD sağlığına yansımasının iyi belgelenmiş bir raporu.
18. Bu çekişme konusunda bilgi için bkz. Edward M. Kennedy, In *Critical Condition: The Crisis in America's Health Care* (New York: Pocket Books, 1973). Bu çekişme konusunda bilgi için bkz. Stephen Jonas, 'Issues in National Health Insurance in the United States of America', *Lancet*, 1974, 2:143-6; William R. Roy, *The Proposed Health Maintenance Organization Act of 1972*, Science and Health Communications Group Source-

book Series, 2. cilt, (Washington, D.C., 1972). Kansaslı bir kongre üyesi kongreye sunduğu tasarıyı açıklıyor, savunuyor ve bunu destekleyen görüşleri sıralıyor.

19. Artık eskimiş olsa da, çok iyi bir tahmin yürütme. Michael Michaelson, 'The Coming Medical War', *New York Review of Books*, 1 Haziran 1971. Ayrıca bkz. Robert Bremner, From the Depths: *The Discovery of Poverty in the U.S.* (New York: New York Univ. Press, 1956), ABD sosyal yardım hareketinin kökenleri hakkında bilgi sunuluyor.
20. Barbara Myerhoff ve William R. Larson, 'the Doctor as Cultural Hero: The Routinization of Charisma', *Human Organization* 24 (sonbahar 1965): s. 188-91. Yazarlar, kısa bir zaman sonra doktorların sıradan bir konuma düşecekleri ve böylece hastanın güvenini kazanmak ve iyileştirici bir etki yapmak için gereken psikolojik güçlerini yitirecekleri kehanetinde bulunuyorlar.
21. Michael Maccoby, yazarla kişisel görüşme.
22. John Pekkanen, *The American Connection: Profiteering and Politicking in the 'Ethical' Drug Industry* (Chicago: Follett, 1973). ABD İlaç Üreticileri Birliği'nin ve ilaç lobisinin inatçı bir biçimde, ilaçların aşırı üretimi ve satışını desteklemesiyle, kârlarını sürdürebilmek için ilaçların tehlikelerini sistematik bir biçimde reklam ve promosyonların ardına gizleyerek ve üst makamlardaki hekimleri rüşvetle satın alarak güç elde etmek için çevirdikleri dolaplar hakkında bir rapor. On iki tane isim yapmış büyük firmaya yönelik suçlamalar da burada yer alıyor.
23. Paul R. ve Anne H. Ehrlich, *Population, Resources, Environment: Issues in Human Ecology* (San Francisco: Freeman, 1972), özellikle tehlikeli ekosistemler hakkındaki 7. bölüme bakınız. Bu bölümde, konu hakkındaki kaynaklara iyi bir giriş yapılıyor. Der. Samuel Epstein ve Marvin Legator, *The Mutagenicity of Pesticides: Concept and Evaluation* (Cambridge, Mass.: MIT Press, 1971). Birçok özel konu hakkında veriler sağlıyor. Harrison Wellford, *Swing the Wind: Report on the Politics of Food Safety*, Ralph Nader's Study Group Reports (New York: Grossman, 1972). Besinlerdeki pestisid yoğunluğu hakkında bir rapor. Pestisidlerin yanlış kullanımı köylüleri, kent sakinlerinden de fazla tehdit ediyor; sağlıklarını bozuyor, ürün fiyatını yükseltiyor ve uzun vadede, verimliliği düşürüyor. J. L. Radomski, W. B. Deichman ve E. E. Clizer, 'Pesticide Concentration in the Liver, Brain and Adipose Tissue of Terminal Hospital Patients', *Food and Cosmetics Toxicology* 6 (1968): s. 209-20. Çok ürkütücü bir miktar analizi.
24. James S. Turner. *The Chemical Feast: A Report on the Food and Drug Administration*, Ralph Nader's Study Group Reports (New York: Grossman, 1970). Bu rapor Adelle Davis tarafından *Let's Eat Right to Keep Fit*'de anlatılan eğilimin şiddetli olduğunu ve 1960'lı yıllarda, kötü beslenmenin sağlığa verdiği zararın artmakta olduğunu göstermektedir. Bu raporda,

besinlere katılan 2.000'den fazla katkı maddesinden, güvenli olduğu deneyle doğrulananların yarıdan az olduğu gösteriliyor.

25. Arturo Aldama, 'Los cereales envenenados: Otra enfermedad del progreso', CIDOC Document I/V 74/58, Cuernavaca, 1974.
26. Boston Women's Health Collective, *Our Bodies, Ourselves: A Book By and For Women* (New York: Simon & Schuster, 1973). Temelden tıplaştırılmış bir topluma derinden bağlı kalan bir grup kadın tarafından oluşturulmuş, sınırlı bir kendi kendine tıbbi bakım modeli kılavuzu olarak değerlendirilebilir.
27. Luc Boltanski, *Consommation médicale et rapport au corps: Compterendu de fin de contrat d'une recherce finnancée par la Délegation Générale a la Recherche Scientifique et Technique* (Paris: Centre de Sociologie Européenne, 1969). Bir beden sosyolojisi: Bireylerin kendi bedenleriyle ilişkilerinde sosyal sınıflarına bağlı olan toplumsal belirleyicilerle ilgili, öncü bir çalışma.
28. Liselotte von Ferber 'Die Diagnose des praktischen Arztes im Spiegel der Patientenangaben', in *Schriftenreihe: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene*, 43. cilt (Stuttgart: Gentner, 1971), Alman genel pratiğinde sınıfa özgü dil hakkında.
29. Charles Kadushin, 'Social Class and the Experince of Ill Health', *Sociological Inquiry* 34 (1964): 67-80. Kronik hastalıkların ortaya çıkmasının sosyo-ekonomik statü ile ilişkili olduğu yolundaki sosyolojik dogmaya karşı çıkıyor. David Mechanic, *Medical Sociology: A Selective View* (New York: Free Press, 1968), s. 259. Bu kitapta, birbirine karşıt görüşler arasındaki tartışmalar anlatılıyor ve bununla ilgili kaynaklar veriliyor. Ayrıca çocuklarda ölüm oranı için s. 245'e, sosyoekonomik statü hakkında s. 253'e bakınız.
30. Raymond S. Duff ve August Hollingshead, *Sickness and Society* (New York: Harper & Row, 1961). S. H. King, *Perceptions of Illness and Medical Practice* (New York: Russell Sage, 1962).
31. Mechanic, *Medical Sociology*, özellikle sosyoekonomik statü ve sağlık hizmetlerinin kullanımı konusunda ABD Ulusal Sağlık Hizmetleri istatistiklerinin verildiği 267-8. sayfalara bakınız. Bu verileri yüzeysel değerleriyle dikkate almaktan kaçınınız: Bkz. David Mechanic and M. Newton, 'Some Problems in the Analysis of Morbidity Data', *Journal of Chronic Diseases* 18 (Haziran 1965): 569-80. Lee Rainwater ve W.L. Yancey, *The Moynihan Report and the Politics of Controversy* (Cambridge, Mass.: MIT Press, 1967), çocuklarda ölüm oranı ile sosyoekonomik yoksunluklar arasındaki ilişkinin ne denli karmaşık olduğunu tartışıyor.
32. Barbara Blackwell, *The Literature of Delay in Seeking Medical Care for Chronic Illnesses*, Health Education Monograph no. 16 (San Francisco: Society for Public Health Education, 1963). Özellikle kişisel, tıbbi ve toplumsal gecikmeler konusunda 14 ve 17. sayfalara bakınız. René Le-

