



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**DOKTORA
TEZİ**

**MODERNLEŞME SONRASINDA YENİ
BİR OTORİTE BİÇİMİ OLARAK
ORTAYA ÇIKAN HEKİMLİK**

ÖMER SAĞLAM

SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI

ARALIK 2015



**MODERNLEŞME SONRASINDA YENİ BİR OTORİTE BİÇİMİ OLARAK
ORTAYA ÇIKAN HEKİMLİK**

Ömer SAĞLAM

**DOKTORA TEZİ
SOSYOLOJİ BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

ARALIK 2015

Ömer SAĞLAM tarafından hazırlanan “Modernleşme Sonrasında Yeni Bir Otorite Biçimi Olarak Ortaya Çıkan Hekimlik” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Sosyoloji Anabilim Dalında DOKTORA TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Serdar SAĞLAM

Sosyoloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Başkan : Prof. Dr. Ramazan YELKEN

Sosyoloji Anabilim Dalı, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Üye : Prof. Dr. Tevfik ERDEM

Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Üye : Prof. Dr. Mustafa ORÇAN

Sosyoloji Anabilim Dalı, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Üye : Doç. Dr. Erdal AKSOY

Sosyoloji Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Doktora Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum

Tez Savunma Tarihi: 21/12/2015

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



Prof. Dr. Suna BAŞAK

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Ömer SAĞLAM

21/12/2015

MODERNLEŞME SONRASINDA YENİ BİR OTORİTE BİÇİMİ OLARAK ORTAYA
ÇIKAN HEKİMLİK
(Doktora Tezi)

Ömer SAĞLAM

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Aralık 2015

ÖZET

Bu çalışma hastalar üzerindeki hekimlerin rollerindeki değişimi araştırmayı amaçlamaktadır. Özellikle modernleşmeyle gelişen yeni teknik imkânların hekimlerin otoritelerine etkileri ile birlikte modernleşmenin ileri aşaması olarak Postmodernizmin hasta –hekim ilişkisine ve iktidar tarzlarına yansımaları ve hekimlerin buna yaklaşımları incelenmektedir. Araştırmanın temel bölümleri tıbbi sosyolojinin kuramsal ve kavramsal çerçevesi, modernleşme ile hekimlik otoritesi, Postmodernizm sonrasında hekimlik otoritesinde görülen farklılaşma ve Araştırma bulgularından oluşmaktadır. Bu çalışmada eklettik ve yorumlayıcı yaklaşımlardan yararlanılmıştır. Veri toplama tekniği olarak hastalar ve hekimler üzerinde iki farklı derinlemesine mülakat formu kullanılmıştır. Araştırmada 39 hasta ve 18 hekim olmak üzere toplam 57 derinlemesine mülakat gerçekleştirilmiştir. Bu araştırma sonucunda hekim otoritesinin modernleşme sonrasında gelişen modern teknikler ve bürokratik düzenlemelerin de etkisiyle yeni bir biçim kazandığı, Postmodernizmle birlikte söz konusu olan yeni yaşam olanaklarının ise bu otoriteyi dönüştürürken hekimlerin güçlerini sürdürme dirençleri taşıdıkları anlaşılmaktadır.

Bilim Kodu : 2104
Anahtar Kelimeler : Modernleşme, Postmodernizm, Otorite, Hekim Rolü, Hasta Rolü, Hastane Bürokrasisi, Sağlık Sosyolojisi, Tıp Sosyolojisi
Sayfa Adedi : 314
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Serdar SAĞLAM

THE DOCTORS OF MEDICINE AS A NEW AUTHORITY KIND OCCURİNG AFTER MODERNİSATION

(Ph. D. Thesis)

Ömer SAĞLAM

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF EDUCATIONAL SCIENCES

December 2015

ABSTRACT

This study aims to investigate that the roles of doctors of medicine on those sick persons. Especially physicians using technological tools fasting after the modernisation were examined and those authority acts in the hospitals. Plus, it was investigated the fact that is broken up the authorities of physicians with Postmodernism. The main sections in study are The theoretical and conceptual frame of medical sociology, modernisation and physician authority Postmodernism and changes in physician authority and Basic findings of research. It was to think it beneficial to eclectic and hermeneutic methods in this working. It was used dept-interview forms on the patients and physicians as a data collecting technic. It was interviewed to total 57 persons of 39 patients and 18 physiscian. In conclusion of this study It was understood that authority relations between patient-physician on the health services were reconstitute via modern technicals and bureuaucratic arrangements afterwards modernisation and while this authority is transformed in postmodernism and the new life chances, The physicians have tendency to carry on their authorities.

Science Code : 2104

Key Words : Modernisation, Authority, Physician Role, Patient Role, Hospital bureaucracy, health sociology and medicine

Page Number : 314

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Serdar SAĞLAM

TEŞEKKÜR

Bu çalışma sürecinde hem değerli fikirleriyle yeni ufuklar açan hem de gerek kaynak kullanımı gerekse araştırma tecrübelerini benden esirgemeyen kıymetli hocam Sayın Doç. Dr. Serdar Sağlam'a yürekten teşekkürlerimi sunarım. Çalışma boyunca farklı perspektif ve kaynaklara yöneltmek suretiyle yol gösteren Sayın Prof. Dr. Mustafa Orçan'a, yenilikçi bakış açısıyla tez çalışmam boyunca pozitif eleştirilerle çok büyük katkılar sağlayan Sayın Doç. Dr. Erdal Aksoy'a ne kadar teşekkür etsem azdır. Çalışmamın bugünkü halini almasında, yeni bir yön oluşturacak pencere açabilmemde çok önemli fikirler ve eleştirilerle güçlenmesini sağlayan jüri üyesi Sayın Prof. Dr. Ramazan Yelken'e, hem ders hem tez aşamasındaki katkılarını yanı sıra görüşleriyle de çalışmama emeklerini yadsıyamayacağım Sayın Prof. Dr. Tefik Erdem'e teşekkürlerimi sunarım. Yoğun çalışma koşullarına rağmen bana zaman ayırarak ayrı bir fedakarlığa imzalarını atan tüm hekimlere teşekkürü borç bilirim. Ayrıca rahatsızlıkları ile ilgili sıkıntılara katlanmaları yanında çalışmamda yardımcı olan tüm hastalara ve hasta yakınlarına teşekkür eder, hastalığı sürenlere şifalar dilerim. Çalışmam boyunca sabırla bana katlanan hayat arkadaşım, kıymetli eşim Gamze Sağlam'a, oğlum Kadir Alp ve kızım Rüveyda'ya yürekten şükranlarımı sunarım.

Ömer SAĞLAM

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	xi
RESİMLERİN LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1

1.BÖLÜM

1. KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE	13
1.1.Foucault ve İnşacı Yaklaşım.....	14
1.2. Otorite Kavramı	17
1.3. İktidar	19
1.4. Otorite ve İktidar ilişkisi	22
1.5. İktidar ve Bilgi.....	26
1.6. İktidar ve Beden	29
1.7. Tıbbileştirme.....	36
1.8. Normalleştirme ve İktidar.....	42
1.9. Panoptikon ve İktidar.....	46
1.10. Nesneleştirme.....	50
1.11. Damgalama ve Otorite.....	51
1.12. Hekimlik ve Hastanenin Tarihsel Temelleri	55
1.12.1. Hekimliğin eski medeniyetlerdeki temelleri.....	55

1.12.2. Ortaçağ'da hekimlik.....	57
1.12.3. Rönesans ve sonrasında hekimlik.....	59
1.12.4. Türk-İslam dünyasında hekimlik.....	63

2.BÖLÜM

2. MODERNLEŞME VE HEKİMLİK OTORİTESİ	73
2.1.Etkileşim ve Hastane	79
2.2. Modernleşmenin Sağlık-Hastalık Tanımlamaları	82
2.3. Bürokratik Yapı Yoluyla İktidar ve Otorite Kurma	85
2.4. Hastane Yoluyla Denetim ve İktidar	91
2.5. Nicelleştirme ve İktidar.....	96
2.6. Hekim Otoritesinin Yükselişinde Uzmanlaşma ve Modern Teknikler	98
2.7. Modernleşmeyle Değişen Ölüm Algısı	101

3.BÖLÜM

POSTMODERNİZM VE HEKİMLİK OTORİTESİNİN DEĞİŞİMİ	107
3.1. Postmodernizm.....	107
3.1.1. Bauman'ın postmodernist yaklaşımı	111
3.1.2. Bireyselleşme	113
3.1.3. Esneklik	116
3.1.4. Riskin yaygınlaşması	119
3.1.5. Tüketimcilik ve otoritenin dönüşümü.....	125
3.1.6. Teknolojinin beden üzerindeki yeni inşa alanları.....	129
3.1.7. Küresel iletişimin yaygınlaşması	134
3.2. Hekim Otoritesi ve Temel Bozucu Etkiler.....	136
3.2.1. Alternatif tıp ve hekimlik	136
3.2.2. Özel hastane imkanı ve hekimlik	140
3.2.3. Sağlık reformları ve hekimlik	141
3.2.4. Bilişim teknolojilerini kullanma ve hekimlik	144
3.3. Hekimlerin Otoritelerini Sürdürme Eğilimi	145

4.BÖLÜM

4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	151
4.1. Araştırmanın Amacı ve Varsayımları	151
4.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Tekniği	152
4.3. Evren ve Örneklem	156
4.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirme	156
4.5. Sınırlılıklar	157

5.BÖLÜM

5. ARAŞTIRMANIN BULGULARI	161
5.1. Hekimliğe Giriş, Hastane ve Hekim Yoğunluğu	161
5.2. Hasta ve Hekim İlişkisi	167
5.2.1. Muayene sırasında hastaların hekimlerle etkileşimi	167
5.2.2. Hasta-hekim arasında bilme mesafesi	167
5.2.3. Hekimlerin teknik dille ilgili yaklaşımları	172
5.2.4. Tedavi konusunda bilinçlenme ve sorgulama	175
5.2.5. Tedavi kararlarının alınması ve uygulanması	178
5.2.6. Farklı yorumlama ve yanlış tedavi problemleri	182
5.2.7. Hastalık ve ağrı deneyiminin sıkıntıları	184
5.2.8. Hastanın psikolojik durumunu dikkate alma	189
5.2.9. Tedavide bilgi gizleme	191
5.2.10. Yapılan işe saygı	193
5.3. Hastane Bürokrasisi	195
5.3.1. Yasal işlemlerden kaynaklanan kısıtlar ve tedavi	195
5.3.2. Bilgisayar aracılığıyla denetleme ve kontrol	204
5.3.3. Sağlığın ekonomik boyutu	207
5.3.4. Ölümün hastaneleşmesi	213
5.4. Teknoloji Kullanımı ve Hekimlik	215

5.5. İletişim Araçları ve Hekimlik Otoritesi	222
5.5.1.Gazetelerde hekimlik ve sağlık haberleri	225
5.5.2.Televizyonla aktarılan hekimlik.....	228
5.5.3.Hekimlikle ilgili internet siteleri	235
5.6. Alternatif Tıp Seçeneği	243
6. SONUÇ	247
KAYNAKLAR.....	261
EKLER.....	277
Ek-1 Hipokrat Yemini.....	279
Ek-2 Hekim Mülakat Formu	281
Ek-3 Hasta Mülakat Formu	283
Ek-4 Resimler.....	287
Ek-5 Araştırmaya Katılan Hekimlerle İlgili Tablo	305
Ek.6 Araştırmaya Katılan Hastaların Tablosu	307
Ek-7 Türkiye’de yayınlanan sağlık programları.....	309
Ek-8 Hekimlikle ilgili internet siteleri.....	311
ÖZGEÇMİŞ.....	314

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 5.1. Lisans Yerleştirme Sınavında En Yüksek Puanlı Bölümler.....	162
Çizelge 5. 2. Türkiye’de Yıllara Göre Değişen Sağlık Personel Sayıları.....	165
Çizelge 5.3. Hekim sayısı, hekim başına düşen hasta, müracaat sayısı.....	165
Çizelge 5.4. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları.....	207
Çizelge 5.5. Hane halkı Sağlık Harcamaları(milyon lira).....	208
Çizelge 5.6. 2013 Yılı Ana Tanı Gruplarına ve Cinsiyete Göre Ölüm Nedenlerinin Dağılımı.....	214
Çizelge 5.7. Hanelerde Bilişim Teknolojileri Bulunma Oranı.....	223
Çizelge 5.8. En son kullanım zamanına göre bireylerin bilgisayar ve internet kullanımı.....	224
Çizelge 5.9. Son üç ay içerisinde bireylerin yaş gruplarına göre internet kullanım oranları (%)	238
Çizelge 5.10. Son üç ay içerisinde interneti kullanan bireylerin interneti kişisel kullanma amaçları(%).....	238

RESİMLERİN LİSTESİ

Resim	Sayfa
Resim 5.1. PET-CT Çekimi	217
Resim 5.2. Felçten Korunmanın Yolları	227
Resim 5.3. İlk yüz nakli.....	287
Resim 5.4. Ameliyathane Dijital İşlem Sıraları	287
Resim 5.5. Sibel’imi bürokrasi Öldürdü	289
Resim 5.6. Dikkat Grip Aşısını Oldunuz mu?	289
Resim 5.7. Doğru Teşhiste İlk Adım Hatasız Kan Testi Yapmak	291
Resim 5.8. Kim Hangi Vitamini Ne Kadar Almalı?	293
Resim 5.9. Bu Sene Yemiyor İçmiyor, Cilde Sürüyoruz.....	293
Resim 5.10. Bahar Detoksu Lahana Turşusu.....	295
Resim 5.11. Propolis Kanseri Avında	295
Resim 5.12. Kalp Hastalığında İlaçlı Stentler.....	297
Resim 5.13. Hepatit B AİDS’ten Tehlikeli	297
Resim 5.14. Neye Niyet Neye Kısmet	299
Resim 5.15. Dişleriniz Bembeyaz Olsun	301
Resim 5.16. İlaç Tedavisi Başarısız Olursa	303

KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar :	Açıklamalar:
BT	Bilgisayarlı Tomografi
DEHB(ADHD)	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü
EMG	Elektromiyografi
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
LYS	Lisans Yerleştirme Sınavı
MR	Manyetik Rezosans Görüntüleme
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
ÖSYM	Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi
PET	Pozitron Emisyon Tomografi
TUS	Tıpta Uzmanlık Sınavı
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

Bireyin hayata adımını attığı ilk andan itibaren başladığı hekimle ilişkisi yaşamının son anına kadar çeşitli düzeylerde devam etmekte yine ancak dünyadan ayrılışla, ölümle birlikte sona ermektedir. Hatta bu ayrılışta da insanın yanı başında olan kişi hekimdir. Öyle ki bugünün modern ve ileri modern dünyasında bireyin hekimle olan bu ömürlük ilişkisi diğer ilişkilerinin de kalitesini belirleyebilmekte, biçimlendirmekte ya da değiştirmektedir. Belki biraz da mübalağa yapmış sayılmazsak günümüz toplumunda bireyin yaşam adına son iletişimi yine hekimledir.

İnsan yaşamının tüm alanlarında, insanların birbirleriyle olan ilişkilerinin düzenlenmesinde mutlaka bir otorite ilişkisi söz konusu olmaktadır. Ancak bu ilişki toplumun bazı alanlarında daha yoğun biçimde güç dengesini ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda günümüzde otorite ve iktidar ilişkilerinin icra alanları da daha farklı düzlemlerde işlemektedir. İnsanlığın ilk zamanlarından beri sağlık hizmeti daima öncelikli olarak görülen bir olgu olmuştur. Eski medeniyetlerde olduğu kadar Türklerin yaşamında da sağlık temel olan bir unsur olagelmıştır.¹ Sağlık hizmeti aktörlerinden hekimlerin de bu işlevleri sağlayan bireyler olarak toplum içinde otorite olarak görülmeleri olağan kabul edilmiştir. Hastayı tedavi ederek normal hayata döndürme adeta yeniden yaşatma kabul edildiği için hekimlerin ayrıcalıklı statüleri, toplum içinde seçkin konumda bulunmaları tartışma götürmez bir gerçektir.

Modernleşme ile birlikte ise hekimlerdeki bu otorite biçimi yeni bir boyut kazanmıştır. Modernize edilen yaşamların dönüştürülmelerinde, normallik standartlarının belirlenmesinde, bireylerin ölçülerek sayısal verilerle işlenmeye başladığında yeni bir disiplin mekanizması söz konusu olmaktadır. Zaten hekimliğin doğasında ve toplumsal işlevinde söz konusu olan otorite özellikleri böylece yeniden şekillenmeye başlamıştır. Rasyonel olarak oldukça bürokratikleşmiş, medikalleştirme ile hayatın tamamına nüfuz etmiş, genelleşmiş,

¹Kanuni Sultan Süleyman ait olan “*Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi; olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi*” ifadesinde bu durum yansıtılmaktadır. Hekimliğin insan yaşamındaki yerini gösteren bu ifadede “devlet” ve sıhhat” kelimelerinin birlikte ele alınması çok anlamlıdır.

testlerle bütünleşerek nicelleşmiş, soyutlaşmış yönüyle bu yeni otorite öncekinden tamamen farklı bir otorite biçimidir. Bununla birlikte artan teknoloji kullanımı, hekim ile hastanın birbirinden uzaklaşması, internetin yaygınlaşarak tüm evlere ya da bireylerin yaşam alanlarında vazgeçilmez bir unsur olarak yerini almaya başlaması, ayrıca tedavilerde alternatif yolların da olabileceğinin yayılmaya başlamasıyla modernleşmenin sağladığı bu otorite anlayışında parçalanma problemi de söz konusu olmuştur. Tüm sosyal ilişkilerde görülen bu yeni etkiler, sınırları yeniden düşünmeyi gerektirecek bir biçimde otorite ilişkilerinin de farklılaşmasına neden olmuştur. Modern çağın ötesinde postmodern olarak adlandırılan ancak modernleşmenin farklı bir aşaması olarak da değerlendirilen bu dönemde yeni imkanlarla sağlanan bilgiye erişimin herkese açık hale gelmeye başlamasının öncü olduğu, dijital işlemlerin birçok sosyal ilişkiyi dönüştürdüğü gibi hekimlik otoritesini de farklı bir açılımla karşı karşıya bıraktığı, buna karşılık hekimlerin bu otoritelerini sürdürme çabaları araştırmamızın temel problemidir.

Fiziksel olduğu kadar sosyal realitelerin de değiştiği, yaşam dünyasının simülasyonlarla şekillendiği hiper-gerçeklik döneminde tıbbi alandaki ilişkiler de bu dönüşümden nasibin almıştır. Mekanın önemini yitirdiği, zamanın görecelileştiği, bilimin sorgulandığı postmodernizmde hekimliğin otoritesi de problemleri bir sürece girmiştir. Bu iyileştirici misyon hizmeti yalnızca tek alternatifli kurumlarda değil, bazen “özel” bir tarzda ve “dijital” platformlarda edinilen, çok biçimli karaktere bürünmüştür.

Modernleşme ve ileri aşamada ortaya çıkan yeni koşullar sosyal yapıda görülen ilişkilerin dönüştürdüğü gibi sağlık kurumunda da yeni iktidar biçimleri meydana getirmiştir. Bu bağlamda ortaya çıkan otorite ilişkilerinin tıbbi analizini en kapsamlı olarak kuşkusuz, Foucault ortaya koymuştur. “İktidarın uygulanması davranışları yönlendirmek, (conduire la conduite) ve muhtemel sonuçları bir düzene koymaktır” diyen Foucault (1994/2005: 74) yönetim sözcüğünü sadece siyasi anlamda devletin yönetimi olarak değil birey ve grupların davranışlarına nasıl yön verileceği anlamında çocukları, zihinleri, toplulukları, aileleri ve hastaları yönetmek olarak da ifade ediyordu (Foucault, 1994/2005: 74-75). Tıbbın iktidar etkilerinin her yerde görüldüğünü belirten Foucault tıbbın genel bir toplumsal işlev haline geldiğini; hukuka eklenerek, ona işlev kazandırdığını belirtir (Foucault, 1994/ 2003: 78). “Hasta olmak yorumlama, seçim ve eylemi gerektirir. Hasta olmak

toplumsal aktörler olarak insanlar için belirli bir anlama sahiptir” (Turner, 1995/2011: 238). Dolayısıyla bireylerin hastalık sürecinin bir anlam bağlamında inşa edildiği, bireyin eylemlerinden bağımsız olarak yaşanan hastalık deneyiminin ele alınmasının mümkün olmadığı söylenebilir. “Bedeni bir tür makine olarak alan modern tıp rahatsızlığı ve hastalığı makine bedenin parçalarının işleyişinin bozulması olarak görür” (Turner, 1995/2011: 239). İnsan bedenine karşı bu nesneleştirici yaklaşım hastalıklar söz konusu olduğunda da nedensel mekanizmalara yönelir ve “böyle bir yaklaşım deneyim, heyecan, duygu ve yorumun rahatsızlık durumundaki ve hastalığın fenomenolojisindeki merkezi yeri ve önemini dikkate almaz” (Turner, 1995/2011: 239). Foucault’nun çalışmasından hareketle, tıbbileştirmeyi bilimsel kategorilerin egemenliği sayesinde toplumun rasyonelleştirmesinin bir boyutu olarak gören Turner (1995/2011: 240- 241) sağlık ve rahatsızlığın sosyolojisi bağlamında, olaylara bir “bireyin yorumlama sisteminden” yaklaşılabileceğini ve “rahatsızlığın bireyin konuşmaları ve davranışlarındaki yansımalarına” odaklanabileceğini ifade eder. Turner (1995/2011: 241), “hastalığın fenomenolojisi” olarak adlandırdığı yaklaşımla “rahatsızlık ve sağlığın toplumsal etkileşim ve düzenin toplumsal değerler ve tarihsel süreçler düzeyindeki tezahürleri olarak tartışılmasını” mümkün görür Bu bağlamda bireyin hekimle ilişkisinde ön plana çıkan hastalık süreci bireyin anlam dünyasından bağımsız olarak ele alınmamakta, eylem inşasındaki aktif katılımı göz önünde tutulmaktadır.

Foucault’nun yanı sıra Bauman da modern dünyada insan yaşamının bu iktidar anlayışındaki parçalanmalara dikkati çeker. Araştırmamız bu çağın problemlerinin ülkemizde son yasal düzenlemelerle değişen, küreselleşme ile birlikte yerinden edilen bu yeni yapısına karşı sürdürülmeye çalışılan otoritenin hekimlikteki tezahürünü ele almayı amaçlamaktadır. Bunun için temel sağlayan koşullar incelenmiş, toplumumuzdaki yansımaları araştırılarak, değerlendirilmek istenmiştir.

Modernleşme ile birlikte ortaya çıkan değişim sağlık sorunlarını daha da ön plana çıkarmış, toplum hayatında hissedilir bir etki oluşturmuştur. Doktorluk statüsünde de bu değişimin yansımalarını görmek mümkündür. Sosyal rolleri gereği sağlık sektörünün önemli aktörleri olarak insan hayatının kritik anlarında, birey yaşamının riskli durumlarında önemli kararlar alma zorunlulukları onların otorite olarak da etkin olmalarını sağlamıştır. “Tıbbi egemenliğin önemli bir işlevi,

(eczacılık ve hemşirelik gibi) komşu meslekleri sınırlandırarak ve kendine tabi kılarak müşterilerine daha kolay ulaşabilmek ve bu imkanları genişletmektir” (Turner, 1995/2011: 178- 179). Sağlık alanında tedavi süreci farklı aktörlerin katılımı söz konusu olsa da hekimler burada baskın rol icra etmektedirler.

Her şeyden önce tıp alanında görev alabilmek için belirli bir başarı kriteriyle tespit edilmiş elemelerden geçmek gerekir ki bu da üniversiteye giriş sınavlarıyla mümkündür. Zira her yıl yaklaşık iki milyon kişinin girdiği iki aşamalı üniversite sınavlarında ortalama ilk 10 bin sıralamasına girebilen istekli öğrenciler tıp fakültelerine yerleşebilmektedirler.² Elbette bu da en çok tercih içerisinde, kazanılabilecek bilgi ve yetenek kriteri yanında belirli düzeydeki zekâ seviyesini zorunlu kılmaktadır. Bununla birlikte fakülteye giriş ile her şey bitmemektedir. Uzun ve zorlu bir eğitim süreci ile birlikte düzenli, sistemli bir öğretim, aynı zamanda sınavlarda gösterilecek başarı için diğer bölümlerden çok daha yüksek bir çalışma performansını da gerektirmektedir. Ayrıca uzmanlık sınavı gibi zorlu bir aşama da onların statü ve saygınlıkları açısından ayrı bir eşik durumundadır.

İşte bütün bu eleme ve seçimler doktorluğun toplum içindeki ayırıcı yerini pekiştiren unsurlardır. Elbette bu alanın temel aktörleri olarak doktorlar diğer yardımcı elemanların yanında kendilerinin seçkin rollerinin farkına, yaşamlarının ilk yıllarından itibaren varmakta süreç içerisinde de kendi farklılıklarına dair bilinci daha da derinleştirecek pek çok koşulla karşılaşmaktadırlar.

Bu koşulların en önemlileri, modernleşmenin ortaya koyduğu çevresel problemler, iş ve yaşam biçimlerindeki değişimlerin doğurduğu önemli sağlık problemleridir. Hastanelerin ve doktorların sayısına olan ihtiyaç katlanarak artmakta, bu durumun gerektirdiği zorunluluk da ayrı bir yetke olarak onları ön plana çıkarmaktadır. Bir tarafta nicel olarak önemi artan hastaların ve hastalıkların durumu, diğer tarafta bunun teşhis ve tedavisine duyulan kaçınılmaz ihtiyaç doktorların otoritelerini yeniden tanımlanması gereken seviyelere getirmiştir. Aslında bu durum patolojinin toplum yaşamında ne denli önemli bir nitelik olmasının yanında yabancılaşma problemini de yansıtmaktadır. Böylece artık insanlar birey olmaktan çıkmakta tahlillerinin ve teşhislerinin sonuçları dâhil nicel değerler olarak görülen nesnelere dönüşmektedirler. İnsanın bedeni özne anlamındaki değerini yitirmekte ya da aşınmaktadır. “Neyin toplumsal açıdan “sağlık” ya da “hastalık”

² Bu konuda üniversitelerin en yüksek yerleştirme puanlarının tıp fakülteleri olduğunu gösteren çizelge 5.1’e bakabilirsiniz. (sayfa 151)

olarak görüldüğü, bu şekilde organize edilmiş olan tıp tekeli kapsamında bireyin sağlığı doğal karakterini yitirir ve tıpta profesyonelce üretilebilen bir nicelik haline gelir” (Beck, 1986/2011: 317). Modern tıba farklı bir açıdan yaklaşarak “hayatta kalma stratejileri her zaman için toplumsal eşitsizliği yansıtmış ve doğurmuştur” diyen Bauman (2012a: 234) da bu konuda önemli bir eleştiri getirir. Bu anlamda sağlık sektörünün son yıllarda oldukça ticarileşerek yaygınlık kazandığı, buna karşın belirli tedavi imkânlarına ulaşmanın oldukça yüksek bir bedeli de beraberinde getirdiği görülmektedir.

Toplum hayatında insanların hekimlerle ilişkisinin tarihi çok eski yıllara kadar uzanmaktadır. Bununla beraber modernleşme sonrasında ortaya çıkan teknolojik yenilikler sosyal hayatın içinde aktörler olarak hekimlerle olan ilişkilerin yeniden ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Hekimler medyadan arkadaşlık ilişkilerimize, okul hayatının ilk yıllarından üniversiteye kadar tüm eğitim kurumlarında, iş dünyası ile olan ilişkileriyle de yeni bir statü kazanmasıyla tüm alanlarda kendilerini hissettirmektedirler. Artık şov yapan hekimleri görmek işten bile değildir. Ama hekimlik aslında şov yapmayışıyla da üstünlük sergiler. İnsanların sağlıklı olmalarının ötesinde normal vücut ölçülerini belirlemede kriterler sunar. İnsanlar ne yediklerine nasıl yediklerine nasıl yürüyeceklerine kadar hekimlere danışır. Aslında bu hekimlik otoritesinde boyun eğme gönüllüdür. Çoğu insan hekimlerin bu ifadelerini emir telakki etmeye hazırdır.

Düzenli spor yapma çalışmaları hep sağlıklı normal vücutları tasarımlamak üzere teşvik edilir. Testlerle hayatın risklerinden korunmak istenir. Test sonuçları kaygı ile izlenerek sonuçları karşı konulamaz normlar kabul edilir. Bu bağlamda her türlü işlemler nicelleştirilmiştir. İnsanlar sayılara kutsiyet ifade eder boyuta gelmişlerdir. Bu durum daha üst perdede modernleşme sonrasında insanların denetlenmesinin bir aracı olarak hizmet etmektedir. Sayılarla sağlanan kontrole Arendt (1958/2012: 84) şöyle değinir; “İstatistiksel tek biçimlilik asla masum bir ideal değil, çoktan beridir tamamen günlük hayatın yeknesaklığına batmış, tam da kendi varoluşunda içkin olarak bulunan bilimsel bakışla barışık bir toplumun gizli siyasi idealidir.” Dolayısıyla her türlü sapmanın istatistikte belirlenen nicel değerlerle kontrol edildiği farklı denetim aygıtlarından birine tıp da eklenmiştir.

Gazete haberlerinde sağlık köşeleri önemli yer tutar. Çünkü o hayatımızı yönlendiren önemli bir etkindir. “Uzun ve rahat yaşamak istiyorsan şöyle yapmalısın” gibi ifadelere sık rastlanır. En büyük sosyal kontrol gücü belirli davranış,

kişi ve ya şeyleri tanımlamaya sahip olabilme otoritesinden gelir (Conrad ve Schneider, 1992: 8). Dolayısıyla sapma ve sapkın olarak nitelendirilen davranışlar toplumun önemli aktörlerince belirlendiği gibi normal olarak belirlenenler de tıp gibi önemli kurumsal bir aktör tarafından şekillendirilir.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren vücut kimliğinin tanımlanmasında farklılıklar ortaya çıkmaya başlamıştır: güzellik yarışmalarından spor şampiyonalarına, çıplaklıktan (nudism) vücut geliştirmeye, beden biçimi hem bir özel takıntı hem de halk gösterisiydi fakat bunlar bedenin daha derindeki kimlik yapısındaki derinliğin dış yansımasıydı. Vücut sınırları artık bireysel kimliğin sınırları içerisinde kalmıyor, etkileşimin sosyal alanında tomurcuklanarak dış tarafta bireysel kimliği birleştiren bir alan olarak ortaya çıkıyordu (Armstrong, 2002: 57). İnsan bedeninin normal işlevinin çok ötesine taşan bu yeni yaklaşım sağlıklı yaşam ve formu sürdürmek anlamında ise çok daha ileri bir denetimin de sağlanmasına yardım etmekteydi.

Sağlıkta otoriterleşmenin bir diğer boyutu bürokrasinin artmasıyla işlemlerin biktırıcı olmasıdır. Hastaların bazılarının ne gibi işlem aşamalarından geçerek izleyeceği yolu bilememelerinden dolayı yaşadıkları sıkıntılar ve suçlanmalar söz konusudur. İnsanların tetkikler için beklemek zorunda kalması, makineye bağımlı olması ayrı bir sorundur.

Teknoloji tıbbi sadece daha insani bir hale getirerek- ameliyatları ve genel olarak tıp hizmetini daha az acı verici hale sokarak-değil insan bedenini şeffaf ve okunabilir hale getirerek dönüştürdü. Artık milyonlarca insan, etten kemikten bedenleri içinde protez eklemler ve valfler taşıyor. 1987’de piyasada basit kan testlerinden endoskopiye, tomografiden manyetik rezonansla görüntülemeye tam bin dört yüz tane diyagnoz³ testi bulunmaktaydı (Bamforth, 2004: XXIX-XXX).

Dolayısıyla hastanın kendisiyle ilgili testlerin bu kadar yoğun olduğu bir hekimlik anlayışında etkileşim düzeyinin önceki dönemlerdeki gibi olması düşünülemez. Bürokratik kuralların en başta kendisine hizmet ettiğini savunan Sennett (2006/2009b: 30), yaşlılar, öğrenciler, işsizler ve hastaların farklı farklı yaşam öyküleri olan bireylerden çok Weber’ci anlamda devlet memurları gibi davranmaya zorlandığını belirtir. “Sistem sağlık hizmetinin etkili bir şekilde verilmesine odaklanmak yerine kurumsal kendini sürdürme ve istikrara her zamankinden fazla kilitlendi” (Sennett, 2006/2009b: 30). “Sistemin sürdürülmesi”ne yönelik bu ifade önemlidir. Çünkü bürokratik düzenlenişin bu niteliği bugün de

³ Diyagnoz: teşhis.

başta hastaneler olmak üzere birçok tıbbi eylemin araçsallaştırılmasına dair eleştirilerin temelinde yer alır.

Artan teknik ve bilimsel yeniliklerle tıbbın sürekli yeniden donanımlı hale gelmesi, tıbbi literatürün de değişmesine, genişlemesine neden olmaktadır. Bu yeniliklerle birlikte yeni teknikleri ifade eden terimler hekimliğin literatürüne her geçen gün daha fazla eklenmeye başlamaktadır. Doktorlar tarafından kullanılan dili bilmeyenler ya da doktorların hastalara sağlık sorunlarını anlatamamaları önemli bir problemdir. Yapılan bazı araştırmalarda doktorların çok teknik dil kullanmaları, hastalarının kendilerinin sıkıntı ve sorunlarını anlayamamalarına neden olduğunu göstermektedir. Hekimler bazen söyledikleri ile bazen de gizledikleri ile ayrı bir otorite olurlar. Doktorların ağzından kelime almak dünyanın en zor işlerinden biri haline gelebilir. Doktorlar adeta hastaya hastalığı hakkında bilgi vermemede direnirler.

Modernleşme ile birlikte ortaya çıkan tüm bu dönüşümler, modernizmin ileri aşamasının koşullarının farklılaştığı postmodernizmle birlikte yeni bir veçheye ulaşmıştır. Bu aşamada toplumsal otoritelerin yeniden tanımlanması gereken bir süreç söz konusudur. Her şeyden önce genelde tüm iş koşullarında özelde ise tıp mesleğinde yaşanan yeni çalışma koşulları buradaki ilişkileri de dönüştürmektedir. Artık, esnekliğin tüm düzlemlerde görüldüğü yeni çalışma biçimleri, artan bireysellik anlayışı, belirsizliğin yükselmesiyle gelişen risk koşullarının yanında teknoloji ile birlikte küreselleşmenin sağladığı bilgisayar ağları ve tüketim ayartılarının da eklenmesiyle sağlık kurumlarının temel aktörleri olan hekimler ve hastalarla olan otorite ilişkileri de değişmiştir. Bunun kanıtları sağlık alanı özelinde yaşanan çatışmalarda ve çelişkilerde görülebilir. Özellikle parçalanmış otoritelerini sürdürme eğilimi hem güncel olaylarda hem de hekimlerden ve hastalardan elde edilen verilerle açık bir şekilde doğrulanmaktadır.

Tezin konusunu sağlık sektöründeki temel aktörler olarak bulunan hekimlerin değişen rol anlayışı ve yeni bir otorite biçimi ortaya koymaları oluşturmaktadır. Özellikle kentleşme ve modernleşme ile birlikte değişen yaşam koşulları, tüketim alışkanlıkları ve kültürel özellikleriyle birlikte toplumun sağlık hizmetlerine yönelik yaklaşımları da değişmektedir. Modern yaşam zaman-mekan sıkışması sonrasında her şeyin hızlı, kolay ve ulaşılabilir olanına yönelmekte olan toplum sağlık alanında yeni bir denetimle karşı karşıya bırakılmaktadır. Bu bağlamda

hastane, bireylerin, belirli bir alanda ortaya konan sınırlamalarla ancak patolojik durumdan kurtularak “iyileşme” ye yönelik normal özellikler kazanabilmesi, yeniden disipline edilerek ve belirli kriter ve kuralları yerine getirerek sağlayacağı bir yere dönüşmektedir. “Gelişen tıbbın sunduğu çekici hayatta kalma yolları-tıp sanatı tarafından tanımlandığı üzere hayatta kalışın kendisi-gittikçe daha seçici-toplumsal anlamda seçici- bir duruma gelmiştir” (Bauman, 1992/2012a: 235). Bu demektir ki iyileşme nosyonunun modern tekniklerle daha ileri düzeyde ele alınması, sağlık hizmetinden yararlananları sınırlandırırken bu hizmetin sağlayıcılarının elini belirli bir düzeyde güçlendirecektir. Bireyler, odalarında belirli zaman ve kuralların olduğu, kontrolle sağlanan giriş ve kabullerin yanında, nicel verilerle sınırlandırılan bir takım istatistik işlemlerin uygulama nesnesine dönüşmekte ve kontrol altında tutulmaktadır. İşte insan özelliklerinin burada nasıl bir dönüşüm geçirdiği, denetlendiği araştırmada temel inceleme alanıdır. Modernleşmenin bürokratik karakterinin, farklı bir deyişle “demir kafes”inin parçalandığı ileri veya postmodern dönemde ise tıbbi gücün bu değişimden aldığı yenilenme araştırmada üzerinde durulan temel bağlamlardan biridir.

İnsanların en önemli ve taviz veremeyecekleri bir gereksinim olarak sağlık alanında görev alan doktorların mesleklerinin ötesinde ayrı bir otorite geliştirip geliştirmediklerini anlamak en temel amaçlardan biridir. Aynı şekilde insanın bir özne değil de hastalıkla ortaya çıkan bir patolojik durum sonucu nesneleşip nesneleşmediğini, soyut ve nicelleşme derecesinin ne olduğunu anlamak diğer bir amaçtır. Ayrıca hastalar ve doktorların olaylara bakış, hastalığa yaklaşım biçimlerinin ne şekilde farklılaştığını tespit etmek de araştırma boyunca amaçlanmaktadır. Ayrıca modernleşme ile yoğunlaşıp, yeni teknik imkanların eklenmesiyle gelişen tıbbi otoritenin yeniden dönüşmesine neden olan postmodern koşulların etkilerinin ele alınması amaçlanmaktadır. Bu bağlamda son yıllarda söz konusu olan sağlık reformuyla gelen hasta haklarına ilişkin düzenlemelerin hekimlerin otoritelerinde farklılaşmalara yol açıp açmadığının belirlenmesi bir diğer amaçtır. Kuşkusuz bu değişimin bir başka unsuru da iletişim olanaklarının gelişimiyle bilgide sağlanan erişim kolaylıklarıdır. İşte bu yeni imkanlarla birlikte alternatif tedavi biçimlerinin de alana dahil olmasıyla hekimliğin otoritesinde kırılmaların ne şekilde ortaya çıkabileceğinin tespit edilmesi araştırmanın temel amaçlarından bir diğerini oluşturmaktadır.

Araştırmada temel problemlerinden biri insanın yaşam unsurlarını devam ettirebilme, sağlıklı bir hayatı tecrübe etmenin koşulu olarak karşı karşıya kaldığı kontrol ve denetim sonrasında insani niteliklere yabancılaşması ve yalnızlaşmasıdır. Burada hayatın devamı olarak gidilmesi zorunlu olan bir mekana dönüşen hastane, giriş koşullarından, belirlenen oda ve kurallarla denetlenen yaşam tarzlarına, istatistiksel bilgilerle ölçülen bir nesne haline gelen insan bedenine her anlamda yeni bir otorite koymaktadır. Birey ya bu otoriteye boyun eğerek normal yaşama dönecek ya da sürekli olarak patolojik biçimde kalmaya razı olacaktır. Aslında bu otoriteye boyun eğmesi ya da eğmemesi de eğer hastalık ileri boyuttaysa kendi ve yakınlarının elinde olmayabilir. Çünkü o artık ağır ilaçlarla tamamen denetlenen bir yoğun bakımla kontrol altındadır. Bazen bilincini, insani ve inançsal şuurunu da doktorlara ve ilaçlara teslim etmek durumunda kalmıştır. İşte araştırma insanın değişen ve bozulan bedensel etkilerle baş ederken karşı karşıya kaldığı edilgenliği ve kısıtlanmışlığı da bir problem olarak incelemek istemektedir.

Araştırma, patolojik bir durumun gerekliliğinden yola çıkarak gelişen bir sosyal statü olan doktorluğun ve onun ortaya koyduğu kriterlerin insan somutluğunu ne şekilde dönüştürdüğünü ortaya koyması açısından önemlidir. Ayrıca hasta ve hastalığın bakış açılarında ortaya çıkan farklılaşmanın, insana yaklaşımın değişen algısının tespit edilmesi yönüyle özgün bir inceleme olabileceği düşünülmektedir. Bilimin bir egemenlik tarzı olarak insan hayatına denetim getirmeye çalıştığı tartışılmıştır. Örneğin Foucault modernleşme sürecinden sonra insanlar üzerinde iktidar kurma biçimlerinin değiştiğinden söz eder. Tıp, psikiyatri, psikoloji gibi bilimlerle bireysel bedenlerin şekillendirilebileceğine dikkati çeker: “Monarkın bedensel bütünlüğünün yeniden canlandırıldığı ritüeller yerine, hastaların ortadan kaldırılması, bulaşıcı hastalıkların kontrol edilmesi, suçluların dışlanması gibi tedavi yolları, reçeteler uygulanmış, işkence yoluyla ortadan kaldırmanın yerini mikropsuzlaştırma almıştır” (Foucault, 1994/2003: 39). Beden bilincinin bir saplantı haline geldiği çağdaş toplumda iktidarın bedeni kuşatmasının yolları da çeşitlenmiştir. “Jimnastik, idmanlar, kas geliştirme, çıplaklık, güzel bedenin yüceltilmesi...tüm bunlar, çocukların, askerlerin bedeni üzerinde, sağlıklı beden üzerinde iktidarın uyguladığı kararlı, inatçı, titiz bir çalışmayla insanı kendi bedenini arzulamaya götüren hattadır” (Foucault, 1994/2003: 39). Dolayısıyla insan kendi bedenine

yönelerek özen sağlamayı istemesi sağlığın vazgeçilmez gerekliliğiyle eklemlenmektedir.

Beden sosyolojisinin incelenmesi bağlamında da değerlendirilebilecek bir çözümleme ile tıbbi otoritenin yaşamlarımızdaki etkisi tartışılmaktadır. İşte bu araştırmada da hastane ve sağlık kurumlarıyla iletişim sürecinde kendimize yönelik nasıl bir algı değişimi ile karşı karşıya kaldığımız araştırılmaktadır.

Araştırmanın birinci bölümünde hekimlik ve otorite üzerine kuramlar ve kavramlarla hekimliğin tarihsel temelleri ele alınmaktadır. Bu bağlamda Foucault'nun yaklaşımları çerçevesinde hekimliğin iktidar ve otorite olgusu incelenerek bu gücün bilgi, beden, normalleştirme ve gözetim nosyonu ile ne şekilde bütünleştiği, böylece yaşamda kaçınılmaz bir tıbbileştirmenin kapılarını da açtığı ele alınmaktadır. Ayrıca normalleştirme nosyonu ile birlikte Goffman'ın damgalama teorisinin de hekimliğin otoritesinin açıklanmasına önemli katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırmanın ikinci bölümü modernleşmenin hekimliğin yeni otorite biçimi olarak somutlaşmasına olan etkisini konu almaktadır. Hekimlerin önceden beri var olan otoriteleri modernleşme ile birlikte biçim değiştirerek devam etmekte, bürokratik ilişkilerin mesleğin bünyesine eklemlenmesiyle önceki niteliğinden farklılaşmaktadır. Bu yeni otoritenin kuralların kesin, nicel işlemlerle ilişkileri sağlık alanında ne şekilde dönüştürdüğü incelenmekte, sağlık kurumları içerisinde şekillenen rolleri ele alınmaktadır.

Araştırmanın üçüncü bölümü postmodernist bakımdan hekimliğin otoritesindeki kırılmaları konu edinmektedir. Bu bağlamda postmodernizm birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da ilişkilerin yeniden tanımlanmasını gerektiren koşulları temel almaktadır. Küresel iletişimin yaygınlaşması, gelişen hasta haklarına ilişkin kanunlar, özel hastane imkanları, alternatif ve bitkisel tedavi biçimleri temel argümanlar olarak bu değişimde ön plana çıkmaktadır.

Araştırmanın dördüncü bölümü yöntem ve metodoloji üzerinedir. Araştırma hasta hekim arasındaki ilişkileri nitel olarak incelemektedir. Veri toplama tekniği olarak derinlemesine mülakattan yararlanılarak konu üzerinde daha ayrıntılı verilere ulaşma hedeflenmiştir. Araştırma kapsamında 39 hasta ve

18 hekimle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler yorumlayıcı yaklaşımla değerlendirilmiştir. Araştırmada göz, diş, genel cerrahi, dahiliye, göğüs hastalıkları alanlarında görev yapan hekimler ve bu alandaki hastalığı olan hastalar incelenmiştir.

Araştırmanın beşinci bölümü bulgularla ilgilidir. Hekimlerin otoritelerinin günümüz kurumlarında ne şekilde değiştiğini alandan elde edilen nitel veriler, hekimlerin hastalarla ilişkileri, hastane bürokrasisi, iletişim araçları ile değişen sağlık yaklaşımı çerçevesinde değerlendirilmiştir. Buradaki veriler ışığında ortaya çıkan sorunlara hasta ve hekimlerin görüşlerini karşılaştırarak analiz edilmektedir. Altıncı bölüm ise bu verilerden elde edilen sonuçlar kısmına ayrılmaktadır.

1. BÖLÜM: KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

İnsanı sosyal yaşamın pasif bir unsuru olarak kabul eden yaklaşımlara karşın onun sosyal yapıdaki inşa edici rolü olagelmıştır. “İnsanların birlikte yaşıyor olmaları gerçeği bütün insani etkinliklerin koşuludur ama insan toplumu dışında tahayyülü bile mümkün olmayan yegâne etkinlik ‘*eylem*’dir” (Arendt, 1958/2012: 57). İnsanların bu eylemleri elbette toplumsal etkileşimlerinin sayısız kombinezonlarının ortaya koyulması biçiminde değerlendirilebilir. Eylemin başka insanların eylemleriyle birbirini sınırlayan ya da belirleyen anlamda çeşitli iktidar biçimlerinden bağımsız olmadığı bir gerçektir. Foucault tüm insan ilişkilerinde öznenin karşı karşıya kaldığı iktidar ilişkilerini özellikle vurgulayarak birbiri içine geçmiş dönüşümlü gerçekleşen egemenlik biçimlerinin altını çizer (Foucault, 1999b: 47). Foucault bireye yaklaşırken onu sabit, değişmeyen bir sistemin ögesi olarak düşünmek yerine sonradan toplumsal alan içinde ortaya çıkan ve biçimlendirilen bir özne olarak düşünmektedir. “Modern çağda, toplumsal özne, toplumun bilimsel-yönetsel söylemleri (toplumsal) içinde inşa edilmektedir.” (Tekelioğlu, 2003: 2). Giddens ise bu gerçeği toplumun öznedeki sürekli şekillendiği anlamını veren şu ifadeyle değerlendirir: “Buna göre toplum yapının insanların eylemleri tarafından sürekli yeniden üretilmesiyle bir form kazanır ve bu form insanları etkiler” (Giddens ve Pierson, 1998/2001: 61). Bu bağlamda Giddens’in farkı eylemleri vurgulamakla birlikte, kendi eylemlerinin nihayetinde bir forma dönüşerek insanı da etkilediğidir.

Modernleşme ile birlikte ortaya çıkan ulus devlet anlayışı kendi meşrulaştırma biçimlerini de üretmeyi ihmal etmemiştir. Bu bağlamda otorite ilişkileri deyince öncelikle yönetim alanında ve devlet düzleminde görülen ilişkiler söz konusu olmaktadır. Örneğin, Gellner’in ulusları modernleşme ile birlikte ortaya çıkan yüksek kültürün toplumun geneline eğitim programı ile yayılması olarak değerlendiren bakış açısından yola çıkarsak eğitimin temel olarak önemi burada ortaya çıkar. Gellner’a göre bir insanın eğitimi onun en büyük yatırımı sayılmakta, ona kimlik kazandırmaktadır (Gellner, 1983/2008: 113). Bununla beraber Gellner eğitimin işlevlerinin devlet otoritesinden bağımsız yürüyemeyeceğini, çünkü tüm toplumun temel olarak biçimlendirilmesini sağlayan böyle bir kurumun ancak

devlet tarafından finanse edilebileceğini ve denetlenebileceğini belirtir (Gellner, 1983/2008: 115-116). Bununla beraber devlet otoritesini tamamen dışlamayan ama bürokratik karakter ve kurumsal bağlamda söz konusu olan farklı bir otoritenin de modernleşme sonucu geliştiği söylenebilir. Toplumsal denetimin kurumsal biçimde sağlandığı, bürokratik ilişkilere eklemlenmiş bir sağlık hizmeti de modernleşme döneminde farklı bir otorite olarak gelişmiştir.

1.1.Foucault ve İnşacı Yaklaşım

Bu bağlamda yeni devlet anlayışı ve onun ideolojisi çerçevesinde toplumsal denetim mekanizmaları da söz konusu olmaktadır. Toplumun kurumlarını bürokratik bir yapı ile işlevselleştirerek bireyler üzerinde kontrol sağlamak bu otoritenin temel anlayışı olmuştur. “Disipline yönelik kurumlar adeta bir hâl ve gidiş mikroskobu gibi işleyen bir mekanizma salgılamışlardır; bunların gerçekleştirdikleri ince ve analitik bölmeler, insanların etrafında bir gözlem, kayıt ve terbiye aygıtı oluşturmuşlardır” (Foucault, 1975/1992: 217). Kuşkusuz bürokrasinin bariz olarak somutlaştığı bu denetim ve kayıt kurumlarının başında hastane gelmektedir. Foucault disiplin mekanizmasının normalleştirici bir nosyonla hastaneler gibi, okullarda, askerî eğitim yerlerinde de sürdürüldüğünü; hastaların ödev ve diğer cezalarla denetlendiğini belirtir (Foucault, 1975/1992: 224-225). Sağlık alanında normalleştirme işlevinin parçası olarak insanın eylemlerini belli bir kalıba dönüştürmenin aracı olmaktadır:

Öncelikle hal ve gidişle performansların iyi ve kötü gibi iki zıt değerden itibaren nitelenmesi; ceza adaletinin tanıdığı hâliyle yasağın basit paylaşımının yerine, olumlu kutup ile olumsuz kutup arasında bir dağılım vardır; tüm hâl ve gidiş iyi notlar, iyi ve kötü puanlar alanına girmektedir. Bunun yanında bir miktarsallaştırma ve rakamsal bir ekonomi kurmak mümkündür (Foucault, 1975/1992: 226).

Bu durumda modernleşme ile birlikte hastanede nicel verilerin izlenmesiyle bir denetim kurulmaya başlandığı, bireyin eylemleri de ödül ve ceza sistemiyle puanlaştırılarak standartlaştırma yoluna gidildiği söylenebilir. Goffman “*genel kurum*” tanımlamasında dünyaya kapalı ve günlük yaşamın her yönünün denetlendiği bir yerden söz ederek akıl hastanesi, manastırlar, hapishaneler ve yetimhaneler gibi bu tür yerlerin kendi sakinlerinin benliklerini nasıl dönüştürdüklerini ileri sürer (Smith, 2007: 89). Diğerleri kadar katı olmasa da burada bir “*kabul işlemleri*”, “*düzenleme*”, “*programlama*” unsurlarından söz edilebilir. Çünkü hastanelerde de konformist bir yaklaşımla ödüllendirme-cezalandırma sistemi, tedavi olarak iyileşebilme ve ya daha da kötüleşme olgusuyla ilişkilendirilebilir.

“Tıbbın XVIII. yüzyılın sonunda epistemolojik kilitlenmeden kurtulmasının esas koşullarından biri, hastanenin “sınavdan geçirme” aygıtı olarak örgütlenmesi olmuştur. Vizite ayını bunun en görünür biçimidir” (Foucault, 1975/1992: 232). Böylece ayrıntılı bilgi ve kayıt iyi bir denetimin ve hastalıkla normallikten uzaklaşmış bireye tekrar normallik düzeyine gelebilmenin aracı olmuştur. Foucault hastanelerde kesintili olan denetim yerine sürekli gözetim altına alma biçiminin geçtiği, iktidar ve bilgi oluşturma süreçlerinin dönüşerek hekimin rolünün hiyerarşik olarak dinsel personelin üzerine çıktığını vurgulamaktadır (Foucault, 1975/1992: 233). Görüldüğü üzere hastane ve hekim normal işlevinin ötesine geçmekte, yetki alanları genişlemekte ve dini otoritenin üzerinde bir statü kazanmaktadırlar.

Ayrıca hastanelerde yürütülen bürokratik işlemlerle hastalığın tedavi sürecinde insan yaşamı üzerinde bir denetim mekanizması devreye girmektedir. Hastaların istatistik olarak hastalık tahlillerinin yapılması ve teşhisinin konması aşaması, insan bütünlüğünü derinden etkileyen araçları harekete geçirerek insani anlamı da dönüştürmekte, onu adeta nesneleştirmektedir. İyi “disiplinli” hastane yoluyla otoritenin bireyi nesneleştirdiğini, bürokrasinin ise bu işleve katkı sağladığını söylemek mümkündür. Foucault belge ve kayıt sistemiyle bireylerin hastane ortamında nesneleştirilerek ele alındığını şöyle açıklar;

... Sicil tutmak, bunların uzmanlaştırılmaları, bir yerden bir yere yazı aktarma tarzları, bunların viziteler esnasındaki dolaşımları, bu belgelerin hekimlerin ve yöneticilerin düzenli toplantıları sırasında karşılaştırılmaları, bunlarda yer alan verilerin merkezi organizmalara aktarılması (ya hastanelerde ya da hastanelerin merkezi bürosunda) hastalıkların, iyileşmelerin ve ölümlerin bir hastane bir kent ve limitte de ulus düzeyinde muhasebeleştirilmeleri, hastaneleri disiplin rejimine tabi kılan sürecin ayrılmaz bir parçasını oluşturmuşlardır (Foucault, 1975/1992: 238).

Bireyler hakkında elde edilen belgelerin sistematik olarak düzenlenmesiyle bireylerin denetlenme biçimlerinin ilişkili olduğu böylece ifade edilebilir. Foucault genel sicil kaydı ile bireysel muayenelerin her verisine ulaşılabileceğini ve bunun bütünsel hesaplamalarla değerlendirilebileceğini belirtir (Foucault, 1975/1992: 238). Hastalığın doğasına yaklaşım değişmekte, bireylerin hastane süreci inançlarını da yönlendirmekte, dönüştürmektedir. Örneğin, ağır hastalıklar yaşayan bireylerin aldıkları ağrı kesici ve ilaçlar bilinçliliklerini sürdürmelerine imkân vermemektedir. Araştırmanın kuramsal çerçevesinde otorite ve iktidar kavramları ile ilişkili olarak bilgi, beden, normalleştirme, panoptikon, nesneleştirme, tıbbileştirme ve damgalama süreçlerinin zaman zaman iç içe geçen ve kendine

özgü kullanım alanlarıyla da ayrılan yönlerini ele almanın yararlı olduğu düşünülmektedir.

Foucault aslında bilgi, beden ve iktidar kavramlarının birbirinden tamamen ayrılmaksızın işleyen süreçler olarak ilişkisini çözümllemiştir. “İktidar, bilmeyi engellemek bir yana onu üretir. Beden üzerine bir bilginin üretilebilmiş olması, askeri ve eğitsel disiplinler bütünü sayesinde. Fizyolojik, organik bir bilgi ancak beden üzerindeki iktidardan yola çıkarak mümkün olmuştur” (Foucault, 1994/2003: 42). Bedenin denetlenmesinde ayrıntıda işlenmenin, onun üzerine ince bir baskı uygulamanın bu yeni biçimine değinen Foucault (1975/1992: 169), hareketler, jestler, tavırlar, hızlilik gibi faal beden üzerinde sonsuza kadar bölünebilen bir iktidarı vurgulamaktadır. Foucault, beden-nesne eklemlenmesini bedenin aletsel şifrelenmesi olarak adlandırarak yeni bir iktidarın üretildiğinden söz eder. “İktidar bedenle kullandığı nesne arasındaki temasın tüm yüzeyine sızmış bulunmaktadır, onları birbirlerine bağlamaktadır” (Foucault, 1975/1992: 190). Foucault’ya göre yeni disiplin anlayışı bedenin sahiplenilmesi şeklinde olmayan bir disiplin anlayışıdır: “İnsan bedeni, onun derinlerine inen, eklemlerini bozan, ve onu yeniden oluşturan bir iktidar mekanizmasının içine girmektedir” (Foucault, 1975/1992: 170). Böylece bireyin kendi yönelimiyle beden yapısında somutlaşan “mikro iktidardan” söz edilebilir.

Bedenlerin kontrol edilmesinin tıbbi bir bakışla bütünleştiği göz önüne alınırsa ortaya tıbbileşme olgusunun çıkacağı aşıkardır. Foucault, beden üzerinde hekimlikle sağlanan otoritenin yayıldığına ve tıbbi söylemlerin baskın gelişine dikkati çekmiştir. “Doğruyu söylemek gerekirse, psikanaliz, kendi dışında oluşmuş bulunan ama ana hatlarını geçerli kabul ettiği cinsel bir iktidarın parçası olan bazı sınırları kabullenir” (Foucault, 1994/2003: 72). Dolayısıyla psikanalitik söylem, iktidarın bir parçası haline gelmektedir ki Foucault böyle bir yanılgıya vurguda bulunmaktadır: “Aslında Freud’un kendisinin kurduğu eski bir tuzağa düşmemiz gerektiğini sanmıyorum; bana göre söylemimiz psikanalitik alana nüfuz ettiği anda, psikanalitik yorumun tahakkümü altına girecektir” (Foucault, 1994/2003: 72-73). Böyle bir tıbbi söylem de yaşamdaki normal durumları belli bir nosyona bağlayarak açıklarken bireylerin yaşamında yeni bir denetimi de beraberinde getirmektedir. Foucault (1994/2003: 49) tıbbi uygulamalarda önemli bir yer tutan psikiyatrinin tedaviden çok bir zümre üzerinde egemenlik kurmak için geliştirildiğine dikkati

çeker. Böylece sağlık aygıtı tedavi etmenin ötesinde denetim aygıtına dönüşmektedir.

Beden üzerinde uygulanan otoritenin, aslında bedeni nesneleştirici bir forma dönüştüğünden söz edilebilir.

Bu yeni boyun eğdirme teknikleri yeni bir nesne oluşturmaktadır; bu nesne nöbeti yavaş yavaş mekanik cisimden–katı nesnelerden oluşan ve imgesi, mükemmel bir disiplin düşünüşü kuranları uzun zaman meşgul eden hareketlerden etkilenen cisimdevralmaktadır. Bu yeni nesne güçleri taşıyan ve bir sürenin makamı olan doğal cisimdir; kendi düzenleri, kendi zamanları, kendi iç koşulları, kendi kurucu unsurları olan özelleşmiş işlemlere uygun cisimdir (Foucault, 1975/1992: 192).

Bedeni nesnel varlık biçiminde gören öğretici birçok otorite biçiminin genel anlayışı olagelmıştır. Bedeni kontrol sürekli bir gözetim mekanizmasının da devreye girmesiyle gerçekleşmektedir ki burada panoptikon kavramına değinmek yararlıdır. Panoptikonun farklılıkları belirlemeye olanak verdiğini belirten Foucault (1975/1992: 255) “hastalarda herkesin gösterdiği belirtileri, yatakların birbirlerine yakınlığını, çürük beden salgınlarının, salgın etkilerinin klinik tabloları birbirine karışmasına olanak vermeden gözlemek” gibi niteliklerine değinir. Bu bağlamda panoptikon mekanizmasının işlevsel bazı öğeleri olduğunu da unutmamak gerekir. Hekimlerin eylemlerinin de böyle bir denetimden uzak kalamadığının belirtilmesi önemlidir. (Foucault, 1975/1992: 257). Böyle bir denetim, sağlık aktörleri açısından ele alınacak olursa gözleyen de her an gözlem nesnesine indirgenebilmektedir.

Foucault tıp aygıtının normalleştirici nosyonla kurduğu otoriteye dikkati çekmektedir. Disiplin düzeneğinin her yerdeki varlığı tarafından taşınan, tüm hapisane aygıtlarından destek alan normalleştirici iktidar toplumumuzun başat işlevlerinden biri hâline geldiğini ifade eden Foucault (1975/1992: 389), bu bağlamda normalliğin bir iktidar şekli olduğuna dikkati çeker. Otorite kavramının tanımlamalarında öne çıkan noktaları belirlemek bu bağlamda sınırların belirtilmesinde yarar sağlayacaktır.

1.2.Otorite Kavramı

Öncelikle otorite kavramından ne anlaşıldığı ve hangi biçimlerde karşımıza çıktığının belirtilmesi gerekmektedir. “İktidar, zor, kuvvet, otorite, şiddet-tüm bunlar insanın insan üzerindeki egemenliğinin araçlarından başka hiçbir şeye işaret etmeyen sözcüklerden ibarettir. Eş anlamlı gibi kullanılmaktadırlar çünkü aynı işlevi görmektedirler” (Arendt, 1970/2014: 54). Sosyal bilim alanında birbirlerinin

yerlerine kullanılsalar da bu kavramların anlam olarak daha çok ne ifade ettikleri ve birbirleri ile olan ilişkileri üzerinde bazı temel noktaların aydınlatılması gerekmektedir.

Sennett (1980/1992: 17) otoriteyi “eşit olmayan insanlar arasında bir bağ” olarak tanımlar. Bu anlamda insanlar arasındaki bir eşitsizlikten yola çıkarak güç farklılaşması olduğu ve böyle bir ilişkiye dayalı olarak gelişen otorite anlayışı temel alınmaktadır. Otorite, toplumsal bir ağda itibarlı bir mevki işgal etmekten daha fazla bir anlama sahiptir (Sennett, 2006/2009a: 85). Otoritenin anlamının daha derin bir biçimde etkiye sahip olarak değerlendirildiği açıktır.

Alexandre Kojève’ye göre otorite kavramında “özgür” ve “bilinçli” bir fail olma durumu söz konusudur (Kojève, 2007: 13,14). “Otorite bir yandan ikna ve akılcı delil getirerek, diğer taraftan her türlü baskı ve zordan kaçınarak itaati sağlama aracı şeklinde anlaşılabilir” (Heywood, 2004/2012: 159). “İnsanlar bir makama bağlı otorite (in authority) veya bir konuda otorite (an authority) olarak tanımlanabilirler” (Heywood, 2004/2012: 161). Her iki tanımlamada da “akıl” kavramıyla otoritenin ilişkilendirilmesi önemlidir.

Otoritenin en önemli belirtisi baskı ya da iknaya gerek olmaksızın, itaat etmesi istenenlerin verilen kararı sorgusuz sualsiz kabul etmesidir (Arendt, 1970/2014: 56). Otoriteyi korumak için, kişi ya da makama duyulan saygıyı ayakta tutmak gerekir. “Önemli olan emretme hakkıdır, hakkın nedeni değil” diyen Barry (1981/2003: 106)’a göre otoriteye itaat ettiğimiz zaman, bunu kolayca görülebilir herhangi bir sebeple yapmayız. “Otoriteyi kabul etmek, tam anlamıyla, insanın yapması veya inanması istenen şeyi incelemekten sakınması demektir. Gerçeklerin tartılmasına göre değil, insanın kendi kavradığı şekliyle gerekçelerini bir yana koymasını mutlaka gerektiren ikinci elden bir gerekçeye göre davranması ve inanması demektir” (Lukes, 2006: 895). “Aynı şekilde otorite uygulamak, tam anlamıyla neden göstermek zorunda olmamak, itaat görmek ve inanılmak hakkına sahip olduğu için itaat görmek ve inanılmak demektir” (Lukes, 2006: 895). Bu durumda otorite tüm nedenlere ve gerekçelere dayanma zorunluluğunun olmaması yönüyle farklı bir niteliğe dayanmaktadır.

Bauman, otoritenin pek çok biçim ve renge büründüğünü, baskıcı otoriteler yanında, bürokratik hiyerarşiler formunda daha ılımlı komutayla yöneten versiyonlarının olduğunu ve anonim biçimlerinin bulunduğu, sayıların da otorite

olarak kullanılabileceğini ama hepsinde ortak olan şeyin “akla” göre hareket etme nosyonu bulunduğunu vurgular (Bauman, 2001/2011: 212-213). Dolayısıyla otorite kendisine uymayanı makul çizginin dışında hareket etme damgasıyla etiketleyecektir.

Gadamer’e göre otoritenin özünde, sanılanın aksine baskı, saldırganlık ve körü körüne itaat bulunmamaktadır (Göka, 2005: 322-323). Otorite, ötekinin hüküm vermede kendisinden üstün olduğunu ve kendisine takaddüm ettiğini kabul ve tasdik etmekten geçmektedir. Otorite, kimseye hediye edilemez, diyalog içinde kazanılır ve kazanılmak zorundadır; körü körüne itaate değil, tasdiğe dayanmaktadır; irrasyonel ve keyfi olamaz (Göka, 2005: 323). Bu bağlamda otoritenin dışsal, dayatılan biçimde işlemediğini vurgulanması önemlidir. Burada hekimliğin de meslek statüsü açısından düşünüldüğünde böyle bir otorite anlayışından söz edilebilir. Bu anlamda otoriteyi meşru görülen bir değer sistemine bağlayan Parsons’a göre birleştirici ortak değerlere bağlanmadığında topluluk çözülmeye yüz tutar (Parsons, 1951: 41). Dolayısıyla sistem kuramının sahibi Parsons toplumun ancak ortak değerlerle devamını mümkün gören, aksi hâlde çözümlerin kaçınılmaz olduğunu belirten bir anlayışı savunmuştur.

1.3.İktidar

Russel’a göre iktidar alınması düşünülen sonuçların ürünü olarak tanımlanabilir ve nicel bir kavramdır: “Aynı isteklere sahip iki kişiden biri, ötekinin gerçekleştirdiği bütün istekleri ve bunların yanı sıra başka istekleri de gerçekleştirirse ondan daha iktidardır.... Kabaca, eğer A gerçekleştirmeyi düşündüklerinin çoğunu, B’de gerçekleştirmeyi düşündüklerinin azını gerçekleştirmişse A’nın iktidarı B’nin iktidarından fazladır” (Russel, 1990/2014: 33). Böylece bir öznenin diğeri üzerinde ters orantılı etkisi iktidarı göstermektedir.

Foucault’nun ise iktidar kavramını farklı bir anlamda kullandığı görülür. Burada kast edilen yalnızca bir devlet ve zorlayıcı herhangi bir güç değildir.

İktidarın işleyişinden söz ettiğimde yalnızca devlet aygıtı sorununa, yönetici sınıf, hegemonik kastlar sorununa gönderme yapıyor değilim, bireylerin gündelik davranışlarında, bedenlerine varıncaya kadar üzerlerinde işleyen, giderek daha da incelen, tüm mikroskobik iktidarlara dizesine gönderme yapıyorum. İktidarın siyasi ağına gömülmüş yaşıyoruz...Çağımızın en önemli sorunu budur (Foucault, 1994/2003: 48).

Dikkat edilirse iktidar kavramının sosyal yönü ağır basmakta, insanların

içinde var olan bir ilişki tarzına dönüşmektedir ki ağırlıklı olarak bizim otorite ile vurguladığımız anlam da budur. “Devletten aileye, hükümdardan babaya, mahkemeden gündelik küçük cezalara toplumsal egemenliğin düzlemlerinden özneyi oluşturan yapılara yalnızca farklı ölçeklerde genel bir iktidar biçimi bulunur” (Foucault, 1984/1993: 91). Böylece farklı düzeylerde bireyi etkileyen iktidar biçimi söz konusudur. İktidarın, kurallar belirleyerek hukuksal bir biçimde şemalandığını, etkilerinin ise itaat biçiminde ortaya çıktığını belirten Foucault, bir yanda yasayı uygulayan “iktidar” ile diğer yanda ise “boyun eğen özne/uyruk” biçiminde bir gerçekliğin söz konusu olduğunu belirtir (Foucault, 1984/1993: 91). “İktidarın belli bir kullanımı, onun gizlenmesine, iktidarın buyruğu altına girenlerin bunu açıkça görmemelerine bağlıdır. Modern sanayi toplumunda buyruk altına almanın araçları kadar, böyle bir gücün kaynakları da hızla gelişmektedir” (Galbraith, 1983/2004: 13). Dolayısıyla insanların kendilerinin açıkça farkına varamadıkları iktidar biçimleri söz konusu olabilmektedir.

Foucault (1994/2003: 43), iktidarın yerinin devlet aygıtı olmadığı ve devlet aygıtlarının dışında, üstünde, yanında çok daha küçük düzeyde işlev gören iktidar mekanizmalarında değişiklik yapılmadığı taktirde toplumda hiçbir şeyin değişmeyeceği kanısındadır. İktidar (power), insanın sadece eyleme kabiliyetini değil, uyum içinde eyleme kabiliyetine tekabül eder. İktidar asla tek bir bireyin mülkünde değildir; bir gruba aittir ve grup birarada bulunmaya devam ettiği sürece varolabilir (Arendt, 1970/2014: 54). Bugünkü kullanımıyla “iktidar sahibi/güçlü bir kişi”den ya da güçlü kişilikten söz ederken zaten “iktidar” sözcüğünü eğretilen (metaforik) olarak kullanıyoruz. Eğretilmeyi kaldırdığımızda söylemek istediğimiz şey, gerçekte “kuvvet”tir (Arendt, 1970/2014: 55). Dolayısıyla burada iktidar kavramı aslında kuvveti maskeleyen yapay bir kavram görünümündedir. Bununla birlikte Giddens iktidarın güce indirgenmesine kuşkulu yaklaşır;

Emirlerine rıza gösterilmesini sağlamak için sürekli olarak güç kullanımına başvuran tekil bir grubun iktidar konumu genellikle zayıf ve çürüktür. Başvurulan açık güç miktarı, bir tarafın sahip olduğu iktidarın göstergesi olmak şöyle dursun aksine sığ ve istikrarsız bir iktidar temelinin işaretidir (Giddens, 1995/2001: 213).

Böylece iktidarın salt güçle birlikte ele alınmasının onun temelini açıklamada ikna edici olmadığı hatta problemlili olduğu belirtilmektedir. Foucault da iktidarın yalnızca olumsuz biçimde değerlendirilmesine karşı çıkar; “İktidarın olumlu etkileri vardır, bilgi üretir, zevk yaratır. İktidar sevimlidir. Eğer yalnızca baskıcı olsaydı ya yasağın içselleştirilmesini ya da öznenin mazoşizmini(sonuçta ikisi de aynı şeydir)

kabul etmemiz gerekirdi. Bu noktada özne iktidara dahil olur” (Foucault, 1994/2003: 74). İnsan yaşamına dahil olmayan bir otorite ya da iktidar anlayışından söz etmenin mümkün olmadığı açıktır. Foucault’da iktidar aynı zamanda normalleştirici bir nosyonla tüm toplumsal kurumlar içinde üretildiği haliyle anlaşılmaktadır.

Disiplin düzeneğinin her yerdeki varlığı tarafından taşınan, tüm hapisane aygıtlarından destek alan normalleştirici iktidar toplumumuzun başat işlevlerinden biri haline gelmiştir. Normallik yargıçları bu iktidarın her yerinde mevcuttur. Öğretmen-yargıç, hekim-yargıç, eğitimci-yargıç toplumundayız, bunların hepsi de normalleştirici olanın hüküm sürmesini sağlamakta; ve her biri bulunduğu yerde bedeni, hareketleri, tutkuları, hal ve gidişleri, yatkınlıkları, performansları tabi kılmaktadır (Foucault, 1975/1992: 389).

Bu bağlamda iktidarın olağanlaştığı, toplumun çeşitli katmanlarında içiçe geçtiği çoğul bir gücün söz konusu olduğu söylenebilir (Foucault, 1975/1992: 393). İktidarın merkezi” bir güç çekirdeği değil de çeşitli unsurlardan- duvarlar, mekan, kurum, kurallar, söylev- oluşan çoklu bir şebekesi olduğunu vurgular. Böylece iktidarın basit, statik ve tekil bir biçimde anlaşılamayacağı açıktır. Giddens da modern toplumlarda iktidarın gizil denetim süreçleri içerisinde yürütüldüğüne dikkati çeker. “Formel otorite mevkilerini işgal eden kişilerin bazen, ipleri perde arkasından idare edilen kuklalar oldukları siyasi hayatın kabul edilmiş bir olgusudur” (Giddens, 1995/2001: 220). Bu bağlamda resmi otorite yapılarının gerçek iktidarı maskeleyebilen özelliğine dikkati çekilmektedir.

İktidar ilişkilerinin çok yönlü olarak bulunduğu ifade edilebilir. “İktidar ilişkileri, bir kadınla erkek arasında, bilenle bilmeyen arasında, ana babayla çocuklar arasında, ailede vardır.... Aslında iktidar ilişkileri güç ilişkileridir, her zaman tersine dönebilen çatışmalardır. Tamamen muzaffer olan, dolayısıyla tahakkümü sınırlandırılmayan iktidar ilişkileri yoktur” (Foucault, 1994/2003: 175-176). İktidar ilişkileri ile bu ilişkilerin gerçekleştiği düzlemlerden sadece biri olarak devletteki iktidarı karıştırmamak gerektiğinden Foucault söz etmektedir:

Bu küçük iktidar ilişkilerinin genellikle büyük devlet iktidarı tarafından ya da büyük sınıf tahakkümleri tarafından yönetildikleri, teşvik edildikleri doğru olsa da, ters yönde, bir sınıf tahakkümünün ya da bir devlet yapısının ancak tabanda bu küçük iktidar ilişkileri varsa iyi işleyebileceğini söylemek gerekir. Her bireyin etrafında, onu ebeveynlerine, işverene, öğretmenine-bilene, kafasına falanca fikri sokana- bağlayan tüm iktidar ilişkileri demeti yoksa, devlet iktidarı olabilir mi, örneğin devlet iktidarı askerlik görevini dayatabilir mi? (Foucault, 1994/2003: 176).

“Foucault, iktidarın kaynağını belli bir yapı ya da kurum içerisindeki belli bir

merkez ya da tepe noktasına yerleştiren bütün çözümlemeleri reddeder” (Sarup, 1993/1997: 115). Dolayısıyla iktidar çok merkezli bir yapı olarak değerlendirilmelidir. Foucault, toplumsal, kültürel ve siyasal yaşamlarımızın tümüne yayılan karmaşık ve kendine özgü, cezalandırıcı müeyyidelerle değil toplumsal düzende yürürlükte bulunan norm ve değerleri içselleştirmeye ikna ederek emniyet altına alan anlayışı ileri sürer (Sarup, 1993/1997: 116). Bu anlamda iktidarın öznelerin kendi rızalarıyla benimsemesi olgusuna dikkati çekilmesi önemlidir.

Otoriteyi tanımanın, başkasının iradesine boyun eğmenin kaynağı, boyun eğenin yaptığı olumlu bir tercih olduğunu belirten Galbraith (1983/2004: 33,170-171) etkinliği ile katıldığımız fikir ve değerleri bize normal, kabul görmüş ya da tabii gibi gösteren niteliğinden söz eder. “İktidarın özü otorite kullanarak tanımlama hakkıdır ve iktidar mücadelesinin başlıca konusu, tanımlama, hasım kamptan gelen tanımlamaları geçersiz kılma ve göz ardı etme hakkının edinilmesi ve elde tutulmasıdır” (Bauman, 2001/2011: 254). Otorite kavramıyla yakın anlamda kullanılan iktidar kavramının çeşitli şekillerde ilişkili olabileceğibelirtilmiştir.

1.4.Otorite ve İktidar İlişkisi

En basit şekliyle “meşru iktidar” olarak tanımlanabilecek olan otorite, başkalarının davranışlarını etkileme hakkıdır ve bir zorlama veya manipülasyondan ziyade, kabul edilmiş bir itaat ödevine dayanır. Bu anlamda otorite, “meşruluk veya haklılıkla” örtülü bir iktidar biçimi olarak tanımlanabilir (Heywood, 2010: 24). Vergin bu iki kavramın kökenlerindeki kullanımına ve farklılığına dikkati çekmektedir;

Otorite ve iktidar kavramları arasındaki farklılığa bakıldığında ise, otoritenin Latincesinin “auctoritas”, iktidar kavramının Latincesinin ise, “potestas” olduğu görülür. “Auctoritas”, toplumun ya da halkın güvenine mazhar olanlar için, “potestas” ise, sadece yasal olan siyasal iktidarı tarif etmek için kullanılır. Örneğin Roma’da bazı imparatorların sadece “potestas”ı yani iktidarı varken, bazılarının ise, “potestas”ın yanı sıra “auctoritas”ı da vardı. Bu iki sözcük daha sonra Batı dillerinde “autorite- authority” ve “pouvoir-power” şekline dönüşmüştür. Buna paralel şekilde, Weber de otorite ve iktidar arasındaki bu farklılığı vurgulamaya çalışmıştır (Vergin, 2008: 47).

İktidar ve otorite arasındaki bu ince ancak anlamlı farklılık onların icra alanlarında daha açık görülebilir. “İktidar buyurur ve gerektiğinde zorla uygulanarak ayakta tutulur, otorite ise etkiler; ödüllendirme onun işi değildir ve zorla uygulandığı taktirde otorite olmaktan çıkar” (Sartori, 1987/1996: 204). Otoritede gücün etkisi ikinci planda olmasına karşın iktidar daha zorlayıcı biçimde

somutlaşmaktadır. Sartori (1987/1996: 205), “otorite birşeyin yapılmasını (veya yapılmamasını) buyruğa değil haklılığa dayanarak ister veya önerir” ifadesiyle otoritenin, hak ve meşruiyetle ilişkisini vurgular. Bu bağlamda otorite aslında iktidardan tam olarak ayrılmamakta, diğer bir deyişle bu ayrım yapay kalmaktadır. “Otorite iktidarın meşru olduğu yönündeki kanaate ve fikir birliğine dayanır” (Erdem, 2005). Bu yönüyle otorite ve iktidar kavramları meşruiyet temelinde birleşmektedirler. “İktidarın meşru olması onu otorite niteliğine kavuşturur ve ona rıza gösterilir” (Erdem, 2005). Bu anlamda zaman zaman birbirini yerine kullanılan iktidar ve otorite kavramları “tanınma” ile “rıza” kavramlarıyla yakın ilişkili olarak değerlendirilmektedir. Duverger (1975: 190), başkalarının otorite dediği kavramı kendisinin iktidar olarak nitelendirdiğini belirterek etkinin özel bir tipinden söz eder. Gruplar bu etkiye boyun eğler, çünkü meşru, yani grup norm ve değerlerine uygun görürler. O halde iktidar meşru olan bir etki (ya da güç)dir; diğer etki biçimleri bu özelliği taşımazlar (Duverger, 1973/1975: 191). Bu anlamda iktidarın otorite ile aynı anlamda kullanıldığı ve aynı işlevleri amaçladığı ifade edilmektedir.

Otoriteyle ilgili bir diğer kavram “güç”tür. Zaman zaman iktidarın diğer ifadesi olabilmektedir. Güç kavramının doğası farklı biçimlerde nitelenmiştir. Hobbes, otoriteyle ilgili olarak “kudret” kavramını kullanır. “Bir insanın kudreti, genel olarak ele alınırsa, iyi gibi görünen gelecekteki bir şeyi elde etmeye yarayan şu anki araçlarıdır ve ya doğal ve araçsaldır” (Hobbes, 1651/2012: 72). Yine bir insanın çok sayıda insan tarafından sevilmesini veya insandan korkulmasını sağlayan herhangi bir nitelik; veya böyle bir niteliğin şöhreti de kudrettir, çünkü bu, insanların yardım ve hizmetini elde etmeye yarayan bir araçtır (Hobbes, 1651/2012: 73). Hobbes’ın kişideki bir niteliğin kudret olmasını sağlayabileceğini söylemesi önemlidir. Başarı da kudrettir, çünkü bilgelik veya iyi talihe ilişkin bir şöhrete yol açar, bu ise insanların ondan korkmasına ve ona güvenmesine neden olur (Hobbes, 1651/2012: 73). Waters (1994/2010: 329), bazı toplumsal varlıkları (tek tek aktörler, kolektif aktörler ve ya yapıları) kapsayan gücün benzer varlıklar ve diğerleri için belirli sonuçlara sahip olduğunu ve başkalarının eylemlerini kontrol edebilen bir toplumsal varlık olabileceğine dikkati çeker. Burada tek tek aktörlerin güç(iktidar) oluşturması ve bireylerin eylemlerinin kontrolüne vurgu yapılması önemlidir.

Weber, otorite kavramıyla bağlantılı olarak güç ve egemenlik kavramlarını açıklar. “‘Güç’ (Macht) bir sosyal ilişki içinde, bir aktörün hangi temele dayanırsa dayansın, direnmeyle karşılaşsa bile istediğini yapabilme konumunda olma ihtimalini ifade eder. Egemenlik (Herrschaft), belli içerikteki bir emre, belli bir grup insanın itaat etme ihtimalini anlatır” (Weber, 1922/2012: 40). Eylem kavramıyla “güç” kavramı arasında mantıksal bir ilişki olduğunu düşünen Giddens, eylem-güç ilişkisini basitçe şöyle açıklar:

Eylem doğası gereği belirli sonuçlara ulaşmak için araçların kullanılmasını gerektirir; bu sonuçlara, bireylerin olayların akışına doğrudan müdahalesiyle yani aktörün – yapması ya da yapmaktan kaçınmasının bir alt kategorisi olan-‘niyetli eylem’ sayesinde ulaşılır. Güç bireylerin bu ‘araçlar’ı oluşturmak için kaynakları harekete geçirebilme kapasitesini anlatır. En genel anlamında güç insan eyleminin *dönüştürme* kapasitesini anlatır (Giddens, 1976/2003: 147).