noir, Les Exclus (*Paris*: Seuil, 1974), Fransa'da kurumsal tutumların yol açtığı çeşitli sağlık hizmeti sistemlerinden yoksunluk nedeniyle kopma olaylarına dikkat çekiyor.

33. G. Kleinbach, 'Social Class and Medical Education', doktora tezi, Eğitim Bölümü, Harvard University, 1974. Charles F. Schumacher, 'The 1960 Medical School Graduate: His Biographical History', *Journal of Medical Education* 36 (1961): 401. Tıp öğrencilerinin yarısından çoğunun tıp mesleğinden kişilerin ya da tıp yöneticilerinin çocukları olduğunu kanıtlıyor.
34. Howard Becker et al., *Boys in White: Student Culture in Medical School* (1961: yeniden basım, Dubuque, Iowa: William C. Brown, 1972).
35. Der. Kenneth W. Newell, *Health by the People* (Geneva: World Health Organization, 1975). V. Djukanovic ve E.P. Mach, 'Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries'. A joint UNICEF/WHO study (Geneva: World Health Organization, 1975). "Gelişmekte olan ülkelerde var olan sistemlerin temel sağlık gereksinimlerini karşılayamamasındaki etkenler olarak geleneksel sağlık hizmeti diye adlandırılabilecek işlerin bazı yönleri gösterilmiştir."
36. Sosyal tıbbın bir disiplin olarak doğuşu hakkında bkz. Thomas McKeon ve C. R. Lowe, *An Introduction to Social Medicine* (Oxford/Edinburgh: Blackwell Scientific Publications, 1966), s. 9-13. Ayrıca bkz. Gordon McLachlan, *Portfolio for Health* 2 (New York/Toronto: Nuffield Provincial Hospitals Trust and Oxford Univ. Press, 1973). Bu konudaki Alman kaynakları için bkz. Hans Schaefer ve Maria Blohmke, *Sozialmedizin: Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin* (Stuttgart: Thieme, 1972). Doğu Avrupa için bkz. Richard E. ve Shirley B. Weinerman, *Social Medicine in Eastern Europe: The Organization of Health Services and the Education of the Medical Personel in Czecholovakia, Hungary and Poland* (Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1969). İtalya için bkz. Giovanni Berlinger, *Medicina e politica* (Bari: De Donato, 1976).
37. Robert H. Brook ve Francis A. Appel, 'Quality-of Care Assessment: Choosing a Method for Peer Review', *New England Journal of Medicine* 288 (1973): 1323-9. Bazı eleştirmenlerin seçtiği ölçütlerin aksine, elverişli durumları yaratmada en yetersiz hükümler grup konsensüsüne dayalı olanlardır. Robert H. Brook ve Robert Stevenson, Jr, 'Effectiveness of Patient Care in an Emergency Room', *New England Journal of Medicine* 283 (1970): 904-6.
38. Jean-Pierre Dupuy, 'Le Médicament dans la relation Médecin malade', *Projet*, no. 75 (Mayıs 1973), s. 532,46.
39. Arnold I. Kisch ve Leo G. Reeder, 'Client Evaluation of Physician Performance', *Journal of Health and Social Behavior* 10 (1969): 51-8. Profesyonel hizmette kalite kontrolünün genellikle —onun kadar kötü olan—

kendi kendini gözetleme biçiminde yapılması gerektiği düşünülürse de Los Angeles'ta yapılan bir araştırmanın sonuçları, sağlık hizmetinde hastaların hekimin performansıyla ilgili değerlendirmelerinin genellikle sağlık profesyonelleri tarafından geçerli sayılan bir sürü kalite ölçütüyle çok uyuştuğunu gösteriyor.

40. Tüketici koruma hizmetlerinde sağlık alanında yapılan araştırmalarla ilgili rapor örnekleri için bkz. Robert S. McCleery, *One Life, One Physician* (Washington, D.C.: Public Affairs Press, 1971); ayrıca Joseph Page ve Mary-Win O'Brien, *Bitter Wages: The Report on Disease and Injury on the Job, Ralph Nader's study group Reports* (New York: Grossman, 1973), 1968'e dek uygulanan endüstriyel ve meslek hastalıklarıyla ilgili tıbba yönelik bir iddianame. İş sırasında uğranılan zararların büyük ölçüde eksik bildirilmesi, iş kazalarında asıl nedenin işçilerin dikkatsizliği olduğu inancını güçlendirmiştir.
41. Daha çok veri ve kaynak için bkz. Michael H. Cooper, *Rationing Health Care* (Londra: Halsted Press, 1975) ve International Bank for Reconstruction and Development, *Health Sector Policy Paper*, Washington, D.C., Mart 1975. Bir hastanın hastanede geçirdiği ortalama gün sayısının GSMH'si birbirine yakın ülkeler arasında, bu ülkeler yoksul bile olsa, gösterdiği büyük farklara dikkat ediniz. Bu miktar Senegal'de 24 gün, Tayland'da 5 ya da 8 gündür.
42. Richard M. Titmus, 'The Culture of Medical Care and Consumer Behavior', der. F. N. L. Poynter, *Medicine and Culture* (Londra: Wellcome Institute, 1969), 8. bölüm, s. 129-35.
43. Kötü uygulama davalarının, hastanın kendi bedenini algılamasında, sermaye yatırımının bir biçimi olarak yaptığı etki hakkında bkz. Nathan Hershey, 'The Defensive Practice of Medicine-Myth or Reality?', *Milbank Memorial Fund Quarterly* 50 (Ocak 1972): 69-98.
44. Michael Grossman, 'On the Concept of Health Capital and the Demand for Health', *Journal of Political Economy* 80 (Mart-Nisan 1972): 223-55.
45. P.E. Enterline, 'Sick Absence in Certain Western Countries', *Industrial Medicine and Surgery* 33 (Ekim 1964):738.
46. Kaynaklar için bkz. Kathleen N. William, comp., *Health and Development: An Annotated Indexed Bibliography* (Baltimore: Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Department of International Health, 1972), sağlıkla ilgili, düzenlenmiş 931 konu ve bunların ekonomik gelişmeyle ilgisi hakkında bir çalışma. Sağlık alanına kaynak tahsisi konusundaki çalışmalarda kullanılmak üzere hazırlanmış bu seçki özellikle Doğu Avrupa'yla ilgili çalışmaların referanslarını ve özetlerini içermesi bakımından önemlidir.
47. Herbert Pollack ve Donald R. Sheldon, 'The Factor of Disease in the World Food Problem', *Journal of American Medical Association* 212 (1970):

598-603. Hasta insanlar, yapılan her birim iş için daha fazla besin yakmakta ve üstelik daha az iş üretmektedir. Her iki yoldan da, endemik hastalıklar dünyadaki yiyecek kıtlığını arttırıcı etki yapmaktadır.

48. Ralph Audy, 'Health as Quantifiable Property', *British Medical Journal*, 1973, 4:486-7. Audy önemsiz ekonominin ötesine giden ve insanın ilişkide olduğu çevresiyle birlikte boyutsal bir analizi için model geliştiren ender yazarlardan biridir. Audy, sağlığı 'çelişkiden adaptasyona yükselme' yeteneğine dayanarak ölçülebilen sürekli bir özellik olarak görüyor. Bu yükselmenin hızı ve başarısı kişinin alışkanlıklarının oluşturduğu 'koza'nın kişiyi koruyabilme düzeyine ve toplumun genel 'sağlığı'na bağlıdır.
49. Bkz. Williams, *Health and Development*, Sovyet tıp ekonomisi üzerine olan bölüm.
50. Claude Welch, 'Professional Standarts Review Organizations -Pros and Cons', *New England Journal of Medicine* 290 (1974): 1319; a.g.y., 289 (1973): 291-5. David E. Willett, 'PSRO Today: A Lawyer's Assessment', *New England Journal of Medicine* 292 (1975): s. 340-43. Ayrıca aynı sayıdaki, bu makale hakkında, 365. sayfada, editörün yazısına bakınız. Victor W. Sidel, 'Quality for Whom? Effects of Professional Responsibility for Quality of Health Care on Equity', *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Second Series, 52. cilt, no. 1, Ocak 1976: s. 164-76. Kalite kontrol işleminde profesyonellerin rolü yalnızca teknik danışmanlıkla sınırlanmadığı takdirde sağlık hizmetinde kalite (1) profesyonellerin kendilerine verdikleri imajı belirgin kılmakla sınırlı kalacak, (2) teknik faktörlerin bir uygulaması gibi olacak, (3) eşitliği değil, teknolojiyi kapsayacak ve (4) toplum tarafından algılanması sağlığa zararlı olacaktır. Önemli bir taslak!
51. Tom Dewar, 'Some Notes on the Professionalization of the Client', CIDOC Document I/V 73/37, Cuernavaca, 1973.
52. Robert J. Haggarty, 'The Boundaries of Healt Care', *Pharos*, Temmuz 1972, s. 106-11.
53. Health Policy Advisory Committee, *The American Health Empire: Power, Profits and Politics*, der. Barbara ve John Ehrenreich (New York: Random House, 1970). Kapitalist karakterinden dolayı ABD tıp sisteminin yapısında bulunan teknik ve örgütsel bozuklukların ortaya serilmesinde önemli bir rol oynamıştır. The Health-PAC Bulletin, aynı adreste basılmış, bu eleştirinin oluşumunun değerli bir kaydıdır. Ehrenreichler'lar, yayıncılık tarihinde, büyük olasılıkla gruplarına özgü düşüncelerin birer temsilcisidirler. Sağlık mesleğinin, sağlık sanayiinin ve hükümetteki sağlık bürokrasisinin bütünleşmesi her birime uluslar ötesi bir şirketin tipik özelliklerini kazandırmaktadır. Bu ortak özellikler bunları, gizli ya da kabaca bir keyfilikle şımartılan, çocukça, ırkçı ve cinsel tepkileri desteklemeye uygun bir 'kompleks' içinde birleştirir. Kâr etme motifinin saf

dışı bırakılması ve politikaların oluşturulmasında sağlıklı ve hasta kişilerin geniş bir katılımının sağlanması sistemi, sağlık hizmetini sorumlu, adil ve daha yararlı hale getirecektir.

54. Orta Afrika'daki Yukarı Volta'da, ülkede tüketilen ilaçlar da dahil, tüm tıbbi hizmetler için yılda yaklaşık 25 milyon dolar harcanmaktadır. Oysa birkaç hastayı Paris'e götürüp hastanede tedavi ettirmek için devletçe harcanan para bunun iki katıdır. Bu para, Fransa'nın, eski sömürgesine yılda yaptığı toplam 50 milyon dolarlık sivil yardım ya da bağışa eşittir. Fransız bürokratları hakkında hiç yanılmayan mizah gazetesi: *Le Canard enchainé*, 1 Ocak 1975.
55. Nathan Glazer, 'Paradoxes of Health Care', *Public Interest* 22 (kış 1971): 62-77. ABD'deki düşük gelirli aileler bir üstlerindeki gelir grubuna göre daha az değil, daha fazla sağlık parası almaktadır.
56. Gereksinimlerin yaratılması konusunda yararlı bir genel çerçeve için bkz. Jonathan Bradshaw, 'A Taxonomy of Social Need', der. Gordon McLachlan, *Problems and Progress in Medical Care: Essays on Current Research* (New York: Oxford Univ. Press, 1972), 7: s. 69-82. Bradshaw bürokratların sosyal bir gereksinimi karşılama amacıyla bir sosyal hizmet planı düşündüklerinde neler yapıldığını açığa çıkarmak için ayırt ettiği on iki ayrı durumun, dört tane gereksinim faktöründen birinin varlığına ya da yokluğuna bağlı olduğunu savunuyor: (1) Uzman ya da profesyonel bilgi sahibi bir kişi tarafından belirlenen normatif gereksinim; (2) İsteğin belirlediği, hissedilen gereksinim; (3) İfade edilen gereksinim ya da talep; (4) Bir topluluğun özelliklerinin hizmetin faturasında araştırılmasıyla elde edilen karşılaştırmalı gereksinim (hizmetin faturasında bulunmayan benzer özellikleri taşıyanlar ise gereksinimlerin içinde olarak tanımlanmıştır). Ayrıca bkz. Kenneth Boulding, 'The Concept of Need for Health Services', *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (Ekim 1966): s. 202-23. Bu konuda Richard Titmuss'un tanıklığı için bkz. *Social Policy: An Introduction* (New York: Pantheon Books, 1975), özellikle 10. bölüm, 'Values and Choices', s. 132-41.
57. Kadushin, 'Social Class and the Experince of Ill Health'. Üst sınıfın üyeleri daha ince düşünce ve davranışları, bazen de büyük ayrıcalıkları sağlamada torpil elde etmek için ufak ödemeler yapabilme yetenekleri nedeniyle kamunun finanse ettiği tıbbi hizmetleri kullanmada çok ustadırlar.
58. Jesus M. de Miguel, 'Framework for the Study of National Health Systems', paper submitted to the Eighth World Congress of Sociology, Ağustos 1974. Ulusların içindeki yerel farklılıklarla uluslar arasındaki farkların analizi arasında bağlantı kurmaya çalışıyor. 1930'dan beri yapılmış karşılaştırmalı sağlık sistemleri araştırmalarının krono-tipolojisi için Tablo 1'e bakınız. Kerr L. White et al., 'International Comparisons of