Görüldüğü üzere güç insan eylemlerinde egemenliği ifade etmektedir. “İnsan aktörlerin dönüştürme kapasitesi anlamında ‘güç’, aktörün –seyrini değiştirmek için- olaylara müdahale yeteneğine işaret eder; bu sıfatla güç, niyetler yahut istekler ile peşinden gidilen amaçların fiilen gerçekleşmesi arasında arabulucu bir rol üstlenen ‘yapabilmek’/‘edebilmek’tir” (Giddens, 1976/2003: 148). Bir anlamda gücün ortaya çıkan eylemler üzerindeki etkisi ele alınmaktadır. “En dar, ilişkisel anlamında ‘güç’, etkileşimin bir özelliğidir ve amaçlara ulaşma yeteneği olarak tanımlanabilir; amaçların gerçekleştirilmesi, burada, *başkalarının* eylemlerine bağlıdır” (Giddens, 1976/2003: 148-149). Bu anlamda bazılarının başkaları ‘üzerinde güç sahibi olmada bir potansiyel üstünlük nitelikleri ön plana çıkmaktadır. “Etkileşimde güç kullanımı kaynaklar ve olanaklar temelinde kavranabilir; etkileşimde yer alanlar, bu kaynak ve olanakları etkileşimin üretiminin unsurları haline getirerek kullanır ve böylece etkileşimin akışını yönlendirirler” (Giddens, 1976/2003: 150). Etkileşimin temel dinamiği bu bağlamda kaynak ve olanaklar temelinde yer değiştirmektedir. Böylelikle güçle iletişimin yakın bir bağı olduğu anlaşılmaktadır.

Kuvvet(strenght) su götürmez bir biçimde tek olan, bireysel bir şeyi niteler. Kuvvet, bir nesne ya da kişide içkin(inherent) olan ve onun karakterine ait olan bir niteliktir; bu nitelik başka nesne ya da kişilerle ilişkilerde kendini gösterebilir, ama özde onlardan bağımsız olarak mevcuttur (Arendt, 1970/2014: 55). Bu bağlamda kuvvetin başlı başına ontolojik temeli ifade edilemektedir.

Marx açısından güç kavramı egemen sınıf ilişkileri bağlamında

değerlendirilmiştir. “Marx’a göre bir toplumdaki baskın görüş, değer ve inançlar o toplumun yönetici sınıfının görüş, değer ve inançlarıdır” (Heywood,2004/2012: 155). Böyle olduğu için güç, burjuva ideolojisinin sınıfları sömürme ve kontrol sistemi olarak ele alınmaktadır. Burjuvaziye ait düşünce ve teorilerin etkisiyle aldatılmış, sömürülen proletarya sınıfı, Engels’in “yanlış bilinç” olarak isimlendirdiği haliyle, kendilerinin sömürdükleri gerçeğini gizleyen bir durumla karşı karşıya kalırlar (Heywood,2004/2012: 155). Marks’ın düşünce kontrolü aracı olarak gücü üst yapının alt yapıyı belirleme süreci olarak değerlendirme eğiliminde olduğunu söyleyebiliriz.

Heywood (2004/2012: 183), güç ile otorite arasında şu tür bir farklılığa işaret eder; “güç, ödüllendirme ve cezalandırma imkanına dayanarak diğer kişilerin davranışlarını etkileme *kabiliyetidir*. Buna karşın otorite, itaat yükümlülüğünü kabul eden insanları etkileme *hakkıdır*.” Görüldüğü üzere burada gücün sosyal kontrol mekanizması olarak işlevine dikkati çekilirken otoritenin rızaya ve gönüllülüğe dayalı bir itaate bağlı olduğu ve ayrıca bunu uygulayanlar açısından bir “hak” olarak görüldüğü ifade edilmektedir.

Otoriteye genelde eleştirel olarak yaklaşılmıştır. Tanımı gereği sorgulanmayan itaati gerekli kılmasından dolayı tüm otorite çeşitleri bireye bir tehdit olarak değerlendirilebilirler. Heywood (2004/2012: 171), “Bu anlamda özgürlük ve otorite arasında devamlı bir pazarlık söz konusudur: Otoritenin alanı genişledikçe özgürlüğün alanı daralır” ifadesinde otoritenin kişi özgürlüğüyle ters orantılı olduğuna dikkati çekmektedir. “Otorite ayrıca akla ve eleştirel anlayışa tehdit olarak görülmüştür. Otoritenin şartsız ve sorgusuz itaati talep etmesinden dolayı boyun eğme, sorumluluktan kaçma ve diğerlerinin kararlarına eleştirisiz güvenme ortamı doğurabilir” (Heywood, 2012/2004: 172). Burada toplumsal yapı ve ait olunan kültürel çerçeveyi de hesaba katarak oluşan böyle bir güven bazen işlevsel olsa da zaman zaman eylemin anlamdan bağını koparabilir. Milgram ünlü otorite araştırmasında⁴ toplum tarafından otorite kabul edilen kişilere şartsız güvenin neticesinde insanların bilinçlerini ve değerlerini bir kenara koyarak verilen emri ne denli körü körüne yerine getirdiklerini göstermesi açısından ilginçtir. “Otoritenin gerçekleştirdiği itaat tehditle sağlanan itaatle aynı değilse de kişinin kendi

⁴ Ayrıntılı bilgi için bkz. Milgram, S.(2009). Obedience to authority : an experimental view. New York: HarperCollins Publishers Inc.

yargısından(kararından) vazgeçmesini gerektirir” ifadesiyle Barry (1981/2003: 106) otoritenin bireyin özgürlüğünü sınırlandıran yönüne vurguda bulunmaktadır. Aynı şekilde Barry otoritenin rasyonel eylemden bağımsız olamayacağını altını çizer: “Bir bilimsel topluluktaki herhangi bir kişi, unvan ve ya makamdan dolayı değil, bilgiyi akılcı testlere göre geliştirmedeki başarısından dolayı bir otoritedir” (Barry 1981/2003: 107). Böylece akıl ve bilgi temelinde bireyin kararlarına etki eden bir otorite baskısı söz konusu olmaktadır.

Biz çalışmamızda iktidarın mikro olarak gündelik yaşamlardaki yansımalarını ele alan Foucault’nun yaklaşımını çerçevemize uygun olarak değerlendirmekteyiz. Bununla birlikte Foucault’nun “otorite” kavramı yerine “iktidar” kavramına daha çok vurgu yaptığı görülmektedir. Ancak çalışmalarıyla hastane ve hekimliğin incelenmesine yeni bir çıkış açan Foucault’nun iktidar kavramının hekimliğin otoritesini açıklamadaki yerini yadsımak olanaksızdır.

Otorite kavramı bizim anladığımız çerçevede de devletin karar mekanizmasıyla biçimlenmesinden görece az olarak etkilenen, bürokrasi mekanizmasıyla güçlenmiş, mesleki bilgi ve uzmanlıkla elde edilmesinin yanında toplumsal olarak rıza ile belirlenmiş, bireylerin gönüllü katılımını gerektiren yapıdadır. Bu bağlamda iktidarın normalleştirme, bilgi, hapsetme ve panoptikon gözetleme biçimleriyle somutlaşmasının ardından hekimlikte ne şekilde gerçeklik kazandığı araştırmanın temel noktasıdır. Otoritenin toplumun tüm katmanlarında üretildiğine ilişkin bu genel değerlendirmenin detaylarını incelemek mümkündür ki bunlardan ilki bilgi alanındaki somutlaşmasıdır.

1.5.İktidar ve Bilgi

Batıda modernleşme ile birlikte tüm dünyaya yayılma eğilimi gösteren bir bilimsel bilgi egemenliği söz konusudur. “Özellikle çağın teknolojik güçlerini kullanan bu yayılma, tek bir bilgi türünün, daha doğrusu, belli bir düşünme, değerlendirme ve hayat tarzının yerleşmesini bilimsellik adına teklif etmektedir” (Tuna, 2005: 31). Postman, modern bilimin gelişmesiyle Avrupa’da kurulan Ekole polytechnique⁵ okulunun “bilimsel bir kibirle” hareket eden bazı üyelerinin “doğa bilimlerinin metoduna yönelik coşkusu insan zihninin gücünün bir sınırı

⁵ Vatan, Bilim ve Başarı için sloganını taşıyan ve 1794’de Fransa’da kurulan Ekole polytechnique ağırlıklı mühendislik eğitime dayalı ve çok ciddi seçici bir sınavla öğrenci alan kurumdur. Savunma Bakanlığına bağlıdır ve A. Comte, H. Poincare gibi tanınmış bilimciler bu okuldaki mezun olmuşlardır.

olmadığına ve özellikle bilimsel araştırmanın gücünün sınırı olmadığına inanmalarına neden oldu” (Postman, 1993/2013: 140) ifadesiyle bilimin gücüne duyulan aşırı inancı vurgular. “Bu çerçevede bilginin yaygınlaştırılmasının belli egemenlik ilişkilerinin sürdürülmesi ve bazı yapıların korunması ile ilgili olduğu çıkarılabilir” (Tuna, 2005: 86). Bu ilişkilerin en temel alanlarından biri olan sağlıkta da bilginin gücü ortaya çıkar.

Tıbbi otoritenin toplum içerisinde bir güç olarak ön plana çıkması açıklanırken mesleki gereklilik olarak bilginin ayırıcı yönü vurgulanmalıdır. Foucault’ya göre iktidar bilgiye, bilgi de iktidara eklenmektedir, kendisi de bunu ortaya çıkarmaya çalışır. “İktidarın falanca keşfe, filanca bilgi biçimine ihtiyacı olduğunu söylemekle yetinmemeli, iktidar işleyişinin bilgi nesneleri yarattığı, bunları ortaya çıkardığı, enformasyon biriktirdiği ve kullandığı da söylenmelidir (Foucault, 1994/2003: 35). Dolayısıyla iktidarın bilgi ile ilişkisi birbirini üretecek biçimde sürer. “Bilgi olmadan iktidarın sürdürülmesi olanaksızdır, bilginin iktidar doğurmaması olanaksızdır” diyerek Foucault (1994/2003: 36), bu ikilinin birbirinden kopamayacağını belirtmektedir. Lukes otoritenin ayrıcalıklı bir bilgiye sahip özel bir nitelikle farklılaşmasına değinir:

Başlangıçta, Romalılar için ve ortaçağlar boyunca auctoritas terimi bazı insanların, kendilerine itimat veya itaat edilmesi için karşı konulmaz bir gerekçe sağlayan bir tür özel statüye, niteliğe ve ya hakka sahip olmasını ifade etti; bu, bir tür kuruculuk eylemiyle, geçmişteki bir başlangıçla veya kutsal bir varlıkla özel bir ilişkiden ya da belli hakikatlere özel bir yolla erişebilmekten veya bunlara ilişkin özel bir bilgiden kaynaklanabilirdi (Lukes, 2006: 899).

Burada özel bir statü ve özel bir bilgiden kaynaklanan otoriteye vurgu yapılması önemlidir. Bauman (2001/2011: 160) ise modernleşmede eylem gücü ile bilmenin birlikteliğine dikkati çekerek genellikle eylemekle, şeyleri olduklarından farklı hale getirmenin ve değişimin güç kullanmakla ilişkisine, bu birlikteliğin, bilginin uygulayıcılarını otoritenin en üst safına çıkardığına değinmektedir. Eskiden bitkilerin tedavisinin doğrudan hastalar tarafından kullanılması örneğinden yola çıkarsak günümüz modern tıbbi bilimin bu bitkilerin etkin maddesini üretmesi farklı bir egemenlik geliştirmelerinin de modelini oluşturmaktadır. Tuna (2005: 82) “burada asıl önemli olan iddia edilen bilimselliğin ötesinde bitki ile hasta arasında bulunan doğrudan ilişkiyi kaldırıp kendi ilişki biçimini koymasıştır” diyerek ilaç nesnesinin insan ilişkilerini dönüştürdüğüne dikkati çekmektedir. Neticede belki de “bunlar kocakarı

ilaçlarıdır” şeklinde bir vaz’etme biçiminin de söz konusu olabileceğine değinen Tuna (2005: 82), “böylelikle bitki ile insan arasındaki bağımsız ve doğrudan ilişki ve bireyin özgür seçimi yerine ilacın içine katıldığı sistemin ilişkilerinin” geçerli olmaya başladığını vurguluyor. Böylece dolaylı yollardan ortaya çıkan yeni bir ilişkinin üretildiğinin belirtilmesi önemlidir. Bu bağlamda ilk çağlardan beri antik Yunan filozoflarında temel olan, Rönesans’tan sonra ise bilimle yeniden tanımlanan rasyonalizm düşüncesinin yansımalarını görmek mümkündür. İşte bu bakış genelde bilgi özelde de bilim alanında ortaya çıkacak otorite ilişkilerinin çerçevesini ortaya koyar.

Foucault bilim dallarının iktidardaki rolüne değinir. Klinik tıp, psikiyatri, çocuk psikolojisi, çalışmanın rasyonelleştirilmesi ancak teknolojik sistemlere özgü bu bağdan itibaren ve disiplin unsurunun içinde oluşabilmişlerdir (Foucault, 1975/1992: 281). Disiplin mekanizmalarının görünüşte yenilendiklerini, aslında disipline özgü olan iktidar-bilgi şemasının yoğunlaştırılmış ve biçimselleştirilmiş bir şekil altında yeniden üretildiğine değinen Foucault (1975/1992: 284) tıbbi ve psikiyatrik görüşme ile okul psikolojisi gibi alanların düzeltmeyi üstlenmiş rollerine vurgu yapar. Galbraith (1983/2004: 40), eğitim kurumları yoluyla iktidarın icrasına zemin hazırlayan düşüncelerin geliştirildiğini dolayısıyla, başkalarının iradesine memnuniyetle boyun eğmeleri gerektiğinin öğretildiğini savunur. Okullarda yürütülen cinsel eğitim tarzındaki programların da gerisinde otoriteye atfedilen önemin, amacın iktidar sağlamaya dayandığından söz edilebilir (Galbraith, 1983/2004: 41). Bilginin okul ortamında aktarımının da gerekçesi olarak bir iktidar ilişkisini görmek mümkündür. Foucault, okulun okuma yazma öğretme, bilgi aktarma olmadığını, bir tür dayatma olduğunun gösterilmesi gerektiğini düşünmektedir (Foucault, 1994/2003: 48). “Bu dayatmayı teşhis etmeye çalıştığımız ilk alanlardan biri olan psikiyatri ile ilgili olarak da durum budur. Psikiyatrik aygıt iyileştirmek için değil, belli bir insan kategorisi üzerinde belirli bir iktidarı işletmek için kurulmuştur” (Foucault, 1994/2003: 48-49). Foucault iktidarın nüfuz etkisinin daha sinsi ve derin olduğunu belirtir. İktidar bedeni çalıştırır, davranışa nüfuz eder, arzu ve zevkle iç içe girer, işte onu bu çalışma içinde suçüstü yakalamak gerekir; yapılması gereken şey bu analizdir, bu da güç bir şeydir (Foucault, 1994/2003: 49). Bu şekilde yaşamın ve bedenin derinliğine sızmış bir iktidar olgusundan söz etmek önemlidir.

Foucault (1975/1992: 277) iktidarın biçim değiştirerek kendini sinsice nesnelleştiren bir biçime dönüştüğünü; hükümdarlığın debdebeli işaretlerini seferber etmek yerine, bunu üzerlerinde icra edildiği kişilere dair bir bilgi oluşturmakla gerçekleştirdiğini belirtir. “Tıp hem bedeni ve nüfusu, hem organizmayı ve biyolojik süreçleri konu alan ve böylece disiplinci etmenlere ve düzenleştirci etmenlere sahip olacak bir bilme- iktidardır” (Foucault, 1997/2008: 258). Modern örgütlenmelerin öncüllerinin aksine, daha özgürlükçü baskı düzenleri kullanmakta olduğunu belirten O’neill (2007) da aynı noktanın önemini vurgulamaktadır.

Hoffman bilginin hekimlik alanında olağanüstü ilerlemesine “paternalizm” kavramıyla vurgu yapar. Öncelikle tıbbi bilgi olağanüstü biçimde gelişmiştir, hastanın bu bilgiye erişimi tam anlamıyla imkansızdır. İkincisi tıbbi bilginin objektif olması dolayısıyla bireyin bakış açısı dikkate alınmaz, sübjektivizm yoktur. Modern tıp ahlaki tıbbı meydan okuyarak zayıf ya da acı çeken bireye yardım etme görevini terk etmiştir (Hoffman, 2003). Üçüncüsü ise teknolojik bilgi incitici niteliklere sahiptir. Çünkü hastalık kişinin farkındalığından bağımsızdır. Hekim hastalara testler yoluyla hastalığın teşhisini koyarak onu hasta yapar (Hoffman, 2003). Dördüncüsü olarak teknolojinin sağlık alanına aşırı derecede uygulanmasıdır. Kolektif emirlerle bireysel otonomiye sınırlandırır, kişisel tercihleri azaltır (Hoffman, 2003).

Tıbbi biginin uzmanlaşma ve teknolojik yeniliklerin eklemlenmesiyle var olan gücünün katlandığı görülebilir. Dolayısıyla bilgi ve onun sağlık mesleklerinde yetenekle birlikte insan yaşamında önem kazanması toplumda hekimliğin ayrıcalıklı konumlarını açıklamaktadır. Bilgi ile sağlanan denetimin bedenden bağımsız olamayacağı, çünkü temel hedefin bedenle ilgili olduğu açıktır.

1.6.İktidar ve Beden

Hekimliğin önemli bir otorite olmasını bedenle ilişkisini açıklamadan ortaya koymak mümkün değildir. Çünkü modernleşmenin başlangıcından beri bedene olan yaklaşımın farklılaşması iktidar ilişkisindeki yerinin tanınması açısından gereklidir. Yüzyıllardır insan bedeni savaşlarda birincil araç olarak kullanılmıştır. Modernleşme ile birlikte insan bedeni tıbbi gelişmelerin etkisiyle farklı metallerden destek alarak bu niteliğini devam ettirmiştir. “Beden –tıp mesleğinin kritik rol

oynadığı- birçok farklı disiplin, gözetim ve kontrol biçiminin odağı haline gelmiştir” (Turner, 1995/2011: 244) ifadesinde bedenin nesneleştirildiğine vurguda bulunmaktadır. Virilio (1977/1998: 63) ortopedinin gelişmesiyle birlikte ordudaki iktidarın fiziksel özürülleri (sağır, dilsiz ya da kambur) işlevselleştirerek güçsüz bedenlerle kitle üzerinde bir hareket diktatörlüğü uyguladığından söz eder.

Bedenin iktidar nesnesi ve hedefi olarak denetlendiği birçok örnek bulmak söz konusudur. Foucault eylemin zamansal yoğunlaşmasının önemine değinerek bedenin disipline edilmesine ordudaki davranıştan esinlenerek, trampetin sesiyle ayakların aynı çabuklukla, aynı adımla atılmasını örnek gösterir (Foucault, 1975/1992: 187). Bir cins anatomik-kronolojik davranış şeması kendini tanımlamaktadır. Eylem unsurlarına bölünmüştür; bedenin kol ve bacakların, eklemlerin konumu tanımlanmıştır; her harekete bir yön, bir genişlik bir süre tahsis edilmiştir; bunların birbirlerini izleme düzeni hükme bağlanmıştır. Zaman bedene nüfuz etmekte ve onunla birlikte iktidarın tüm kılı kırk yaran denetimleri de nüfuz etmektedirler. Aynı zamanda beden ile jest bir korelasyon içine sokularak, bir jest ile onun etkinlik ve hızlilik koşulu olan bedenin bütüncül tutumunun arasındaki en iyi ilişkiyi dayatmaktadır (Foucault, 1975/1992: 188). Modernleşme sürecinde zamanın özneye uyumlu boyutunun dönüştüğünden Elias bahsetmiştir. Elias (1988/2000;15)’a göre; yeniçağda, kullanılmaya başlanan saatler, sosyal faaliyetlerin yanı sıra, insan müdahalesine maruz kalmamış katıksız doğal olayların sürelerini belirlemede kullanılan enstrümanlar olarak da yepyeni bir özellik kazandılar.

Çağdaş toplumda bedenin düzenleyici inançlar ve uygulamaların bir şantiyesi haline getirildiğini dile getiren Turner (1994/2002: 280)’a göre tıp teknolojisiyle, transseksüel ameliyat, estetik ameliyat, dişçilik ve benzeri yollarla kendi bedenimizi yaratma fikri en azından orta sınıflar için gerçek bir seçenek haline gelmiştir. Foucault, beden-nesne eklemlenmesini “bedenin aletsel şifrelenmesi” olarak adlandırarak yeni bir iktidarın üretildiğinden söz eder; “İktidar bedenle kullandığı nesne arasındaki temasın tüm yüzeyine sızmış bulunmaktadır. İktidar tarafından dayatılan yönetmelik düzenlemesi aynı zamanda işlemin inşa edilmesinin yasasıdır” (Foucault, 1975/1992: 190). Otoritenin bedenleri nicel çoğunluk içinde ve bürokratik düzenlemelerle dönüştürdüğünden söz edilebilir.

Virilio insan bedeninin klasik çağ boyunca “metabolizma-taşı” olarak

görüldüğü sürece dikkati çeker. Bu bağlamda akıl hastalarının bedenleri, cellatlar, sahipler, hakimler ve doktorlar tarafından yapılan muamelelerle günden güne izlenir, sonrada “tıbbi” silahlara elektroşoktan önce kullanılan yakma, iğne yapma, tırnakları ve saçları sökme gibi yöntemlere ulaşılır (Virilio, 1977/1998: 88). Görüldüğü üzere beden tıbbi kontrol araçlarıyla denetime tabi tutulmuş ve düzenlenmiştir. Virilio (1977/1998: 89), bu denetlemenin “metabolizma-taşıt” olarak görülen insan bedenini kontrol etme biçiminin bugün de psikanalizle bilinç dışı bir atıfla sürdürüldüğünü belirtir. Foucault bir dizi bürokrasiyle bedenın işlemlerini denetlemeye ve düzenlemeye rasyonalist ve maddeci yaklaşımların katkı sağladığını belirtir; “La Mettrie’nin makine-insan⁶ aynı anda hem ruhun maddeci indirgenişi, hem de genel bir terbiye etme teorisidir; bunların merkezinde, çözümlenebilir bedene, yoğrulabilir bedeni ekleyen “itaatkarlık” kavramı hüküm sürmektedir” (Foucault, 1975/1992: 169).

Aynı şekilde bedensel denetim ve disiplinin bilgisayar aracılığıyla sürdürüldüğü, bunun da hastanelerde daha yoğun tecrübe edildiği bilinmektedir. Bazı eserlerde ise hastane gibi mekanların toplumun normal sınırları dışından kalanları ayırıcı bir biçimde inşa edilmesinden söz edilmiştir.

Disiplinle beden bir yandan artırılmak istenen bir “yatkinlik”, bir “kapasite” haline getirilmekte, öte yandan da enerji ve gücü dönüşerek bağımlılığı artmaktadır (Foucault, 1975/1992: 171). Baudrillard da bedenın bir tüketim nesnesi haline getirilerek dönüştürüldüğünden söz ederek, özgürleşme biçiminde yeniden keşfinden ve reklamcılığın, modanın içerisinde ele alınmasından yola çıkarak örneklendirir:

Bin yıllık bir püritanizm çağından sonra, fiziksel ve cinsel özgürleşme biçimi altında bedenın “yeniden keşfi” ve reklamda, modada, kitle kültüründeki (çzellikle de dışıl edenin ki bunun neden böyle olduğunu açıklamak gerekecek) mutlak-varlığı -bedenin etrafını kuşatan sağlık, perhiz, tedavi kültü, gençlik, zariflik, erillik/dişillik saplantısı, bedenle ilgili bakımlar, rejimler, fedakarca uygulamalar, bedeni kuşatan Arzu söyleni-bunların hepsi bedenın günümüzde kurtuluş (salut) nesnesine dönüştüğünün kanıtıdır. Beden bu ahlaki ve ideolojik işlevde tam anlamıyla ruhun yerini alır (Baudrillard, 1970/2004: 163).

“Diyet” kelimesinin “rejim” ya da “yönetme” anlamına geldiğine dikkat çeken Turner (1994/2002: 281), diyet yapma fikriyle bedenimizin yönetiminin ya da

⁶ Makine-insan ; La Mettrie’nin canlıların biyolojik özelliklerinin tıpkı bir makine sistemine dayandığı maddeci anlayışa göre tasarlanmış bir özellikte olduğu varlığı nitelendirir.

tenimizin kontrolünün söz konusu olduğunu vurgulamaktadır. “Geleneksel Hristiyanlıkta cesedi kontrol ederek ruh üretme amaçlanmasına karşın modern toplumlarda bunun tersi bir şekilde bedeni zevk üretmek için kontrol ederiz ve bedenin yüzeyini bir cinsel sembolün sistemi olarak geliştirmek için diyet yaparız” (Turner, 1994/2002: 281). Turner (1994/2002: 282), çağımızda da bu tür bir bedensel denetleme aracının yaşlanmanın inkar edilmesini netice verdiğini ifade ederek bedensel güzellik fikrinin bu geleneksel diyet uygulamasını tersine çevirdiğini ve bedenin kontrolüyle cinselliğin fetişleştirilmesini yolunun açıldığını dile getirir.

Bedenin denetimi yoluyla geliştirilen otorite biçiminde güzelliğe hem erkek hem kadınlar için vurgu yapılmaktadır. Söz gelimi birçok gelişim ve iş dergisinde ilginin kişinin kendi bedenine yönlendirilerek jest ve mimiklere kadar eğitilerek tanınması amaçlanmaktadır. Güzel olmanın iş düzeyindeki başarı gibi beden düzeyinde seçilmiş olma göstergesi olduğunu vurgulayan Baudrillard (1970/2004: 168-169) güzellikle birlikte yöneten cinselliğin ön plana çıktığını, narsistik yeniden kuşatma yoluyla *bedenin değerli kılınmasını* sağlayan bir buyruğu içerdiğini dile getirir. Sanatla bütünleşen tıbbi otoriteye Virilio (1998/2003: 52) insan ölü bedenlerinin bir sergide⁷ ortaya konulmasıyla örnek vererek bunun gerekçesinin de “burada mesele son kalan tabuları da parçalamak” olarak belirtildiğine dikkati çeker. Burada tabuların yıkılması adı altında aslında bedenlerin ne şekilde nesneleştirildiğinin belirtilmesi önemlidir. İktidar sanata eklenerek yaşayan bedenlere olduğu kadar, ölü insanlar üzerinde de denetim kurarken, serginin bir doktor tarafından açılması dikkat çekicidir.

Bedenin iktidarla ilişkisinin bir boyutu da cinselliğe yönelik yaklaşımlardır. Foucault (1994/2003: 164), zamanla cinselliğin insan varlığı için en önemli şey olduğunu kabul eder hale geldiğimizi, bireyin cinselliğinin anlaşılmasıyla, kabaca, özünde ne olduğunun, yaşamının, varlığının, kaderinin ne olduğunun da anlaşılacağını söylemeye kadar vardığımızı vurgular. Özellikle cinselliğin, psikanalizm yoluyla meşrulaştırılarak bedenin tıbbileştirilmesinin psikolojik boyutuna değinilmiştir. Fromm materyalist düşüncenin etkisinde kalan Freud’un, tüm ruhsal-tinsel olguların dışında kalan her şeyin fizyolojik nedenlere bağlı olarak

⁷ Virilio (1998/2003: 52) “Bedenlerin Dünyalar”ı isimli bu serginin 1998’de Mannheim’de Doktor Gunter von Hagens tarafından açıldığını, 200 cesedin antik heykeller gibi sunulduğunu, 780 bin kişinin bu sergiyi ziyaret ettiğini dile getirir.

açıklanma alışkanlığından dolayı sevginin, nefretin, tutkunun ve kıskançlığın cinsel içgüdü'nün çeşitli biçimleri olarak görülme eğiliminin yanlışlığını ileri sürmüştür (Fromm, 1956/2004: 105). Modern toplumlarda bu durumun gündelik hayatta yeni bir bakış açısı sunduğunu Foucault (1994/2003: 164) şöyle açıklar: “Bir yanda cinselliğe genel olarak değer yüklenmesi vardır, hiçbirimizin yakasını bırakmayan bu bilinç vardır ki buna göre cinsellik kişi için en önemli sorundur ve kişi kendini tanımak istiyorsa cinselliğini sorgulaması gerekir.” Böylece cinselliğin bireylerin bilinçlerine kadar işlediği vurgulanmaktadır. “Bunun sonucu da cinselliğin, bir sorun ya da sıkıntı olduğunda psikiyatra, psikanaliste, psikoloğa, seksoloğa, tedavi uzmanına başvuru, tıbbileştirilebilir bir nesne olmasıdır” (Foucault, 1994/2003: 164-165). Yaşam içine sızarak sağlık edimlerine cinselliğin eklemeli olduğu söylenebilir. Böylece bireyin normal davranışları bile tıbbi bakışla değerlendirilmektedir. Foucault ortaçağda cinselliğe yönelik katı kurallarla birlikte açığa çıkarma merakının da yoğunlaştığı, paradoksal bir anlayışı dile getirir.

Edep kuralları giderek katılaştı, fakat aynı zamanda günah çıkartanların boşboğazlığı da arttı. İnsanların bazı şeylerden ulu orta söz etmeleri yasaklanıyordu, fakat onlara günah çıkartma sırasında sorulan ayrıntıları düşünün; özellikle tüm dikkatlerini cinsellikleri üzerine, arzuların değişik hareketleri üzerine, yüreklerinde ve bedenlerinde olup biten her şeye yönlendirmelerinin istendiğini düşünün. Bu ilişkinin yaygınlaşması, özünde, dayatılmış olan sessizliğin altında derin bir meraka işaret eder (Foucault, 1994/2003: 165).

Foucault günümüzde bu ilginin tıbbi-bilimsel dünyayla insan yaşamının üzerinde bir otorite uygulandığını “Bugün, görece tehlikeli bir ortamayız, şu anlamda ki, cinselliğe gösterilen çok güçlü, çok tıbbi bir ilgi, cinselliğin normalleştirici bir iktidara boyun eğmesi riskini taşır.” şeklinde belirtir ve buna karşı olarak onun serbest olmasına yönelik hareketlerin yaygınlaştığının altını çizerek (Foucault, 1994/2003: 166). Cinsellikle bedenlerin nesneleştirilmesine Bauman (2003/2012b: 65) benzer bir açıdan yaklaşarak “cinselliğin laboratuvar ve terapistin muayenehanesinde yerli yerinde görülme eğiliminde” olduğunu, yalnızca “bilim insanlarının projektörü altında kendisi için ve başkaları için görünür” olduğunu vurgular. “Cinsiyet modern toplumsal yapının sayısız bölmesinin inşasında kullanıldı” (Bauman, 1997/2013: 216) ifadesi onun toplum ve iktidar yapılarından bağımsız olamayacağını örneklendirmektedir. Bauman (1997/2013: 217), cinselliğin yaygınlaşmasının özgürleşme süreci ile eşanlı olarak olamayacağını, önceden olduğu gibi cinsiyetin bugün de “araçsal” olduğunu belirtir ve “denetimin mekan ve kimlik sorunlarının örgütlenmesinin *serbestleş(tiril)mesi* ve

özelleş(tiril)mesi süreci” ne dikkati çeker. Giddens’in “plastik cinsellik”, “arı ilişki” ve “birliktelik aşkı” (“confluent love”) kavramlarına gönderme yapan Bauman, cinselliğin birleşmeden kaynaklanan hazzı indirgenerek sosyal ilişkileri ve aileden uzaklaşmanın yolunu açtığını, “cinsiyetle aile arasında bir boşanma” yaşandığını vurgular (Bauman, 1997/2013: 218).

Foucault cinsellik ile ilgili etki ve yasaklardan çok onun üzerine konuşmaya, konuşulduğu yer ve bakış açılarına, konuşmayı kışkırtan, üzerine söyleneni toplayan ve yayan kurumlara yani söyleme dönüşmesine odaklanmaktadır (Foucault, 1984/1993: 18). Dolayısıyla cinselliğin genişleyen alanının ifade edilmesi önemlidir.

Yine aynı bağlamda önem taşıyan nokta, iktidarın hangi biçimlere girerek, hangi kanallardan geçerek, hangi söylemlerin yanından sıyrılarak en ince ve en kişisel davranışlara ulaştığını, hazzın en ender ya da belirsiz algılanan biçimlerine varmasını hangi yolların sağladığını, gündelik hazzı, içine girerek nasıl denetlediğini bilmek olacaktır. Tüm bunlarsa ret, engelleme, saf dışı bırakma olduğu gibi kışkırtma, çoğaltma gibi yollarla da, kısaca iktidarın “çokbiçimli yöntemleri”yle gerçekleştirilir (Foucault, 1984/1993: 18).

Bu anlamda iktidarın tek yönlü olmadığı, farklı yollarla kendini kabul ettirdiğinin belirtilmesi önemlidir. Foucault (1984/1993: 18-19). “baskıcı varsayımın, “hayır” anlamı taşıyan bu öğelerinin-yasaklar, retler, sansürlerin- yalnızca hiç de salt kendilerine indirgenemeyecek bir söyleme geçirme, bir iktidar yöntemi, bir bilme istencinde oynayacak taktik ve yerel rolleri bulunan parçacıklar” olduklarını düşünmektedir. İktidarın söylemle ilişkisinin çok yakın olarak ele alındığı anlaşılmaktadır.

Hayatın tamamına yayılan bir cinsellekle iktidar kurma olasılıkları da tartışılmıştır. Her yerde cinselliğin patlaması ve erotizmin tırmanmasının gözlemlendiğini savunan Baudrillard (1970/2004: 184). cinselliğin kitle iletişiminin tüm anlam alanlarını gösterisel bir biçimde üst belirleyen tüketim toplumunun “baş sayfalarındaki konusu” haline geldiğini, “görmeyi ve dinlemeyi gerektiren her şeyin cinsel bir tını aldığını” dile getirir. Cinselliğin, bu durumda toplum içerisinde yaygınlaşarak alanının genişlediğine ve yaşamın tüm parçalarına sızdığına ulaşmak mümkündür. Cinselliğin tüketimle de ilişkisi Baudrillard tarafından dile getirilmiştir.

Kodlanmış bir cinsel göstergeler oyununda her yana yayılmış, ama sözdiziminin inceliyle yok edilmesinin yerini sadece kapalı ve totolojik bir güdülemeye bıraktığı cinselin saydamsız gerçekliğinde üzeri karalanan, sansür edilen yok edilen derin

anlam, simgesel işlev, fantazmatik ifade, cinsel göstergelerin somut yayılımıdır. Anlamlandırma düzeyinin ta kendisinde etkili olan bu sistemli terörizmde tüm cinsellik özünden uzaklaşır ve tüketim maddesine dönüşür (Baudrillard, 1970/2004: 191).

Foucault bilgi ve söylemle insanlar üzerinde iktidar sağlamanın 17. yüzyıldan günümüze dek farklılaştığını, cinsellik bağlamında da vurgularken sınırlarının belirlendiği ve belli düzlemlere indirgendiği kadar ne şekilde yayıldığını açıklamaktadır. “Hiç kuşkusuz yeni ağırbaşlılık kuralları sözcükleri süzdü: Dile gelenin disiplini kuruluyordu. Aynı biçimde anlatılar da denetimdeydi” (Foucault, 1984/1993: 23). Böylece sessizlikle gelen bir sınır koyma ve buna bağlı bir biçimlendirme söz konusuydu.

“Nerde ve ne zaman hangi durumda, hangi konuşmacılar arasında ve hangi toplumsal ilişkiler içinde cinsellikten söz etmenin mümkün olmadığı çok daha kesin biçimde belirlendi; böylece örneğin ana babalarla çocuklar, öğretmenlerle öğrenciler, efendilerle hizmetçiler arasında mutlak sessizlik olmasa bile hiç olmazsa incelik ve nezaket bölgeleri saptandı” (Foucault, 1984/1993: 23- 24).⁸

Bu bağlamda sessiz bir iktidar biçiminin geçerliliğini sürdürdüğü, ilişkilerin duyusal boyutunun böylece biçimlendirildiği vurgulanmaktadır. Yeni öğretiye göre cinselliğin adı ihtiyatsız bir biçimde anılmamalıdır ama görünüşleri, bağıntıları, etkileri en ince ayrıntısına kadar izlenecektir. Foucault, Batı insanının üç yüzyıldır cinselliği üzerine her şeyi söyleme çabasına bağlı oluşunu, cinselliğe ilişkin söylemin sürekli yüceltilmesi ve gittikçe daha çok değer kazanma, isteğin kendisine ilişkin yer değiştirme, arttırma yönlendirme ve onu olabildiğince yayma süreciyle ilişkili olmasıyla açıklar (Foucault, 1984/1993: 29). Foucault 18.yy’dan sonra nüfusa yönelik sağlık, hastalık ve beslenme gibi niteliklere bağlı olarak beden bağlamında yeni bir denetim ve kontrole yönelik ilginin arttığına, bunun da devletlerin cinsellik sorununa yönelik politikalar geliştirmedeki süreciyle ilişkisine değinir (Foucault, 1984/1993: 31-32). Dolayısıyla daha genel ve soyut düzeyde bir bedenin üzerinde hesaplanabilir hale getirmeyle bir otorite uygulanması söz konusudur.

Kısaca iktidarın bedenden ayrı tutulmasına olanak yoktur. İktidar bir yandan modern toplumda doğrudan beden üzerine tıbbi ve psikolojik müdahalelerle denetleme kurarken diğer yandan bedenin tüm etkinliklerini kontrol eden dolaylı

⁸ Foucault özellikle günah çıkartmada -ve belki de başka günahlar zararına –bedene ilişkin tüm değindirmelere gittikçe ne denli daha fazla önem verildiği örneğinden yola çıkarak bu çelişkiyi açıklar ve yapılan pekiştirmelere değinir: “Düşünceler, istekler, şehvete ilişkin imgeler, zevkler, ruhla bedenin uyumlu devinimleri, artık tüm bunlar hem de ayrıntılı bir biçimde günah çıkartma ve yönlendirme işleminin kapsamına girecektir” (Foucault, 1984/1993: 25).

biçimlendirme araçlarından da yararlanmaktadır. Psikanalizm ve cinsellik de bu iktidarı pekiştirmektedir.

1.7. Tıbbileştirme

Bedenlerin üzerinde uygulanan iktidarın bir diğer boyutu da tıbbileştirme olarak değerlendirilebilir ki günümüzde medikalleştirme söylemi daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Medikalleştirme, tıbbın daha önceden yetki alanında olmayan hayat yönlerinin tıbbi problemler olarak değerlendirilmeye başlanması olarak tanımlanmaktadır (Clarke vd., 2003). “Medikalleştirme aslında rasyonel bilginin tıba aktarılmasıyla ortaya çıkan, bedenlerin daha sağlıklı, etkili, güvenilir ve yeterli olarak üretimi şeklinde dönüşümünü amaçlayan bir nosyona gönderme yapar” (Turner, 1992: 21). Psikiyatri alanında yapılan çalışmaların tıbbileştirmeyi sağlamaya ne denli meşruiyet kazandırdığını Foucault ifade etmiştir;

Delilik fenomeni adım adım tıba eklenmeye, deliliğin bir hastalık biçimi olduğu ve sonuçta normal bile olsa herkesin deli olabileceği ölçüde hasta olma ihtimali olduğu kabul edilmeye başlandı. Bu tıbbileştirme, gerçekte varlığın genel olarak tıbbileştirilmesi demek olan daha geniş bir fenomenin bir cephesiydi (Foucault, 1994/2003: 155).

Bu anlamda akıl hastalığı yoluyla tıbbileştirme olgusu daha genel bir tıbbileştirmenin bir boyutunu ve alt ölçeklerden birini gösteriyordu. Szasz sigara içmeden obeziteye, çocuk idaresine kadar çok sayıda kişisel alışkanlıklar ve problemlere bakışın İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra değişerek bunların, “hastalık” olarak tanımlanmaya başlandığını ve ayrıca birçok ilacın serbest piyasadan çıkarılarak sadece hasta olarak tanımlanmış ve isimlendirilmiş reçeteli hastalara verilmeye başlandığını belirtir (Szasz, 2007: 41-42). Dolayısıyla hastalıkları tanımlama yoluyla bir söylemin kontrolü söz konusu olmaktadır.

Günümüz Avrupa ülkelerinin çoğunun adli kurumunda böyle bir tıbbileştirmenin sürdürüldüğünü ifade eden Foucault (1994/2003: 156), işlenen suçla psikolojik güdülerin ilişkisinin sorgulandığını, çocukluğunda yaşadığı bozuklukların, aile ortamındaki düzensizliklerin bağlantısının kurulmaya çalışıldığını, nihayetinde olayların anında psikolojikleştirildiğini; psikolojikleştirilmenin de tıbbileştirilmek anlamına geldiğini belirtir. “Sağlık bilinci” kavramının neredeyse dini bir karaktere büründüğünü ileri süren Ackerknecht (1945), toplumda sağlık problemleriyle özellikle zihinsel hastalık problemleri ile

ilgilenme takıntısı ortaya çıktığından söz eder. Bauman (2003/2012b: 70) “akışkan modern hastalıklar”dan söz eder. “Doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası evlilik krizleri (ya da partnerler arası krizler) tıpkı anoreksi⁹, bulimia¹⁰ ve bir yığın alerji çeşidi gibi, özellikler “akışkan modern” hastalıklardandır”. Dolayısıyla modernleşme kendi hastalıklarına yenilerini eklemektedir. Tedavi vaadi ile hastalıkların artması adeta bütünleşmektedir. Baudrillard (1970/2004: 216), “Sürekli sizin bakımınızı üstlenen bir toplumun ideolojisi sizi iyileştiren ve özellikle de potansiyel hasta olarak iyileştiren bir toplum ideolojisinde doruk noktasına ulaşıyor” derken hayata yayılan bir tıbbileştirmeye vurgu yapıyordu. Foucault iktidar ilişkilerinin ve bir bilgi oluşturma sürecinin dönüştüğünü açıklar;

Kesintili ve hızlı olan eski teftiş, hastayı adeta sürekli bir muayene durumunun içine koyan düzenli bir gözleme dönüştürülmüştür. İki sonuçla birlikte; o zamana kadar dış bir unsur olan hekim iç hiyerarşide dinsel personelin üstüne çıkmaya ve onlara muayene tekniği içinde belirgin ama ast bir rol vermeye başlamıştır; o tarihlerde hastabakıcı kategorisi ortaya çıkmaktadır: her şeyden önce bir yardım yeri olan hastanenin kendine gelince, burası bir eğitim ve bilgi verme yeri haline gelecektir... (Foucault, 1975/1992: 233).

Görüldüğü üzere hastane ve hekim normal işlevinin ötesinde dini alanın rolünün üstünde bir otorite olarak görülme eğilimine dönüşmektedir. Tıbbileşmenin farklı boyutları ifade edilmiştir.

“Öncelikle medikalleşmeden ilk akla gelen, normal ve arzu edilen davranışın ne olduğunu belirlemede tıbbın gücünün artmasının verdiği davranış ve koşulların tıbbi kavramla yorumlanması” (Weiss ve Lonnquist,2009: 137) anlamında kullanılmasıdır ki daha çok tıbbi söylemlerin hakim olmasına göndermede bulunur. Bunun yanında “ikinci olarak da tıbbi pratiğin arzu edilmeyen sapma davranışlarını kontrol altına alan, değiştiren ve gideren bir uyum mekanizması olarak değerlendirilmesidir” (Weiss ve Lonnquist,2009: 137).

⁹ Anorexia nervosa, vücut imajının yanlış algılanmasına bağlı, yemekten kaçınmayla belirgin ağır durum; kişi çok zayıf olmasına karşın kendini çok şişman kabul eder (Güler, 2012: 21). Kişinin, normal vücut ağırlığını, minimum düzeyde de olsun koruyup sürdürmeyi reddetmesi olarak tanımlanan anoreksi hastalığı, vücut şekli ve büyüklüğünü algılayışta ciddi bir hoşnutsuzluk ve kilo almayla ilgili oluşmuş yoğun bir korkunun toplamı olarak özetlenebilir. Genellikle ergenlik çağındaki kızlarda görülen anoreksi yeme bozukluğu hastalığı, ayrıca ergen erkeklerde ve yetişkin kadın-erkeklerde de ortaya çıkmaktadır. Zayıf olmayla ilgili saplantılı takıntılar geliştiren anoreksi sahibi insanlar, aşırı derecede kilo kaybeder ve çok zayıf olmalarına rağmen kendilerini şişman bulurlar.(Ayrıntılı bilgi için bkz. <http://www.kemalsayar.com/KategoriDetay-Olumune-zayiflamak--Anoreksia-Nervoza-56.html>).

¹⁰ Bulimia nervosa, (kusma hastalığı) bir abur cubur seansından sonra, yani fazla yemekten sonra, kişinin istemediği fazla kalorilerden kurtulmak için kusma yolunu seçtiği bir hastalıktır. Bu kalorilerden kurtulmak için hasta ya kusar ya da laksatif kullanır. Ayrıntılı bilgi için bkz. <http://www.msxslabs.org/forum/psikoloji-ve-psikiyatri/90790-bulimia-nervosa-kusma-hastaligi.html#ixzz3oLNBm1VS>

Aslında bu bağlamda tıp mesleğinin güç alanının yayıldığını, davranışları kontrol etme, normalleştirme aracına dönüştüğü savunulmaktadır.

Medikalleşme esnek bir kavram olarak da değerlendirilmektedir. Medikalleşen bir durum zamanla, tıbbi olmayana, ya da tekrar medikalleşmeye doğru gidebilir. Örneğin homoseksüellik 1970 yılından sonra resmi olarak normal bir durum olarak kabul edilmeye başlanmıştır ki bu demedikalleşme olarak değerlendirilmektedir (Conrad, 2007: 7). Aynı şekilde bir dönem normal doğum yönünde çalışmalar yapılırken, bugün yeniden hastane ortamında doğumun yeniden ön plana alınması söz konusu olmaktadır ki buna da yeniden medikalleşme denmektedir (Conrad, 2007: 7). Hastaneyi adeta “*modern katedral*” olarak nitelendiren Illich (1981/2011: 56), bu kurumun sağlık düşkünlerinden oluşmuş bu hiyerarşik ortamda egemenliğini sürdürdüğünü vurgular. Turner (1992: 22), tıbbileşmenin bir anlamda rasyonelleşme sonucu oluştuğunu ifade eder; Bedenin medikalleşmesi, dinin tıp, hukuk ve yönetimden ayrılması sonucunu; bu da hekim ve din adamının işlevlerinin ayrılarak ahlaki düzenleme görevinin kiliseden kliniğe geçtiğini vurgular. Endüstri sonrası toplumların kolektif sendromu olarak yorgunluk böylece derin anomalilerin, refahın “işlev bozukluklarının” alanına dâhil olur. Bu bağlamda sekülerleşme ile birlikte nasıl ki dini kurumların işlevlerinde azalma söz konusu ise tıbbi kurumların işlevlerinde de aynı şekilde diğerine ters olarak artma olduğunun vurgulanması önemlidir.

“Yüzyılın yeni hastalığını” yorgunluk olarak tanımlayan Baudrillard fiziksel değil sinirsel nedenlerden “depresif olmaktan” ve psikosomatik konversiyondan¹¹ söz eder (Baudrillard, 1970/2004: 236). Genelleştirilerek bireyler tarafından geliştirilen gerekçeler birçok istenmeyen davranışın nedeni olarak değerlendirilir. “Herkes sinirleri tarafından köşeye sıkıştırılmış olmanın hırçın zevkiyle sanki yeni bir kanıta sığınır gibi bu açıklamaya sığınabilir” (Baudrillard, 1970/2004: 236). Aslında bir nevi kendini temize çıkarmanın aracı olarak sağlığın, psikolojik sağlığın kullanıldığı, toplumun genelinde rastlanan mantığa bürünme mekanizmasına vurgu yapılmaktadır.

Sayar (2013: 48) modern salgınların ortaya çıkmalarının yaşama

¹¹ Yapılan tüm muayene ve tetkiklere rağmen hiçbir açıklama getirilemeyen, tümüyle nörolojik hastalıkları taklit eden psikiyatrik bir tablodur. Örneğin kişide epilepsi benzeri bayılmalar vardır. Video kaydı ile birlikte yapılan EEG çekimleri epilepsiyi hiçbir şekilde desteklemez. Ayrıntılı bilgi için bkz. <http://www.kemalarikan.com/konversiyon-bozuklugu.html>.

biçimlerimizle çok alakalı olduğunu ifade ediyor; “Kronik yorgunluk, huzursuz barsak, fibromiyalji, tıbben açıklanamayan bedensel belirtiler gibi bir dizi yaygın durum hastalık ile hastalık olmayan arasındaki gri bölgede duruyor”. Dolayısıyla aslında hastalıklaştırılan yaşam süreçlerinin ortaya çıkışına tanık olduğumuz söylenebilir. “Rekabetçi, mükemmeliyetçi, zaman baskısı hisseden, içsel huzur duygusunu yakalayamamış insanlar bu müphem sendromlara daha fazla yakalanıyorlar” (Sayar, 2013: 48). Hem kişilerin hem de yaşamın tıbbileştirildiğinden söz eden Foucault, çocuklardan örnek verir.

Çocuk ölümü, 18.yy. sonunda bile çok büyük orandaydı, fakat bu tıbbileştirme yaygınlaşmaya ve hızlanmaya devam etti ve şimdi aileler çocuklar karşısında neredeyse her zaman tıbbileştirici, psikolojikleştirici, psikiyatrikleştirici konumdalar. Çocuğun en ufak sıkıntısı, en ufak öfkesi, en ufak korkusu karşısında : Ne oluyor, ne oldu, memeden yanlış mı kestik, Oidipus’undan kurtulmaya mı çalışıyor diye soruyorlar. Böylece tıbbi düşünce, tıbbi kaygı tüm ilişkileri bozmuştur (Foucault, 1994/2003: 156).

Toplumda ortaya çıkan hastalıklar hekimler tarafından verilen çeşitli isimlerle insanların problemlerine aldatıcı bir çözüm sunar. ““Öğrenme yetersizliği, “hiperkinezi¹²”, ya da “minimal beyin disfonksiyonu¹³” 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” (İllich, 1981/2011: 112). Böylece tıbbi hastalık tanımlamaları birçok problemin gerekçesi sayılarak bireylerin rahatlaması sağlanır.

Psikanalizmin reklamcılıkla yeni bir tıbbileştirme biçimi olduğunu Baudrillard (1970/2004: 188) bilinçaltına bağlı olarak güdümlleştirme ile bunun yapıldığını dile vurgular. “İnsanların bir bilinç dışına sahip olduklarına, bu bilinç dışının reklamın “erotik” simgeselinde nesnelleştigine, yansıtıldığına, orada olduğuna inanmaları gerekir” diyen Baudrillard (1970/2004: 189), tüketim olgusunda insanın psikolojik yönünün araçsallaştırılmasının devreye girdiğini gösterir. “Konuşan ne arzu ne de bilinçdışıdır; konuşan, kültür, panayır laflarına, repertuvarına, retoriğine düşmüş psikanalitik alt kültürdür. İkinci düzey öyküleme, tam anlamıyla *alegoridir*” (Baudrillard, 1970/2004: 189). Böylece söylemlerde üretilen psikolojikleştirme yoluyla insan yaşamının denetlenmesinde rol alan tıbbileştirmenin söz konusu

¹² Birkaç kas veya kas grubunu hareket ettiren sinirlerin (motorik sinirler) değişik nedenlerle irkiltiye uğramasıyla, o kas grubunda olağanüstü ve oldukça kuvvetli kasılmaların oluşması. BSTS cerrahi terimler sözlüğü.

¹³ Minimal Beyin Disfonksiyonu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olarak nitelendirilen rahatsızlıktır.

olduğunu ifade edebiliriz. “Hastalık kavramı günbegün genişleterek, sağlıklı insanlar hasta olduklarına ikna ediliyor. Dünün mahcup çocukları, bugün toplumsal endişe bozukluğu tanısıyla ilaç alıyor” (Sayar, 2013: 49). Modern dönemin rahatsızlıklarına psikolojik açıdan bakıldığında yaygınlaşan stres davranışı üzerinde durulmaktadır. “Stres, aslında modern yaşamın zorlukları için bir metafor olarak ayakta duran ve modern hastalıkların tüm biçimlerine neden olarak görülen zamanımızın bir sloganı olmuştur” (Seale, 2012a). Böylece stres kavramıyla gerçekte var olmayan bir rahatsızlığın yaygınlaşarak bir söyleme dönüştüğünden söz edilmektedir. Böylece bir tür yeni bir tıbbileştirme olgusu toplumda geçerlilik kazanmaktadır.

Szasz ilaç sektöründe de hastalıkları tanımlamayla ilacın yaygınlık kazanması arasındaki ilişkiye dikkati çekiyor;

Mantık döngüseldir: “Prozac”ın popüler olması, depresyonun yaygın olduğunu gösterir, FDA’nın bu ilaca onay vermesi ve onun antidepresan olarak isimlendirilmesi depresyonun bir hastalık olduğunu kanıtlar. Prozac gibi antidepresanlar tanınan zihinsel hastalıkların tedavisi için geliştirilmişlerdir, mutluluk sağlama için değil. Burada tanınan (diagnosable) kelimesi, hükümet onaylı ve sigorta kapsamında anlamına gelen bir anlam koduna sahiptir. Amerika’da 11 milyon depresyona yakalanan insan vardır ve bunun sadece yüzde 30’u klinik yardım alır. Burada klinik kelimesi ilaçlı tedaviyi meşrulaştıran anlamında kullanılan kod anlamıyla kullanılır. Yasal olmayan ilaçlara verilen cezalar adam öldürme suçlarına verilen cezalardan fazladır...Böylece hem hastalıkların sınıflandırılması hem ilaçların belirlenmesi politik bir yön olarak tıbbın ön plana çıktığını göstermektedir (Szasz, 2007: 24-25).

Böylece tıbbi bakış açısı kendisini *nesneleştiriyor*, hayatın tüm alanlarına daha derinlemesine yayılıyor. Giderek daha çok eylem alanında tıbben tanımlanan ve enine boyuna yapılandırılan bir *gerçeklik* düşünmenin ve eylemin önşartı haline geliyor. “Tıbben şekillendirilen hukuk, “tıbben değerlendirilen” iş teknolojileri, çevre verileri ve çevre koruma ya da beslenme alışkanlığı normları” ortaya çıkıyor” diyor Beck (1986/2011: 318) topluma bu şekilde etki etmenin ve biçimlendirmenin vurgusunu yapmaktadır. Bu durumda tıbbın etki alanı genişleyerek hayatın birçok kademesinde kendine yer bulmuş olmaktadır.

Foucault modern devletin iktidar biçiminin değiştiğinden söz ederek seküler bir anlayışla insanların sağlık anlayışlarının biçimlendirildiğini de belirtir. “Bu bağlamda selamet sözcüğü farklı anlamlar kazanır. Sağlık, refah (yani yeterli ölçüde bir servet, yaşam standartı), emniyet, kazalara karşı korunma. Geleneksel pastoralliğin dinsel amaçlarının yerini bir sürü dünyevi amaç almıştı.” (Foucault, 1994/2005: 66). Tıp hem koruma hem de dinsel otoritelerin rolünü böylece üstlenir.

Bauman tıbbi genişlemeden birinin de ailelerin çocuk sahibi olma durumları olduğunu belirtirken cinsellikle bir çatışmayı vurgular; “Günümüzde tıp ile cinsellik “üreme”nin sorumluluğu için rekabet halindeler...Bu rekabetin sonucu kaçınılmazdır; tıp sayesinde; ama aynı zamanda tüketici yaşamı ticaret okulunun öğrenci ve kıdemlilerinin tıptan bekledikleri ve arzuladıkları sayesinde” (Bauman, 2003/2012b: 66). Dolayısıyla tıbbın otoritesinin üstün olacağından söz edilmekle birlikte bunun bir tüketim olgusuyla eklemleştirdiğini de ilave etmek gerekir. Tüketicinin hekimlikle kaynaşarak yaşamı dönüştürdüğüne teknolojinin etkin kullanımıyla doruk noktasına ulaşır. Kişinin gelişen teknolojiyle kendi seçtiği çocuğa sahip olabilmek imkanının giderek toplumda büyüleyici bir hal aldığını vurgulayan Bauman (2003/2012b: 66) bu büyüye kapılmayı arzulamamanın tecrübeli bir tüketicinin doğasına aykırı olduğundan söz eder.

Ayrıca çocuk bedenlerinin birer nesne algılanmasından azade olmadığı ifade edilmelidir. Çağımızda çocuğun öncelikle duygusal bir tüketim nesnesi olarak görülmesinden kaynaklanan probleme değinen Bauman tıp ile ekonominin sağladığı imkanlarla çocuk sahibi olma olgusundaki değişimi vurgular;

Tüketim nesneleri tüketicinin ihtiyaç, arzu ya da dileklerine hizmet eder; çocuklar da öyle. Çocuk anne, baba olmanın zevklerini ve sevinçlerini getireceği umuduyla istenir- bu sevinçleri ne kadar ustalık ve incelikli olursa olsun başka hiçbir tüketim nesnesi sunamaz...Bunun sonucunda...ticaret dünyası orijinal bebeğin üretiminde ve bakımında giderek daha büyük bir yer kazanmıştır (Bauman, 2003/2012b: 68).

Bauman (2003/2012b: 69), çocuk sahibi olmak ya da olmamanın artık çiftlerin kararına bağlı bir iş olduğunu, çeşitli gerilimleri, buhranları yanında baştan çıkarıcı tüketici zevklerin yitirilmesi ve ya ertelenmesi anlamını da taşıdığı düşünülürse modern çağda büyük bir fedakarlık olarak görülmesi gerektiğini belirtir. “Cazip donörler¹⁴ kataloğundan bir çocuk seçmeyi öneren şirketler ve ceninin genetik kodunu müşterilerin siparişleri üzerine oluşturan klinikler ilgili müşterilerin kışlaşacağından ya da işlerin azalacağından çekinmemektedir” (Bauman, 2003/2012b: 70-71). Böylece hekimlik yeni imkanlar sunarak yaşamın her alanına yayılmaktadır.

¹⁴ Kemik iliği naklinde hastaya kök hücrelerini veren kişiye donör adı verilir. Bir kişinin donör olabilmesi için hastayla uyumlu olması şarttır. Verici ile alıcı arasında yakın bir doku tipi uygunluğu yoksa, hastanın bağışıklık sistemi yeni kök hücrelerini yabancı olarak algılar ve onları yok eder. Buna gretfin reddi denir ve verilen hücrelerin başarısız olmasına yol açabilir. Hekimler, donör seçiminde, cinsiyete, yaşa, kan grubuna, boyuna, kilosuna v.b bakabilmektedir. Ayrıntılı bilgi için bkz. <http://www.kemikiligi.org/icerik.php?id=118>.

1.8. Normalleştirme ve İktidar

Modernleşme ile birlikte bir standartlaştırma nosyonunun da geçerli olmaya başladığı ifade edilebilir. Kitle toplumunun ortaya çıkmasıyla toplumsal alan, yüzlerce yıllık gelişiminin ardından nihayet belli bir toplumun bütün fertlerini eşitler olarak ve eşit bir güçle kucakladığı ve denetimi altına aldığı bir noktaya ulaşmıştır (Arendt, 1958/2012: 81). Bu bağlamda eşitleme ifadesinden insanların arasında her türlü farklılık yaratabilecek sivrilikler engellenmeye, çıkıntılar ortadan kaldırılarak düzleştirme eğilimi söz konusu olmuştur. “Toplum her koşul altında eşitlenir; modern dünyada eşitliğin zaferi, toplumun kamu alanını fethettiği ve ayırım ile farkın bireyin özel meselesi durumuna geldiği gerçeğinin siyasi ve yasal olarak tescili olduğu düşünülmektedir” (Arendt, 1958/2012: 81). Dolayısıyla yasal bir kılıfla iktidar fertleri ortak bir zeminde eşitleme potasına sokmaktadır. Bu normalleştirme nosyonuna sağlık alanında da rastlanmaktadır.

Normal ve patolojik kimlik ayırımı patolojikten kurtarmanın bir aracı olarak değerlendirilebilmiştir; Bernard, Comte’un söylem olarak ortaya koyduğu normallik kimliği’ni, sayısal, numaraya dayalı kesin bir anlayışla ele alarak tıpta uygulamak istemiştir (Canguilhem, 1966/1991: 44). Böylece bilim ve felsefe üzerinde uzun dönem etkisi olan biçimlendirme faaliyeti normalleştirme söylemi ile ortaya konmuş olunuyordu. Normalleştirme nosyonunda insanların ikili kategorilere ayrılması dikkati çeken bir sınıflandırma biçimi olmuştur. Foucault bunu aşağıda dile getirmektedir:

Tıbbileştirmeyle, normalleştirmeyle birlikte bir tür hiyerarşi oluşur: İş yapma yeteneği olanlarla bu yeteneğe daha az sahip olanlar, belli bir norma itaat eden, normdan sapan, ıslah edilemez olan falanca yöntemle ıslah edilebilir olan, başka yöntemler kullanılması gereken. Tüm bunlar; bireyleri normallikleri ölçüsünde dikkate almak, bence çağdaş toplumun büyük iktidar aygıtlarından biridir (Foucault, 1994/2003: 157).

Modern çağa geçişle gerçekleşen büyük dönüşüme değinen Mills, insanın kimyasal ve psikiyatrik yollarla sürekli denetim altına alınma durumuyla günümüzde ‘mutlu robotlar’ rolünü oynamaya yönelik eğilimlerini sorgular. (Mills, 1959/2000; 280). Mills, insanın kendi isteğiyle belirli bir biçimlendirme alanına yönelmeye neden olan koşulların yer aldığı bir dönemden geçtiğimizi ancak

bireyin temelinde yer alan özgürlükle bu durumun çeliştiğini ve insanın yabancılaşma yaşayabileceği sürece dikkati çeker (Mills, 1959/2000: 281).

Tıbbın sağlıktan çok normal olanı belirlemeyi içeren bir yönü olacağı ele alınmıştır. “Tıp organik, düz, ihtirassız, güçlü bir mutluluğun su götürmez şekilde ulusun düzeniyle, ordularının gücüyle halkının verimliliğiyle ve emeğinin sabırlı ilerleyişiyle bağıntılı olduğu ve iplerini modern ve bağımsız insanın elinde tuttuğu bir alanda yer alır” (Foucault, 1963/2002: 54). Bu noktada tıbbın bir normalliği belirleyen otorite olarak düşünülmesi dikkati çekicidir.

“Kültürlüleşmek zorunda olduğu gibi sağlığına ve beden bakımına özen göstermek zorunluluğu vardır. Bu bir tür saygıdeğerlik belirtisidir” (Baudrillard, 1970/2004: 180). Buradan yola çıkarak insanların beden ve sağlığa ait düzenlemelerle sosyalleşmeleri ve kültürlenmeleri arasında bir köprü kurulmuştur. Özellikle modernleşme ile kadınların bedenlerine yönelik yeni denetimden söz eden Baudrillard, bedeninin yöneticisi olan kadının bedenini güzel ve rekabet edecek şekilde tutmaya özen göstermesinin aslında işlevsel olanla kutsal olanın birbirine karışmasını beraberinde getirdiğinden söz eder (Baudrillard, 1970/2004: 180). Tüm bu pratikler aslında hekimliğin otoritesinde yeni bir açılım getirir ve Baudrillard (1970/2004: 180)’a göre “hekim kutsal göreve gösterilen saygı ile birlikte uzmanlıktan kaynaklanan saygıyı kişiliğinde toplar.”

Normal ve dengeli insan nosyonunun psikiyatrik tıbbi bir iktidarın “normalleştirici” iktidarı ve bunun bilgisiyle oluştuğunu ileri süren Foucault (1994/2003: 75) Szasz’ın ifadesinde önemli bir noktanın altını çiziyor; “...bazı insanları mimleyen, şüpheli gören, tecrit eden sorguya çeken pratik, onları büyücü olarak “tanıtan” pratik; engizisyon döneminde uygulamaya konmuş bu iktidar tekniği (dönüşüm geçirerek) psikiyatri pratiğinde yeniden karşımıza çıkıyor.”

Bir norm toplumu haline geldiğimizi belirten Foucault, bu toplumun çok daha başka bir kontrol sistemi gerektiğini belirtir (Foucault, 1994/2003: 77-78). “Bitip tükenmeyen bir görünürlük, bireylerin sürekli sınıflandırılması, hiyerarşikleştirme, nitelendirme, sınırların oluşturulması, teşhis koyma...Oluşturulmakta olan toplum bir norm toplumu olduğu anda, normalin ve patolojik olanın en üstün bilimi olan tıp bilimlerin kraliçesi olacaktır” (Foucault, 1994/2003: 78). Bauman modern tıbbi stratejinin bireyleri ölümden koruma ve tehlikeli alanlardan uzak tutma adına sürekli bir biçimde gözetim altında tutma ve

hastaneye yatırma yoluyla sağlanan soyutlama pratiğine dayandığına dikkati çeker (Bauman, 1992/2012a: 196). Bir nevi hastane bireyi dış dünyadan geçici izole eden yapay bir yerdir. “Tıbbi uygulamalar yalnızca dikkati yapılamayacak büyük şeylerden yapılabilir küçük şeylere çeker. “En büyük sorunlar” karşısındaki güçsüzlüğün küçük şeylere ilişkin kaygının aşırılığı ve şevkiyle telafiedilmesi (bastırılması?, gizlenmesi? sindirilmesi?) gerekir.” (Bauman, 1992/2012a: 197). Dolayısıyla aslında tıbbi uygulamaların oyalayarak gerçekleri gizleme gibi bir nosyonunun da olabileceği dile getirilmiştir. Zola (1973) tıbbın, hukuk ve dinin geleneksel rollerini kenara iterek, onlardan çok daha fazla sosyal kontrol aracı haline geldiğine, gerçeğin yeni hazinesinin sağlık olduğuna değinir.

Modern ceza adaleti mekanizmalarının “azaba yönelik” bir dip tarafı varlığını sürdürmektedir-bu dip tarafa tamamen egemen olunamamıştır, ama bedene yönelik olmayan bir cezalandırma anlayışı tarafından giderek daha geniş ölçüde olmak üzere üstü örtülmektedir (Foucault, 1975/1992: 19). Bu bağlamda modern çağ ceza anlayışını dönüştürmüş olmakla birlikte, gizliden gizliye bireyi belirli biçimde eyleme yönelterek gizil cezalandırma biçimi uygulamaktadır. Ayrıca yeni cezalar bedeni aşmaktadır. “Bedene verilen cezanın ortadan kalkmasıyla onun yerine bir bakıma “ruh” cezalandırılmaktadır. Demek ki yargıçlar, Avrupa’nın yeni ceza sistemlerini devreye soktuğu 150-200 yıldan beri yavaş yavaş, ama kökleri çok gerilere giden bir süreç içinde, suçlardan başka bir şeyi, suçluların ruhunu da yargılamaya başlamışlardır” (Foucault, 1975/1992: 22). Artık sadece suç değil öznenin gelişimi, eylemlerinin öngörülebilirliği ve nasıl ıslah edilebileceği de sorgulanmaktadır (Foucault, 1975/1992: 23). Böylelikle cezanın tedaviye eklemlendiğini söylemek mümkündür. Suçluların cezalandırılması aynı zamanda tedavinin bir parçası kabul edilmektedir;

“Tabii ki bir karar veriyoruz, fakat bunun kökeninde istendiği kadar bir suç bulunsun gördüğünüz gibi bu karar bizim için bir suçluyu tedavi etmenin bir yolu gibi işlev görmektedir. Cezalandırıyoruz, ama bu bir ifade biçimidir, aslında bir tedaviyi sağlamak istiyoruz” denmektedir (Foucault, 1975/1992: 27). Bu durumda disiplinle bir işlevsellik sağlandığından buna karşı koymanın da azalacağı, denetimin güçleneceği açıktır. “Disipline yönelik kurumlar adeta bir hal ve gidiş mikroskobu gibi işleyen bir mekanizma salgılamışlardır; bunların gerçekleştirdikleri ince ve analitik bölmeler, insanların etrafında bir gözlem, kayıt ve terbiye aygıtı

oluşturmuşlardır” (Foucault, 1975/1992: 217). Her vatandaşın tanımlanarak resmi surette kaydedilmesi, yani bir bireyi tüm diğer bireylerden ayırt eden bir göstergeler setinin kullanımı artık standart bir kurumsal pratik haline gelmiştir (Goffman, 1963/2014: 97). Bireyin bilgisini kaydetmek, onu standartlaştıracağı için kontrol altına alınmasına da olanak vermektedir. Bu husustaki gösterge tercihleri oldukça standarttır olduğunu belirten Goffman (1963/2014: 97) el yazısı ya da eşkal gibi değişmeyen biyolojik özellikler, doğum kaydı, ad soyad veya nüfus kayıt numarası gibi kalıcı kaydedilebilir şeylere vurguda bulunur.

Bu bağlamda daha ince bir otorite uygulama biçiminin geliştirildiği ifade edilebilir. Foucault cezalandırmanın aslında bir ıslah etme olarak bireyin toplumun geneline yayılmasına değinir. Nihayet büyük hapisane dokusu, toplumun içine dağılmış bir şekilde işlemekte olan disiplinsel düzenlemelerle buluşmaktadır (Foucault, 1975/1992: 282). Ancak cezalandırmanın biçimi değişmiştir. Daha önceki örgütlenmeler, verdikleri eğitimle daha fazla uyumlu hale gelen ve örgütlenmenin gidişatına daha kolay uyum sağlama yeteneğine sahip kişilerle ilgiliydi. Daha önemlisi insan davranışı artık daha iyi anlaşılmış ve daha kolay tahmin edilebilir hale gelmiştir. Bu yüzden de modern örgütlenme, önceki örgütlenmeler kadar iyi sonuçlar almak için aynı oranda uyumluluğa ihtiyaç duymamaktadır (O’neill, 2007). Bu bağlamda daha rasyonel biçimler altında müsamahalı bir sistemin öne çıkabildiği, ancak bunun denetimden azade olmak anlamına gelmediği anlaşılmaktadır. Uyumluluğun sağlanması sürecinin cezalandırıcı yönü zayıflamıştır. Doğrudan zorlama son çare olarak hala muhafaza edilmektedir ancak çok seyrek olarak kullanılmaktadır (O’neill, 2007).

Bu yeni iktidar ekonomisiyle birlikte ceza sisteminin tıbbi edimlere vurgu yapan tedaviyle eklemlenerek genişlediğini ifade etmek gerekir.

Bunların sürekli olarak dışavurulan “tıp iştahları” –uzman psikiyatlara başvurmalarından, kriminolojinin gevezeliklerine gösterdikleri dikkate kadar-, icra ettikleri iktidarın en belirleyici çizgisinin “doğasından” uzaklaştığını; bu iktidarın belli bir düzeyde yasaların hükmü altında, daha temel olan başka bir düzeyde ise normalleştirici bir iktidar gibi işlediğini göstermektedir; yargıçların “tedavici” ilamlar yazmalarına “yeniden uyumu sağlamaya yönelik” hapsedme kararlarını vermelerine neden olan onların ar duyguları ve insancılıkları değil de icra ettikleri iktidar ekonomisidir (Foucault, 1975/1992: 389).

Foucault tıbbi söylemin iktidarın hukuksal denetimlerde normalleştirme aracı olarak işlev gördüğünden söz etmektedir. Böylece tıp dili iktidarın aracına dönüşmektedir. Foucault itiraf mekanizmasında bile bir nevi iktidar ilişkilerinin

üretildiği kanısındadır. Ona göre bu itiraf ilişkisi özellikle Protestan mezhebinde yaygınlaşmıştır.

Reformdan sonra itiraf söylemi, günah çıkarma ritüeli içine yerleşmek yerine, bir anlamda, patlamıştır; kendini en iyi şekilde bilme, kendine en iyi hakim olma, kendi eğilimlerini gün ışığına çıkarma, kendi hayatını yönetme imkanları gibi, basitçe psikolojik diyebileceğimiz işlevleri olabilen bir davranış halini almıştır (Foucault, 1994/2003: 181-182).

Aslında psikolojik tedavi adı altında gelişen bir olgunun ne denli toplumda etkinleştiği gözlenebilir. Foucault bu itiraf mekanizmasının korkunç bir şekilde yaygınlaşıp, seanslara dönüştüğünü, bunun da ötesinde kişilerin aleni olarak en mahrem yaşantılarını, eşleri ile olan ilişkilerini radyodan anlattığını vurgular (Foucault, 1994/2003: 182). Dolayısıyla insanlar kendi söylemleriyle özel yaşamlarını temelinde ruhsal tedavi olarak düşündükleri bir gerekçeyle dışarıya yansıtmaktadırlar. Foucault 19.yüzyıldan sonra suçluların ıslah edilme biçiminde de bir cezalandırma mekanizmasının işlediği için itirafın kullanıldığını söz eder. “Ceza artık bir suçun karşılığı değil, suçluyu dönüştürücü bir işlem olduğunda, suçlunun söylemi, itirafı, kim olduğunun, ne düşündüğünün, ne arzuladığının gün ışığına çıkarılması kaçınılmaz oldu” (Foucault, 1994/2003: 183). Böylece aslında normalleştirme nosyonu ile tıbbileştirme devam eder.

1.9. Panoptikon ve İktidar

“Panoptikon, bir düzeyde gözetimin nasıl işlediğini inceleyen bir teori, başka bir düzeyde gözetimi modernite serüveninin içine yerleştirmekte kullanılan bir araçtır” (Bauman ve Lyon, 2013: 58). Aslında Bentham’ın bir fiziksel yapı olarak tasarladığı bu kavram daha sonra tıp dahil bir çok denetim ve kontrolün aracı olarak hizmet edecektir. Bauman panoptikonun hastane, hapisane ya da kamplar biçiminde insanların sınırlandırılmış mekanlar içinde bulunmasına neden olduğundan hareketle, bedenlerin faydalı bir iş için kullanılmasından ziyade gittikçe güçsüzleştirilmesine yol açan yerler olduğundan söz eder (Bauman ve Lyon, 2013: 62). Bu bağlamda genel bir kurum olarak böyle bir yapı aslında hastane özelinde maksadının tam tersi olarak etki ortaya koymaktadır. Foucault panoptikonun fiziksel niteliğinin anlatımında onun işlevini anlamamıza katkısı olabilecek çok ince ayrıntılar sunar;

Panoptikonun bulunmadığı hiçbir metin, hiçbir proje yoktu. Kural şudur: Çevrede halka şeklinde bir bina; ortada bir kule; kulede açılmış olan geniş pencereler halkanın iç

cephesine bakmaktadır. Çevre bina hücrelere ayrılmıştır, hücrelerin her biri bina boyunca derinlemesine uzanır. Bu hücrenin iki penceresi vardır: biri içeriye doğru açıktır, kulenin pencerelerine denk düşer; diğeri dışarıya bakarak, ışığın bir baştan bir başa hücreyi kat etmesini sağlar. Bu durumda merkezi kuleye bir gözlemci yerleştirmek ve her bir hücreye bir deli, bir hasta, bir mahkum, bir işçi ya da bir öğrenci kapatmak yeterlidir. ..Kısacası zindan kuralı tersine çevrilmiştir. Hücrenin apaydınlık hali ve bir gözcünün bakışı, karanlıktan daha iyi yakalar ki karanlık eninde sonunda koruyucudur (Foucault, 1994/2003: 86).

Bentham'ın panoptikonunun hasta, deli, mahkum herkese uygulanabilecek bir niteliği vardır. Görülmeden görmeye olanak veren düzenleme, sürekli görmeye ve hemen tanımaya olanak veren mekânsal birimler oluşturmaktadır (Foucault, 1975/1992: 251). Bentham böyle bir fiziki bir yapının bireysel kontrolü kolaylaştıracağını düşünmektedir.

Panoptikon yeni bir ilişki tarzına yönlendirmektedir. “Öylesine ki mahkumu iyi davranmaya, deliyi sakin olmaya, işçiyi çalışmaya okul çocuğunu özenli olmaya, hastayı tedaviye uymayı zorlamak için güç kullanmaya gerek kalmamaktadır” (Foucault, 1975/1992: 254). Burada dikkat edilirse genel bir mekanizma toplumun farklı kategorilerine otorite sağlamak adına uygulanabilmektedir. Panoptikon uygulamaları mahpusları cezalandırmaya, ama aynı zamanda hastaları tedavi etmeye, öğrencileri eğitmeye, delileri muhafaza etmeye, işçileri gözlemeye, dilencileri ve aylakları çalıştırmaya yaramaktadır (Foucault, 1975/1992: 258). Kısaca çoklu bir işleve sahip bir disiplin mekanizmasıdır. Bentham panoptikon'daki kurumların bu kadar hafif olması karşısında büyülenmekteydi: “artık demir parmaklıklar, zincirler, kocaman kilitler yoktu; ayırımların net ve açıklıkların iyi düzenlenmiş olmaları yeterliydi” (Foucault, 1975/1992: 254). “Görünmeden gözetleme” ilkesiyle kişiye gözetlendiği hissinin empoze edilerek, kendini sürekli olarak var olan otoritenin istediği şekilde kontrol etmesi sağlanır ve bu şekilde iktidar istediği otoriteyi sürekli kılar (Özdel, 2012). Kişisel bilgilerin bilgisayar veri tabanları yoluyla saklanması, işlenmesi pazarlanması ve dolaşıma sokulması yoluyla bir takım denetleme aracı olarak kullanılabileceğine dikkat çekilmiş, gözetimin standart özellikteki emniyet ya da güvenlikle ilişkileri dışında, çeşitli kurumlarca kişisel verilerin toplandığı veya birbiriyle ilişkilendirildiği bir dizi bağlam içinde ve çok daha bütünsel bir anlamda ele alınabileceği belirtilmiştir (Dolgun, 2005: 15). “Bu bakımdan toplumlar, enformasyon teknolojileri sayesinde, gözetim kapasiteleri sürekli ve düzenli olarak arttırılan toplumlara dönüşme tehlikesiyle karşı karşıya kalmaktadırlar” (Dolgun, 2005: 15). Panoptikonun farklılıkları

belirleyerek denetleme sağladığı söylenebilir. Böylece “hastalarda herkesin gösterdiği belirtileri, yatakların birbirlerine yakınlığını, çürük beden salgınlarının, salgın etkilerinin klinik tabloları birbirine karışmalarına olanak vermeden gözlemek” (Foucault, 1975/1992: 255) söz konusu olmaktadır. “Denetçilerin onlara bakıp bakmadığından, dikkatlerinin öteki kanatlara kayıp kaymadığından, uyuyup uyumadıklarından, dinleniyor ya da başka bir şey yapıyor olup olmadıklarından hiçbir zaman emin olamayan bu insanlar her an gözetim altındaymış gibi davranmak durumundadır” (Bauman, 1998/2010: 43). Benzer bir durumu hastane ortamında kalan hasta ve yakınlarının hissetmemesi düşünülemez. İkincil ilişkilerin gözlem nesnesi konumunda bulunan hastaların da kendilerini rahat bir biçimde hareket etme noktasında problemler yaşadıkları ileri sürülmüştür. “Denetçiler ve sakinler (ister mahkûm, işçi, asker, öğrenci, hasta ister başka bir şey olsun) içeride “aynı” mekânda otururlar ama taban tabana zıt konumdadırlar” (Bauman, 1998/2010: 43). Panoptikonun laboratuvar olma yanıyla deney yapma ve bireyleri terbiye etmenin aygıtı olarak da işleyebileceği belirtilmektedir.

İlaçları denemek ve etkilerinin sağlamasını yapmak, çeşitli cezaları mahpusların üzerinde bunların suç ve karakterlerine göre denemek, ve en etkin olanlarını araştırmak....Panoptikon insanlar üzerinde deney yapabilmek, ve onlarda sağlanabilecek dönüşümleri çok güvenilir bir şekilde çözümlemek konusunda ayrıcalıklı bir yerdir (Foucault, 1975/1992: 256).

Aynı zamanda bir hekim, hastabakıcı ya da diğer görevlilerin de eylemleri gözlenebilir, denetlenebilir. Panoptikon bir nevi iktidar laboratuvarı gibi işlemektedir (Foucault, 1975/1992: 257). Burada her iki aktörün eyleminin de kontrole tabi olduğu anlaşılmaktadır. Günümüzdeki bilgisayarlı hasta takip sistemini de buna örnek vermek mümkündür. Bu durumda da hem hastalar hem de hekimlerin tedavileri izlenebilmektedir. Bu iktidar olgusu aslında yaşamın bilgisayarlaştığı tüm günümüz yaşantılarına sızmaktadır. “Bilgi çağında kişisel veriler hakkımızda bir “dijital biyografi” yaratmak amacıyla kullanılışı dünyamıza giderek daha bürokratik ve gayrişahsi bir hüviyet kazandırıyor ve veri tabanlarından elde edilen istatistiki veriler, hayatın pek çok alanında belirleyici oluyor.” (Sayar, 2013: 183). Teknolojik gelişmeler bireylerin özel hayatına da rahatça dahil olabilmeyi imkan veren araçları sağlıyor. “Video kameralar kişisel anları kaydediyor, bilgisayarlar kişisel ayrıntı ve bilgileri depoluyor, iletişim ağları kişisel bilgiyi dünyanın kullanımına açıyor. Teknoloji giderek insan mahremiyetine kast ediyor” (Sayar, 2013: 183). Aynı şekilde bedensel denetim ve disiplinin bilgisayar ile sürdürüldüğüne

işaret edilmiştir;

Panoptikonun sibermekana taşınmış güncel bir versiyonu olarak elektronik veritabanı üzerine çalışma yapan Mark Poster, “bedenlerimizin, şebekeler, veritabanları, enformasyon koridorları içerisine çekildiğini” ileri sürer ve bu yüzden, bedenlerimizin deyim yerindeyse “enformatik olarak bağlandığı” bu enformasyon depolayan yerlerden hiçbiri “artık gözlenmekten kaçabileceğimiz ya da etrafına direniş hattı çekebileceğimiz bir sığınak sağlamamaktadır” (Bauman, 1998/2010: 60).

Foucault’ya göre bu şema, iktidarın üzerlerinde icra edildiği kişilerin sayısını artırırken, bu iktidarı icra edenlerin sayısını azaltabildiği için, her an müdahale edilebildiği ve suçların işlenmesinden önce bile etkili olduğu için, etkileri birbirine eklenen bir mekanizma oluşturduğu için, kendiliğinden ve gürültüsüzce uygulandığı için mükemmeldir (Foucault, 1975/1992: 258-259). Ayrıca panoptikon, bir mimari ve bir geometriden başka fizik bir araca sahip olmadan, bireylerin üzerine doğrudan etki etmekte; “zihne zihin üzerinde iktidar vermektedir” (Foucault, 1975/1992;259). Virilio (1998/2003: 32), elektronik gelişmelerin hat safhaya çıktığı bu dönemde özgürlüğün bir yanılsama olduğu, insanın kendi bedenlerinin, araştırılıp dönüştürülerek denetlendiğinden söz eder: Bu yeni optik-elektronik, hem gerçek zamanda “böbrekleri ve yürekleri” araştıran tıbbi bir uzaktan teşhisi, hem de sokağımızın her köşesinden başlayıp gezegenin tümüne yayılan küresel ve uzaktan denetimi içermektedir.¹⁵ “Kısaca iktidarın icrasının kuşattığı işlevlerin üzerine dışarıdan katı bir zorlama veya bir yerçekimi gibi değil de, hem kendi el koymalarını, hem de bu işlevlerin etkinliklerini artırmak üzere, onların içinde ince bir şekilde var olmasını sağlamaktadır” (Foucault, 1975/1992: 259). Panoptikon mekanizmasının iktidar ilişkilerini işletmesinde etkin bir rol oynadığı ifade edilebilir.

Panoptikon kurumu, fiili durumda o kadar titiz ve tam bir şekilde kapatılmıştır ki bir mahkum aynı anda hem rastlantısal, hem de sürekli olan bu teftişlere kolaylıkla tabi kılınabilir: ve yalnızca görevli denetçilerinkine değil, aynı zamanda halkinkine de; toplumun herhangi bir üyesinin, okulların, hastanelerin, fabrikaların, hapishanelerin nasıl çalıştıklarını kendi gözleriyle görmeye hakkı olacaktır (Foucault, 1975/1992: 260).

“Tek bir gözetmenin tek bir bakışla bu kadar çok sayıda ve farklı bireyi gözleyebilmesi için ince ince ayarlanmış olan bu Panoptikon aynı zamanda herkesin en küçük dereceli gözetmeni bile gözlemesine olanak vermektedir” (Foucault, 1975/1992: 260-261). Böylelikle bireylerin gözetlenerek kontrol altına

¹⁵ Elektronik perisi” kavramına vurgu yapan Virilio, elektrooptik aydınlatma ile siberuzayın sanal gerçekliğinin ortaya çıkışının kolaylaşacağını ve tele-teknolojiler aracılığıyla multimedya ağlarından oluşan mekanların küresel optikle panoptik görüşü yaratacaklarını savunmuştur (Virilio, 1998/2003: 61).

alınma olanaklarının geliştiği günümüzde bu olgunun tıbbi alanda uygulanması daha belirgin olmaktadır. Bununla birlikte günümüzde, elektronik araçlarla ve bilgisayarla desteklenmekte olan bu gözetim aslında sağlık sunucusu olarak hastane ve hekimlerin de dolaylı olarak denetlenebileceğini akla getirir.

1.10. Nesneleştirme

Günümüz toplumlarında insanlar makinelerle ve elektronik araçlarla daha yoğun bir biçimde karşılaşmaktadır. Aslında tıbbın iyileştirme için birinci derecede borçlu olduğu kişi bizzat hastanın kendisidir; çünkü tedavide en iyi araştırılan, en iyi test edilen en iyi kullanılan o anki hastadır (Canguilhem, 1989/2012: 54). Böylelikle hakkında veri alınan, bilgi toplanan birey tıbbi gelişmelere yarar sağlayan bir unsur konumuna gelmektedir. Foucault (1969/1999a: 232) modern çağla birlikte öznenin söyleminde tıbbi bilginin nesnelerden söz etmek için alan açtığını belirtir; bu anlamda klinik tıbbın bilgisi tıbbi söylemin öznesinin yerine getirebildiği bakma, inceleme, açıklama, kaydetme, karar verme fonksiyonlarının toplamıdır. Görüldüğü gibi burada tıbbi söylemin öznesinden söz edilerek, hekimlerin insanı tıp aracılığıyla denetleme ve kontrol gibi işlevleriyle ön plana çıktıkları vurgulanmaktadır. Dolayısıyla modernleşme ile birlikte Foucault özneye bakışın değiştiğini, değiştirildiğini düşünmektedir. “Modern özne, bir yanda hastaneler, klinikler, fabrikalar, okullar ve hapishaneler gibi kurumsal pratiklerde şekillendirilmekte, diğer yandaysa modern özneyi kuran pratikler yaşamın, çalışmanın ve benliğin anlamına ilişkin belirli pratik/felsefi yansımalara iliştilmektedir” (Tekelioğlu, 2003: 4).

Gözetimin hasta-hekim ilişkisinde ortaya çıktığı dönüşümden söz edilebilir. “Hastalığın öncelikle organik ya da davranışsal anomali olarak algılanmasından önce, hasta olan kişi doktorun gözlerinde kendi kederinin bir yansımasının ve acısının benzersizliğinin kabulünü görebiliyordu” (İllich, 1981/2011: 112). Bu durum modernleşme ile birlikte tamamen değişmiştir. “Şimdi karşılaştığı şey ise veri/sonuç hesabına dönmüş bir biyolojik muhasebecinin bakışıdır. Hastalığı hastanın elinden alınıp kurumsal yatırım için gerekli bir hammaddeye dönüştürülmüştür” (İllich, 1981/2011: 112). Böylece sırf test sonuçlarının nesnesi haline getirilerek hasta özne değerinde yitime uğratılır. “Günümüzde bilim insanı, bir nesneye bakar(...)aklında araştırmasının hedefi vardır ve baktığı nesneyi varsayımının doğrulanması ve ya çürütülmesi için ‘kullanır’ fakat nesnenin kendi

keyfiyetini görmez” (Gruen, 2007: 130). “DNA genel olarak ‘yaşamın ana molekülü’ olarak nitelenir. Yaşamın bu şekilde tanımında, hücrenin, hücreyi canlı bir yapı olarak içeren bütün karmaşık ve çözülmemiş dinamikleri kaybolur. Yaşamın kendisi, kendi kendini üreten bir molekülün basit mekanizması içinde çözülür” (Gruen, 2007: 131). Bu durumda mikro alana taşınan yaşam ile ilgili kararlar ve çözümden dolayı insanın bütünsel yapısı önceki niteliğinden farklılaşmaktadır.

Modernleşme ile birlikte bedenlerde bir güzellik standartlaşmasının söz konusu olduğu, bu yaklaşımın da nesneleşmenin farklı bir yansımasına dayandığı görülebilir. Biçimlerin uyumuna dayanan geleneksel tanımında olduğu gibi güzellik anlayışının söz konusu olamayacağını ileri süren Baudrillard (1970/2004: 180), güzelliğin şişman ya da ince, kaba ya da narin olamayacağını nesnelerin işlevselliği ya da bir diyagramın hoşluğunu belirleyen cebirsel yapının aynısı tarafından belirlenen mevcut birleştirici göstergeler mantığına göre sadece ince ve narin olabileceğini belirtir. Bedenin özgürleşmesi ile birlikte bir *ilgi nesnesi* haline geldiğine değinen Baudrillard (1970/2004: 181) hijyen saplantısı, sterilite kaygılı, düz, parlak, kusursuz, cinsiyetsiz, her tür dış saldırıdan ve böylece kendine karşı da korunmuş olan tanımının hedeflendiğini belirtir.

Bedenin nesneleşmesi olarak görülen aşamada iyelik eki yerine ora ağrıyor demesi, nesneleşme gibi, “kendiliğin bedenden uzaklaşması” fenomeni ile ilişkili olarak görülür (Beyazyüz ve Göka, 2011). “Bedenin tetkik sürecinde tıba teslim edilmesinde aynı nesneleştirme mekanizması devrededir. Özellikle, kan alma, biyopsi, endoskopi gibi bedene doğrudan fiziksel bir girişim olduğu durumlarda bu nesneleşme daha bariz hale gelir” (Beyazyüz ve Göka, 2011). Goffman kişi üzerinde otorite uygulamanın biçimlerinden birini etiketleme olarak da bilinen “damga kuramı” ile açıklamıştır.

1.11. Damgalama ve Otorite

Goffman sosyolojik literatüre “stigma” adıyla ünlenen eseriyle damga kavramını kazandırmıştır. Goffman üç tür damgalamadan söz eder; ilki bir kişinin vücudunu deforme eden fiziksel bir damgalamadır. İkincisi ise kişisel karakterde algılanan, istek, tutku, hükmetme, ihtiras, katı ve aldatıcı inançlar, dürüst olmama gibi zayıflık göstergesi olan durumlardır; alkolizm, bağımlılık, zihinsel bozukluklar, mahkumiyet, işsizlik, homoseksüellik, intihar girişimleri ve radikal politik tutumlar

bunlardandır. Üçüncüsü ise ırk, milliyet, din gibi damgalamalardır ki nesil yoluyla grubun diğer üyelerine de aktarılan ve bütün üyeleri kirleten damgalamadır (Goffman, 1963: 13). Goffman damgalama teorisinde tıbbi durumlara örnek bulunabilir.

Damgalama sürecinin toplumsal denetimi içerdiğini ileri süren Goffman grupları damgalamanın toplumun grupları denetleme yollarından biri olarak ele alınması gerektiğini belirtir (Giddens, 1970/2008: 311). Sözgelimi ortaçağda cüzamlıların toplumdan tecrit edilmesi de böyle bir damgalamaya örnektir. “Damgalanmış hastalar (sözgelimi, uyuşturucu bağımlıları), sorular sorduklarında ya da kendilerine uygulanan tedaviler hakkında aydınlatıcı bilgi almak istediklerinde görmezden gelinebilirler. Bu durum ise hekimlerin ve diğer hastane çalışanlarının hastalar üzerinde tam anlamıyla tıbbi egemenlik kurmalarına neden olur” (Giddens, 1970/2008: 312).

Damgalanmış bir insan tam bir insan olarak görülmez. Düşüncesiz bir şekilde sık sık etkili bir biçimde ayırım yaptığımızda, o kişinin yaşam şanslarını azaltırız. Biz günlük yaşamın bazı söylemlerinde sakat, piç, moron gibi gerçek anlamı dışında metafor ve hayali yansıtan ifadelerle damgalama yaparız (Goffman, 1963: 14). Normal insan olma nosyonu, insanlığa ilişkin tıbbi bir yaklaşımla veya milli bir devlet gibi geniş çaplı organizasyonlar içinde tüm bireylere eşit davranma eğiliminde olarak kendi kaynaklarına sahip olabilir (Goffman, 1963: 17). Toplumsal davranışı hastalık olarak tanımlama yönündeki aşırılığa tarihten bir örnek verilebilir;

ABD’de Afrikalıların köleleştirilmesinin on dokuzuncu yüzyılda gittikçe daha fazla eleştiri almasıyla birlikte tıbbi otoriteler bu baskıcı uygulama için yeni bir gerekçelendirme sağladılar. Saygın doktorlar Afrikalıların ten renklerinin “sağlıklı” beyaz ten renginden saptığını; zira Afrikalıların doğuştan cüzzam olduklarını ileri süren makaleler yayınladılar. Dahası köleleştirilen Afrikalıların sürekli olarak beyaz efendilerinden kaçmaya çabalamaları drapetomania (ya da “evden kaçmaya delice istek duyma”) “hastalığı”nın bir örneği olarak tanımlandı. Prestijli bir dergi olan New Orleans Medical and Surgical Journal bu “hastalığın” tedavisinin kölelere çocuklara davranıldığı gibi iyi davranmak olduğunu ileri sürmekteydi. Açıktır ki bu tıp otoriteleri kölelikten kaçışın ya da bir köle ayaklanmasına katılmanın sağlıklı ve akıllıca bir davranış olduğu görüşünü benimsemeyeceklerdi (Szasz, 1971¹⁶’den akt. Schaefer, 1983/2013: 423).

Bu anlamda sağlıklılığın görecelileştirilerek belirli bir grubu kontrol altına

¹⁶ Szasz, T. (1971). “The Same Slave: An Historical Note on the Use of Medical Diagnosis as Justificatory Rhetoric” American Journal of Psychotherapy 25 (April) 228-239.

alma sağlanmaktadır. Dolayısıyla normal insan eylemlerinin çeşitli hastalıklarla adlandırılması onların eylemlerini sınırlayarak denetleme olanağı sağlamaktadır. Burada dikkat edilirse bir grubun eylemleri tıbbi olarak tanımlanmış, daha sonra ise bu durumun tedavisi adına da reçeteler dile getirilmiştir. Damgalanmış bireyin öğrenme sürecinde iki aşama söz konusudur; “kişinin normal bakış açısını öğrenmesi ve bu bakış açısına göre kendisinin yetersiz olduğunu öğrenmesi” (Goffman, 1963/2014: 122). Damgalanmış bireylerin arka mekanlarda toplanmaları bireylere bir rahatlama imkanı sunabilir: “Kişi burada, ahabplarının yanında rahat olabileceğini ve kendisine hiç benzemediğini düşündüğü bu insanların aslında gayet kendisi gibi olduklarını keşfedecektir” (Goffman, 1963/2014: 124). Virilio, Amerika’da 1900’lerden sonraki süreçte, hastaların, yaşlıların ve yabancıların tecride tabi tutularak yalıtıldığının örneğini vererek bu süreçte tıbbi uygulamalar ile toplumsal ve ırksal düşüncelerin iç içe geçtiğinden söz eder (Virilio, 1998/2003: 28). Becker (1997: 59-60), sapkın davranışları denetlemenin bir toplumsal kontrol aracı olarak işlev gördüğünü belirtir. Foucault yasak söyleminde bir dışlama söz konusu olduğunu, herkesin herşeyi söyleme hakkı elinden alınarak söylemle bir güç oluşturulduğunu belirtir (Foucault, 1987: 24). “Etiketleme perspektifini benimseyenler “sağlıklı” ya da “hasta” belirlenimlerinin de başkaları tarafından yapılan toplumsal tanımları içerdiğini ileri sürerler” (Schaefer, 1983/2013: 422). Becker (1997: 9), marijuana bağımlıları ve dansçı gruplarını araştırdığı çalışmasında bir toplumda yasallığı belirleyen etiketlerin sabit olmayıp, gruba göre değiştiğini ileri sürmekte, aslında kişileri etiketleyen o anki toplum olduğunu ileri sürmektedir.

“Polis memurları, yargıçlar ve diğer toplumsal denetçilerin belirli insanları suçlu olarak tanımlamalarına benzer şekilde sağlık uzmanları (özellikle doktorlar) da bazı insanları hasta olarak tanımlama gücüne sahiptirler.” (Schaefer, 1983/2013: 422-423). Dolayısıyla hastaların hasta olarak tanımlanması ancak hekim yoluyla mümkün olduğu için belirleyicilik gücü de söz konusudur. “Dahası uyumsuzluğu ve suçluluğu imleyen tanımlar gibi hastalıkla ilişkilendirilen etiketler de genelde, başkalarının bizi görme biçimlerini ve bize karşı davranışlarını yeniden şekillendirir” (Schaefer, 1983/2013: 423). Szasz (1988/2012: 13) akıl hastalıklarının psikoterapi ile tedavisinin bir yanıltmaca olduğunu “akıl hastalıkları gibi psikoterapi de bir metafor, bir mittir” sözüyle ifade eder. Böylece karşılıklı konuşmaya

dayalı psikolojik bir tedavinin ve kişileri terapi yapmanın gerçek olamayacağı vurgulanır. Ayrıca Szasz (1988/2012: 35) psikoterapiyi, tıbbi bir jargon kullanan, oliguculuk teolojisiyle hareket eden “laik etik” olarak nitelendirir.

Bireyler kendilerini yeniden tanımlama ile bu şekilde karşı karşıya bulmuş olur. Hekimliğin rollerini yerine getirirken kazandıkları bu yeni durum hukuksal işlevi olan mesleklere benzetilmiştir. Yargıcın neyin yasal neyin yasal olmadığına, rahibin neyin kutsal neyin kutsal olmadığına karar verdiği gibi hekim de neyin semptom ve kimin hasta olduğuna karar verir (İllich, 1981/2011: 39). Bu anlamda tıbbi bir norm belirleme ile denetim devreye girmektedir. “Tıp mesleği, üniversite eğitilmiş elit bir tabakanın sınıfsal gücün yapısı üzerindeki hakimiyetinin belli bir sektördeki tezahürüdür” (İllich, 1981/2011: 39). Mary Douglas da “kir” üzerine gelişen söylemin damgalamaya ne denli hizmet ettiğini göstermeye çalışır. Anomalinin aslında değerden düşürmek, kontrol etmek, tehlikeli olarak etiketlemeyi sağladığını belirtir (Douglas, 1966/2002: 40). Aynı şekilde kirden kaçınma noktasına baktığımızda, eğer pislik uygun değilse biz ona düzen bağlamında yaklaşmalıyız. Dolayısıyla “pislik ya da kir bir kalıbın oluşturulması durumunda bu kalıbın dışında tutulması gereken şeyleri” (Douglas, 1966/2002: 41) gösteren bir etiket olarak düşünülebilir. Ayrıca Goffman aldatıcı görünümle ilgili farklı deneyimler aktarmaktadır; Normal olanlar için düşünmeyi gerektirmeyen rutin işler itibarsızlaştırılabilir kişiler için önemli idare etme meseleleri haline gelebilir (Goffman, 1963/2014: 131). Gizli kusuru olan kişi bir toplumsal durumda ortaya çıkabilecek ihtimallere karşı uyanık olmalıdır ve bu nedenle de etrafındaki insanların çok doğal bir şekilde içinde yaşadıkları basit yaşama kendisinin yabancı kalması muhtemeldir (Goffman, 1963/2014: 132). Dolayısıyla kişi güç bir durumdan dolayı tetikte bulunmak zorunda kalarak yaşamak durumundadır.

“Parsons’a göre hekimler hasta rolü açısından “kapı bekçisi” işlevine sahiptir. Ya bir hastanın durumunu hastalık olarak tasdik ederler ya da hastayı “iyileşmiş” olarak gösterirler. Hasta doktora bağımlı hale gelir, zira doktor değer verilen getirileri (sadece hastalığın tedavisini değil, aynı zamanda işten ve okuldan ayrılmanın kabul edilmesini) kontrol eder (Schaefer, 1983/2013: 420).

Hastalığı yoluyla bireyin hekime bağımlılığının vurgulanması önemlidir. Böylece birçok etkinlik hekimlerin kararlarına ve onaylarına bağlı olarak yürütülür.

1.12. Hekimlik ve Hastanenin Tarihsel Temelleri

Sağlık, insanoğlunun var oluşundan beri temel olan bir olgudur. Başlangıçta deneyimlerin basit ürünü olan bu çalışmalar daha sonra sistemleştirilmiştir. “Bedenimiz üzerindeki bir acının yarattığı ıstırap ve ondan kurtulmak isteğimiz bize “tıp” olgusunun varlığına gereksinim hissettirir” (Aydın, 2006: 5). Daha sonra insanlar ağrı ve acıdan kurtulmak için bir neden bulmaya yönelmişlerdir ki bu da “ampirik tıp” kavramıyla ifade edilir: Örneğin batan dikenini çıkarmak, paraziti uzaklaştırmak gibi, ağrı acı yaratan dış etmenler ile nedensellik ilişkisinin kurulması tıpta yeni bir boyut sağlamaktaydı (Aydın, 2006: 6-7).

1.12.1. Hekimliğin eski medeniyetlerdeki temelleri

Eskiden beri çeşitli inanış ve fikirler için yılan bir sembol haline gelmiştir. Mezopotamya, Mısır, Antik Yunan gibi birçok ülke ve medeniyette yılan sağlığın sembolü olarak görülmüştür.¹⁷ 3000 yıllık Mısır uygarlığının yazılı bazı eserleri günümüze ulaşarak tıp alanındaki çalışmalara ışık tutmuştur. Mısır tıbbındaki en önemli gelişme hekimlerin özel bir hastalık ya da vücudun belirli bir kısmına odaklanmalarıdır. Hastalığın bir kapıdan girip çıktığı düşüncesi vardır (Canguilhem, 1966/1991: 40). Dolayısıyla hastalığı lokal biçimde ele alma söz konusudur.

Yunan tıbbında hastalığa daha dinamik bir bakış getirilmiştir. Doğa ve insanda bir denge olduğunu düşünen Yunan tıp anlayışında hastalığın bu dengeyi bozduğu, kaybolan dengeyi sağlama adına vücudun dengeyi yeniden bulma adına hastalığı ürettiği ileri sürülmüştür (Canguilhem, 1966/1991: 40). Hippocrates bu dönemin meşhur hekimidir. “*Tıbbın babası*” kabul edilir. Katkısı daha çok, deney ve gözlemlere yer vermesi, öğrencilerle birlikte hasta başında klinik dersi vermesi ve unsurların dengesi ve *Bünye Teorisini* getirmesidir (Erdemir, 1996: 188). Hekimlikle eğitimin ilişkisi de bu şekilde görülmeye başlayacaktır.

¹⁷ Sümerlerde yılan ölümsüzlüğün sembolü olarak gösterilmiştir (Eğilmez, 2011: 24). İlk olarak Mezopotamya’da bir ilaç kâsesinin üstünde birbirine sarılmış olarak çift yılanın kullanılması yanında antikçağlardan beri yılanın hayatın ve gücün de sembolü olduğu ifade edilmektedir (Mat, 2008: 9). Yılan, M.Ö 2000’li yıllarda yazılmış ve Sümer tabletlerinde bulunmuş olan Gılgamış Destanında da tema olarak geçmiş, yılanın ebedi gençliğin sırrını ele geçirerek ölümsüzlüğe sahip olduğu iddia edilmiştir (Mat, 2004: 10). Eski Türklerde yılan sağlık ve mutluluk sembolü olarak görüldüğünün bir örneği olarak da Anadolu Selçukluların hastanelerinin girişinde çift yılan sembolünün bulunduğu gösterilebilir (Erdemir, 1996: 207). Aynı şekilde eczacılıkta da yılan sembolünün kullanıldığı görülür. İlk olarak Paris’te 1628 tarihli bir jetonda kullanılan palmyeye sarılmış yılan sembolü minerallerin, bitkilerin ve hayvanların özelliklerini bilmeyi gerektiren bir sanatı sembolize etmekteydi (Mat, 2008: 17). 1938’de kabul edilen kanunla çift yılan sembolü ülkemizde, tıp mesleğinde kullanılmaya başlanmıştır (Erdemir, 1996: 207).

Hipokrat tıbbının sonraki dönemleri aydınlatmış belirtmiştir. Ona göre insanın iyi olması çevresel faktörlere bağlıdır. Yaşam alışkanlıkları, yaşam tarzı, iklim, alan topografyası, hava, su ve yiyecek kalitesi insan sağlığını belirleyen unsurlardır. “Hipokrat’a göre hekimin görevi, hastayı nadiren iyileştirmek, çok kere ağrısını gidermek, fakat her zaman teselli etmektir” (Bhatia, 1970’den akt. Erdemir, 1996: 191). Buradan da anlaşılıyor ki hasta –hekim ilişkileri, hastanın psikolojisi, ona değer verme, etik ilkeler Hipokrat tıbbında çok önemli bir yer tutar. Bu anlamda da Hipokrat ve onun takipçisi olan diğer Yunan düşünürlerinin hastalık hakkındaki görüşlerinin Ortaçağ ve Rönesans düşünürlerine göre çağdaş düşünürlerle daha yakın olduğu söylenebilir (Bakacak, 2008). Hipokrat yemininde hekimin tedaviyi hiçbir vakit kötülük için değil, yardım için kullanacağı, sanatını tertemiz bir şekilde yerine getireceği, kasıtlı olan bütün kötülüklerden kaçınacağı, insan vücudunu kötüye kullanmaktan sakınacağı ve sır saklayacağını belirtmektedir.¹⁸

Görüldüğü gibi yeminlerde asıl olan hekimin hasta ile olan etkileşimi ve onun sağlıklı olabilmesidir. Hekimlik rolünün de ahlaki ilkeleri gerektirdiği anlaşılmaktadır. Hekimin bu ahlaki ilkelere bağlı olmasının gereği vurgulanırken insan ile iletişimde hekimlik mesleğinin ayırıcı fonksiyonuna da işaret edilmiştir. “M.Ö. 3. Yüzyılın başlarında Yunan hekimler Roma’ya girmeye başlarlar. İlk zamanlarda bu hekimler yargılandı... Asclepiades hastalığın ve sağlığın gözeneklerin koşullarınca belirlendiğini ileri sürdü. Gözenekler çok açık ya kapalı ise hastalıkla sonuçlanır... Roma’nın tıbbı temel katkısı halk sağlığı alanındaydı” (Weiss ve Lonnquist, 2009: 17). Roma’da pratisyen hekimler ve belli asil ailelere ya da imparatora bağlı olanlar dışında sivil kurumlara bağlı olarak çalışan hekimler de vardır ve bunların maaşları şehir meclislerince ödenirdi (Jackson, 1999: 51). “İnsanlık dışı şartların hastalığın yaygınlaşmasını neden olduğu da dikkate alınarak hükümet, saf su elde etme sistemleri inşa etti ve halk hamamları, caddelerin temizliği gibi alanlarda çalışmalar yaptı ve hastane sistemi kurdu”

¹⁸ Türkiye'deki tıp fakültelerinin mezuniyet törenlerinde kullanılan en yaygın metin şöyledir; "Tıp fakültesinden aldığım bu diplomanın bana kazandırdığı hak ve yetkileri kötüye kullanmayacağıma hayatımı insanlık hizmetlerine adayacağıma insan hayatına mutlak surette saygı göstereceğime ve bilgilerimi insanlık aleyhine kullanmayacağıma mesleğim dolayısıyla öğrendiğim sırları saklayacağıma hocalarıma ve meslektaşlarıma saygı göstereceğime din, milliyet, cinsiyet, ırk ve parti farklarının görevimle vicdanım arasına girmesine izin vermeyeceğime mesleğimi dürüstlikle ve onurla yapacağıma namusum ve şerefim üzerine yemin ederim."(www.hekimce.com) Hipokrat Yemininin İngilizceden çevirisi ek-1’de yer almaktadır.

(Weiss ve Lonnquist, 2009: 17). Bir anlamda hijyen çalışmaları ve önleyici tıp adına adımlar atılmıştır.

“Henüz virüs ve bakterilerin bilinmediği o dönemde hastalığı tanımak ve tedavi etmek hekim için çok büyük çaba gerektiriyordu. Bu nedenle antik çağda hastalığın son derece gerçek ve hep var olan bir korku kaynağı olduğunu anlamak çok zor olmamaktadır” (Jackson, 1999: 65). Celsus, doktorların hasta ile iletişiminden kaynaklanan problemlerin önüne geçmek üzere aşağıdaki ifadelerinde bu hususlara dikkati çeker: “Deneyimli bir hekim... önce oturup sıcak bir tavırla hastanın kendisini nasıl hissettiğini sormalı, hasta korkuyorsa onu neşeli, eğlendirici konuşmalarla rahatlatmalı, ancak bunları yaptıktan sonra hastaya dokunmalıdır” (Jackson, 1999: 64). Görüldüğü üzere hastaların her an korku problemi yaşayabileceği, hekimlerin otoritesinden ve sağlık problemlerinden dolayı yaşanabilecek olumsuzlukların olabileceğine dikkati çekilmiştir. Ancak Celsus cerrahlarda olması gereken nitelikleri saydığı eserinde yeri geldiğinde hekimlerin tavizsiz olmaları gerektiğinden şöyle söz eder: “Hastasını iyileştirmeyi isteyecek kadar merhametli olmalı, ama onun haykırıışlarına kanıp çok hızlı ya da gereğinden az kesmemelidir, bütün çığlıklar onun duygularını hiç etkilemiyormuş gibi işi neyi gerektiriyorsa onu yapmalıdır” (Jackson, 1995/1999: 109). Görüldüğü gibi ideal cerrahın anlatıldığı bu ifadelerde hekimlerden insani duygularını bir kenara bırakarak mesleklerini yerine getirmeleri istenmektedir.

1.12.2.Ortaçağ'da hekimlik

Ortaçağ'da hastaneler gerçek işlevlerinden uzaktır. “Ortaçağda hastaneler esasen yoksullar ve yoksunlar için sığınma yerleriydi; onların kökenlerinde feodal bir sistemin ürünü olan hayır sistemleri vardı” (Turner, 1995/2011: 190). Yaklaşık olarak 5. ve 15. yüzyıllar arasını kapsadığı bu dönemin ilk yarısında tıp daha çok kilise kontrolündedir ve hekimlere düşmanlığın iki nedene dayandığı belirtilir: “Hastalık ve sağlık kişilerin bir imtihanıdır ve Tanrıya ve kiliseye inançlarının test edildiği faydalı bir şeydir. Hastalık bir kötülük yoluyla ceza olarak ya da günahın neticesi olarak ortaya çıkar. Bu dinsel nedenler tedaviyi de dua, sabır gibi pratiklere bağlamaktadır” (Weiss ve Lonnquist, 2009: 18).

İlk kurulan hastaneler tedavi ve eğitim kurumu olmaktan çok, kişilerin son

anına kadar bekledikleri sığınma alanı işlevi görmüşlerdi. “Haçlı seferleri sırasında İslam dünyasındaki hastaneleri tanıyan Avrupalılar, 1200’den itibaren Avrupa’daki ilk hastanelerin kurulmasını sağlamışlardır.... Avrupa’daki nöbetçi hekimi olan ve klinik eğitim veren hastahaneler onların asıl niteliğini 16. yüzyıldan itibaren kurulmaya başlamıştır” (Bayat, 2010: 163). Böylece tedavide sürekliliğin esas olduğu sisteme adım atılmaya başlanmıştır.

Ortaçağ Hristiyan dünyasında ardı arkası kesilmeyen savaşlar, kıtlık ve salgın hastalıklar arasında manastırlar hastalar için tek umut kaynağı halinde olması, güçsüzler ve yaralılar için sığınılacak yuva gibi görülmesindendi (Aydın, 2006: 92). Dolayısıyla tıp dinsel bir kurumla bütünleşmiş durumdaydı¹⁹. Rahiplerin manastırda yaptıkları hekimlik rolleri, onların inziva hayatından uzaklaşarak dış dünya ile tanışmalarına neden oldu, çünkü zamanla hekimler tedavi için manastır dışına çıkmaya ve evlere gitmelere başlamıştı (Aydın, 2006: 93).

Ortaçağ’da ilerleyen yıllarda hastanelerin Müslümanların etkisinde kurulduğu belirtilmektedir.²⁰ Tıbbi işlevler Ortaçağ’da dinsel işlevlerden tam olarak ayrılmamasına rağmen hekimliğin önemi devam etmiştir.

Ortaçağda Avrupa’da hastanelerle beraber bir diğer kurum cüzzam hastalarının bulunduğu miskinhanelerdir.²¹ Cüzzamlı hastalar toplumdan dışlanarak aslında dini bir sembolle statü elde etmiş de oluyordular.

Hiç kuşkusuz, cüzzamın kendinden daha uzun süre ayakta kalacak olan ve miskinhanelerin yıllardan beri boşalmış oldukları bir dönemde hala tutunacak olan cüzzamlının kişisine bağlanmış değerler ve imgeler olacaktır; bu dışlamanın anlamı çevresine kutsal bir daire çizmeden uzaklaştırmamanın mümkün olmadığı bu ısrarlı ve korkutucu çehrenin toplumsal grup içindeki önemidir (Foucault, 1964/2000: 27).

Dolayısıyla toplum içindeki bir grup dışlanmadan uzaklaştırılıyordu. Foucault

¹⁹ “Bunun en bilinenlerinden biri 720 yılında İrlandalı bir keşiş tarafından kurulan İsviçre Aziz Gall Manastırına ait hastanedir” (Aydın, 2006: 92).

²⁰ Haçlılar Avrupa için birçok yeni görüş ve buluşlar arasında hastane kurma düşüncesini de Avrupa’ya getirdiler.... Papa İnnocent III 1200 yılında Roma’da bir hastane kurulmasına karar verdi. Daha sonra tüm başpiskopos ve piskoposları buraya çağırarak hastaneyi gezdirdi ve kendi kentlerinde de benzer hastaneler yapmalarını istedi. Yüzyıl içinde Avrupa’nın birçok kentinde binlerce hastane kuruldu.12. yüzyılda Montpellier kentinde bir tıp okulu kuruldu, tanındı. Paris ve Kuzey İtalya’daki Padua üniversiteleri de bu sırada kuruldu ama cerrahi eğitim yoktu (Eren,1996: 347-348).

²¹ Cüzzam hastalarının toplumdan soyutlanarak ve bir nevi damgalanarak ayrıldığı bu kurumların Hristiyan aleminin bütünü içindeki sayılarının 19000 civarında olduğu dolayısıyla bir çok Avrupa kentine yayıldığı görülmektedir (Foucault, 1964/2000: 23).

(1964/2000: 28)'ya göre cüzzam hastalığının kendisi ortadan kalksa da bu anlayış devam edecek, yüzyıllar sonra da “yoksullar, serseriler ıslaha muhtaçlar ve akıldan zoru olanlar cüzzamlının terk ettiği role soyunacaklardır”. Modernleşmeyle birlikte toplum içerisinde otorite değişmesine karşın belli sosyal gruplar ve kesimler açısından roller devam edecektir. Aslında buradan tıba bağlanan normal olanı belirleme ölçüsünün de Rönesans’tan sonraki dönemlerde yeniden üretileceği sonucuna ulaşmak mümkündür.

1.12.3. Rönesans ve sonrasında hekimlik

16. yüzyılda özellikle rasyonelleşme her alanda olduğu gibi tıp alanında da yaygınlık kazanmaya başlamıştı. Geleneksel yaklaşımlar, dinsel yaşamla iç içe olan tedavi biçimleri değişmeye başladı. Batı kültürünün tarihi, kültür ve doğa arasında olduğu kadar, zihin ve beden, ruh ve vücut arasında kurulan bir dizi ilişki olarak ele alınabilmiştir (Turner, 1995/2011: 29).

1543 yılında hekim Andreas Vesalius matbaa merkezlerinden biri olan Basel’de “İnsan Vücudunun Anatomisi” üzerine isimli eserini yayınlatarak tıp alanında yepyeni bir iddia ileri sürüyordu; “bedene yapılan büyük saygısızlık onun gerçeklerini ortaya çıkaracaktır” (Bamforth, 2004: VII-VIII). Böylece insan bedenine, anatomiye yönelik bilinmeyenler açığa çıktıkça rasyonel bakış kutsallık anlayışını değiştirecektir. Berengario 100’den fazla cerrahi işlem gerçekleştirmiş, “gözlerimin tecrübesi yol gösterici yıldızımdır” sloganına rağmen Galen’in etkilerini taşımaya devam etmiştir (Turner, 1995/2011: 41). Kan dolaşımını; damarlardaki kapakçıkların kanın tek yönde ilerlemesine izin verdiği biçimindeki yasayı keşfeden Harvey’in (1578-1657), “bedenle ilişkili, özellikle, siyasal nitelikte ve monarşiyle ilgili metaforlar” kullandığı savunulmuştur (Turner, 1995/2011: 42). Doğa olaylarının deneysel olarak incelenmesi olguların koşullarını araştırmaya, hastalıkların nedenlerinin ve giderilme yönlerinin olabileceği düşüncesine yeniden dönüşü de göstermekteydi. Thomas Sydenham (1624-1689), hayvan ve bitki türleri gibi hastalığın da türleri olduğunu belirterek, hasta bir insana yardımcı olabilmek için onun hastalığının sınırlarının çizilmesi ve belirlenmesi gerektiğini savunmuştur (Canguilem, 1966/1991: 42). Yine Hollandalı Anton van Leeuwenhoek (1632-1723) mikroskopu bularak, gözle görünmeyen tek hücreli canlılar, çeşitli bakteriler ve spermilerden oluşan normalden 200 kat büyütülmüş canlıları görmeyi

sağlamıştır (Aydın, 2006: 120). “Bugün ise Leeuwenhoek’in ilkeleri ve Amerikan mercek üreticisi Charles A. Spencer’in modern aletlerin birleşmesiyle oluşturulan bileşik mikroskoplar normal ışıktaki 1250, mavi ışıktaki ise 5000 kat büyütme yapabilmektedirler” (Strauss ve Strauss, 2009: 132). Bunun yanında 1931 yılında Alman Max Knott Ernst Ruska nesneleri bir milyon kez büyütebilen virüsleri ve hücrelerin ince yapılarını görüntülemeyi sağlayan elektron mikroskopunu buldular (Strauss ve Strauss, 2009: 132-133).

“Hunter’la (1723-93) birlikte cerrahlık tıbbın dalı olmuş, 19. Yüzyılda anestezi ve antisepsi’in uygulanmaya başlamasıyla başarılı operasyonlar yapılmıştır” (Bayat, 2010: 180). Bununla birlikte ameliyat sonrası enfeksiyonlar önemli bir problem olduğu için ölenlerin oranı % 40-45 civarına ulaşmış Lister(1827-1912)’in ameliyathaneyi mikroorganizmalardan arındıran “antisepsi” uygulamasıyla %15’e kadar inmiştir (Bayat, 2010: 180-181). 19. yüzyıldan önce tıp alanındaki çalışmalarda bireyin bedenindeki belli organların rahatsızlığı söz konusu iken Bichat (1800) hastalıklı dokular olabileceğine değinmiş, rahatsızlığın bir organdan kaynaklanmayabileceğini ortaya atmıştır (Gabe , Bury, Elston, 2004: 125).

18. yüzyılın başlarında “Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) hastalıktan ölenlere yaptığı otopsilerde gözlemlediği organ değişiklikleriyle ölenin hastalığı ve hastalık belirtisi arasındaki ilişkiyi araştırmış; hastalıkların bedenin genel dengesizliğinden değil, organlardaki bozukluklardan kaynaklandığını tespit etmiş, daha sonra *Anatomik Hastalık Düşüncesi* olarak adlandırılacak teorisinin temelini oluşturmuştur” (Bayat, 2010: 181). Böylece tıp beden üzerine yoğunlaşmaya başlamıştır. “Ona göre hastalık bozulan bir organda yerleşmiştir ve belirtiler hasta organın çığlıklarıdır, hekimin görevi onu bulmaktır” (Bayat, 2010: 181). Kadavra üzerine çalışma yapmak başlangıçta, din ve ahlak gibi çeşitli otoritelerle mücadele edilerek gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Daha sonra Valsalva ve Morgagni beden üzerinde teşrih çalışmalarıyla ilk adımları attılar. Böylece “insan bedeni bilgi elde etmenin aracı” haline gelmeye başlar (Foucault, 1963/2002: 149). Böylece anatomik insan bedeni incelemeleri sessiz bedenin dili olmaya başlamıştır. Artık bedene ilişkin bilgilere ölü insan üzerinden varılmak mümkün olmaktadır.

Pasteur (1822-1895) hastalıklara mikroorganizmaların ilişkisini kanıtlamış, kuduz, şarbon, tavuk kolerası aşılarını keşfederek aşılama ile koruyucu etki oluşabileceğini saptamıştır (Eğilmez, 2011: 197). 19. yüzyılın boyunca tıp alanında

ortaya çıkan yeni gelişmeler uzmanlaşmaların artarak, genel pratisyen, cerrahi ve göz gibi tıbbın disiplinlerinin, başta Viyana, Paris ve Berlin olmak üzere Avrupa’da bambaşka bir süreci ortaya çıkarmıştır (Demirhan, 1982: 118).

Fransız hekim Bichat (1771-1802) bir adım daha ileri giderek, hastalıkların dokuların hayati özelliklerini etkilediğini ortaya koymasından sonra Rudolf Virchow’un (1821-1902) insan vücudunun temel yapısı olan hücrenin patolojik değişikliklerin merkezi olduğunu ileri süren *Selüller Patoloji Teorisi* ile bilimsel tıpta yeni bir dönem başlaması olarak kaul edilmiştir. (Bayat, 2010: 182). Hastalığı şöyle tarif etmiştir: *”Değişmiş şartlar altında tehlikeye maruz kalmış hayattan başka bir şey değildir; bu değişik şartların yarattığı bozuklukların önce hücre ve özellikle onun şeklinin bozulmasıyla kendini gösterir.”* (Bayat, 2010: 182). Bichat’ın insan bedenlerini ayrıntılı bir şekilde sergileyen çalışmaları, hastalıkların ortaya konmasında temel oluşturmaktaydı. Bunlar, dokular, damarlar, kemikler ve zarlara ilişkin detaylı bilgiler vererek bilinmeyeni sergilemek isterler (Foucault, 1963/2002: 152-154). Aslında Bichat’ın “birkaç kadavra açverişerseniz, sadece müşahedenin ortadan kaldıramayacağı belirsizliklerin ortadan kalkmış olacağını görürsünüz” (akt. Bamforth, 2004: XIV) ifadesi yeri geldiğinde insanın ikinci plana atılabileceğinin bir göstergesiydi.

Claude Bernard (1813-78)’ın “karaciğer, pankreas, iç salgı bezleri ve sindirim sisteminin çalışması hakkında edindiği yeni bilgilerle hayat olaylarını kesin kanunlara bağlayarak fizyolojiyi fiziğin ve kimyanın kardeşi bir bilimi” haline getirdiğinin belirtilmesi (Bayat, 2010: 183), pozitivist bakış açısının tıba uygulanmasını göstermekteydi. Böylece iç organlarla ilgili bilgiler güçlendikçe bedenin üzerinde denetim elde etmenin de olanakları güçlenmekteydi. Beden üzerinde daha ayrıntılı bilgi elde ederek onu incelemenin daha başka biçimleri de geliştirilmiştir. Bu tanıma adına başlangıçta kullanılan ve vücuttaki bozuklukları tespit edecek basit araçlar söz konusudur.

Bu dönemde perküsyon²² ve oskültasyon²³ fizik muayenede ve hastalıkların teşhisinde çok önemli yöntemler olarak bulunmuştur (Bayat, 2010: 183-184). Laennec 1819 yılında hekimlerin kulaklarına taktıkları, hekimlikle bütünleşmiş bir sembol olan steteskopu bulmuştur (Aydın, 2006: 128). Hekimliğin önemli bir

²² Perküsyon;göğüs kafesi ve karın üzerine vurmakla çıkan seslerin değerlendirilmesi (Bayat, 2010: 183).

²³ Oskültasyon;iç organlardan gelen seslerin değerlendirilmesi (Bayat, 2010: 184).

sembolü olarak kullanılan steteskopla hastaların göğüs bölgelerinden gelen seslerle hastalıklarının teşhis edilmeye çalışılması bedenın iç dünyasını keşfetmeyi ve insanı tanımayı da kolaylaştırıyordu. Bu hastalıkların teşhis edilmesinde görmeye işitme ve dokunmanın da eklenmesi anlamına gelmektedir. Steteskopun bu konuda hekimin algılamalarına yardımcı olmasıyla tıbbi bakış artık çok duyulu bir yapıya sahip olduğunu Foucault şöyle açıklar:

Steteskop, sertleştirilmiş mesafe, derindeki ve görünmeyen olayları yarı dokunsal yarı işitsel bir doğru boyunca iletir. Beden dışındaki enstrümental aracılık, ahlaki mesafeyi ayarlayan bir gerilemeye izin verir; fiziksel temasın yasaklanması uzaklarda, görünür alanın altında olup bitenlerle ilgili gizli imgeyi saptamaya olanak verir. Utanmanın ufku gizli olan için bir projeksiyon ekranıdır. Görülemeyen kendisini görülmemesi gerekenin mesafesinde gösterir. (Foucault, 1963/2002: 193).

Bu anlamda steteskop aletinin bulunması, hastaya dokunma anlamında ahlaki sınırlılığı da dönüştürdüğüne vurguda bulunulması önemlidir. “Görme-dokunma-işitme üçlüsü, erişilmez hastalığın işaretlerle izlendiği, derinlemesine ölçüldüğü, yüzeye çekildiği ve gizli olarak kadavranın dağılık organları üzerinde yansıtıldığı algısal bir konfigürasyondur” (Foucault, 1963/2002: 193) ifadesi ile aslında farklı duysal yapıların birlikte hareket ettiği bedenle ilgili yeni bilgi kaynaklarına vurguda bulunmaktadır. Kısa bir süre sonra öğrenciler hastalık işaretlerini ve seslerini algılama eğitimi de almaya başladılar; artık hekimin tüm duyuları eğitiliyordu (Bamforth, 2004: XIV). Ayrıca steteskoptan sonra termometreler, deri altı şırıngaları, lorigoskoplar da icat edilmeye başlandı (Bamforth, 2004: XIV).

Robert Koch(1843-1910), bakteriyoloji alanında çalışmalar yaptı, koleranı su ve besinlerle bulaşışını ve korunma yollarını buldu, tüberkülini, suların arıtılması(filtrasyon)nın salgınların önlenmesinde etkin yöntem olduğunu kanıtladı (Eren, 1996: 406-409).²⁴

Alman fizikçi Wilhelm C. Röntgen’in (1845-1923) “X ışınları”nı buluşu (1895) önemli bir kilometre taşı olmuş; tıbbı canlı insanın iç yapısını, anatomisini, fizyoloji ve patolojisini inceleme imkanı vermiş, tıbbın ufkunu genişletip derinleştirmiş, teşhis gücünü artırmış ve tedavinin doğru yapılmasını sağlamıştır. Beyin kemik, karın ve göğüs hastalıklarının tıbbi ve cerrahi tedavisinde 20.yüzyılda kullanılmış, günümüzde ise kanser tedavisinde *radıyoterapi* alanında da uygulanmaktadır

²⁴ Koch, 1905’de Nobel Tıp ödülü kazandı.

(Bayat, 2010: 184).

Modern tıbbın bu şekilde gelişimi hekimlik rollerine de etki etmiş, hastane kurumunun günümüzdeki anlamıyla sosyal niteliklerinin koşullarını da hazırlamıştır. Modernleşme ile birlikte psikiyatri alanında da gelişmelere rastlanmaktadır. Foucault'ya göre modernleşme ile birlikte hakim olan normallığın genel ölçütünün toplum olması ile birlikte, bir insanın suçlu mu, hasta mı yoksa deli mi olduğunu tanımlamamız güçleşmiştir (Foucault, 1964/2000: 176). Bununla birlikte psikiyatri biliminde insanı farklı bir biçimde tanımlama trendi belirlemiştir.

Klasik çağda akıl hastalıklarının tıbbi bilgisi olarak verilen bilgi delilik hakkındaki bilginin içinde çok sınırlı bir yer işgal ediyordu; o, pek çok başka görüntüler(hukuk, kazuvistik, güvenlikle ilgili mevzuat, v.s) arasında, aynı düzeye getirme görüntülerinden hemen hemen sadece birini oluşturuyordu; buna karşılık kendilerine zihinsel hastalıkların bilimsel bilgisi gözüyle bakan, XIX. Yüzyılın psikopatolojik çözümlemeleri deliliğin bilgisi içinde çok farklı ve çok daha önemli bir rol(model ve karar isteği rolü) oynadılar (Foucault, 1969/1999a: 235).

Tıbbi bilgiye rol model gözüyle bakıldığını vurguluyor. Aynı şekilde bilimin bir “oyun” rolüne dikkati çekiyor, dönemin paradigmalarından bağımsız olamayacağı vurgulanmış oluyor.

1.12.3. Türk-İslam dünyasında hekimlik

Aslında medeniyetlerin hekimlikle ilgili bilgilerinin birbirinden kopuk olamayacağını ve toplumların birbirlerinin deneyimlerinden yararlanmalarının tıp gibi evrensel bir bilimde kaçınılmaz olduğu vurgulanmalıdır. Bununla birlikte sistematik olarak incelemek amacıyla hekimliğin gelişimi eski Türklerde, İslam Devletlerinde, Osmanlı'da ve Cumhuriyet sonrasında kısaca değerlendirilmesi hekimliğin toplumumuzda seyrini görmemiz açısından gereklidir.

İbni Haldun (779/2005: 740-742), bireylerin sağlığının, topluluk türlerinden ve ondan kaynaklanan yaşam biçimlerinden, beslenme tarzlarından ve aktivitelerinden bağımsız olamayacağını vurgulayarak tıp ilminin (tababet) daha çok şehrili (hadari) toplumlarda geliştiğine dikkati çeker. İbn Haldun toplumların oluşumunda “asabiyye” kavramına vurgu yapmıştır. Daha çok aile veya kabile bağı olarak nitelendirilmesinin yanında farklı asabiyetlerin de olabileceği belirtilmektedir. “Her insan kendi asabesinden ve nesebinden olan kimselerin imdadına koşmaya daha çok önem verir” (İbn Haldun, 779/2004: 334). Bu bağlamda asabiyet güçlü bir biz duygusu oluşturmaktadır. “...İnsan az çok aralarında bir bağ bulunan

kimsenin haksızlığa uğramasından nefsinde hasıl olduğunu tasavvur ettiği zilletten kaçır. (onun için herhangi bir bağla kendisine mensup olan kişinin imdadına ve yardımına koşır" (İbn Haldun, 779/2004: 335) ifadesinde de böyle bir grup bilinciyle harekete geçmenin rolü vurgulanmaktadır. "Yekdiğerini himaye etme, müdafaa ve birlikte hak talep etme, asabiyet sayesinde mümkün olur. Müştereken yapılan her çeşit içtimai faaliyet için de durum budur." (İbn Haldun, 779/2004: 349) Bu bağlamda sosyal yaşam biçimi olan tüm birlikteliklerde böyle bir dayanışmanın olmasının kaçınılmaz olduğu vurgulanmaktadır. Asabiyetlerin çeşitli boyutları olduğu, umumi olabildiği gibi hususide olabileceği belirtilerek "Söz konusu hususi asabiyetlerin sağladığı kaynaşma ve dayanışma, umumi asabiyetten daha güçlüdür" ifadesinde bulunur. (İbn Haldun, 779/2004: 338). Bu anlamda "asabiyye" bir grup dayanışması çerçevesinde diğerleriyle mücadelede esas olan bir güç olarak ele alındığı için hekimler arasında da böyle bir dayanışma söz konusudur.

"Hemen hemen tüm eski Türklerde tıbbi etkinlik dinsel-büyüsel temadan başlayıp ampirik uygulamalara dek uzanıyordu... Şaman inancına göre insan ruh ve bedenden meydana gelmiştir" (Aydın, 2006: 161). İnsanda serbest ruhlardan birinin gelmemesi hastalık nedeni idi ve hastalığın iyileşmesi için kurşun döktürülürdü (Aydın, 2006: 161). Şamanlar hastalıkları tedavi eder, kurban vererek ruhu kurtarmaya çalışır, bunu bir dini ayin şeklinde yerine getirir, yardımcı ruhları da çağırırdı (Bayat, 2010: 239). Burada tedavi mesleğinin dini ritüellerle birlikte ele alındığı görülmektedir.

Eski Türklerde tedavi ile uğraşanlar iki grupta toplanır; Bunlardan ilki dinsel-büyüsel tedaviler yapan ve "Kam" ve "Baksı" denen şamanlardır. İkincisi ise "otaçı", "emçi" ya da "atasagun" adı verilen ilaç ve başka maddelerle tedavi eden hekimlerdir (Aydın, 2006: 163). Yusuf has Hacib'in "Kutat-Ku Bilig"adlı eserinde de tabipler ve efsuncuların farkına değinilmiş; hastalığın ölümün kardeşi olduğu, tabiplerin onu tedavi ettiği, tabiplerin insan için lüzumlu olduğu, hayat işinin onlarsız sağlanamadığı, onlara iyi davranmak ve yakın olmanın gerektiği anlatılmaktadır (Aydın, 2006: 164). "Efsuncuların da cin ve periden gelen hastalıkları tedavi ettiği, onlarla da tanışıp görüşmek gerektiği belirtilir. Onlardan fayda elde etmek için onlara iyi muamele etmek gerektiğini, ancak efsuncularla tabiplerin birbirlerinin tedavilerini

beğenmediği ifade edilir” (Aydın, 2006: 164).²⁵ İranlı tarihçi Cüveyni’nin aktardığına göre Kamlar, şehzadeler tarafından söz ve dualarına çok itimat edilen, onların fikirlerini almadan hiçbir işe teşebbüs etmedikleri kişilerdir ve hastaları da onlar tedavi ederler (Turan, 2003: 72). Hastalık ve ölüm zamanında Kamların görevi önemlidir ve hastalarla iyileşinceye kadar onun dışında kimse görüşmez (Turan, 2003: 74). Görüldüğü üzere Eski Türklerde hekimlik alanında mutlak otorite olmasının yanında ruhsal hastalıklar ve bedensel hastalıklara ilişkin tedavinin de farklılaştığı anlaşılabılır.

İslam dünyasında hastane kavramı farklı adlarla ifade edilmektedir. “İslam dünyasında hastane kelimesi karşılığında darüşşifa, “darüssihha”, “darülafiye”, “darulmerza”, “bimarhane”, “bimaristan”, “şifaiyye”, “tımarhane” kelimeleri kullanılmıştır” (Bayat, 2010: 207).²⁶ Görüldüğü üzere tarihte hastane kavramları tedavi eylemi ile ilgili olarak farklı adlarla nitelendirilmektedir.

Dönemin büyük hekimi İbn-i Sina (980-1037) “önce teşhis sonra tedavi” kuramını vurgulayarak tıbbın hem bir bilim hem de sanat olduğunu dile getirmiştir. (Eğilmez, 2011: 19). Birçok hastanenin yanında hekimlerin sarayla da yakın olduğu belirtilmiş ve devletin üst kademe yöneticileriyle ilişkisi söz konusu olmuştur. Hastalıkların bir çok çeşidi ile ilgili eserler vererek öğrencilere de hekimliği öğreten İbni Sina (980- 1037)’nin Büveyhilerin sarayında hem hekimlik, hem de vezirlik yapmış olması (Ağırakça, 2004: 199-214) buna örnek verilebilir. Evhadü’zaman Ebu’l Berekat (1077-1152) isimli hekim, hem doktor, hem psikolog unvanıyla tanınmış, Abbasi halifelerinin, emir ve hükümdarların yanında bulunmuş, gerek hükümdar ve emirlerce gerekse halk tarafından saygın bir yer edinmiştir (Ağırakça, 2004: 243).

²⁵“Eski Türk tıbbında kötü ruhların hastalarla sınırlı kalmayıp sağlıklı kişilere de geçeceğine inanılarak her hastalık bulaşıcı telakki edilir, özel bir çadırda tedavisi yapılırdı” (Bayat, 2010: 240). Kötü ruhların ve eşyanın ateşle temizleneceğine inanılır, hastanın çevresinde “alas, alas” diye dolaşarak, elinde bir ateşle “alazlama” yapılırdı...Ayrıca hastalığın kurban edilen bir hayvana, cansız bir eşyaya (tahta, ez, keçe) geçeceğine inanılırdı ki buna “göçürme” denirdi (Bayat, 2010: 242).

²⁶ İslam toplumlarında ilk bilinen hastane Emevi halifesi Velid B. Abdülmelik tarafından 707 yılında kurulmuştur. Abbasilerde de yaklaşık 800’li yıllarda Cündişapur Hastanesi Bağdat’ta hayata geçirilmiştir (Eğilmez, 2011: 20-21). Bağdat’ın yanında halife Mütevekkil’in nedimi Türk el Feth bin Hakem’in(öl. 861) Maristanü’l Magafir adıyla Kahire’de, 10. Yüzyılda Şam, Mısır, Rey, Zerend, İsfahan, Merv ve Nişapur’da, 1022’de Vasit ve Meyafarikun’de(1031), 12. Yüzyılda Musul’da 4, Harran’da 2, Rakka, Nusaybin, Haleb, ve Hama’da birer hastane vardır (Bayat, 2010: 208).

Divan'ı Lügat-it Türk'te anatomi, fizyoloji, belirtiler, hastalıklar, aletler ve ilaçlarla ilgili 581 kelimenin olması, hastalıkların bir kısmının tanındığı ve bitkilerle tedaviye yönelik çalışmaların bulunduğunu göstermektedir (Bayat, 2010: 245). Selçuklu darüşşifalarında hem tedavi hizmeti verilmiş, hem de usta-çırak ilişkisinde hekim yetiştirilmiş, hastalar arasında ayırımı gözetilmemesi, hastalara merhametle davranılması, öğrencilerin problemleri aydınlatmaya yardımcı olması temel prensip olarak benimsenmiştir (Bayat, 2010: 272). Böylece hekimlerin yetiştirilmesinin yanında hasta ile etkileşimlerinin önemi de temel alınmaktadır.

Osmanlılarda tıp

Osmanlıların ilk dönemlerinde hekimlikle ilgili bilgiler sınırlıdır. Bununla birlikte hayır hizmetlerinin parçası olarak hastanelerde ya da hastane dışında gerçekleştirilen sağlık hizmeti söz konusuydu. Bütüncül tıp anlayışının izinden giden Osmanlılar sadece hastalığı değil, hayat ve sağlığın kalitesini de göz önünde bulunduruyorlardı; teşhis ve tedavi vücudun tüm uzuvlarını ve akli iç içe geçmiş karmaşık bütüncül bir varlık olarak görüyordu (Mossensohn, 2014: 270). Görüldüğü üzere hastalık yalnızca bedene ait bir olgu olarak değerlendirilmemiş kapsamlı bir bütün içinde ele alınması tercih edilmiştir. Hastanelerde genel tabipler, göz hekimi ve cerrahlar hastaların bedenleriyle ilgilenirken müzisyenler ve diğer çalışanlar ise hastanın akıl ve ruhuna hitap ediyorlardı (Mossensohn, 2014: 270). Osmanlılarda bütüncül yaklaşımın yanı sıra tıbbi hizmetlerin hastalıktan öncesine de uzanan koruyucu hekimliğe benzer bir boyutu da gözlenmektedir. Osmanlı tıbbı, hastalıkları önlemenin ve kişinin sağlığına sürekli bir biçimde özen göstermesinin önemini vurguluyordu (Mossensohn, 2014: 273). Bu durumda sağlıklı iken de beden korunması, dikkat edilmesi gereken bir yapı olarak değerlendirilmekte, yalnızca hastalık durumunda iyileştirici çalışmaların nesnesi biçiminde görülmemektedir.

Bununla birlikte tıp eğitimini alıp isteyen herkes hekimlik yapabiliirdi ve bu dönemde çok saygın bir meslek olarak görülürdü (Eğilmez, 2011: 33).²⁷ Fatih zamanında "hekimbaşılık" statüsü verilen doktorlara oldukça fazla ayrıcalık tanınmıştır. Evliya Çelebi'nin verdiği bilgiye göre hekimbaşının emrinde saçafli abiyisi, mahzarları, hünkar kapıcısı, baltacıları, yeniçeri çuhadarı, yüz adet iç

²⁷ Fatih döneminde "Enderun Mektebi" bir çeşit saray üniversitesi olarak hizmet vermiş ve Avrupa'nın yanı sıra, Kahire, Endülüs, Bağdat, Şam gibi birçok yerden ilim adamları gelmiştir (Eğilmez, 2011: 36).

hademesi vardı, ayrıca 2000 akçe maaş ve Tekirdağ hekimbaşının arpılığı olarak ayrılmıştı (Uludağ, 1991: 166). Dolayısıyla buradan da anlaşılmaktadır ki tıp mesleği o dönem açısından oldukça önemli görülmüş, sosyal ve ekonomik açıdan desteklenmiştir. 14.Yüzyılın son yıllarında Sabuncuoğlu Şerafettin o dönemdeki en ileri tedavi ve cerrahi teknikleri kullanmasıyla ön plana çıkmıştır. Onu asıl ünlendiren ise 80 yaşından sonra yazdığı kitaplardır. "Kitabı Cerrahiye el Haniye" eseri bunlardan biridir (Öztek, 2014: 17). Fatih döneminde bilimsel çalışmalara önem verildiği, tıp biliminin ise bütün bilimlerin "*yarısına eşdeğer*" kabul edildiğini dönemin önde gelen hekimlerinden Sabuncuoğlu Şerafettin yazmaktadır (Öztek, 2014: 18). Bu ifadeden tıp mesleğinin öncelikli bir konumunun olduğu anlaşılmaktadır.

Yine 2. Bayezit zamanında hekimliğin önemli bir statüsünün olduğu, Edirne’de bir Darüşşifa yaptırdığı, onunla ilgili vakıfnamede 1492’de şu ifadelerle yer verildiği görülür (Uludağ, 1991: 109-110):

Darü’s-şifa için hazık hekimlerden üç tabib atana ve bunlardan biri diğer ikisinin başı ola ve başhekim mesleğinde mahir ve tecrübeli ola. Başhekim için her gün otuz akçe diğer iki hekim için de günde on akçe maaş verile...Hazık iki göz hekimi atana. Bunlar göz hastalıklarını bilmede ve iyi etmede mahir olalar...ve dahi Darü’s-şifa için iki cerrah atana ve bunlar da mesleğinde usta olalar ve her birine günde yedi akçe verile..Ve dahi Darü’s-şifa için güvenilir bir katip atana, katip yetenekli, dürüst, ve hesap işlerinden anlayan biri ola..Ve dahi Darü’s-şifa için dört hizmetkar atana. Bunlar tedaviye muhtaç dertli hastaların hizmetlerini içtenlikle yapalar ve hastalara iyi muamele edeler...teknik olarak ilaç ve hap yapmasını bilen bir eczacı atana...iki aşçı atana...hastalara hekimin lüzum gördüğü yemeği en iyi şekilde yapalar..hastaların çamaşırını yıkamak için çamaşırcı atana...

Görüldüğü gibi bu vakıfnamede hastane hizmetlerinde bir uzmanlaşma olduğu, hastanenin temizliğinden, hastalara bakım ve yemek hizmetlerine kadar ayrıntılı planlama yapıldığından söz eder. Ayrıca hekimbaşlarına yüksek ücret ödenmesi, alanlarında uzman olmaları ve özellikle hasta bakıcıların hastalara davranırken “içtenlikle” davranması önemli görülmüştür ki bu da söz konusu dönemde hastalıklarından dolayı hastaların kırılganlıklarına vurgu yapılmaktadır. Osmanlılar hastalık ve tıbbı karşı bir dizi farklı tepki gösteriyorlardı. Bunlar kayıtsızlıktan hatta kadercilikten kötümserliğe ve korkuya kadar uzanıyordu fakat çoğu Osmanlı hastalığa karşı “aktif ve iyimser” bir tutum takınıyordu (Mossensohn, 2014: 273). Böylelikle hastalık korku unsuru olmaktan ziyade iyimserlikle ve inanç sisteminin parçası olarak hayatın içerisinde anlam kazanmaktaydı. “Allah’ın izniyle tıbbın iyileştirici gücüne ve çoğu hekimin tıbbı iyi bir şekilde tatbik etme yeteneğine

inançları vardı. Bununla birlikte hekimlerin ahlaki ve mesleki kusurlarına ve sınırlı becerilerine karşı gözleri kapalı değildir” (Mossensohn, 2014: 274). Bu bağlamda yeri geldiği zaman tedavide ortaya çıkabilecek ihmallerin sorgulanabildiği, tıbbi otoritelerin eleştiriye açık olduğu anlaşılmaktadır.

Karmaşık ve rekabetçi tıbbi gerçeklik ayrıca hekimlerin bazı kaynaklarda iyi kalpli ve hastalarının iyiliği için ellerinden gelenin en iyisini yapan insanlığın mükemmel bir örneği olarak resmedilirken, başka kaynaklarda kibir ve açgözlülüğünden dolayı tartışma konusu edilmesini de açıklamaktaydı. Hastalar becerilerine güvenerek hekimlerin uzmanlığına başvuruyorlardı, yine de sonuç beklendiği gibi çıkmazsa onları dava etmekten de çekinmiyorlardı (Mossensohn, 2014: 274-275).

Modern tıbbın öğretildiği askeri bir tıp okulunun 1827’de kurulmasıyla pozitivist ve akılcı zihniyette aşılana sonrakı yılların birçok reformcu, yazar ve eylemcilerini de ortaya çıkaran öğrenciler yetişmiştir (Zürcher, 1993/2000: 70). Böylece tıbbi kuruluş mesleki işlevini aşarak toplumun biçimlendirilmesine ön ayak olabilecek kadroların yetiştirilmesine zemin hazırlamasıyla ayrıca bir rol üstlenmekteydi. Bürokrasinin güçlenmesini sağlayan düzenlemelerin Tanzimat dönemindeki değişim, toplumun iktidar merkezini de dönüştürerek Saray’dan Babıali’ye doğru bir yönelimi ortaya koymuştur (Zürcher, 1993/2000: 78).

1867’de ise Mektebi Tıbbiye-i Mülkiye yani sivil tıp okulunun açılması daha çok “belediye hekimi” amacına yönelik olarak eğitim veriyordu (Aydın, 2006: 254). Bu hekimlerin tüm ülkedeki sağlık ihtiyaçlarını karşılama imkanı yoktu. 1871 yılında Osmanlı idaresi bir Nizamname yayımlayarak “Memleket Tabibi” adı altında il ve ilçelerde hekim görevlendirirken onlardan sadece tedavi edici hizmetleri değil, koruyucu sağlık hizmetlerini de yürütmesini beklemektedir (Aydın, 2006: 255-256). Maaşları belediyelerden ödenen, tam olarak ihtiyacı karşılamada yeterli olamayan bu hekimler yine de devlet memuru statüsüne alınıyor ve yerel mülki amirden çok merkezden emir almaktadırlar, ayrıca hekimlere Adli Tabiplik görevi de verilmektedir (Aydın, 2006: 256)²⁸. Aynı yıllarda öğrencilerin yurt dışına gönderilerek kimya, iç hastalıkları, jinekoloji, özellikle cerrahi alandaki ilerlemeleri, ayrıca o zamana kadar müfredatta yer almayan “kulak-boğaz hastalıkları”, “Histoloji”, “Patolojik anatomi”, “Sinir hastalıkları” dallarını ülkeye getirmek amacı güdülmüştür (Unat, 1988: 10). Buradan da tıp eğitiminin modernleşme çabalarıyla ilişkili olarak geliştirilmesinin amaçlandığı anlaşılmaktadır.

²⁸ 1888’den sonra bu hekimler maaşlarını doğrudan devlet tarafından alacaklardır ve kaza, liva, vilayet tabibi ve müfettiş sınıfı olmak üzere dört sınıfa ayrılırlar (Aydın, 2006: 256).

Kaza hekimlerinden bulundukları yerle ilgili 3 ayda bir rapor düzenlemeleri, üç ay zarfında doğanların, salgın-bulaşıcı hastalıklara yakalananların ve ölenlerin istatistiki cetvelleri istenir (Aydın, 2006: 257). Kaza hekimlerinden aşı uygulamaları yapmaları, maddi olanağa sahip olanlardan belirtilen kadar ücret alıp olmayanlardan ise ücret talep etmeksizin gerekirse evlerine gidip tedavi etmeleri istenir (Aydın, 2006: 257). 1913 yılında yayımlanan yeni Nizamnamede ise hükümet tabipliğinin görev ve nitelikleri değişmeden sürmesine karşılık hekimlerin unvanı “Hükümet tabipliği” olarak değiştirilir (Aydın, 2006: 258). Ayrıca Sıhhiye meclisleri, vilayet, kaza ve liva meclisleri olarak kurulmakta, sağlıkta yeni bir kurumlaşmaya gidilmektedir.

Toplumun yapısına bağlı olarak İslam toplumlarında tıp eğitiminin yetkesel olduğu, cerrahi hekimliğin gelişmediği, bilgiler öğrenciye yazdırıldığı, tartışmaya kapalı olduğu, aynı şekilde hastalara yaklaşımda da hekimlerin etkin hastaların pasif olduğu görülmektedir (Eren, 1996: 196). Ancak ameliyat tekniği ilk kez İslam âlimlerince uygulanmış, Razi ve İbnul Hatib’in koruyucu hekimliği ilk kez başlattığı, gezici hekimlik ve vakıflar aracılığıyla yardım örgütlenmelerinde de İslam hekimlerinin öncülük yaptığı anlaşılmaktadır (Eren, 1996: 198-199). Koruyucu hekimliğin modern dönemde ortaya çıkan bir kavram olarak ifade edilmesine karşın aslında çok daha önceleri bu tür uygulama örneklerine rastlanmaktadır.

Osmanlılarda ulema sınıfının çok önemli bir üyesi olarak kabul edilen hekimlerin yetenekli olması, bilgi, beceri ve uzmanlık alanında donanımına önem verildiği anlaşılmaktadır. “Bilgili ve intizamlı ulemanın varlığı din ve devlet için bir güç kaynağıdır” düsturuna göre hareket etme hedefinden dolayı hekimlik de toplum içinde saygın bir meslek olarak ele alınmaktaydı (Uludağ, 1991: 168). Cumhuriyet dönemi bu dönemin üzerine bina edilecek bir süreç ifade etmektedir.

Cumhuriyet ve sonrasında tıp

1903 yılında Şam’da kurulan “Şam Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye”si 1918 yılına kadarki 16 yıllık süre içerisinde 529 hekim ve eczacı yetiştirmiş, Osmanlı uyruğu olsun olmasın bütün insanlara hizmet vermiş, ayrıca diğer yabancı tıp okullarıyla rekabet edecek tarzda eğitim vermiştir (Bayat, 2010: 332). Osmanlı’nın son dönemindeki Almanya ile ilişkiler doğrultusunda Bonn’dan askeri hekimler Deycke ve Rieder getirilmiş, Gülhane Tatbikat Hastanesini kurmuşlardır (Bayat, 2010:

333). Cumhuriyetin kurulduğu yıl sadece İstanbul Tıp fakültesi²⁹ bulunmaktaydı (Başkan ve Atakurt, 1998: 108).

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık elemanı ve teşkilatlanması son derece yetersizdir; örneğin 1925'teki tüm resmi kurumlardaki hekim sayısı sadece 1631'dir (Aydın, 2006: 264). Doktor Refik Saydam 16 yıllık sağlık bakanlığı da yapmış, sağlık politikalarının uygulamalarında önemli rol oynamıştır. Bakanlığın 1925 yılında hazırlanan ilk çalışma programında düzenleyici çalışmalardan dikkati çekenler şöyle belirtilebilir; "Devletin sağlık örgütünü genişletmek, Hekim, sağlık memuru, ebe yetiştirmek, Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakım evleri açmak, sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla mücadele etmek, sağlıkla ilgili kanunları yapmak, sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye kadar götürmek..."(Sağlık Sosyal ve Yardım Bakanlığı (SSYB), 1973).

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık alanında yapılan çalışmalar "dikey örgütlenme³⁰" ve yatay örgütlenme³¹" olarak iki şekilde gelişmiştir (Aydın,2006; 268).

Modern tıbbın dönüştürücü etkisini spor alanındaki çalışmalarda da görmek mümkündür. Beden terbiyesi ve spor politikalarının Cumhuriyet'te izlediği seyir, taşıdığı etkiler açısından dönemlere bağlı olarak farklılık göstermiştir. Sovyetlerin "fizkultura"sı gibi Almanların "öjenik, spor ve beden terbiyesinden geliştirdikleri sofistike sentez" de Cumhuriyet'teki siyasi eliti, dönemin bilimsel ve tıbbi söylemini etkilemiş, hatta büyük oranda tıp sahasında kurulmuştur (Özsan, 2007).

Böylelikle sağlık hizmetlerinin tabana yayılarak toplumun geneline ulaştırılmasının amaçlandığı söylenebilir. 1930 yılında açılan Etimesgut Numune Dispanseri ötekilerden farklı olarak hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetleri

²⁹ 1933'te üniversite reformu ile İstanbul Üniversitesi Merkez binasına yerleştirilmiştir. 1924'de "İstanbul Tıp Talebe Yurdu (Kadırga)" kuruldu. 1960 yılına kadar burada yetişen tüm hekimlerin ihtiyaçları devlet tarafından karşılandı ve bu tarihten sonra burs sistemine geçildi, Aldıkları burs süresinin üçte ikisi kadar mecburi hizmet getirildi (Aytekin, 2013).

³⁰ Dikey örgütlenmede sıtma, frengi, trahom ve verem gibi hastalıklara karşı Sağlık Bakanlığı içerisinde merkezi ve taşra birimleri bulunan özel hizmet örgütleri kurulmuş, salgın ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele çalışmaları yapılmıştır (Aydın, 2006: 268).

³¹ Yatay örgütlenmede taşra ve kırsal kesimde hükümet tabiilerinin koruyucu sağlık hizmetleri vermeleri planlanmış, 1924 yılında dispanser olarak bildiğimiz "Muayene ve tedavi Evi" adı altında taşrada tedavi edici hizmet veren hizmet ünitelerinin açılmasına karar verilmiştir ki bunların sayılarının 150 olduğu ifade edilmektedir (Aydın, 2006: 269).

birlikte yürütecek şekilde organize edilmiştir” (Aydın, 2006: 269).³²

Hekim sayılarında yıllara göre değişen rakamlar söz konusudur. Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne kadar hekim başına düşen hasta sayısı düşerken bu rakam giderek azalmış, dolayısıyla yıllar boyunca hekim sayısı hızla yükselmiştir (Başkan ve Atakurt, 1998: 113). Hastane hizmetleri ise Cumhuriyetten önce daha çok belediye hizmetleri ve özel idare şeklindedir” (Aydın, 2006: 269). Bu uygulama Cumhuriyetten sonra 1950'lere kadar devam etmiş, mevcut olanlardan daha gelişmiş olan “Numune” hastaneleri açılmıştır ki bunların sayılarının da 7 olduğu belirtilmektedir (Aydın, 2006: 269).

Türkiye’de devlet 1980'lere kadar belirli hastalıklar ve ya sağlık sorunları konusunda çeşitli politikalar üreterek vatandaşlarına doğru sağlık davranışlarını aktarmaya çalışarak tıp ve devletin işbirliğinde iyi vatandaşlığın tanımı da bilimin ve tıbbın üstünlüğüne inanmayı kapsamaya başladı (Terzioğlu, 2011). Dolayısıyla aslında tıp alanı da diğer alanlarda olduğu gibi devletin otoritesini pekiştirdiği bir kısıtlamayı beraberinde getirmektedir. Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluş yıllarında, tıp otoriteleri yalnızca ülkedeki sağlık sorunlarını değil, devlet ve yüzü Batı’ya dönük seçkinler tarafından yürütülen ve yukarıdan aşağıya tüm yurda nüfuz etmesi planlanan modernleşme sürecini engelleyen toplumsal sorunları da çözmeye çalıştılar (Terzioğlu, 2011).

Hekimliğin tarihçesine ve hastanenin ortaya çıkışına genel olarak baktığımızda hasta-hekim ilişkisine ait problemlerin hastalıkların ortaya çıkışıyla eski medeniyetlerin tarihiyle beraber başladığı görülmektedir. İnsanlığın ilk uygarlıklarından beri hekimlik rolü ve onların hastalarıyla olan ilişkileri önemli olmuş, hekimlerin otoriteleri ise hastalıklara olan tedavi biçimlerindeki değişimlerle birlikte dönüşmüştür. Hekimliğin ahlak ilkelerinin de geliştirildiği Hipokrat’tan günümüze kadar farklılaşan bu çizgisinde onun toplum içindeki bugünkü otoritesinin modernleşme apayrı bir kulvara girdiği kesindir.

Eski Türklerde inanış biçimiyle bütünleşerek şamanın mutlak otoritesinin yansıtıldığı hekimlik zamanla dinsel karakterden sıyrılarak olgusal nitelikte ele alınmış ama toplumsal özelliklerden asla kopmamıştır. İslam toplumlarında hastane

³² 1937’den sonra bu tür hizmet ünitelerine “Sağlık merkezleri” adı verilmiş, 1961’den sonra sağlık merkezleri “Sağlık Ocakları” adını almışlardır.

ve tıbbi eğitimin -ki Hipokrat'tan beri kullanılmıştır- kurumsallaştığı görülür. Emevi, Abbasi, Selçuklu ve Osmanlı devletlerinde hastanelerin geliştiği, hekimlerin gözde bir meslek olarak ön planda tutulduğu görülür. Bununla birlikte hekimlik özellikle Fatih Sultan Mehmet döneminde hekimbaşılık kurumuyla saygın statüsüne bazı ekonomik ve sosyal ayrıcalıklar da eklemiştir. Bununla birlikte hekimliğin dönüşümünde insan bedeninin ayrıntılı olarak incelendiği, 18 yüzyıl sonrası oldukça önemlidir. Modernleşme ile birlikte hekimliğin, cerrahi, göz, anatomi, mikrobiyoloji, gibi uzmanlık alanlarında ortaya çıkan gelişmelerle yeni bir evreye girdiği kesindir. Günümüzde ise anatomik ve hücresel buluşların yanı sıra, elektronik cihazların radyo dalgalarının, ışın teknolojisinin ve son yıllarda genetik bilimlerindeki gelişmelerin olması hekimlerle hastaların iletişimde güç dengesini daha da değiştirmiş, farklılaştırmıştır. Bir yandan bilgisayarlar aracılığıyla tüm bilgiler ulaşmakla birlikte, bunları anlamada bir o kadar yetenekten yoksun kalmış olan insanlarla uzmanlık alanlarındaki derinleşen bilgi uçurumu da söz konusu olmaktadır.

2. BÖLÜM: MODERNLEŞME VE HEKİMLİK OTORİTESİ

Modernleşmenin temelleri kuşkusuz Batı'da ortaçağdan sonra gelişen “akılcılık” ve bilimsel çalışmayı teşvik eden “özgür düşünce” anlayışıyla atılmıştır. Modern çağın temel karakterleri olarak akılcılık ve özgür düşünce yanında, “ilerleme”, “iyimserlik”, bilim, teknoloji ve politikada “mutlak bilgi” arayışı ve “gerçek benliğin bilgisinin diğer bütün bilgilerin yegane kaynağı olduğu fikri” olarak ifade edilmiştir (Ward, 1997/2014: 8-9). Aynı şekilde bu dönemde ön plana çıkan bir diğer unsur “birey” ve ona verilen değer anlayışıdır. Descartes ve Kartezyen anlayış, Bacon, Hume ve Kant'ın düşünce sistemleri Avrupa'nın 'Aydınlanma'sında çok önemli kilometre taşları sayılabilir. Kant Aydınlanmayı şöyle tanımlar: Aydınlanma insanın kendi suçu ile düşmüş olduğu bir ergin olmama durumundan kurtulmasıdır. Aydınlanmanın programı dünyayı gizlerinden kurtarmaktır. Mitleri parçalayacak, hamhayalleri bilgi vasıtasıyla alaşağı edecekti (Horkheimer ve Adorno, 1969/1995: 19). Bu bağlamda insanın düzenlenerek egemen altına alınması söz konusudur;

Aydınlanma genel kavramların otoritesinde, insanların doğayı etkilemeye çalışmak için tasvirleri karşısında gizemli ritüeller düzenledikleri kötü ruhlardan duyulan korkuyu gördüğünü sanmaktadır. Artık gizli özellikler, hükmeden ya da içkin güçler yanılmasına kapılmadan maddeye egemen olunacaktı. Hesaba katılabilirlik ve yararlık ölçülerine uymayan her şey Aydınlanmanın gözünde kuşkuludur (Horkheimer ve Adorno, 1969/1995: 22).

Dolayısıyla bilgi temelli bir rasyonelleşme bireyi özgürleştirdiği kadar onun için önemli tüm unsurlara karşı da septik bir anlayışı dile getirmekteydi. Aynı şekilde Hume'da bireyin iradesine ve eylemlerine kendisinin yön vermesi gerektiğini belirtir.

Kişi hangi yeteneğe sahip olursa olsun eğer o yeteneğin farkında değilse ve ona uygun tasarımlar oluşturmuyorsa, bu yetenek onun hiçbir işine yaramaz. Her durumda kendi gücümüzü bilmemiz gerekir; eğer iki taraftan birinde hata yapmamız hoş görülebilseydi değerimizi olduğundan çok göstermek, kendi değerimizi azımsamaktan daha olumlu bir sonuç doğururdu. Talih genelde gözüpek ve girişimci olandan yanadır; hiçbir şey gözüpeklik konusunda bize kendimize ilişkin olumlu bir görüşten daha çok yardımcı olmaz. Bu yüzden kendinden memnun olma ve gösteriş kabul edilebilir şeyler olmakla kalmayıp, aynı zamanda kişilik için gereklidir de (Hume, 2009: 396-397).

Böylece insanın değeri eylemlerinin sorumluluğunu alması ve kendine saygı duymayla ölçülür. Eğer gündelik yaşamdan tarihe geçerse, insanoğlunun hayranlığını kazanan tüm o büyük eylem ve hislerin yalnızca gurur ve özsaygıya

dayandıklarını gözlediğimiz zaman bu akıl yürütme yeni bir güç kazanır (Hume, 2009; 398). Hayatı rasyonel bir biçimde düzenleme ve kontrol kavramını ön plana çıkaran Kartezyen anlayış, yaşamı dünya ve dünya dışı diye ayıran düalist yaklaşımını, bireyde ruh ve beden biçiminde öncelemiştir (Biri, 2009). Bauman da bu dönemin rasyonellikle birlikte sağlanması hedeflenen güç ve otoriteye dikkati çekmiştir;

Kant, Descartes ve Locke'u (tıpkı kendilerinden önceki Francis Bacon gibi) harekete geçiren itki mütehakim(kolektif olarak sınırlarından kurtulmuş) bir insanlık düşüydü; bu, onlara göre, insan onurunun saygı gördüğü ve korunduğu tek durumdu. Bu düşünürlerin ilan ettikleri ve sahiplendikleri hakiki kaygıları insanın egemenliği idi; Akıllı, yüksek yasayıcı kürsüsüne bu egemenlik adına çıkarmak istiyorlardı (Bauman, 1991/2003: 41).

Comte pozitivist anlayışı geliştirerek Descartes ve Bacon'ın bilim hakimiyetini bir ileri aşamaya taşımak istemiştir. Kendisi pozitivist dönemin teolojik ve metafizik çağdan sonra geldiğini ve "Bacon, Descartes ve Galileo'nun düşüncelerinin etkisiyle zihinde büyük ilerlemenin sağlandığı zaman" (Comte, 2001: 40) olarak nitelendirir. Pozitivizm zihinsel işlevlerin tabi olduğu yasaları ortaya çıkararak gerçeğin araştırılmasında sağlam bir girişim olduğu kadar eğitimle de bu ilkeleri benimsetmeyi amaçlamalıydı (Comte, 2001: 51). Bu durum aslında toplumu bir mühendislik olarak dizayn etmenin aracı olduğu kadar "ilerleme" mitini de besleyen bir düşünceyi toplumun bilimsel bir ideolojiyle denetimini mümkün kılan güç ve iktidar ilişkilerine de kapı aralamaktaydı (Yelken, 2009). Böylece Comte gerçeğin sağlam bilgisini dikte ederek aslında pozitivizmin felsefi temelleriyle kendisi de "olgu"ların ötesinde sosyal kontrolün dinamiklerini açığa çıkarmaktaydı. Comte'un doğa bilimlerine öykünen baştan sorunlu yaklaşımı, daha sonra pozitivist bir bilim kurma çabasından pozitivist bir din kurma macerasına dönüşmüştür (Yelken, 2009). Böyle bir yeni din kurma hevesi pozitivist ideolojinin uygulandığı birçok alanda özellikle de modern tıp alanında da söz konusu olmaktadır.