Medical Care Utilization', *New England Journal of Medicine* 277 (1967): s. 516-22. White, İngiltere, Yugoslavya ve ABD gibi ortamlarda, 'kullanım' gibi bağımsız bir değişkenin eşzamanlı ölçümünün içerdiği metodolojik zorlukları gösteriyor.

59. David Barkin, 'Access to and Benefits from Higer Education in Mexico', preliminary draft for comments. CIDOC Document A/E. 285, Cuernavaca, 1970.
60. Arnoldo Gabaldon, 'Health Service and Socio-economic Development in Latin America', *Lancet*, 1969, 1: s. 739-44. Gunner Adler-Karlsson, 'Unequal Access to Health Within and Between Nations', paper written for Gottlieb Duttweiler Institute's Symposium on 'The Limits to Medicine', Davos, 24-6 Mart 1975.
61. Joseph ben David, 'Professions in the Class System of Present-Day Societies: A Trend Report and Bibliography', *Current Sociology* 12 (1963-4): s. 247-330.
62. Basitleştirilmiş görsel bir anlatım için bkz. Elizah L. White, 'A Graphic Presentation on Age and Income Differentials in Selected Aspects of Morbidity, Disability and Utilization of Health Services', *Inquiry* 5, no. 1 (1968): s. 18-30. Daha ayrıntılı ve güncel bir analiz için bkz. John F. Newman, 'Societal and Individual Determinants of Healt Care in the USA', *Milbank Memorial Fund Quarterly* 51 (kış 1973): s. 95-124.
63. ABD'de yoksullukla sağlıksızlık arasındaki ilişki konusunda bkz. der. John Kosa et al., *Poverty and Health: A Sociological Analysis, a Commonwealth Fund Book* (Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1969). Bu makale koleksiyonu federal sağlık sigortası için bir itiraznamedir. Herbert T. Birch ve Joan Dye Gussow, *Disadvantaged Children: Health, Nutrition and School Failure* (New York: Harcourt Brace, 1970). Yazarların yoksullara daha fazla tıbbi hizmet sağlanmasının önemine inanmalarına karşın yoksul çocukların sağlığını olumsuz etkileyen, tedaviyle ilgili olmayan etkenlerin en önemli faktör olduğu gösterilmiştir.
64. Ölüm oranının hem tıbbi hizmet hem de çevresel değişkenlerle ilişkisi bir regresyon analiziyle inceleniyor. Richard Auster et al., 'The Production of Health: An Exploratory Study', *Journal of Human Resources* 4 (sonbahar 1969): s. 411-36. Eğitim ve tıbbi hizmet kontrol edildiği takdirde yüksek gelirin yüksek ölüm oranıyla doğru orantılı olduğu görülür. Bu, muhtemelen zengin gruplardaki kötü beslenme, hareketsizlik ve psikolojik gerginlik yüzündendir. Gelirdeki artışa eşlik eden ters etkenler tıbbi hizmetin miktar ve niteliğindeki yükselmenin yararlı etkilerini geçersiz kılabilir. Aşırı zengin kişileri bekleyen özel riskler çok yeni bilinen bir konu değildir. S. Gilfillan, 'Roman Culture and Systemic Lead Poisoning', *Mankind Quarterly* 5 (Ocak 1965): s. 55-9. Üçüncü yüzyıldan kalma Roma mezarlarındaki kemikler üzerinde yapılan incelemeler aşı-

rı yoğunlukta bir kurşun birikimini ortaya çıkarmıştır. Bu zehirlenme muhtemelen, içine Yunanistan'dan ithal edilen şarapların konduğu amforaların ağzının kapatılmasında kullanılan kurşundan ötürüdür.

65. Rashi Fein, 'On Achieving Access and Equity in Health Care', *Milbank Memorial Fund Quarterly* 50 (Ekim 1972): s. 34.
66. Emanuel de Kadt, 'Inequality and Health', Univ. of Sussex, Ocak 1975, benim belirtmek istediğim hususu vurgulamada öteki yazarların çoğundan daha ileri gidiyor: "Tıbbi hizmetin standartlarını korumaya odaklanmış mesleki ideolojiler, azınlığın karmaşık ve pahalı sağlık koşullarına konsantre olabilmek için çoğunluğun basit gereksinimlerini ihmal eden bir sağlık sistemi içinde kalmakta diretirler."
67. Tıp kurumunun uzmanlaşma hizmetindeki durumu hakkında bkz. Rosemary Stevens, *American Medicine and the Public Interest* (New Haven, Conn.: Yale Univ. Press, 1973). Almanya'daki benzer durum için bkz. Hans-Heinz Eulner, 'Die Entwicklung der medizinischen Spezialfacher an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes', in *Studien zur Medizingeschicte des 19. Jh.* (Stuttgart: Enke, 1970).
68. Howard Freeman, Sol Levine ve Leo Reeder, *Handbook of Medical Sociology* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1963), s. 216-17. Nitelikli kiropraktörlerin ve hekimlerin görece miktarı (1-10); üniversiteye bağlı ilk hekim (1765), dişhekimi (1868) ve optik teknikeri (1901) okulları hakkında.
69. Michael Marien, 'The Psychic Frontier: Toward New Paradigms for Man: Guide to 200 Books, Articles and Journals', draft, Mart 1974, World Institute Council, 777 United Nations Plaza, New York 10017. Hepsi de sağlıklı kalmanın ve iyileşmenin alternatif yöntemleriyle ilgili birçok açıklama ve değerlendirme içeren 200 yeni kitap, dergi ve kurumsal bülteni okumada yardımcı bir rehber. Bu konuya girmemiş kişilere doktrinerden ciddiye ve tumturaklıya dek uzanan bir spektrum duygusu verebilir. *Academy of Parapsychology and Medicine, The Dimensions of Healing: A Symposium* (Los Altos, Calif.: The Academy, 1972). Sheila Ostrander ve Lynn Schroeder, *Psychic Discoveries Behind the Iron Curtain* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1970; New York: Bantam, 1971).
70. Henry E. Sigerist, 'The History of Medical Licensure', *Journal of the American Medical Association* 104 (1935): s. 1057-60. Mesleki çoğulculuktan, 'bilimsel' teşhis ve tedavi yeteneği Flexner raporunu atlatmış bir tıp okuluna devamıyla garantilenmiş yeni hekimin profesyonel egemenliğine geçiş hakkında.
71. Ronald Akers ve Richard Quinney, 'Differential Organization of Health Professions: A Comparative Analysis', *American Sociological Review* 33 (Şubat 1968): s. 104-21. Lisanslı hekimlerin, dişhekimlerinin, optik