Bilimin ve bilimcilerin destek görmesini işe yararlılığı ile ele alan Wallerstein (2003: 156)'a göre bilimciler toplumsal onay ve destek görüyorlardı çünkü gerçek dünyada somut ilerlemeler-üretkenliği artıracak ve zamanla mekanın dayattığı sınırlamaları azaltıp herkes için daha büyük bir rahatlık yaratacak harika makinalar- yaratma imkanını sunuyordu. Bilimin bu yararlılığı işlevselliğinde etkili olmakla beraber aslında bilimsel düşüncenin temel ilkeleri olarak sunulan özelliklerin de söylemsel olduğu ileri sürülmüştür. Bilimsel faaliyeti kuşatacak tam

bir dünya görüşü yaratılarak bilimcilerin tarafsız, ampirik, evrensel doğruları aradıkları, basit olanı keşfettikleri son olarak en önemlisi, nihai nedenleri değil etkili nedenleri açığa çıkarttıkları söyleniyor, böyle olmaları isteniyordu (Wallerstein, 2003: 156). “İlerleme Aydınlanmanın ana temalarından biri olarak yalnızca varsayılan ve analiz edilen bir şey değil, aynı zamanda dayatılan bir şeydi” (Wallerstein, 2003: 193).

“Toplumun artan “rasyonelleştirilmesi” bilimsel ve teknik ilerlemenin kurumsallaşmasıyla bağlantılıdır. Tekniğin ve bilimin toplumun kurumsal alanlarına sızdıkları ve böylelikle kurumların kendilerini dönüştürdükleri ölçüde eski meşrulaştırmalar tasfiye edilirler” (Habermas, 1968/2007: 33). Dolayısıyla burada rasyonelleşme ile bilimsel ve teknik kurumsallaşma arasında bir paralellik kurulmaktadır. “Eylem yönlendirici evren imgelerinin, kültürel geleneğin tamamının sekularize edilmesi ve büyüden arındırılması toplumsal eylemin artan rasyonellik’inin bir diğer yüzüdür” diyen Habermas (1968/2007: 33) rasyonellikle toplumun seküler hale gelmesi arasındaki ilişkiye de göndermede bulunur. Modern bilim güçlü ve karşı konulmaz bir tutkudan Doğa’yı fethetme ve onu insan gereksinimlerine tabi kılma tutkusundan doğdu. Bilim adamlarını sürekli olarak “hiçbir insanın gitmeye cesaret edemediği yerlere gitmeye” iten meşhur bilimsel yasak asla denetim, yönetim ve şeyleri olduklarından daha iyi (yani daha esnek, daha itaatkar, daha hizmetkar) kılma vizyonundan bağımsız olmadı (Bauman, 1991/2003; 57). Pozitivist bakış açısının morfolojik bilme istenci oluşturarak meydana getirdiği söylemle erke eklemlenmesinden Foucault (1987: 57) söz etmiştir.

Gellner’a göre ileri teknoloji ve sürekli büyüme beklentisi temelinde, bir yanda birbirine yabancı insanlar arasında standart bir konuşma dili ve gerektiğinde de yazı dili aracılığıyla aktarılan ortak ve açık anlamlara dayalı kesin ifadelerle sürekli kullanılan bir iletişim biçimini, diğer yandan da hareketli bir işbölümünü gerektiren bir toplum oluşmuştur (Gellner, 1983/2008: 137). O toplumun yüksek eğitimden başlayarak lise ve ilköğretime yönelen bir piramit şeklinde toplumun yurttaşlık bilinci ve meslek özelliklerinin biçimlendirildiğini belirtir. Toplumun alt birimleri kendini yeniden üretemez. Meşru eğitimin tekeli ele geçirmek meşru şiddetin tekeli ele geçirmekten daha önemli görülmüştür.

18 yüzyıl Aydınlanma Çağı ve devamında bireyin bu şekilde ön plana çıkarılması kadar etki altına alınarak kontrol edilmesi daha güçlü olmuştur. Bu kontrol araçlarından en önemlilerinden bir tanesi kuşkusuz tıp ve hekimliktir.

Tıbbi bilmeye bir içerik ve bir biçim nasıl kazandırılır, tıp uygulamasına kurallar nasıl konur, bu kurallar, bu bilmeyi onunla paylaşmaktan çok onun tarafından kabul edilir kılmak için halka nasıl benimsetilir? Bunun sonucu hastanelerin, dispanserlerin, Kraliyet Tıp Derneği'nin kuruluşu, tıp mesleğinin düzenlenmesi, çok büyük bir halk sağlığı kampanyasıyla birlikte, çok büyük bir çocuk ve yenidoğan kampanyasının da yapılması oldu (Foucault, 1997/2008: 190-191).

Bu girişimde 4 şeyin önemli olduğu belirtilir; ayıklama, normleştirme, hiyerarşileştirme ve merkezileştirme. Disiplinci iktidar denen şeyin biraz daha ayrıntılı incelenmesinde devrede olduğu görülebilen bu dört işlemdir (Foucault, 1997/2008: 191). Bireylerin belirli kalıplara ayrılarak tasnif edilmesi, normalliğin ölçüsünün belirlenmesi onun daha kolay kontrol edilmesini sağlayacaktı. Bu alan da elbette hekimlikti.

Giddens (1990/2012: 126) modernliğin günlük yaşamın büyük bir bölümünde bireysel mutluluk ve güvenliğin alanını genişletmesinin yanında çoğumuzun sıradan insanlar olarak zaman zaman duyumsadığı denetim eksikliği duygusuna vurguda bulunur. Dolayısıyla Giddens yapay bir mutluluk ve güvene karşın hayatımızın bazı zamanlarında uzmanlık alanları karşısında gücümüzü yitirebileceğimizden söz eder. Foucault denetimin gözetleme, kontrol, teftiş olgusundan bağımsız olamayacağını ifade eder:

XVII. ve XVIII. Yüzyılda esas olarak beden üzerine, bireyin bedeni üzerine odaklanmış iktidar tekniklerinin ortaya çıktığı görüldü. Bunlar bireysel bedenlerin uzamsal dağılımının (ayrıştırılmaları, sıraya sokulmaları, diziyeye ve gözetime sokulmalarının) ve bu bireysel bedenler dolayında bütün bir görünürlük alanının düzenlenişinin gerçekleştirildiği bütün o usullerdi. Bunlar aynı zamanda bu bedenlerin bakımının üstlenilmesine, işe yarar güçlerinin alıştırma, terbiye vesaireyle yükseltilmesi çabasına yarayan tekniklerdi. Bütün bir gözetleme, hiyerarşi, teftiş, yazı, tutanak sistemiyle: disiplinci iş teknolojisi olarak adlandırılabilir bütün o teknolojiyle, olabilecek en masrafsız biçimde uygulanması zorunlu bir iktidarın katı ekonomi ve ussallaştırma teknikleriydi aynı zamanda (Foucault, 1997/2008: 247-248).

Konuyu Milgram'ın araştırması ile değerlendiren Bauman da otoriteye itaatte bilimsel paradigmanın başat rolüne şöyle dikkati çekmektedir;

Kurbanı şoka sokma eylemi, (...) yıkıcı güdülerden değil, deneklerin toplumsal bir yapıya entegre oldukları ve buradan çıkamadıkları gerçeğinden ortaya çıkar. Hemen şunu hatırlayalım, Deney testine tabi tutulan "toplumsal yapı" bilimin yapısıydı. Milgram'ın deneklerine yapmaları istenen zulmü, doğuracağı bilişsel faydaların ve bilimin ilerlemesine yapacağı katkının "mazur kıldığı" söyleniyordu. Zaten en prestijli üniversitelerden birinde bulunuyor olmalarının da etkisiyle denekler de kendi

kendilerine aynı sonuca varıyor; huşu ve korku telkin eden beyaz önlüklü insanların verdiği emirleri yerine getiriyorlardı (Bauman, 1991/2003: 71-72).

Dolayısıyla otorite olarak kabul edilen figürlere körü körüne itaat, eylemi anlam dünyasından koparmakta, soyut bir amaca bağlı hale getirmektedir. Modernlik toplumsal ilişkilerin zaman ve uzam boyunca yerinden çıkarılmasına ve toplumsallaşmış doğayla toplumsal evren arasında köprü kurulmasına olanak sağlayan soyut sistemlerden ayrılamaz (Giddens, 1990/2012: 132). Soyutlaşma modernleşmenin bir özelliği olmaktadır. Foucault 18. yüzyılda ise farklı bir iktidar tekniğinin ortaya çıktığını ileri sürer:

...disiplin insanların çokluğunu yönetmeye çalışır öyle ki bu çokluk gözetlenecek, eğitilecek, kullanılacak, belki de cezalandırılacak bireysel bedenlere dönüşebilmeli ve dönüşmelidir. Ve sonra yerleşen yeni teknoloji, insanlar asal olarak bedenlerden ibaret oldukları için değil, tersine yaşama özgü ve doğum, ölüm, üretim, hastalık vesaire gibi süreçler olan, toplu süreçlerden etkilenen, global bir kitle oluşturması nedeniyle insanların çokluğuyla ilgilenir. Böylece biyo politik bir iktidar anlayışı ortaya çıkar (Foucault, 1997/2008: 248).

Dolayısıyla aslında doğrudan bedenle ilgilenmeyen ama bedenler toplamıyla ilgilenen nüfusun problemlerini denetlemeye çalışan bir otorite söz konusu olmaktadır.

Toplumun kontrolünde bilim ve tekniğin rolünü Habermas açıklamıştır. “Bilimsel açıdan kavranmış ve zapt edilmiş olarak doğa, bireylerin yaşamlarını sağlayan ve iyileştiren ve aynı zamanda onları aygıtın efendilerine tabi kılan teknik üretim ve yıkım aygıtında yeniden görünür; rasyonel hiyerarşi toplumsal hiyerarşi ile böyle kaynaşır” (Habermas, 1968/2007: 37). Dolayısıyla aslında burada bilim ve tekniğin bir taraftan yaşam standartlarını yükseltip hayata olumlu katkısı vurgulanırken diğer taraftan insanı denetleyen bir aygıtı dönüştürdüğü üzerinde durulmaktadır. İkili bir rol oynamaktadır. Foucault denetimin tıbbi yönüne dikkati çeker;

18. yüzyılın sonunda göz önüne alınmaya başlanan ve, şimdi, tıbbi tedavilerin eşgüdümünü, bilginin merkezileşmesini, bilmenin normalleştirilmesini sağlayan organizmalarla, başlıca kamu sağlığı görevini üstlenecek olan ve hijyen eğitimi ve nüfusu tıbbileştirme kampanyası işleyişine de bürünen bir tıbbin kuruluşuna götüren bu görüngülerdir. Yani üreme, doğum oranı sorunları aynı zamanda hastalıklılık sorunlarıdır... Ve yetersizlik, bireylerin devre dışı bırakılması, etkisizleştirilmesi vb. sonuçları da getiren bu görüngüler toplamı olacaktır (Foucault, 1997/2008: 250).

Dolayısıyla teknik ilerlemelerin insana müdahalenin bir aracı olarak özneyi dönüştürebildiği alanlara dikkati çekilmektedir. Foucault buna sanayileşme ile ortaya çıkan yaşlılık sorunu, kazalar, sakatlıkların da etkili olduğu yeni bir alanı, sigorta,

tasarruf ve güvenlik mekanizmalarının ortaya çıktığı alanı ekler (Foucault, 1997/2008: 250). Tıbbın sosyal bir boyut kazanmasının politik güçle olan ilişkisi sağlık kavramında yeni bir anlayışı da ortaya çıkarır. Foucault (1969/1999a: 206) “bedenin bir çalışma aracı olarak değerlendirilmesi, tıbbi başka bilimlerin modeli üzerinde aklileştirmek kaygısı, bir halkın sağlık düzeyini devam ettirmek için olan çabalar, tedaviye, onun etkilerinin devamına, uzun süreli fenomenlerin kaydedilmesine gösterilen dikkat birbirini izler” ifadesi de bu tıbbileştirme dönüşümüne dikkati çekmektedir. Dolayısıyla beden üzerinde çalışılan bireysel bir terbiyeden değil, nüfus üzerinde disipline edici düzenlemelerden söz edilmektedir. Hastalıkları düşürmek, yaşam süresini artırmak gerekecektir, doğum oranını artırmak gerekecek; global bağlamda nüfusta bir denge kurarak “ayarlama” yapmak gerekecektir (Foucault, 1997/2008: 252). Bu düzenleme beden olarak bireyleri etkilemekle birliktedaha genel kapsamlı nüfus politikalarının da içinde yer aldığıüst düzey birdenetime karşılık gelmektedir.

Bürokratik yapı olarak hastane ile otorite ilişkisinin birbirinden bağımsız ele alınamayacağı görülmektedir. Aynı zamanda modernleşme sonrasında, bilginin, uzmanlığın ve teknolojinin gelişimi hekimliğin daha önce söz konusu olan otoritesinin yeniden ele alınmasını gerektirmektedir. Ayrıca insan hayatının tamamen hesaplanabilir ve sayısallaştırıldığı nicelleşme ve onun boyutları ile ölüm olgusunda görülen değişimler de tıbbi gücün alanının yeniden tanımlanmasının gerekliliğini ortaya koymuştur.

2.1. Etkileşim ve Hastane

Sanayileşme süreci sonrasında ortaya çıkan bakış açısı toplumdaki temel kurumların yapılarını da yeniden tanımlamaya başlamıştır. İnsanın bir yaşam boyunca dünyasına yayılmış olan hekimlikle ilişkisi yalnızca somut düzlemde hastane ortamında değil hekimin olmadığı herhangi bir yer ve zamanda da sürmektedir. Bununla birlikte modernleşme ile birlikte hekim yalnızca bireysel kimliği ile değil, kurumsal ve teknik imkanları ile donanımlı olan bir hastane kurumunda ön plana çıkmaktadır.

Duygusal yaşamını modern teknolojinin mühendislik kriterlerine göre kontrol etmeğe birey zorlanır (Berger, 1985: 200). Birey sadece iş yaşamının anlamsızlığı tarafından değil, ama daha da önemli olmak üzere diğer bireylerle olan ilişkilerinin

büyük bir kısmının anlamını kaybetmeğe başlaması gerçeği tarafından tehdit edilir (Berger, 1985: 200-201). İşte sağlık sektörü de gelişen bu yapılardan etkilenen bir alan olarak yeni bir ilişkiler sistemi dayatmaya başlayacaktır. “Modernleşme ile birlikte hekimliğin işlev alanları değişmiş, hekimlik rolleri farklılaşmıştır. Pierre Louis’in farklı tedavilerin sonuçlarını sayısal olarak önermesinden kısa bir süre sonra, ilk sosyal istatistikler detaylı biçimde hazırlanmaya başlandı” (Bamforth, 2004: XIV-XV). Dolayısıyla bu durum, hastalarla hekimin etkileşiminin farklılaşacağı yeni bir yaklaşımı da getiriyordu. “Hasta bir birey olmaktan çok örnek, vaka olarak kabul ediliyordu; eski Hipokratik üçgen –hastalık, hekim, hasta- söylemi hekim ile hastalık arasında bir düelloya dönüşmüştü” (Bamforth, 2004: XV). Modernleşmenin sağladığı ileri teknoloji ile hekimlerin hastaları ile olan etkileşimlerini bürokratik kurumlardaki işleyiş ve kurallarında ele almak mümkündür.

“Hastalık, sağlığın zıddı olarak, insanlar arası sosyal münasebetlerin hastanın sosyal statüsünde işgal etmiş olduğu rol ve görevlerin ifa edilememesi ve hastanın irade dışı, yani kendi hatası olmadan sorumsuzluk ortamı içinde yaşaması halidir” (Türkdoğan, 1972: 2). Hastalığın tedavisi hastanın kendini, hastalığını algılaması ve bunun için uygun bir tedavi sürecine başlaması demektir. Duygu, düşünce ve görüşlerin dile getirilmesi, sorular sorulmasına olanak tanınması ve birlikte ortak kararlar alınması sağlık çalışanı/kuruluş ve hasta arasında etkili iletişimin kurulmasını gerektiren etkinliklerdir (Yakut, 2008: 33). İnsanlar hastalandıkları zaman çoğunlukla hangi kısıtlı zaman arasında ve nerede uygun tedavi gerçekleştirebileceklerini sorgulamaktadırlar. Birçok hastane istenilen doktorlara istenilen zamanda randevu verememekte, doktorların programlarının yoğunluğunu dile getirmektedirler. Aynı şekilde muayene süresi hasta yoğunluğundan kısa olmakta, bu da hem hastanın kendini ifadesine hem de doktorların hastayla yeterince iletişim kurabilmesine imkan vermemektedir. Yapılan bir araştırmada doktorların hastalarına hastalıklarıyla ilgili bilgi verememelerinin en önemli nedeninin zamanlarının olmadığı, kısıtlı muayene süresinin buna imkan tanımadığıdır (Yakut, 2008: 105). “Hastaların hekimlerden beklentileri nettir, bunlar güler yüzlü olmaları, bilgili, kendine güvenli olmaları ve bilgi verici olmalarıdır” (Cirinlioğlu, 2001: 143). Kısaca hasta, hastalığı ile ilgili kendini tatmin edebilecek aydınlatıcı bir bilgi ile rahatça kendini ifade edebileceği

hekimlere tedavi olmak istemektedir.

Hekimlik mesleği için bazı kriterler temel sayılmaktadır; bütünlük, dürüstlük, şefkat, tıbbi ilerlemeye dair güncelliği sürdürmeye bağlılık, hastalarla etkili bir şekilde iletişim kurma yeteneği ve hasta otonomisine saygı duymak (Fatima and Hattab, 2014). Hastalarla iletişim kurmak tıbbi pratik için merkezi klinik beceridir. Profesyonelliğin önemli unsurlarından birinin uzmanlaşmış bir sanat olan entelektüel bir eylem olduğu, pratisyen-hasta gibi ilişkilerde hizmeti alanın tarafında güven ve otorite kabulünün önemli olduğu, kamu politikasını şekillendirmede meslek sahiplerinin rol oynadığı, bazı etik kurallarla ilişki biçimini belirlemede etkili olduğu, parasal ödüllerin reddi ve ticari anlayışın tanınmamasının esas olduğu belirtilmiştir (Montague, 1963: 45). Hastanın kaliteli bir sağlık hizmetine dahil olabilmesinde hekim ve hastanenin önemine değinilmiştir. Günümüz toplumlarında eğitim ve teknolojik öğretim istihdamın yeni biçimleri için esas olmakla birlikte yeterli olmamaktadır. Çünkü eğitim ve bilgi donanımının yanında diğerleriyle işbirliği içinde çalışma ve iletişim becerileri de vazgeçilmez esaslardandır (Lipset, 1996: 621). Başarılı bir tedavinin tek yönlü çabayla gerçekleşmeyeceği belirtilmiştir.

Hastanın sağlık hizmeti sürecine katılımı aslında sağlık çalışanı ve hasta olarak her iki tarafın da ortak çabasını ve isteğini gerektirmekle birlikte sağlık kuruluşu/çalışanı, sağlık alanında uzmanlık bilgisine ve araçlara/olanaklara sahip olmasından kaynaklanan resmi/profesyonel hizmet veren etkin rolünden dolayı, katılım konusundaki anlayışı doğrultusunda yapacağı çalışmalar/düzenlemelerle hasta katılımının gerçekleşmesi üzerinde önemli bir etkiye sahip olmaktadır (Yakut, 2008: 22).

Rahatsızlığı olan birey, tıbbi başvurduğu andan itibaren sırayla tıbbi uygulamaların yapılandırılmış alanına girer, önce doktor tarafından hastalığın belirtileriyle ilgili olarak sorgulanır, sorulara verdiği cevapların ne anlama geldiğini bilmez, bilmek de istemez, çünkü sorumluluğu doktora yükler (Beyazyüz ve Göka, 2011). Hastalar, bilgi, beklenti ve tercihlerine göre çeşitlendiği gibi yaş, sosyal koşullar ve rahatsızlıklara göre de farklılaşmaktadır (Mechanic, 2008). Bazı hastalar seçenek söz konusuysa tedavilerine katılmada, karar almada hakları olduğuna inanırken bazıları da kendileri ile ilgili kararların hekimlere bırakılmasından yana eğilimlidirler (Mechanic, 2008). Bu durumda tedaviye gelen hastaların farklı yaklaşımlar sergileyeceği kesindir.

Yapılan bir araştırmada hastalara doktor seçiminde nasıl bir tercihte

bulundukları sorulduğunda, hastaların, hekimlerin kendileri ile iletişim tarzı, hastalıkları hakkında açıklayıcı bilgiler vermenin önemli olduğunu belirtmişlerdir, aynı şekilde birçok hastanın tıbbi prosedürü tam bilmediği, bu prosedürleri iyi açıklayan hekimleri tercih ettiklerini göstermiştir (Whitcomb, 2000: 144). Bunda hekimlerin özel bir dil kullanmalarının, buna dayalı tıbbi eğitim aldıklarının, bu literatüre de hastaların yabancı olmalarının payı büyüktür. Doktorların umudu onların hastaları tarafından hemen hissedilir, hastanın umudu da yükselir, bu yüzden doktor-hasta etkileşimi, sosyal psikolojide, psikiyatride önemlidir (Scheff, 1999: 8). Böylece etkileşim tedavide çok önemli bir faktör olarak yükselmektedir. Modernleşme sonrasında sağlığın yeniden tanımlanması, hastalığı belirli etiketlerle vurgulayarak yeni adlandırmaların yapılması sağlık-hastalık algılarının da farklılaşmasına neden olmuştur.

2.2. Modernleşmenin Sağlık-Hastalık Tanımlamaları

Modernizasyon bir şeylerin güncelleştirilmesine vurgu yaparak tüm çalışma yerlerinin-hastane de dahil- mevcut teknolojik yeniliklerle güncelleştirilmesinin yanı sıra verimlilik, maksimum üretkenlik hakkındaki en son fikirlerin hayata geçirilmesini içerir (Ward, 1997/2014: 11). “19.yy’da olduğu gibi günümüzde de insanlığın büyük çoğunluğunun yaşadığı yıkıcı sonuçlar, sanayileşme ve modernleşmenin toplumsal süreçleriyle bağlantılıdır. Her iki devirde de insani yaşam koşullarına aşırı derecede ve yıldırcı müdahaleler oldu” (Beck, 1986/2011: 73). Dolayısıyla modernleşme yaşam imkanları kadar hayatı kısıtlamasıyla da farklılaşma meydana getirmiştir. Modernleşme sürecinin bir “mitos” olarak değerlendirildiği de görülmüştür. “Bu mitosa göre gelişmiş sanayi toplumu, çalışma ve yaşama şematiğiyle, üretim sektörleriyle, ekonomik gelişme kategorileri dahilinde düşünmesiyle, bilim ve teknoloji anlayışıyla, demokrasi biçimleriyle tamamen modern bir toplumdur, modernliğin aşılabileceğini düşünmenin bile akıl karı olmadığı doruk noktasıdır” (Beck, 1986/2011: 11). Modernleşme kısaca tüm kurumsal yapıları değiştirerek yeni otorite ilişkilerinin de gündeme gelmesini sağlamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlığı “fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan iyi olma hali” olarak tanımlayarak çok yönlülüğüne vurguda bulunduğu görülmektedir. Artık obezite gibi özellikler hastalık olarak görülerek tıbbın hastalık sahasında bir genişleme söz konusu olmakta, ayrıca psikolojik ve moral anlamda değerlendirilen

stres ve depresyon da artık hastalık kategorisinde kabul edilmektedir (Fitzpatrick, 2000: 6). Bir durumu sağlık anlamında tanımlama hakkı da kuşkusuz birçok yaşam alanındaki ilişkilerin de değiştirilmesi anlamına gelmektedir.

“Bilimsel bilgi alanındaki ilerlemeler tıp mesleğini hastalıklara karşı savaşmada daha güçlü hale getirdi, öyle ki bugün hekimler toplum içinde geçmişte olduğundan daha kurumsallaşmış ve saygılı durumdadır” (Hannay, 1988: 152). Tıbbi bilgi alanının değişmesi otorite ve güç üzerine eğilmeyi gerekli kılmış, hasta-hekim ilişkisinde eşitsizlik doğurmuştur (Robinson, 2002: 35). Modern tıbbın gelişiminin teknoloji ve deneysel bilimin etkileşimi ile gerçekleştiğini savunan Sulik (2011), X-ray ışınları, bilgisayarlı mikroskoplar, biokimyasal testler, farmakoloji, görme, değerlendirme gibi vücudun iç sistemlerini dizayn eden laser teknolojileri biotıp yükselen bir şekilde vücudun kompleks sistemlerini anlamak ve tedavi etmek için yüksek teknolojiye güvendiğini belirtmektedir. Bu tekniklerin yoğun kullanımı ile insan bedeni mekanik bir hareket biçimine indirgenmektedir. “Pahalı dev tıp teknolojilerinin varlığı tıp mesleğinde nasıl kullanılacaklarını çoğunlukla dikte eder” (Ritzer, 1993/2011a: 163). Böylece çalışma sistemi belli bir aracın kontrolü sağlanırken insan davranışları da denetlenmektedir. Bununla beraber çalışmada insani duyarlılık da gittikçe azalır. Doktorlar, sosyal statü, ekonomik refah ve toplum ve devlet tarafından değerli kabul edilen bir bilgi yapısına sahip, onu kullanan ve kontrol etmelerine dayalı bir gücü ellerinde tutarlar (Mulcahy, 2003: 9). Doktorların toplum içindeki ve medikal alandaki otoritesi, onların gücünün kabulüne ve tıbbi söylemlerin meşrulaştırılmasına bağlıdır (Mulcahy, 2003: 9). Dolayısıyla hekimler, genellikle eylemlerini hastanın sağlığı için yaptıklarını ikna ettiklerinden dolayı otoritelerinin haklılığını da ortaya koymuş olurlar.

Foucault insan bedeninin tıbbi bakışla dönüştürüldüğünü belirtir. Bedenin açılması, Bichat’ın kafatası deneylerinden örnekle insanın bilgi nesnesine dönüşmesinin aracı olmaktadır: “Tıbbi rasyonellik formları, doğruluğun ilk yüzü olarak nesnelerin sayısını, renklerini, lekelerini, sertliklerini, yapışkanlıklarını göstererek algının şaşırtıcı derinliğine sızarlar” (Foucault, 1963/2002: 11). Böylece görme algısının tıbbi deneyimle insanı dönüştürmesine de kapı aralanmaktadır. Foucault (1963/2002: 13), hastalara bakışın nesnel bir karaktere büründüğünü ve elde edilen verilerin bir dosyaya aktarılmasıyla sürdürüldüğü, tedaviye yönelmede adeta gökyüzünü ve yıldızları izleyen bir bakışla insanın nesneleştirildiğine değinmektedir. Bir araştırma bazı hastaların, kendilerinin bir eşya gibi ölçülüp

kullanıldıklarını hissederek tıbbi tedavilere eleştirel yaklaştıklarını, doktorların kendilerini anlayıp isteklerini dinlemeye zamanları olmadıklarını göstermiştir (Lupton, 2004: 204). Aynı şekilde hekimler de prosedürlerle ilgili sıkıntılar yaşamaktadırlar.

Modernliğin gerçekleştirmeğe muktedir olduğu husus, daha önceleri insanların ıstıraplara katlanmalarını kolayca sağlayan bazı değer yargılarına olan inancı, güveni giderek zayıflatması olmuştur (Berger, 1985: 204). Tıbbi uygarlığın ağrı deneyimini de dönüştürdüğünden söz edilebilir. “Ağrı duyumu dediğimiz sinirsel uyarı yalnızca kişiliğe değil, kültüre de bağlı apayrı bir deneyim meydana getirir” (İllich, 1981/2011: 89). Böylece insanların rahatsızlıkları ve açıcıları içinde yoğruldukları toplumun ve çağın tanımlamalarından ayrı düşünülemez. “Kültür ağrıyı anlamlı ortamla bütünleştirerek katlanılabilir kılar, kozmopolit uygarlık ise onu yok etmek için kişisel ya da kişiler arası bağlamından koparır.” (İllich, 1981/2011: 90). Bu bağlamda ağrının günümüzde katlanılamaz bir olgu olarak görülmeye başlandığının vurgulanması önemlidir. “Yirminci yüzyılın disütopyasında, acı veren gerçeğe katlanma zorunluluğu, içinde de dışında da olsa sosyoekonomik sistemin bir hatası kabul edilir ve ağrıya olağanüstü girişimlerle baş edilmesi gereken acil bir durum muamelesi yapılır” (İllich, 1981/2011: 91). Böylece ağrı insan hayatından bir an önce çıkarılarak olağan yaşam sürdürülmek istenir. “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” (İllich, 1981/2011: 91-92). Kısaca ağrının nesnelleştirilmesi ve nicelleştirilmesi ile insanilikten çıkartılması söz konusu olmuştur. “Ağrı, ağrı çeken insanın deneyimi konusundaki sorumluluğunu yüklenmesine yardım edecek bir yaklaşıma değil de bunun hekim tarafından önlenmesi için bazı yöntemlere gerek duyulduğunu gösterir” (İllich, 1981/2011: 92). Hekimin aldığı eğitim ağrının nesnelleştirilmiş yönüne odaklanmasına neden olur, sinirsel uyarıcılar ve bunun olgusal yönden tedavisi ile ilgilenme söz konusudur, hastayı ilgilendiren diğer boyutları değerlendirme dışıdır (İllich, 1981/2011: 95). Kısaca tıp hastalık tanımını genişleterek, bir problemi rahatsızlık ve ya bozukluk biçiminde tanımlayarak normal olanın ölçütlerini ortaya koymakta, otoritesini güçlendirmektedir

Bürokrasi, kurumsal ilişkilerin temel yapısı olarak şekillendiğinden dolayı hekimlerin otorite ilişkilerinin daha iyi anlaşılması için bu yapının biraz daha detaylı incelenmesi gerekmektedir.

2.3.Bürokratik Yapı Yoluyla İktidar ve Otorite Kurma

Bürokrasi modernleşme ile birlikte, biçimlenmiş bazı davranışlara atıf yapan, resmi ve özel organizasyonların sürdürülmesinde bir etkinlik olarak öne çıkmıştır. “Kurallarla dışarıya kapalı ya da sınırlanmış bir sosyal ilişki düzenine, özellikle bunu sağlamak üzere bir yönetici veya “lider” ve genellikle bir idari memurlar grubunun yetkili kılındığı sisteme “kuruluş” denir” (Weber, 1922/2012: 33). Bu ifadeden anlaşılacağı üzere bir organizasyon olarak düşünebileceğimiz “kuruluş” daha çok sabit işleyiş yasalarıyla belirli “sınırlar” çerçevesinde eylemleri ve ilişkileri düzenleyen bir yapıyı işaret eder. Bu kuruluş içindeki memurların aynı zamanda otoritenin de temsilcisi olduklarını belirten Weber (1922/2012: 33), “kurumsal eylem”in idari yapıdaki “kurallar”ıyla çerçevesinin belirlendiğine dikkati çeker. “Modern toplumlarda iktidarın temel kaynağı olan örgütlenme ikna edici güçle sürekli olarak ayrıcalıklı bir ilişkiye sahiptir. Bir iktidarı icra etme istek ya da ihtiyacı doğduğu zaman, örgütlenmenin gerekli olduğu kabul edilir” (Galbraith, 1983/2004: 15). Böylece organizasyonel bir yapının güçle yakından ilişkisine dikkati çekilmektedir. “Örgütlenme istenen ikna gücünü sağlar ve daha sonra da bireylere, amaçlarına hizmet edilmesini sağlar” (Galbraith, 1983/2004: 15-16). Galbraith bununla birlikte devlet gibi kurumlarda caydırıcı güçte söz konusu olduğu için bu kaynakların birbiriyle ilişkili bir kombinezon oluşturdukları düşüncesindedir (Galbraith, 1983/2004: 16). Bürokrasiyi “*hiç kimsenin yönetimi*” olarak adlandıran Arendt (1958/2012: 86), eylemin davranışa feda edildiği, kişisel yönetim yerine geçen bir bilime indirgeme anlayışından söz eder. Modern bürokrasi teknik becerilerin öneminden kaynaklanan yönetimsel otonominin gelişmesi tarafından karakterize edildiği için modern yönetim bürokrasisi “beceri tekeli” elinde tutar (Bendix, 1945). Bu bağlamda teknik alanda bir becerinin önemli bir tekeli oluşturacağının ifade edilmesi önemlidir. Bendix (1945) aynı şekilde bürokrasinin bu tekeline meydan okunamayacağından ve karşı konamayacağından yola çıkarak “güç tekeli” de elinde tutmakta olduğundan söz eder.

Weber (1922/2012: 60-61), bürokratik kuruluşlara atanmada, şahsi özgürlük, hiyerarşik düzen, her dairenin açık tanımlanmış yetki alanı, adayların

teknik nitelik ölçüsüne göre seçilmesi, sınavla test edilmesi, diploma güvencesi, serbest sözleşme, nakdi aylık, görev, kariyer ile bunun katı bir denetim ve disiplini faktörlerine vurguda bulunur. Weber'e göre vakıflar ya da dini kuruluşlar kadar özel hastanelerde de bu tür bir bürokrasi vardır (Weber, 1922/2012: 61). Her hangi büyük ve karmaşık gruplarda güç bir bürokrasi tarafından yönetilir ki bu bürokrasi kuralcı mantığı hızlandırır (Ross ve Haag, 1957: 715). O'Neill (2007) devletin ve bürokratik denetimin aslında işyeri disiplini ile kendi verimliliklerini sağladığını ifade ederek bürokratik denetimin aşağıdakiler üzerinde sürekli bir mücadeleyi içerdiğini hatırlatmıştır;

a)iş süreci üzerine teknik denetim

b)toplumsal üretim ilişkileri üzerinde disipline edici ve cezalandırıcı denetim

Dolayısıyla bürokrasiyle özelde işyeri genelde ise toplum denetimi ve kontrolü söz konusu olmaktadır. Sennett (2006/2009b: 29), “sabit işlevli bir örgütte yaşanan zaman, kendi tasarlamadığımız bir evdeki merdivenleri el yordamıyla çıkmaya ya da inmeye benzer; bir başkasının sizin hayatınız için yaptığı bir tasarımı yaşıyorsunuzdur” ifadesiyle bürokrasideki katılığı vurgular. Bürokrasiler profesyonelleşmiş davranışlara vurgu yapar.

Profesyonel davranış 4 temele özellik aracılığıyla tanımlanır; yüksek düzeyde genel ve sistematik bir bilgi; bireysel çıkarlardan çok toplumsal çıkarlara yönelme; işteki toplumsallaşma süreci içerisinde ve uzmanların kendilerinin gönüllü olarak kurdukları ve işlettikleri dernekler aracılığıyla oluşturdukları etik kanunlar sayesinde yüksek derecede kendi kendine davranışları kontrol etme eğilimi; bireysel çıkara anlamına gelmeyecek fakat sadece işteki başarıları sembolize eden (para veren ya da manevi olarak onurlandıran) bir ödül sisteminin varlığı (Barber, 1963/2010).

Dolayısıyla profesyonellik bilgi ile birlikte sosyal yararı, mesleksen kontrolü ve başarıyı sembolleştiren ödül mekanizmasının varlığıyla belirginleşmektedir. “Yüksek derecede bir bilgi ile tanımlanabilecek bir davranış söz konusu ise, gerekli olan anlayış, bu iş için eğitilmiş kişilerce ve bu bilgileri uygulayanlarca ortaya konur” (Barber, 1963/2010). Dolayısıyla bu bilgi uygulayıcılara bir farklılık ve ayrıcalık kazandırır. “Maddi gelir bireysel çıkar açısından çok daha uygun bir ödül olduğundan ve itibar ve onursal ödüller toplumsal çıkarlara daha çok yöneldiğinden bu tür ödüller profesyonel alanlarda profesyonel olmayan alanlarda olduğundan çok daha önemlidir” (Barber, 1963/2010). Bu anlamda maddi gelir yanında sosyal prestiji sağlayan sembolik ödüller çok daha önemli konumdadır.

Bürokratik denetimle mücadelenin kolay olmadığı açıktır. “Bürokratik denetime tabi olanlar yürürlükteki bürokratik aygıtın etkisinden kurtulmak istediklerinde, bunu ancak yine aynı ölçüde bürokratik sürece bağımlı olan kendi örgütlerini kurarak sağlayabilirler” (Weber, 1922/2012: 65). Dolayısıyla bürokrasi ile mücadelenin de ancak bürokrasi ile mümkün olabileceği onun güçlü etkisini gösterir. Weber bürokraside akılcılığa ve temeldeki bilgiye dikkati çeker;

Bürokratik yönetim esasında bilgi temeline dayalı denetim anlamına gelir. Onu özellikle rasyonel kılan yanı da budur. Söz konusu bilgi, kendi başına yönetime olağanüstü güçlü bir konum sağlamaya yeten teknik bilgidir. Ama ilaveten bu bürokratik kuruluşlar ya da onları kullanan güç sahipleri, hizmetin bilgisine sahip olarak güçlerini daha da artırma eğilimindedir. Çünkü hizmeti yürütmeleri sırasında olgular üzerine özel bilgiler edinmekte ve kendilerine özgü bilgi yüklü dosyalar ellerinin altında bulunmaktadır (Weber, 1922/2012: 67).

Weber’in bürokrasi tartışması büyük ölçüde, yasal tahakküme, sırasıyla, yönetsel rasyonelliğini ve yeterliliğini sağlayan politik ve ekonomik örgütlenmenin yasal ve rasyonel hesaplama gereklilikleriyle şekillenmiştir (O’neill, 2007). Weber, din anlayışının değiştiği modernleşme sürecinin tüm yaşam alanlarına etkisini vurgular.

Ayrıca bu süreçte yaşama biçimi üzerinde etkin olan ve o sıralarda uygulamada pek hissedilmeyen hayli rahat ve çoğu durumda neredeyse sadece biçimsel kalan otoritenin değiştirilmesi; tüm yaşama biçimlerine, özel ve kamusal yaşamının her alanına, düşünülebilecek en kapsamlı bir şekilde el atan, tepeden tırnağa sıkıcı ve ciddiyetle konmuş kurallara göre düzenlenmesi söz konusu olmuştur (Weber, 1905/2011: 8).

Bu otoritenin genel, yaygın ve kuralcı olarak düzenlenmiş olduğunun vurgulanması önemlidir. Bürokratik kontrolün genel sosyal sonuçlarında Weber (1922/2012: 68), teknik yetenek açısından insanları eşit seviyeye getirme eğilimi, uzun yetiştirme süresinden sonra işe alınmaları istendiğinden ortaya çıkan plütokrasi ve biçimsel bir resmiyetin egemenliğine dayalı sevgisiz ve tutkusuz bir tavrın hakimiyetine vurgu yapar. Weber’in ideal bürokrasi sisteminde bütün kişisel bağlılıkların, sorumlulukların, inançların ve seçimlerin reddedilmesi vardır; kişisel olmayan her şey, deyim yerindeyse binanın girişindeki vestiyere bırakılmalıdır ve “ofis saati”nin tamamlanmasından sonra geri alınmalıdır (Bauman ve Lyon, 2013: 64). Bürokrasi ile daha sık temas eden birey, kendi özel yaşamındaki ötesinde bir anlam yapıları, ile karşı karşıya gelmeğe daha çok zorlanır (Berger, 1985: 73). Dolayısıyla bürokratik yapı ve ilişkiler bireyi kendi anlam dünyasından daha yoksun bırakır, dolaylı soyut ilişkiler içerisinde eylemlerinde anlamsızlığı körükler.

Bürokratik örgütlenmenin sonucu olan rasyonelleştirilmiş etkinliğin aslında çifte etkisini görmek önemlidir; bürokrasi, insanlığın ekonomik, teknolojik, ve politik açıdan gelişmesini sağlamış, ancak, bu ilerlemede bir bedel ödenerek “insan ruhunun parçalanması” öznenin insani özünün boşaltılması pahasına gerçekleşmiştir (Swingewood, 2010: 204). Böylece gelişim kavramının ekonomik açıdan sağladığı avantajla insanda neden olduğu öz kayıp birlikte ortaya çıkmıştır.

Bununla birlikte Kamenka bürokrasinin hiyerarşik yapısında ağlarla gelişen bazı değişimler olduğuna dikkati çekmiştir. “Bilgisayarlar gibi makinelerin çok daha fazla bilgi sağlamasıyla birlikte doğrudan kişisel emirlerin rolü ortadan kalkar, yetkili uzmanların sayı ve önemleri artar, işin daha kollektif yapılma zorunluluğu gelişir” (Kamenka, 1989: 168). Dolayısıyla bilgi teknolojilerindeki değişimin bürokratik yapının doğasını da etkileyerek insan ilişkilerinde farklılaşmaya yol açabileceği vurgulanmaktadır.

Hastane ortamları insan merkezli bir çalışma ortamı olmasına karşın işleyiş olarak bürokratik ilişkilerin ön planda olduğu kurumlardır. “Bürokrasiler rasyonel ilkelere göre örgütlenirler. İşyerleri hiyerarşik düzen içinde kademelere ayrılır ve işyerlerini kişisel olmayan kurallar tanımlar. Görevliler yetki alanlarının düzenli olarak paylaştırılması ve sınırlandırılmış görev alanları vasıtasıyla yönetilirler. Atamalar atfedilmeye dayalı ölçütlere göre değil uzmanlaşmış niteliklere göre yapılır.” (Coser, 1971/2011: 212). “Weber’e göre bürokratik örgüt modern siyasaya, modern ekonomiye, modern teknolojiye biçim veren ayrıcalıklı vasıta” (Coser, 1971/2011: 212). Yine de Weber bürokrasinin bozuk işlevlerine dikkat çekti. Avantajı olan hesaplanabilirliği onu bireysel durumlarla ilgilenmede hantal ve boğucu yapar; sempati, lütuf, fazilet ve minnettarlık ile harekete geçirilen eski tip yöneticinin yerine modern kültür onu ayakta tutan harici bir aparata yani duygusal bağlantısı olmayana bunun için de profesyonel uzmana gereksinim duyar. Bauman da modernleşerek küreselleşen dünyada mekan algılamalarının farklılaştığını ve öznenin değerinin önceki halinde olduğundan eser bulunmadığından söz eder: “Şeylerin mekânsal düzenlenişine bundan böyle karar verecek olan, bakan gözün nitelikleri değil, gözlem noktasının tamamıyla nicel olan konumu; yani soyut ve boş, insansız, toplumsal/kültürel bakımdan tarafsız ve kişisel olmayan bir mekan içinde tespit edilebilir olan konumdu” (Bauman, 1998/2010: 40). Rutin iş ve eğlencelerin

insanların topluma uydurulmasının bir aracı olduğu, insanın salt bir sayıya dönüştüğü, bu şekilde işçi topluluğunun ya da idareci ve yöneticiler bürokrasisinin bir parçası olduğunu belirten Fromm (1956/2004: 27) bireysel inisiyatifi yok olduğunu görevlerini yaptığı işin yönetmeliğince belirlendiği biçimselliğe eleştiri getirir. Weber (1922/2012: 69) rasyonel bürokrasinin “ruhu”nun faydacı eğilime ve resmi bir anlayışla yürütülen düzenleyici önlemlerin oluşturulmasında anlam bulduğuna dikkati çeker.

Bütün bürokrasiler gibi hastanelerin de bir takım kural ve resmi denetime tabi olduğu söylenebilir. Prosedürlere uymayan kişilerin hastane işlemlerine alınması söz konusu değildir, tedavi süreci de başlayamaz. Doktorların sınırlandığı bu prosedürler onların davranışlarını standardize eder; bu yüzden diğerlerinden farklı hareket etmezler, bir yerde ve bir zamanda verilen tıbbi kararlar başka yerler ya da başka zamanlarda verilenlerle aynı olur, öngörülebilirlik esastır (Ritzer, 1993/2011a: 138). Dolayısıyla hekimler otoritelerini çoğunlukla var olan kurallarla meşrulaştırdıkları için standart dışı bir davranışla karşılaşmamayı beklerler.

Endüstri çağında işlerin parçalara ayrılarak sıralanması gözetim yapmaya katkı sağlamaktadır. Foucault çalışma koşullarıyla bireyin kontrol mekanizmalarını açığa çıkarmıştır;

...üretim bölümlere ayrılmakta ve çalışma süreci bir yandan temel safhalara, aşamalara ve işlemlere göre, diğer yandan da bu işleri yapan bireylere kendilerini bu işlere veren tekil bedenlere göre eklemlenmektedir: bu gücün her değişkeni –güç, hız, beceri süreklilik-gözlenebilmekte, böylece belirlenebilmekte, değerlendirilebilmekte ve onun özel ajanı olana aktarılabilir (Foucault, 1975/1992: 180).

Bu biçimde izleme olanağının olması bireyin kontrol dışında eylemde bulunabilmesini olanaksız hale getirmektedir. Kişiyi denetlemenin koşullardan birinin iş ve çalışma zamanını düzenlemek olduğu söylenebilir. Zamanın sosyal düzlemde kurumlaşmasından türeyen kendini kısıtlama ve zamana göre ayarlama basıncının kişinin bütün bir yaşamına yayıldığını ifade eden Elias (1988/2000: 24) yeni ilişki biçiminin bireyin kişilik yapısının ayrılmaz yanlarından biri olan sosyal davranış alışkanlığına damgasını nasıl bastığını gösteren belirgin bir örnek olduğunu vurgular. Sosyal düzlemdeki bu baskı, giderek bir iç baskı kurumlaşmasına, bir tür “zaman vicdanının” oluşmasına dönüşmüştür ve bunu unutmamamız önemlidir (Elias,1988/2000: 24). Ayrıca belirli kurumlarda bulunan zamansal kısıtlamalar bireyin tüm yaşamına yayılarak onun sosyal hayatın diğer

alanlarındaki işlerini de denetlemeye kadar gidebilir.

Saatlerin, takvimlerin, hatta taşıt hareket saatlerini gösteren planların temsil ettiği o sosyal dış zorlama ya da baskı belli bir süreç içinde içselleştirilerek, bu toplumlarda, bireylerin kendilerini bizzat denetlemeleri ve baskı altına almaları ve faaliyet ve davranışların belli bir zaman matrisine göre ayarlanarak kendilerini kısıtlamaları sonucunu doğurmuştur (Elias, 1988/2000:38).

Elias (1988/2000: 40), kendini zamana göre ayarlama biçimindeki bu sosyal alışkanlıkların her dakika uyanık, tetikte ve bütün topluma yayılmış bir zaman duyarlılığının uygarlaşma sürecindeki ortaya çıkışından söz eder. “Uzmanlaşma ve işlevlerin parçalılaşması, faaliyetleri koordine etme ihtiyacından ortaya çıkan bürokrasi ve hiyerarşi asıl yapıdır” (Bell, 1976: 11). Değerin basit bir ölçümünün “yararcılık” olduğunu dile getiren Bell yeni otorite anlayışını şu şekilde özetler: “Otorite kişisel olmayan bir şekilde işler, insan nesne ve şey olur, organizasyonun rolleri önemlidir, işler fonksiyonel ve araçsal olduğu için girişimin başarısı birinci derecede teknokratik karakterdedir” (Bell, 1976: 11). Böylece bireyler de araçsallaşarak işlevleri ile değerlendirilmektedirler.

Bedenleri kontrol altına alarak daha büyük kalabalıkları düzenlemenin bir yolu da bina ve çevreye dair yapılar oluşturarak bir denetleme kurmaktır. Foucault çalışma ortamlarının yapısına değinirken nitelemeler, değerlendirmeler, hiyerarşiler yoluyla geliştirilen canlı tablolar kavramını kullanır. Demek ki ilk büyük disiplin işlemlerinden biri, karmaşık, yararsız ve ya tehlikeli kalabalıkları düzenli çocuklar haline dönüştüren “canlı tablolar”ın oluşturulmasıdır (Foucault, 1975/1992: 183). Böyle bir tablo sisteminin bir dönem açısından önemini dile getiren Foucault çalışma ile gelen biçimleştirmenin ve denetimin her alanda görüldüğünü, “insanları teftiş etmek, varlıklarını veya yokluklarını farketmek...hastaları dağıtmak, onları diğerlerinden ayırmak, hastane mekanını titizlikle bölümlere ayırmak ve hastalıkların sistematik bir tasnifini yapmak” (Foucault, 1975/1992: 183-184) ifadesiyle ortaya koymaktadır.

Foucault’nun hapishane, hastane ve okul özelindeki çalışmaları, yasal-rasyonel hesaplama süreçlerini bedensel, davranışsal ve tavırsal disiplinin yönetimine ilişkin tekniklerle temellendirmede Weber’in çalışmalarının ötesine geçmektedir. Böylelikle Foucault Weber’in formel-rasyonel bürokrasi ve yasal hakimiyet kavramını, bürokrasi ve iktidarın fizyolojisiyle tamamlamıştır; bu da disiplin toplumunun nihai özelliğidir (O’neill, 2007). İktidar bürokratik yapı yanında

mikro özelliğiyle de tanımlanmış olmaktadır.

2.4. Hastane Yoluyla Denetim ve İktidar

Bilimsel bakışın önemli olduğu modern tıpta hasta ne denli denetlenirse sonuçların o kadar iyi tahmin edileceği varsayımı vardır, ayrıca tedavi sürecinde iyileşmenin ya da ölümün gerçekleşmesine ya da hastada tepki oluşturmamasına bakmak söz konusu değildir (İllich, 1981/2011: 168). Hastalıkların ve salgınların tıbbi olarak gözetim altında tutulmaları, kayıplar, iyileşmeler, ölümler gibi denetimleri sağladığına değinen Foucault (1975/1992: 178) bir sistemle tedavi gören her kişinin hekimin viziti sırasında gözden geçireceği bir sicile kaydedilmesini örnek gösterir. Ayrıca hastanenin doğuşunu ve tıbbi eylemin iktidar boyutunu Foucault (1975/1992: 178-179), "...Yönetimsel ve siyasal bir mekan yavaş yavaş tedavi mekanıyla eklemleşmektedir; bu mekan bedenleri, hastalıkları, belirtileri, hayatları ve ölçümleri bireyselleştirmeye yönelmektedir; çakıştırılan ve özenle ayrı tutulan özgüllüklerin gerçek bir tablosunu oluşturmaktadır. Disiplinden tıbbi olarak yararlı bir mekan doğmaktadır" ifadesiyle ortaya koymaktadır.

Virilio (1977/1998: 81), aynı şekilde 17. Yüzyıldan sonra birçok Avrupa ülkesinde hastanelerin insanlara bazı işleri yaptırmak, bireylerin bedenlerinin gereken işgücü için kullanılan yerler olarak görüldüğünü ifade eder. Bilgisayarların kişilerin yaşamlarındaki tafsilatı toplayabilen ve bilgileri kaydeden çok etkili makineler olarak insan hayatını denetlemeyi sağlayabileceğini, kişisel dokunulmazlığın sınırlarının, mikroçiplerin yapılmaya başlandığından beri, görülmemiş bir şekilde daraltılacağı ifade edilmiştir (Reinecke, 1992: 22-272). Özellikle tıp alanında muazzam bir bürokratik düzenleme vardır. Özellikle kayıt saklama sistemleri ve bu sistemlerin tekrar gözden geçirme amacıyla sistemleştirilmesi esastır. Bilgisayarla düzenlenmiş, personel işinin ölçülebilir, hesaplanabilir bir akılcılaştırma biçimi vardır. Böylece bürokratik sistem içerisinde hileli ve uygun olmayan tedaviler de kontrol altına alınabilir (Freidson, 1983: 280). Bu da bir bakıma bürokrasinin avantajlı bir boyutunun da olabileceğine işaret etmektedir.

Foucault disiplin ve denetim mekanizmasının binalara ve hastane yapısına kadar yansıdığını ifade etmektedir; "...hastane-yapı işte böylece tıbbi eylemin aracı olarak yavaş yavaş örgütlenmektedir: hastaların daha iyi gözetim altında

tutulmalarına ve böylece tedavilerin daha iyi ayarlanmalarına izin verme durumundadır; binaların biçimi, hastaların titiz bir şekilde ayrılmaıyla, hastalıkların yayılmalarını önlemek zorundadır...” (Foucault, 1975/1992: 216). Böylece hastalıkları kontrol insanları kontrol ve biçimlendirmeye özdeşleşmektedir.

Foucault klasik çağın aksine disiplinin yararlı bireyler imal eden teknikler gibi işlev görmeye başladığından söz eder (Foucault, 1975/1992: 265). Disiplin süreçleri her ne kadar bize baskıcı görünse de onlar, kendi zamanının ihtiyaçlarına cevap veren ve çoğunlukla bireyleri sağlıklı vatandaşlara dönüştürme amacını taşıyan pedagojik eğilim tarafından belirlenen reformcu, insani ve aydınlanma söyleminin parçasıydı (O’neill, 2007). Foucault’ya göre yeni hastane, giderek dış toplumun tıbbi olarak gözetim altında tutulmasının destek noktası olarak kabul edilmektedir; “...bu hastanelerin işlevi mahalledeki hastaları kabul etmenin yanında aynı zamanda haber toplamak, bulaşıcı olan ve ya olmayan hastalıkları gözetim altında tutmak, dispanserler açmak, halka tavsiyelerde bulunmak ve yetkilileri bölgenin sağlık durumu hakkında bilgilendirmek olacaktır” (Foucault, 1975/1992: 266). Foucault 17. yüzyılın sonlarında gerçekleşen karantina uygulamalarından yola çıkarak hekimlikle iktidarın nasıl sağlandığına değinir. Hastalık ve ölüm kayıtlarının süreklilik arzettiği, gözetlemenin mutlak olduğu, denetimin devamlı olduğu bu durumda herkesin hastalığı ve ölümüne ilişkin rapor iktidar mercilerinden geçmekte, bunlar bu raporları kaydetmekte ve kararlarını bunlara dayandırmaktadırlar (Foucault, 1975/1992: 247). Buradan da hastalıklarla toplumsal iktidar arasında yakın bir ilişkinin olduğu anlaşılmaktadır. Bu dönemde yaygınlaşan salgınlardan biri olan vebaya karşı otoritenin “düzen” refleksiyle mücadele ettiğini Foucault vurgular.

Vebaya düzenle karşılık verilmektedir; bu düzenin işlevi bütün karışıklıkları ortadan kaldırmaktır; bedenler birbirine karıştığında aktarılan hastalığın karışıklığı, korku ve ölüm yasakları ortadan kaldırdığında artan kötülüğün karışıklığı. Düzen herkesi yerine, bedenine, hastalığına, ölümüne malına bağlamakta, bu işi her yerde hazır ve nazır, kendini bireyin, onu belirleyen on a ait olanın ve onun başına gelenin nihai belirlenmesine kadar alt birimlere düzenli bir şekilde bölen, her şeyi bilen bir iktidarın etkisiyle gerçekleşmektedir. Disiplin karışma alanı olan vebaya karşı, çözümleme alanı olan kendi iktidarını egemen kılmaktadır (Foucault, 1975/1992: 248).

Foucault vebadan korunmak üzere başvuru tekniklerin aslında 19. yüzyıldan günümüze uzanan bir disipline etme mekanizması olarak işlediğinden söz eder. Böylece karantina iktidarın otorite sağlamasının bir aracı olarak o zaman

nasıl uygulanmışsa bugün de aynı tekniklerle uygulanmaktadır (Foucault, 1975/1992: 250). Böylece insanları sınıflandırma yoluyla normal ve anormal nitelendirmeleriyle değerlendirmek, ölçerek standartlaştırmak ve kontrol altına almak mümkün hale gelmiştir.

İngiltere’de bir dönem model alınan fordizmin sağlığa nasıl aktarıldığını Sennett ifade etmiştir; Fordizm³³ sağlık hizmetine uygulandığında doktorların ve hemşirelerin her hasta için ayırdıkları zaman gözetim altına alınmış olur; oto parçaları ile ilgili bir sistem üzerinde yükselen tıbbi tedavi sisteminde de hastalarla ilgilenmek yerine tek tek kanserli ciğerler ya da kırılmış sırtlar ön plana çıkmaya başlar (Sennett, 2006/2009a: 68). Böylece bireylerin bütünsel yönü parçalanmış, mikro bölümlere ayrılarak nesneleştirilmeleri söz konusudur.

Fordist sistemde insanın gözleri ve elleriyle kıyaslandığında, sorunların gözlemlenmesinde mikrosensörler daha düzgün ve istikrarlı iş çıkartıyordu. Özetle mamulün kalitesi bakımından kullanılan mutlak ölçümde, bir makine, bir insandan daha iyi bir zanaatkar rolü üstlenebiliyordu (Sennett, 2006/2009a: 68). Açıktır ki hastayı bir otomobilmış gibi tamir etmek mümkün değildir; ancak bunun ardında uygulama standardıyla ilgili daha derin bir husus yatıyor (Sennett, 2006/2009a: 69). Tıbbın fordist modelinde, tedavi edilmesi gereken özgül bir hastalık da olmalıdır; doktor performansı, artık mümkün olduğu kadar fazla karaciğerin tedavi edilmesi için gereken süreyi ölçmekle ve iyileştirilen karaciğerlerin adedini saymakla değerlendirilecektir. Bedensel gerçeklik bu tasnif edici modelin bünyesine uymadığından ve iyi bir tedavide tecrübeye dayandığından, önemli sayıda doktor, bürokratik gözlemcilerden kurtulup kendilerine zaman kazanmak uğruna kağıt üstünde işlemlere başvurabiliyor. NHS’deki doktorlar sırf karmaşık bir bedeni incelemek üzere vakit harcamayı haklı çıkarmak için çoğu kez hastalarına başka bir hastalık daha atfetmeyi göze alıyor (Sennett, 2006/2009a: 70). Bu durumda amaçla araç yer değiştirerek problemlerli durumlar düzeltilmeye çalışılmaktadır.

Modernleşmenin sağladığı yeni koşullar, hasta rolünün alanını çeşitlendirerek bu rolün sınırlarını farklılaştırmıştır. “Doktorun hastayı raporla

³³ “Fordizm” işbölümünü uç noktalara götüren bir sistemdir. Her işçi bir görevi yerine getirir, görevi yerine getirme süresi de zaman ve hareket incelenerek mümkün olduğunca kesin bir şekilde ölçülür, elde edilen ürün de yine tamamen niceliksel olan hedefler esas alınarak ölçülür (Sennett, 2006/2009a: 67).

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” (İllich, 1981/2011: 80). Böylece bedenle ilgili bir problemi daha erken tanımlama zorunluluğu tıp alanını daha ayrıcalıklı hale getirmiştir. “Hasta olmayan insanlar gelecekteki sağlıklarının uğruna profesyonel bakıma bağımlı hale gelmişlerdir. Sonuç, evrensel tıplaşmayı isteyen hastalıklı bir toplum ve evrensel hastalıklılığını raporla belgeleyen bir tıp kurumudur” (İllich, 1981/2011: 80-81). Görüldüğü üzere tetkiklere dayalı prosedürlerin, bürokratik işleyişin amaç haline geldiği, sağlığın araçsal olduğu riske dikkati çekilmektedir. Galbraith bürokratik kuruluşlarda iç ve dış bakımından simetriye vurgu yaparak bir kurumun kendisi ve dış yönüyle bütünlüğünün iktidarın otoritesinin temel yönü olarak görür. “Hiçbir şey doktorların hastalar üzerindeki iktidarını, bir doktorun yetersizliği konusunda bir başka doktorca zamansız olarak yapılan eleştiri kadar sarsamaz. Bunun içindir ki doktorluk yasası böyle bir durumu açıkça yasaklamıştır” (Galbraith, 1983/2004: 63). Kendi içlerinde ortaya çıkan dayanışma, dışarıya karşı kapalı olmayı veya maskelendiği bir yapıyı işaret etmektedir.

Hastaneler gibi kuruluşların bürokratik sürecinin olumsuzlukları gerçek amaçlarının yerine getirdiği işlevlerin aksamasına yol açabilmektedir. “Bir kimsenin çalıştığı kuruluş, ne kadar büyük ve karmaşıksa, bir hastayı hastaneye yatırma süreci o denli uzun sürmektedir” (Sennett, 2006/2009a: 71). Bu bağlamda işlemlerin düzenliliği ve rasyonel amaç için ortaya çıkmış olan bir yapı katı ve karmaşık organizasyonda bu amacının tam tersi olarak hantal bir mekanizmanın doğmasına zemin hazırlamıştır.

“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 dönüşmüş demektir” ifadesi ile İllich, (1981/2011: 76) tıbbın insan gözünde aldığı soyutlaşmış karakterini ortaya koyar. Tıbbi işlemlerin hastayı soyutlaması dinsel karaktere benzetilmiştir.

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 (İllich, 1981/2011: 76).

Tıbbi işlemlerin eylemin yoğunluğu ve üzerine atfedilen önem açısından ne denli derinleştiğini göstermesi bakımından “hasta dini” ifadesi önemlidir. Böylece tıbbın sağlık alanıyla sınırlı kalmadığı inanç alanının rollerini üstlenmeye başladığı ve dinden “rol çaldığı” söylenebilir.

Mesleki otoritenin hekimin hasta üzerinde fiziksel deneyini güçlendiren ve hastanın semptom ve dış görünüşe ilişkin verilerin önemini düşüren teşhis teknolojisinin gelişiminden kazançlı çıktığı belirtilmiştir (Starr, 1982: 18). “Gelir, özgürlük, prestij gibi ödüllerin ön planda olduğu profesyonel meslekler ekonomik ve sembolik alanda etkinliklerle anılır olmuştur” (Newton ve Paulshock, 1982: 37). Paul Ylvisaker son yıllarda hızlı bir biçimde hizmet toplumu olmaya doğru gittiğimizi, bunun tehlikeli olabileceğini, profesyonellerin hizmet toplumunun elitleri olarak ortaya çıktığını belirtir (Newton ve Paulshock, 1982: 37). Bu durumda ikincil bir gücün birey yaşamına etki ettiği görülmektedir.

Organizasyonların yapısal alanlarında, mesleklerin yönetimlerinde, işleyişlerinde karmaşılaşmasında birçok değişim gözlenmesine karşın ilişkiler alanında, otorite ve meşruiyet alanında devamlılıkların yaşandığı görülmektedir (Evetts, 2011). Diğer kurumsal değişimlerin de doktorların otoritelerini geliştirmelerinde etkisine değinilmektedir. Sigorta ödemelerinin sadece hekimlerin yaptığı tedavi sonucu olabilmesi ve ilaçların reçetelerinin hekimler tarafından yazılabilmesi de kurallarla ve yasal düzenlemelerle hekimlerin otoritesini güçlendirmiştir (Starr, 1982: 20). Bilimin er geç iyileşme ile eşe anlama geldiği anlayışı da burada yaygındır (Starr, 1982: 19). Böylece hekimlik bürokratik desteği de arkasına alarak bilimsel gücü temsil eden bir otorite olmaktadır.

Tıp alanındaki bürokratik düzenleme oldukça dikkat çekmektedir. Özellikle kayıt saklama sistemleri ve bu sistemlerin tekrar gözden geçirme amacıyla sistemleştirilmesi esastır. Bilgisayarla düzenlenmiş, personel işinin ölçülebilir, hesaplanabilir bir akılcılaştırma biçimi vardır (Freidson, 1983). Hastane servisleri hastanın iyiliğine yönelik destekleyici nosyonuna doğru temellenmelerine karşın, hastane kuralları ve düzenlemeler hastane personelinin yararına dizayn edilmişlerdir öyle ki çok sayıda hastayı tedavi etme işinin daha etkili ve daha kolay gerçekleştirebilsinler (Cockerham, 2004: 281). Nöroloji, üroloji, pediatri, psikiyatri alanları gibi alanlarda bu farklı uzmanlık dallarında bu durum gözlemlenebilir.

Modern tekniklerin bireysel yeteneği olumsuz anlamda dönüştürebileceğinden dolayı bir takım problemlere yol açabileceği belirtilmiştir. Becerinin eğitilmiş bir pratik olduğunu dile getiren Sennett (2006/2009b: 73-74), modern teknolojinin, kendisini kullananları tekrara dayanan, somut ve elle yapılan bir eğitimden yoksun bıraktığında, kötü şekilde kullanılmış olacağını; kafa ve elin birbirinden ayrıldığında bunun sonucunun “zihinsel bir tahribat” anlamına geleceğini belirtir.

Son yıllarda hekimliğin doğrudan işlevleri dışında bazı yeni alanlar açtığı belirtilmektedir. “Paradoksal bir biçimde hastalık için teknik ustalığa ne denli çok önem verilirse tıp teknolojisinin simgesel ve teknik dışı işlevi de o denli artmaktadır” (Illich, 1981/2011: 74). Dolayısıyla tıbbi ikincil bir işlev yüklendiği söz konusu olmaktadır. “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” diyen Illich (1981/2011: 74), hekimliğin tedavi dışına çıkan, amacında sapan oyalayıcı niteliklere dönüştüğü uyarısını yapar.

2.5. Nicelleştirme ve İktidar

Modernleşme ile birlikte yaşamı miktarlara ayırarak nicelleştirmek, soyutlaştırmak bireylerin karşı karşıya kaldığı bir olgudur. Modernleşme ile birlikte hayatımızın her alanında bir dönüşüm kaçınılmaz olarak ortaya çıkmaktadır. Bauman, modernleşme ile dayatılan anlayışın nicelleşme özelliğinden söz etmiştir.³⁴ Aslında insani olandan uzaklaşma ile beraber sağlık alanında ve diğer alanlarda tümüyle bir sayısal değerler ağırlığı taşımaktayız. Hastalıkların uzun yıllar araştırılmasına karşın bedenin incelenmesi kutsal ve dokunulmaz yönü itibariyle yapılmamıştır. Ancak Kartezyen bakışla, insan vücudunun bir maddi yanının olduğu (beden) bir de manevi yanının (ruh) olduğu kabul görmeye başladığında artık insan bedenine nüfuz edilebilir olmuştur (Cirinlioğlu, 2010: 299). Bununla birlikte insan bedeninin nicel olarak ifade edilmesi, rakamsal değerlerle ön plana çıkartılması günümüzde daha yeni bir boyuta taşınmıştır.

³⁴ “Büyük olan güzeldi, akılcıydı: “büyük”, gücü, hırısı ve cesareti simgeliyordu. Yeni (endüstriyel) düzenin inşa alanı, güç ve hırısı ifade eden, demirden dökülmüş ve betona oyulmuş kibirli anıtlarla; yıkılmaz olmayan ama kesinlikle yıkılmaz görünen iri cüsseli makinelerle ve makine teknisyenlerinden oluşan kalabalıklarla ağzına kadar dolu fabrikalar ya da devasa kesif kanal, köprü ve eski zamanların sonsuz ibadet tapınaklarını andıran tren istasyonlarıyla noktalanmış demiryolu şebekeleri gibi anıtlarla donatıldı” (Bauman, 2001/2011: 32).

İnsanların niceliksel bir değişim değeri olarak algılandığı günümüzde somut ve değerli bir varlık olan insandan çok özü bir rakam olarak algılanan soyutlama haline gelmesi söz konusu olmuştur (Fromm, 1955/1996: 112-113). Elbette sayılarla ifadenin bir anlamı da insanın otorite tarafından denetlenmesine imkan sağlamasıdır. Çünkü ölçülebilen kontrol edilebilen hale gelmektedir. Her şeyin zekaya endekslediği ve zekanın abartılarak gerçeği dönüştürdüğünü ileri süren Kierkegaard soyutlamanın yaşamı etkilediğini belirtir. Bu şekilde hayatlarımız insan tutkusu, heyecanı ve içtenliğinin gerçeğiyle fazla ilgisi olmayan bir mantık tarafından belirlenmektedir (Gruen, 2004: 47). Yaşamın tekdüzeleşmesi ve sönükleşmesine neden olan bu noktaya dikkat çekilmesi önemlidir.

Sayısal verilerin hastane ortamında kullanımıyla kurulan denetimi Illich şöyle örneklendirir; “Yaşam daha iyi ya da daha kötü olması için kurumsal olarak planlanması ve biçimlendirilmesi gereken bir aralığa istatistiksel bir fenomene indirgenmiştir” (Illich, 1981/2011: 56). Foucault faaliyetlerin denetiminde zaman kullanımının eski bir miras olarak manastırlarda uygulanan disipline benzer bir şekilde gerçekleştiğini ifade eder.

Bunun üç süreci -vurgulu noktaları belirlemek, belirgin meşguliyetlerin yapılmasını zorlamak, tekrar devrelerini ayarlamak- kolejlerde, atelyelerde, hastanelerde çok erkenden ortaya çıkmıştır. Yeni disiplinler, eski şemaların içine yerleştirirlerken zahmet çekmemişlerdir; eğitim kurumları ve yardım kuruluşları çoğu zaman birer eklentisi oldukları manastırların hayat tarzlarını ve düzenliliklerini sürdürmekteydiler. Endüstriyel dönemin katılığı uzun süre dinsel bir edaya sahip olmuştur...(Foucault, 1975/1992: 185).

Tüm faaliyetlerin başlaması, devam etmesi, aralıkları, bitişi, diğer faaliyetlere geçiş hep dakika (örneğin 8.03, 12,15 gibi), saniye, saat gibi bölümlere ayrılarak o sürelerde gerçekleşir ki bu da bir denetim biçimidir (Foucault, 1975/1992: 186). Gerçekliğin matematiksel olarak kavranması yalnızca bedenin bu dünyanın bir parçası olarak pozitif bilimin nesnesi yapılmasında değil, doğanın ve nesnel dünyanın bir bütün olarak sahiciliğin merkezine oturtularak rakamlara dökülmesine de neden olmuştur (Özben, 2012: 102). Matematiksel bakış için nitelik değil nicelik değerlendirme konusu olduğundan öznenin tüm değeri sayılara indirgenmektedir.

“Akılcılaştırma hesaplanabilir, sayılabilir, nicelleştirilebilir şeylere vurgu yapar. Çoğunlukla nitelikten çok niceliğe vurgu yapmakla sonuçlanır” (Ritzer, 1999/2011b: 111).³⁵

³⁵ Virilio önce saatler, sonra dakikalar, saniyeler, saniyelerin kesirleriyle ölçülen olimpiyat

Zaman tüketiminde de maksimum yarar hedeflenir. Sanki zaman bizzat kendi işleyişi içinde tükenmezmişçesine en küçük anın kullanımının yoğunlaştırılmasının peşinde koşmanın gerektiğidir; veya sanki en azından giderek ayrıntılı hale gelen bir iç düzenlemeyle, en yüksek hızın, en yüksek etkinlikte birleştirilebileceği ideal bir noktaya yönelinebilirmişçesine zamanın yoğunlaştırılmasına çalışmanın gerektiğidir (Foucault, 1975/1992: 191).

Nicelleşme yoluyla toplumun düzenlenmesine yeniden dönersek Ritzer'in ifadesiyle standartlaşmanın sağlanmasıyla sürdürülen bir disiplinden söz edebiliriz.

Bebekler dünyaya geldikleri an, hesaplanabilir bir puanlama sistemi Apgar ile karşılanırlar. Bebeklere beş etmeden (örneğin kalp oranı, renk) her biri için sıfır ya da iki puan verilir, en sağlıklı sonuç on puandır. Bir çok bebek doğduktan hemen sonra yedi ile dokuz arasında, beş dakika sonra ise sekiz ile on arasında bir puan alır. Sıfır ile üç puan verilen bebeklerin çok ciddi sağlık tehdidi olduğu kabul edilir (Ritzer, 1993/2011a: 247).

Böylece bebeğe dokunmaksızın ve onun durumunu, görünüşünü, ruhsal yönünü önemsemeksizin sırf elde edilen rakamlarla insanı standardize etme söz konusu olmaktadır. Böylece insani olmaktan uzaklaşan nesneler konumuna itilen, nesne verileriyle çocukları değerlendiren anlayış söz konusudur. Kuzey Amerika'da McDonaşlaşma “seyyar-açık hizmet kliniği fikrinin büyük ölçüde uygulandığı” bir tıbbi hizmet biçiminin ilham kaynağı olduğu gibi eczacılık endüstrisinde karşımıza “basit kan basıncı veya gebelik testleri”nin yapıldığı bir “tıbbi hizmetlerin McDonaşlaşması” süreci çıkar (Turner, 1995/2011: 262). “McDonaşlaşmanın amacı gündelik hayattaki öngörülemeyen veya belirsiz unsurları standartlaştırma ve düzenleme sayesinde ortadan kaldırmaktır” (Turner, 1995/2011: 262). Böyle bir düzenleme ise ikincil anlamda insan yaşamında etkili olan bir gücü açığa çıkarmakta, onun araçlarını meşrulaştırmaktadır.

2.6. Hekim Otoritesinin Yükselişinde Uzmanlaşma ve Modern Teknikler

Teknik araç kullanımı birçok mesleğin yapısına önemli ölçüde etki eder. Modern yaşam biçimi insanın tüm eylemlerini yeniden biçimlendirdiği gibi çalışma hayatındaki davranışları da şekillendirmektedir. İnsanların eylemlerinin kendi yaptıkları makineler tarafından dönüştürüldüğünden söz eden Arendt işteki mekanik sürecin insan bedeninin ritmini aldığını vurgular (Arendt, 1958/2012:

rekortmenlerinin performansları gibi tıbbın can çekişenlere uyguladığı suni hayatta kalma şeklindeki biyolojik manipölasyonun sınırlılığı arasında bir benzerlik olduğunu belirtir (Virilio, 1977/1998: 93-94).

220).³⁶ Günümüzde sağlık sektöründe ise bu teknolojik makine kullanımı uzmanlaşma ile birlikte ön plana çıkmıştır. “Doktorlar, düzenleme güçlerini o kendilerine özgü rasyonelliklerine ya da çok değerli “sağlık” metasının korunmasındaki başarılarına borçlu değildir. Bu daha ziyade (20. Yüzyıl başındaki) *başarılı meslektaşının* ürünü ve ifadesidir” (Beck, 1986/2011: 315). Böyle bir yapı için Beck bazı ön şartların olması gerektiğinden söz eder:

“Birincisi, bir meslek grubu araştırmaya dair kurumsal erişimini korumakta başarılı olmalıdır.” (Beck, 1986/2011: 316). Hekimlik üniversitelerle olan araştırma ilişkisini sürdürerek bunu gerçekleştirmektedir. “İkincisi, eğitim standardını ve içeriğini (ortak) temelden belirlemede ve mesleki normlar ve standartların sonraki kuşağa aktarılmasını temin etmede başarılı olmalıdır” (Beck, 1986/2011: 316). Bu bağlamda bireylerin yetiştirilmesi tıp fakültelerinde uzmanlık bilgilerinin aktarılmasıyla bu misyon ortaya konur. “Üçüncüsü, en temel ve en aşılması güç engeller, oluşturulan bilginin ve eğitimle geliştirilen yeteneklerin pratikteki uygulaması dahi mesleki olarak denetlenen örgütlenmelerde ortaya çıkmalıdır” (Beck, 1986/2011: 316). Kendi kendini denetleyen bir meslek grubu da dış müdahalelere kapalıdır ve gücünü bu şekilde pekiştirebilmektedir. “Klinik formunda tıp tek başına öyle bir örgütlenme düzenine sahiptir ki, bu düzen dahilinde araştırma sonuçlarının geliştirilmesi ve hastalara uygulanması özerk bir şekilde, dışsal bir sorgulama ve izlemeye tabi olmayan kendi yalıtılmış standartları ve kategorileri uyarınca gerçekleştirilir ve hataları giderilir” (Beck, 1986/2011: 316). Tıbbi alanda böylece dışarıdan soyutlanmış bir sistem varlığını sürdürür.

Tıbbın, bilimin gücünü dahi elinde tuttuğu ileri sürülmüştür. “Klinik teşhis ve terapi gibi uygulama alanlarında bilimin yenilikçi gücünü kontrol etmekle kalmaz, aynı zamanda “tıbbi ilerleme” meselelerinde kendi kendisinin parlamentosu ve hükümetidir.” (Beck, 1986/2011: 316). Bu aynı zamanda ona karar verici olma anlamında bir güç sağlayarak diğer alanları da etkileme imkanı oluşturmaktadır. “Üçüncü güç” olan yargı bile “yanlış uygulama” konusunda karar vermesi gerektiğinde yine tıpçıların ürettiği ve denetlediği normlara ve koşullara başvurmak zorundadır. Zira sosyal rasyonellik yapısı uyarınca böyle konularda ancak tıpçılar karar verebilir” diyen Beck (1986/2011: 316-317) bu durumu açıklamaktadır. Bu

³⁶ Arendt bunu şöyle ifade eder; En rahat alet bile ele yön vermekten ya da onun yerini almaktan aciz bir hizmetkar olarak kalırken en ilkel makine bile bedenin çalışmasına yön verir ve nihayet onun yerini alır (Arendt, 1958/2012: 220).

özellik “adli tıp” kurumunun işlevlerinde açıkça görülebilir.

Hizmet sektöründe çalışanların işlerine uyum sağlamaları genellikle hizmet ilişkisinde inisiyatifi ele geçirme ve elinde tutabilme becerisine(...) bağlıdır (Goffman, 2009: 24). Dolayısıyla uzmanlık becerisi bir gücü ele geçirme ve sürdürmede ayırıcı bir nitelik olarak ortaya çıkar. “Özen” göstermek ve duyarlı olmaktan ziyade teknik yeteneklerine ve klinik becerilerine önem veren bir tıp doktorları grubundan eğitim aldığını belirten hekimler vardır (Schaefer, 1983/2013: 429). Yeni bir teknoloji kullanma becerisini geliştirenlerin, bu beceriye sahip olmayanlar karşısında haksız bir otoriteye ve prestije sahip bir elit grup haline geleceklerini ifade etmek mümkündür (Postman, 1993/2013: 14). İletişimci Harold Innis, bilgi monopollerinden bahsederek “belirli bir teknolojinin işleyişi üzerinde kontrol sahibi olanlar bundan yoksun olanlar karşısında gücü ellerinde toplarlar ve kaçınılmaz bir biçimde bu güçten yoksun olanlara karşı bir düzen oluştururlar” (Postman, 1993/2013: 14) ifadesiyle teknik ve güç arasındaki ilişkiye dikkati çekmiştir. Bilgisayar ve elektronik teknolojisindeki yenilikler sağlık bilgilerinin üretimi ve dağıtımının birçok kurumsal alanını yeniden şekillendirmektedir (Clarke vd., 2003). Bu bağlamda tıbbi bilgi teknolojileri, internet ağı veya entegre hastane sistemleri, klinikler, grup pratikleri, sigorta organizasyonları, biyo-bilimsel ve tıbbi teknoloji endüstrileri, devlet yapısının da içinde olduğu bilgi yönetim alanlarını dönüştürmektedir (Clarke vd. ;2003). Yeni teşhis ve tedaviler, genetik, biyoenerji, bilgisayara dayalı görselleştirme, bilgisayar destekli ilaç gelişmeleri, kanıta dayalı tıp, tele tıp ve telesağlık bu uygulamalardan bazılarıdır (Clarke vd., 2003). Böylece teknolojinin gelişmesiyle tıbbi uygulama alanlarının da gitgide genişlemesi arasında doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir.

Tıpta uzmanlaşma ve alt uzmanlaşma ile hasta bakımının bilgisayarlaşması işlemleri hasta bakımına ilişkin, tansiyon, kan sonuçları testleri gibi tıbbi bakımın niceliksel olarak artmasını sağlarken, hasta-hekim ilişkisine yönelik niteliksel kaliteyi azaltır (Rocsh and Kearney,1985). Hekimin zihinsel becerileri değil de sadece x-ray taraması, testler gibi işlemleri teşvik eden bir sistemin olması, objektif nicel işlemlere yönelinmesi, empati, hastayı anlama, dinleme, danışma ve bakıma dayalı işlemlerin değerinin olmaması, parasal işlerin prosedürlerin somut işlemlere bağlı olmasıdır (Rocsh and Kearney, 1985).

Teknolojinin gelişimi tedavinin mekânsal algısını da kökten değiştirmiştir. Artık tedavi merkezi bir bina ve oda olmanın çok ötesine ulaşabilmiştir.

Örneğin rutin değilse bile yaygın hale gelen bir uygulamayla, 1995'te yüksek vasıflı cerrahlar videokonferans sistemi sayesinde ülkenin ya da dünyanın öbür ucundaki bir ameliyata danışmanlık yapmışlar, daha az uzman olan bir başka cerrahın eline, kelimenin tam anlamıyla insan vücudunun içinde kılavuzluk etmişlerdir. Hastaların bilgilerinin bilgisayara geçirilmiş, yenilenmiş olmasına bağlı olarak, sağlık kontrolleri de bilgisayar ve telefon aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. (Castells,1996/2008: 530).

Dolayısıyla doktorlar yetersiz olduklarını düşündükleri herhangi bir tedaviyi farklı bir yerdeki uzman yardımıyla gerçekleştirebilecektir. Modernleşme hastalıkları olduğu kadar ölüm ve ölüme ilişkin algıları da değiştirmiştir.

2.7. Modernleşmeyle Değişen Ölüm Algısı

Modernleşme yaşam alanında olduğu gibi hastalık ve ölüm duygusuna bakışı da köklü olarak değiştirmiştir. İnsanlar hayatlarının son anlarını artık hastane odalarında, çoğunlukla yoğun bakım ünitelerinde geçirmektedirler. Tıpkı yaşam pratikleri gibi ölüm algısı da artık kültürel özelliklerinden, anlamsal gerçekliğinden uzaklaşmaya başlamaktadır. Modernleşme ile birlikte aslında ölümden yapay bir kurtuluş çaresine başvurulmasıyla yeni geliştirilen profesyonel tekniklerin durumuna Bauman değinmektedir;

Ölümler tıpkı hastalar, deliler ya da suçlular gibi gözetim altına alınır,"belgeli profesyonellerin bakımı"na verilirler, böylece yalnızca göz önünden değil; aynı zamanda zihinden de uzaklaşıp yok olacakları varsayılır. Oysa bu kendini kandırış son derece ortadadır; ölümler geçmişe gömülemez, çünkü yazgıları, şimdiki zamanda yaşayan bütün herkesin geleceğindedir (Bauman,2012a: 38).

Günümüzde teknolojinin gelişimi ile birlikte ölüm olgusu artık farklı algılansa da insanların bilinçlerindeki yerini yitirmemiştir. Özellikle hastalıkların tanılarının konmasında biyopsi ve ölenlere yapılan otopsi uygulamalarının gelişmesi özne üzerinde yeni bir inceleme yapma olanağı ortaya koymaktadır. Bazı insanlar ise algılamada farklılıkla ölümün meydana getirdiği acıdan kurtulmaya çalışmaktadırlar. Modernleşme ile birlikte acıdan kurtulma ve ölüm ile hekimlik otoritesi arasında süreklilik olduğu belirtilmiştir:

Uygarlığın ilerleme sürecinde, bilinmezler bilinir hale gelip, pozitif bilimlerin gelişmesiyle, tıp da pozitif bir bilim olmuş ve laikleşmiştir, ama insanın en değerli yanıyla, sağlığıyla uğraştığından, onu en korktuğu şeyden, acı çekmek ve ölmekten, koruyucu bir görevi üstlendiğinden, hekimlik, kendisinden beklenen tüm güçlülük niteliğini, dolayısıyla otorite konumunu pek yitirmemiştir (Koptagel-İlal, 2013).

Modernleşme ile birlikte ölüm ve otorite arasında nasıl bir ilişki ortaya

çıkılmaktadır? Aslında ölüm modernleşme ile birlikte somut anlamını kısmen yitirmekte, daha soyut olarak toplum içerisinde karşılanmaktadır. Çünkü modernleşme ile birlikte insanların yaşam süreleri artmış ve yaşlılıkla beraber karşılaşılan olguya dönüşmüştür. “Ölüm günlük yaşam sahnesinin ötesinde gerçekleşmektedir; öyle ki çoğu insan kendi televizyonu veya diğer medya araçları yoluyla ölüme şahit olmaktadır” (Seale, 2012b).³⁷ Dolayısıyla teknolojinin kurbanlarını görünmez hale getirmenin farklı bir boyutunu da hekimlik alanında kullanılan yüksek teknolojiler ve elektronik araçlarla öznenin ölümünün soyutlaştırılmasında görebiliriz.

Bireyin yaşamının anlamsal önemini yitirdiği, işlemlerin bürokratik prosedürlerle sağlandığı bu durumun bir benzeri olmasa da farklı bir çeşidi tıbbın soğuk yüzünde ölümün soyutlaştırılmasında söz konusudur. Bauman modernliğin kalıcılık iddiasıyla birlikte ortaya çıktığını ve farklı olanları yadsıyan bir anlayışı ileri sürmüştür. Farklı olan kalımsız olan demektir; o geçici, geri kalmış gelişimini tamamlanmamış, tarihsel olanken, kendisi (üst uygarlık) kocamanın, yaşlanmanın, çürümenin sorun yaratmadığı bir varoluşu temsil eden, kusursuzluğu ve kalıcılığı hedefliyordu (Bauman, 1992/2012a: 149). Bu bağlamda modernleşme sonrasında aslında ölüme çare olarak düşünülen kalıcı bir gelişme hedeflenmektedir.

Bununla birlikte ölüm hayatımızın bir parçası olarak varlığını sürdürürken ona yaklaşımlarda da farklılıklar ortaya çıkar. “Ölmek üzere olan kişi yalnızlıktan çok sessizlik içinde ölür. Her ikimizin de kullandığı ve paylaştığı tek dilde -hayatta kalanların dilinde- birbirimize bir şey aktarmamız olanaklı değildir” ifadesi ile Bauman (1992/ 2012a: 163) ölmek üzere olan kişiyle iletişimde başarısız olduğumuzu çünkü bu sözlerin bir amaç ve anlamı bulunmadığını vurgular. “Modern bakış ölümü öteki’leştirmiş, kendinden uzaklaştırmıştır” (Bauman, 1992/2012a: 163) ifadesi de ölüm olgusunun hayatlarımızdan soyutlandığına dikkati çeker. Eski çağlarda ritüeller üzerinde ölümün kültürel karşılamalarına yönelik törenlere rastlamak mümkündür. Bu konuda antropolojik incelemeler

³⁷ Hobsbawm, 20.yüzyılın iki büyük savaşında yaşanan kişidişliliğe dikkat çekerek; öldürmenin ya da sakatlamanın bir düğmeye basarak ya da bir kolu çekerek uzaktan sağlanan bir sonuç haline geldiğini teknolojinin kurbanlarını görünmez hale getirdiğini cephede sürekli sabitleştirilen silahlarının karşısında insanların değil istatistiklerin bulunduğunu belirtir. Uzaktan alınan kararların, sistem ya da rutinin, özellikle bunlar üzücü hareket zorunlulukları olarak haklı çıkarıldıkları gaddarlıklar en büyük gaddarlıklar olmuştur (Hobsbawm, 1993/ 2003: 70-71).

mevcuttur.³⁸ Ayrıca tıp biliminin gelişmesiyle yeni teknikler ve ölçümlere gönderme yapılmakla birlikte, insana daha uzun ve sağlıklı yaşayabileceği vaadinin sınırlılığına değinilebilir. İnsanın yaşamla ölüm arasındaki kararını örnekleyen sanallaşmanın yol açtığı, ötenazide hasta ve hekimin suçluluğunu da yok eden bir olguyu Virilio (1998/2003: 10) aktarır;

“Altmış yaşlarında bir kanser hastası olan Bob Dent, 26 Eylül 1996 tarihinde aynı yılın 1 Temmuz’undan beri Avusturalya’da yürürlükte olan bir yasayı hayata geçiren ilk kişi oldu. Bu yasanın adı “Nihai Edim” anlamına gelen *terminal act* idi. Kan dolaşımı sistemini düzenleyen bir bilgisayara bağlı olan Dent, doktoru Nitschke’nin tasarımı olan makineye ilk “evet” cevabını verdi. Dokuz günlük yasal sürenin sona ermesinin ardından Dent bir kez daha “Evet” şıkkını seçti. Bu noktada önünde duran soru şuydu: “Eğer EVET şıkkını seçerseniz izleyen otuz saniye içinde size ölümcül bir enjeksiyon yapılacaktır.”

Bu durumda bireyin kendi iradesiyle yaşamının son kararını vermesiyle hekimin sorumluluğunu da ortadan kaldıran bir olgu örneklendirilmektedir. Beden üzerindeki denetim biçimi ölümden sonraki törenlerde de sürdürülür. Ritzer (1999/2011b: 110), akılcılaştırmanın getirdiği büyüünün bozulması konusunda “insan cesetlerine uygulanan montaj hattı tarzındaki bu rutin işlemlerin tanımı”ndan söz eder.

Toplumda ve yaşamda zamanın ölümle ölçüldüğünü belirten Castells (1996/2008: 596) ölümü hayatlarımızdan sürüp çıkarma girişiminin yeni kültürümüzün ayırt edici özelliği olduğunu belirtir. İnsanlar aslında modernite ile birlikte ortaya çıkan olgusal bakış açısı ile şekillendirdikleri dünyalarına ölümü pek davet etmek istemezler. Daha uzun süre dünya yaşamını sürdürmek üzerine hesaplar yapılır. Bu durumu Castells şu şekilde ifade eder:

Bu girişimin çatısı, her şeye muktedir ilerlemeye duyulan akılcı inançta saklı olsa da, son 20 yılda tıp teknolojisinde, biyolojik araştırmalarda kaydedilen ilerlemeler insanoğlunun o en eski arzusunun gerçekleşmesine maddi zemin hazırlamıştır: Mevcudiyeti elimizdeki tek kesin şey olsa da, sanki ölüm yokmuş gibi yaşamak (Castells, 1996/ 2008: 596).

Ayrıca, hastalıklarla mücadele de insan yaşamında çok uzun soluklu olarak sürdürülen bir çaba biçiminde somutlaşmaktadır. Hijyenik koşulların artırılması ve hastalıkların azaltılması adına mücadelenin devamlılığı esastır. Bu konuda bedenin nesne olarak ön plana çıkması, belirli düzeylerde moda niteliğine dönüşmesi hatta

³⁸ Geleneksel toplumlarda ölümün algılanışı ile modern toplumlardaki algı farklılaşmaktadır. “Örneğin mezarlıklardaki mezar taşlarının yüksekliği, dekorasyonu, veya masrafı kişinin yaşamındaki sosyal statünün işaretlerini içermektedir. Geleneksel olarak çocuklar mezarlıkların kötü bölümlerine, ayırt edilmemiş kabirlere gömülürdü; yabancı ölümler, intihar edenler, ve ya şiddet kurbanları ya da ölümcül kaza kurbanları, özellikle kullanılan bütün bu tehdit edici ölüm formları mezarlıklardan dışlanabilirdi” (Seale, 2012b).

bazı alanlarda da meta haline gelip ticarileşmesi insanların psikolojik ve ekonomik olarak bir çok kaybını gündeme getirmektedir. Bununla beraber ölümü erteleme, yaşlanmayı geciktirerek hayatın devamlılığını sürdürme toplumsal ve iletişimsel alanlarda da desteklenmekte, ön plana çıkartılmaktadır. “Ölümün zamansal ve uzamsal olarak hapsedilişi o kadar güçlüdür ki ölümlerin büyük bölümü (...) genellikle hastanelerde çoğunlukla da yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşir; cesetler çoktan sosyal ve duygusal çevrelerinden uzaklaştırılmıştır” (Castells, 1996/2008: 599-600). Dolayısıyla insanlar son anlarını dahi sosyal, ailesel, geleneksel, dinsel ritüellerinden kopuk bir şekilde tamamlamaktadırlar. Kısaca ölenler için yas dahi tutamamaktadırlar. “Ölümü hayattan silerek, bu inancın uzun sürmesini sağlayacak teknolojik sistemi yaratarak hayatımız süresince ebediyeti inşa ediyoruz” diyen Castells (1996/2008: 600), yaşam içerisine indirgenen ve gizlenen ölüm olgusuna vurguda bulunmaktadır.

Hayata ilişkin bakışta olduğu gibi ölüme ilişkin bakış açıları da değişmiştir. “Ölüm, ölüm ve ölü ile ilişkimizi sağlayan ve kontrol eden kurumlarda ve bürokratik sistemin süreçlerinde gerçekleşmektedir” (Seale, 2012b). Özellikle teknolojinin insan ömrünü yapay olarak uzatma girişimlerinin artması sonucu gerçekleşen farklılaşmaya dikkati çekilmiştir;

Bu açıdan “yaşam” ve “ölüm”, artık insanlığın ulaşamayacağı daimi değerler ve kavramlar olmaktan çıkar. Toplumsal olarak neyin “yaşam” ve “ölüm” sayıldığı bizzat tıpçıların işlerinde ve bu işler sayesinde olumsallaşır. Tüm öngörülebilir sonuçlar ışığında- ve tıp ile biyolojinin ürettiği koşullar, problemler ve kriterler zemininden yeniden belirlenmesi gerekir. Bu yüzden kalp ve beyin cerrahisindeki ilerlemeler sonrasında, beyni durmuş ama kalbi atan bir insanın, kalbinin faaliyeti ancak yapay olarak sağlanıyorsa, ya da bazı beyin fonksiyonları durmuşsa (dolayısıyla hastada kalıcı “bilinçsizlik” varsa) ama diğer vücut işlevleri normalse “ölü sayılıp sayılmayacağına” yeniden karar vermek ve bu kararı yerleştirmek gerekir (Beck, 1986/2011: 317).

Bu durum aslında bize Weber’in bilindiği gibi rasyonel eylem ve büyü yitimi kavramını akla getirmektedir. Kısaca bürokrasinin demir kafesi burada da yaşamı çevrelediği gibi ölüm deneyimlerini de yönetir. Yirmibirinci yüzyılda Batının sanayileşmiş ülkelerinde hastanede ölen insanların sayısında hızlı bir artış yaşanmaktadır ki kendimizden uzak tuttuğumuz ölüm için bazı teorisyenler “ölümü inkar eden” bir toplum düşüncesini geliştirmişlerdir (Seale, 2012b). İnsanlar hastanenin tek kurtarıcı yer olduğu kanısındadırlar. Bununla birlikte hastalığın ilerlemesi ya da ağırlaşması gerekçe gösterilerek evde bakımın yerine hastaneler ve bakım merkezleri ön plan çıkarılmaktadır ki bu rasyonelleşmiş bir toplumun yapısına uymayan, yaşam ritüeline ters bir durumu yansıtmakta ve hastaları normal

yaşamın dışında tutma gayretlerini ortaya koymaktadır. Ölüm duygusundan kurtulmanın çeşitli çareleri olarak başvuru olan yollardan biri de kurumlarla yaşamın devamlılığı ve bekasına olan açlığı gidermeye çalışmaktır. Bu konuda Seale (2012b) de modern toplumlarda eğitim hukuk tıp gibi bazı kurumlar aracılığıyla “miras bırakılmış” hediye edilmiş şeyler olarak bu kurumlarda rol alanlara kişisel ölümsüzlüğü sağlama adına ortaya çıkan işlevlere değinmektedir.

Bazı anne babalar da kendilerinde sahip olamadıkları bazı yönleri yetiştirdikleri çocuklarda görmek isteyerek bu devamlılığı sağlama eğiliminde olabilmektedirler. Aynı zamanda insanlar özellikle medyada oluşturulan kahramanlara ve dayanıklı modellere vurgu yaparak kendi ölümlülüğünü kişiler ve kurumlar aracılığıyla aşmaya çalışmaktadırlar (Seale, 2012b). Ancak ölümün inkarı için ortaya konulan bu yoğun çabanın başarılı olamayabileceği ileri sürülmektedir. “Ölümün bu öznel tecrübesi veya ölümden bahsetmeye gönülsüz olunan bu şartlarda üzülmek acı verirken, bu tutum bilinç altına itmenin temel bir özelliğini maskeleyebilir; bilinç tarafından bastırılan bu konu kesin olarak “mevcuttur”–belki de bastırılmaya ihtiyaç duyulmayacak şeylerdendir” (Seale, 2012b). Böylece insanların kaçarak uzaklaşmak istediği duygunun aslında bir durumu tekrar vurguladığını, onu adeta daha güçlü olarak yeniden ürettiğini söylenebilir.

“Bilim ve özellikle tıp, ölümü yok etmek için modern bireylerin en iyi ümitlerinden birini temsil etmektedir” (Seale, 2012b). Denize düşenin yılana sarıldığı gibi insanlar büyük bir umutla her hastalığın ilacı olabileceği düşüncesiyle tıbbi kurumlara yönelmektedirler. İşte burada ortaya çıkan bir diğer pratikte acının ortadan kaldırılmasıdır. İlaçla ya da diğer tedavilerle acıyı kontrol eden tıp böylece “acıyı yok ederek vücudumuzu “unutmamızı” veya bir kez daha vücutlarımızı kendi ölümümüzün taşıyıcıları olmaktan ziyade memnuniyetin ve kendi kendimizi ifadenin araçları olarak görmemizi sağlamaktadır” (Seale, 2012b). Dolayısıyla modernleşme bireylerin hastalıklarla ilgili yaşadıkları tıbbi deneyimlerin yanı sıra ölüm olgusunu da yaşamın dışına çıkararak ortadan kaldırma eğilimine, yadsımaya yöneltmektedir.

3. BÖLÜM

POSTMODERNİZMDE HEKİMLİK OTORİTESİNİN DEĞİŞİMİ

19.yüzyılın ikinci yarısından sonra modernleşme sürecinin farklılaştığı, ileri modernleşme, geç ya da Postmodernizm olarak karşımıza çıkan toplumsal yaşantıların söz konusu olduğu ifade edilmektedir. Modernliğin ilerleme ve akılcılık vurgusuna dair paradigmasının dönüşümü söz konusudur. “Modernliğin söylem ve pratiklerinin ana eksenini, ilerleme vurgusu ve ilerlemeyi sağlamanın araçları olarak akılcılığa ve bilime sarsılmaz bir inanç oluşturmaktadır. Buna karşın postmodernite, bunu artık inanırlılığı olmayan ‘büyük anlatılar’dan veya üst düzey meşrulaştırma biçimlerinden biri olarak görür” (Punch, 2005/2011: 138).

Bu süreç tıp alanına da yansiyarak hasta ve hekim ilişkisinin yeniden değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Öncelikle Postmodernizm kavramını ve bu kavramla birlikte daha önceki sosyal olguları nasıl dönüştürdüğünü incelemek gerekir.

3.1. Postmodernizm

Öncelikle Postmodernizm ile neyin anlaşıldığını ifade etmek gerekir. Ancak Postmodernizmin kendisi ifade edildiği bağlam, ilgili olduğu farklı alan ve düzlemler söz konusu olduğu için kesin olarak tanımlanmasının mümkün olmadığı belirtilmiştir. “Bu nedenle postmodernizmi geniş bir uygulama ve potansiyel anlayış yelpazesine sahip elastik bir eleştirel kategori olarak düşünmek daha faydalıdır” (Ward, 1997/2014: 17). Tarihin sonu, insanın sonu ve gerçeğin ölümü gibi çeşitli sonlara dikkati çekilmiştir. Postmodernizm insanlığı sosyal ve tarihsel bir icat olarak sorgulayarak yeni teknolojilerin bizi post-insan olarak nitelendirdiği gibi mutlak doğru anlayışını terk ederek “geçici”, “yüzeysel” ve “görünür” olanı tercih etmesiyle farklılaşmaktadır (Ward, 1997/2014: 18). “Postmodern teori, toplumsal ve dilsel olarak merkezleşmiş(decentered) ve parçalanmış öznenen yana çıkararak modern teorinin büyük çoğunluğunun koyutladığı (postulate) rasyonel ve birleşik (unified) özneyi iptal eder” (Best ve Kellner, 1991/2011: 18). Postmodern teorinin üstlendiği yeni düşünce, yazım ve öznellik modellerinin olduğu ifade edilir (Best ve Kellner, 1991/2011; 43). Postmodern kuşku, özellikle sosyal dünya söz konusu olduğunda bilginin sürekli değiştiği ve giderek daha çabuk ulaşılabilir olduğu, genel ya da evrensel değil kısmi, parçalı ya da yerel olduğunu göstererek belirsizlik ve şüpheyi

vurgular (Punch, 2005/2011: 138). Postmodern teori ile söylem teorileri arasında bir paralellik olduğunu düşünen Best ve Kellner (1991/2011: 44)'a göre tüm toplumsal fenomenlerin kodlar ve kurallar tarafından göstergebilgisel olarak yapılandırılmış olduğunu ve bundan dolayı toplumsal fenomenlerin anlamlandırma modeli ve anlamlandırıcı pratikler modeli kullanılarak toplumsal olarak inşa edildiğini savunur. Dolayısıyla postmodern söylem bir nesne ya da olayların durumunu değil, kültürel ve teorik inşa olarak değerlendirilir (Kellner, 1995/1996: 47). Postmodernizm ayrıca bilginin farklı kaynak ve biçimleri olduğunu kabul eder ve bunlara önem verir (Punch, 2005/2011: 138). “Modernleşme, nasıl 19. Yüzyıl’da korporatif olarak kemikleşmiş tarım toplumunu tasfiye edip sanayi toplumunun yapısal çehresini sıyrıp ortaya çıkardıysa, bugün de sanayi toplumunun konturlarını lağvediyor ve modernliğin sürekliliği dahilinde başka bir toplumsal biçim ortaya çıkıyor” (Beck, 1986/2011: 9). Bell (1976: 7), son iki yüz yıldır Batı’da modern çağı şekillendirmiş, insan eylemleri, sosyal ilişkileri ve özellikle ekonomik değişimin temeli olan burjuva düşüncesinin çöküşünün yaşandığını belirtir. Ayrıca burjuva kültürünün akılcılık, tekdüzelik, faydacı anlayışlarının da kökten dönüştüğü ve yeniye doğru bir yönelişin ön plana çıktığını gözlemlemek mümkündür (Bell, 1976: 53). Mills modern çağın bitiminde olduğumuzu ifade ederek ilk, orta ve modern dönemden sonra içinde bulunduğumuz bu dönemi dördüncü dönem olarak nitelendirir. İnsana yönelik düşünce ve tanımlamaların, kategorilerin ortaçağdan modern döneme yönelik geçişle ilgili sorunlara yönelik olduğu günümüzdeki problemleri ise yansıtmadığını belirtmiştir (Mills, 1959/2000; 272). Mills’e göre “büyük değişimler”i sıradan insanların ne denetleyebileceği ne de anlayabileceği güçler yönetmektedir ancak bu değişimler sıradan insanları kaçınılmaz olarak etkilemektedir (Mills, 1974: 7). Sınai modernliğin kendi kendini aşmasının, kendi kendini değişime uğratmasının, modernlik karşıtı hareketlere dönüşebilmesi, böyle bir yöne girebilmesi mümkündür (Beck, 1993/1999: 15). Kellner (1995/1996: 49) da eski ile yeni arasında bir geçiş aşamasını yaşadığımızı, böyle bir sınırdaki yaşamın gerilim, güvensizlik ve hatta panik yaratacağını ifade eder.

Beck (1986/2011: 10-11) “modernizm karşıtı senaryonun –bilim, teknoloji ve ilerleme eleştirisi ile yeni toplumsal hareketlerin- modernlikle çelişmediği, bilakis modernliğin sanayi toplumunun tasarımını aşan tutarlı bir şekilde daha da geliştirilmesinin bir ifadesi olduğunu da dile getirir” diyerek bir paradoksun söz

konusu olduğunu vurgular. ““Hükmeden” ile “hükmedilen” arasındaki panoptik günlük gözetleme ve endoktrinasyon kurumlarında cisimleşen doğrudan çarpışma zamanlarının daha düzgün, daha ince, daha esnek ve ekonomik araçlarla yer değiştirdiği (ya da yer değiştirme yolunda olduğu) görülmektedir” diyerek Bauman (2001/2011: 21-22), bu denetim biçimlerindeki ince değişime dikkati çekmiştir. Denetim biçimlerinin böylece dolaylı olabileceğini “Bu ağır yapıların ve katı, sabit kuralların parçalanmasıdır; kadınları ve erkekleri, konumlarının yerel ve sürekli güvensizliğiyle ve eylemlerinin belirsizliğiyle baş başa bırakan bu süreç hantal ve maliyeti yüksek “doğrudan denetim” biçimlerini gereksiz kılmıştır.” (Bauman, 2001/2011: 22) ifadesiyle değerlendirir. Çağdaş toplumlarda, hareketliliğe dayalı “estetik bir kozmopolitizm” yaşandığını Urry³⁹ ifade eder. Günümüzde bağların oldukça zayıfladığını Bauman ortaya koyar;

Günümüzün kudret sahipleri, yönetme, gözetleme ve polislik etmenin dert ve sıkıntılarına, en önemlisi, uzun vadeli bağlılıklardan ve “ölüm bizi ayırana kadar” sürmesi umulan bağlılıkların gerektirdiği sorumluluklara girmek istemezler. Onlar, hareketlilik ve esneklik, az eşyayla seyahat etme, hemen uyum sağlama ve yeniden vücut bulma özelliklerini en yüksek erdem mertebesine çıkarmışlardır (Bauman, 2001/2011: 22).

Aynı zamanda elektronik alanda ortaya çıkan yeniliklere bağlı olarak teknolojinin sağladığı yeni imkanlar da insan hayatını başka açılardan da dönüştürmektedir. “Ne düşündüğümüz, nasıl düşündüğümüz, gıda, barınak, ulaşım ve iletişim sistemleri, bilgisayarlar, füzeler gibi mallarda, hizmetlerde, hatta sağlık, eğitim, imgeler gibi maddi ve entelektüel ürünlerde ifade edilir hale gelmiştir” (Castells, 1996/2008: 41). Böylece modern teknolojinin araçları yaşam koşulları ile birlikte sosyal ilişkileri de değiştirmektedir.

Punch (2005/2011: 138), postmodernizmle birlikte yaşanan otorite kırılmasına “Postmodernizm dünyayı çoğulcu, birçok egemen birim ve otorite alanına bölünmüş olarak görür. Belirsizliği, gelip geçiciliği, parçalanmışlığı ve yeniden keşfetmeyi, çeşitlilik ile birlikte ‘farklılığın kutlanması’nı, belirsizliğe karşı hoşgörü ve tarzların karışımını vurgular” ifadesiyle dikkati çekmiştir.

³⁹ Bunun temel niteliklerinin, herkesin her yere seyahat etme ve en azından başlangıçta tüm ortamları tüketme hakkına sahip olduğu gerçek ve simüle edilmiş devingenliğin kapsamlı örüntüleri yanında, başka kültürlerle açıklık, merak ve risk alma istekliliği, kendi kültürünü konumlandırabilme becerisi ile turist göstergelerini yorumlayabilme şeklinde özetlemek mümkündür (Urry, 1995/1999: 229).

İnsanlar, sadece maddi kültürün ürünlerini değil düşünce dünyalarını da gelişen teknik ve bilgisayar sistemleri ile bütünleştirmektedirler. Binlerce paylaşımın yapıldığı site ve ağlarla internet üzerinden düşüncelerini dolayımaya sokabilmektedirler. Böylece sınırlar kentler ve yaşam mekanları ile beraber uluslar çapında da ortadan kalkmaktadır. Castells (1996/2008: 41), zihinler ile makineler arasında giderek artan kaynaşma olduğunu ve “doğma, yaşama, öğrenme çalışma, üretme, tüketme, hayal etme ya da ölme biçimlerimizi kökten değiştiren” yeni sürece dikkati çekmektedir.

Bilgisayar ağlarının yaygınlaştığı günümüz toplumunda yönetimin de merkezi bir yapıdan sağlanma niteliği değişmektedir.⁴⁰ Günümüzde verilmesi gereken öncelikten söz edildiğinde iktisadi gelişimi sağlamaya en yatkın görülen mesleki ilişkilerin dinamiği artık aynı olmadığını belirten Castel (2003/2004: 51) “çalışma dünyasının yeniden yapılandırılmasından ve doruk noktasına varmış rekabetin ve mübadelelerin küreselleşmesinin dayattığı meydan okumalara” dikkati çeker.

Yeni dönemde çalışma ortamları da farklılaştığını Bauman şu şekilde açıklamaktadır:

“İş mekanı kabul edilebilir etkileşim kurallarına uymak için zahmete katlanma eğiliminde olunan ortak bir ikamet olmaktan çok, birkaç gece kalmak için ziyaret edilen ve vaat edilen rahatlığın sağlanmadığı ya da sağlandığında eksik bulunduğu herhangi bir anda terk edilebilecek bir kamp yeri gibi hissedilir” (Bauman, 2001/2011: 36-37).

Bu koşullar bireylerin iş yerlerine bağlanma ve işi kalıcı olarak sahiplenme duygusunu ortadan kaldırmaktadır. ““Ağır” ya da “katı” moderniteden “hafif” ya da “akışkan” moderniteye geçiş, emek hareketi tarihinin kaydedilmiş olduğu çerçeveyi oluşturur. Bu aynı zamanda tarihin adı kötüye çıkmış sarmallarını anlamlandırma yönünde uzun bir yol kat eder” (Bauman, 2001/2011: 42). Böylece modernitenin daha esnek bir çizgiye evrildiği vurgulanır. Bauman (2001/2011: 43), insanların içinde hayata başladıkları toplumsal ortamın radikal biçimde değiştiği olgusunu hesaba katarak bu durumun açıklanabileceğini savunur. İş ve çalışma hayatına ait teşkilatlanmanın yeni şekilleri Ford sanayiciliğinin yerine geçmiştir; orta sınıfların belirsizleşmesi, çok farklı sosyal sınıflardaki parçalanmanın yerini doldurmuştur

⁴⁰ Gottdiener’a göre günlük yaşam, metropol yaşamın ayrımları tarafından yapılandırılmıştır: ev yaşamının işten, okulların komşuluk ilişkilerinden, arkadaşlık ve boş zaman faaliyetlerinin komşuluk yaşamının yakınlığından arındırılması (Gottdiener, 1995/2005: 124).

(Fournier, 2000/2009). Dolayısıyla iş ve meslek koşulları önceki dönemdeki ilişkilerle tanımlanamayacak boyuttadır.

Mendel, günümüzde otoritenin geleneksel olmadığını ifade ederek modern sonrası çalışma koşullarına şunları ekler; işini kaybetme baskısıyla “çılgın ritim”, “aciliyet içinde çalışma zorunluluğu” ya da “okulla işyeri arasındaki süreklilikler” kurumsallaştırılır ve “dağıtılmış otorite”ye katılır (Mendel, 2005: 247).

“Kısıtlamaların yokluğu, kuralsızlık ve esneklik, modern panoptikonlarda disiplini sağlamak için uygulanan pahalı ve zahmetli talim yöntemleriyle kıyaslandığında ileriye doğru dev bir atılım olarak görülüyor” (Bauman, 2001/2011: 49). Ferdin yekpare bir gruba ait olmayı bıraktığı bir sosyal parçalanmanın gerçekleşmekte olduğunu savunan Fournier (2000/2009) zevklerin ve heyecanların paylaşımı, hareketli olmasından ve elden kolay kaçmasından örnek verir.

Postmodernizm konusunda yaşanan dönüşümleri bireyselleşme, özelleşme, tüketim kültürünün yaygınlaşarak sağlığa etkileri, internet ağlarıyla değişen yaşam tarzları, alternatif bilimden tevarüs eden alternatif tıp ve riskin yükselmesi bağlamındaki boyutlarıyla değerlendirilmiştir.

3.1.1. Bauman’ın postmodernist yaklaşımı

Bauman postmodernizmle ortaya çıkan yeni koşulları açıklamada oldukça işlevsel bir çerçeve ortaya koymuştur. Bu yeni dönemin bireyselleştirici bir niteliğini vurgulayarak Bauman, ortaya çıkan yeni koşullardaki belirsizlik, riskin artması, yaşamın bölünmesi, tüketimin farklılaşması olgularına dikkati çeker. Küresel toplumsal düzenden sorumlu olan, görünür toplumsal ve ortak hiçbir ajanın olmadığına değinen Bauman (1997/2013: 60-61), tedavinin özelleştirildiğini tedavinin araç ve pratiklerinin düzensizleştirildiğini vurgular. Bu anlamda genel-geçer standartlar artık söz konusu olmadığı için parçalı bir manzara söz konusudur. “Artık toplumsal destekle iyileştirmenin yerini öz-iyileştirme (self-aggrandizement) ve sınıf mahrumiyetinin toplumca tedavisinin yerini de öz yüceltme almıştır. Bugün artık hayatta kalma ve iyileşme için verilen günlük mücadelede bireysel akıl ve kaslar konuşmaktadır” (Bauman, 1997/2013: 61).

Dolayısıyla yeni dönem her alanda olduğu gibi tedavide de insanları bireysel olarak eyleme itmektedir.

Bauman modernleşmeden postmodernizme geçiş sürecindeki farklılaşmaya dikkati çeker.

Üretici statülerinden çıkarılan ya da çıkarılacak olan ve bunun yerine öncelikle ve birincil olarak *tüketici* olarak tanımlanan üyelerinden düzenin istikrarını sağlayıcı davranış kalıplarını alan toplum ise, ümitlerin *kolektif* hareketlere bağlanması düşüncesini kötülüyor. Tüketicilerin günlük pratiklerince çerçevelenen bilişsel ufuk içinde ortaya çıkan düşünceler, tüketici piyasasındaki katı çıkar kavramını yüceltiyor ve bunun ayartıcı güçlerini genişletiyor. Üretimin aksine tüketim tamamıyla bireysel bir faaliyettir ve aynı zamanda da bireyleri, birbirlerinin gırtlığına sarılacak derecede rekabet haline sokuyor (Bauman, 1997/2013: 61).

Bu bağlamda tüketimle birlikte bireyselleşmenin iç içe geçen kavramlar olduğu özellikle anlaşılmaktadır. Bauman (2001/2011: 37) günümüzün “sıvılaşmış”, “akışkan”, dağılmış, saçılmış ve düzensizleşmiş modernite versiyonunun iletişimde nihai bir kopuşa değil, sermaye ile emek arasında bir bağlanmama durumuna işaret ettiğine değinir. “Hareket hızı günümüzde toplumsal tabakalaşma ve hakimiyet hiyerarşisinde başlıca, belki de en önemli etken haline gelmiştir” (Bauman, 2001/2011: 39). Bu hareket hızı aslında mekanı dönüştürerek çalışma koşullarını tamamıyla farklılaştırmıştır. Bauman bu sürecin küresel boyutuna dikkati çekerken iğretileşmeye değinir;

Kısmen ulusötesi, ve giderek ülkelerüstü sermaye tarafından başlatılan ve fazla seçeneği olmayan bölgesel devlet hükümetlerinin uysalca uyguladıkları kasıtlı bir “iğretileştirme” siyasetinin bir sonucu ve kısmen de yeni iktidar girişimleri ve nefsi müdafaa mantığının tortusu olan iğretilik, günümüzde küresel iktidar hiyerarşisinin başlıca yapıtaşı ve toplumsal denetimin temel tekniğidir (Bauman, 2001/2011: 50).

Bauman’a göre günümüzde iktidar (dolayısıyla otorite) siyasetin dışına çıkarak geleneksel denetim kurumları dışında, özelleştirme siyasetleri ile teşvik edilen yeni bir toplumsal düzeye gelmiştir (Bauman, 2001/2011: 70). Bireyselleşme ve özelleşmenin yanı sıra Bauman, küreselleşmenin kişisel ve mesleki boyutundaki etkilerine vurgu yaparak ortaya çıkan belirsizlik ve risk durumlarına işaret eder;

Bugün ne kadar sağlam ve refah içinde görünürse görünsün yuvalarının yarın tam bir çöküş felaketiyle karşılaşmayacağından ancak pek azımız emin olabilir. Hiçbir iş güvence altında değildir, hiçbir mevki garantili değildir, sürekli olarak faydalı olabilecek hiçbir iş becerisi yoktur; deneyim ve know-how, edinildikleri anda bir dert kaynağı haline gelirken cazip kariyerlerin intihara giden yollara dönüşebileceği sıkça kanıtlanmaktadır (Bauman, 2001/2011: 109).

Bauman (2001/2011: 184), “şimdiki zamana hakim olmak, kişinin kendi kaderini denetlediğine güvenmesi, yaşadığımız toplumdaki erkeklerin ve kadınların en dikkat çekici biçimdeki yoksun oldukları şeydir” diyerek kişinin rolüne vurguda bulunmaktadır. Bauman (2001/2011: 191) meslek hayatında olduğu kadar bedenlerde de etkisini gösteren belirsizliklere “statü, yetkiler ve geçim tarzının güvensizliğinin, onların sürekliliği ve gelecekteki istikrarına ilişkin belirsizliğin ve kişinin bedeninin, benliğinin ve onların uzantılarının-mallar, komşuluk, topluluk-güvenlikten yoksun oluşunun bileşimidir” ifadesiyle dikkati çeker.

Modernleşme ile başlayan postmodernizmde ise yeniden şekillenen olgulardan biri şüphesiz artan bireyselleşme ve özelleşme ile onun tıbbi alandaki yeni yansımalarıdır.

3.1.2. Bireyselleşme

Üyelere bireyler olarak rol vermenin modern toplumun alametifarikası olduğunu belirten Bauman (2001/2011: 61-62)’a göre bireyselleşmenin anlamı modern çağın başlangıcındaki ve öncesindeki dönemden farklılaşmıştır. Bauman (2001/2011: 63), “Hastalanmaları halinde bunun sebebi sağlık rejimine uymakta kararlı ve yeterince gayretli olmamalarıdır.” diyerek bireyselleşmenin zorlayıcı ve kişinin kaçamayacağı bir seçenek olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünmektedir. “Riskler ve çelişkiler toplumsal olarak üretilmeye devam eder; bu tam da bireyselleştirilmekte olanlarla başa çıkma görevi ve sorumluluğudur” (Bauman, 2001/2011: 64) Bireyin kendi karar alma dinamiklerinin postmodernizmde kaçınılmaz etkisi söz konusudur.

Mendel kitle iletişim araçları, psikanaliz ve diğer sosyal etkenlerle Batılı bireyin bireyselleştirici ve toplumdan uzaklaştırıcı biçimde ikna edilmesini araba nesnesinde somutlaştırdığına değinir; her sürücü kendi dört tekerlekliyle özdeşleşmekten gurur duyar (Mendel, 2005: 235). Böylece “indirgenmiş” araçsal rasyonalite, tek bir edim içinde işleyen rasyonalite olarak kolaylıkla tanımlanabilir ve bu edimin dışındaki dünyayı yalnızca hedeflenen amacın başarısı için rekabet etmekten başka tüm anlamlardan yoksun, önemsiz malzeme olarak kabul edilir (Mendel, 2005: 235- 236). Mendel (2005: 236), sadece bedenin esir alınmadığını, insani olan her şeyin de imal edilmiş bir ürünle dönüştürüldüğünü, hatta trafik probleminin, kazalarla irrasyonel hale geldiğini ifade eder. Baudrillard (1970/2004: 101) da tüketim aracılığıyla toplumun bireyselleştigiğine değinirken, televizyon

izleyicileri veya otomobil kullanıcıları gibi tüketicilerin kolektif olarak bir koda dahil edilmesine karşın bunun paradoksal bir şekilde kolektif dayanışmaya yol açmayacağını belirtir .

XXI. yüzyıla giren toplum XX. Yüzyıla giren toplumdan daha az “modern” değildir; sadece farklı bir tarzda modern olduğu söylenebilir. Onu modern kılan moderniteyi insan birlikteliğinin bütün diğer tarihsel formlarından ayıran şeydir: zorlanımlı ve saplantılı, sürekli ve durmaksızın *modernleşme*; yaratıcı yıkım için (ya da olabildiği kadarıyla yıkıcı yaratıcılık, yani “yeni ve gelişmiş” tasarım adına “siteyi temizlemek”; daha fazla üretkenlik ya da rekabetçilik uğruna “sökme”, “kesme”, “uygulamadan kaldırmak”, küçültmek için) kapsayıcı ve yaygın bir itilim (Bauman, 2001/2011: 130).

Bauman (2001/2011: 131) iki özelliğin bizim modernite biçimimizi yeni ve farklı kıldığından söz ederek birincisinin erken modern yanılsamaların çökmesi ve zayıflaması olarak açıklar.

Yani üzerinde ilerlediğimiz yolun bir sonu-yarın, gelecek yıl ya da bir sonraki bin yıl içinde ulaşılacak mükemmel bir durum- olduğu; iyi bir toplum, adil toplum, tasarlanmış herhangi bir çatışmadan arınmış bir toplum; arz ve talep arasında sürekli bir denge ve bütün ihtiyaçların karşılanması durumu; her şeyin doğru yerde olduğu ve hiçbir yerin kuşku uyandırmadığı mükemmel bir düzen durumu; bütünüyle şeffaf bir durum, bilinecek her şeyin bilindiği durum; gelecek üzerinde tam bir denetim, insan davranışlarının beklenmedik, tartışmalı, değişken ve umulmayan sonuçlarından azade bir durum olduğu yanılsamalarının çökmesi ve zayıflaması (Bauman, 2001/2011: 131).

İnsanların dengeli ve uyumlu bir düzende yaşamasının olanaklarını kökten değiştiren bir yenilenme söz konusudur. “Yeni ufuklar açan ikinci değişim, modernleştirici görevlerin ve yükümlülüklerin kuralsızlaştırılması ve özelleştirilmesidir” (Bauman, 2001/2011: 131-132). Böylece bireylerin kendi tercihlerini, kişisel biyografilerini ortaya koyduğu, bağların zayıfladığı bir duruma yönelimden söz edilebilir. “Bu vahim sapma, etik/siyasal söylemin “adil toplum”dan “insan hakları”na, yani bireylerin farklı kalma haklarına, mutluluk ve uygun hayat tarzlarını kendi iradeleriyle seçme hakkına doğru geçirdiği değişimde suret bulmuştur” diyen Bauman (2001/2011: 132) toplumsallıktan bireyselliğe evrilmeyi örnekendirir.

Baudrillard, (1983/2011: 36) toplumsalın kalıbının aşılaraq bireyselleşmeye yemek tarzıyla bağlantı kurarak açıklama getirir; “bir Amerikan mutfağından ne kadar söz edilebilirse toplumsaldan da o kadar söz edilebilir diyebiliriz... asıl kokularından arındırılan besinlerle komik ve yapay soslar üretilerek kendilerine sentetik bir yöntemle o eski tatları yeniden kazandırılmaya çalışılır gibidir” Böylece kurmaca bir dünyayla sosyal alanın öneminin ortadan kalkması olgusu söz

konusudurç

Artık sizi gözetleyen bir büyük birader yok; şimdi göreviniz izlenecek bir örüntü, sorunlarınızla başa çıkabilmeniz için bir rehber bulma umuduyla Büyük Biraderleri ve Büyük Kız Kardeşleri yakından ve hevesle gözetlemektir. Kendi sorunlarınız tıpkı onların sorunları gibi, bireysel olarak, sadece bireysel olarak başa çıkmayı gerektirir...bireylerin dünyasında, kendi hayatınızı kendi hayat girişiminizi nasıl sürdüreceğinize dair örnekler çıkarabileceğiniz öteki bireylerden başkası yok; benimsediğiniz örneğin değil, yaptığınız güven yatırımının yaratacağı sonuçların bütün sorumluluğunu yüklenirsiniz (Bauman, 2001/2011: 132).

Bu onların kendilerini hayat planları ve ürünün merkezine koydukları yaşam şansları için tahmin edilemez çapta ve dinamizmde bir bireyselleşmeye doğru gidişi gösterir (Chamberlain, 2012: 7). Teknoloji, kapitalizm ve tüketimcilik birey ve toplum ilişkisi başta olmak üzere sosyal yapının doğasında önemli bir yönelimi açığa çıkarır (Chamberlain, 2012: 7). Bu bağlamda yeni ihtiyaçların ortaya çıkması tüketim kalıplarının da farklılaşmasını sağlar.

Herkes artık sürekliliğini yitirmiş mesleki güzergahında başına gelen iyi kötü olasılıkları kendi başına üstlenmeli, tercihlerde bulunmalı, yeni koşullara zamanında uyarlanabilmelidir (Castel, 2003/2004: 52). Bu durum bireyleri yeni standartlara itmektedir. Sosyal sigorta sürekli kitlesel işsizlik yüzünden yerine getirilmesi giderek imkansızlaşan normallik standartlarına dayanıyor; üstelik ailelerin yaşam koşulları ve kadınlar ile erkekler arasındaki koşullar, bu standartlara uygunluktan giderek uzaklaşıyor (Beck, 1986/2011: 203). Dolayısıyla yeni koşullar bireylerin normal olanı yeniden tanımlanmasını da zorunlu kılmaktadır.

Beck, bireyselleşme sonucunda insanların sosyal bağlarından koparıldığını, algı biçimlerinin özelleştiğini, tarih dışı hale geldiğini belirterek her şeyin kişinin kendi egosu ve şahsi hayatı çevresinde dönmeye başladığını belirtir (Beck, 1986/2011: 204-205). Yaşam bu anlamda yalnız olarak devam eden bir deneyime dönüşür. “Diğer yandan, ortak örgütlü eylemin kişisel hayatı etkilediği alanlar giderek küçülür ve kişinin kendi biyografisini biçimlendiren zorunluluklar artar, üstelik bu biyografi yine yeni kurumsal koşulların ürünü olduğu alanların ta kendisinde gerçekleşir” (Beck, 1986/2011: 205). Bu anlamda bireysel bir karar alma gereksinimi ön plana çıkar. Sennett (1998/2014: 21) “zamanı, özellikle çalışma zamanını organize etmenin yeni biçimleri”nin doğduğunu belirterek “uzun vade yok” sloganıyla artık çalışma koşullarının kısa vadeli olarak düşünüldüğü kurumsal pratiklerle karşı karşıya olduğumuz, küreselleşmenin ve yeni teknolojilerin

yanında günümüz değişiminin bir başka boyutuna dikkati çekmektedir. Fordizm ve ömür boyu iş ve istikrarlı istihdam artık çok gerilerde kalmıştır. Teknolojik ve kurumsal değişimler geleneksel iş piyasası kalıplarını değiştirmiş, güvensizliğin esas olduğu yeni dönemde bireyselleşme ve standart olmama ön plana çıkmıştır (Kasapoğlu, 2006: 22).

Bu bağlamda yeni kapitalizmde karakterin düştüğü konum son derece dramatiktir. Çünkü yaşanan anın önemli olduğu sistemde, değerlerin kalıcı olması mümkün değildir. Aynı biçimde, herşeyin kısa vadeye ayarlandığı ekonomide uzun vadeli amaçlar gerçekleşemez. Son olarak da her an yeniden şekillenen kuruluşlarda karşılıklı sadakat sürekli olamaz ve ya verilen sözler yerine getirilemez. Tüm bunlar yapının geçici, karakterin ise kalıcı olması gibi bir paradokstan kaynaklanmakta; ve sonuçta çalışan işi ile kişiliği arasında sıkışıp kalmaktadır (Kasapoğlu, 2006: 24). Çalışanlar için adım adım mesleki ilerleme ya da tüm mesleki yaşamın belirli bir beceriye dayandırılarak sürmesi hayal olmuştur... Bu durumun doğal sonucu, güven, sadakat ve sözünde durma gibi özelliklere sistemde yer olmamasıdır. Modern örgütlerde, artık kişiler arasındaki informal güven ilişkilerinin oluşması, gelişmesi mümkün değildir (Kasapoğlu, 2006: 24).

3.1.3. Esneklik

Günümüzün çalışma koşulları modernlikle birlikte ortaya çıkan yapıların farklılaşarak mesleklerin yapısında da dönüşümler sağlamıştır. Her şeyden önce esneklik kavramı çalışmanın üç yönünde farklılık ortaya koyar; bunlar; işlevsel, ödeme ve sayısal açıdan esneklik gerçeğini niteler (Brown, 1997b: 72). Dolayısıyla işlerde tam zamanlı çalışmaların yerini, daha kısa zamanlı işler almakta, bir mesleğin hayat boyu yapılması olgusu değişmektedir (Brown, 1997b: 76). Bauman (2001/2011: 110-111), günümüz kültür dünyasında aktarılan mesajın geçiciliğini vurgulamıştır: “Bu dünyada her şey olabilir ve her şey yapılabilir, ama yapılan hiçbir şey ebedi olamaz, olup biten her şey bildirilmeden gerçekleşir ve fark ettirmeden çekip gider.” Aynı şekilde yaşam anlık dilimlere ayrılmıştır.

Bu dünyada insani bağlar birbirini izleyen karşılaşmalara, kimlikler birbiri ardı sıra takılan maskelere, biyografi aynı derecede kısa ömürlü bellekte süren bir dizi epizoda bölünür. Hiçbir şey kesin olarak bilinemez ve bilinen, farklı tarzlarda bilinebilir; bir tarz bir diğeri kadar iyi ya da kötü olarak (ve kesinlikle değişen ve kararsız olarak) bilinebilir...dolayısıyla dünyada kişinin sağlam ve güvenilir bulabileceği pek az şey

vardır ve kendi hayat çizgisini içinde dokuyabildiği sağlam bir kumaşı andıran hiçbir şey yoktur (Bauman, 2001/2011: 111).

Sosyal bağların oldukça zayıfladığı bu dönemde insanlar bağımlılıklardan sözde uzak durma gayreti içindedirler. “Katı ve bürokratik hiyerarşiye başlatılan saldırı insanları bağımlılıktan yapısal olarak kurtaracak; risk alma eylemi, verilene boyun eğmek yerine özgüven taşıyan güçlü bir insan yaratacaktır” diyen Sennett (1998/2014: 155-156), insanın kendi benliğine yöneldiği bireysel bazda yaşam mücadelesi verdiği yeni durumu açıklar. Post-veya neofordist ekonomi, yüksek düzeyde farklılaşmış piyasanın değişen taleplerine cevap olarak, mal ve hizmetlerin daha çok çeşitte üretilmesine imkan tanıyan daha esnek ve uzmanlaşmış üretim tarafından kontrol edilir (Brown,1997a: 12). Buradaki daha esnek ifadesi insanın ihtiyaçlarına göre çeşitlenen bir mekanizmaya dikkati çeker.

Güvensizlik sürekli hale geldiği ve böyle görüldüğü zaman, gelecek planları geçici ve değişken hale gelir. Kişi şimdiki zamana ne kadar az tutunursa “geleceği” o kadar az tasarlayabilir. “Gelecek” olarak nitelenen zaman süreleri gittikçe kısalır ve bir bütün olarak hayat süresi “teker teker” yüz yüze geline ve başa çıkılan epizodlar halinde dilimlenir. ..Esneklik kuralı tarafından yönetilen bir hayatta, hayat stratejileri, planlar ve arzular ancak kısa vadeli olabilir (Bauman, 2001/2011: 142).

Gelişen ulaşım ve iletişim olanakları mekanı ve o mekanda gerçekleşen ilişkileride yeniden tanımlamayı gerektirmektedir. “Yer simüle edilir. O halde postmodernleşme anlık zaman tarafından mekanın fethedilmesidir” (Urry, 1995/1999: 297). Ulaşım ve iletişimi kolaylaştıran bütün teknolojiler mekan ile zaman arasındaki ilişkiyi değiştirmiştir. Mevcut süreci farklı kılan yer değiştirme yoğunluğudur (Back, 2012). Bireylerin geçmişin deneyimlerinden koparak anlık yaşantılarda hayatlarını sürdürmeleri geç modernizmin en önemli problemlerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Geçmişin ya da daha çok kişinin çağdaş deneyimini önceki kuşakların deneyimine bağlayan toplumsal mekanizmaların yok olması geç yirminci yüzyılın en karakteristik ve ürkütücü fenomenlerinden biridir (Hobsbawm, 1993/2003: 15). İnsanların sadece o zamanın kalıpları içerisinde değerlendirme yaparak strateji geliştirmeleri elbette ilişkilerini de etkilemektedir. Yüzyılın sonunda çoğu genç erkek ve kadın, içinde yaşadıkları çağın geçmişiyle her türlü organik ilişkiden yoksun bir tür sürekli şimdiki zaman içinde yetişti (Hobsbawm, 1993/2003: 15). Bauman dünyayı niteleyen hayatın parçalılığının, “yol ayırımında yaşama” duygusunun farklı bir versiyonu olarak eğitim alanında da ortaya çıktığını belirterek; profesyonel olan kusurlardan ve eğitim kuramındaki

başarısızlıktan daha çok kimliklerin evrensel eriyişi, kimlik oluşturma süreçlerinin kuralsızlaştırılması ve özelleştirilmesiyle; otoritelerin dağılmasıyla, değer mesajlarının çok sesliliğiyle ortaya çıkan postmodern biçimine dikkati çekmektedir (Bauman, 2001/2011: 158). “Postmodern durum, modern zamanların büyük oyununu, pek çok küçük ve yeterince eşgüdümlememiş, bütün oyunların kurallarını bozan ve her kurallar kümesinin hayat süresini keskin biçimde kısaltan oyunlara bölmüştür” (Bauman, 2001/2011: 158). Dolayısıyla postmodernizmde toplumsal alandaki her şey parçalanmış bir bölüm halinde gerçeklik kazanmaktadır.

“Yeni iş organizasyonu konusundaki iddialardan biri, bunun merkezsizleşme (decentralization) yarattığı yani organizasyonların alt kademelerindeki insanları daha özgür kıldığı iddiasıdır” (Sennett, 1998/2014: 60). Ancak yeni teknolojilerin kullanımı yeni denetimler de getirmektedir. “Yeni enformasyon sistemleri üst düzey yöneticilere, organizasyonun kimsenin kendini gizleyemeyeceği kadar kapsayıcı bir resmini sunar; bir çalışanın sadece üst amiriyle karşı karşıya geldiği sözlü görüşmelerin yerine SIMS⁴¹ geçer” (Sennett, 1998/2014: 60). Böylece denetim aslında enformatik ve dijital aygıtlarla farklı bir kanaldan çalışma ortamında işlevini sürdürür.

Sennett bunun bir başka boyutunun da eski bürokratik düzene meydan okuma çabasının daha az kurumsal yapı anlamına gelmediğini belirtir. “Yapı, birimleri ya da bireyleri başarmaya zorlayan gücüyle sapasağlam ayaktadır; oysa çalışanların bu hedefe nasıl ulaşacağı belirtilmemiştir ve esnek organizasyon bu konuda nadiren bir çözüm sunar. ...Burada kurumsal yapı basitleşmek bir yana, daha da dolambaçlı bir hal alır” (Sennett, 1998/2014: 61). Aslında organizasyon esnekliği bireylerin çalışma hayatlarına ve özgürlüklerine kısıtlı bir yarar sağlasa da karmaşıklığı artırarak problemin sürmesine neden olmaktadır. “Günümüzde esnek organizasyonlar, “esnek-zaman”(flextime)⁴² adı verilen değişken zaman

⁴¹ SIMS, yöneticilerin işlemleri standartlaştırmada kullandıkları bir yazılım adıdır. “SIMS yazılımı, çok büyük bir şirketin arı peteğine benzeyen kurumsal yapısının içinde, her bir birimin ne ürettiğini takip etmeyi mümkün kılıyor” (Sennett, 1998/2014: 52).

⁴² Sennett’in araştırması esnek zamanlı çalışmalarda ortaya çıkan eşitsizliklere dikkati çekerek, akşam ya da gece işleri için hala daha az ayrıcalıklı sınıflara yaptırılma biçiminde işlediğini ortaya koyuyor. Bu durum esnek zamanlı çalışmanın fazla özgürlük vaat etse de aslında yeni bir kontrol ağı ördüğünü ispatlıyor (Sennett, 1998/2014: 63).

çizelgeleriyle denemeler yapıyor. Bir işgünü aydan aya değişmeyen sabit vardiyalar yerine...farklı, daha bireyselleştirilmiş çizelgelere göre çalışan insanların mozaiğinden oluşuyor” (Sennett, 1998/2014: 62). Standartların esnetildiği çoklu çalışma biçimlerinin olduğu bu mozaiğin bireyin karar almada etkisine kuşkuyla bakılmıştır. “Esnek zaman bir çalışana ödül olarak verilse de onu şirketin avucunun içine yerleştirir” (Sennett, 1998/2014: 64). Dolayısıyla birey burada kendi iradesiyle eylemde bulunmaktan çok edilgen konumdadır.

Modern risk kültürünün garip yönü hareketsizliğin başarısızlık olarak görülmesi, sabit kalmanın ölümle eş tutulmasıdır. Dolayısıyla varılacak hedeften çok ayrılma ediminin kendisi önemlidir. Bu ayrılma isteğini yaratan devasa toplumsal ve ekonomik güçler vardır: Kurumların düzensizleşmesi, esnek üretim sistemi gibi... Yani maddi gerçekliğin kendisi de denize açılmaktadır. Olduğun yerde durmak çemberin dışında olmak demektir (Sennett, 1998/2014: 96).

Bireyleri sürekli eyleme yönlendiren hızlı bir mobilite günümüz toplumlarının kaçınılmaz bir özelliği olarak ortaya çıkmaktadır. Bu değişimin tüm kurumları, sağlık kurumlarını da etkilememesi düşünülemez.

3.1.4. Riskin yaygınlaşması

Postmodernizmde yaygınlaşan bir diğer dinamik risk olgusudur. Sennett, Yunan kültüründeki Pandora fenomeninden yola çıkarak insan eliyle yapılan şeyler üzerinde yükselen kültürün sürekli olarak kendine zarar vermeyi göze aldığından söz eder (Sennett, 2006/2009a: 10). Modernleşme sonrası gelişen postmodern dönemde ise risk kavramı zarar ve yararın paradoksal olarak birbirine eklemlendiği oldukça karmaşık bir niteliğe vurgu yapar. Bauman, modernleşme sonrasında ortaya çıkan yaşamın bireylere dikte ettiği kesinlikten yoksun eylemlerin, bireylerin bir hedefe odaklanamamalarından dolayı karşı karşıya kaldıkları güçsüzlüğe değinir.

Sorunsuz bir hayat için kesin reçetelerin, sağlam biçimde sabitlenmiş sürekli yönelim noktalarının ve hayat yolculuğunun kestirilebilir bir hedefinin yokluğu. Zihinsel depresyon –kişinin güçsüzlük, eyleme yeteneksizliği ve özellikle akılcı biçimde eyleme, hayatın getirdiği görevlerin üstesinden gelme yeteneksizliği duygusu- geç modern ve postmodern zamanlarımızın simgesel *kırıklığı* haline gelir (Bauman, 2001/2011: 59).

Modernizm sonrası ya da ileri modernleşme dönemindeki bu risk olgusu hekimliğin hastalarla olan ilişkisine ve diğer tıbbi etkinliklere de yansımaktadır. Modernleşme sonrası aşamada hastalık faktörü risklerle daha yoğun anılmaya

başlamıştır. Medikal söyleme dikkati çekecek ölçüde hakim olan risk dili söz konusudur. Yüksek teknolojik biyotıbbi yalnızca tıbbi koşul ve hastalıkların geniş bir dizisi üzerinde otorite kurmakla kalmaz asemptomatik⁴³ olan bireylerin ve onların risk profilleri üzerinde de etkide bulunur.

Sağlık değerlendirmeleri, genetik testler, aile tıp tarihinin yönleri, kanser taramaları örneklerinde hastalık semptomları ve kanser teşhisi olmayan bireyler için risk profilleri yaratmalarına tıbbi mesleklerle yardım eder (Sulik, 2011). Dolayısıyla burada bireyler için henüz teşhisi ve adı konulmamış bir hatalık insanların gündemlerine girmeye başlar. Ayrıca daha önceden de ifade edildiği gibi riskin olumlu yönü bağlamı da yer almakta, insanlara bir şeylere sahip olabileceği, de bu olası gelecekleri içermektedir. Mesela estetik ameliyatla daha iyi bir yüz güzelliği hedefi amaçlanırken, bu isteğe ekonomik yetersizlikler nedeniyle ulaşamama riski de beraberinde gelecektir. Bu olguyu modernleşmenin yetersiz kaldığı sınırlar açısından “düşünsel modernleşme” olarak değerlendiren Giddens tek çizgi içinde ilerlemeyen bir anlayışa değinerek hem riskler hem de olumlu politik katılımları da içeren bir çerçeveye değinir (Giddens ve Pierson, 1998/2001: 228).

Giddens ve Pierson (1998/2001: 222-223), “dışsal risk” ve “imal edilmiş risk” kavramlarını ayırt ederek her türlü bilim ve teknolojinin etkisiyle ortaya çıkan bu riskin ikincisi olduğunu vurgulamaktadır. “Gerçekten var olup olmadığının bile tartışma konusu olması, yeni risklerin en temel özelliğidir” (Giddens ve Pierson, 1998/2001: 225). Tıbbi teknolojidaki ilerlemelerin bireylerin yaşamlarına zaman açısından bir kontrol getirdiği de düşünülebilir. “Genlerin transferiyle, bilim sadece doğanın ürünlerini değil, onun sürecini de kontrol eder” (Adam, 2004: 146). Dolayısıyla zamanın içerisinde şekillenen bir denetim biçimi söz konusu olmaktadır. “Gen teknolojisi bu yüzden zaman modernizasyoncularının rüyasını gerçekleştirme potansiyeline sahiptir; sınırsız sayısallıklarda yeniden üretim ve anlık değişimin değerli kontrolü” (Adam, 2004;146-147) ifadesinde insan üzerinde bir denetim mümkün hale gelir. “Şimdiki zamanda tanıtılan değişimler, yaşam gidişini ve gelişimi sonsuza dek değiştirebilir” (Adam, 2004: 147). Bununla birlikte laboratuvarla başarılan kontrolün çevresel çıktılar üzerinde kontrolle aynı anlama gelmediğini belirten Adam (2004: 147) organizma içinde örgülenmiş genin

⁴³ Asemptomatik: Hastada muayene veya tetkik ile bir normalden sapma vardır ancak bu durum hastada bir yakınma oluşturmaz.

kontrolünün bir kez kaybedilirse yeniden üretilmiş şekli değiştirilmiş organizma çevreye yayılacağı riskine değinir.

Gelecek riski ve böyle bir riski bilmenin birey üzerindeki etkileri hakkındaki tahminler vücutlaşmış kimlik ve kendini idare etme pratiklerindeki dönüşümlerle muhtemel ilişkili “insan olmayan aktör”den DNA parçası- içinde yaşadığı çevreden bağımsız bir şekilde değerlendirilemez (Lock, 2008: 64). Sağlık taramaları da bu bağlamda ortaya çıkan önemli yeniliklerdendir. Bir çok hastalık için erken teşhis imkanı sağlayan bu yöntemle karşı kuşkular da dile getirilmiştir.⁴⁴ Bazı bilimciler ölçme ve istatistiğin sağlıkta ortaya çıkardığı sorunları tartışmışlardır.

İnsanların hayatta kalma sürelerini arttırma ve hijyenik önlemlerini daha fazla almaya yönelmelerinde içinde bulunduklarına inandıkları risk algısı önemli rol oynar. Bu durumda muhtemel gelecek kişi için bir tehlike olarak ele alınacak, hastalık riskine karşı yaşamlarını kökten değiştiren eylemlere girişeceklerdir. Bir kişinin ortaya çıkan rakamlara göre risk durumunda olması kesinlik hissi uyandırır ve bu sıklıkla muhtemelen ya da kaçınılmaz olarak değerlendirilir (Gillespie, 2012: 43). “Tıp ölümü geciktirdiği ölçüde daha fazla hastalığa maruz kalmamız gibi bir paradoks vardır” diyen Turner (1995/2011: 249) yaşamı çifte biçimde etkileyen çelişkili duruma dikkati çeker.

Ölçülmüş kırılganlık bilimsel bir şekilde elde edilmiş belirsizlik ve kaygının üretilmesi yerine riske karşı rastlantısallığı yumuşatmak ve kesinliği sağlamak için amaçlanmış istatistiksel ölçümlerin kapasitesine göndermede bulunur (Gillespie, 2012: 43). Bunun için Kathleen Woodward (2009) “istatistiksel panik” kavramını ortaya atar. Hastalık riskinin sadece olasılıkların zararsız bir uygulaması olmadığını bilmek önemlidir. Bu kırılganlığı ölçmek için sayıların kullanılması risk deneyiminin maddeleştirilmesine katkı sağlar ve Risk belirtme riskte olduğu tasarlanmış kişilerin kimlikleri üzerinde çok gerçekçi etki yapabilir (Gillespie, 2012: 43). Hekimler PSA⁴⁵ ya da kolesterol gibi istatistiksel sonuçları sınırlı

⁴⁴“Tıp en ileri aşamasında tedavi edilemez (o an için tedavi edilemez ya da hiçbir zaman tedavi edilemeyecek) olarak tanımladığı patolojik koşullar üretir... 20. Yy.’ın başında 100 hastadan 40’ı akut hastalıklardan ölüyordu. 1980’de ölüm nedenleri arasında bunlar sadece yüzde 1’lik bir kısmı oluşturuyordu. Öte yandan kronik hastalıklardan ölenlerin oranı yüzde 46’dan yüzde 80’e yükseldi” (Beck, 1986/2011: 307).

⁴⁵ PSA (Prostat Spesifik Antijen) prostatın epitel hücreleri tarafından üretilen ve seminal sıvıda yüksek oranda bulunan protein yapısında bir enzimdir. Normal durumdaki prostattan seruma az miktarda karışmaktadır. Kandaki yükselme, prostat hastalığının göstergesidir. PSA normalde, 4

olarak değerlendirirken, hastalar o rakamları daha yer tutucu olarak kullanabilirler (Gillespie, 2012: 43). Burada risk dilinin hastalar tarafından kaçınılmaz olarak algılanabileceğine, bireylerde motivasyon bozukluğu yapabileceğine dikkat çekilmiştir.

İnsanların çalışma yaşamlarında belirsizlikler son yıllarda artmıştır. “Hiç kimse işlerin gerçekten de beklenen yönde gideceğine dair güvenilir bir garanti vermez. Güvensizlik koşullarda yaşamak bir *Risikoleben* (riskli hayat) ve üstlenilen risklerin maliyetlerini ödemek zorunda olan eyleyen kişidir”(Bauman, 2001/2011: 61). Giddens bilimsel tıp otoritelerinin bile açıklamalarında, söz gelimi sağlık açısından faydalı- zararlı gıdalarla ilgili, birbiriyle çelişik açıklamalar getirmekte olduğunu, dahası önceden riskli denen maddeleri şimdilerde normal-sağlıklı olarak nitelenebildiğini ifade etmektedir (Giddens ve Pierson, 1998/2001: 218). Riski, ‘sosyal güvensizlik’ kavramıyla ilişkilendiren Castel (2003/2004: 35), bu olgunun gündelik yaşama sirayet eden, toplumsal bağları yok eden ve bireylerin psişik yapılarını tahrip eden bir virüs tarzında moral bozucu bölücü toplumsal ilke olarak hareket ettiğini belirtir.

Risk ve gözetim ve medikal bakışın kontrol etme yollarına dönüşme durumu her zaman söz konusu olabilmektedir. Onlar risk faktörleri inşa etme yoluyla bizim her birimizi ve tüm nüfusu töhmet altında bırakırlar ve risk etrafında ayrıntılı rejimler, kronik koşulları yönetme ile kendini denetlemenin günlük yaşam tekniklerini detaylandırır (Clarke vd, 2003). Herkesin potansiyel olarak hasta olabileceğinin kurumsallaşmasıyla bu araştırma işi, risk faktörlerinin artan bir şekilde yeniden tanımlanması geleceğin hastalıklaşmasına neden olabilecek bir durumu ortaya koyar (Clarke vd, 2003).

Bununla birlikte yeni teknolojilerin risk yönetimini değiştirerek tıbbi etkinliğin daha kapalı bir güç uygulamanın koşullarını da belirleyen paradoksal bir durumu yansıttığı da söylenebilir. “Sağlık hem, gözetim, tarama ve evde yapılan sağlık göstergelerinin rutin ölçümüyle biyomedikalleşmekte hem de paradoksal olarak

ng/ml’nin altında olmalıdır. 4 ng/ml altındaki değerler normal olarak kabul edilmektedir. 4-10 ng/ml arasındaki değerler şüpheli sınır değerler olarak kabul edilmektedir. 10 ng/ml üzerinde elde edilen PSA değeri ise yüksek olarak değerlendirilmektedir. PSA testi sonucu ne kadar yüksekse, prostat kanseri riski de o derecede yüksek olarak kabul edilmektedir. (<http://www.prostat-tr.com/content18/PSA-Nedir>)

bireysel hasta/kullanıcı/tüketici ile işbirliği ve ya ona güvenmekle hekim/sağlayıcının sorumluluğun anahtar tarafının daha az görünmesine neden oluyor” (Clarke vd, 2003). Hekimliğin işlevleri fazlalaşırken sorumluluklarının daha az görülmesine neden olan bir gelişim söz konusudur.

İnsan yetenekleri, postmodernizmde tehlikelerle doğrusal olarak artmaktadır. “Sorunlarla başa çıkmak için gerekli insan yeteneği geliştikçe, her yeni hamlenin beraberinde getirdiği ya da getirebileceği riskler ve yeni tehlikeler de artmaktadır” (Bauman, 2001/2011: 71). Daimi güvensizlik içinde olmanın ne şimdiki zamana hakim olabilme, ne de geleceğe dair olumlu öngörülerde bulunabilmeyi sağlayamadığını belirten Castel (2003/2004: 35) sosyal güvensizliğin insanın yaşamını günü birlik sürdürülen ve çözümü hep belirsiz kalan bir hayat memet mücadelesi haline getirdiğini ifade eder. Modernleşmenin riskleri önünde ve sonunda onları üreten ve onlardan kar sağlayanları da etkileyerek bir bumerang etkisi yaratıyorlar (Beck, 1986/2011: 27-28). Sağlığı bozan ya da doğayı tahrip eden şeyin, çoğu zaman insanın hissedebileceği ya da görebileceği bir şey olmadığını savunan Beck (1986/2011: 34) bu tehlikeleri “görünür” kılmak ve tehlike niteliği ile yorumlamak için her koşulda bilimin “algı organları” teoriler, deneyler, ölçme aletleri gerektirdiğini belirtir. Küresel ölçekteki risklerde sınırlandırmanın güçlüğü ortadadır.

Geleneksel toplumlarda hastalıklar nispeten yerel düzeyde belirli yaşam alanlarıyla sınırlı tutulabilse de günümüz toplumlarında bir dünya alışveriş sistemi aracılığıyla küreselleştikleri için hastalıkları sınırlı bir alana hapsetmek ve tecrit etmek daha zor hale gelmiştir... AİDS⁴⁶ virüsünü ‘süper-virüsler’ olarak adlandırılan –tıbbi müdahaleye büyük ölçüde direnç gösteren, hızla dönüşen ve küresel iletişim sistemleriyle hızla yayılan- şeylerin bir örneği olarak düşünebiliriz (Turner, 1995/2011: 253).

“Biraz cüretkar bir mukayeseden çekinmezsek, gelişmiş kapitalizmin risk üretiminde savaşın tahrip edici gücünü massettiğini, genelleştirdiğini ve normalleştirdiğini söyleyebiliriz” (Beck, 1986/2011: 82). Burada sembolik bir riskin “üstesinden gelme” durumunu Beck ifade etmektedir;

Her şey risklere makyaj bağlamında gerçekleşmelidir: Ambalajlama, tipik zararlı maddeleri azaltmaları, pisliğin kaynağına dokunmadan temizleme filtreleri takma.

⁴⁶ AİDS: İnsan immünyetersizliği virüsü(HIV)’nün son aşaması AIDS olarak bilinir. AİDS, bireyin enfeksiyona karşı savunma sistemini ortadan kaldıran, böylece kanser, zatürre, diğer birçok virüs türüne karşı bireyi savunmasız bırakan ölümcül bir hastalıktır. AİDS virüsü, birincil olarak vajinal ya da anal cinsel ilişki, damar içi ilaç kullanımı, kan nakli yoluyla geçer ya da enfeksiyonlu annelerin rahimlerinde taşıdıkları çocuklarına geçme yoluyla bulaşır (Cockerham ve Ritchey, 1997: 1).

Demek ki risklerin artışını önleyici değil sembolik bir sanayi ve politika söz konusu. Zaferi kazanan “-mı gibi yapmak” olmalı ve program bu olmalıdır. Bunun için “alternatif yaygaracılara” olduğu kadar eleştirel ve teknolojiye ilgi duyan ve riskle uğraşan bilim insanları ve bilim karıştlarına ihtiyaç var (Beck, 1986/2011: 83).

Dolayısıyla problemlere gerçekçi çözüm üretmek söz konusu değildir. Beck risklerin üretimi ve yanlış değerlendirilmesinin kökeninde bilimsel-teknik rasyonelliğin ekonomik tek gözlülüğüne değinir: Bu tek göz, sadece üretkenliğin avantajlarına odaklandığı için “öngörülemeyen” hatta “öngörülemez” ortaya çıkışları karşısında büyük şoklar yaşıyor ve dehşete düşölüyor (Beck, 1986/2011: 89). Bazı bilimsel ve tıbbi araştırma sonuçlarında “ortalama değer”den söz edilir. Beck bu “ortalama değer” kavramının aldatmacasının altını çizerek insanların böylece manipüle edildiğini, oysa ortalama değer altında olsa bile bir çok kirlilik düzeyinin insanı rahatsız edebileceğinden yola çıkarak şu sonuca varmaktadır: “Bilim insanların ortaya çıkarılan “hileli taktikleri” riskleri değerlendirme konusunda bilimsel rasyonellik ile sosyal rasyonellik arasındaki kategorik farklılıklara işaret ediyor” (Beck, 1986/2011: 91). Böylece bilimin ifade ettiği nicel-soyut değerler insan yaşamını doğrudan etkileyen birçok zararlı unsuru “ortalama değer” adı altında gizlemiş olmaktadır.

Açıkça söylemek gerekirse, kabul edilebilir düzey tayini ve azami miktar düzenlemesi, bilgisizliğin başka bir biçimde ifade edilmesidir. Ama bilim insanları hiçbir zaman bilgisiz olmayacakları için, bilgisizlikleri için kullandıkları birçok kelime, birçok yöntem ve birçok sayı mevcuttur. Risklerle iştigal eden bilim insanların “ben de bilmiyorum” için eşanlamli olarak en çok kullandıkları terim “sınır değeri”dir (Beck, 1986/2011: 95).

Günümüzde risk duyarlılığı enflasyonu, güvenlik arayışını daima hüsrarla sonuçlanan sonsuz bir arayış haline getirir (Castel, 2003/2004: 68).⁴⁷ Castel, risklere karşı geliştirilen devlet garantisiyle kendini güvenceye almanın doğurduğu, genelleşmiş sigortadan, sigortalanmış toplum kavramını ileri sürer (Castel, 2003/2004: 69). “Sınır değerleri şüphesiz ki zehirden arınmak için sembolik bir işlev görüyor. Toksinler üzerine yoğunlaşan haberler karşısında adeta bir nevi sembolik yatıştırıcı hap gibiler” (Beck, 1986/2011: 103) ifadesi bir nevi bu tür değer ölçümlerinin duyarsızlaşmaya neden olan etkiler ortaya koyduğunu göstermektedir.

İnsanlar belirsizlik ortamında hangi şekilde davranacakları konusunda problem yaşamaktadırlar. “Şeylerin ve durumların müphem olduğunu söylediğimiz

⁴⁷ Risk hakimiyeti, sigortaların istikbaline dolayısıyla sigorta ticaretine sonsuz bir pazar açmaktadır (Castel, 2003/2004: 74).

zaman, neler olacağından emin olamadığımızı kastederiz ve bu durumda, ne nasıl davranacağımızı biliriz, ne de eylemlerimizin sonucunun ne olacağını kestirebiliriz” (Bauman, 2001/2011: 76). Aslında bu ifadeyi sağlık alanında da hastalıkların seyrinde de aynı şekilde ele almak mümkündür. “Katı olan her şey buharlaştıkça ve kutsal olan şeyin kutsiyeti bozuldukça, modernite istekler ve yetenekler arasında sürekli bir uyumsuzluk çağına girdi” (Bauman, 2001/2011: 77-78) ifadesinde de modernitenin “büyü bozumu” ile gelen uyumsuzlukların kaçınılmazlığı vurgulanmaktadır.

Postmodern kültürde öne çıkan paradokslara Bauman şöyle dikkatleri çekiyor: “Bizim kültürümüz kitlesel tüketim için tek bir mesaj taşıyor. Bu mesaj, ölüm korkusunu defetmek suretiyle ebedi hayat rüyasını sulandıran ve değersizleştiren bu mesajdır” (Bauman, 1997/2013: 236). Böylece ölüm duygusu anlamından uzaklaşarak sıradanlaşmaktadır. Aynı şekilde bu risklerden kurtulmaya çalışmanın tüketim olgusunu teşvik ettiğini unutmamak gerekir. “Risk mücadelesinin büyük ve karlı bir iş”e dönüştüğünü belirten Bauman (1993/1998: 247), “sağlıkla ilişkili tehlikeler konusunda ustalıklı kışkırtılan korkularla oynayarak her şeye (yani her satış hacmine) ulaşmak mümkündür” ifadesiyle bu durumu vurgulamaktadır. “Bilim ve teknoloji, nesnel olarak ve öznel olarak, toplumsal sistemin risk üretme eğiliminin önlenmesinden çok sürdürülmesinde önemli bir güçtür” diyen Bauman (1992/1998: 250-251), risklerin devamlılığın toplumsal sistemin bir parçası olduğunu dile getirmiş olmaktadır.

Tüketicinin postmodernizmle öne çıkan ve dolaylı olarak otoriteyi dönüştüren yönünü ele almak gerekmektedir.

3.1.5. Tüketimcilik ve otoritenin dönüşümü

Modernleşmeyle birlikte, tanımlanması gereken bir diğer olgu; sanayi çağının üretici toplumu olma niteliği günümüzde temelden değişerek yeni ve derin bir anlamda tüketim toplumu biçimini almasıdır (Bauman, 1998/2010: 92). Toplumun modernleşmeyle başladığı dönemle, modernleşmenin sonrası ileri bir aşamasındaki farklılığa dikkati çekilerek günümüz toplumlarında üyelerin rol farklılığına dikkati çekmesi önemlidir. Bauman (1998/2010: 92)’a göre “günümüz toplumu üyelerini, en başta tüketici rolünü oynama görevinin emrettiği şekilde biçimlendirmektedir.” Bu rol değişikliğinde bireyleri zorlamaktan çok kendi motivasyonlarıyla sisteme dahil etme söz konusudur. “Toplumumuzun üyelerine

dayattığı norm, bu rolü oynama kabiliyeti ve istekliliğidir” (Bauman,1998/2010: 92-93). Dolayısıyla tüketim için bireyler isteklendirilecek, tüketimi kendi iradeleriyle arzulayacaklardır. Postmodernizmle birlikte tüketimin insanları denetlemesi fikrine bir alternatif çözüm de geliştirilmiştir. İnsanların satın almaya ve çok fazla para harcamaya yönlendirildikleri anlamında bir denetim ve sömürü varsa da, insanların asıl olarak buna zorlanmadıkları, tam tersine bu şekilde davranmaya can attıkları da bir vakiadır (Bauman,1998/2010: 103-104).

Teknolojinin değişmesi yaşam olasılıklarını çeşitlendirilmiş, ürün tarzlarını değiştirerek, fiziksel bir varlığı olmayan, danışma, bilgi ve hizmet alanlarında da alışverişte etkili olan bir dönüşüm sağlamıştır. Hızlı teknolojik mesleksel değişim birçok yönde toplumun yapısında kısıtlamalar ve istikrarsızlıklar oluşturabilir. Bu değişim eğitim, çalışma koşulları, sınıf yapısı, boş zaman alışkanlıkları, işteki iletişim biçimleri, iş düzenlemeleri, değerler, çalışanların mobilitesi gibi birçok alanda etki yapabilir (Lipset, 1996).

Virilio (1977/1998: 107), “konfor” kelimesinin etimolojisine bakıldığında “sosyal yardım” ve “ıslah etme” gibi anlamların yer aldığına dikkati çekerek bedenlere teknik yardım sayesinde tüketimle yapılan paternalist uygulamalara vurgu yapar. Burada esasen tıbbi anlamlara gelen sosyal yardım ve ıslah edimi konfor sözcüğü ile bireyleri denetlemenin, bir aracı olarak işlev görmektedir. Aslında harcanan paranın önemli bölümü, tüketim toplumu için “iyatrojen hastalıklar”ın⁴⁸ dengi olan şeye –yani dünyanın moda ve ihtiyaçlarının büyümesinin, ardından da yatışmasının neden olduğu rahatsızlıklara- karşı mücadeleyi finanse eder (Bauman, 2003/2012b: 98).⁴⁹

Bauman (1998/2010: 93) “...bugünlerde kafa yorduğumuz ikilem, insanın yaşamak için mi tükettiği, yoksa tüketebilmek için mi yaşadığı, yani yaşama ve tüketmeyi birbirinden hala ayırabiliyor ve ayırma ihtiyacı duyuyor olup olmadığımız

⁴⁸ İatrojenik: doktorun tedavisi ve müdahalesi sırasında meydana gelen, yani herhangi bir hastalığın tedavisi sırasında ortaya çıkan ve sonuçta beklenilmeyen ve istenilmeyen durum. Kısaca hekim hatası ile oluşmuş patolojik durumlardır.

⁴⁹ Amerikan besin endüstrisi her yıl 21 milyar doları daha sofistike, daha acayip ve sözde daha nefis ve uyarıcı ekim ve tarıma harcamaktadır; oysaki rejim ve kilo verme sanayisine aynı dönemde 32 milyar doları tahsis etmektedir, büyük ölçüde obezite felaketiyle mücadele etme zorunluluğuyla açıklanan tıbbi harcamalar ise önümüzdeki on yılda iki misline çıkacaktır. Los Angeles sakinleri yılda ortalama 800 milyon doları karbonlu yakıta harcamaktadırlar, oysaki hastaneler rekor sayıda astım, bronşit ve hava kirliliğinin yol açtığı diğer solunum yolu hastalarını kabul etmektedir ve bu hastaların (şimdiden akıl almaz) harcamaları rekor seviyelere fırlamıştır (Bauman, 2003/2012b: 98-99).

sorusudur” diyerek ortaya çıkan ikileme vurgu yapmaktadır. Modern çağın ilerleyen aşamasında tüketim ile ihtiyaç konusuna yeniden eğilmeyi gerektiren ihtiyacı karşılamayan, amaç haline gelmiş tüketim tarzı problemi söz konusu olmaktadır. Tüketimde bir devamlılık oluştuğunu, buna karşın tüketimin ihtiyacı karşılama anlamından kopma yaşandığını da söyleyebiliriz. Debord (1967/2012: 52- 53), modern endüstri ile birlikte otomasyonun yoğunlaşarak meta üretimini teşvik ettiğini, bunun da devamı için yapay ihtiyaçların yaratılması yoluyla yedek güçleri seferber ettiğini düşünmektedir. Hazzın ertelenmesi olgusunun artık ortadan kalktığı bir dönemde “kitle tüketimi yerini daha çeşitli ve parçalı örüntüler alırken, insanlar artık daha az kolektif olarak örgütlenirler” (Urry, 1995/1999: 295). Dolayısıyla insanların tek bir ürünü aynı şekilde tüketmesinin yerini, çeşitli tercihler arasından alternatiflerin aldığı bir dönemde sağlık tüketiminde de bu etkileri görmek mümkündür.

Fromm’a göre insanların tembellik yapıp, çalışma saatleri dışında hep dinlenmek istemesi, yaşamımızın, sıkıcı tekdüzeliğine, otoritelere bir nevi tepkidir, disipline güveni kalmaz, yaşamı darmadağın olur, dikkatini toplayamaz (Fromm, 1956/2004: 122). Ayrıca tüketim yoğunlaşma problemlerimizden göstergesidir. Günümüz insanların da sigara içme alışkanlığını buna örnek veren Fromm, konsantrasyon bozukluğu böylece giderilmek istendiğini, aynı anda hem elleri, hem ağzı, burnu ve gözleri harekete geçen, ağzı hiç kapanmayan tüketiciler olduğumuzu; herşeyi, filmleri, içkileri, bilgiyi-açgözlülükle yutmaya hazır olduğumuzu belirtir (Fromm, 1956/2004: 123).