teknikerlerin, eczacıların iç sosyal örgütlenmeleri ve göreceli bağlılıkları, servetleri ve güçleri hakkında.

72. William L. Frederick, 'The History and Philosophy of Occupational Licensing Legislation in the United States', *Journal of the American Dental Association* 58 (Mart 1959): s. 18-25.
73. U.S. Department of Health, Education and Welfare, *Medical Malpractice, Report of the Secretary's Commission on Medical Practice*, 16 Ocak 1973.
74. Health Services Research Center, Institute for Interdisciplinary Studies, Medical Manpower Specialty Distribution Project 1975-80, makale 1971.
75. Çoğalmanın sınırları konusundaki çalışmalar için bkz. William Goode, 'The Theoretical Limits of Professionalization', der. Amitai Etzioni, *The Semi-Professions and Their Organization* (New York: Free Press, 1969), s. 266-313. Goode, tekniklerin çoğalmaya devam etmesine karşın bunların uygulanmaları için mesleki otonominin üzerine kurulu olduğu hasta güvenine gerek duyanların az olduğuna inanıyor. Bu nedenle, uzmanlığın daha da özelleşmesi mesleki gücü yeniden az sayıda kişide yoğunlaştırabilir. Ayrıca bkz. Wilbert Moore ve Gerald W. Rosenblum, *The Professions: Roles and Rules* (New York: Russell Sage, 1970), 3. bölüm, Harold Wilensky, 'The Proffessionalization of Everyone?', *American Journal of Sociology* 70 (Eylül 1964): s. 137-58. Profesyonelleşme süreci anlaşılır gibi değildir, çünkü bürokratikleşme, tahsis edilmiş hizmet idealini, hizmeti yapanın otonomisinin altını oyduğundan daha şiddetli bir biçimde tehdit etmektedir.
76. ABD'de hasta bakım mesleğindeki güncel bunalım konusunda bkz. National Commission for the Study of Nursing Education, *An Abstract for Action* (New York: McGraw-Hill, 1970).
77. Sağlık teknisyeninin, tıbbi hiyerarşinin dışında, otonom ve bağımsız olabilmesi konusu hâlâ bir tabudur: Der. Oscar Gish, Health, *Manpower and the Medical Auxiliary: Some Notes and an Annotated Bibliography, Intermediate Technology Development Group* (Londra, 1971). Gish, profesyonellerin sahip olduğu uzun süreli, pahalı, saygın ve yoğun eğitimle, bu kişilerin toplumdan kaçma eğilimleri arasında bir şeyleri ayırt etmeye çalışıyor; eğitimi akademik ve teorik olan para-profesyonel hemşire ve becerilerine çoğu kez gerek duyulan yardımcı sağlık personeli konusunda da aynı şeyleri araştırıyor.
78. Victor Fuchs, *Who Shall Live? Health Economics and Social Choice* (New York: Basic Books, 1974). Nathan Hershey ve Walter S. Wheeler, *Health Personnel Regulation in the Public Interest: Questions and Answers on Institutional Licensure*, California Hospital Association tarafından sağlık alanında bir hizmet olarak yayımlanmıştır, 1973.
79. S. Kelman, 'Towards a Political Economy of Medical Care', *Inquiry* 8, no. 3 (1971): s. 30-38. Kelman, finans sermayesi egemenliğinin, profesyo-

nelleri sendikalaşmaya zorladığına göre profesyonellerin otonomisinde bir azalmanın habercisi olabileceğini öne sürüyor. Tıbbi ekip başkanını bile ücretli memura döndüren kurumsal lisans sistemi bu eğilimi net bir biçimde gösterecektir. Bunu, yukardaki 75. dipnotla karşılaştırınız.

80. Corinne Lathrop Gilb, *Hidden Hierarchies: The Professions and Government* (New York: Harper & Row, 1966). Amerikan hekimlerinin, hukukçularının ve eğitimcilerinin meslek birlikleri örgütleyerek ve –önceleri– onurlu bir ayrıcalık hakkı talep ederek siyasi bir güç kazanmak için kullandıkları stratejiler hakkında.

81. Mesleklerin bağışlanmış bir alan üzerine kurulduğu fikrini borçlu olduğum, yakından izlediğim yazar: *Eliot Freidson, Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge* (New York: Dodd, Mead, 1971). Tartışmanın durumu hakkında bilgi edinmek için Freidson'un yanı sıra bkz: Howard S. Becker, 'The Nature of Profession', der. Henry Nelson, *Education for the Professions* (Chicago: National Society for the Study of Education, 1962), 2. bölüm, s. 27-46.

82. Howard S. Becker, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance* (New York: Free Press, 1963), s. 177. Yazar, kimi belalara, kötülüklere karşı yapılan başarılı bir haçlı seferinin en görünür sonucunun birtakım yeni kurallar ve bunları yürütmek için türeyen memurlar olduğuna işaret ediyor. "Tıpkı radikal siyasi hareketlerin örgütlü siyasi partilere ve sağlıklı Protestan grupların ağırbaşlı dinsel mezheplere dönüşmesi gibi." Sonuçta, ben burada, sağlık hizmetinin ulaştırılmasıyla ilgili düşlerini gerçekleştirmek için yola çıkmış olan insanların düzenin muhafızlarına dönüştüğünü savunuyorum.