Tüketimin aynı zamanda bir denetim aracına dönüştüğünden Disneyland örneğinden yola çıkarak Gottdiener vurgular; “Kalabalıkları zorlama yoluyla değil, kendi güdüleriyle harekete geçirme sanatı...İtaatin mükemmelleştirildiği yerdir: insanlar kendi fantezi çukurlarını kazarlar” (Gottdiener, 1995/2005: 163). Her türlü tüketimin hızlı karşılanması gerekliliğini belirten Bauman (1998/2010: 94), “şimdi”nin zamanı sıkıştırma teknolojisi tarafından sağlanan göz kamaştırıcı başarısı ile tüketime endeksli ekonominin mantığı arasında doğal bir rezonans vardır” diyerek tüketim toplumu kültürünün, öğrenmeyle değil ekseriyetle unutmayla ilgili olduğuna dikkati çekmiştir. “Gerçekten de istemek ve beklemek birbirinden koparıldığında tüketicilerin tüketim kapasitesinin herhangi bir doğal ya da edinilmiş, ihtiyacın koyduğu sınırların çok ötesine geçmesi sağlanabilir; bu

noktada artık, arzu nesnelerinin fiziksel dayanıklılığına bakılmaz” (Bauman, 1998/2010: 94). Nicelleşmenin bir diğer yönüne değişim değeriyle yaklaşan Debord günümüzdeki öznenin karşı karşıya kaldığı durumu eleştirel olarak niteler; Değişim değeri, insanın kullandığı herşeyi seferber ederek ve insani tatmin üzerinde tekel oluşturarak sonunda kullanımı yönlendirdi (Debord, 1967/2012: 53). Dolayısıyla tüketimde kullanım değeri değişim değeri(para)ne feda edilerek insan eylemlerinde nicel bir değer hakim konumuna yükselmiştir. Tüketime dönüşmesine Debord (1967/2012; 53) şöyle değinir; “Gerçek tüketim, yanılsamaların tüketimi haline gelir. Meta fiilen gerçek bu yanılsamadır, gösteri ise onun genel tezahürüdür.” Sanal bir tüketim gerçek tüketimle adeta yer değiştirmektedir. “İhtiyaçlar ve ihtiyaçların giderilmesi arasındaki geleneksel ilişki tersine çevrilmiştir. Tatmin vaadi ve umudu, tatmin edileceği vaat edilen ihtiyaçtan önce gelir ve her zaman mevcut ihtiyaçtan daha yoğun ve çekici olacaktır” (Bauman, 1998/2010: 94-95). Kısaca ihtiyaç gerçek anlamını yitirmiş olduğundan ihtiyacı karşılamayan bir tatminin sürekliliği bireyi tüketim kısır döngüsüne hapseder.

Mendel gençliğin sanal ile gerçekliğin arasındaki bağının flulaştığını, televizyon gibi teknolojik araçlarla adeta uyuşturulan insanlarla entelektüeller arasında boşluğun arttığını, konformizme dayalı bir boyun eğmelerin yükseldiği bir döneme işaret eder (Mendel,2005: 291) Mendel, bireyin patriyarkal otoriteden, topluluk otoritesine dahil olmasını engelleyen tehditler karşısında birçok psikopatolojik durumları örneği verir; dev bir satışa ulaşan antidepresan ilaç kullanımı, tüketime yaygınlaşıp obezitenin yüzde 25'lere ulaşması v.b. (Mendel,2005: 280-281). Bu da aslında bir nevi bedenin dönüştürülmesi, iletişim problemleri ve toplumsal uyumsuzluktan dolayı insanın ölçsüz bir doyumla denge sağlamaya çalışması olarak düşünülebilir.

Olumlu ile olumsuz durumların postmodern tüketim toplumlarında birarada olmasında belirli bir çelişki olsa da rasyonel yönün de olabileceğini Baudrillard ifade etmiştir:

Çünkü hakikat belki de bu bütün içinde dinamik ekonomik lokomotif rolünü oynayan şeyin, “olumsuz” mallar, telafi edilmiş zararlar, işleyişin iç maliyetleri, “işlevsiz” iç düzenlemelerin toplumsal masrafları, faydasız savurganlığın yan sektörleri olmasıdır. Sistemin bu örtük hakikati elbette ki büyüsel toplamı olumluyla olumsuzun (alkol satışı ve hastanelerin inşa edilmesi vb.) bu hayranlık verici döngüselliğini görünmez kılan rakamlar tarafından saklanır. Bu olumsuz yanların her düzeyde gösterilen bütün

çalabalara rağmen kökünü kazımanın imkansızlığını açıklayabilecek olan, sistemin bu olumsuz yanlarla beslenmesi ve bunlardan kurtulamamasıdır (Baudrillard, 1970/2004: 39).

Tüketimin hızlanmasının bir boyutu alışveriş eğilimindeki artıştır. “Kişisel korkuları “sayıların gücü”nde eritmek, onları gürültülü bir kalabalığın şamatası içinde işitilmez hale getirmeye çalışmak, yalnız başına olan “kimlik oluşturun”nun direnmekte zorluk çektiği sürekli bir ayartıdır” (Bauman, 2001/2011: 187). İnsanların düşünmeksizin harcadıkları ürün ve hizmetlere her an yenileri eklenmektedir. Aynı şekilde teknolojiye yeni yeniliklerle birlikte sağlığın da tüketim çılgınlığından nasibini alması söz konusudur. Ürün ve hizmetlerin çeşitlenerek her geçen gün bir yenisi ile karşılaşılması kaçınılmazdır.

Baudrillard günümüz tüketim toplumları için ambiyans kavramının iki özelliğini belirtir: “Amaç ve aşkınlık değerleri yerini, ilişki anında son bulan (“tüketilen”) ambiyans değerlerine (ilişkisel, içkin, amaçsız değerlere) bırakır. Tüketim toplumu hem bir mal üretimi hem de hızlandırılmış ilişki üretimi toplumudur” (Baudrillard, 1970/2004: 223). Debord (1967/2012: 66), nesnelerin sürekli bir tüketim döngüsü içerisinde kullanımından kaynaklanan sürecin gösterdiği paradoksa işaret eder: “Gösteride büyüleyici olan nesne, tüketicisinin ve bütün diğer tüketicilerin evine girer girmez bayağılaşır...Fakat o ana kadar sistemin doğrulanmasını bir başka nesne üstlenmiştir bile; tanınmayı talep etmektedir.” Bauman tüketimin sosyal olarak paylaşılmasına dikkati çeker;

Ayartının yarattığı arzularını doyuramayanlar her gün, doyuranların çizdiği göz kamaştırıcı manzaraya maruz bırakılıyorlar. Onlara, başarının göstergesinin alabildiğine tüketim olduğu ve bunun, kestirmeden kamu teveccühü ve şöhrete giden bir otoyol olduğu söyleniyor ve gösteriliyor. Aynı şekilde belli nesnelere sahip olma ve bunları tüketmenin ve belli yaşam biçimlerini izlemenin, mutluluğun ve hatta belki de insan onurunun zorunlu koşulu olduğunu öğreniyorlar (Bauman, 1997/2013: 62).

Böylece teşvik edilen tüketim biçimleriyle bunun amaç olarak görülmeyle başlanması arasında kurulan zorunlu ilişki onun ikincil bir anlam kazanmasının da yolunu açmış olmaktadır. Tüketim biçimlerinin bu yaygınlığı insan edeni üzerinde yeniden biçim kazandırma çalışmalarıyla hekimlikte ileri bir boyutu da doğurmaktadır.

3.1.6. Teknolojinin beden üzerindeki yeni inşa alanları

Teknik bilimin uygulamaları yoluyla yeni yapılmış beden olasılıkları ile vücudun standartları dönüştürülerek yeni bireysel ve kolektif kimlikler teknobilim

yoluyla üretiliyor (Clarcke vd, 2003). Biyomedikal bilginin üretimi bilgisayar teknolojisinin kullanılmasıyla hızlandırılırken hem davranışlar ve hem de araştırma çıktıları “bilimsel” olarak saydığı şey için yeni istatistiksel kriterlerin tanımlanmasını artırıyor (Clarcke vd, 2003). Bilgisayar ve elektronik tekniklerinin gelişimi insan bedeniyle ilgili yeni imajların var olmasını kaçınılmaz hale getirmiştir. “Bu, çoğu kez fiziksel bedenin sınırlarından, kırılmalıklarından ve hantallığından kaçış (siberpunk yazarlar bedeni hor görerek “et” olarak nitelendirir) ve daha saf ve sibernetik bir farkındalığa ulaşmayı içerir” (Ward, 1997/2014: 193). Aslında postmodernizm belirli sınırlandırmalara bir tavır alma olarak da okunabilir. “Sibernetik teknolojiler, benliğin yeni, sınırları bulanık imajlarını yaratarak, kimlik üzerindeki sosyal (ve belki de biyolojik) sınırlamaların dışına çıkmanın yollarını sunar” (Ward, 1997/2014: 194). Buna son yıllarda hızla gelişen yüz nakli teknolojisini örnek vermek mümkündür.⁵⁰

Artık, kalp yetmezliğinden, bacaksız olarak yürümeye, menopozdan on yıl ya da daha sonra da çocuk sahibi olmaya kadar biyomedikalleşme imkanları söz konusu olunca vücutların ve yaşamların dönüşmesi de ortaya çıkmaktadır. (Clarcke vd, 2003). Böylece daha önceden imkansız görünen niteliklerin sağlanma olasılığı, bu işlevi bireylere edindirme ihtimali bile tıbbın yeni dönemdeki otoritesini pekiştirmektedir. Elbette botox uygulamaları ve lazerli göz tedavileri daha az dramatiktir ama bunlar da daha az teknobilimsel mühendislik değildir. (Clarcke vd, 2003). Biyomedikalleşme çağında hastalık, bozukluk ve rahatsızlığın artık kader değil devam eden ahlaki kendini dönüştürme problemi olarak görüldüğünü ifade eden Clarcke “Sağlığı koruma”, “sağlık desteği” ve “sağlıklı yaşam” gibi kavramların aslında bir değişimi yansıttığını, sağlığa erişmek ve korumaya doğru çalışma ve dikkat çekme adına bir “emir”i gösterdiklerini belirtmektedir (Clarcke vd, 2003). Aslında burada açıktan olmasa da üstü kapalı bir biçimde bireylerin kendilerini karşı karşıya buldukları bu gizil iktidarın vurgulanması önemlidir.

Doğal bedenin ortadan kalkmasının bir boyutu olarak yeni tekniklerin gelişmesiyle birlikte anneliğin ortadan kalkması “yumurtalıkların özel mülkiyetin hükümlerine boyun eğmesi” olarak değerlendirilebilecek dönüşüm söz konusu olmaktadır (Ward, 1997/2014: 196). Biyomedikalleşmenin işlevlerinden birinin de katmanlı olduğu, bireylere bazı kazanımları sağladıkları halde DR. 9m kontrolü ve

⁵⁰ Türkiye’de de ilk yüz nakli 2012’de Uğur Acar’a nakledilmiştir. Bkz.Ek-4 Resim 5.3. İlk yüz nakli.

kısırlaştırma uygulamalarıyla da bireyleri mahrum bırakma işlevleri de aktarılmıştır (Clarcke vd, 2003). Dolayısıyla kazanımı ve yoksun bırakmayı birlikte ele almayı zorunlu kılan ikili bir sürecin iç içe geçtiği görülmektedir. “Yeni teknoloji tarzları, hayatı hem zenginleştirmenin potansiyellerini hem de tahrip etmenin araçlarını sağlamaktadır” (Best ve Kellner, 1991/2011: 361). Olumlu ve olumsuz işlevler böylece teknolojinin gelişimi ile birlikte sürer.

Conrad’ın ifadesi ile bilgisayarlaşma hasta verilerini standardize ederken paradoksal olarak daha ileri terziliğe ve bedenleri kostümleştirmeye başlamıştır. Bedenin adeta bir şantiye gibi değerlendirilmesi söz konusudur. Problemlili bedeni yeniden dizayn etmek ve oluşturmak, bedendeki özel bir sorunu teşhis ve tedaviden daha iyi olacağı, (daha ucuz olmamasına karşın daha hızlı ve daha etkili) ileri sürülmüştür (Clarcke vd, 2003).

Tıbbi teknolojinin gelişimi rakamsallaştırma, minyatürleştirme, melezleştirme yoluyla yeni tür teknolojiler üretecek diğer yenilenme ile dönüşerek biyoteknoloji araçları yapmayı mümkün hale getirmiştir (Clarcke vd, 2003). Kornea naklinden bilgisayarla yönetilen dudaklara, diyabet hastaları için sürekli iğne enjekte adımıyla, elektronik kemik büyütme simülasyon aygıtları, kalp ve beyin pilleri örnekleri butik batı tıbbında bir rutin olmaktadır (Clarcke vd, 2003). Doğum öncesi teşhis ve cenin cerrahisiyle birlikte yeni bir sorunlar ve çatışmalar kompleksi ortaya çıkmıştır.

Anne ve çocuk daha aynı bedendeyken, doğumdan önce yaşamsal çıkarları ayrılmıştır. Teşhis ve cerrahi müdahale imkanları arttıkça hastalık tanımları doğmamış yaşam biçimlerine kadar uzanıyor. Sağaltıcıların ve nesnelerinin bilincinden ve iradesinden tamamen bağımsız olarak anne (ya da ücretli taşıyıcı anne) ve rahminde büyüyen çocuk için ameliyatın riskleri ve sonuçları çelişkili risk durumları yaratıyor. Tıp teknolojisindeki gelişmeler yüzünden sosyal farkların bedenin bütünlüğünü aşarak ruhsal-fiziksel bir ilişkiye kadar genişleyebileceğinin de iyi bir örneğidir bu.

Bu ifade aslında insana müdahalenin etik boyutuna da vurguda bulunmaktadır. İn vitro⁵¹ çocuk üretiminin arttığı gözlenir. “Genetik mühendisliğinin gelişimi, genler üzerinde oynama olanağı yaratarak insanoğlunun yalnızca bazı hastalıkları kontrol edebilmesinde değil, aynı zamanda biyolojik eğilimleri tanımlayıp, bu eğilimlere

⁵¹ in vitro=cam içinde. 48 ile 72 saati, yani yumurtanın döllenmesinden ilk hücre bölünmesine kadar olan süreç, kadının Fallopia kanalından laboratuvar ortamına aktarılır. Gerekli yumurtalar kadından cerrahi işlemle alınır. Bundan önce yumurtalığa hormon verilerek bir adet döneminde birden fazla yumurta üretilmesi sağlanır(süperovülasyon). Yumurtalar, sperm içeren bir solüsyonda döllenir ve dört ile sekiz hücreli aşamaya kadar geliştirilir. Bundan sonra gelişimleri normal görünüyorsa rahme geri yerleştirilir (w. Van den Daele,1985;17’den akt. Beck,1986/2011: 309).

müdahale edilebilmesini, böylece genetik kaderi değiştirme potansiyeline sahip olmasını da sağladı” (Castells, 1996/2008: 74). Bu durum elbette insan yaşamı ile birçok kaygıyı da beraberinde getirmektedir. Çünkü doğaya yapılan müdahalelerde de görülmüştür ki doğallığa her müdahale insan hayatına geriye dönülmez zararlar verebilmektedir. Çevre koşullarında ortaya çıkan müdahalelerde bunu görebiliriz. Aslında gen terapisi ile istenen amaç bazı zihinsel ya da diyabet gibi kronik hastalıkları önlemeyi amaçlamaktadır. Ancak bu konuda çalışmalar hala devam etmektedir ve ne gibi bir sonucun alınabileceği belli değildir. Beck tıp için değil ama insanlık için bir riske dikkati çekerek konunun hakim olan küresel ün kazanma yarışının koşullarına ve ihtiyaçlarına tabi olabileceğini belirterek tıbbi bilginin hayata geçirilmesi için halihazırdaki sosyal yapının dışsal izleme ve istişareyi tamamen dışladığını vurguluyor (Beck, 1986/2011: 315). Tıp böylece, kendi kararlarını topluma dikte ettirmiş oluyor.

Baudrillard günümüz toplumunda hipergerçekliğin bedende de farklı bir biçimde yansıtıldığına dikkati çekerek hiperboyutları gösteren aşırı uyumluluğun neden olduğu biçimsel bozukluk olarak obeziteyi kendi ifadesiyle şişkoluğu tanımlar (Baudrillard, 1983/2011: 33-34). Böylece insan bedenleri gerçek sınırlarının ötesinde yeni bir nesneleşme yaşar. “Şişkoluk normal vücut ölçülerini düzenleyen gizli kurala bir son vermiştir. Vücut sahip oldukları ve aynadaki yansımaları denetlemekten vazgeçerek sınır tanımayan bir tombullaşma süreci içine giren canlı bir organizmaya benzemiştir” (Baudrillard, 1983/2011: 34). Bedensel bir orantısızlıkla toplumsal bir düzensizlik arasında benzerlik söz konusudur. “Normal vücut hatları kendini zorlayarak düzgün vücut hatlarına sahip olma dönemi sona ermiştir; başka bir deyişle insan vücudu dış dünyaya direnmek yerine dış dünyayı içine tıkmaya çalışan bir şeye benzemiştir” (Baudrillard, 1983/2011: 34). Bunun aynı zamanda ikincil bir şişkoluk, insana güncel sistemleri anımsatan simülatif bir şişkoluk olduğu söylenebilir (Baudrillard, 1983/2011: 35). Dolayısıyla sanal bir dünyayı da içeren bir beden varlığı söz konusudur.

Burada üç beş kişinin şişkoluğundan değil, sistemin şişkoluğundan, bir kültürün tamamen müstehcenleşmesinden söz ediyoruz. İnsan bedeninin işleyiş düzeni bozulduğunda ve kendine düşen rolü oynayamayacak hale geldiğinde müstehcen bir görünüme sahip olmakta yani şişkolanmaktadır. Toplumsal işleyiş düzenleniyor, düzeni bozulduğunda, toplum kendine düşen rolü oynayamayacak hale geldiğinde ve gerçekleştirme iddiasıyla tuttuğu bahisleri yitirdiğinde müstehcen bir görünüm kazanmaktadır (Baudrillard, 1983/2011: 35-36).

Dijitalleşme, tıbbi teknolojileri tıbbi gözetimi daha ileri seviyeye götürmüş ve

hem vücudun içyapılarına hem de davranışlarına ulaşabilmeyi sağlamıştır (Clarcke vd, 2003). Aynı şekilde Baudrillard beden üzerinde derinleşen denetimi, protezleşme örneğinden yola çıkarak değerlendirir. Baudrillard (1982/2010: 144). sanayileşme çağında mekanik protezlerin vücut üzerindeki görünümü değiştirmelerine karşın günümüzdeki simülasyon evreninde vücudun tüm mikro alanlarına sızarak onun varoluşunu tehdit eden bir protez biçimine vurgu yapar.

Türkiye’de bedene müdahale edilerek tıbbileştirmenin bir boyutu da tüp bebek uygulamalarıdır. Teknoloji sayesinde, çocuk sahibi olma imkanı bulunmayan çiftlere sunulan bu alternatif, toplumun sosyal, ahlaki, dini ve kültürel değerlerinin de dönüşümüne neden olan bir melezleşme olgusu meydana getirmektedir. Bu yolla normal koşullarda kadın bedeninde gerçekleşen üreme süreci bedenin dışında gerçekleşirken nasıl ki doğum kontrol yoluyla üreme olmaksızın yaşanan cinsellik yaşanıyorsa, tüp bebek yoluyla da cinsellik olmadan üreme ortaya çıkmaktadır (Mutlu, 2011). Tüp bebek tedavisinin sosyal güvenlik kapsamına alınmasıyla birlikte alt gelir grubundan çiftlerin de bu teknolojilere kısmen ve çoğu durumda çeşitli zorluklarla da olsa erişim sağladığı ve bu sayede tüp bebek teknolojilerinin Türkiye’de yaygınlaşması ve normalleşmesi sürecinin ivme kazandığı yadsınamaz (Mutlu, 2011).

Türkiye’de tüp bebek sahibi olmak için tedavi gören birçok kişi bu süreçte çok ciddi problemlerle karşı karşıya kaldıklarını belirtmiştir. Kişiler kısırlık teşhisinden sonra bunu aşarak çocuk sahibi olma ve sosyal, psikolojik tatmin yaşayabilme adına çok büyük zorluklar yaşamakta, bazen de çabaları boşa çıkabilmektedir. Mutlu (2011)’nın yapmış olduğu çalışmada kendilerine anne-baba olma umudunu açan bu teknolojinin peşinden koşan birçok kişi deneyimlerini aktarmıştır. Birçoğu yaşam düzenlerinin bozulduğu, sözgelimi günlerce yatakta hayatlarını geçirdiği, kullanılan iğneler ve ilaçların beden yapılarına hasarlar verdirdiğini belirtmiş, üremenin teknolojileştiğini, ticarileştiğini ve doktorların kendilerine mühendis gibi davrandıklarını belirtmiştir (Mutlu, 2011). Görüldüğü üzere bedene uygulanan teknoloji insani olandan uzaklaşma deneyimi ortaya koyarak bireyin nesneleşmesinin ayrı bir boyutu haline gelmekte, ekonomik sınırlarla da insanın sosyal konumu açısından sınırlamaları değişebilmektedir. Bununla birlikte birçok aile bu yolla çocuk sahi olarak yaşamlarına yeni bir anlam da katabilmekte ve bu teknoloji ile sosyal statülerinde kazanımlar yaşayarak tatmin olabilmektedirler.

Bunda da bir problem yoktur. Burada üzerinde durulan sorun bu teknoloji ile ortaya çıkan beden ve insanın sosyal ve psikolojik sağlığının da dikkate alınarak ortaya konulabilmesi, bir takım sıkıntılı ve problemli yönlerin görülebilmesidir.

3.1.7. Küresel iletişimin gelişmesi

İnsanlar arasındaki iletişim biçimlerinin farklılaşması otorite ilişkilerini ve bunun hekimlik alanındaki düzlemini de değiştirmiştir. Castells (1996/2008: 2-3), “giderek evrensel, sayısal bir dili konuşan yeni bir iletişim sistemi, hem kültürümüzün sözcükleri, sesleri, imgelerinin üretimini ve dağıtımını küresel olarak entegre hale getiriyor, hem de onları bireylerin kimliklerinin ve halet- i ruhiyelerinin beğenilerine uygun kılıyor” sözüyle bu gerçeği hatırlatıyor. “İnteraktif bilgisayar ağları, yeni iletişim biçimleri ve kanalları yaratarak, hayatı şekillendirerek, aynı zamanda hayat tarafından şekillendirilip katlanarak büyüyor” (Castells, 1996/2008: 3). Bu durumda yaşamı dönüştürmesinin yanında ağların yaşam tarafından dönüştürülmesinin de öneminin vurgulanması önemlidir.

Hızlı iletişim ağının yarattığı hastalıkları anlık iletimler rahatsızlıkları olarak değerlendiren Virilio (1998/2003: 40) multimedya ağları bağımlıları, internet cankileri, web-kolikler ve diğer siberpunkların⁵² İAD(İnternet Addiction Disorder) hastalığının pençesine düştüklerini dile getirir.

Bu bağlamda teknolojinin her anlamda işlevsel olabileceği, ama mutlaka insan yaşamına bir şeyler katacağı ifadesi vardır. Teknolojinin toplumsal iletişimde etkisiz olacağını ifade etmek mümkün gözükmemektedir. “Teknoloji daha çok bir güçtür, hayatın, zihnin önüne sızan mevcut teknolojik paradigma çerçevesinde, hiç olmadığı kadar bir güçtür” (Castells, 1996/2008: 96). Teknolojinin burada insan yaşamına ve zihinsel bakış açısına etkide bulunan bir güç olarak topluma etki ettiğine vurgu yapılmaktadır. Bu bağlamda, şebekeler halindeki yeni bin yılın toplumsal yapısında üretim, tüketim, güç, tecrübe ve kültür arasındaki ilişkiler önem kazanmaktadır. ..İşte enformasyon çağında, iletişim teknolojilerinin güçlendirdiği şebekelerin, esnek merkezsizleşmeden ve odaklaşmış karar vermeden kaynaklanan sorunların çözümüne olanak sağladığı ileri sürülmektedir (Kasapoğlu, 2006: 17). Bauman bu merkezsizleşmeye sonucu iktidardaki değişimin altını

⁵² Siberpunk, bilim ve teknolojinin ilerlemesine karşın çok düşük yaşam kalitesine gönderme yapan postmodern bir ifadedir.

çizerek kaçınılmazlıklara dikkati çekmektedir.

İktidar ise o sokaktan ve pazaryerinden, meclis binalarından ve parlamentolardan, yerel ve ulusal hükümetlerden, yurttaşların denetim alanının ötesine, elektronik şebekelerin ülkelerüstülüğüne yelken açar. Bugünlerde onun stratejik ilkeleri kaçınma, sakınma, angaje olmama ve görünmezliktir. Onun hareketlerini önceden tahmin etme ve hareketlerinin beklenmedik sonuçlarını kestirme(bunların arasındaki istenmeyen öğeleri önlemek şöyle dursun) çabaları ancak bir Hava Değişikliklerini Önleme Kurumu(!) kadar etkilidir (Bauman, 2001/2011: 135).

Toplum bu enformasyon teknolojileri ile yapısal değişikliklere uğramakta bireylerin yaşam koşulları ile doğrudan bağlantılı yenilikler ortaya çıkmaktadır. Ayrıca enformasyon işleminin kendisi de burada ön plana çıkan bir belirleyici olabilmektedir. Elbette teknoloji ve yaygın iletişimin insan yaratıcılığına olumsuz etkileri ve sosyalliğe karşı kişiyi yabancılaştırma problemi daima imkan dahilindedir. Bu alanda da bireyin bir değer yitimine uğrayabileceği ve ağlar da kaybolup realiteden uzaklaşabileceği hala tartışmalı görünen olgulardan birisidir.

Teknolojinin gelişimi tedavinin mekansal algısını da kökten değiştirmiştir. Artık tedavi merkezi bir bina ve oda olmanın çok ötesine ulaşabilmiştir. “Yakın çevredeki sağlık merkezleri sundukları ilk seviyedeki bakımın kalitesini ve verimliliğini artırabilmek için enformasyon sistemiyle destelenmektedir” (Castells,1996/2008: 530). Dolayısıyla doktorlar yetersiz olduklarını düşündükleri herhangi bir tedaviyi farklı bir yerdeki uzman yardımıyla gerçekleştirebilecektir. İnternet anahtar yeniden organize etme/dönüştürme aygıtıdır, yani biyomedikalleşmenin anahtar teknolojisidir.

Günümüz dünyasında hareket ve hız her alanda ayrı bir anlama bürünmektedir. “Bugünün dünyasında, hareketlilik en güçlü ve en imrenilen tabakalaştırıcı etken, giderek dünya çapında toplumsal, siyasal, iktisadi ve kültürel hiyerarşilerin her gün inşa edilmesinde ve yeniden inşa edilmesinde kullanılan yeni malzeme haline gelmiştir” (Bauman, 2001/2011: 230). Bu durumda ortaya çıkan iktidar değişimini “özetle bu gündelik hayata ve topluluğun devamına katkıda bulunma yükümlülüğünden kopuştur” sözüyle Bauman (2001/2011: 231) ortaya koymaktadır. Aynı zamanda bürokratik yapılarda meydana gelen değişimlere Sennett dikkati çekmiştir. Yerel ve ulusal servetler küreselleşmeyle birlikte yerkürede daha kolay hareket etmeye başlayınca yönetici iktidarından hissedar iktidarına geçişin ilk temeli atıldı ve ardından hisseler de daha kısa vadelerde el

değiştirdi (Sennett, 2006/2009b: 33-35). Dolayısıyla modernleşmenin ilk dönemlerindeki sanayi gücü sonrasında ortaya çıkan yöneticilerin egemenliği de değişmeye başlayacaktı. Mobilitenin tüm ilişkileri hızlandırması, hızın kendisinin belirleyici olması ileri modernleşmenin bir diğer niteliği olmuştu.

Mekan algısındaki değişimin zaman algısını da içeren daha ileri bir boyuta geldiği günümüz toplumunun durumunu Castells (1996/2008: 630) “daha derin bir düzeyde toplumun, uzamın ve zamanın maddi temelleri dönüşmekte, akışlar uzamı ve zamansız zaman etrafında örgütlenmektedir” sözüyle vurgulamaktadır.

Bu arada her süreçte ağdaki konumuna göre ölçülen ve başka başka değerler atfedilen saat zamanı ikincil işlevleri, özgül yerellikleri tanımlamayı sürdürür. Bilgisayara bağlı mali akışların dolaşımında ya da cerrahi müdahaleyi andırır savaşların bir anda olup bitivermesinde vücut bulan tarihin sonu, yoksulluğun biyolojik zamanına ya da sanai işlerin mekanik zamanına galebe çalar. Uzam ile zamanın yeni baskın biçimlerinin toplumsal yapılanması, temel önemde olmayan işlevleri, tabi konumdaki sosyal grupları ve değerini yitirmiş toprakları devre dışı bırakan bir üst ağ geliştirir (Castells, 1996/2008: 631).

Böylece ağ sisteminin yaşamı dönüştürerek daha önceki sosyal yapıları, gücü olduğu kadar insanın biyolojik yapısının da içinde olduğu bir ilişki başkalaşımı ortaya koyduğu söylenebilir.

3.2. Hekimlik Otoritesi ve Temel Bozucu Etkiler

Hekimliğin küreselleşme sonrasında diğer tüm profesyonel mesleklerden farklı olarak gerçekleşen yönlerinin bulunduğunu söylemek gerekir. Bu bağlamda eskiden beri süregelen tıbbi otoritenin yapısında bazı meydan okumalar arasında, alternatif tıp, tüketim unsurları olarak özel hizmetler ve bilişim teknolojisindeki gelişmeleri saymak mümkündür.

Hastaların klasik tedavi olma biçimlerinin değiştiğine, hastanelerin işlevsel yönünde farklılaşma olduğunu Beck (1986/2011: 308) “dolayısıyla “aktif hasta” imgesi de yeniden ortaya çıkarılıyor ve tıp tarafından kendisine atfedilen hastalık konusunda hastanın “yedek doktor” haline geldiği bir tür “çalışma paktı” talep ediliyor” ifadesiyle vurgulamaktadır. Bireyin daha çok teyakkuzda olmasını gerektiren bu durum önceki koşullardan farklılaşmayı gösterir.

3.2.1. Alternatif tıp ve hekimlik

Bilimler değişmez kesinliklere ve nesnel gerçekliklere dayanan bir anlayışı ön plana çıkarmışlardır. Oysa bilimsel gelişmenin ilk prensibi en kesin teorilerin ve

inançların bile yeniden gözden geçirilmeye açık, şüpheli bir girişim olduğu unutulmamalıdır (Giddens ve Pierson, 1998/2001: 217-218). Bilimsel kesinlik bu bağlamda sorgulanır olmuştur.

Bilimler artık pratik alana geçtiklerinde kendi nesnelleşmiş geçmişleri ve bugünleriyle yüzleşiyorlar-analiz etmeleri ve üstesinden gelmeleri gereken bir gerçekliğin ve sorunların ürünü ve üreticisi olarak buluyorlar kendilerini. Bu yüzden sadece sorunlara çözüm kaynağı olarak değil, sorunların sebebi olarak da hedef alınıyorlar (Beck, 1986/2011: 233).

“Neticede bilimsel bilgi iddiaları tekelinde önemli bir gerileme yaşanıyor: bilim giderek daha gerekli hale geliyor, ama aynı zamanda toplumsal açıdan bağlayıcı hakikat tanımı için giderek daha yetersiz hale geliyor. Bu işlevin kaybedilmesi tesadüf değildir” (Beck,1986/2011: 234) ifadesi bilimin tekelliğini ve belirleyiciliğini dönüştüğünü ifade etmektedir. Lyotard bilimlerin bunalımdan söz ederek şu gerçeğin altını çizer; Çeşitli bilim dalları arasındaki klasik ayırdedici çizgiler böylece sorgulanmaktadır; disiplinler ortadan kalkmakta, bilimler arasındaki sınırlarda karışmalar oluşmakta ve bu gelişmelerden yeni bölgeler doğmaktadır (Lyotard, 1990: 52). Günümüzde devlet otoriteleri yanında birçok insan bilim ve teknolojiyle eskisinden daha fazla çok daha karşılıklı ve katılıma dayanan bir ilişki geliştirdi ve bunun zorunluluğu da sürmektedir (Giddens ve Pierson, 1998/2001: 228-229). Bilimin birey katılımına daha açık hale gelmesi işlevlerinin farklılaşmasına da neden olmaktadır.

Ayrıca bilimin önceki gibi katı sorgulanamaz niteliklerinin değişmesi söz konusudur. “Eleştiri temaları genelleşiyor; eleştiri hiç değilse kısmen bilimsel olarak destekleniyor ve bilimin bütün tanımlama iktidarıyla bilimin karşısına çıkıyor....“Bilimin” tüm “hokus pokusunu” başka ilkeler ve çıkarlarla ilişkilendiren ve dolayısıyla karşıt sonuçlara varan “alternatif” ve “savunmacı bilim” çeşitleri ortaya çıkıyor” (Beck,1986/2011: 241). Teknolojinin insanlar arasındaki farkı azalttığını Beck şöyle dile getirmektedir:

Bilimin iç ve dış ilişkilerinde metodik olarak hayata geçirilen özgüvensizlik, bilimin iktidarının çöküşüne yol açıyor. Bunun akabinde uzmanlar ile sıradan insanlar arasındaki farklı rasyonelliklerde çatışmalardan muzdarip eşitleme eğilimleri ortaya çıkıyor(bunun sayısız göstergelerinden biri de “tıbbi müdahale hatası” davalarındaki artıştır). Dahası güç farklılığını yansıtan olağan kavramlar –modernlik ve gelenek, uzmanlar ve sıradan insanlar, sonuçların üretilmesi ve uygulanması- işe yaramaz oluyor (Beck, 1986/2011: 247).

Bilimin modernleşmenin başlangıcından beri bireyleri denetim altına alan direktiflerine artık kuşkuyla bakılır olmuştur. “Aydınlanmadan beri tek yetkili

meşruluk mercii olarak kabul edilen bilimsel argümanlar, genellemelerinde rasyonelliğin sarsılmaz otorite halesini kaybedip toplumsal olarak erişilebilir hale gelmiş görünüyorlar” (Beck, 1986/2011: 253). Bilim ve teknolojinin sağlıkla ilgili bulgularıyla daha fazla haşır-neşir hale gelen insanlarda alternatiflerin arttığına Giddens şöyle değinir; Bilinçli olsun veya olmasın, bir seçenekler çokluğu içinde karar alıyoruz(Giddens ve Pierson, 1998/2001: 92). “Bilimsel ifadelerin artık dokunulmaz kutsallıklar olmaktan çıkıp gündelik sıradan hayatta tartışılabilir hale gelmesi, bilimsel söylemin tüm yapıyı-taşıyan ilkesi olarak sistematik şüpheciliğin artık bilimin ayrıcalığı olmaktan çıkmış olmasından başka bir anlama gelmiyor” (Beck,1986/2011: 253-254). Olağanlaşan bilimin bir boyutunun da tıbbi bilim olduğunu varsaydığımızda aynı kaderin hekimlik için de söylenebileceği vakıadır.

Hekimlikle beraber icra edilen diğer komşu mesleklerin tıbbın işlevini yeniden ele almayı zorunlu hale getirdiğini söylemek mümkündür. “Tıbbın teşhis gücü hasta sayısını aşırı çoğalttığında tıp profesyonelleri bu hastaları tıp dışı uğraşların ve mesleklerin tedavisine bırakır... Tıp, neyin hastalık olduğunu belirleme konusundaki denetimsiz özerkliğini elinde tutar, ama hastayı deliğinden çıkarıp tedavisini sağlama görevini başkalarının üzerine yıkar” (İllich, 1981/2011: 77). “Hekim ahlakçı rolünü giderek bırakarak aydın bilimsel patron rolünü üstlendi. Hastayı, hastalığından ötürü sorumluluktan kurtarmak önemli bir görev haline geldi ve yeni bilimsel hastalık kategorileri bu amaca göre biçimlendirildi” (İllich, 1981/2011: 79). Beck, bilim adamlarındaki rolün değiştiğinden şöyle söz eder;

Sonuçların öngörülemezliği masalına artık daha fazla tahammül edemeyiz. Sonuçları leylekler getirmiyor- birileri sonuçları üretiyor. İstedikleri kadar hesaplanamaz olsunlar, sonuçlar bilimlerin içinde üretiliyor... Bilim insanları çalışmalarının kullanımından fiilen koparılmış durumda ve bu alanda nüfuz sahibi olma imkanları yok. Bunun yetkisi başka ellerde (Beck, 1986/2011: 257).

Bilimdeki zorunluluk fikrinin değiştiğini Beck (1986/2011: 264) “farklı olabilir” fikri, tüm eylem alanlarında gitgide açık ya da örtük olarak baskın çıkıyor” ifadesiyle dile getirmektedir. Bu durumun da insanların tek seçiminin zorunlu olmadığı alternatifler arasından tercih etme seçeneklerini ortaya koyduğu açıktır. Beck (1986/2011: 279) “...bugün toplumu yapılandırma potansiyeli siyasi sistemden uzaklaşarak bilimsel, teknolojik ve ekonomik modernleşmenin alt-siyasi sistemine geçiyor...Siyasi olan, siyasi- olmayan haline gelirken siyasi-olmayan da siyasileşiyor...normallik örtüsü altında bir devrim meydana geliyor” diyerek bu

durumun güç dengelerini değiştirdiğini vurgulamaktadır.

Teknolojik ilerlemenin zorunluluğu ve karar verilemezliği süreci demokratik (gayri)meşruluğa tutturarak menteşe haline geliyor. Habermas günümüzün toplum yapısındaki durumu “yeni belirsizlik” kavramıyla ifade eder. Bu durumun günlük hayatın en basit yemek yeme rutinlerine bile etki ettiğini Giddens vurgulayarak bilimin bu şüpheli karakterinin farkına herkesin vardığını, bireylerin en basit edimlerde bile kendilerini bilimsel ve teknolojik bilginin değişken ve çatışmalı bağlamında kendisini bulduğunu ifade etmiştir (Giddens ve Pierson, 1998/2001: 229). Böyle bir durumda bireyler başta sağlık olmak üzere birçok konuda kendilerini güvende hissedecek bir ortamda bulamayacaklardır. Giddens’a göre dışsal risk şeklinde anlaşılan hastalığa karşı bir çözüm mekanizması olarak geliştirilen refah devleti politikalarının, sağlıkla, bedenle, evlilikle, cinsiyetle ve işle daha etkin ilişkilerin geliştirildiği “imal edilmiş risk döneminde” bir çözümü olamaz (Giddens ve Pierson, 1998/2001: 230). Bu bağlamda yeni riskler devletlerin politikalarında da önceki koşul ve ilişkileri yeniden tanımlamayı gerektirmektedir.

Otomasyon yayıldıkça sabit insan becerileri alanlarının kısıtlanması hekim otoritesinin parçalanmasının bir diğer nedenidir. Bu bağlamda yenilenme zorunluluğu devreye giriyor. “Burada yine idealleştirilmiş yeni benlik ortaya çıkıyor: Sürekli yeni bir şeyler öğrenen, “bilgi temelleri”ni durmadan değiştiren bir birey. Gerçeklikte bu ideal, makinenin gerisine düşmeme zorunluluğu tarafından yönlendiriliyor” (Sennett, 2006/2009b: 38). Sennett birçok teknik işte olduğu gibi tıpta da “becerilerin tükenişi”nin söz konusu olduğunu, yani beceriye ömür boyu sahip olamadığımızı; bilgisayar tamircilerinde olduğu gibi hekimlerin de çalışma yaşamı boyunca üç kez tüm becerilerini yenilemek zorunluluğu bulunduğunu belirtir (Sennett, 2006/2009b: 70). Bilgi değişimi ve erişilebilirliğinin esnek bir ilişki düzeyini ortaya koyduğu da belirtilebilir. “Rasyonel ve geleneksel bilimin temsilcileri olan hekimler sağlık sorunlarına çözüm getiren araçlardan sadece birisi durumuna düşürülmektedirler” (Cirinlioğlu, 2001: 102). Bu da postmodern durumun mesleksi alanda söz konusu olan ilişki biçimlerinin yenilenmesine zemin hazırladığı anlamına gelir.

Postmodernizmde tıbbın tavizsiz determinizmi, yaşamı kesin rakamlarla sınırlayan ve kontrol eden niteliği bir “anlatı”nın ötesine geçemez. Dayatılan tedaviler farklı kaynaklardan elde edilebilen bilgiler ışığında “değişmez gerçekler”

olma niteliğini kaybeder. Çünkü bilgi, bilişim teknolojilerinin gelişimi ve bu teknolojiye ulaşımın kolaylığı sayesinde hekimin ya da tıbbi hizmet sağlayıcısının tekeline bağımlı olmaktan çıkmıştır. Buna bürokratik düzenlemelerdeki değişimi de eklemek gerekir. Birçok ülkede gerçekleştirilen sağlık reformları hastayı merkeze alan yaklaşımları desteklemektedir. Bireyin hastane ve hekimini “seçebilme” olanağı yanında özel hastane imkânı ile daha yüksek ve hızlı erişimi elde edebilme durumunda hekimliğin otoritesi de dönüşmüştür.

3.2.2. Özel hastane imkanı ve hekimlik

Özel tüketime yönelmek günümüz bireylerinin hizmet sektöründe kaliteyi araştırması açısından ayrıcalıklı bir konuma yükselmiştir. “Müşterinin ihtiyacı acilse ve başka türlü giderilemiyorsa söz konusu iktidar özellikle güçlüdür; tüketici, işçininkine benzer bir sömürüye maruz kalmıştır...Rekabet bu durumu yumuşatır; dolayısıyla iktidarın temel panzehiri yerine geçer” (Galbraith, 1983/2004: 131). Otoritenin dağılmasının bir boyutu da dolayısıyla, özel teşebbüs sonucu ortaya çıkan rekabettir.

Modernleşme ile birlikte Galbraith tüketim alanında farklılaşmalar olduğuna değinir. “Tüketicilere sunulan mal ve hizmetlerin nicel olarak genişleyip çeşitlenmesi, tedarik kaynaklarını çoğaltmıştır. Tüketim mallarına ilişkin tercih alanı, geçen yüzyıla göre sonsuzca daha geniştir; buna bağlı olarak zevk ve gösteriş kaynakları da sonsuzca daha çoktur” (Galbraith, 1983/2004: 132). Dolayısıyla bireylere tüketimde birçok alternatifler sunulur ve esnek bir yaklaşım söz konusudur. Galbraith bu durumun avantajlarına dikkati çeker:

Tedarik kaynaklarının çoğalmasının doğurduğu çözümlerden biri , halkı, bu kaynakların kendisine gerçek tercih imkanı sunmadığına, o an satışta olan mal ve hizmetin onu farklı, tek kılacak nitelikler taşıdığına ikna etmektir....Bazılarının inandırmak istediğinin tersine reklam, rekabetin yeni ve asli şeklini temsil etmez; aksine eskiden satıcının zenginliği sayesinde müşteri üzerinde uyguladığı iktidarın–kısaca onun ödeyici iktidarının–bir kısmını korumayı hedefler (Galbraith, 1983/2004: 132).

“Postfordist tüketimde tüketiciler, giderek egemen duruma gelir ve üreticiler çok daha tüketici-yönelimli olmak zorundadır” (Urry, 1995/1999: 206). Tüketicinin ön plana geçmesiyle standart hizmetlere alternatifler geldiğinden otorite ilişkilerinin de değişmesi söz konusudur. Bununla beraber tüketimin çeşitlenmesi ihtiyaçların da sürekliliğinin kapılarını aralar. Hiçbir ihtiyacın tamamen doyurulmuş olarak görülmemesi gerekliliğinden hiçbir arzu nihai addedilemez olduğunu savunan

Bauman (1998/2010: 94), gerçekten önemli olan tek şeyin, bütün uğraşların uçuculuğu, yapısal geçiciliği olduğunu belirtmektedir. Birçok rahatsızlığı için hastanelere giden kişilerde de aynı şey gözlemlenir. Bedenlerine yönelik tüketimin nesneleştiği dönemde bu durumun da kalıcı olmadığı rastlanır.

“Refah, mülkiyetin, dolayısıyla ödeyici/ödüllendirici iktidarın rolünü yumuşattı. İşçilere ve tüketicilere tercih imkanları sundu: Şu ya da bu otoriteye boyun eğme zorunluluğu, şiddeti daha azalmış olarak kendini duyuruyor” ifadesiyle Galbraith (1983/2004: 169), ekonomik zenginliğin gelişmesiyle otorite ilişkilerindeki değişimi vurgular.

Sağlığın günümüzde hayatta kalmaya bağlı biyolojik bir buyruktan daha çok statüye bağlı toplumsal bir buyruk olduğunu savunan Baudrillard (1970/2004: 178) “değer”den daha çok değer yükleme olduğundan söz eder: “Sağlık değer yüklemenin gizemli sisteminde doğrudan doğruya güzelliğe eklenen “form”dur.” Bugün tıbbi pratik (doktorun pratiği) artık “kutsal” olarak görülmediğini, insanların daha sık, daha rahatça doktorlarına gittiği, “nesnel” bir sağlık ve tıbbi pratiğin “yapay” olduğu söylenebilir (Baudrillard, 1970/2004: 178). Dolayısıyla Baudrillard (1970/2004: 179), tıbbın geleneksel biçimde otorite ilişkisini yansıtmadığını ama tıbbın büyüsel işlevselliğinin ve kutsallığının iki şekilde yeniden kurulduğunu belirtmektedir; “narsistik kuşatma ve değerli kılma: ruhsal boyut ve statü boyutu. İşte doktorun ve sağlığın statüsü bu iki anlamda yeniden kuruluyor. Sadece ve sadece şimdi, yani bedenın “yeniden keşfi” ve bireysel olarak kutsallaştırılmasıyla tıbbilik tüm çapını kazanıyor...” Özel sektör çıkarları tıp alanına kadar genişlediği için hekimler zaman zaman uzmanlıklarını bu gibi girişimlere dayandırarak danışman, (bazen yatırımcı olarak) özel girişimciler için hareket edebiliyorlar (Blackmer, 2009). Tıbbi ürünler üretenler ve ilaç şirketleri ürünlerini hekim izni ve onayına dayandırmak zorundadır (Blackmer, 2009). Bu durumun da hekimlerin güçlerinden vazgeçilemediğinin göstergesidir. Bunun yanında sağlık alanındaki kanuni düzenlemeler ilişkilerin boyutunda önemli farklılıklar ortaya koymuştur.

3.2.3. Sağlık reformları ve hekimlik

Sağlıkla ilgili düzenlemeler dünyanın birçok yerinde hekimliğin otoritesinin dönüşmesine neden olmaktadır. Yapılan sağlık reformları ile birlikte hasta haklarına

dair düzenlemeler ve iyileştirmeler bu ilişkinin yeniden tanımlanmasını gerekli kılmıştır. “Hiç şüphe yok ki ABD ve Türkiye’de yapılan sağlık reformları sağlık alanın doğal gelişim sürecinde bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmeyi amaçlamalarının yanı sıra postmodern bir sağlık anlayışının da uzantıları olarak görülebilirler” (Z.Cirhinlioğlu ve F.G. Cirhinlioğlu, 2012). Türkiye’de özellikle 2003 yılından sonra sağlık alanında birçok düzenlemeye imza atılmıştır. “Örneğin “Sağlıkta Dönüşüm projesi” çerçevesinde (2003) hastanelerdeki bitimsiz sıra bekleme kuyruklarını bitirmeye uğraşmış bunun için hastane işletmeciliği anlayışını değiştirmeye çalışmıştır” (Z.Cirhinlioğlu ve F.G.Cirhinlioğlu, 2012). Hastaların ilaca kolayca erişebilmesi için yapılan yasal düzenlemeler önemlidir. Asıl önemli değişiklik ise 2007 sonrasında gerçekleştirilen hekimlik mesleğinin yapılmasıyla ilgili olanlardır. “Hekimlere ilkin hastanenin aldığı ücretler üzerinden prim verilerek hastanelerde çalışmaya teşvik edildiler. Daha sonra da (uygulama alanı bulamasa da) “Tam Gün Yasası” adıyla bir yasa çıkarılarak hekimlerin hastane dışında çalışmaları önlenmiş oldu” (Z.Cirhinlioğlu ve F.G.Cirhinlioğlu, 2012). Bu değişikliklerin hekimler için istenmeyen nitelikte olduğu açıktır. Ancak bu durum hekimler için değil hastalar açısından oldukça büyük avantaj ortaya koymaktaydı.

Benzer uygulamalar birçok Avrupa ülkesinde de söz konusu olmuştur. Sennett İngiltere’de yapılan değişikliklerin hekimleri ne denli etkilediğinden söz etmektedir. Sennett’e göre İngiliz doktorları ve hemşireleri yapılan reformlardan dolayı son derece bitkin haldedir; on yıl içinde NHS (Ulusal Sağlık Hizmeti) çeşitli kereler ciddi reformlara tabi tutulmuştur. Sennett tıbbi hizmetlerin katı kurallarla düzenlenerek geliştirilemeyeceğini düşünmektedir. Bir hasta kalp krizi geçirdiğinde, uymak zorunda olduğunuz en son kuralları öğrenmek için hemen “En İyi Pratik Performansı El Kitabı”na başvurmayı istemezsiniz.⁵³ Becerinin üst düzeylerinde, örtülü bilgi ve özbilinçli farkındalık arasında sürekli karşılıklı bir etkileşim vardır; örtülü bilgi bir güven kaynağı rolü oynarken açık farkındalık da eleştiri ve düzeltici işlevine sahiptir (Sennett, 2006/2009a; 71-72). Sennett’e göre sağlık hizmetinde çalışanlara örtülü güven kaynağının gelişmesine fırsat tanınmazsa, işte o zaman muhakeme motoru da stop eder (Sennett, 2006/2009a: 72). Aslında Sennett

⁵³ Sennett bunun için hekimlerde bir beceri olarak katıştırma kavramına vurgu yapar. Katıştırma(embedding), bütün beceriler için önemli olan bir sürece yani malumat ve pratikleri örtülü bilgiye dönüştürmeye denk düşer. ...bir beceriyi öğrenirken bu türden işlemlerin (seri ve düşünmeden yapılan hareketler) karmaşık bir repertuvarını geliştiririz (Sennett, 2006/2009a: 71).

bürokratik işlemlerin hekimlerdeki farkındalığa, dolayısıyla da hassasiyete zarar verdiğini ifade etmektedir.

Ülkemizde yapılan sağlık reformu ve özellikle hekim seçme hakkı ve hasta haklarına dair kurallar hekimlerle hastaların ilişkilerine yeni boyutlar getirmiştir. Bazı hasta hakları aşağıda belirtilmiştir;

- Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur.(Madde;5)
- Hasta sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir...(Madde;7)
- Hasta modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir...(Madde;11)
- Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır.(Madde;9)
- Personel hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir.Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi ıstırabını azaltmaya ve dindirmeye çalışmak zorunludur.(Madde;14)
- Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere kimse rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz(Madde;22)
- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır...(Madde;24)
- Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları vardır.(Madde;42)

Bu maddelerin yanında hastanın sağlık personelinin bilgisini öğrenme, sağlık kuruluşu seçme, hastalığın seyri ile bilgi alma, bilgilerin gizliliği gibi daha pek çok hakkı bulunmaktadır.⁵⁴ Tedavi sürecindeki hastalar bundan dolayı hekimlerle ilişkilerinde daha rahat davranabilmektedir. Hekimler ise bu kanuni zorunluluklar uyarınca daha dikkatli davranma gerekliliği duymaktadırlar.⁵⁵

⁵⁴ Ayrıntılı bilgi için aşağıdaki linke bkz.

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=> 0

⁵⁵ Araştırmanın dördüncü bölümündeki Hastane bürokrasisi başlığı altında hasta hakları ile

3.2.4. Bilişim teknolojilerini kullanma ve hekimlik

Bilginin çok daha kısa sürede yer değiştiği bu dönemde sağıktaki otorite ilişkileri de bu farklılaşmaya göre biçimlenebilmektedir. “Yeni enformasyon teknolojileri, enformasyon işleme süreçlerini dönüştürerek, insani faaliyet alanlarının tümünde etkinlik gösterirler; bu tür etkinliklerin unsurları ve ajanları arasında olduğu kadar farklı alanlar arasında da sonsuz bağlantılar kurulmasını mümkün kılarlar” (Castells, 1996/2008: 100). O halde eğitim, öğretim, sağık ve yönetim gibi bir çok alanda ağlarla bilginin paylaşımı, yaşam kalitesini etkileyecek, sahip olanlara belirli konum ve imkanlar sunarken, bundan uzak olan insanları ise kısıtlayabilecektir.

Mekan algısının farklılaşmasında iletişim araçlarının rolü önemlidir. Bauman (2001/2011: 52), bilginin elektronik iletiminin artık anında gerçekleştiği, mekanın kaybolduğu, kablolu şebekeler ve soketlerden bağımsızlık sağılayan cep telefonunun, fiziksel yakınlığın ruhsal beraberlik sağılayabileceği iddiasına son darbeyi indirdiğini ifade etmektedir. Bugün akıllı telefonlarla bu durumun ileri bir aşamaya evrildiği söylenebilir. Yeni telematik iletim araçlarıyla şimdiki zamanın değiştiğini, yersizleşme olgusunun doğduğunu, görünümünün saydamlığı ile tüm dünyanın görülmesinin yolunun açıldığı belirtilmektedir (Virilio, 1998/2003: 116). Bauman doğrudan etkileşimle elde edilen bilginin güç kaybettiği üzerinde durmaktadır.

Günlük yüz yüze etkileşim çerçevesinde dolaşıma giren haberler, elektronik olarak aktarılan ve dağıtılan bilgiden daha büyük bir tekrarlama yoluyla pekiştirme şansına sahip olmaz; tam aksine, dikkati çekmek söz konusu olduğunda engellenmiş bir konumdadır. Başarılı olsa bile, büyük olasılıkla bu başarı, gösteri niteliği, sayıların otoritesi ve kanaat gücü bakımından rahatlıkla onları geride bırakan küresel olarak üretilmiş ve küresel olarak dolaşıma sokulmuş bilgi tarafından cüceleştirilecek, boğulacak, ilgi ve otoritesinden soyulacaktır (Bauman, 2001/2011: 51-52).

İletişimin evrenselleşmesi ve kolaylaşması ile belli bir odakta toplanmış olan bilgi hakimiyeti de sorgulanır olmaya başlamaktadır. İnternet kanalıyla elektronik mesajlar, metinler ve semboller yerkürenin her yanında dolaştırılabilir ve uygun bilgisayar donanımı olan herkes bunlara erişebilir (Back, 2012). Böylece önceden var olan Bilginin gücü yine devam etmekle birlikte bu bilgiye erişim imkanları yaygın hale gelerek esneklik göstermektedir. Sağık ve hastalık üzerine bilgi

özellikle gazeteler, internet, dergiler, ilaç tanıtım reklamlarında ve doğrudan tüketici tavsiyeleri yoluyla tüm medyada hızla artmaktadır. Biyotıbbın kültürel tasarımı yaygın bir şekilde dolayım lanıyor ve yerel olarak giriliyor ve tekrar yorumlanıyor (Clarke vd, 2003). Yani sağlık ve tıbbi bilgilerin üretimi ve iletimi böylelikle hem onların kaynak ve dağıtım kanallarının dönüşümü hem de böyle bilgileri kavrama ve uygulama için sorumlu olanların yeniden formüle edilmesinden dolayı, aslında biyomedikal bilginin meşruluk iddiaları da değişime uğramaktadır (Clarke vd, 2003). Web sitelerinden sağlanan bilgiler çok çeşitli kaynaklardan geldiği bilinmektedir. Sağlıkla ilgili sorulara cevaplar için hala tıbbi profesyoneller üzerine güven olmasına karşın siteler müşterilerin kendi bilgi ve tecrübelerini diğerleriyle paylaştığı oldukça geniş tartışma alanlarıdır (Clarke vd, 2003). İnternet ile birçok bilgi alanında genişleme söz konusu olmakta, hekimlik de bu durumda belirli bir biçim kazanmaktadır. Hastanın yaşamına bilgisayarların girmesi, hemen hemen her evde bilgisayarın olması ve internetten bilgi alınabilmesi beklentileri değiştirmiştir (Simpson, 2002). İnsanlar bu durumda hekimlerden aldıkları bilgileri sorgulayarak ya da başka bilgilerle karşılaştırarak hareket etmeyi tercih etmektedirler. Dolayısıyla internet ve ağ teknolojilerinin yaygınlaşması, haber ve bilgilerin anında akıllı telefonlarla, sosyal medya üzerinden paylaşılması bilgilerde çeşitlilik sağlayarak ve bu bilgilere erişimi hekimlerin tekellerinden alarak aslında otoritenin yönüne doğrudan etkide bulunmaktadır. Böylece hekimliğin, son yıllarda, alternatif bilim ve tıp, özel tedavi olanakları, hasta haklarında iyileştirmelerden sonra bilgi ve ağ teknolojilerinin gelişimi ile otoritelerinde değişimin kapılarını açmıştır.

3.3. Hekimlerin Otoritelerini Sürdürme Eğilimi

Hekimler otoritelerinin söz konusu otorite bozucu etkilerinden dolayı oldukça zayıfladığı ifade edilmektedir. “Gerçekte modern toplum, iktidarı kullananlarla ona muhalefet edenler arasında iyi ya da kötü bir denge kurar” (Galbraith, 1983/2004: 75). Sanayileşme süreci sonrasında ortaya çıkan bakış açısı toplumdaki temel kurumların yapılarını da yeniden tanımlamaya başlamıştır. İşte sağlık sektörü de gelişen bu yapılardan etkilenen bir alan olarak yeni bir ilişkiler sistemi dayatmaya başlayacaktır. İşçiler kendi görevlerini yaparken meslekten olmayanlar tarafından kontrol edilirken ve yapacakları işleri yöneticilerce belirlenirken “profesyoneller

meslekten olmayanların kontrolünden bağımsızdırlar ve kendi mesleki örgütlerine ve meslek arkadaşlarına karşı geniş çapta sorumludurlar” (Freidson, 1984/2010). Böylece profesyonel bir meslek olarak hekimlerin de bu tür bir dış denetimden özerk kaldığı söylenebilir.

Halk daha çok eğitilmiş hale gelmiş olsa bile bilginin ayrıntılaşp farklı uzmanlık alanlarına bölünmesi yanında uzmanlık bilgisinin niteliği ve niceliği artmıştır (Freidson, 1984/2010). Bu da bilgiye ulaşılmış olsa bile herkes tarafından anlaşılıp değerlendirilmesini sınırlar. “Rakiplerinin ve meslekten olmayanların bilgi düzeylerindeki artış profesyonel mesleklerin sınırlarını zorlasa bile bu meslekler zaman içinde gücünü yitirmeyecek biçimsel bilgilerinin hiç değilse önemli kısımları üzerindeki tekellerini ellerinde tutacaklardır” (Freidson, 1984/2010). Böylece hekimler otoritelerinin parçalanmasına direnç göstermektedirler.

Böylece tıp mesleği, dış kaynaklı eleştirileri, şüpheleri ve ihtarları “yeni olgular” üreterek zayıflatabilme konumunda bulur kendini. Toplumsal beklentiler ve muhakeme standartları artık önceden var olan şeyler değil, dönüşlüdür, yani kısmen araştırma, teşhis ve tedavide hekimlerce üretilir ve tanımlanır, bu yüzden de değişebilir... Ama tıbbın bu mesleki tahakkümünü hekimin şahsi gücüyle karıştırmamak gerekir. Aksine tıbbi yapılandırma gücü, mesleki biçimlerde kullanılır ve meslekte aktif faaliyet gösterenlerin özel çıkarları ile siyasi ve toplumsal işlevlerin sürdürülmesi ve yerine getirilmesi arasında bünyesel bir engel vardır (Beck, 1986/2011: 317-319).

Tıbbi belirleme gücündeki bu ayırıcı nitelikler teknik imkanların genişlemesiyle daha da artmıştır. Teknolojik gelişmeler tıbbi alanda ortaya konan karar mekanizmasını tümüyle etkilemiştir. İn vitro üretilmiş çocukların sayısının arttığını örnek veren Beck (1986/2011: 312) “demek ki tıbbın faaliyet yapısı temelinde “yeniliklerini” hayata geçirme ve test etme konusunda *serbest geçiş hakkı* var” ifadesiyle hekimlik mesleğinin gücünü sürdürme eğilimine işaret eder. Gelişen son teknolojik imkanlar hekimlerin diğer otoritelerden görece bağımsız olarak kararlarını uygulamalarına yardım ettiği düşünülmektedir. Beck tıbbi “alt-siyaset” kavramıyla hekimliğin sürdürülen gücünü açıklamaktadır;

Tıbbın sosyal yapısına göre, tıp alt-siyasetinde ne bir parlamento ne de kararların sonuçlarının önceden soruşturulabileceği bir yürütme gücü vardır. Hatta bir karar mahalli de yoktur, bu yüzden kati kararlar olmaz ve kararlar katileştirilemez. Batıdaki enikonu bürokratikleşmiş, gelişmiş demokrasilerde her şeyin hukuki, adli ve demokratik meşruluk bakımından mercek altına alındığını, ama aynı zamanda geleneksel hayatın temellerini dinamitlemenin ve tüm bürokratik ya da demokratik izleme ve karar-verme mekanizmalarını baypas etmenin mümkün olduğunu da unutmamak gerek (Beck, 1986/2011: 313).

Muhasebecilik, mühendislik hukukçuluk gibi hekimlikte de ortalama

denetçilerin üzerinde yönetici kadroları hukuksal ve örgütsel değerlendirmeler gerektirdiğinden profesyonellerce özellikle mesleğin üyesi profesyonellerce doldurulur ve “nihai kontrolü” ellerinde tutarlar (Freidson, 1984/2010). Aynı zamanda kendi içlerinde mesleksi bir dayanışma durumu da ortaya çıkarak rekabeti sınırlandırır, üyeleri arasında uzmanlık ve etik anlayıştan kaynaklanan durumlar görünmezden gelinebilir (Freidson, 1984/2010). Mesleksi dayanışmanın en yüksek olduğu grup şüphesiz hekimliktir. Bu yönüyle kendi aralarında bir bütünlük sergileyerek güçlerini sürdürme söz konusu olmaktadır. “Bu grup bilgiyi ellerinde tutan seçkin bir sınıf oluştururlar ve bu sınıfın üyeleri hem geleceğin profesyonellerine en son bilgi ve teknikleri öğretirler hem de yeni alanları keşfederler” (Freidson, 1984/2010). Böylece diğerlerinin müdahalesinin dışında kendi iç dinamiğiyle varlığını sürdüren bir yapının devam ettirilmesi söz konusudur.

Barber (1963/2010) “profesyonel rollerin temel bir özelliği özerklik ya da profesyonellerin sadece kendilerinin uzman oldukları genel bilgilerin kullanım ve gelişmesine ilişkin yine kendilerinin geliştirdikleri oto-kontroldür” diyerek bu mesleklerde ortaya çıkan kendi kendini denetime dikkati çeker. Bürokratik düzenlemeleri ve yeni yasal koşullara rağmen hekimlerin otoritelerini sürdürme adına eğilimlerinin olduğu söylenebilir. “Tıp mesleği nispeten özerk kalır ve sınırlı sayıda tıbbi olmayan düzenlemeye tabiidir; bu durumun nedeni özel hekimin hastanenin bir memuru değil, bazı konularda hastanedeki mevcut imkanları kullanan bir ziyaretçi olmasıdır” (Turner, 1995/2011: 184). Bu durumda hekim özerk olarak davranabilen, kurallardan nispeten bağımsız bir şekilde eylemde bulunabilen aktör olarak gücünü sürdürür.

Profesyonelleri çalıştıran örgütlerin ayırık duran alt yapıları içerisinde özel rolleri oluşturması mümkündür. “Örneğin hükümet içinde temel tıp araştırmaları için, tıp teknolojisinin gelişimi ve günlük hasta bakımı için birbirinden ayrılmış alt bölümler ya da alt örgütler olabilir. ...farklı roller özerklik için mesleksi ihtiyaçların devamını sağlamaya yardım eder” (Barber, 1963/2010). Ayrıca buna ilave olarak örgütler amirlerin ortaya koyduğu denetim ihtiyacı ile kendi meslek arkadaşları arasındaki kontrole duyulan ihtiyaç arasında bir denge anlamında özel bir otorite yapısı meydana getirebilirler (Barber, 1963/2010). Dolayısıyla bu iç denge profesyonel mesleklerin dışardan değil içerden denetlenmesine olanak verir.

Farklı ödüllerden oluşan uzlaştırmacı mekanizmalar söz konusu olduğunda

profesyoneller için de çeşitli fırsatlar ortaya çıkabilir; “profesyonel örgüt toplantılarına katılma, araştırmalarını yayınlama, bedava mesleki eğitim ve buna katılma izni, profesyonellik gerektiren bir işte full time çalışabilme, işte daha profesyonel bir gruba üye olma, prestij ve maaş bakımından ilerleyebilme gibi olanaklar” bunlardandır (Barber, 1963/2010). Hekimlik alanında da bu bağlamda kendilerini geliştirme açısından böyle bir olanak yer aldığı için güçlerinde pekişme söz konusu olabilmektedir. Sözelimi bir hekim herhangi bir alanda uzmanlaşarak bir hastalık türünü tedavide veya bir teknik beceride insanlar arasında seçkin bir konuma yükselebilmektedir.

Makineleşme her alanda olduğu gibi tıpta da ilişkileri etkilemektedir. Ritzer (1993/2011a: 163), makinelerin karmaşıklaşmasıyla doktorların bu makineleri daha az anlamaya ve dolayısıyla daha az denetleyebilmeye başladığından denetimin teknolojiler ile onları yaratan ve uygulayan uzmanların eline geçebileceğinden söz eder. Ancak çoğu zaman hastalar, nihai olarak tedavide beceri sahibinin hekimler olduklarına inanmaktadırlar.⁵⁶

Sennett takım çalışması adı altında geliştirilen işbirliği yöntemlerinin de aslında bir nevi iktidar ilişkisi ürettiğinden söz eder; “Takımın içinde kişiler arasındaki iktidar mücadelesini ya da çelişkileri inkar eden masallar, sadece yukarıdakilerin elini güçlendirir” (Sennett, 1998/2014: 125). Bu anlamda işyerinde mücadeleler sürekli devam etmektedir.

Bir otorite figürü, kullandığı iktidarın sorumluluğunu alan kişidir. Eski tip iş hiyerarşisinde patron, “Güç bende, neyin en doğru olduğunu ben bilirim, bana itaat edin” diyerek bunu sağladı. Modern yöneticiler bu tür açıklamaların “otoriter”liğinden uzak durmaya çalışırken kendi davranışların sorumluluğunu almaktan da kurtulur (Sennett, 1998/2014: 127).

Dolayısıyla modernleşme ile birlikte işyerlerinde otoritenin ortadan kalktığını iddia etmenin sadece bir yanılsamadan ibaret olduğu vurgulanmış olur. İşyerinde bu tarz bir gizli otoritenin kontrolü elde tutan kişilere, kendilerini haklı gösterme ihtiyacı duymadan istedikleri gibi süreci kaydırma, değiştirme veya reorganize etme imkanı tanıdığını belirten Sennett (1998/2014: 128), kişinin sorumluluğunun manipüle edildiğine dikkati çeker. “Dahası otoritesiz iktidar, bir takım liderinin çalışanların ihtiyaç ve arzularının meşruluğunu inkar ederek onlar üzerinde

⁵⁶ Hastalar teknolojik imkanlarla birlikte, hekimin yeteneğine güvenmeye devam etmektedirler. Bkz. Dördüncü bölüm; Araştırmanın bulguları.

hakimiyet kurmasını sağlar” (Sennett, 1998/2014: 128). Bu anlamda gizil bir iktidar çalışma ortamının ayrılmaz bir parçasıdır.

Kısaca çalışma koşulları olarak bürokratik ilişkilerde görülen esneklik, özel tedavi imkanları, internet bilgi ağlarının gelişimi, hasta haklarında görülen iyileşmeler ve alternatif tedavi imkanları hekimlerin otoritelerini önemli ölçüde aşındırmıştır. Bununla beraber hekimlerin yeteneklerini ve bilgilerinin ayrıcalığını kullanma gerekliliğinden ortaya çıkan koşullar ve mesleki gelişimlerini sürdürme olanakları otoritelerinde devamlılığı işaret etmektedir.

4. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmada hem nitel hem de nicel verilerden yararlanılmakla birlikte nitel yönü ağırlıkta olan bir araştırmadır. Dilin kullanımının toplumsal bir eylem, cümlelerin aslında bir öznenin ya da aktörün eylemi olarak ele alındığı (Geray, 2014: 150) hesaba katılırsa iletişim unsurlarının değerlendirilmesinin hayati olduğu ortaya çıkar. Araştırma sağlık kurumu aktörleri olarak hekimlerin iktidar ve otoritelerinin ne şekilde ortaya çıktığını, modernleşme ve sonrası dönemde ise nasıl bir değişime tabi olduğunu incelemeyi amaçlayan çalışma olmasından dolayı etkileşimin değerlendirilmesine özel bir önem vermeyi gerektirmiştir. Hekimlerin hastalarla etkileşim niteliklerinde somutlaşan temel dinamiklerin ele alınmasının gerekliliğinden dolayı, araştırma biçimin önemini de unutmaksızın ama biçimden daha çok içeriğe yönelmeyi gerektirmiştir. Bu bağlamda alandaki araştırmamız maddelerden çok söylemlere, söylemlerin içeriğine, bu ilişkinin bireyler üzerindeki anlamlarına yoğunlaşmıştır.

4.1. Araştırmanın Amacı ve Varsayımları

Araştırma hekimliğin otoritesinin ne şekilde değiştiğini, bu dönüşümde rol oynayan temel dinamiklerin neler olduğunu ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Araştırmada temel olarak şu sorulara cevap aranmaktadır;

- Hekimlerin kullandığı yeni modern tekniklerle yapılan tedaviler hastaların tedaviye katılımını azaltarak onlar üzerine yeni bir otorite oluşturmakta mıdır?
- Gelişmiş tekniklerle hastalıkların tetkik edilmesinin hastayla iletişimin kalitesine etkileri ne şekilde gerçekleşmektedir?
- Hekimlerin pratisyenlik, uzmanlık ya da öğretim üyeliği gibi statüleri açısından hastalarla ilişkilerinde otorite biçimlerinde bir farklılaşma söz konusu mudur?
- Hekimlerin kullandıkları teknik dilin hastaların iletişimde ve tedavide neden olduğu kısıtlılıklar söz konusu mudur?
- Hekimlerin tedavi sürecinde hastaların psikolojilerine duyarlılıkları söz konusu mudur? Değilse bu duyarlılık aşınmasında rol oynayan etkenler nelerdir?
- Hastaların eğitim düzeyleri tedavide kararların alınışına ne şekilde yansımaktadır?
- Hastane bürokrasisi tedavi sürecinde hasta ve hekimler açısından ne gibi etkiler

ortaya koymaktadır?

-Yeni yasal düzenlemeler hekimlerin otoritelerinde bir değişim sağlamakta mıdır?

-Yeni yasal düzenlemeler hastaların aldıkları sağlık hizmetinde daha katılımcı bir rol üstlenmelerinde etkili midir?

-Hekimlerin hastalıkları farklı yorumlamaları ya da yanlış tedavi problemleri hastaların hekime ve tedaviye yaklaşımlarına nasıl yansımaktadır?

-Son yıllarda bilgiye erişimdeki yeni imkanlarla birlikte hekimlik rolünde otorite kırılması söz konusu mudur?

-Özel hastane imkanı ve özel hekimlerde tedaviye erişim imkanı hekimlerin otoritelerinde bozucu etki olarak ortaya çıkarmakta mıdır?

-Alternatif tedavi biçimlerinin hekimlerin otoritelerini bozucu etkisi söz konusu mudur?

-Medyanın hekimlerin otoritelerini güçlendirmelerinde etkileri söz konusu mudur?

4.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Tekniği

Temel aktörler olarak hasta ve hekimlerin ilişki biçiminden yola çıkarak değişen otorite anlayışının belirlenmesi amaçlandığından daha ayrıntılı verilere ulaşmak amacıyla derinlemesine mülakat tekniğinden yararlanılmıştır. “Dilin, anlamlar ve anlam içeren olaylara verilen önem açısından hem bir veri toplama tekniği hem de çözümleme nesnesi olması” (Geray, 2014: 149) görüşme tekniğine yönelmede önemli bir etken olmuştur. Araştırılacak konu hakkında bilgi sahibi olma adına ön incelemelerin yapılması ve gerekirse konu ile ilgili yazılı tüm materyallerin gözden geçirilmesi gereği derinlemesine mülakatlarda önemli görülmüştür (Aziz, 2014: 124). Bundan dolayı araştırmanın kapsamına giren hastalıklar ve tedavileri ile ilgili, hastanenin mesai zamanları ve hekimlerin çalışma tarzları ve saatleri hakkında bilgi toplanmaya çalışılmış böylece ayrıntılı ve doğru bilgi elde edilmesi amaçlanmıştır. Görüşme yapılabilecek hasta ve hekimlerin branşlarına göre bir hedef belirlenmiş, araştırmanın hangi alanlarda görev yapan uzman hekim ya da hastalardan oluşturulabileceği hazırlanmaya çalışılmıştır. Herkesin her zaman mülakata katılmaya, bildiklerini anlatmaya açık olmadığı düşünülerek, hedeflenen hekimler dışında, söz gelimi aynı branştan başka bir genel cerrahi uzmanıyla görüşme olanağı gibi seçenekler önceden saptanmaya çalışılmıştır. Görüşmeye katılıma ikna adına hem hedef branş ve statüdeki hekimler ve hem de araştırma kapsamında ayrıntılı bilgi alınabilecek hastaları bulma amacıyla zaman zaman

yerel araçlar bulma yoluna gidilmiştir. Örneğin bir serviste görevli sağlık memurları ve tecrübeli hasta bakıcılardan o serviste görevli hekimlerin mülakata katılımlarını sağlama adına yardımlarına başvurulmuştur.

Görüşmelerin tamamı bizzat araştırmacı tarafından hastanelerde ya da katılımcıların işyerlerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada hasta ve hekimlere yönelik olmak üzere iki ayrı mülakat formu geliştirilmiştir. Hastalar özel ve kamu hastanelerinden sağlık hizmeti almış kişiler içerisinde amaçlı olarak seçilmiştir. Hem devlet ve de hem de özel hastanelerde görev yapan hekimlerle mülakat gerçekleştirilmiş, hekimlerin hastaları ile olan ilişkilerindeki farklılıklar incelenmiştir.

Mülakat soruları yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış sorulardan oluşmaktadır. Hasta mülakatları demografik faktörlerle ilgili ilk kısımda kapalı uçlu sorulardan oluşurken, diğer sorular açık uçludur. Hastalara toplam 35 soru yönlendirilmiştir. Bu soruların 7'si demografik bilgiler, 28'i ise araştırma kapsamındaki sorulardan oluşmaktadır. Araştırma sorularının açık uçlu olanlarının, cevaplarının alındığı sırada kısa, eksik cevaplamaları sondajla tamamlanmıştır. Bazı durumlarda, bir süre beklenmiş, eksik cevaplar söz konusu ise sorular tekrar sorulmuştur. Buna rağmen, katılımcıların cevaplarının hala çok yetersiz kaldığı durumlarda ise, bu konuyla ilgili başka neler söylemek istersiniz? Gibi sondajlar yapılmıştır. Bu arada araştırma genel olarak yapılandırılmış sorularda oluşmasından dolayı önceden oluşturulan sorular çerçevesine bağlı kalarak yürütülmesinin dışına bazı istisnai nedenlerle çıkmıştır. Örneğin katılımcılardan, soruları cevaplarken çok anlamlılık ya da anlam karmaşasına yol açabileceği ifadelerini yeniden teyit etmeleri istenmiştir. Örneğin “hekimlerin tavrı değişti” ifadesi çok anlamlılığa neden olabileceği için “neden böyle olduğunu düşünüyorsunuz?” ya da “bu değişikliğin hangi anlamda olduğuna inanıyorsunuz?” gibi ek sorular yönlendirilmiştir. Katılımcıların yaptığı yorumlar dikkatle izlenerek mülakat sürdürülmüştür. Bunun yüz yüze iletişimin bir gereği olması yanında verilen yanıtlardan, yapılan yorumlardan ara soru çıkarılmasına yardımcı olması ya da “daha sonraki bir sorunun yanıtının önceden verilmesi gibi bir durumu yakalamak için de gerekli olduğu” (Aziz, 2014: 87) düşünülmüştür. Araştırma kapsamında hekimlere toplam 29 soru yönlendirilmiş olup, bu soruların 8'i demografik bilgiler 21'i ise araştırmayla ilgili sorulardır. Biri dışında diğer tüm hekim görüşmeleri de aynen hasta mülakatlarında olduğu gibi kayıt cihazı ile

kaydedildikten sonra çözümlenerek bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Hekimlerden birinin mülakatı ise yazılı olarak alınmıştır. Bu görüşmelerin en kısısı 18, en uzun 1 saat 35 dakika sürmüştür.

Hastalarla görüşmelerde ise daha farklı problemlerden dolayı güçlükler yaşanmıştır. Burada hastanın tedavi sırasında görüşülemeyeceği için randevu olarak sonraki zamanlarda görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bazı kişilerle olan randevular üçüncü veya dördüncü defa planlamadan sonra ancak yapılabilmıştır. Tedavi süreci ayaktan devam eden, takipli hastaların işyerlerinde, kendileri için de uygun zamanlar seçilerek görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Hastaların birden fazla hastane ve hekim deneyiminin yanı sıra ağır seyreden rahatsızlıklar nedeniyle başvuranlardan seçilmiş olmasına dikkat edilmiş, hastalıkla ve hastaneyle geçirilen yoğun deneyimli hastalar ve araştırmada temel alınan türdeki rahatsızlıkları olan kişiler tercih edilmiştir. Hastalar görüşmelerin genellikle kayıt cihazına alınmasına olumlu baktığı için rahat bir çalışma yapılabilmıştır. Bu görüşmeler ise 44 dakika ile 1 saat 45 dakika arasında değişen sürelerde yapılmıştır.

Araştırmaya katılan her hekim ve hasta için farklılıklarını belirtmek amacıyla ayrı ayrı numara verilmiştir. Bazı katılımcılar doğal konuşmalarının koşulu olarak isimlerinin verilmemesini ısrarla talep etmiş, zaten böyle bir özel DR. 10'in paylaşılmayacağı garantisıyla ifadelerini rahatça paylaşmışlardır. Doktorlar genellikle görüşme sıraları dikkate alınarak "DR. 1", "DR. 2"... şeklinde adlandırılarak görüşleri verilmiş, hastalar ise "HST. 1", "HST. 2"...olarak numaralandırılarak ifadeleri verilmiştir. Görüşmelerin çözümleme işlemleri veri kaybı olmamasına dikkat edilerek kayıt cihazından defalarca dinlenerek yapılmıştır. Ortalama olarak günlük 8 saat süren çözümlemelerin, her bir katılımcı için en az bir gün, bazılarının ayrıntılı olmasından dolayı üç gün gibi değişen sürelerde çözümlemeleri yapılmış, bunun için toplamda yaklaşık 75 gün süre harcanmıştır. Görüşmeler çözümlendikten sonra yazıya aktarılmış ve araştırmanın ilgili bölümlerinde değerlendirilmiştir. Araştırma verileri, hasta-hekim ilişkisi, tedavide kullanılan modern tahlil ve tetkik cihazlarla ilgili problemler, hastane bürokrasisi, iletişim teknolojilerini kullanma ana başlıkları altında değerlendirilmiştir.

Araştırmanın alan kısmındaki mülakatla veri toplama bölümü, Ekim 2014 ile Mayıs 2015 arasında gerçekleştirilmiştir. Yukarıda belirtilen servislerde görevli hekimler ve hastanelerin bu servislerde tedavi hizmeti alan hastalardan seçilen

örnekleme, çeşitli kategorilerden farklı özelliklere sahip kişiler olmasına özellikle dikkat edilmiştir. Araştırma kapsamında yer alan hekimler pratisyen, uzman ve öğretim üyesi olarak üç statüden alınmıştır. Buradaki amaç hekimlerin deneyimleri ve statüleri ile yaklaşımlarının ilişkili olup olmadığını anlamaktır. Hastaneler ise dört ayrı kurum türüne ayrılmaktadır; devlet hastaneleri, özel hastaneler, üniversite hastaneleri ve araştırma hastaneleri. Hekimlerin çeşitli kademelerden, hastanelerin farklı türlerden seçilmesinin nedeni otorite ilişkisinin bu örneklerde değişip değişmediğinin sorgulanmak istenmesidir. Hekimlerin kartopu tekniğinden yola çıkarak ilgili branşlarda seçilmesine özen gösterilmiştir. Söz gelimi kardiyojji hekimlerinden biri ile yapılan görüşmede kendisine bu araştırmaya katkı sağlayabilecek, diğer meslektaşlarının olup olmadığı sorusu yöneltilerek yardımı istenmiştir. Hastalar aynı şekilde araştırmanın kapsamında belirlenen hastalığı taşıyanlarla ilgili alanda olanlardan seçilmiştir. Bununla beraber, söz gelimi, alternatif tıpla ilgili bir tedavi araştıran kişilerin araştırılarak varsa bu kişilerin de örnekleme dâhil edilmesine çalışılmıştır.

Veriler güç ve iktidar ilişkilerinin incelenmesi üzerine olduğu için söylem analizi tercih edilmiştir. Nitel araştırmaların dile dayanması, araştırmaların inşa edilmesinde dilin merkezi önemde görülmesi (Punch, 2005/2011: 174), çalışmada etkileşim çerçevesinde ortaya çıkan niteliklerin konuşma ve söylem çözümlemesinin yapılmasını gerektirmiştir. Özellikle nitel analizlerde veri bolluğunun seçilmesi önemli bir problem olarak değerlendirildiği için alınan yanıtlar içerisinden, hekimlik otoritesi, tedavi sürecinde kararların alınışı, bürokratik yapı ve kuralların sağlık bağlamında etkileri, teknolojik yeniliklerin iktidar sürecine etkileri, beden yapısında tıbbi gücün etkileri gibi temel konular çerçevesinde anlamların içerikleri arasında karşılaştırmalar yapılmıştır. “Söylem analizinde amaç tutumları ortaya çıkarmak değil, söylemin kendisini, yapısını ve fonksiyonlarını incelemek, farklı kişi ve zamanlara göre sonuçlarını saptamaktır” (Baş ve Akturan, 2008: 26). Bu bağlamda verilerin analizinde hekimlerin aktörler olarak eylemlerinin modernleşme ve sonrası dönemdeki eylemlerinin ne şekilde farklılaştığı, hastalarla olan otorite ilişkilerinin değişip değişmediği analiz edilmiştir. Söylem çözümlemesinde ana amaç, anlamlandırma ve yorumlama olduğundan dolayı nitel verilerin değerlendirilmesinde daha işlevsel olduğu sayılıısıyla hareket edilmiştir.

Araştırma verilerinde mülakatlardan alınarak kaydedilen çözümlemelerin

söylemlerinin yanı sıra medya söylemlerine yönelik analizlerde kullanılmıştır. Medyanın gazete haberleri, televizyon programları ve internet ağında gelişen geniş bir sağlık panoraması oluşturduğu görülebilir. İşte burada fotoğraflama tekniği ile alınan haberlerin içeriği, hekimlik ve otorite ilişkilerini ne şekilde ürettiğine ilişkin söylemler analiz edilmiştir.