83. Vicente Navarro, 'Social Policy Issues: An Explanation of the Composition, Nature and Functions of the Present Health Sector of the United States', Johns Hopkins University, New York Academy of Medicine'ın yıllık konferansında sunulan makale, 25-6 Nisan 1974. Navarro, sağlık sektöründeki baskın değerlerin gerçekte tıp kurumu tarafından oluşturulduğunu ama bunun toplumdaki ekonomik ve siyasi gücün dağılımının göstergesi olduğunu savunuyor. Sağlık değerlerini biçimlendirme gücü sağlık sektöründeki profesyonellere sağlık hizmetinin yapısı üzerinde baskın bir etki sağlamakta, ama gerçekte denetim olanağı vermemektedir. Bu denetim, üretim araçlarının, yeniden üretim ve yasama araçlarının kapitalist seçkinlerin elindeki mülkiyeti tarafından kullanılır. Navarro kendisiyle bu konuda aynı fikirde olduğumun, ama sağlık hizmetini sağlamak için kullanılan hiçbir tekniğin siyasetle ilgili olmadığı konusunda onun kadar safça bir iyimserlik içinde olmadığının farkında değil gibi görünüyor. Ben, diyalizin, organ ve doku nakillerinin ve kronik hastalıkların çoğunda uygulanan yoğun bakımın, aynı zamanda tıbbi etkinliklerdeki genel yoğunluğun, bunları tıbbi hizmet sisteminin

repertuvarı olarak kullanmak isteyen bir topluma, kaçınılmaz olarak, sömürüyü dayatacağını savunuyorum. Bkz. Vicente Navarro, 'The Industrialization of Fetishism or the Fetishism of Industrialization: A Critique of Ivan Illich', Johns Hopkins University, Ocak 1975. Tıbbi ideolojilerin denetleyemedikleri bir hizmet sektörü oluşturduğu savı konusunda bkz. Massimo Gaglio, *Medicina e profitto: Tesi di discussione per operai, studenti e tecnici* (Milan: Sapere Editore, 1971) ve Aloisi et al., *La medicina e la societa contemporanea*, Atti del Convegno promoso dall'Instituto Gramsci, Roma, 28-30 Haziran 1967 (Roma: Editori Riuniti, 1968).

84. Philip Selby, 'Health in 1890-1990: A Predictive Study Based on an International Inquiry', *Perspectives in Medicine*, 6. cilt (1974). Kendileriyle görüşülen altı düzine sağlık bürokratının arzularına uygun bir ütopyayı tanımlayan, bir Delphi senaryosuna dayalı tahmin.
85. Bu olgu nedeniyle, bilimsel araştırmanın masumiyeti tıptan ayrılmıştır. Hans Jonas, 'Philosopical Reflections on Experimenting with Human Subjects', der. Paul A. Freund, *Experimentation with Human Subjects* (New York: Braziller, 1969), s. 1-28. Bu makale öncelikle araştırmanın aşırı biçimleriyle ilgileniyorsa da, deney ve hizmet arasındaki ilişkiyi net bir biçimde sunuyor.
86. Harris L. Coulter, Divided Legacy. *A History of the Schism in Medical Thought*, 1. cilt, The Patterns Emerge: Hippocrates to Paracelsus; 2. cilt, *Progress and Regress*: J. B. Van Helmont to Claude Bernard; 3. cilt, *Science and Ethics in American Medicine: 1800-1914* (Washington D.C.: McGrath, 1973). Rasyonalist gelenekle arası gergin olan ampirik tıbbın tarihini tasvir etmeye yönelik, iyi belgelenmiş, geniş çaplı ve yeni bir çalışma.
87. Henry E. Sigerist, 'Probleme der medizinischen Historiographie', *Sudhoffs Archiv* 24 (1931): 1-18. Tıp tarihi, bir hastalık modelleri, tıp ideolojileri ya da tıbbi etkinlikler tarihi olarak yazılabilir. İlk iki yaklaşım genelde ihmal edilir.
88. Bu savı güçlü bir biçimde formüle eden: Gerald Leach, *The Biocrats: Implications of Medical Progress* (New York: McGraw. Hill, 1970; yeniden basım, Harmondworth: Penguin, 1972)
89. Talcott Parsons, 'Research with Human Subjects and the "Professional complex"', in Freud, *Experimentation with Human Subjects*, s. 116. Parsons tıbbi-mesleki kompleks içinde (1) yeni bilginin yaratılmasıyla uğraşan araştırmayı, (2) bilgiyi pratikte insanların yararına kullanan hizmeti ve (3) bilgiyi aktaran eğitimi birbirinden ayırmıştır. Yazar, meslek dışından kişiler için gerekli olanın bu birleşimin içindeki, sonuçlanmamış gerilimlerin yol açtığı zararların en aza indirilmesi ve haklarının resmen tanınması olduğunu savunuyor.
90. Hastanın zarar görmesi ya da ölmesi durumunda, hekim bilgi sistemleri arasındaki uyumsuzluğu azaltarak kendisini bu sonuca götüren kararı

dondurmaya çalışır. Tercih etmediği seçeneğin lehine olan savları bastırırken, tercih etmiş olduğu seçeneğin lehine olan savlar daha güçlü bir biçimde ortaya çıkar. Tıpkı, ev kadınları gibi davranır: Alışverişe gitmeden önce, bir yiyecek ne denli pahalıysa yemek masasına konma olasılığı o kadar azdır; süpermarkete gidip alışverişini yaptıktan sonra ise bir yiyeceğin fiyatı ne denli pahalıysa yenme olasılığı o ölçüde fazladır. Bkz. Leon Festinger, *Conflict, Decision and Dissonance*, Stanford Studies in Psychology no.3 (Stanford, Calif.: Stanford Univ. Press, 1964). Danışman olarak hekim ile bilim adamı olarak hekim arasındaki çelişki konusunda bkz. Eliot Freidson, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care* (Chicago: Aldine, 1972).

91. Allan Hoffman ve David Rittenhouse Inglis, 'Radiation and Infants', review of *Low-Level Radiation*, by Ernest J. Sternglass, *Bulletin of the Atomic Scientists*, Aralık 1972, s. 45-52. Eleştirmenler, Sternglass'ın gösterdiği kanıtların herkes tarafından bilinmesi durumunda, yakın bir gelecekte genel kamuoyundan bilim karşıtı bir ters tepki geleceğini öngörüyorlar. Kamuoyu, bilimsel kurum sözcülerinin düşük düzeyde radyasyon konusundaki temelsiz iyimserliği ile güvenlik duygusu verilerek uyutulduğunu anlayacaktır. Eleştirmenler böylesi bir ters tepkiyi önlemek ve bilim topluluğunu bunun sonuçlarından korumak için siyasi araştırmalar yapılması gereğini tartışıyorlar.
92. Thomas M. Dunaye, 'Health Planning: A Bibliography of Basic Readings'de, Council of Planning Librarians, Exchange Bibliography, (Monticello, Ill., 1968), şunları diyor: "Sağlık planlaması konusundaki kaynaklardan oluşan literatür öylesine geniştir ki bu konuda tam bir bibliyografya sağlamak dağ gibi bir sorun haline gelmiştir. Bu zorluk, konuya yeni giren okuyucuya yararlı olan temel metinlerde, çoğu bir araya getirilen ayrı ayrı bibliyografilerin birleştirilmesiyle kısmen aşılmıştır." Ayrıca bkz. National Library of Medicine, *Selected References on Environmental Quality as It Relates to Health Since 1971*, National Library of Medicine, 8600 Rockville Pike, Bethesda, Md; National Institute of Environmental Health Science, Triangle Park, Londra, *Environmental Health*, periodical since 1971; National Library of Medicine, *Environmental Biology and Medicine*, periodical since 1971; *Current Bibliography of Epidemiology*, American Public Health Association, 1740 Broadway, N.Y. 10019.
93. Bu yaklaşıma bir örnek olarak bkz. Monroe Lerner et al., 'The Non-Health Services' Determinants of Health Levels: Conceptualization and Public Policy Implications', report of subcomittee under the Cranegie Grant to the Medical Sociology Section, American Sociological Association, 29 Ağustos 1973. Bu tasarı, sağlık bürokrasilerinin egemenlik alanının geleneksel olarak uzmanlık allanı dışında kalan tüm konulara

yayılmasına temel oluşturacak bir mantık oluşturuyor; sağlık bürokrasisinin yapısında var olan gücün bu konuları kapsayabileceğini savunuyor. Bu alanın sınırlarını belirleme zorunluluğu duyan komite şu kararlara varmıştır: (1) Bu çalışma sağlık düzeylerinin kavramlarıyla, bunların ölçümleriyle ya da sosyokültürel düzeyleri yükseltmek için sağlığın dışsallıklarıyla değil, sağlık düzeyini etkileyen ya da böyle algılanan etkenlerle ilgilidir; (2) seçici olarak, risk altındaki kitleleri etkileyen faktörlerle ilgilidir; (3) kronik hastalıklar ve maluliyetlerle ilgili korunma, idame ve adaptasyon sorunlarıyla, bunlar 'sağlık hizmeti' olarak düşünülmediği sürece ilgilidir; (4) kişisel sağlık hizmetini amaçlayan sistemle temasın sonucu, istenmeden oluşan sağlık bozukluklarıyla ilgilidir. Ayrıca bkz. *The Sources of Health: An Annotated Bibliography of Current Research Regarding the Non-therapeutic Determinants of Health*, Center of Urban Affairs, Northhwestern University (Eanston, Ill., 1973).

94. Hugh Iltis, Orie Loucks ve Peter Andrews, 'Criteria for an Optimum Human Environment', *Bulletin of the Atomic Scientists*, Ocak 1970, s. 2-6. George L. Engel, 'A Unified Concept of Health and Disease', *Perspectives in Biology and Medicine* 3 (yaz 1960): s. 459-85.

95. Bu terimlerle belirtilen sağlık düzeylerinin teorik bir analizi için bkz. Aaron Antonovsky, 'Breakdown: A Needed Fourth Step in the Conceptual Armamentarium of Modern Medicin, *Social Science and Medicine* 6 (Ekim 1972): s. 537-44. Modern tıbbın kavramsal araçlarında dördüncü bir kategori talep ediyor: Bozulmanın tanınması. Şimdiye dek tıp, hastalığın denetlenmesi için üç büyük kavram geliştirmişti. İlk olarak, hastalıkların çevresel halk sağlığı önlemleriyle, özellikle yiyecek ve su dağıtımının denetlenmesiyle önlenebileceği keşfedildi. İkinci hamle bireyi dirençli hale getirerek yapılan aşılama kavramıyla geldi. Bu yaklaşımların ikisi de, tehlikeli etken imgesi üzerine kurulmuştu. Üçüncü hamle çok farklı nedenlerin kabulüyle geldi: Belirli bir hastalığa, belirli bir etkenin belirli bir ortamdaki belirli bir yerleşik etkenle etkileşime girmesiyle yenik düşülür; tıbbın görevi bu belirlileri tanımak ve denetlemektir. Antonovsky'ye göre, Dubos bile insanın, belli hastalıklarla tehdit eden strese alışabilme kapasitesini yükseltmek gerektiğini vurgulamasına karşın bu çeşitli nedenler kavramını net bir biçimde açıklamaz. Antonovsky altta yatan bozulma kavramını açıklayacak ve bu küresel kavramın yürürlüğe girmesini sağlayacak bir tanım öneriyor. Yazar, bu amaçla tüm hastalıklarda ortak olan dört etkenin tanımlanmasını talep ediyor: (1) Ağrı hiç olmayabileceği gibi, hafif, orta ve şiddetli de olabilir; (2) Sakatlık olmayabileceği gibi, rahatsız edici, orta ya da aşırı düzeyde olabilir; (3) Karakterin akut ya da kronik olması altı şekilde belirlenebilir: Akut ya da kronik olmayan, hafifçe kronik ama dejeneratif olmayan, akut ama yaşamı tehdit etmeyen, ciddi biçimde kronik ama dejeneratif

olmayan, ciddi biçimde kronik, dejeneratif ya da akut ve yaşamı tehdit eden; ve son olarak (4) Hastalık, tıp mesleği tarafından, yardım edilemeyecek, izlenecek ya da tedavi edilecek diye tanımlanabilir. Böylece 288 olası bozulma türü oluşturulmuştur. Yazara göre 'tümüyle yepyeni bir soru ortaya çıkmaktadır: Bozulmanın etyolojisi nedir? Bozulmayı güçlü bir biçimde önceden gösteren etkenleri yeni bir takımyıldız burcu sayesinde mi anlıyoruz?"