Mülakatların ikisi dışında geriye kalanların tümü kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Kaydedilen cevaplar, daha sonra çözümleme yapılarak, görüşme yapıldığı doğal haliyle çözümlendikten sonra yazıya aktarılmıştır. Diğer iki görüşme yazılı olarak kaydedilmiştir.

4.3. Evren ve Örneklem

Araştırma kapsamında hastalar amaçlı olarak seçilmiştir; göğüs hastalıkları, nöroloji, dahiliye, onkoloji, göz hastalıkları, diş ve genel cerrahi alanlara müracaat edenlerden seçilmelerine özen gösterilmiştir. Bunun nedeni daha ağır seyreden rahatsızlıklarda hastaların yaşadıkları problemleri yakından incelemenin yanında modern teknolojik donanıma sahip araç ve gereçlerin bu bölümlerde daha yoğun kullanımıdır. Çünkü amaçlı örneklem seçimlerinde nicelikten ziyade çeşitliliğin sağlanarak farklı boyutlarla ilgili sağlıklı bilgilere ulaşmak hedeftir. Araştırma hasta ve hekimlerden toplam 57 kişiyle derinlemesine mülakat tekniğiyle gerçekleştirilmiştir. Hekimlerden çalışma koşullarının yoğunluğu nedeniyle daha sınırlı olarak 18 kişiyle görüşülmüştür. Bu hekimler, genel cerrahi, kalp, göğüs hastalıkları, dahiliye, anestezi, diş hekimliği ve nöroloji uzmanlık alanlarından amaçlı olarak seçilmiştir.

Burada seçilen 57 kişiden elde edilen verilerin Türkiye'deki sağlık kurumlarındaki ilişkileri temsil ettiğini söylemek güçtür. Bununla birlikte hekimliğin hastalarla ilişkilerine yansıyan otorite değişimi hakkında bir fikir verdiği de gerçektir. Çünkü görüşülen kişilerden elde edilen veriler belirli bir sayıdan sonra ortak noktalara yönelmekte, bir takım temel sonuçlara doğru evrilmektedir.

4.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirme

Kayıt cihazına alınıp çözümlenen verilerin analiz işlemlerine geçilmiştir. Bu bağlamda konularına göre verilen cevaplar ayrılmış, soyutlanmış, anlamları belirlenmiş ve bu anlamlar incelenmiştir. Araştırma verilerinin karşılaştırma işlemi yapılmış, birbiriyle uyumlu olanlar yanında farklı cevapların ne anlam ifade ettikleri

bu karşılaştırma işlemi sırasında değerlendirilmiştir. Konuşulan dilin sosyal gerçeklikle olan ilişkisi temel alınarak araştırma bulgularından elde edilen veriler, özellikle derinlemesine mülakat sorularına verilen cevapların satır aralarındaki anlamları çözümlenmek istenmiştir.

Toplanan verilerin analizi okuma, ilgili alanlarda sınıflandırma, yorumlama ve yapılandırma biçiminde devam etmiştir. Katılımcılardan alınan cevapların konularına ayrılarak sınıflandırılmasında, ilgili temanın anlamlandırılması önemli görülmüş, bu anlamı sağlayan sözcük ve cümleler seçilerek analiz edilmiştir. Araştırmamın temel kavramları olarak, hekimlik, otorite ve iktidar ilişkileri, tüketim boyutu ve beden üzerinde uygulanan tıbbi otorite temaları çerçevesinde veriler karşılaştırma, soyutlama ve yorumlama süreciyle değerlendirilmiştir.

Araştırmada ayrıca tıbbi gücün ne şekilde geliştiğini gösteren bazı istatistiksel tablolardan, sağlık bakanlığı, ÖSYM, TÜİK, OECD gibi kurumların yayınlarından da istifade edilerek nicel bulgular da değerlendirilmiştir. Buradaki amaç sağlığın kurumsal olarak toplum düzleminde güç ve otorite kazanmasının etkilerinin sayısal olarak da gösterilmesidir.

4.5. Sınırlılıklar

Araştırma kapsamı modern teknikleri yoğun kullanan kalp, genel cerrahi, anestezi, göz, diş ve göğüs hastalıklarında görev yapan hekimler olarak altı bölümle sınırlıdır. Bunun dışında daha yaygın ve hafif düzey rahatsızlıkları ile bu alanda görevli hekimler araştırmanın kapsamına dahil değildir. Hastanede mülakat yapma hem hastalar yönünde hem de hekimler yönünden bazı kısıtlamalar içermektedir. Öncelikle her istediğimiz branştan doktorla görüşme yapabilme imkanı kısıtlıdır. Doktorların muayene ve diğer işlemlerinin yoğunluğunun yanında görüşmeyi kabul etmemesi de sıkça karşılaşılan bir durumdur. Doktorlardan önce sekreterleriyle görüşerek çalışmamız hakkında bilgi veriyor ve müsait olma ihtimalleri araştırılmakta idi. Bazıları bizi doğrudan hekimin kendisine yönlendirdi. Bazıları ise kendileri görüşerek bize bildirdi. Yüz yüze görüştüğümüz hekimlerden, *“şu an çok yoğunum, yan taraftaki polikliniğe bakabilir misiniz, o belki daha müsaittir? Şu an bu mümkün değil, 2 dakikalık bi şeyse cevaplayayım ama öyle uzun süre ayıramam, çok ters bir zamanda geldin, şu an konsültasyonlarım var, (bilgisayarı göstererek) tüm saatlerim dolu, yardımcı olamam, teşekkür ederim,”* diyen hekimlerle çok sık karşılaştık. Mesleklerinin önemi ve işlerinin hayatiyeti yanında

özverili çalışmalarından dolayı bunları anlayışla karşıladık. Bazı sekreterler ise hekimlerle görüştürmemek için neredeyse ekstra çaba sarf etti.

Ayrıca görüşme yapma isteğimiz göz hastalıkları, göğüs ve dahiliye doktorları aşırı derecede yoğun çalıştıkları için randevu alabilmemiz oldukça zor oldu. Bunun için hastaları olan hekimlerin odaları önünde saatlerce beklemek gerekti. Bazı doktorlar bizi içeri alarak şu ifadelerde bulundu; *“hemen başlayalım sorulara, yalnız, beni ameliyathaneden çağırabilirler, çağırdıkları sırada görüşmeyi kesip çıkmak zorundayım, bilginiz olsun!”* Neyse ki görüşmeye başladığımız tüm hekimlerle görüşmelerimizi tamamlayabildik. Bunun yanında hekimlerin muayene sırasını bekleyen, sonuç göstermek isteyen, ilaç veya reçete sormak için gelen onlarca hastanın işlemlerindeki aciliyetleri gördüğümüz için hekimleri gün boyu bekleyip de hiç görüşme yapamadan geri döndüğümüz özellikle öğretim üyeleri ve uzman doktorlarda bu durum çokça yaşanmıştır.

Genelde görüştüğümüz doktorlar güler yüzle ve sabır ve iyi niyetle sorulara yanıt verdiler. Ancak bazen doktorların sorular karşısında cevap vermekle birlikte birkaç kelimeyle geçiştirip, bizim biraz açar mısınız, ya da örnek verir misiniz gibi ısrarlarımız sonrasında detaya girip daha ayrıntılı ve oldukça ilginç bilgiler verdiklerine yine sıkça rastladık. Bu arada doktorları bekleyen muayene ve diğer işlemler için gelmiş hastalarla da ilgili kısıtlamalardan dolayı sıkıntılar yaşadık. Örneğin bir doktorun “şu an olmaz ama belki biraz sonra olabilir” ifadesinden anladığımız görüşmeye olumlu eğilimin beklenmedik gelişmelerle aksama durumları da söz konusu olmuştur. Daha önceden planlanmış böyle bir görüşmenin hemen öncesi, hekimin hastalarından birinin muayene sırasında fenalaşması ve baygınlık geçirmesi ile yaşanan telaş ve olabilecek risklerin yanı sıra hekimin hayati ehemmiyeti haiz olabilecek işinden dolayı görüşme yapmayı düşünmedik. Yine bazı hekimler poliklinikte normal tedavi sürerken, acilden sevkli gelen hastalardan dolayı acil müdahale yapması gereken durumlar olabilmekteydi, bu durumlardan dolayı da görüşme yapmamızın zaten sağlıklı olamayacağını düşünerek ayrıldık. Aynı şekilde bir kalp doktorunun önünde sıra bekleyen hastalardan bazılarının anjiyo, by pass gibi ciddi işlemler yaptırmak üzere orada olduklarını gördüğümüzden söz konusu doktora değil de diğer daha az işi olduğunu tahmin ettiğimiz doktorlara yöneldik.

Araştırmanın bundan sonraki bölümünde alanda karşılaşılan örneklerle hekimlerle hastalar arasındaki ilişkiler hakkında bazı ayrıntıları görmek mümkündür.

5. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Bu bölümde sağıktaki temel aktörler olarak, hastane ve hekim yoğunluğu ele alınarak, bunun hastalarla ilişkilerine etkisi araştırılmış, hasta-hekim arasında değişen otorite ilişkileri sorgulanmış, bürokratik düzenlemeler ve bunların söz konusu sürece etkileri ortaya konmuştur. Ayrıca modernleşme ve ileri aşamasında gelişen teknoloji kullanımının hekimliğin hastalarla ilişkilerine etkileri ile iletişim araçları ve hekimlik otoritesinin dönüşümü değerlendirilmiştir.

5.1. Hekimliğe Giriş, Hastane ve Hekim Yoğunluğu

Hastanelerin ön plana çıkması tıp eğitiminin önemini yükseltmiş, iyi bir fakülte eğitimi yanında bilgi ve yetenek ile teknik araç ve gereç kullanımına hakim olmayı gerektirmiştir. İlkçağlarda hasta yatağından başlayarak hastalara uygulamalı olarak ders vermeyi içeren tıp eğitimi günümüzde modern teknolojinin elektronik araçlarla desteklenen uygulamalarının yer aldığı tıp fakültelerine bağlı hastanelerde sürdürölmektedir. Bununla birlikte hekimlik mesleğinin girişine olanak sağlayan sınavlar önemlidir ve ancak bu şekilde bireylerin dikey mobilitelerine başarı sınavlarıyla imkan tanınmaktadır. Yapılan sınavlar sonrasında yeterli görölenler arasından belli bir sıralama ve başarı puanına ulaşmak gereklidir. Bu durum Türkiye'deki tıp fakültelerinin puan ve başarı sıraları açısından ele alındığında da açıkça görölebilir. Çünkü en başarılı öğrencilerin tercihlerinde tıp fakülteleri önemli bir yer edinmektedir. Aşağıda en yüksek puanlarla öğrenci alan üniversiteler kontenjanları ile birlikte verilmektedir. Bu fakülteler için ayrılan kontenjanların tamamı öğrenciler tarafından dolmaktadır.

Çizelge 5.1.2015 Lisans Yerleşme Sınavında En Yüksek Puanlı Bölümler⁵⁷

Sıra	Üniversite	Bölüm	Kontenjan	Yerleşen	Taban Puanı
1	KOÇ ÜNİV. (İSTANBUL)	Tıp Fakültesi (İngilizce) (Tam Burslu)	15	15	537,232
2	BOĞAZİÇİ ÜNİV. (İSTANBUL)	Elektrik-Elektronik Mühendisliği (İngilizce)	77	77	524,348
3	KOÇ ÜNİV. (İSTANBUL)	Elektrik-Elektronik Müh.(İngilizce) (Tam Burslu)	10	10	523,855
4	İ.DOĞRAMACI BİLKENT ÜNİV.(ANKARA)	Elektrik-Elektronik Müh. (İngilizce) (Tam Burslu)	50	50	522,895
5	İSTANBUL ÜNİV.	Cerrahpaşa Tıp (İngilizce)	77	77	521,472
6	KOÇ ÜNİVERSİTESİ (İSTANBUL)	Bilgisayar Müh. (İngilizce) (Tam Burslu)	6	6	516,903
7	TURGUT ÖZAL ÜNİV. (ANKARA)	Tıp (Tam Burslu)	10	10	516,096
8	BOĞAZİÇİ ÜNİV.(İSTANBUL)	Endüstri Müh.(İngilizce)	62	62	515,969
9	ŞİFA ÜNİV. (İZMİR)	Tıp (Tam Burslu)	7	7	514,154
10	HACETTEPE ÜNİV. (ANKARA)	Tıp (İngilizce)	175	175	513,768
11	KOÇ ÜNİV.(İSTANBUL)	Endüstri Müh. (İngilizce) (Tam Burslu)	9	9	511,491
12	BOĞAZİÇİ ÜNİV.(İSTANBUL)	Bilgisayar Müh. (İngilizce)	77	77	511,123
13	TOBB ÜNİV. (ANKARA)	Tıp (Tam Burslu)	10	10	510,584
14	BAHÇEŞEHİR ÜNİV.(İSTANBUL)	Tıp (İngilizce) (Tam Burslu)	7	7	508,579
15	YEDİTEPE ÜNİV.(İSTANBUL)	Tıp (İngilizce) (Tam Burslu)	10	10	507,861

(<http://www.derszamani.net/universite-taban-puanlari-bolumleri-ve-kontenjanlari.html> adresinden 21.10.2015 tarihinde erişilmiştir.)

⁵⁷ Not: Üniversitelerin bölümlerinin Matematik-Fen alanındaki taban puanlarıdır.

Görüldüğü gibi tercihlerde en yüksek puanla öğrenci alan ilk 15 bölümden 8 tanesi tıp fakültelerinden oluşmaktadır. Eğitim süresi uzunluğuna rağmen öğrenciler tarafından en çok tercih edilen fakülteler tıp fakülteleri olmuştur. Ayrıca özel üniversitelerin daha çok rağbette olduğu da tablodan anlaşılmaktadır. Buradan özel üniversitelerin modernizasyona daha önem vererek teknolojik araçlarla donanmış imkanlar sunmasının öğrenciler için cazibeyi artırdığı düşünülebilir.

Toplum ve insan sağlığı hiçbir zaman ihmal edilemeyecek ve ertelenemeyecek hayati bir değer olarak ön planda tutulur. Kişilerin sağlıkları açısından her türlü olanaklar ve maddi unsurlar feda edilmeye hazırdır. Tüketim toplumlarında sağlık ihtiyacı da önemli bir tüketim unsurudur. Hastaneler bu hizmetin hem üretildiği hem de tüketildiği yerler olarak kabul edilir. Tüketime dayalı bir sağlık anlayışının yaygın olması ve hastaların bir takım haklara sahip olmalarına rağmen doktorların gözle görünür bir takdir gördüğü ifade edilmektedir (Mulcahy, 2003: 28). Hekimlerin mesleğe başlamalarının ilk aşamasında önemli bir seçicilik söz konusudur. Öncelikle ilk adım olarak tıp fakültelerinde okuyabilmek için üniversiteye giriş sınavlarında ciddi bir başarı göstermeleri gerekir.

Hekimlik mesleği çok zorlu bir sınav eğitim süreci ile kazanılmasının yanında uzmanlığı da güç bir çalışmayla sağlanmaktadır. Ayrıca her hastanenin donanımı da hekimlerin tedavi yapabilmelerini sağlayan teknik imkanlar yönüyle yeterli olmayabilir. Bundan dolayı özel üniversitelerin donanımlarının fazla olması tercihleri etkileyebilmekte, önceki otoriteleri değiştirmektedir. “Rakiplerinin ve meslekten olmayanların bilgi düzeylerindeki artış profesyonel mesleklerin sınırlarını zorlasa bile bu meslekler zaman içinde gücünü yitirmeyecek biçimsel bilgilerinin hiç değilse önemli kısımları üzerindeki tekelleri ellerinde tutacaklardır.” (Freidson,1984/2010). Böylece süregelen bir elit sınıfının söz konusu olabileceği, toplum içindeki statü üstünlüklerini yeniden üreten bir mesleki ayrıcalık söz konusu olabilir.

Doktorların hemşireler, teknisyenler ve diğer yardımcıları üzerindeki hiyerarşik otoritesi, sosyal otoritedir; doktorlar onların eylemlerini düzenlemeyi amaçlarlar. Doktorlar hastalarına açıklama ve tavsiyeler verdikleri için sosyal otoriteyi tecrübe ederler. Fakat doktorlar hastalarına herhangi bir tavsiye vermezden önce onların koşullarını tanımlamak ve değerlendirmek zorundadırlar.

Hastalar doktorlarına sadece öğüt almak için danışmaz, gerçekten hasta olup olmadıklarını ve semptomlarının ne anlama geldiğini de bilmek isterler. “Benim neyim var doktor? O ciddi mi?” diye sorarlar. Kültürel otorite bu anlamda eylemden önce gelir. Semptomları ve belirtileri yorumlamak, sağlığı ve hastalığı teşhis etmek, hastalıkları isimlendirmek, tedaviyi teklif etmek otoritesi hekimin varsayabileceği bir sosyal otoritenin kurulmasıdır. Hastaların kendi deneyimlerini anlamalarını şekillendirmekle doktorlar onların gördüğü doğru tavsiye üzerinde koşulları oluştururlar. Doktorların kültürel otoriteleri sosyal otoritenin önüne geçebilir. Verilen tavsiyeler yerine getirilmeyebilir. Otorite tavsiyeden daha fazlası, emirden daha azı olarak ifade edilir (Starr,1982:14).

Yıllar boyunca gerek nüfusun artması, gerek nitelikli hizmetlerin değişmesi, gerekse hastalıkların çeşitlenerek tedavi hizmetlerinin farklılaşması sonucunda hastanelerin sayısı kadar hekimlerin de sayılarının artması söz konusu olmuştur. Sağlık hizmetlerinin diğer toplumsal hizmetlerden ayırıcı özelliği; hizmetin, bu alanda eğitilmiş ve özelleşmiş elemanlar ile ve belli kurumlar tarafından sağlığın sürdürülmesi ve ya tedavi edilmesi amacıyla yürütülen hizmetlerden oluşmasıdır. (Aydın,2002: 1) Tıpta uzmanlaşma vücudun hacim ve alt alana bölünmesi üzerinde tıbbi görevin kendisine bir yükleme söz konusudur (Armstrong,2002;52). İşte uzmanlık arttıkça sağlık sektöründeki çalışanların statüsünün farklılaşmasına neden olan bir anlayış yaygınlaşmaktadır. Sağlıkta görev alan personellerin sayıları ve ondaki değişim bu alandaki talep ve arz yoğunluğuna işaret etmektedir. Aşağıdaki izelgede on yıl aralıklarla değişen hekim ve diğer sağlık personel sayıları gösterilmektedir.

Çizelge 5.2. Türkiye’de Yıllara Göre Değişen Sağlık Personel Sayıları.

Yıllar	Hekim	Diş hekimi	Hemşire	Eczacı	Ebe
1930	1182	-	202	114	400
1940	1500	-	405	129	616
1950	3020	-	721	130	1385
1960	9826	1367	2420	1406	3126
1970	15856	3245	8796	3011	11321
1980	27241	7177	26880	11379	17197
1990	50639	10514	44984	15792	30415
2000	85242	15906	69550	21927	41594
2010	123447	21432	114772	26506	50343

(www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=1612. Adresinden 21.05.2015 tarihinde erişilmiştir.)

Görüldüğü üzere başta hekim ve diş hekimleri olmak üzere sağlık personel sayıları gittikçe yükselmiştir. Bununla birlikte son beş yılda hekim başına düşen kişi sayısı ve hekimlere müracaat sayıları da önemlidir. Aşağıda 2009-2013 arası hekim ve hekime müracaat sayıları yer almaktadır.

Çizelge 5.3. Hekim sayısı, hekim başına düşen kişi sayısı ve hekim başına hasta müracaat sayısı

Yıllar	Hekim Sayısı	Hekim Başına Düşen Kişi Sayısı	Hekim Başına Düşen Hasta Müracaat
2009	118641	612	4447
2010	123447	597	4367
2011	126029	593	4850
2012	129772	583	4791
2013	133775	573	4712

(www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=1612 21.05.2015 tarihinde erişilmiştir.)

Görüldüğü üzere 2013 yılı itibariyle 573 kişiye bir hekim düşmekte, hekim

başına müracaat sayısı ise ortalama 4700'lerde olmaktadır. Bununla birlikte hekimlerin uzmanlık alanlarına göre müracaatlar değiştiğinden ve hastaların son çıkan yasadan dolayı hekim seçme hakları geldiğinden belli hekimlere yığılmanın çok daha yüksek olduğu tahmin edilebilir.

Kızım doğuştan gözlerinden problemlili olarak dünyaya geldi. Doktorlar “bunun tedavisi olamaz” demişlerdi ilk gittiğimizde. Hatta ilk gittiğimiz hastane ve ondan sonra görüştüğümüz doktorlar kestirip attı. Çok da ürkütücü bir ifadeyi pervasızca söylediler: “Bu çocuk göremez, körlüğe mahkum”. Neyse farklı yerlerden göz doktorları araştırdık. Doktor doktor dolaştık. Ücretini peşin ödeyip randevu aldığımız bir doktor, muayene için gittiğimizde bizi odaya alan sekreteri fırçaladı. Bu adamları ne diye aldın diye. Sonra şöyle bir muayene edip “benim hemen çıkmam lazım” dedi ve alelacele ayrıldı. Öylece kalakaldık, hayır adama “biz şimdi ne olacağız?” diye bile sormadım. Bırakıp gitti muayeneyi (HST. 4).

HST. 4'ün tecrübesinde, karşılaşılan problem hekime kendini ifade edebilme noktasında bir ‘ tıkanma ‘ yaşadığını, aslında bilişsel olarak ifadesi olağan bir problemin ne denli “*gündeme getirilemezliğe*” dönüştüğünü göstermesi açısından ilginçtir. Bunun yanında hekimin yoğunluğundan kaynaklanan bir problemi hastanın üzerinden yansıtarak, ifade edilmesi kendini merkez olarak ifade ederek yaklaşması dikkatlerden kaçmamaktadır.

Hekimlerin çalışmalarını yaparken yoğunluktan kaynaklanan bir tükenmişlik hissi yaşamaları da ortaya çıkan önemli bir sorundur. Bu durumda hastalarla olan diyaloglarında, tedavinin kalitesinde çok çeşitli problemlere yol açabilmektedir. Bu bağlamda hastadan çok hastalıkla ve öznenen çok ‘vaka’ ile karşılaştıklarını düşünen hekimlerin sayısı artmaktadır.

İşin yoğunluğu bir müddet sonra duygu durum değişikliğine yol açabiliyor. Mesleği icra ederken çalıştığımız yoğun tempo. Bazen düşünüyorum, Bazen üzerimizde duygusal etkisini hissedip problem yaşıyoruz. Her şeyden önce ev ve işyerinde dört duvar arasında geçirilen bir çalışma durumu var. Bu bizi etkiliyor, ben hissediyorum. Ankara’da yaşıyoruz, çok doğal ortamın olmadığı bir yerdeyiz. Hissettiğim zaman ki bu yaklaşık iki ayda bir oluyor, kendimi izin alarak şehir dışına atıyorum. Bunu yapmazsam, bir yorgunluk problem oluştuğunu hissediyorum. Çünkü bir ağırlık, bir yük hissediyorsunuz, kendinizi rahatlatmanız gerektiğini hissediyorsunuz, ben bir hekim olarak bu çalışmanın sıkıntılarını hissediyorum, farkına varabiliyorum. Varınca da elbette bunu giderecek yollar arıyorum. Bir doyumluk, yorgunluk hissediyorum, tahammül sınırlarım aşınıyor, asla hastaya bağırıyorum ama sinirlerimin yıprandığını hissediyorum. Bağırmadığım için de kendi kendime yaşıyorum bu sıkıntıları (DR. 10).

DR. 10 ise tam tersi yaşadığı problemi kendi iç dinamikleri ile çözmeye çalışmakta, kendi geliştirdiği farkındalık anlayışıyla sınırlarını zorlamaktadır. Foucault zamanın yoğunlaşmasına şu şekilde değinmiştir;

Zaman tüketiminde de maksimum yarar hedeflenir. Sanki zaman bizzat kendi işleyişi içinde tükenmezmişçesine en küçük anın kullanımının yoğunlaştırılmasının peşinde

koşmanın gerektiğidir; veya sanki en azından giderek ayrıntılı hale gelen bir iç düzenlemeyle, en yüksek hızın, en yüksek etkinlikle birleştirilebileceği ideal bir noktaya yönelinebilirmişçesine zamanın yoğunlaştırılmasına çalışmanın gerektiğidir (Foucault 1975/1992: 191).

Hekimlerin tedavi sürecinde böyle bir yoğunlaşma ve sıkı bir çalışma temposu söz konusudur.

Zaman problemi yaşıyoruz. Baskı hissediyoruz, zaman anlamında. Kısa bir süre içerisinde çok şey yapmamız bekleniyor (DR. 7).

Aynı şekilde hekimlerden DR. 12, DR. 14, DR. 8 ve DR. 11 de bu şekilde yoğun çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

5.2. Hasta ve Hekim İlişkisi

Hastaların hekimlerle ilişkisi, hastalık belirtilerinin ortaya çıkmaya başlaması ve bunun giderilme biçiminin bireyin kendi deneyimiyle mümkün olmadığını anladığı herhangi bir andan itibaren söz konusu olmaktadır. Hastaların hekimlerle ilişkisinde öncelikle muayene sırasındaki yüzyüze etkileşimin ele alınması gerekmektedir birlikte, bu ilişkileri belirleyen, hekimin bilgisi, kullandığı teknik dilin etkileri, tedavi kararlarının alınışı, tedavi konusunda hastalardaki bilinçlenmenin bu iletişime yansması, farklı tedavi anlayışlarından kaynaklanan sorunlar, hastanın psikolojisine duyarlılık, tedavide bilgilerin saklanması, yapılan işe duyulan saygı ve tedavi sağlayıcıları olarak hekimlerin iletişim üzerine eğitimleri konuları çerçevesinde değerlendirilmiştir.

5.2.1. Muayene sırasında hastaların hekimlerle etkileşimi

Hekimlerin hastalarla olan otorite ilişkilerinde ne yönde değişim olduğu sorgulandığında farklı tablolarla karşılaşılacaktır. Bu bağlamda hem hekim yönüyle, hem de hastanın bakış açısıyla incelendiğinde kararların alınışının ne şekilde gerçekleştiğini karşılaştırma imkânı doğmaktadır.

Zaman anlamında anestezi doktorları kısmen diğer hekimlere göre rahat olduklarını söyleseler de yine de hemen hemen tüm doktorlarda yoğunluktan dolayı çeşitli sıkıntılar yaşanmaktadır.

Hekimin hekimlik eğitiminde biri teknik ya da bilimsel odaklı, diğeri ise insan odaklı iki parametre vardır. Bunların her biri hastayı değişik yönleriyle görüp değerlendirmeyi sağlar (Koptagel-İlal, 2013). Nesneleştirme olgusunun özellikle

hastalığa odaklanması sonucu gelişen bir süreç olduğunu söyleyebiliriz.

Eğer teknik görüş açısı ağır basıyorsa, hasta hekim için sadece belli bölümleri bozuk olan veya doğru işlemeyen bir biyolojik organizmadır. Eğer eğitiminde hekimlik çalışmasının insanlık yanına da ağırlık verilmişse, bu insan yönelimli bir eğitim olur ve hekim, karşısındaki hastayı değer ölçüleri, umutları, güçlü ve zayıf yanları, yetenekleri ve yetersizlikleri olan bir insan, bir kişi olarak görebilmeyi öğrenmiş bulunur. Bu insan-yönelimli tutumunda teknik bilgilerini de kullanarak hastasına yardımcı olurken, hekim aynı zamanda her seferinde kendini de yeniden algılar (Koptagel-İlal, 2013).

Hekimler hastalarla iletişimi tedavinin yararlılığında genel olarak vazgeçilmez kabul edilmektedir. Bu bağlamda hekimin hastaya ismiyle hitap etmesi, selamlaması, kaba olmaksızın sıcak, arkadaşça davranması gibi olgularda son yıllarda bazı değişikliklerin yaşandığı belirtilmektedir.

Yeni doktorlarla daha iyi, insaniyetli, aralarında artist tavırlılar yok. Eski doktorlar artistti. Eskiden ikinci soruyu soramazdık; korkardık, zaten korkudan gidemiyorduk ki, en fazla birkaç kez gidebilirdik zaten. Soruyoruz, zaten epeyce fırça yiyoruz. O fırçadan sonra gardımız düşerdi. Doktora ilaçla ilgili bir soru soracağız, ilacı aç karnına mı tok karnına mı içeceğiz? “Ya onu da eczacıya sor! Şimdi beni meşgul etme!” “Niye hasta oldun”, “kendinize bakmıyorsunuz, çalışıyorsunuz”. Sanki hastalık bizim suçumuz, e olduk işte, ne yapalım hastalandık elimizde değil. Şimdi doktor seçme hakkın da var, beğenmiyorsa zaten gitmiyor insan. Yok eğer mecbur kalırsa belki. Bu yeni Türkiye’nin özelliği tabii. Eskiden doktora değil, kapıcıya bir şey diyemezdik. Hele neden böyle yaptınız desek bizi hastanelerden içeri sokmazlardı, şimdi ise kişiler haklarını isteyebiliyor (HST. 12).

HST. 12, sağlıkta yapılan son düzenlemelerin hasta-hekim ilişkisinin farklılaşmasındaki rolünü etkisini ifade etmektedir. Bu anlamda HST. 12’nin “*eskiden doktora değil kapıcıya bile bir şey diyemezdik*” ifadesi hasta hakları, hekim seçme kanunlarındaki düzenlemelerin otorite dönüşümünde önemli rol oynadığı, hekimlerin mutlak güçlerindeki aşınmayı göstermektedir. HST. 2 de hekimlerin yaklaşımlarının son yıllarda daha olumlu olduğunu ifade etmektedir:

Son yıllarda daha olumlu yaklaştıklarını söyleyebilirim. Yalnız hâlâ biraz soğukluk hissediyoruz. Oysa daha öncesinde çok daha soğuk davranıyorlardı (HST. 2).

Bununla birlikte hekimlerin muayenenin gidişatını anlatmaları ve tedavinin aktif dönemindeki açıklamalarının hastalara iletimi de çok önemli görülmektedir.

Doktor, tedavi ve muayene sürecinde samimiydi, genel olarak iyi davrandı. Rahatlıkla kendimi ifade edebildim. Benzer rahatsızlıkları olan insanlarla ilgili deneyimi belliydi. Mesela “kaç yastıkla yatıyorsun, yorgun kalkıp kalkmadığım, şu sıkıntın var mı yok mu?” gibi sorularla bende olan rahatsızlıkları anladığı izlenimi oluşmuştu. Mesela benim rahatsızlığımda gece uyurken solunumumun 30 saniye kadar durması söz konusuydu ve riskleri vardı (HST. 9).

“*Bende olan rahatsızlığı anladığı izlenimi oluştu*” ifadesi hastanın hekime

güven için belirli bir eşiği yansıtmaması açısından önemli bir göstergedir. HST. 2 ise bir açıklama oluşundan ama bunun yeteri derecede anlaşılır olmadığından yakınmaktadır:

“Şu ilacı kullanacaksın, 4 ay sonra geleceksin, diyor. Şöyle demiyor, kullanacan, şunlar olunca bırakacaksın, tedaviyi keseceksin yok böyle bir şey! (HST. 2).

“İki yıldır kemoterapi tedavisi görüyorum. Önce bir üniversite hastanesinde tedavi gördüm, sonra araştırma hastanesinde tedavimi devam ettiriyorum. İlaçla tedavi oldukça ağır ama doktorların tavırlarından oldukça memnunum. Her iki hastanede de olağanüstü nezaketli davrandılar, tedavim sürecinde hep moral verdiler. Benim rahatsızlığın temeli moral. Psikolojik olarak iyi hissetmeye dayalı çünkü tedaviler. Sağolsun hekimlerimden bundan dolayı memnunum, bana “çok iyiye doğru gidiyorsun”, “çok olumlu devam ediyor” gibi sözleri oldukça katkı sağladı (HST. 29).

Aynı şekilde HST. 29 hekimlerle tedavi sürecinde pozitif iletişimin iyileşmeye olan katkısını dile getirmektedir.

5.2.2.Hasta-hekim arasında bilme mesafesi

Hekimin alanındaki uzmanlığın yanı sıra meslek hayatındaki tecrübeleri de hastalıklara bakışının hastadan farklılaşmasına neden olan üst düzey bir güç sağlar. Hasta ise çoğu kez ilk kez ya da nadiren karşılaştığı sağlık probleminden dolayı kırılgandır. Doktor hastadan daha fazla güce sahiptir, özel bir konuda doktor hastadan daha çok bilgiye sahiptir, hasta anlaşılır bir şekilde daha kaygılıdır, doktor daha çok sorumluluğa sahiptir, doktor tehlikeye karşı hazırlıklıdır, hasta değildir, doktor temel kuralları bilir, hasta bilmez (Korsch ve Harding, 1997: 3). Yani orantısız bir bilgi düzeyinden kaynaklanan tıbbi iletişim süreci hastayı belirsizlik ve kaygıya sürükleyebilmektedir. Medikal ortamın kendisi, açık, etkili ve müşterek olarak tatmin edici iletişim için temel birçok engeller ortaya koyabildiği gibi birçok küçük yanlış anlama her iki tarafta memnuniyetsizlik yaratacak zaman kaybı ve sonucunda da ters şekilde etki ortaya çıkarır (Korsch ve Harding, 1997: 3). Aşağıda bir hastanın yaşadığı deneyim ve hekimlerle iletişim konusunda yaşadığı sıkıntılar dile getirilmektedir:

“Hastaneye bir ameliyattan dolayı yatmam gerekti. Sırtımdan 7-8 santimetrelilik kesim yapılarak ameliyat gerçekleştirilecekti. Doğrusu hastanede yakınlarım moral veriyordu, hastabakıcılar da muhabbet ediyor, destek olabilecek ifadelerde bulunuyorlardı. Ameliyathaneye indiğimizde ameliyat aletleri, kesim ve diğer işlemler için aletler hazırlanıyordu, makineler, ışıklar vesaire, doktor asık bir yüzle karşıladı beni, hiçbir şey söylemedi, bi şeyler yapılacaktı, vücudumda göremediğim bir yerden, ancak açıklama yok, bana ne yapılacağını işlemler sırasında söyler misiniz dedim, iğne vesaire. Doktor alaylı olarak güldü. Bunda bi şey yok, ilk defa sizden böyle bir talep geldi, çok korkak gözüküyorsunuz, neyse söyleyeyim dedi. Kendimi çok kötü hissettim, aşağılanmış gibiydim. Doktor işlemler sırasında açıklama yaptı ama beni de kırdı tabii (HST. 25).

Etkileşim sırasında “*çok korkak gözüküyorsunuz*” ifadesi, hastanın kaygı ve belirsizlikten kaynaklanan sorgulamalarının anlamsız olduğunu beyan eden sözler doğrudan bireyi tanımlayan bir damgalama eylemidir ve hastayı “suçluluk” durumuna düşüren bir belirlemedir. Bununla birlikte hekim iletişimde aktif olan taraf olmasından dolayı hastayla olan duyarlı, açık ve yargısız iletişimi hasta tedavisinde yararlı olabilmektedir. Bunun örneğini aşağıda görmek mümkündür.

Diş rahatsızlığı ile bu özel diş hekiminin muayenesine geldim. Teknik imkânların oldukça iyi olduğunu söyleyebilirim. En çok hoşuma giden nokta ise diş doktorunun işlemler sırasındaki açık ifadeleri oldu. Öncelikle bakın şimdi iğne yapıyorum, şöyle hissedeceksiniz. Sonra şu an kanal tedavisi yapacağım, kanal tedavisi şöyle oluyor, şu nedenle ihtiyaç duyuluyor, yaklaşık beş dakikalık daha işlemimiz kaldı, canınız şurada biraz yanabilir ama çok uzun sürmez, ağrınız fazla olursa söyleyin, gibi ifadeler beni oldukça rahatlatmıştı. Ne olduğunu biliyordum ve rahattım, ama her hekim bu şekilde değil, kesinlikle değil! (HST. 36).

Hastanın özeldeki teknik imkânlardan daha çok hekimin tedavi sürecindeki eylemlerini ön plana çıkarması anlamlıdır. HST. 36, önceki örnektekinin tam tersi bir etkileşim süreci örneğini göstermektedir. Hastanın tedavisinin devam ettiği sürede bedeninde uygulanan biçim ve uyarım değişimlerinin kendisine açıkça ifade edilmesinden dolayı rahatlamış olduğu “*ne olduğunu biliyordum ve rahattım*” söyleminden anlaşılmaktadır. Hekimin dili hasta tedavisinde işlevsel etki yapabilmektedir. Benzer bir durumu HST. 9’un ifadesinden de anlamak mümkündür.

Doktor muayene etti ve bir şema çıkardı. Karın bölgesini gösteren iki tür ameliyat olduğunu söyledi. Birincisi tüp koymaktı. Bana önerdiği ikinci ameliyat Gastrit- By- pass yöntemi idi. Bu rahatsızlığın aslında çok zor olmadığı, insanların kolayına giden çoğu ameliyattan, daha kolay olduğunu, mesela safra kesesi ameliyatı riski kadar bir riskin olabileceğini söyledi, beni bu ifadeler rahatlatmıştı. Sonra bu ameliyatın birçok şikayeti ortadan kaldırdığını, şekeri, reflüyü yok ettiğini söyledi. Şu ana kadar başarısız bir ameliyatının olmadığını söyledi (HST. 9).

Görüldüğü üzere hastanın tedavi sürecinde rahatlaması, karşılaşacağı “riskin düzeyinin” açıklanması ile doğru orantılı olarak gerçekleşmiştir. HST. 4 ’ün göz tedavisi sırasında yaşadıkları hem ilginç, hem dramatiktir;

Ankara’ya şehir dışından geldim, bir göz doktoru ismi verdiler, profesör. Kendisinin Türkiye’de hatta dünyada sayılı doktorlardan olduğu söylendi. “Gözün altın çocuğuymuş.” Lakabı böyle. Adama soru bile sormadık, hastamızın durumunu sekreterden sorup öğrenebildik. Prosedür böyle dediler, tabii öncesinde binlerce liralık muayene ücretini ödeyip randevu almıştık. Üniversite hastanesinde görevliydi. O bu hastalığı tespit etti. En azından tedavi edebilecek biri önerdi. Kısmen de olsa görebilme ihtimaline sevinmiştik. Diğer profesör daha insancıl davrandı. Bir süre sonra ameliyat olacaktı. Geceden yemek yememişti kızım. O sabah 09.00’da ameliyat olacakken 15.00’e kadar bizi ameliyat için beklettiler. Çocuk aç, 3 yaşında. Düşünün aklıktan

kıvrıyor. Doktorlar “vicdan” diye bir şeyi taşımadıklarından hiç önemsemiyorlar. Çocuk perişan oldu. Onlar için hava hoş.. Muayenede de çok sert davrananlar oldu. Çocuğa, “şöyle yap, makineye bak” diye bağıyor. Çocuk ne bilsin.! Neyse bilgisi yüksektir, şifa vesilesi diye ses çıkaramıyoruz (HST. 4).

Burada HST. 4’ün hekimlere geliştirdiği yargı, tedavi sürecinde hastanın fizyolojik ve insani yönden dikkate alınmayışının sonucunda kendini gösteren “*vicdan taşımama*” söylemiyle ortaya konmuştur. HST. 4 burada hekimi duyarsızlıkla bütünleştirerek ahlaki bir ilkenin mahrumiyetiyle ifade etmekte, hastaya değil hastalığa odaklandıkları gerçeğini dile getirmek istemektedir.

Hekimlerin kullandığı bazı kelimeler ürkütücü olabilir; terminal aşama, kalp cerrahisi, kalp lejyonları, romatik fever, anormal, antijen vücut reaksiyonları gibi (Korsch ve Harding, 1997: 3). Bununla birlikte sadece konuşulan dil değil beden dilinin de hasta etkileşiminde önemi olduğu tartışılmazdır.

Hastanenin yatan hasta servislerinden birinde tedavi gören bir hastanın ifadelerinde de bu örneğe rastlanmaktadır:

Her günkü gibi vizite saatinde yaşananlar değişmedi. Uzman doktor, çevresinde kalabalık bir grup doktor ordusuyla içeri girdi. Ve sırayla bizlere yöneldi. Tabii ki başucumuzdaki kayıtları tutulmuş defterlere, içindeki sonuçlara. Sonra konuşmaya başladılar. Tipik bilmem ne vakası.. Bir şeyler bir şeyler, anlattılar. Ne anladınız dersiniz hiçbir şey. Çünkü Türkçe konuşmuyorlardı, açıkçası ayrı bir dünyanın lisaniyla bir şeyleri saydılar, döktüler gittiler, o kadar. Doğrusu kendisi hakkında bu kadar konuşulup da konuşulandan haberdar olamamak çok kötü bir deneyim! (HST. 24).

Hastanın “*kendisi hakkında konuşulup da bir şey anlamama*” ifadesi aynı şekilde hastalığa ve onun teknik diline odaklanıp insanın tali olarak ele alınmasına, bir bağlamda nesne gibi konumlanmasına da bir tepki olarak okunabilir. Bu durum Foucault’nun insanı nesneleştiren bir iktidar yapısını vurgulayan görüşüyle uyumludur; Beden yeni iktidar mekanizmalarının hedefi haline gelirken kendini yeni bilgi biçimlerine sunmaktadır (Foucault, 1975/1992: 192).

HST. 11’in bakımı ile ilgilenen oğlunun ifadesinde ise anlaşılma probleminin tedavinin sürecine belirleyici etkisi şöyle dile getirilmektedir:

Doktorla değil ama doktorun yönlendirdiği sağlık görevlileri ile problem yaşadık. Fizik tedaviler çok tahammül göstermiyorlardı. Bir ifadeyi ikinci kez soramayacağımız tarzda konuştuğu için açıklama söz konusu değildi. Annem yaşlı biri. Hatta bir defasında annem açıklamasını isteyince azarlar gibi daha sert ifadelerle söyledi. Fizik tedavi alıyordu. Tam denilenleri anlamadı. O da her şeye evet dedi. Üzüldü, kendini tedavi sırasında oldukça kötü hissetti, anlamadığı yerde cevap veriyordu, anlamadan cevap veriyordu, tepki almamak için. Yüz ifadelerinden üzüldüğü anlaşılıyordu. Çünkü soru sorunca tepkiyle karşılaşıyordu. Bu rahatsızlığı duymamak için otomat cevaplar

verdi, geçti (HST. 11'in yakını).

Burada “otomat” cevaplar verdi geçti ifadesi, bilinçli, iradeyle ortaya konmaksızın verilen yanıtları göstermektedir. Aynı şekilde “sorunca tepkiyle karşılaşıyordu” ifadesinde de fizyoterapi görevlisinin hastaların taleplerine programlanmış bir tepkiler verdiğini göstermektedir. Görevli karşı taraftan gelen talebi tehdit gibi algılayarak standartlaşmış tepkilere uymayan yaklaşımlara karşı çıkmaktadır. Bu durumun sonucunda da tek yönlü iletişimi temel alan bir rutinin gerçekleşmekte olması problemi doğmaktadır.

Hekimlerin teknik dili ile ilgili HST. 2'in ifadesi şöyledir;

Hekim, mesela hastalığının türünü söyledi: “Papilla” olan benimkinin türünü söyledi, sonra da açıkladı. Terim olarak bildiğim bir şey değildi ama ne olduğunu belirtti (HST. 2).

5.2.3.Hekimlerin teknik dille ilgili yaklaşımları

Modernleşme ile birlikte gelişen teknolojik imkanlar mesleklerin kavramsal kullanımına da etki ederek, bazı yeni süreçler doğurmaktadır. Teknoloji o zamana kadar kullanmadığımız yeni terimler ortaya çıkardığı gibi radikal teknolojik değişiklikler eski terimlere yeni anlamlar yüklerler (Postman, 1993/2013: 13). Tıp mesleğinde ortaya çıkan anlamlar ise zaten karmaşık olan dile teknolojiyle birlikte eklenen daha yeni tekniklerin soğuk ifadeleriyle oldukça itici karaktere bürünebilmektedir.

Bence işimizi yaparken en büyük sıkıntı iletişimde. Benim ne bildiğim değil karşıdakinin ne anladığı önemli. Bence bunu anlayan hastada sorun yok. Yani hastaya anlattığınız dil belli. Anlamıyorsa yapacak bişey yok. Ben anlatırım, elbetteki anlayamıyorsa tıkanıp kalıyoruz açıkçası. Tedavide gelişme olmuyor böylece (DR. 6).

DR. 6'nın “ben anlatırım” ifadesi aksi halde “tedavide gelişme olmuyor” söylemi tedavinin bir koşulu olarak asgari bilgi düzeyinin de hastadan beklendiğinin, bunun sağlıklı bir tedavi için gerekli addedildiğinin göstergesidir. DR. 2, daha çok teknik dille ilgili sıkıntılarda doktorun işlevinin önemli olduğunu vurguluyor;

Tıbbi, latince terimlerden hekimler olarak özellikle kaçınmalıyız. Yalnızca hastalık isimleri olarak bu terimler kullanılmalı. Hastalık isimlerini çok fazla Türkçeye uydurmamalı, Romatizma benzeri var deyip hastalığı hastanın kafasına sokmamalı. Şeker, tansiyon, kalp... vb rutin hastalıklarda tamamen anlayabileceği dille, Türkçe

anlatmaya çalışıyoruz, yaklaşıyoruz. Hatta üç yaşındaki çocuğa anlatıyor gibi anlatıyoruz. Üç yaşındaki kişi diyorum çünkü, o kişi hiçbir şekilde eğitim almamış olabilir. Her türlü eğitim seviyesinden hastalarımız var. Üniversite mezunlarının bile tıbbi seviyede bilgileri olmadığı için ilaç kullanımını açıklamak gerek. Kesin ve net kelimelerle ifade etmek gerekiyor. Bak bu ilacı devamlı, her zaman ömür boyu kullanacaksın diyoruz. Bazen hastalar ilaç bitince tedavi biter diye düşünüyorlar. Defalarca söylüyoruz. Hap bitince yapı paydos yok yani diyoruz. Hap bitince tedavi devam ediyor yani. Devamlı uyarıyoruz (DR. 2).

Hekimin “3 yaşındaki çocuğa anlatır gibi anlatıyoruz” ifadesi tüm herkesi asgari standartta buluşturmaya çalışıyoruz anlamında kullanılarak amacın tedavinin doğru algılanmasını sağlama adına olumlu bir söylem olarak görülebilir. Bununla birlikte “tıbbi terimler kullanmaktan kaçınmalıyız”, ifadesinde hekimlerin bu terimleri tedavi süreçlerinde kullandıklarını ve yaşanabilecek olumsuz durumlarında söz konusu olduğunu göstermektedir. DR. 1 ise kendisi açısından bunun sorun olmadığını, tecrübesine bağlayarak ifade etmektedir.

Hayır. Ben tecrübeli bir doktorem. Hastamın anladığı dilden konuşurum., hastalığı ile ilgili durumları Türkçeye çevirerek anlatırım (DR. 1).

Şimdi çok bilen hastalar var, bazen internetten veya çevreden bazı sözcükler duyuyor. Okajettir, Gastrittir, duadenittir vs. Onlara karşı bazen kılıcınızı çekip konuşuyorsunuz ki hasta yerini bilsin. O zaman kullanıyorum. Ama hasta zaten tedavi olmaya gelmiş, ona göre konuşuyorum. Onun anlayacağı dille basite indirgenmiş kelimeleri kullanıyorum. Tamirci ise bilmem neredeki civatanın yıpranmasından örnek veriyor, onun anlamasına yardımcı olmaya çalışıyorum, Latince'den Türkçeye çevirerek anlatıyorum, kendi hayatından örnekler vererek açıklamalar yapıyorum (DR. 10).

DR. 10 hastanın tedavi sürecindeki durumu anlatma adına açıkça çok ciddi gayret sarf edilmesi gerektiğini vurgulamıştır Bunun yanında “hasta yerini bilsin” ifadesi hastanın süreç içerisinde hekimin rolünü almasına bir tepkisi olarak okunabilir. Buna karşılık kendisinin de diğer teknik terimlerle cevap verdiğini belirtmesi hekimin gücünü gösterme gereği duyduğuna işaret etmektedir. Ayrıca DR. 10’un “kılıcınızı çekip konuşuyorsunuz ki” söylemi hastalarla aslında güç mücadelesi durumunun da zaman zaman söz konusu olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Teknik dil kullanılıyor, yaşanıyor ama bunun önüne geçemeyiz. Mesleğin gerektirdiği kelimeyi kullanmak zorundayız. Onlar (hastalar) gayret sarfetmeli (anlamak için) (DR. 13).

DR. 7 burada sorumluluğu hastaya yükleyerek “onlar gayret sarfetmeli” ifadesiyle kendi hekimlik etiğine ilişkin yapması gerekenleri sınırlandırmıştır.

Bazen farkında olmadan teknik diller kullanıyoruz. İşimiz doktor ve hemşireler arasında,

kopuyoruz bazen, yine de elimizden geldiğince yardımcı oluyoruz. Sonuçta 17 yaşından beri tıp mesleği ile bütünleştik. 9 yıldır iç içeyiz. Genel bilgiymiş gibi kullanıyoruz. Karşımızdaki insanı zor duruma düşürmek istemiyoruz ama elimizden gelmiyor, aklımızdan çıkıyor, karşımızdaki kişinin anlayamayacağı noktasından çıkıyoruz bazen (DR. 14).

DR. 14'ün “17 yıldan beri tıp mesleği ile bütünleştik” söylemi meslekte belirli bir süre sonra standartlaşmış tıbbi söylemlerle iç içe oluşun ve bunun eyleme yansımalarının bir ifadesini göstermesi açısından önemlidir.

Teknik dilden dolayı sıkıntılar olabilir. Tam ifade edemiyor, Ama şu aslında doğru olan, herkes birbirine saygı duyacak, öğretmen, doktor, çöpçü. Herkes birbirinin mesleğine saygı duyacak. Herkes kendini düşünüyor, şunları alacağım falan diyor, hep bana rabben, kimsenin kimseye güveni de kalmadı (DR. 5).

DR. 5'in “kimsenin kimseye güveni kalmadı” söylemi belirsizlik çağında yaşanan güven probleminin devamlılığına, ayrıca egoizmin yaygınlığından yakınmaya işaret etmektedir. Aynı zamanda hekimliğin güven ve otoritesinin de tartışılmasının ve bundan duyulan rahatsızlık durumu da söz konusu ifadeyle anlaşılabilir.

HST. 12'nin tedavi sürecinde karşılaştığı bilememe durumu ile ilgili düşünceleri şu şekildedir:

Babam eve geliyor, bir gün boyunca yatmış. Doktora götürdüğümüzde bu kalp krizi geçirmiş dedi. Biz bilmiyorduk, dedik, doktor farkında olmamışsınız dedi. Olay babamı üzmüş, zaten babamın yüzünün güldüğünü hiç görmedik, hep hüznüldür. Özel hastanelerde de muayene ettirme gereği duyduk. Aynı şeyleri onlardan da dinledik. Kalp zayıf çalışıyor, dedi, buna bağlı olarak beden de beslenememiş, zayıf kalmış. Şimdi doktor baktı, tüm tahlilleri normal dedi. Tüm konsültasyonlar yapıldı. Hatta en sonunda psikiyatri bile baktı. Biz başka yerlere götürsek diye düşünüyoruz. Ama imkanlarımız olsa da buna gerek yok dendi. Tedavi olacak bir durum da yok dendi. Bilinmeyen bir durum, daha doğrusu tanı yok, yapacak da bir şey olmuyor. Doktorlar iyi ilgilendi. Doktorlar aceleci, adam atom karınca gibi. Yetişip sormuyoruz, işleri yoğun ama bizim hastamızla ilgilendi. Yoğun bakımda kaldı. Bizi almıyorlar. Girsek ne yapabiliriz ki! Hastaya zarar. Yoğun bakımda tanıdık hemşireler var, gireriz ama ne yapabiliriz? Tam hastaneden çıkaracağız, abim aradı, babamın şuuru gitti dedi, korktuk, her türlü şeye hazırlıklı olarak gel, dendi, hastaneye, meğer enfeksiyon kapmış, temizliğe dikkat edilememiş, doktorlar, ilgilendi sonra toparlandı, iyi ilgilendiler. Şunu kullan, bunu kullan. Tabii yoğun bakımda ortamın psikolojisi çok kötü. Biz oradayken 4 cenaze çıktı. Adamlar hasta isimlerini söylüyor, “falancanın yakını gelsin, Allah rahmet eylesin, şöyle yaptık böyle yaptık, kurtaramadık” gibi ifadeler söz konusu. Bazen güvenlikçiler gelip, hemen burayı boşaltın diyor, aşağıdan cihaz falan getiriliyor, orası sıkıntılı, insanlar bekliyor acaba bizim hastanın ismini mi söyleyecekler, koşturmaca, vs.. (HST. 12).

HST. 12'nin “bilinmeyen bir durum”, “tanı yok”, “yapacak da bir şey olmuyor” ifadesinde hastalığa dair gelecek için muğlaklığın bireylerin eylem alanını

kısıtlayarak kararsız bir düzeyde bulunmalarına yol açan problem yansıtılmaktadır.

5.2.4.Tedavi konusunda bilinçlenme ve sorgulama

Tedaviye yönelik son yıllarda ortaya çıkan tablo önceki durumla kıyaslanmayacak kadar farklılaşmıştır. Bilinçlenme ve sorgulamanın hasta-hekim arasındaki rol dağılımına yeniden eğilmeyi gerektiren bakış açıları ortaya koyması tabiidir. “Bazen hastalar, doktorun tavsiyesine uymakta başarısız olarak sağlık hizmetinde etkin bir role sahip olurlar. Örneğin bazı hastalar zamanından önce ilaç almayı bırakırlar. Bazıları kasten yanlış dozda ilaç alırlar ve bazı hastalar hiçbir zaman reçetelerine uymazlar” (Schaefer, 1983/2013: 422). Bu durumun eğitim ve kültür düzeyi ile de ilişkili olabileceği belirtilmiştir. “Bazı hastalar hastalık önleyici sağlık teknikleri hakkında kitaplar okurlar; sağlıklı ve besleyici bir diyet uygulamaya çalışırlar; ilaç tedavisinin yan etkilerini dikkatle izlerler ve ilaç dozunu gördükleri yan etkilere göre yeniden ayarlarlar” (Schaefer, 1983/2013: 422). Böylece hastaların hastalıklarıyla ve bedenleriyle ilgili bilinçliliklerinin artmasıyla rollerinin etkinleştiği düşünülebilir. Ancak bu durumun da hekimlerin rollerindeki ayrıcalıkları azalttığını düşünmek kuşkuludur.

Son yıllarda hastaların hastalıkları ile ilgili bilinçlenmelerinin arttığı varsayıldığında tedavi ve hekimlerle olan ilişkilerinden, hastalığa yaklaşımlara kadar ne gibi farklılaşmalar yaşandığını gözlemlemek önemlidir. Bu olguya hasta ve hekimlerin farklı yaklaşımları söz konusudur.

Tabii. Tedavi bakımından daha dikkatli olduklarını düşünüyorum. Düşünüyorum ama yakınlarımız olmasa yine de tıbbi konularda eksikliklerimiz olduğunu, bilgi problemleri yaşayacağımızı düşünüyorum (HST. 5).

İnsanlar karşılaştıkları olumsuz şeylerle ilgili haklarını bilebiliyorlar, bir de hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olabiliyor. Ben bunu yaşadım (HST. 2).

HST. 2'nin ifadesinde hasta hakları ve bu konuda bilgi sahibi olmanın hastaların tedavi sürecinde daha fazla söz sahibi olma ve yüksek kalitede sağlık hizmeti talep etme anlamında hekimler karşısında güçlerini yükseltme eğilimleri söz konusudur. HST. 9, internet kullanımıyla karşılaşacakları yeni bir hastalıkla ilgili bilgi eksikliğinin ortadan kalkmasıyla hastaların daha rasyonel davranabileceklerine inanmaktadır:

Bilincin arttığını düşünüyorum. İnsanlar hastalıklarla ilgili bir çok bilgiyi internetten

alabilirler. Bir hastalık çıktığı zaman ne tür olduğunu, tedavisini internetten araştırmak mümkün (HST. 9).

Bizim ailemiz dine ehemmiyet için beni küçük yaşta Kuran kursuna yazdırdılar, orada Kur'an'ı ezberleyerek hafız oldum. Yaşantımı dini kurallara uygun olarak sürdürmeye gayret ederim. Bence iyi bir Müslüman aklını iyi kullanan demektir. Sağlık, ekonomi, siyaset her alanda bu böyledir. Hastalığım konusunda birçok doktora gittim, defalarca tedavi gördüm. Yüksek kolesterol problemim oldu, mide ve akciğer rahatsızlıklarından dolayı da tedavi oldum. Bence insan öncelikle kendi vücudunu iyi bilmeli, onu dinlemeli ve kendine dikkat etmelidir (HST. 8).

HST. 8'in ileri yaşına rağmen hastalık üzerine teknik araçların da desteğini alarak farkındalık geliştirme ve bu yolla ortaya çıkabilecek bir sıkıntıyı hafifletmenin çabası içinde olduğu görülmektedir. Ayrıca dini eğilimleri, hastalığın sonucunda modern tedavi yöntemlerine katılımına engel olmadığı gibi, bu inançları tıbbın alternatifi gibi de değerlendirmemektedir.

Hastalar, tedaviyi değil ama neticeyi sorguluyorlar. İşlerinin görülüp görülmediği önemli onlar için, iğne yapıldı mı, yapılmadı mı, ne iğnesi yapıldı? Böyle bir beklentileri var. "Bu ilaç ne, iğne içeriği nedir?" Bunu sorgulamıyorlar aslında (DR. 7).

DR. 7 sınırlı bir bilinçlenme söz konusu olduğunu, tıbbi açıdan çok detaylı bir bilgilendirme düzeyinin gerçekleşmediğini düşünmektedir.

Hastalar sorgulamayı yapmaya başladılar. Bilmiş hastalarla çok karşılaşıyoruz. Hatta sorgulamanın ötesinde emirle gelebiliyor, çoğaldı bu tarz durumlar, Bana şunu iste, bunu iste. Şunu yaz, bunu yaz, şu tahlili iste, bazen emir cümlesi kurmasa dahi tavırlarından hissediyoruz, hal tavrı öyle oluyor. Ben genelde mülayim takıldığım için çok sert cevap vermiyorum, terslemiyorum, yumuşak bir dille hastayı manipüle etmeye çalışıyorum. O beni sorguluyor, ben de onu sorguluyorum. "Bunun gerekçesi nedir?" diyorum, "bu tahlil sizin için gerekli mi, evet bunun sizin için gerekçeleri olabilir, nedir bu tahlili isteme gerekçeniz?" diyorum. Eğer doğru bir nedeni varsa haklı görüyorum, dediklerini yapmakta beis görmüyorum, onu bozmuyorum. Ama saçma sapan şikâyetlere saçma sapan tahliller, ilaçlar isteyen hastalar olabiliyor. Onları da yapmıyorum. Böyle bir haklı gerekçe yoksa buna müsaade edemeyeceğimi söylüyorum, "bu tahlili isteyemem" diyorum (DR. 10).

DR. 10'un "*sorgulamanın ötesinde emirle gelebiliyorlar*" söyleminden hastaların profilinde önemli bir değişim yaşandığını, hastaların isteklerini artık hekimlere açık bir dille iletmeye başladıklarını anlıyoruz. Hatta hekim, bu durumun kendisini zaman zaman zor duruma soktuğunu, bazen de karşı çıktığını belirtmektedir. Aynı şekilde DR. 14 de kimsenin sıfır bilgiyle artık kendilerine gelmediğini belirterek hastalarda farkındalık düzeylerinin artma eğilimine işaret etmektedir;

Anestezide bu pek söz konusu değil ama çocuk cerrahisinde çalıştığım yıllarda insanlar sorgulayıcıydı. Herkesin bir fikri var. Kimse sıfır bilgiyle gelmiyor. Yanlış da olabiliyor

çoğu zaman ama fikri oluyor. Google'a yazıyor, bakıyorlar muhtemelen (DR. 14).

DR. 9 ise otoriteyi daha sarsıcı gelişmeler yaşandığından söz etmektedir;

Hastalar sorgulayıcı olmaya başladılar, hatta aşırı derecede sorgulamaya başladılar. Konu komşu ve çevreden edindiklerini doktorun söylediklerinden önemli görme eğiliminde olduklarını bile söyleyebilirim. Sağlıklı olmayan bilgiler olabilir, iletişime de bağlı olarak hekim hastaları ikna edip doğru tedaviye yönleltebilir, ikna edemediği zamanlarda ise tedavilerde aksamalar olabiliyor (DR. 9).

Burada hekimin söylediklerinin değerinin “yerel ilişkilerden edinilen bilgiden bile daha düşük” olarak görülme eğilimi ve bundan duyulan rahatsızlık anlaşılmaktadır. DR. 9'a göre ise bu problemler aşmanın yolu iyi bir iletişim ve doğru uzmana yöneltmedir.

İnsanlar eskiye göre daha sorgulayıcılar, gerek internet ve gerek de medyanın etkisiyle. Ama bunun pek olumlu olduğunu söyleyemem. Herşeyden önce tıbbi sorgulamalarını olumlu bulmuyorum doktor olarak. Pozitif anlamda faydası olmuyor, hatlar karışıyor, tartışma çıkıyor, herkes doktor oluyo bu kez, vatandaş vatandaşlığını bilmiyor. Kafasına göre tahlil ve tetkik istiyor, ilaç istiyor, asla yazmam, bu kez tartışma çıkıyor, geriye de adım atmam, kararım neyse ondan dönmem (DR. 5).

“Vatandaş, vatandaşlığını bilmiyor” ifadesi ile hekimin kendisini ‘vatandaş’tan ayrı gördüğü anlaşılmaktadır ki hekim hastaların aşırı sorgulayıcı olmalarını eleştirmektedir. “*Hatlar karışıyor, herkes doktor oluyor*” söylemi yine hastaların son yıllardaki tedavi sürecine aktif katılımından dolayı kendilerinin duyduğu rahatsızlığı, kararların alınışındaki güç değişiminden duyduğu hoşnutsuzluğu ifade etmektedir. DR. 3 hastaların sorgulayıcılıklarında internetin rolüne değiniyor;

Sorgulayıcılar, tabii. İnternette bilgiyi almaya çalışıyorlar. Hastalıkları hakkında, ilaçlar hakkında daha sorgulayıcılar. Ama hangi sitelerden bilgi aldıklarına bağlı. Bazı doğru siteler olabilir (onlara) ulaşabilir, ama bunu tam doğru olarak elde edemeyebilirler. Sağlıklı bilgi elde edebilmeleri için hangi sitenin doğru olduğunu bilmeleri gerekir. Şimdi Wikipedialerden sağlık üzerine tedavi araştıranlar var. Özellikle bu alternatif tedavi yolları araştıranlar var. Bilmem ne çayı falan. Hastalıklarına internette bilgi araştıranlar sonra da bunlara yönelik kendilerine göre bitkiler araştırıyorlar, en büyük problemde bu gibi gözüküyor. Teşhisini biliyorsa direkt hastalığı ile ilgili tedaviyi de bu yollarla araştırabiliyorlar, sonra da bize bu alternatif tedavi yollardan şunu yapsak bunu yapsak falan diyorlar, tereddütte kalıyorlar. Biz bu alternatif tıbbi kabul etmiyoruz tabii (DR. 3).

“*Alternatif tıbbi kabul etmiyoruz*” söylemi mesleklerine alternatif yolların gerçek tıbbi bilginin yerine geçemeyeceği inancını ortaya koymakta, otoritenin paylaşımına tepkiyi ifade etmektedir. İnternetin kullanımıyla gelişen bitkilerle tedavi şekline ise “*En büyük problem de bu gibi gözüküyor*” ifadesiyle karşı çıkması aynı şekilde tedavi sürecindeki kişilerden bu tür tecrübelerinin ve hastalarda olan bu tür eğilimlerin yaygınlığına tanık oluşunu da göstermektedir. DR. 11 ise

sorgulayıcılığa olumsuz olarak şu şekilde yaklaşmaktadır;

Sadece soru sormak için soruyorlar, bilinçli değil kesinlikle. Hasta ve yakınının soruları muayeneyi saptıran, doktorun, söylemek istediği şeyi şaşırtan, çok önemli bir şeyi engelleyen araya giren biçimindedir. Aletlerin ne işe yaradığından çok, ne olduğundan çok, televizyon da ne duymuşsa o kadar...lazeri var mı ? O kadar, bilinçli değil, aslında akılcı bir sorgulayıcılık yok (DR. 11).

Hekimin, hasta tarafından yapılan sorgulamaları “*saptıran*”, “*şaşırtan*” ve “*engelleyen*” sözcükleri ile ifade etmesi tıbbi süreç içerisinde yaşanan çatışma olgusunu göstermesi açısından önemlidir.

5.2.5.Tedavi kararlarının alınması ve uygulanması

Hekimlerin tedavi sürecinde kararlarının ne denli uygulanabildiği, bu durumun yol açtığı temel sorunların neler olduğu, otorite ilişkisinin ne şekilde somutluk kazandığının anlaşılmasının gerekli olduğu ortadadır. DR. 6’nın hekimlerdeki otorite kaybından rahatsızlığı sözlerine yansımaktadır;

Hastaların iyileşmesinin tek çaresi olarak doktorları gördüğüne katılmıyorum. Tedaviyi istemeyip kaybettiğimiz bir hasta oldu çok yakın bir süre önce mesela. Kırsal kesim hastalarda cehaletten dolayı oluyor bu. Eğitilmiş hastalarımız, güvenden dolayı, inanmaktan kaynaklanan tereddütler yaşıyorlar. Ancak bilinçli bir araştırma buradaki. Oysa cahil kırsal kesim hastalarından bazısı anlamıyor durumu maalesef. Burada kalbe giden damarda daralma var. Stent takılması gerekiyor diye şekilde gösteriyorum ama nafi. ... adam işte (DR. 6).

Doğrusu DR. 6’nın ifadesini, hekimlerin kararlarının uygulanmayışından dolayı duyulan rahatsızlık ve kaybedilen otorite karşısında direnç ve sözlere yansıyan agresiflik olarak değerlendirmek mümkündür. Hekim bu agresifliği hastaya hakaret olarak yansıtmıştır. DR. 2 tedaviye katılımında eğitim düzeyinin yanı sıra kırsal kesimin rolü olduğunu düşünmektedir:

Eğitim durumuna göre değişmekle beraber, eğer bu hastalara, hastalıkları ve tedavileri iyi anlatılırsa tedaviyi uyguluyorlar; hassasiyet olduğunu görüyoruz. Kırsal kesimde bu biraz daha farklı. Kırsal kesimde tedaviye devamlılık daha sınırlı, ilaç bitince tedavi de biteceğini düşünüyorlar. Kronik hastalıklar özellikle (riskli). Onlara çok etkili biçimde ilacın ömür boyu sürdürüleceğini, ilacın ancak bir doktor tarafından değiştirebileceğini, bu değişimin başka bir doktorun ya da aynı doktorun önerisi ile ve tahlillerin sonucunda olabileceğini ifade ediyoruz. Bunu defaatle anlatıyoruz, ondan sonra olumlu sonuçlar alabiliyoruz.

Eğitilmiş hasta tedavisini doktorla daha yakından ilgili olarak sürdürürken, başka bir şeyle ilgilenmiyor. Eğitimi düşük hasta ise devamlı bir arayış içinde. Siz tedavi etmezseniz alternatif tıp adı altında çeşitli tedaviler oluyor. Bu daha çok modern tıp dışında oluyor. Bunun için karşılıklı iletişimle hastalığın komplikasyonlarının iyi anlatılması gerekir. Bazen eğitimsiz hastalar alternatif tıba yönelebiliyorlar, konu komşudan duydukları şeylerle tedavi olmaya çalışabiliyorlar, hurafevari tedaviler, ota

çöple tedavi araştırıyorlar, riskli hastalıklar olabiliyor. Mesela bir hipertansiyon hastası bu tür alternatif tedavilere yönelebiliyor, şeker hastaları bazen ilaçları bırakabiliyor, komalık oldukları vakalara bile karşılaşıyoruz. Hipertansiyon hastaları bundan dolayı kalp krizi geçirebiliyorlar (DR. 2).

DR. 2, alternatif ve bitkisel tedaviye yönelenleri “*eğitimsiz*” olarak tanımlamakta, modern tıbbın dışında tedavilerin olanaksız olduğunu ısrarla vurgulamaktadır. Oysa bugün yüksek öğretim düzeyinde bir çok kişi de bu yöntemleri değerlendirmekte, ayrıca bitkisel tedavilerle birlikte “doğal beslenme” bizzat hekimlerin kendisi tarafından önerilmektedir. Aşağıda 20 yıllık bir hekim olan DR. 18’in ifadeleri de bunu doğrulamaktadır;

Tıbbi nebeviyi insanlara tavsiye ederim çünkü güvenirim. İnsanları doğal beslenmeye yönlendirmeye çalışıyorum. Bu arada sünnete uygun gerçekleştirenlerin de sağlığa oldukça yararı var. Bazı arkadaşlar hacamatı gereksiz görüyor. Hacamat, halbuki sağlık açısından inanılmaz yararlı bir şeydir. Ben alınan bazı kanları laboratuvara tetkike gönderdim. O kanlarda öyle şeyler çıkıyor ki, toksik madde olarak. Bir defa bu tür kanların tetkik sonucunda çok ağır metal oranına rastlamıştık. Dolayısıyla hacamatla bu kanlar alınıyor, vücut temizleniyor. Ayrıca normal bir fiziki tedavi değildir o. Manevi yönü de önemlidir. Dua edilir, insana ruhsal rahatlık sağlar. Bugün birçok rahatsızlığın temelinde psikolojik problemler olduğu kanıtlanmış durumda. Bazen ikinci hacamat gerekir, bir defa oldu geçti değil. Ama yaptıran hastalarımız çok rahatlıyor, zihinsel ve duygusal hafifleme hissettiklerini bizzat ifade ediyorlar zaten (DR. 18).

Tedavi süreci yanında sağlığın sürdürülmesi daha önemlidir bence. Bazı tetkikleri erkenden yaptırmak, mide, kan, bağırsakla ilgili testler erken teşhis açısından önemlidir. İnsanların hepsinin yapısı aynı değil. Bazı besin ve gıdalar kişinin fizyolojik yapısına göre farklı etkilerde bulunabilmektedir. Ben o yüzden kişiye göre beslenme olmasını öneririm (DR. 18).

Hastalar genelde hastaneyi sevmez. Daha önce eşinden dostundan hastaneye giden varsa gider, komşudan tavsiyeler varsa onları deniyor. Hasta birçok şeyi deneyip fayda bulamayınca geliyor çoğunlukla. Komşu tavsiyelerinin işe yaramayınca veya zarar görünce buraya geliyor (DR. 12).

DR. 12’nin “*hastalar genelde hastaneyi sevmez*” ifadesinde sanki tıbbi işlemlerin zorunlu bir rutine dönüşmesi ve bundan duyulan rahatsızlık dile getirilmektedir. Adeta tıp son çare olarak değerlendirilip, nedense ilk başvuru adresi olarak görülmediğinden yakınma söz konusudur.

İyileşmenin tek çaresi doktorlar görülür mü bilemem ama bel fıtığı gibi tedavileri kendileri araştırıyorlar (DR. 8).

DR. 11 kararları uygulamada hastaların belli sınırlarda özgürlüklerinin olduğunu, ancak tedavinin zorunluluğu durumlarında bunun mümkün olmadığını belirtiyor:

Hastaya kalırsa ve yakınına kalırsa değişik planları olabilir. Mesela hastanın kataraktı var, tedavisi, acil değil, idare edebiliyorsan et, edemiyorsan ameliyat edelim, görmesini

engellemiyorsa, bu kararı ona bırakırım. Canı ister olur ister olmaz. Ama diğer hasta acildir, göz tansiyonu çok yüksek, ilaçla düşüremiyoruz. Teşhisi koyarız; “ameliyat olman lazım yoksa gözünü kaybedebilirsin” deriz. Geri dönüşü olmayan ciddi hastalıklar varsa teşhisi koyarız; nokta. (Durum) net. Tedavi mecburi durumdur. Hasta işine geldiği tedaviyi almak istiyor. İşte katarakt, daha az riskli, kararı ona bırakırız. İnisiyatif ondadır. Biz teşhisi koyarız, doğruyu paylaşıyoruz, hastalığın yorumunu yaparız, hastanın yorum hakkı yoktur, ama tedavi kararını kendisi verir. Hastalar bu tedaviyi etkilemek istiyor mu, evet. Hastalar işlerini kolay yoldan halletmek istiyorlar. Mesela hasta ameliyatı ayakta değil de yatarak yapılması gereken bir ameliyattır. 24 saat gözetim altında ve damardan ilaç verilerek yapılması gerekiyor. Hasta bunu yatarak değil, burada ayakta yaptırmak isteyebiliyor. İşine geldiği için, işine gelmesi daha doğru olduğu için değil, kısa yoldan kolayca halletme anlamında oluyor. Daha kolay, daha basit olsun istiyor, yorulmayayım diyor. Ama sonuçta, tedavi noktasında yüzde 90 doktorların kararlarına uyuyorlar, itaat ediyorlar. Şansını bir deniyorlar, kolay kısmını yapabiliyor muyuz diyor sonra kabul ediyorlar (DR. 11).

DR. 11’in söylemlerinde “nokta”, “net” “tedavi mecburiyeti” ve “inisiyatif” kelimeleri güç çatışmalarına işaret etmektedir. Ayrıca “onun yorum hakkı yoktur” söylemini üzerine basarak belirtmesi hastanın rolünü aşarak hekimin alanına müdahale olabilecek edimlerden kaygı ve hoşnutsuzluk duyduğu anlaşılmaktadır. Genç bir hekim olan DR. 12 konunun eğitimle ilgisine değiniyor;

Hastaların eğitim düzeyi ile ilgili bu. Hasta okuma yazma bilmiyorsa kesinlikle ilacı zamanında almıyor, Ne ilacı aldığını bilmiyor. Kafasına göre bir değil, üç tane alabiliyor. Yok, tansiyonum normal deyip, bırakıyor. İlacı ne için aldığını bilmeyen insanlar var. Bunun farkında değilse ne yapılabilir ki? (DR. 12).

DR. 10 ise genelde eğitim düzeyi iyi insanlarla karşılaştığını, tedavi uyumlarının yüksek olduğunu, zaman zaman ise bedensel yan etkilerin kaygısıyla ilaçların yarıda kesilebildiğini ifade etmektedir;

Çoğunlukla eğitilmiş insanlarla karşılaşıyorum. Genellikle tedavi uyumları iyi. Yüzde 70-80 uyguluyorlar, kabaca olarak. İçlerinden şey çıkmıyor mu, işte.. şu ilacı kullanman gerekiyor dendiğinde, bazen kafasında şüpheyle acaba “böbreklerime zarar verebilir” diye ilaçları almayan hastalar olabiliyor. (Bunu) iyileşemedim dediğinde anlıyoruz. Tedavi vermişsiniz gelişme olmamış, olması lazım, sizin verdiğiniz ilaçları kullanmadığı için problemlerle gelebiliyor. Eşinden dostundan duydukları ile ilaçların yarısını bırakanlar olabiliyor, tamamını bırakabiliyorlar bile (DR. 10).

DR. 14 küçük çocuklarla ilgili tedavilere daha yüksek hassasiyet gösterildiğini belirtmektedir;

En canı insan bile söz konusu çocuğu olduğu için dikkat ediyorlar. Bazen hasta bana kağıda yazdırıp, nasıl tedavi edileceğini sorabiliyor, çoğu ailede bunu gördüm. Çok az aile gördüm tedavisini takip etmeyen (DR. 14).

“Kağıda yazdırma” işlemi, tedavinin yanlış bir şekilde yapılmaması adına duyarlılığa işaret etmektedir. DR. 5 ise çok fazla duyarlılık bulunmadığından, aşırı

antibiyotik kullanımının bunun göstergesi olduğundan söz etmektedir;

Bana göre hassasiyet çok gelişmedi. Eskiden daha düzenli kullanıyorlardı, kendine göre ilaç alıp kullanan çok insan var, antibiyotik ilaçlar hiç bu kadar çok kullanılmıyordu. Bazen hekim arkadaşlardan diledikleri gibi ilaç yazmalarını isteyenler var. Şahsen ben asla gereksiz ilaç yazmam ve müsaade etmem. Kendi kafasına göre hareket ederse o başka (DR. 5).

Bazı durumlarda hastalar hekimlerin gerekli gördüğü tetkik ve testler ile tedaviyi kabul etmeyebilmektedir.

Böyle hastalarla karşılaşıyorum. İki şekilde yaklaşıyorum: Hastalığı önemli mi değil mi ona bakıyorum. Hastalık bu tedaviyi gerektirmiyorsa üzerinde durmuyorum. Hasta gidiyor. Hasta reddettiğinde hayati problem varsa iş farklı. Şimdi hastalığı önemli ise, sözgelimi apandisit veya kanser durumu söz konusu ise daha ısrarcı oluyorum. Ancak TCK'ye göre hasta bir şeyi istemiyorsa zorla kesinlikle (tedaviyi) yaptıramıyorsunuz. Hastaya konuyu örneklerle açıklıyorum (DR. 1).

DR. 1, tetkik ve tedaviyi kabul etmeyenlerle ilgili durumlarda hastalığın türü, ağırlığı ve aciliyetine göre karşılık verdiğini belirtmektedir. Ayrıca “yasalar” çerçevesinde hareket etmelerinin de zorunluluğunu, hastanın istemediği tedavinin yapılamayacağını altını çiziyor. DR. 12 genelde hastaların tetkiklerde problem çıkarmadıklarını ifade etmektedir;

Ben açıkçası çok karşılaşmadım, hasta zaten bunu gerekli görüyor. İnsanlar mağdur edilmediklerini düşününce sorun olmuyor. İnsanlar bu testleri yaptırmayınca ona fazla yardımcı olamayacağımızı bildikleri için genelde ne kadar test varsa yaptırıyor. Ben yaptırmak istemiyorum diyen hasta görmedim (DR. 12).

DR. 10 ise tetkiklerin tüketim maddeleri gibi istenmesinden rahatsız olmaktadır. Ayrıca testlerle her problemin anlaşılabilirliği algısının yanlış olduğunu, makinenin insana her şeyi söyleyemeyeceğini belirtmektedir;

Kabul etmeme yok. Tetkiki hasta kendisi istiyor çoğu zaman. Hastalarım genellikle iyi davranırım, bazen çok istekte bulunan hastalarımız oluyor, onlara karşı bile anlayışla yaklaşırım. Hastada şöyle bir algı var. Makineye gireceğim, makine bana her şeyi söyleyecek diye bekliyor. Kan tetkikini verip, makine bana ne olduğunu söyleyecek, ne hastalıklarım varsa çıkacak diye düşünüyorlar. Sırf onun için gelenler var. Tetkikin tanının önüne geçmesini engellemeye çalışıyoruz. Hastanın keyfi kullandığı bir argümana dönüşmesinin önüne geçmeye çalışıyoruz. Biraz da onun mücadelesini veriyoruz. Bazen çok sinirleniyorum, kendimi zor tutuyorum. Hasta marketten bir şey ister gibi; “bana bir kilo domates, bir kilo patates, A12, B12, deterjan” ister gibi. Niçin B12 istiyorsun, şikayetin ne, halsizlik, unutkanlık, sıkıntıları mı var diyorum. Bazen saç dökülmesi, v.b belirtilerinden bulmaya çalışıyoruz (DR. 10).

Dolayısıyla hekim burada aslında sağlık probleminin teşhisinde teknolojinin de sağlayabileceklerinin sınırlılığına değinmektedir. İnsanların kendilerindeki bir rahatsızlığı cihazların hemen söyleyebilecekleri tabir caizse “sağlıkmetre” beklentisinin olduğunu, bunun da yanlış olduğunu ifade etmektedir. DR. 9 da ilaç

kullanma hassasiyetine dikkati çekerken olumlu bir duyarlılaşma olduğu kanısındadır:

Genelde tedavilerini uyguluyorlar, ilaçlar çoğunlukla dikkatle kullanılıyor, bu eskiye nazaran daha iyi. Ama yine de tam manasıyla hassas olduğu söylenemez, belki yüzde 20-25’lik bir kesim bunlara çok dikkat etmiyor, ilaç yazılıyor, ama kullanılmıyor, ilacı bırakabiliyor (DR. 9).

5.2.6. Farklı yorumlama ve yanlış tedavi problemleri

Günümüzde hastaların yaşadığı problemlerden biri ise yanlış tedaviye yönelik süreçlerdir. Özellikle tıbbi hizmetin, eşit, standart olarak verilmesi gerektiği düşünülürken karşılaşılan deneyim farklılıkları hem hastane hem de hekim düzeyinde artmaktadır. HST. 10’un yakını annesini göz hastalıklarından dolayı yaşadığı bir problemle ilgili olarak devlet hastanesine götürdüğünde deneyimlerini şu şekilde aktarmaktadır:

Annemi Sincan’da tedavi ettirmeye getirmeden önce başka bir ilde göz doktoruna gittik. Annem yaşlı, gözlerinden rahatsız, katarakt problemi var. Hekim baktı. “Ameliyat olmalı bu hasta hemen” dedi. Çok acele bir karar gibi geldi. Yaptırmadık, buradaki göz doktoruna getirdik. Göz kontrollerini yaptırдық. Yeni gözlük almak için muayeneye gittik. Bu arada ameliyat olup olmama durumunu sordum. Şu an kesinlikle gerekli değil dedi. Farklı bir doktor yorumu. İkinci bir doktora sormasak yok yere ameliyat olacaktı. Hem maddi ama daha çok tıbbi ve hem de manevi sıkıntı yaşayacaktık. İkinci gittiğimiz doktorun bizle ilgilenmesi de farklı idi. Daha sıcaktı. Anneciğim, bakabilir misin, oturabilir misin, gibi ifadeler, daha içten yaklaşım. Annem çok memnun kaldı. Şimdi o doktora dua ediyor. Ama her doktora da bunu bulabilir miyiz, imkansız. Bazen kullanılan teknik dil söz konusu. Ama bu bence o kadar da problem değil. Bir şekilde ifade edilen şeyin ne olduğunu anlayabiliyoruz. Ayrıca külfetinden dolayı özel hastanelere gidemiyoruz. Mecburen devlet hastanesi ama memnun olarak gitmiyoruz (HST. 10).