96. René Dubos, *Man and His Environment: Biomedical Knowledge and Social Action*, Pan-American Health Organization Scientific Publication no.131 (Washington, D.C., 1966). Alexander Mitscherlich, 'Psycosomatische Anpassungsgefährdungen', in *Das beschädigte Leben: Diagnose und Therapie in einer Welt unabsehbarer Veränderungen; Ein Symposium geleitet und herausgegeben von Alexander Mitscherlich* (Münih: Piper, 1969), s. 35-46. Hekim hangi noktada insanlara zararlı bir çevrenin ahlaksız suç ortağına dönüşür? Der. S.V. Boyden, *Cultural Adaptation to Biological Maladjustment: The Impact of Civilization on the Biology of Man* (Canberra: Australian National Univ. Press, 1970).
97. Başvuru kaynağı için bkz. Robert Harris, *Health and Crime Abstracts* 1960-1971, Houston Project for the Early Prevention of Individual Violence (Houston: Univ. of Texas School of Public Health, 1972). William Morrow et al., *Behavior Therapy Bibliography* 1951-1969 Annotated and Indexed, *University of Missouri Studies* no. 54 (Columbia: Univ. of Missouri Press, 1971).
98. David J. Rothman et al., 'An Historical Overview: behavior Modification in Total Institutions', *Hastings Center Report* 5 (Şubat 1975): s. 17-24. Roy G. Spece, Jr. 'Conditioning and Other Technologies Used to "Treat?", "Rehabilitate?", "Demolish?" Prisoners and Mental Patients', *Southern California Law Review* 45, no.2 (1972): s. 616-84. ABD'de, davranışı değiştirmeyi amaçlayan tedavilerin yasal statüsü hakkında bir araştırma.
99. Samizdat'da elden ele dolaşmış ve orijinali yayımlanmış çok duyarlı bir otobiyografik rapor için bkz. G. M. Shimanoff, 'Souvenirs de la Maison Rouge', *Esprit* 9 (Eylül 1972): 320. 62.
100. D. A. Begelman, 'The Ethics of Behavioral Control and a New Mythology', *Psychotherapy* 8, no. 2 (1971): s. 165-9.

9. Sağlığın Kazanılması

1. Tanrısal gazabın siyasi kullanımı konusunda bkz. Svend Ranulf, *The Jealousy of the Gods and Riminal Law in Athens*, çev. Annie J. Fausböll, 2 cilt (Copenhagen: Levin & Munksgaard, 1933-4). Nemesis'i ortaya çıkaran hubris konusunda bkz. David Grene, *Greek Political Theory: The Image of Man in Thucydides and Plato* (Chicago: Univ. of Chicago Press, Phoenix

Books, 1965); orig. Man in His Pride; ve E. R. Dodds, *The Greeks and the Irrational* (Berkeley: Univ. of California Press, 1951), özellikle 2. bölüm. Irving Kenneth Zola, 'In the Name of Health and Illness: On Some Practical Consequences of Medical Influence', *Social Service and Medicine*, Şubat 1975, 9. cilt: 83-7... tıp alanı günümüzün kimlik bunalımına tam örnek oluşturacak bir alandır. Burada kötülüğün adiliği, yaşamımızı sürdürmemiz için mühendisçe tasarlanmış bir teknik, bilimsel ve nesnel işlemlerle en iyi biçimde maskelenmiştir.

2. Bu savın bir bölümünü sözcüğü sözcüğüne aldığım yazar: Hans Jonas, 'Technology and Responsability: Reflections on the New Task of Ethics', *Social Research* 40 (1972): s. 31-54.
3. Saygıdeğer James McRuer, *Ontario Royal Commission Inquiry into Civil Rights* (Toronto: Queen's Printer, 1968, 1969, 1971). Özerk meslekler ve işler konusunda 79. bölüme bakınız. Özerkliğin kabulü, yasama ve yargı işlevlerinin yalnızca kamu yararının gözetilmesi adına hüküm verilebilecek bir yetkilendirmesidir.
4. Alfred Schutz, 'Some Equivocations in the Notion of Responsibility', in *Collected Papers*, 2. cilt, *Studies in Social Theory* (The Hague: Nijhoff, 1964), s. 274-6.

Muhalif söylemin en radikal yazarlarından Illich, daha çok kurumlara yönelttiği eleştirilerle tanınıyor. Eğitim, politika, tıp gibi insan hayatının en önemli alanlarının kurumlaştığını, eskiden insanların daha dolaysız karşıladıkları temel gereksinimlerin, çağdaş toplumda "bilimsel olarak" üretilmiş hizmetlerin "tüketilmesine" indirgendiğini, böylece bireysel özelliklerin ve yaratıcılığın yok edildiğini söylüyor. *Sağlığın Gaspı*'nda ise tıp kurumunun denetlenemeyen bir otorite olarak, neyin hastalık, kimin hasta olduğunu ve hastalara ne yapmak gerektiğini belirlediğinde sağlığımız için büyük bir tehdit oluşturduğunu; bedenlerimiz üzerindeki hakkımıza tecavüz ettiğini; ilaç tüketimini teşvik ederek toplumun hastalıklı yapısını güçlendirdiğini; sağlığa bir "mühendislik modeli" olarak yaklaştığı için insanların kendi insani zaafları, incinebilirlikleri ve biriciklikleriyle, kişisel ve özerk bir biçimde baş etme potansiyellerini yok ettiğini anlatıyor.

Illich'e göre sanayi toplumları hastalık yapıcıdır; çünkü insanları ortamlarıyla, kendi özerk gerçekleriyle başa çıkamaz hale getirir. Önce hasta ederek çürüttüğü hayatlara, sonra protez çözümler önerir. Beyaz üniformalı doktorlar ise hastaların anlamadığı bir dil konuşarak onları savunmasız bırakır; hastaların kendilerine olan bağımlılıklarını artırır; verdikleri ilaçlarla onları hissizleştirir ve böylece acı çekme haklarını ellerinden alırken, diğer taraftan hayattan zevk almalarını da engeller. Böylece, hayata ve kendilerine karşı "edilgen" kalan insanlar, doyumu daha güçlü uyarıcılarda aramaya başlarlar: Öteki insanlar üzerinde iktidar arama isteğinin yaygınlaşması, çalışanların sürekli artan stresi, medyada suç ve şiddetin bir cazibe aracı olarak teşhiri... gibi örnekler hep bu edilgenleştirmenin sonuçlarıdır. *Sağlığın Gaspı* okura, tıbbın üzerinde çok durulan yararlarının yanı sıra, kötü yanlarını da tartışmakta kullanacağı kavramsal bir çerçeve sunuyor. Sanayi toplumlarının çok yönlü bir eleştirisinin gerekliliğini vurgularken, bir iktidar/otorite olarak hayatımızı işgal eden tıp kurumuna eleştirel bir gözle bakmamızı sağlıyor.

AYRINTI•İNCELEME