Dikkat edilirse hasta ve yakınları farklı hekimlerin tedavilerini araştırmadan riskli bir durumla ilgili karar vermemektedirler. Hekimlerin birbirinden bu kadar farklı davranmaları da güvensizliğin oluşmasının nedeni olmakta, farklı sağlık uzmanlarına yönelmelerine neden olabilmektedir. Burada hasta tıbbi ve manevi sıkıntılara yol açan kararların gelişigüzel alınmasından duyduğu rahatsızlığı dile getirmekte çözüm için ise yine başka bir hekime yönelmektedir. HST. 5 bu konuda deneyimlerini şu şekilde ifade eder:

Tedavinin yanlış olabileceğinden endişe ediyoruz. Bazen doktorlar arasında kalıyoruz. Yeğenim, futbol maçı sırasında röveşata yapayım derken sakatlanmış, diz kapağının tüm bağları ayağını kaldırınca kopmuş. Üç özel hastaneye gittik. Birinde MR çektilerim. O MR sonuçlarına bakılarak değerlendirildi. Üçü de ameliyat dedi. Sonra beraber devlet hastanesine gittik. İki farklı doktordan biri “ameliyat olursa iyi olur, bu geçmez” dedi. “Ameliyat olmazsa sıkıntılı olur” dedi. “Ama olursan iyi olur, tekrar futbol oynayabilir, ağır kaldırabilirsin” dedi. Biz bir düşünelim dedik. Ameliyat olacaktı,

heyecanı arttı, tansiyonu yükseldi, ameliyat olması için de gereken normal seviyeye gelemedi. Aslında iyi ki de olamamış. Bir diğer doktor baktı. Bu doktor aynı hastanedeki diğer bir doktordu ve ameliyat olmasına gerek yok dedi. Bunu fizik tedaviyle çözeriz dedi. İki doktor, iki ayrı görüş. O doktor, bizi arkadaşı olan fizik tedaviye gönderdi. Özel bir fizik tedavi rehabilitasyon merkeziydi. Bizzat iki farklı doktordan iki farklı tedavi önerisi, birbirinden farklıydı. İlginç bir durum yaşadık. Şimdi fizik tedaviye gitti, ameliyat olmadı. 1 ay tedavisinden sonra, uygulanan bu tedavi sonrasında, hekim “1 ay dikkat et, ağır kaldırma” dedi. Şimdi normalleşti. Aksi halde boşuna bıçak yarası almış olacaktı. Sıkıntı yaşayacaktı. Maddi kaybı da cabası. Dolayısıyla doktorlar arasında çok ciddi bilgi ve beceri farkı vardı, bunu net olarak gördük (HST. 5).

“İki farklı doktor; iki farklı görüş” ifadesi tedavide kesin karar vermenin zorlaştığını, bu tür deneyimlerle de kararsızlıkların pekiştiğini örneklendirmektedir. HST. 2’nin bu konuda ilginç bir deneyimi teşhisler kadar cihazların ve onların kullanımıyla ilgilidir:

İlk önce onkoloji hastanesine gittim, teşhis koyamadılar. İğne uçlu biyopsi yapıldı. Bir on beş gün bekledim. Sonuçları almaya gittim, biyopsi alınamamış dediler. İki ihtimal vardı: İlki oradaki personel acemiydi, ikincisi teknik cihazların arızalarından kaynaklanan bir sorun olmalıydı. Ancak bu problemin olmadığı değil, yanlış işlem yapmaktan kaynaklanan bir durumdu. Boğazımdaki yumrunun içinden değil dışından alındığı için sonuç vermedi. İyi olan tarafı işlemin yanlış yapıldığının fark edilmesiydi. İkinci kez orada tetkik yaptırmak istemedim. Bu kez özel hastaneye gittim. Biyopsiyi orada yaptırarak. Hem elemanları hem de teknik donanımının daha yüksek olduğunu gördüm. Kolayca işlemi yaptılar, daha az acı hissettim ve sonucu açıkladılar, böylece hastalığın teşhisi konulabildi. Sonuçları önceki doktora getirdim, inceledi ve ameliyat yapmaya karar verdi. Özeldede muayene işlemlerimi yaptırabildim ancak ameliyatı devlette, araştırma hastanesinde oldum. Çünkü 10 bin liranın üzerinde bir masraf çıkıyordu ve hali hazırda böyle bir parayı karşılama imkanım yoktu (HST. 2).

Böylece HST. 2’nin deneyiminden hem hastanelerin veya personelin teknik koşullarından kaynaklanan hatalar olabileceğini, hem tedavinin özelde daha nitelikli olarak araştırıldığı hem de özel hastanelerin kalite imkanı yanında ücret açısından bireyleri zorladığı anlaşılmaktadır. Bundan dolayı riskli ameliyatları bile kişiler devlet güvencesi çerçevesinde yaptırmaya isteklidirler. HST. 4 ise göz hastalıklarında karşılaştığı sıkıntıyı şöyle dile getirir;

Çocuğu özel tıp fakültesi hastanesine götürdük, profesör muayene etti. Birçok değişik makineye girdi. Her iki çocuğumunda göz problemi var. Büyük çocuk daha önceden üniversite hastanesinde muayene olmuştu. “Günde 4 saat kapama yapmanız gerekiyor” denmişti. Biz bu tedaviyi 9 yıl uyguladık, şimdi bu kıza hekimin dediği yanlış yapmışsınız, göz bozukluğunun derecesini artırmışsınız dedi. Diğer küçük henüz 1,5 yaşında onda da Peter’s Anomalisi⁵⁸ var dedi. Daha önce götürdüğümüz doktorlar böyle bir şey olmadığını söylemişti. Üç farklı profesör de aynı şeyi söylemişti. Şimdiki durumda ise “var” deniyor. Ben olmaması gerekir, böyle söylediler, dedim. Bana “galiba anlatamıyorum” dedi. Tavrı oldukça artistçe idi. Yani böyle aşağılar gibi. “Ben bilirim sen bilmezsin der” gibi. Ben de “anlatamıyorum galiba” dedim. Neyse ne

⁵⁸ Peter’s anomalisi, görme düzeyini oldukça azaltan bir tür göz rahatsızlığı.

desek boş. Tedavinin yapılması elzem olmasa asla bu insanı dinlemem! (HST. 4).

Hekimin “*galiba anlatamıyorum*”, ifadesi klasik bir hasta profilini aşan duruma bir tepki, standartlaşmış kalıpların dışında gerçekleşen iletişime direnç gösterme olarak okunabilir. Aynı zamanda hasta yakını tedavi farklılığını sorguladığında hekimin bilgiye dayalı otoritesine bir meydan okuma olarak yaşanan ilişkilerdeki gerilimi anlatmaktadır. Bununla birlikte hasta yakınının kendisine “*ben de anlatamıyorum galiba!*” cevabına engel olamamıştır. Ayrıca “*tedavi zorunluluğu olmasa*” söyleminden karşılaşılan sürecin kendisini çaresizce hekime yönelttiği ve bundan kaynaklanan bir bağımlılık ifade edilmektedir.

37 yaşında bir iş yerinde müdür olarak görev yapan HST. 33, diş hekimleri arasında yaşadığı tedavi farklılıklarının görmezden gelinemeyeceğini belirtmektedir.

Devlet hastanesinde tedavi demek hayatını riske atmak demektir. (Sağ alt diş göstererek) işte bunu “*bişey yok bişey yok*” diyen bir diş doktoru yüzünden kaybettim. Daha sonra dişimin tamamen çürüdüğünü fark ettim. Zamanında tedaviye başlansaydı en azından kanalla ya da dolguyla falan kurtarırdık. Ama şu durumda bu mümkün olmadı. Arkadaşlardan birinden özel diş hekimi tavsiyesi aldım. Gerçekten çok farklıydı. Şimdi anlıyorum ki hekimlik kişiden kişiye değişiyor. Şu an olsa daha dikkatli olurum. Diş tedavilerinin devlet tarafından karşılanmamasına rağmen buraya gelmeyi, çok para ödeme zorunluluğuma rağmen tercih ediyorum (HST. 33).

İleri modernleşme süreci döneminde özel hastane ve polikliniklerin yaygınlaşması, hekimler arasındaki davranış farklarının olduğu kadar onlarla ilişkilerin ve otorite biçimlerinin farklı algılanmasına neden olan koşulları oluşturmaktadır. Bununla birlikte, sosyal sermayelerine göre de devlet imkanlarından farklı olarak yararlandıklarını düşünen hastalar, yakınları ve diğer tanıdıkları aracılığıyla sağlıkla ilgili problemlerine çözüm aramayı tercih etmektedirler.

5.2.7. Hastalık ve ağrı deneyiminin sıkıntıları

Ağrı deneyiminin modernleşme ile birlikte geçirdiği dönüşüm önemlidir. Geleneksel kültürden beslenen ağrıyla birlikte yaşama, tevekkül, sabır, metanet, dua ve acıma gibi araçlarla katlanılabilme niteliklerinin artırılması söz konusu iken endüstriyel toplumda ağrının daha çok ilaç, hastane, tıp hizmeti, kişiliksizleştirilmiş tüzel bakıma ait diğer ürünler için artan bir talep haline geldiği (İllich, 1981/2011:

90-91) belirtilmiştir. Hastaların zaman zaman toplumun diğer sağlıklı insanlarından kendilerini zihnen farklı hissetmelerine yol açan problemler yaşadıkları görülmektedir.

O zamana kadar hiç ameliyat olmamıştım, bunun endişesini hissettim. Ayrıca atom tedavisi aldığım sürece karantinada kaldım. Radyasyon alıyorsun, insanlara bunu bulaştırmama gereği vardı. İnsanlardan tecrit edilmiş durumdayım. Çocuğuma yaklaşamıyorum, toplu taşıma araçlarına binemiyorum, doktor yazdığı kağıtta yapacaklarımı bildiriyordu: *“Kendi özel araban yoksa bir taksiye bineceksin, öyle gideceksin”* şeklinde talimatlar bunlar. (Bu süreci) ailemden ayrı bir yerde geçirdim; karantinadasınız, yakınlarınıza yaklaşmıyorsunuz, yemekleri ayrı yiyorsunuz, Allah’tan benim kalabileceğim ayrı bir evim daha vardı, bu süre içinde orada kaldım. Yemekleri hanım bırakıyordu, ben kendim alıyordum. Karşıdakini düşünmek zorundayım, en yakınlarıma zarar verme riskimden dolayı dikkatli davranmalıydım. Alıştığım bir ortamdan uzaklaşmak durumundaydım. Çocuğumun da görmesini yaklaşmasını istemediğim için terasa çıkarak orada bir hafta kaldım, işyerine gidemedim, çalışmadım da (HST. 2).

Risk faktörünün iletişimde ortaya koyduğu sınırlılığı göstermesi bakımından HST. 2’nin ifadeleri önemlidir. Tedavi sürecinin güçlüğü *“en yakınlarıma zarar verme riskimden dolayı dikkatli davranmalıydım”* söyleminden anlaşılmaktadır. HST. 8, hızla yaşanan dünyadaki ritme uyamamasından kaynaklanan problemi ve bunun hastalık süreci ile ilişkisini şöyle açıklamaktadır;

Ben rahatsızlıklarım yanında genel kontroller için de hekime zaman zaman giderim. Şu an bir ilçede yaşıyorum, tedavi için buraya geldim. Gidiş geliş çok zor oluyor tabiki. Oğlum ya da zaman zaman torunlarım seyahatte yardımcı oluyorlar. Ancak bu da her zaman mümkün olmadığı için keşke büyükşehirde otursaydım diyorum. Çünkü ilçede pek yetenekli doktor bulamıyorsunuz, bulsanız da ne zaman sıra alıp da tedavi olacaksın. Ben şu an özel hekimleri tercih ediyorum. Çünkü ilgilenme daha fazla. Bu yaşıma gelene kadar kendi işimi kendim yaptım, hala da öyle. Hatta hanım benden daha rahatsız, yürüme sıkıntısı da çekiyor. O yüzden çok hareketli yaşayamıyoruz. Çok sınırlı dışarıya çıkıyoruz. Alınması gerekenleri ağır değilse kendim getiriyorum, ağırorsa akrabalarımın yardım alıyorum. Günde 5-6 kez tansiyonumu ölçerim, yüksek çıkınca bir şeylerin yolunda gitmediği hissine kapılıyorum, yediklerimi hemen gözden geçiriyorum. Öyle normal insanların yediklerini yiyemiyorsun, biraz dikkatli adım atmak zorunda oluyorum. Bu arada tahlil ve hastane raporlarını çok dikkate alırım, Zaten yıllardır bazı diyetlerim var. Şifa bence Allah’tan ama ilaçlar da vesile. Özel doktorları tercih etme nedenim, biraz daha işin ehli ve ilgililer (HST. 8).

Hasta *“günde 5-6 kez tansiyonumu ölçerim”, “yediklerimi hemen gözden geçiririm”*, ifadesiyle hastalık sürecinde risk faktörlerini yoğun olarak yaşadığı gibi yaşamının genel durumuna yansıyan bir ihtiyatlı davranma zorunluluğuna dikkati çekmiştir. HST. 7, hastalık tedavi sürecinin güçlükleriyle ilgili şu ifadeleri paylaşmaktadır:

Kayınpederim şu an kanser hastası. Kendisi bilsin istemedik. Bu onun moralini altüst

etmesin diye. Ancak bu durum da oldukça problemlidir. Bir defa, kendisini normal bir hasta gibi düşünüyor. “Beni hastaneye götürün, şöyle bir ağrım var” diyor. Hastanedeki tedavi ile ağrısının geçeceğine inanıyor. Artık lavaboya kadar bile gidemiyor. Devamlı bakım halinde iki kişi var. Sabırla beklemekten başka bir şey elimizden gelmiyor. Hastane artık tedavisinin olamayacağını söyledi. Işın tedavisi ve kemoterapi tedavisi de bir yere kadar sürdü. Her an bir ihtiyacı var, durmadan diken üstündeyiz, devamlı ilgi istiyor, devamlı yardım alması gerekiyor (HST. 7).

Buradaki örnek ağır bir hastalık deneyiminin hem kişinin kendine hem de yakınına getirdiği güçlükleri göstermesi bakımından önemlidir. Aynı zamanda HST. 7 modern tedavi tekniklerinin kendi kendisinin sınırına ulaştığına, bir aşamadan sonra tedavi adına işlevsel olamadığına da değinmektedir.

HST. 27’nin babası, kızının yaşadığı sıkıntılarla ilgili şu ifadeler dikkati çeker;

Kızımın bir kaza sonucu başına aldığı darbelerle kafa tasında bir kırık oluşmuştu. Tıp otoriteleri bırakın konuşması, yaşaması bile çok zor dediler. Şok olmuştu! Kişi en değerli varlığı ile böyle sarsıcı bir haberin doğruluğuna inanamıyor. Biz yine de umudu yitirmemiştik. Çünkü her türlü bilimsel, alanında uzman, belki de dünyaca ünlü hocalardan profesörlerden bu açıklamayı duyuyorduk. Ancak birşeyler olmalıydı, bir kapı açılmalıydı diye sabrettik. Çok şiddetli ağrıları oluyordu, kafasını duvarlara çarpmasın diye hanımla ben nöbet tutuyorduk, kaç kez başını göğsüme vurduğunu, öylece sakinleştiğini hatırlamıyorum. Ama çok şükür, asla konuşmaz, yaşaması bile zor denen kızım şu an çok güzel konuşuyor, okula başladı, derslerinde de gayet başarılı (HST. 27).

Burada hasta yakınının “*tıp otoriteleri bırakınız konuşmayı yaşaması bile çok zor*” söylemine rağmen kızının tedavisinde başarılı sonuca ulaşılabilmesini hekimliğin bir yere kadar olarak belirtilen, mutlak kabul edilen sınırlarının ötesinin zorlanmasıyla sağlandığını göstermektedir. Ayrıca hasta yakınının, çözümü, bizzat mücadeleleyi bırakmaksızın hayata sınıksız sarılarak ve hastaya destek olarak elde ettiklerini ifade etmesi önemlidir.

Aslında hastalık yeni bir iletişime bizleri zorlayarak, acının paylaşılıp dolayımlanması sağlar. Bu ilişki ağı ve paylaşım hasta ile beraber olanlarda daha yoğun olarak görülse de birlikte olma da şart değildir. Çünkü yaşanan acıların yakınlarla etkisi en azından motivasyonu etkileyecek psikolojik düzeyde bazen de yaşamı aksatabilecek sosyal boyuttur. Ağır hastalarını tedavi için iş koşullarındaki sınırlamalar, aksatılan ilişkiler düşünülmektedir. Ölüm ve yaşam arasında hastalığın sıkıntıları ile pençeleşen bir hastanın yakınının ifadeleri şu şekildedir:

Eşim gırtlak kanseri. Şu an kemoterapi görüyor. Yedi aydır çocuklarımla ilgilenemiyorum. Çünkü hasta yakını olarak ilgilenen kimse yok. Eve misafir kabul edemiyoruz. Yaşamımız normal devam etmiyor ki bunu yapalım. Tedavi masrafları çok

fazla. Ekonomik sıkıntıdan çocukların eğitimleri ile ilgilenmem de pek mümkün değil. Sağlıklı bir insanın asla karşılaşmayacağı tecrübeler yaşıyoruz: Yemekler hastamızın boğazından gitmiyor, kusuyor, bu çok moral bozucu, tüm psikolojimiz bozuluyor. Artık normal çizgide değiliz (HST . 17).

“Artık normal çizgide değiliz” söylemi yaşam rutininin olağan işleyişinin hastalık süreci ile bölünmesinin yanında tedavi çabalarının da yetersizliğini göstermektedir. HST. 17'nin rahatsızlığına da yakınları alışamadıklarını, bu durumun bir türlü baş edemedikleri güçsüzlükle kendilerini karşı karşıya bıraktığını şöyle ifade etmektedir;

Hastalık yaklaşık sekiz ay kadar öncesinde başladı. Çok hızla ilerledi. Hasta bu sürenin sonlarına doğru artık temel ihtiyaçlarını bile karşılayamaz duruma geldi. Hastamız ve biz kendisinin bugün yarın normal yaşamına yeniden döneceği umudunu taşıyıştık. Bir sonraki gün öncesine göre daha zordu. İyiye gitmek şöyle dursun daha da ciddileşerek ve hastayı güçsüz bırakacak hale getirdi. Zamanla bazı şeylere alışılabilir ama öyle bir rahatsızlıkla baş etmek bırakın hastanın kendisine biz yakınlarına bile oldukça ağır geliyor. Tek kişi yürütemiyor, ayağa kaldıramıyor, yemeğini veremiyor, diğer ihtiyaçlarını göremiyor. Saatte bir kez şırıngayla mama, saatte iki defa göz damlası, saatte bir solüsyon karışımı ve belli aralıklarla ilaçlar verilmesi gerekiyor. Dolayısıyla en az saatte 4 ya da 5 kez hastayla ilgilenmeniz ve bunu özenle yapmanız gerekiyor. En az iki kişinin yardımı gerekiyor. Tabii psikolojimiz de bozuluyor, aylarca düzelme olmayınca ümidimiz de kırılıyor. Hastaya moral vermeye çalışırken bile zorlanmaktayız (HST. 1).

Bu tür ağır rahatsızlıklarda devam eden ağır süreç, hastalıktan iyileşme dönemine geçişin güçlüğü veya olmayışı, normal yaşama başlamayı sağlayamama sonucunda kırılganlığı artırmaktadır. *“Hastaya moral vermeye çalışırken bile zorlanıyoruz”* söylemi tükenmişliği, direnç sınırlarına ulaşmayı da göstermektedir. Bazı ağır hastalıklarda bu durum daha da önem arz eder. Söz gelimi bir kanser hastasının durumuyla ilgili yakınları şu noktalara değinmektedir:

Hastamız bir kaza geçirdikten sonra beyne giden sinirler hasar gördü. Bu da hastamızı uzun bir süredir felçli hale getirdi. Tekerlekli sandalyeyle dolaştırıyoruz. Hastane özel bir bakım ünitesine sahip. Yanında sırayla birimiz nöbetçi kalıyor. Bazen kendi kendine bağıyor, ağlıyor. Sinir krizleri geçiriyor. Akşamları eşi gelip biraz dolaştırıyor, onu ve kardeşlerini görünce moral kazanıyor. Hastanın bakımı gerçekte çok zor. Fazla ziyaretçi gelmesinden hastane idaresi sorun çıkartıyor. Kısa bir süre kalıp gelenler ayrılmak zorunda kalıyor (HST. 26).

Hastalık tedavisindeki güçlülere hastane bürokrasisinin de eklenmesiyle hasta ve yakınlarının problemleri derinleşmektedir. HST. 29 bedensel sıkıntıların, aynı zamanda duygusal sıkıntılara dönüştüğünden şu şekilde anlatmaktadır:

İlaçlar meselesine gelince... İlaçlar tam bir zehir. Boyutları bile ürkütücü, kutular (eliyle yaklaşık 30 cm işaret ediyor) böyle, ve adeta zehir. Ama aldım. Bana iyi geldiler. Çok şükür olumlu oldu. Oysa arkadaşımın da aynı rahatsızlığı vardı, onunki iyiye gitmedi. Kemoterapi süreci bir çok açıdan zorluydu. Sizi bir elbise biçer gibi önce çiziyorlar.

Vücudunuzun hastalıklı bölgesini işaretleyip, adeta terzilerin prova yaptığı gibi, tabi daha ince, detaylı ve hassas. Daha sonra da uygulanacak tedaviye karar veriyorlar. Benim için nokta atışı dediler. Bir tane nodül varmış onu aldılar. Doktorum açıkladı, bu yeni bir teknik dedi. Daha az yan etkisi var, daha risksiz ve zararsız, sadece ilgili yerdeki hastalıklı kitleyi alıyorlar (HST. 29).

“*Sizi elbise biçer gibi çiziyorlar*” söylemi beden üzerine uygulanan tedavi sürecinin bedeni biçimlendirmeye ortaya çıkan nesneleştirmeye bir tepkidir. Hasta öznel değerinin kaybolduğunu düşünmeye başlamakta, buna karşı yapabileceği bir şeyin olamayacağına inanmaktadır. Aynı zamanda kendi bedenindeki ağır koşulların yol açtığı yıkımın yakınlarının da motivasyon düzeyini olumsuz biçimde etkilediğine değinilmektedir;

Oğlum benimle ilgilendi bu arada. Arabayla hastaneye getir, götür, yanımda bulundu. Zaman zaman psikolojisi bozulmadı değil! Benim tedavim boyunca yaşadıklarım tanık oldu, bedenim bu terapiler sırasında yıprandı. Söz gelimi boğazlarımın kaşınması oluyordu, tüm bunlara tanık olması oğlumu da yıprattı. Bir de testler meselesi var. Şimdi onkolojideki testler öyle diğer hastalarınkine benzemiyor, çok ağır. Bir test en az 45 dakika sürüyor, hastaneye zaten 1 saate geliyoruz, çocuk hep okuldan izin alarak, stajını aksatarak bana yardımcı oldu. Bu sürede hep okulunu aksattı (HST. 29).

Bu örnek modern tedavide başarının sağlanmasının diğer bireylerin iş ve eğitim yaşamından taviz vermesi olarak yansıyabileceğini göstermektedir. Özellikle modern tedavi tekniklerinde sürelerin uzunluğu, kısa bir süreçte değil uzun zaman dilimin gerektiren uygulamalara dayalı olması hastalık sürecine ve tedaviye uyum sağlamayı güçleştirmektedir. Hastalık sırasında HST. 9 yaşadığı güçlükleri şöyle özetliyor:

Kilo alma problemimden dolayı birçok hastaneye gittim veya farklı kereler değişik diyetlere başvurdum, sonuçta hep fazlasıyla geri aldım. Ayrıca yaşamımın diğer yönlerine yönelik solunum, hareket, uyku, v.b durumlara da yansıyan olumsuz etkileri olmaya başladı. Ameliyatla böyle bir tedavinin yapıldığını öğrenmiştim (HST. 9).

73 yaşında bir kalp hastası olan HST. 34'ün yakını şunları ifade etmiştir:

Babamın kalp hastalıkları ile ilgili daha önceki ameliyattan sonra rahatsızlığı için devlet hastanesine götürdük. Orada yapılan tedavinin yanlışlığına enfeksiyon kapma da eklenince durumu oldukça fenalaştı. Kan değerleri sürekli değişiyordu. Orada asistan bir doktor vardı, tecrübesizdi. Yanlış tedavi yapmasını buna bağlıyoruz. Nefes alma problemi arttı. Tekrar Ankara'daki özel hastaneye götürdük. Devlet kalp damar hastalıklarının tüm tedavilerini karşılıyor. Özelde de bunu yaptırabilme avantajından dolayı daha önceki özel hastaneye tekrar gittik. Dört ay içinde 5 ameliyat olması gerekti. Şu an durumu oldukça iyi. Ama ameliyatlardan sonra çok zayıfladı. Birkaç adım atsa nefes nefese kalıyor. Çok hırpalandı, çok güçsüzleşti. Ameliyatla sıkıntıları azaldı, ama dengesi de epey bozuldu (HST. 34).

Modern tedavinin olumlu etkileri kadar beden üzerinde ortaya çıkan olumsuz etkilerine de değinilmiştir. Sürekli ameliyat olma durumu hastanın bedensel

bütünlüğünü tahrip ettiği kadar onun güçsüzleşmesine de neden olmuştur. Bunun yanında kalp damar hastalarının özel hastane masraflarının devlet güvencesinde yaptırılıyor olması kendilerini rahatlatmış, hizmeti alabilecekleri alternatiflerinin olması bir kurum veya hekime bağımlılıklarını ortadan kaldırmıştır.

Bir de hekimlere sorarak acaba hastaların psikolojileriyle ne kadar ilgili olabileceklerini araştırmak aydınlatıcı bilgiler verebilir.

5.2.8. Hastanın psikolojik durumunu dikkate alma

Antidepresan kullanımının oldukça yaygınlık kazandığı, psikolojik problemlerin oldukça yoğunluk kazandığı toplumumuzda hekimin hasta ile olan iletişimde bu durumun ne şekilde dikkate alınabildiği, alınamıyorsa nedenleri sorgulanmaktadır. Bu sorudaki amaç özellikle bazı hastalıklarla ilgili sürecin bireylerin psikolojik durumlarını etkileyerek tedavi sürecinin yönünü değiştirebilmesidir. DR. 2, hastanın hem psikolojik hem de sosyal yapısını gözeterak tedaviyi sürdürdüğünü ifade etmekte, bu durumun gerekliliğini açıklamaktadır:

Tabii. Özellikle eğitim durumlarını, aile içi sosyal yapısına göre dikkate alarak hareket edilmesi gerektiğinden yola çıkıyoruz, Halkın sosyal yapısına, değerlerine dikkat ederek yaklaşıyoruz. Dindar bir insansa ona göre, yaklaşıyoruz. Allah vermiş bu hastalığı. Tedavi buna yardımcı olacak. Allah bu bedeni emanet vermiş, tedaviye devam et. İsyan etme. yoksa çoluk çocuğa muhtaç olursun, diyerek tedaviye bağlı olmaları gerektiğini ifade ediyoruz, diğerlerine ona göre vb (DR. 2).

Aşağıda bir hekimin hastalarıyla olan ilişkisinde deneyimlenen ağrıya yönelik ifadeleri yer almaktadır.

Teknoloji kullanımı bizim branşta vazgeçilmez, ama bulguları iyi incelemek de gerekli. Hastalar günümüzde en fazla psikolojik acıya katlanamıyorlar. Bir problem yaşayan, ya da yakınlarını kaybeden hasta yakınlarından çok problemler yaşıyoruz. Bir tanesi muayene sırasında size ağzına geldiği gibi konuşabiliyor. Ama diğer sağlık elemanlarına daha çok problem çıkarabiliyorlar. Bazen hastalarımız sıkıntılarından dolayı da üzücü konuşabiliyor, bir hekim olarak bunu önemsemem, ama gelip özür dilediklerinde bunu anlayışla karşılıyorum. Hasta açısından sorumlu olmaz, biz de küçük kusurları görmeyiz ama bana aşırı tepki gösterenlere de ağızlarının payını veririm, affetmem! (DR. 17).

Hekimin bir noktaya kadar hastalık sırasında hastaların gerginliklerine bağlı olarak ortaya koydukları agresiflikleri tolere etme eğiliminde bulunması mesleki ilkeleriyle de uyumludur. Bunu “*hasta açısından sorumlu olmaz*” ifadesinde görmek mümkündür. Ancak tahammül sınırlarının olduğunu da belirtmiştir. DR. 2’nin

ifadelerinde de “bazen ana-baba gibi konuşuyoruz” yer almakta, hastanın empatik olarak ele alınmasının önemi üzerinde durulmaktadır.

İletişim üzerine ders aldık. Yıllarca edindiğimiz tecrübeyle Türk halkının özelliklerini iyi biliyoruz. Halkın inanişına, sosyal yapısına uygun olarak yaklaşıyoruz. Onların önem verdiği şeylere özen göstererek yaklaşmayı doğru buluyoruz. Bazen bir evlat gibi, bazen hastayla kardeş-bacı gibi, bazen anne-baba gibi konuşuyoruz. Bunu iletişimin en önemli unsuru olarak görüyorum ben. (DR. 2).

Maalesef, hastalar sırada bekliyor. 12 saat açlığı oluyor hastanın, kapıda bekliyor ve biz onu anlayacak zaman bulamıyoruz. O günün 50. hastası oluyor, ne yapabilirsiniz ki! (Sıkıntı yaşayan) var, şekeri yükselen, tansiyonu düşen bayılan oluyor! (DR. 12).

DR. 12, mesleksen rutin hastaların problemlerine karşı duyarlılıklarını ortadan kaldırdığını ifade etmektedir. Birçok hekimin yoğunluktan yakındığı bilinen bir gerçektir. Hekimler seri işlemleri belirli bir zamanda yetiştirme zorunluluğundan kaynaklanan problemleri sıkça yaşarlar.⁵⁹

Bazen hastanın psikolojik durumunu dikkate alamıyoruz, yoğunluktan dolayı. Kapıda 10 tane hasta beklerken zor bu. Her hastaya ilgi göstermek zor. Kişileri sözle rahatlatmaya çalışıyoruz, çünkü ilaçla sakinleşme olmuyor. Yeteri kadar yapabiliyor muyuz, hayır, hatta çoğu zaman (hiç). Yoğunluk işte... (DR. 14).

DR. 14 “*kapıda 10 tane hasta beklerken zor bu*” söylemiyle yoğun çalışma koşullarının standart tepki biçimini doğurduğunu, insanların bireysel durumlarına eğilebilmek için gereken enerjiyi bulamadıklarını dile getirmektedir. DR. 9 ise ailevi sorunların zaman zaman muayenede ortaya çıkabildiğini, bunun da çeşitli güçlüklerle neden olabildiğini belirtmiştir.

Psikolojik yapısı, toplumun yaklaşık yüzde 30-40’ında psikolojik problemler vardır, diyebiliriz. Aile içerisinde gizlenmiş kalmış sorunlar olabiliyor, çok büyük sıkıntıların, problemlerin olduğunu da görüyoruz. Ailenin yapısından kaynaklanan problemler olabiliyor, geçim sıkıntıları olabiliyor, kadının kendini ifade edememesinden kaynaklanabiliyor. Mesela geniş aileyse kayınvalidenin etkisi ile sorunlar ortaya çıkabiliyor (DR. 9).

DR. 5, “antidepresanların yaygın kullanıldığını gerekçe göstererek psikolojik sorunların günümüzde genelleşmiş bir biçimde ortaya çıktığına, olağanlaştığına inanmaktadır:

Elimizden geldiğince hastaların psikolojik durumlarını da dikkate almaya çalışıyoruz. Ama şu anda halkın genelinde psikolojik sorunlar var. Antidepresan ilaçlardan bu belli oluyor. Bana göre toplumun yüzde 80’inde zaten psikolojik problemler var. Benim görüşüm bu (DR. 5).

Biz öğle yemeğine gitmiyoruz. Sabah 8 akşam 8 neredeyse 12 saat çalışıyoruz. Bu

⁵⁹ Çekilen bir resimde hastanenin dijital ekranında ameliyathane işlemlerinin sırayla yapıldığı gösterilmektedir. Bkz. Ek-4 Resim 5.4. Ameliyathane Dijital İşlem Sıraları.

devlet ve araştırma hastanesindeki çalışma saatinin neredeyse iki katıdır. Biz zaman anlamında kendimizden çalarız, hastayı tedavi etme adına. Lavaboya dahi zor gidiyoruz. Hastanın genellikle psikolojik durumunu tabii ki dikkate alırız ama her zaman mı hayır, bu mümkün değil (DR. 11).

Genel olarak psikolojik problemleri dikkate almanın zamansal yetersizlikten dolayı aşırı bir yük olarak görüldüğü anlaşılmaktadır. Ayrıca çalışma koşullarında değişimlerin ve özel hekim ve hastane seçeneklerinin gelişimine karşın hekimlerin çalışma durumlarının genel olarak “yoğun” mesai biçiminin ağırlığı hem özel hem de devlet hastanelerinde sürmektedir.

5.2.9. Tedavide bilgi gizleme

Hastaların kendisiyle ve hastalığı ile ilgili bilgiyi gizlediğinden dolayı yaşanan problemleri sorgulamadaki amaç, iletişimde ortaya çıkan otorite ilişkilerine yansıdığı düşünülen bu eylemlerin ne şekilde ortaya çıktığını saptamaktır. Hasta ve hekimin tedavi sürecinde bilgi gizlemesi hastalıkların tedavi yönünü önemli düzeyde etkileyebilmektedir. DR. 2 eksik tahlille tedaviye başlamanın zorluğunu, hastalık teşhisini ve olumlu sonuç almayı güçleştirdiğini ifade etmiştir.

Bazen olabiliyor. Neyin var diyorum, “her yerim ağrıyor” diyo(r). Hastalığı sorguluyorsunuz, sorgularken her şeye “evet” diyor. Çapraz sorular soruyoruz. Şu var mı, bu var mı, “elinde belgen var mı”, ilacın, tahlilin var mı diyorum. Bazı hastalar ne ilaç, ne tahlil getiriyor. Bazen bilerek, bazen bilmeyerek, unuttuğu için. Ben hastaya soruyorum, nereye geldin, bakkala mı geldin? Bakkala giderken tamam, para götürürsün, doktora giderken ilacını, varsa tetkikini almak lazım. Şimdi eczanelerde SGK sistemi var. Çıktı aldırıyoruz. Bilgisayardan ilaçlarını, görebiliyoruz. Bazen teknik bir şey soruyor, bakalım doktor bilecek mi diye, lopusum var diyor. Anlatınca, bildiğimi gösterince tırsıyor. Ha doktor biliyormuş diyor, yüreğini size açıyor. Her şeyi itiraf ediyor, size bakışı değişiyor, ne dersiniz yapıyor. Saklamaya çalışan olabilir. Biz hasta için burdayız. Yoksa bi şeyleri gizlemek, çözmek gibi görevimiz olamaz (DR. 2).

Bilgi düzeylerinin yüksek olup olmadığına dair kuşku hastaların tedavi öncesi hekimleri test etmesiyle giderilmeye çalışılmaktadır. Bunun gerekçesi de her hekimden aynı kalitede sağlık hizmeti alabileceklerine dair aşırı güven eksikliğidir.

Evet sık yaşıyoruz. Adam ilaca alerjisi var, söylemiyor. Ameliyat masasında ilaç yapıyoruz, alerjisi çıkıyor, hayati tehlike zuhur ediyor. Bir defa insanın kendisine, kendi hayatına saygı duyması gerek. Çok ciddi bir yere geldi, ameliyat ciddi bi şey, anestezi ciddi bir şey, ne biliyorsam söyleyeyim demeli, her şeyden önce. Böyle durumlarla karşılaşıyoruz, herkes böyle değil. Ama bu işin bilincinde olmayan, sadece burnumun şöyle değil de böyle olmasını istiyorum deyip, bilgiyi gizleyenler de olabiliyor, hayati durumlar söz konusu olabiliyor (DR. 12).

“Ameliyatın ciddi bir durum olduğunun göz ardı edilmesi” DR. 12’de hastanın her şeyden önce kendi hayatına duyduğu saygı yokluğuyla ilişkilendirilmiştir. Bu arada bedensel bir biçimden dolayı ameliyat olmayı isteyip, bilgilerin gizlenmesindeki anlamsızlığı çözemediklerini belirtmektedir.

Çok fazla değil ama oluyor, “neyin var?” diyoruz. “Doktor sensin, sen söyleyeceksin”, bazen şu durum var mı diyorum, “siz söyleyin” diyor. Halbuki tıpta tedavide hastanın beyanı esastır; hasta beyan eder biz onun beyanını doğru kabul ederiz ve tedavi ona göre şekillenir. Çok fazla olmamakla beraber olabiliyor. Bazen özel, kişisel şikayetler olabiliyor, ailesi ile ilgili olabiliyor. Sıcak konuşma ortamında açılabilirler. Bazen gizledikleri şeyler tedavi sırasında sonraki konuşmalarda ortaya çıkıyor. Aslında şu söyleydi diyorlar, bizim fark etmediğimiz de olabilir, onu bilemeyiz, tabii.

Bilgi gizleme var, defalarca soru soruyoruz, bir öyle soruyoruz, bir böyle soruyoruz, cevap alabilmek için. Bu da risk oluşturabiliyor bazen (DR. 7).

Bilgileri gizleme olabiliyor, söylemiyorlar. Bazı hastalıkları hastalıktan saymıyorlar, bazı ameliyatları ameliyattan görmüyorlar, mesela sezeryanı söylemeyebiliyorlar (Seher).

Tabii ki sigara içer, babasının yanında söylemez, alkol kullanır annesinin yanında söylemeyebiliyor, cinsel ilişkilerini saklayabiliyor, yaşıyoruz bunları. Aldığı ilaçları saklıyorlar bazen de (DR. 14).

Benim hastalarım benden bilgi gizlemez, ilişkilerim iyi olduğu için genel çoğu hastayla. Zaten bana doğru bilgi vermezse ona yardımcı olamam ki. Eğer ona faydam olsun istiyorsa tabii. Bilgimden faydalanmak isteyen için ise elimden geleni yaparım, bildiklerimi onunla mutlaka paylaşırım. Hasta sayısı yine de fazla olmasından problemler çıkabiliyor (DR. 5).

DR. 3 hastaların bilgiyi saklamalarında hekimler arasında tedavinin hastalar tarafından karşılaştırılma isteğinin rolü olduğunu ifade etmektedir:

Bilgiyi biz saklamıyoruz. Son günlerde tavrımız o. Neyse açıkça söylüyoruz. Ama hasta bilgiyi saklıyor, başka doktorlardan bilgi alabiliyorlar. Bir yerden teşhisi konuluyor, tanısı belli oluyor. Bakalım doktor ne diyecek biliyor mu? Diğer doktorun doğru söyleyip söylemediğini de öğrenmek istiyorlar. Bir de burda bakayım ne yapacaklar diye? Size söylemeden sıfırdan muayene oluyor. Şimdi aynı otomasyon sistemi aynı hastanede var, bizim hastanemizde ise sistemden görebiliyoruz ama diğer tedavilerini, farklı yerlerde (önceden) yaptırdıkları tedavileri göremiyoruz (DR. 3).

Dolayısıyla hastalar “sıfırdan muayene” olarak aslında hekimleri her iki taraftan kontrol etmek isteyebilmekte, adeta aldıkları tedavinin sağlamlasını yapmaya yönelmektedirler. DR. 11 bilgiyi gizlemenin bazen kendileri için risk bile oluşturduğunu, buna rağmen tedaviyi kolay yönden hızlıca halletme isteğinden buna başvurulabildiğini ifade etmektedir:

Hasta iki yere ameliyat olamadığı zaman bile bunu saklayabiliyor. Hepatit B’si var, söylemiyor, gelip ameliyat olmak isteyebiliyor. Biz, gerçi burada hiçbir parçayı diğer hastada kullanmıyoruz ama bize bulaşma riski olabilir, risk bizde olabiliyor yani. Şimdi kalp hastası var, bir an önce ameliyat olup, köyüne dönmek isteyebiliyor. Bu rahatsızlığını gizleyebiliyor. Konsültasyon isteyeceğiz ya; uğraşmak istemiyor. Bir an

önce işini çözmek isteyebiliyor. Böyle sıkıntılı işler var aslında (DR. 11).

5.2.10. Yapılan işe saygı

Hastaların son yıllardaki bakış açısı farklılığından yola çıkarak, tedavide kendi maddi olanaklarını da kullandıkları ve sağlığa tüketici yaklaşımlarının da etkisiyle hekimlerle girdikleri etkileşim boyutunun dönüşümünü görmek mümkündür.

Hastayla ne kadar çok ilgilenirseniz, hastayı anladığınızı, kaale aldığınızı, doktorla hasta arasında uçurum olmadığını hissettirirseniz, o da saygılı oluyor. Bizim hastalarımız, Türk insanı özverili, saygılı, samimi, sıcak hala bence. Yaşlı bir insan eğiliyor, hatta elimi öpmeye çalışan hastalarla karşılaşıyorum. Ona bilgi verdikçe saygı duyuyorlar. Bilgi vermedikçe saygı duyuramazsınız. Ayrıca, senin için ben düşünürüm, sen şunları kullan yeter demek artık doğru değil. Ben hastayı da tedaviye katarım. Hastalık hakkında onun da bilgi sahibi olmasını sağlamak lazım. Bunu sağladıkça tedavisine gelir, size saygısı artar. Kendim tedaviyi yapayım gitsin, demem. Hastayı işin içine katınca memnun oluyor. Hasta bu ilgiye minnettar kalıyor, ne yapsam da onu (doktoru) memnun etsem diyor. Kantinden iki simit bir çay alıp getirebiliyor. Hastalarla problemimiz yok. Her toplumda olduğu gibi, hasta yakınları sorun çıkarıyor. Eğer anlamıyorlarsa hasta yakınları sorun çıkarıyor. Bir evlat olarak elinden gelenleri yapmam gerekiyor, diyorlar. Hasta masum, mazlum, tedavi bekliyor, onlar sıcaklık şefkat bekliyor, onlar anacığım demeyi bekliyor. Onu gösterdiğiniz zaman onunla biraz samimi olursanız, onun karşılığını samimi ve sıcak olarak görüyorsunuz (DR. 2).

Görüldüğü üzere son yıllarda yaşanan değişimlere karşın hastaların kendi istekleriyle doktora saygı duyduğu, saygının ötesinde onu otorite kabul ettiği DR. 2'nin ifadesinden anlaşılmaktadır. Ayrıca hekimin sıcak yaklaşımının hastalarca taktir ve minnetle karşılandığı belirtilmektedir. Bununla birlikte katı otorite anlayışının çözülerek, hekimle hasta arasındaki uçurumun da azaldığı, hastanın kendini daha rahat ifade edebildiğini bu söylemlerden çıkarmak mümkündür. 30 yıllık doktor olan, bir özel hastanede uzman hekim olarak görev yapan DR. 1, işin başında "sıfır beklenti" ile yola çıktığını belirterek hekimliğin sınırlarına ayrı bir gözle bakmış oluyor:

Çoğu zaman işimizi taktir etmediklerini düşünürüm. Ancak ben hastalardan bir şey beklemem. Hastalar bize Allah razı olsun derse o bizim için iyi bir şeydir. Sadece hastalardan değil benim bütün insanlardan beklentim sıfırdır. Yaparlarsa, teşekkür iyidir (DR. 1).

Şöyle söyleyeyim. Hekimlerin işlerini taktir eden hastalar mazide kaldı. Eskiden insanların verilen emeklere saygı duyduğu dönem vardı. Biz kulaktan duyuyoruz, Hekimlere teşekkür edilir, minnet borcunu dile getirir. Bunu bir baklava, börekle gösterebilirlerdi. Biz şu an böyle bir şey göremiyoruz. Önceden saygı varmış. Bize efsane gibi geliyor bu durum şimdi. Değer verirlermiş insanlar hekimlere. Şimdi tam tersi. on tane şey yapıyoruz, "onbirincisini niye yapmadın" diyor. O kadar ilgileniyoruz, "bu senin görevin, zaten dünya kadar para alıyorlar" diyor. Hekimler kesinlikle hastalardan ayrıştırıldı yani (DR. 12).

DR. 12 hasta-hekim ilişkisinde maddi, ticari boyutun yaygınlık kazanmasıyla değer kaybı yaşandığını düşünmektedir. Bunu da “*hastalar hekimlerden ayrıştırıldı*” ifadesinden anlamak mümkündür.

Tabii ki taktir yok, işini halletmezsen. Yapmayınca da tepki var. Niçin yapılmadı diye. Taktir de yok zaten (DR. 7).

Benim görev yaptığım yerde hastalar genellikle teşekkür ediyorlar. Çünkü eğitim düzeyi yüksek insanlar hastalarım arasında çoğunlukta. Ama teşekkürü esirgeyenler de olabilir. Benim için Allah razı olsun derse bu benim için daha önemli. Çünkü burada hem teşekkür var, hem dua var. Daha anlamlı buluyorum böyle bir teşekkürü. Teşekkür edenler çoğunlukta. Nadir teşekkür etmeyenler (DR. 10).

Taktir etme azaldı. Son yıllarda daha çok taktir etmeme söz konusudur. Hastanın hekime bakış açısı değişti. Ülkenin haleti ruhiyesi de biraz farklı şimdilerde (DR. 13).

Genellikle hastalar işimizi taktir ediyor, en azından bir teşekkür ediyor. Eğitim durumuna göre de tatmin olma düzeyleri değişebiliyor. Üniversite mezunları daha sorgulayıcı olarak çeşitli taleplerde bulunabiliyorlar. Genelde neyde memnun olmayabilir? Rapordan kaynaklanabiliyor, onların isteyip de yapamadıklarımız olabiliyor, o zaman işte bazıları tepki gösterebiliyorlar, niçin rapor vermiyorsun gibi, daha iyi bir film çekirmek istiyebilirler. İlkokul, ortaokul mezunlarını daha kolay ikna edebiliriz (DR. 9).

Eskiden bazı şeyler sırf Allah rızası için tedavi edilirdi. Hasta Allah razı olsun desin önemli olan buydu. Ama bugün başka şeyler ön plana çıktı. Belki hastanın haklı olduğu durumlar da olabilir ama eski anlayış kalmadı, Yani öz gitti öz, özümüz gitti yani (DR. 5).

DR. 9’un “*ilkokul, ortaokul mezunlarını daha kolay ikna edebiliyoruz*” ifadesinde eğitim düzeyi yükseldikçe ikna etme güçlerinin azaldığını da anlamak mümkündür. Hastalar genellikle sağlık hizmetlerini aldıkları hekimlere tedavi sonrasında saygı ve taktir ifadesiyle yaklaşırken bazı hekimler ise bu durumun sıradan bir iş olarak algılanmasından dolayı böyle bir nezaketi göremediklerini ifade etmişlerdir. DR. 5, “öz, özümüz gitti” ifadesiyle kültürel yozlaşmanın yaşanmasıyla beraber bu tür inceliklerin de kaybolduğuna inanmaktadır. Bir üniversite hastanesinde görev alan öğretim üyesi DR. 3’ün ifadelerinden hekimlere yaklaşımın doktorun konumuna göre nasıl değiştiğini anlayabiliyoruz;

Şimdi bizim konumumuz farklı, el pençe divan şeklinde geliyor hastalar, karşımızda oldukça saygılılar, hoca konumundayız. Zaten kolay kolay ulaşamamış, ulaşınca da memnun oluyorlar, bu onlar için büyük bir kazanım olarak görülüyor ve tavırları oldukça iyimser oluyor. Ama poliklinikteki diğer doktorlar için aynı saygıyı duymuyor olabilirler, şiddete varana kadar tepkiler olabiliyor (DR. 3).

Görüldüğü üzere “*el pençe divan*” söylemi hastalarının kendilerine geldiğindeki genel durumu yansıtmakta, aslında hekim otoritesinin kabul edildiğini

açıkça göstermektedir. Çünkü hasta belirtildiği gibi doktora kolayca ulaşamadığı için ulaştınca da minnetini büyük bir saygıyla ifade etmektedir. Ancak öyle bir tavırda hekimin statüsünün ve zor ulaşılabilirliğin rolünü de unutmamak gerekir.

DR. 11 ise doktor olarak her türlü eleştiriye bile açık olduğunu ancak işin hakaret boyutuna tahammül edemeyeceğini belirtiyor;

Hastanın işimizi taktiri yarı yarıyadır. Her türlü davranışla karşılaşabiliyoruz. Burası metropol, her çeşit insan var. Biz meslek etiğine son derece uyuyoruz, hastanın da buna saygılı olmasını isteriz. “Görevi zaten” diyebilir, “para karşılığı yapıyordur” diyebilir. “Allah razı olsun” diyebilir, Bize saygılı olduğu müddetçe her türlü yorumu açığa, istediği yorumu yapabilir. Bize hakaret etmediği sürece sorun değil (DR. 11).

Son on yıl içerisinde hastaların hastalıkları ile ilgili bilinçlenmelerinin artıp artmadığı, hekimlerin tedavi sürecine ne şekilde etki ettiği araştırılmaktadır. Hekimlerin meslek bilgileri yanında iletişim becerileri üzerinde eğitim alıp almadıkları sorgulanmaktadır.

İletişim becerileri adı altında bir ders vardı ama yeterli değildi. Çünkü çok dikkatli bir eğitim değildi. Seminer biçimindeydi. İsteyen katılabiliyordu, biz konuşuyoruz, isteyen dinler o kadar. Ama faydalı değil. Sadece merak edenler, önem verenler gidip dinler, sertifika verilmiyor bitiminde yani, zorlayıcı bir durumu yoktu yani (DR. 1).

Deontoloji ve psikiyatri derslerinde zaman zaman öyle kuvvetli de olmasa hasta- hekim ilişkisiyle ilgili dersler aldık. Birkaç dersten ibaretti. Hekimin nasıl davranması gerektiğine dair bilgiler. Ancak bu ders içinde bilgi aktarımı şeklinde, herkes kendi nosyonunu, kendi hasta-hekim ilişkisinde edindiği tecrübeleri size aktarmaya çalışıyor, Hekimlik biraz öyledir. Siz öğrenciyseniz asistansanız o dönemde size onları paylaşıyor, Hekimlik usta çırak ilişkisi gibi yürüyor. Usta ne öğrenirse çırak da onu devam ettirir. Üzerine bir koyarsınız aldığınız bilgilerden veya koyamıyorsunuz (DR. 10).

Ne öyle bir ders ne de öyle bir eğitim aldık. Bizde böyle bir şey yoktu (DR. 14).

Görüldüğü üzere eğitim müfredatlarında çoğu hekimin iletişim üzerine zorunlu bir ders almadıklarını, isteğe bağlı bazı seminer derslerinin olduğu ya da iletişim eğitiminin hocalar tarafından aktarılan tecrübelerden ibaret olduğunu, sistematik olmadığını belirtmektedirler.

5.3. Hastane Bürokrasisi

Hastane ortamlarında ilişkinin zaman zaman aşırı bürokratikleşmesine ve prosedürlerin amacı dışına çıkılmasına dair birçok örneğe rastlamak mümkündür.

5.3.1. Yasal işlemlerden kaynaklanan kısıtlar ve tedavi

Hasta ve hekimlerin bürokratik ilişkilerden aynı biçimde etkilenmedikleri görülebilir. Yasal işlemlerden dolayı hastaların tedavilerinde gecikme ya da

aksamalar yaşandığına dair çeşitli deneyimler ifade edilmekle birlikte sağlık alanında geliştirilen politikaların olumlu etkileri de belirtilmektedir.

Şimdi daha iyi. Önceden sevk sıkıntıları vardı. Benim çocuk hastalandı. Hacettepe'ye sevk ettiremedim. 3000 lira istemişlerdi. Şimdi bu yok, ama o zaman çocuğun hayati tehlikesi vardı, zor anlar yaşadık. Şimdi ise ilaçlar konusunda oluyor. Consilin denen ilaçtan dolayı sıkıntı yaşadık. Yurt dışından geliyor ve ben 5 yıldır kullanıyorum. Geçenlerde eczane 3 yıl önceki kayıtları gözükmüyor diye bana ödemedi. Sıkıntı yaşadım. Dilekçe verdim, sonra halloldu (HST. 3).

Yasal sürecin buradaki problemi, beklenmedik bir anda gelen sistem değişikliğinin sonucunda meydana gelen tedavi sürecindeki aksama ve bunun ortaya koyduğu huzursuzluktur. HST. 2 ise “*tek kimlik*”le her şeyin çözülebilecek kadar kolay olmasından kaynaklanan rahatlığa dikkati çekmektedir;

Yasal işlemlerden dolayı pek problem yaşamadım. Zaten iki tür ilaç kullandım, sıkıntı olmadı. Sadece bir kimlikle her şey halloldu, ameliyat falan (HST. 2).

HST. 20, resmi prosedür uygulamalarının tedaviyi biçimsel bir pratiğe dönüştürüp çözümsüzlüğü yansıtmamasından yakınmaktadır;

Astım tedavisi görmekteydim. Bir hafta solunum problemlerinden dolayı yatarak tedavi olmak zorunda kaldım. Doktorlar bana şu kadar süre sonra gitmem gerektiğini söylediler. Burada daha fazla kalamazsın, daha hasta olanları biz yatırmaktayız dediler. Hafta doldu, taburcu işlemlerim başladı ama benim solunum problemlerim yeniden nüksetti. Doktora “durumumun kötüleştiğini bile bile beni taburcu ediyorsunuz, görüyorsunuz, henüz iyileşme adına pek bir gelişme yok” dedim. “Biliyorum ama elimden bir şey gelmez” dedi. Daha sonra yeniden hastaneye başvurdum, bir süre daha tedavi olduktan sonra ayrıldım. İlaçlarımı düzenli ve itinalı kullandım, talimatlara uydum, şükür kurtuldum. Hastane koşulları ve prosedürleri çok kötü (HST. 20).

Bürokratik ilişkiler hekimin doğru olduğuna inanmadığı halde “*elimden bir şey gelmez*” ifadesiyle somutlaşmakta, tedaviye yönelik eylemin ortaya konmasını engellemektedir.

HST. 13 hastane kurallarıyla ilgili yaşadığı problemleri ve iletişimden kaynaklanan sınırlılıklarla birlikte duygu dünyasında yaşanan boşluklara şöyle değinmektedir:

Hastane ortamı kurallarla yoğun bir yer, birçok prosedür var. Zaman zaman hastaneye yatarak tedavi olmak durumundayım. Özel bir üniversite hastanesi olsa da kuralları işletiyorlar. Söz gelimi yakınlarım belli saatlerden sonra içeri giremiyor. Onların varlığı beni çok mutlu ediyor. Benim rahatsızlığımda moral ve motivasyon çok önemli. Hastanede yatış sürecinde oda arkadaşlarım var. Bunlar üç arkadaş. Biz bu on günlük süre için de olsa bir dostluk kuruyoruz. Hastalığın sıkıntıları ve ağrıları olduğu dönemde bazen ona direnç göstermek gerekiyor. Arkadaşım bana ben de ona destek oluyorum. Odadaki kaldığım hasta zaman zaman kendinden geçen bir kalp rahatsızlığı olan hasta. Bazen iki, üç ya da defalarca ismiyle seslenerek uyarıyorum, kendine gelmesi, konuşmamızla bazen mümkün oluyor. Yoksa bir bakıyorsun insan dalmış gitmiş, bu

daha kötü bir şey. Kendisine kötü bir şey olacağını hissetmek. O esnada konuşmak, dertleşmek, hayatımızdan bahsetmek önemli. Ben ona memleketini, çocuklarını soruyorum o da bana. Çocuklar ne iş yapıyor, neredeler, torun falan var mı? İşte bunları konuştuğunda rahatlıyoruz, bazen konuştuğumuz çocuklar ziyarete geliyor, kim olduğunu, ismine varana kadar öğrendiğim için geldiğinde soruyorum sen falanca mısın, şaşırıyor, nerden biliyorsun diye. Baban anlattı diyorum. Bazı hastaları yakınları ziyarete geldiklerinde, şuuruları kapalı oluyor ya da uykuya dalıyorlar, buda hastalığın yorucu etkisi. Ailesinden birini böyle görmek kişiyi üzebiliyor. Ona da moral veriyoruz. “Üzülme, o iyi, bak sabah yemeklerini de yedi, sohbet ediyoruz onla”, diye. Kantinden arada bir çay içmek benim çok hoşuma gidiyor mesela. Ama burada bunu her zaman alamıyoruz. Ancak görevliler varsa onlardan istiyoruz. Burada refakatçi sistemi normal zamanda yok. Ancak ziyarete gelen falan olursa o zaman yakınlarımız alıyor bi şeyler. Beraber çay içmek ve meyve falan yemek de bizim için çok moral verici. Diğer şeyler yasak zaten. Buraya çiçek bile almıyorlar. Çiçek getirenler eve geri götürüyor, alınmıyor içeriye (HST. 13).

Dolayısıyla HST. 13, hastane bürokrasisinin ortaya koyduğu katı durumu, yakın çevresiyle ve birincil ilişkilerle geliştirmeye çalıştığı diyalogla aşmaya çalışmakta, bunda da belirli bir düzeyde başarılı olmaktadır. HST. 31, doktorlar tarafından yapılan tetkiklerle kendilerine ilaç verilememesi ve doğal gıda ve vitamin yoluyla karşılanması gereken rahatsızlıkların külfetine değinmektedir:

Şimdi hastaneden tetkik sonuçlarımı alarak doktora sordum. Doktor yapılan testler sonucunda bana ilaç veremeyeceğini söyledi. Kendisi “şu an kan değerleriniz, sistemin sizin için ilaç yazmama müsaade etmeyecek durumda. Dolayısıyla ilaç yazamam. Rahatsızlığınız yok demek değil bu. Kolesterol değerleriniz, iyi ve kötü kolesterol açısından pek uyumlu değil. Ama sistem size ilaç yazmama müsaade etmiyor. Doğal yollardan, mesela zeytinyağı, ceviz tüketerek bunları aşmaya çalışabilirsiniz,” dedi. Ben zaten önerdiklerini kullanıyorum. Hem kendim hem çocuğum için görüş aldım. Onun da zayıflığı var, kilosu yetersiz. İlaç kullanamıyor, doktorlar onun için de eczanelerde satılan vitamin önerdiler. Gittim fiyatlarını sordum, oldukça yüksek geldi, aldım, kullanmaya çalıştım, çocuk birkaç kez içti sonra da kullanmadı. Bitkisel ilaçlar bunlar. Hemen her bir açıdan, yok sindirime yararı, yok bağışıklık güçlendirici ve diğer vitamin takviyeleri. Ama hepsi de yüksek para, ihtiyacım var ama parasal “denge”ler buna fırsat vermiyor (HST. 31).

HST. 31’in “*parasal dengeler*” buna fırsat vermiyor ifadesinde, hastalığı önleyici bazı doğal vitaminlerin gerekliliğine karşın bunların yüksek ücretten satılmaları karşısında bulunduğu ekonomik güçsüzlük yer almaktadır. HST. 32 de göğüs hastalıklarıyla ilgili şikayeti bulunan ve aynı şekilde önerilen doğal gıdaları yeterince elde edememekten yaşadığı problemlere değinmektedir.

Hekimler bize hep doğal beslenin diyorlar, katkısız maddeler kullanın. Tamam kabul ediyoruz. Organik ürünler kullanmalıyız. Ancak hekimlerin doğal ürünlerin fiyatlarından haberi yok galiba. Mesela organik yumurta diğerinin iki katı(pahalı), doğal zeytinyağı da öyle. Bahçe domatesi alsak diğerlerinin iki-üç katı ödemek zorundayız. Bizim maaşımız ancak evimizi geçindiriyor. Nasıl olup da hormonsuzunu, doğalını tüketelim ki. Bir yere kadar doğalına yöneliyoruz ama bir yerden sonra bu bizi gerçekten aşıyor (HST. 32).

Hastalar kurallarla ilgili bazı düzenlemelerde özellikle gıda takviyesi zorunluluğu ile karşılaştıklarında çeşitli sıkıntılar yaşamaktadırlar. Bazen resmi ilişkinin otoritesini pekiştiren kurallarla bürokratik kurumlardaki mekan içerisinde gerçekleşen etkileşim dengeden yoksun, problemlidir. Hastaneler bürokratik işlemlerin yoğun olduğu kurumlar olmalarından dolayı yaşanan problemler söz konusu olabilmektedir Aşağıda bir hastanın tedavisi ile ilgilenen yakınının ifadeleri yer almaktadır:

Babamın tedavisi için yatışı yapıldı. Bir virüs olsa gerek, beyinle ilgili dediler. Bir on gün kadar kaldı. Sonra hastalığın kanser olduğu anlaşıldı. Hastalık çok hızlı gelişti, çaresiz kalıyorsunuz. Doktorlar “artık burada kalamazsınız, çünkü biz burada babanızı tedavi edemeyiz, onkoloji hastanesine falan götürün” dediler. Ama orada da yatak bulamayacağımızı biliyorduk. “Siz hastalığı tedavi eden ve etmesi gereken bir kuruluş değil misiniz?” dedim. Uğraşmak istemiyorlardı, çaba göstermek zor geliyordu açıkçası..Yakın arkadaşlardan benzer tecrübe yaşayanlara ne yaptıklarını sorarak bir şeyler öğrenmeye çalışıyorduk, ne yapacağımızı bilemiyordum (HST. 21).

HST. 21’in hastane kurumunun hayati bir tedavi sürecini yarıda bırakmasına karşın, kurumun asli işlevini sorgulaması anlamlıdır. Böylece hasta yakınları çözümü başka alanlarda aramaya yönelmekte, çevresindeki insanlardan bilgi arayarak çözüm adına olasılıkları araştırmaktadırlar.

Günümüzde birçok yayın organında işlerin daha sistematik yapılması amacıyla konulan bürokratik işlemlerin amacı dışına çıkarak hasta tedavisini ne şekilde engellediğine yönelik haberlere sıkça rastlanmaktadır.⁶⁰ Artık öldüren neden hastalık değil uzayan bürokratik işlemlerdir.

Günümüzde otomat gibi davranan, otomat gibi duyan insanlara rastlıyoruz; bu kişiler kendilerini, gerçekten oldukları gibi değil, olmaları gerektiği gibi algılıyorlar; içten kahkahaların yerini yapay bir gülümseme almış; iletişim sağlamak için konuşmak yerine anlamsız gevezelikler ediyorlar; gerçekten duyulan acılar yerine taşlaşmış bir umursamazlık içindedirler (Fromm, 1955/1996: 26). Günümüzde ise teknolojik veriler ve sağlık alanında ortaya çıkan değişimler bireye bakış açısında insani değerlerden hızlı bir şekilde kopuşu da beraberinde getirmektedir.

Aşağıda hastanede tedavisi zorunlu olan bir hastanın babasının tedavisinde

⁶⁰ 4 Mart Çarşamba 2015’de gazetelerde yer alan bir haber bu durum için çarpıcı bir örnek oluşturmaktadır: “Lenf kanseri tedavisi için Stockholm’e sevk edilen 25 yaşındaki Sibel Gökdam, onay işlemlerini beklerken yaşamını yitirdi. Eşi, “Karım bürokratik işlemleri halletmeye çalışırken öldü” diye isyan etti.” (<http://www.gazetevatan.com/-sibelimi-burokrasi-oldurdu--746266-yasam/>) Bkz. Ek-4.resim 5.5. Sibelimi bürokrasi öldürdü.

yaşadığı deneyime yer verilmektedir.

Babamda kalp yetmezliği vardı, memleketten kardeşim Ankara'ya getirdi. Burada bir devlet hastanesinde muayene oldu ve hastaneye yatışı gerekir dediler. Doktor iki hafta yatmalı dedi, ama burada mümkün değil. Özel bir hastane günlüğüne 1000 lira istedi, diğer ücretler hariç. Bu durumda 15 günlük ücretin nasıl altından kalkacağız? Yatması gereken bir hastayı hastane kabul etmiyor. Bana “öğretim üyesi, doçent, profesör tanıdığınız var mı?” diye sordular. “Yok” dedim. Sonra sağa sola sordum. Oradaki doktorlardan birini tanıyan bir bürokrattan arkadaş rica etti. Genel müdür hastanede bir öğretim üyesini arayınca kabul ettiler. Tabii rica minnet kabul etti! Ayrıca sıcak bir ilgi görmedik. Sadece yatış işlemlerini hallettik, rutin kontroller o kadar (HST. 5).

Hastaneye kabul işlemlerinde hastalardan doktorlardan yakınlığın istenmesi gibi bir durumun ve hasta işlemlerinde eşitliğe aykırı yürütülen süreç hasta yakınına güçlüğe ve kırılganlığa maruz bırakmıştır. Bunun için, hastanın tedavi probleminin yanı sıra bir de ikincil problem yaşamaları sıkıntılarının katlanmasına neden olmuştur. Bir yoğun bakım doktorunun hastane tedavisinin zorunlu olarak görülmesinin yol açtığı sıkıntılara değinmesi ilginçtir:

Açıkçası bizim burada çok ağır hastalar var. Mesela 3 numaralı odada yatan hasta kendisi de durumunun çok kötü olduğunu biliyor. Buradaki işlemler, sadece onu rahatlatmaktadır. Diğer bir hastamız da aynı. Bence böyle hastalar gerekirse kendi evlerine götürülmeli ve yaşamlarını orada noktalamaya hakları verilmeli. Bu psikolojik açıdan daha iyi olabilir (DR. 15).

Bürokratik kısıtlamalarla ilgili çeşitli sorunların tedaviyi güçleştirdiğini düşünen DR. 6, hekimlerin suiistimal edilebilecek durumları önlemenin anlaşılabileceğini ancak bu durumun da yol açtığı engellemelere dikkati çekmektedir:

Tabii ki SGK ile ilgili kısıtlamalar yaşanıyor. Mesela sen doktorsun, prostatla ilgili tetkik yaptırmıyor, tamam, gereksiz tetkiklerin önüne geçilmek isteniyor ama bazen hastamızın bizimle de ilgili olduğunu düşündüğümüz ekstra tetkik gerekebiliyor (DR. 6).

Bir genel cerrah olan Uzman DR. 4 tümör hastalığı olanların yaşadıkları ağır sıkıntılar yanında yakınlarını da sarsan tedavi zorluğuna değinmektedir;

Açıkçası bizim işler çok yoğun, her hasta işinin bir an önce görülmesini istiyor, ama bu mümkün değil. Yakınlarımız rica edince kıramıyoruz, ama normal bir hastaya asla fazla vakit harcayamam. Bir de umudu tükenmiş ama hasta yakınlarının açıkçası boşuna çırpındığı hastalar var. Elinizden fazla bir şeyin gelemeyeceğini anlatamıyorsunuz. Örneğin bir hasta ağır durumda olabiliyor, sizin yapacağınız fazla bir şey yok, eğer normal testlerde bu sonuç çıkmamışsa biyopsi ile rahatsızlık tespit edilebiliyor, kesinlikle hastalığı saptanırsa belki tedavi mümkün olabiliyor. Ama bir kanser hastası için bu oldukça zor. Eğer böyle bir durum varsa hem hasta hem yakınlarını zorlu bir süreç bekliyor, bu maddi ve manevi güç bir dönem. Hasta artık devamlı, gözetime muhtaç, sürekli ilgi gerekiyor, hastanın bir yere nakli bile külfetli demektir. Kısaca zor süreç hasta yakınına bekliyor, bunu açıkça o kişiye söylerim. Bizde de illaki yıpranma oluyor. Ama insanlara faydalı olmak hekimlik görevim diye bakıyorum (DR. 4).

DR. 3 yasal düzenlemelerin hastalığı teşhiste nasıl engeller çıkardığını şu şekilde belirtmektedir:

Şu an tüm tedaviler, tanıya dayanır. Bizler tanı olmaksızın kesinlikle tedaviye başlayamıyoruz. Ancak bazı hastalıklar var ki tanı koymak çok zor. Hastanın ilaçlara verdiği tepkiden tanıya ulaşma imkanı olabilir. Yani tedaviden yola çıkarak teşhis konulması gereken durumlar olmaktadır. Oysa bu yasal değildir. Hem böyle bir hastanın ilaç masrafını devlet ödemez. Kişilerin kendi rızası olduğunda önceden böyle bir risk alınabiliyordu. Ama şu an hiçbir hekim böyle bir riski göze almak istemez. Hastanın hayatını riske atmıyoruz ama onu böyle bir durumda tedavi de edemiyoruz. Çünkü teşhis konulamamış oluyor. Bu hasta haklarını koruyan bir yasa ama aslında hastalar için daha fazla dezavantaj içeriyor (DR. 3).

Dolayısıyla riskin göze alınamayarak çekinceli tedavinin hastayı olumsuz etkileyebileceği noktasına dikkat çekilmesi önemlidir. Hekimin buradaki ifadesi, tanılarının konmasında yaşanan güçlükler ve kesin tanı olmaksızın ilaç ve tedavi ücretinin devlet tarafından ödenmemesi şeklindeki sistemin hastanın tedavisini tıkadığını göstermektedir.

Bir özel hastanede görev yapan hekim DR. 2'nin hastane bürokrasisi ve mevcut sistemle ilgili yaşanabilen problemlere cevabı oldukça ayrıntılıdır;

Tabii bazı bürokratik engeller var ve siz bunu aşamıyorsunuz. Tedavi ve tahlil oluyor, SGK ilacı ödemiyor, Şimdi endikasyon dışı kullanım diye bir şey var. Bunun için koşullar, prosedürleri içeren form uygulanıyor. ortaya çıkıyor., bazen hastada tümör riski var. PET çekirtmeniz gerekir ama (sistem) izin vermiyor. “Acaba bunu biz hastanede yaptırabilir miyiz?” diyoruz. Amaç hastaya yardımcı olmak tabii. (SGK) ödemiyor, bu sefer iş yarım kalıyor. Tabii, denge gerek, suiistimal edilebilir. Her zaman her durumda uygulama sıkıntısı olabiliyor ki kanun bunu engelliyor. Bir de işin şu boyutu var: Bir tetkik de yüzde 10'dan az patoloji⁶¹ çıkarsa bu doktorlar kötü, yüzde 10'dan fazla çıkarsa iyi deniyor. Bu durumda bir fark oluşuyor. Az ve öz tetkik, ilaç isteniyor.

Okumayan, araştırmayan hekim eksik hekimdir. Hekim de kendini geliştirmeli. Hekimler de SGK'ye saygılı olacak, hastalar da hekimlere saygılı olacak. SGK bir karar alıyor, bi yerde kazançlı çıkmayı hesap ediyorlar ama binlerce kişinin hayatını etkileyecek durumları hesap edemiyorlar. Hassas durumlar tabii bunlar. Bazı toplantılar var, firma destekli toplantılar var, katılmak gerekiyor, ancak buna devlet izin vermiyor, kısıtlanıyor. Bazen cebimden parasını ödeyip ben gidiyorum, öğrenilecek çok şey olabiliyor. Şimdi tahlillerde sınırlandırmalar var. SGK tüm tahlilleri yaptırmaya müsaade etmeyebiliyor. Kaç kişinin hayatına mal olabilecek durum olabiliyor, bu hesap edilmiyor. Hassas noktalar..

Bazen hasta elinde listelerle geliyor, “şu tahlilleri yaptırır mısınız?” diye. Bunu kabul edemem. Adam menüyü söylüyor. Hekimlik nerede kaldı. Kebapçı yan tarafta derim.

⁶¹ Patoloji iki anlamda kullanılmaktadır. Birincisi hastalıkların doku ve organlarda oluşturduğu yapısal ve işlevsel değişiklikleri inceleyen tıp dalıdır. İkinci anlamı ise bir hastalığın doku ve organlarda oluşturduğu değişikliklerdir. (HST. 15er, 2012b; 308) Burada ikinci anlamda kullanılmıştır.

Burası hastane. Burası anemnez⁶², teşhis ve tedavi yeridir. Endikasyon varsa tahlil yapılır. Burası bir taşra hastanesi gibi, çok küçük katkı payları ile çalışıyor, hastalar öğretim üyeleri ile doğrudan temas kurabiliyor. Ama biliyoruz ki hasta üniversite hastanelerinde benim meslektaşım olan, öğretim üyesinin kapısına gitmek için 6 ay bekleyebiliyor. Kapısına ulaşamıyor öyle kolayca. Bu avantajı bilen hasta buraya geliyor. Burda, “oradan bir şeyler koparayım” deyip “tedaviyi ucuza getireyim” diyerek devlette tahlil yaptırmak istiyor. Ucuza getireyim derse, tedavi de ucuz etin yahnisi kadar oluyor (DR. 2).

Görüldüğü üzere bürokratik düzenlemelerin, ilaç, hastane ücretleri, SGK, tahliller ve hasta beklentileri boyutları var. Daha çok gereksiz tetkikleri önlemek için getirilen sağlık düzenlemelerinin aynı şekilde bireyin sağlık probleminin çözümünde engeller çıkartabileceğinin belirtilmesi önemlidir. Sistemin yüzde sıralaması koyarak patolojik sonuçlara göre hekim performanslarını ölçmeye yönelik değerlendirmesi hekimlerin tahlil istemlerini düşürmekle birlikte tedaviye de olumsuz etkilerinin olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca tam teşhis için gerekli olan bazı tahlillerin bazı durumlarda zamanında yapılmaması hastalar için hayati risklere neden olabileceğine “*hassas noktalar*” ifadesiyle dikkat çekilmektedir. Bununla birlikte hastaların tetkiklerinin de aşırı yapılmasının suiistimallere neden olabileceğinin tehlikesine değinilmektedir. Hastaların pragmatik yaklaşımla hareket ederek tedaviyi ekonomik gerçekleştirme isteklerini ise “*ucuz etin yahnisi*” söylemiyle tedavideki kalitenin azalabileceği nedeniyle olumsuz karşılıyor. DR. 2’nin “*hekimlik nerede kaldı?*” ifadesinden ise mesleki konumlarına tehdit olarak görülebilecek değişime tepki gösterdiği anlaşılmaktadır.

DR. 1 son kanuni düzenlemelerin hastaları ileride çok ciddi tehlikelere sokacağını ifade etmektedir ve uyarmaktadır:

TCK’de son birkaç yıl önce kanun maddesinde değişiklik oldu. Doktorlar ABD’deki gibi suçlanmaya, tazminat ödemeye ve hapse girmeye başladılar. Bu doktorları daha savunmacı hale getirdi. Bu yöntemin Türkiye’de uygulanmasında ciddi yanlışlar var. Türkiye’de doktorların maaşı, devlette 5000, özel hastanelerde yaklaşık 10000 civarında. Oysa milyonluk tazminatlar söz konusu. Bu kabul edilemez. Yapılan iş ve alınan ücretlerle orantısız tazminatlar söz konusu. Bunun ceremesini hastalar bence şimdi çekmedi daha ama yakında çecekler. Çünkü doktorlar daha zor, problemleri vakaları almayacaklar. Hastalar mağdur olur. Bence denge gerekir. Doktorların hatalarının da cezası olmalı ama abartılı değil. Ama şu an Türkiye’de bu denge yok (DR. 1).

DR. 1’in son yıllarda gerçekleştirilen yasal düzenlemelerin hasta haklarını ön

⁶² Anemnez: Hekimin hastaya sorduğu ilk sorulardan itibaren çıkarılan hastalık hikayesidir.

plana çıkararak hekimin eylemlerini kısıtlayan kurallardan rahatsız olduğu açıktır. Böylece aslında hasta için olumlu olduğu düşünülse de bunun “savunmacı tıbbi” güçlendireceği, hekimlerin sorumluluktan kaçarak ağır hastalıkların tedavisini istemeyeceklerinin öngörüsünde bulunmaktadır. Bu durumun da hastalar için daha olumsuz olduğunu “ceremesini çekecekler” söylemiyle ortaya koymaktadır.

DR. 12 hastanede bürokratların bizzat işe karışmalarından muzdarip olduğunu belirtiyor.

Oluyor tabii, Bazen milletvekili geliyor, 50 kişinin sırasına giriyor. Şoförünü gönderip “hala sıram neden gelmedi” diyor. Hastane çalkalanıyor, olağanüstü hal oluyo. Diğer insanlar gibi tedavi imkanlarından yararlanılmalı. Biz zaten yapabileceğimiz şeyi herkese yapıyoruz. Hekimlik sanatı bürokrasinin ağırlığı altında yapılabilecek bir şey değil. Yasayı önce kural koyanlar uygulamalı. Elimizde şu an ilaçlar var ama onaylanmadığı için hastalara bunlar verilemiyor. Daha kaliteli, daha az yan etkisi olan, gerek antibiyotik olsun, gerek kardiyovasküler ilaç olsun, şu ilaç kullanılmalı diyoruz ama Türkiye’de bu yok. Bakanlık onaylamayabiliyor.

Tıbbi icad eden biz değiliz. Tıp sanatında öğretilenler dışına çıkamıyorsunuz. Biz bize öğretileni uyguluyoruz, kendi çözemediğimiz durumlarda farklı bir uzmana yönlendiriyoruz, Hasta yakınına bu tür durumlarda şunu söylüyoruz; Şu anda bu hastalıkla ilgili bir çözüm üretilmemiştir, siz yapmayı düşündüğünüz başka bir şey varsa yapabilirsiniz. Endikasyon dışı tedavi zaten yapamıyoruz. Bu tüm dünyada böyle.

“Tıbbi icad eden biz değiliz, tıp sanatında öğretilenler dışına çıkamıyorsunuz” ifadesi aslında modern tıbbın kendi sınırlarının olduğunu bir anlamda ortaya koymaktadır. Bunun yanında “hekimlik sanatı bürokrasinin ağırlığı altında yapılabilecek bir şey değil” ifadesi üst kademe yöneticilerinin ve kuralların mesleklerinin icrası açısından sorunlara yol açabildiğini göstermektedir. DR. 10, bazı yasal düzenlemelerin görevlerini yaparken, tedaviyi zorlaştıracı etkilerine dikkati çekiyor;

Bürokratik engeller olabiliyor. Bazı kısıtlamalara uyarsanız hastayı tedavi edemiyorsunuz. Bazı şeylerde hastanın tedavisi için tanı uyduruyorsunuz. Hastanın tanısına göre ilaç yazmanız gerektiğinde kurum onu karşılamıyor. Bu hastanın tedavisi için bu ilacı kullanması gerekiyor. Bu hastanın tedavisinde bu var. Siz o bürokrasiyi aşmak için, mesela, pnömoni yoksa, zatürre yoksa bir ilacı veremiyorsunuz ama ilacı alması gerekli; pnömoni tanısı koyuyorsunuz. O ilacı kullanıyorsunuz, Gastroenterit değil, ama o tanıyı koyuyorsunuz, ilacı kullanıyorsunuz. Dolambaçlı bir şekilde bu engelleri aşmaya çalışıyorsunuz. Bu hastanın yararına olacak şekilde bu elbette.(DR. 10)

DR. 10 tedavide yasal eksikliklere ve boşluklara dikkati çekerek, “dolambaçlı bir şekilde” davranma zorunluluğundan kaynaklanan problemleri durumları işaret etmektedir. Buradan da anlaşılmaktadır ki bazı durumlarda hekimler ancak kuralları esnetmekle hasta tedavisini yapabilmektedirler.

Bazen araçların arızası oluyor, 20 liralık tamiri için bekleniyor, tamiri 3 dakikalık süren alet günlerce, hatta yıl boyunca tamir edilemiyor, prosedürden, işler gecikiyor, ihaleye açılıyor, bekleniyor, hastalar sırada bekliyor. Bir sürü ölü yatan alet var (DR. 14).

DR. 14 hastane rutininin bazen işlerini sıradanlaştırdığını belirtiyor. Ayrıca bazı hastaların statülerini kullanarak tedavi sürecinde ayrıcalık sağlamak istemelerinden de rahatsızlığını ortaya koyuyor.

İşimiz koşturmaca ile sürüyor, hastayla çok işimiz yok. Uyumuyoruz, diğer hastaya geçiyoruz, o kadar. Bazen gelip iki dakika çay içiyoruz. Çok detaylı bilgiler veremiyoruz. Klişe ifadeler olabiliyor, şunu yapacağız, korkma çok kısa sürecek annesi .. O kadar, geçiyoruz, daha detaylı anlatamıyoruz çünkü sırada çok hasta var. Hangi birine açıklama yapacaksın ki. Hastayla ilişkilerimiz çok minimal. Bürokratik engeller olduğunu düşünüyorum, son zamanlarda arttı, vatandaş sen bana hizmet etmek zorundasın diyor. Vatandaş benim yanımda müsteşarı arıyor ve şunu yapacaksın diyor, bizzat yaşadım bunu. Yarım saattir beni meşgul edebiliyor, adamın kaydı yok mesela klinikte, ama gelip ben falanca kurumda genel müdürüm bana yardımcı olacaksın diyor. Herkes kanunları kendine göre yontuyor! (DR. 14).

Bir özel ayakta tedavi merkezi olarak çalışan kurumda görevli olan DR. 11 yasal prosedürlerin kendilerini nasıl engellediğini, devlet ve özel hastaneler arasında orantısız yürütülen ücret uygulamalarını anlatıyor:

Yapamadığımız ameliyatlar var. Bizden kaynaklanan değil, Sağlık Bakanlığı müsaade etmiyor, dal merkezleri yapamaz diyor. Çok daha zor ameliyatları bize yapma yetkisi vermiş, bunu yapamıyoruz. Bütçe ile ilgili diye düşünüyorum, pahalı ameliyatları SGK bize yaptırmıyor. Daha doğrusu Sağlık Bakanlığı ile birlikte bize yaptırmıyor diyelim. Sonuçta biz bu konumda Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum olmakla beraber ama onun rakibiyiz. Devlet hastaneleri, araştırma hastaneleri Sağlık Bakanlığı'nın değil mi? Bazı ameliyatları yapamamamız haksız rekabet! Bu bütçe meselesi. Benim yaptığım her ameliyat Sağlık Bakanlığının yapamadığı ameliyattır. Mesela 20 milyar devlet bütçesi varsa, 16'sını devlet aldı, 4'ünü özel kuruluşlar alır, Şimdi 10'unu özel aldı, 10'unu Sağlık Bakanlığı yapar. Yani bizi rakip olarak düşünüyor. Bundan kaynaklanan şeyler var. Maksat herkesi tedavi etmenin ötesinde toplam bütçe aslında mesele. Sistemden kaynaklanan çok şey var, aynı parayı almıyoruz, mesela. Şimdi özelde hasta muayenesi 20 lira, Eğitim Araştırma Hastaneleri'nde devletin ödediği para 46 lira, üniversite hastanelerinde 80 liradır. Siz buraya muayene olursanız 20 lira ödersiniz, bunun 12 lirasını siz 8 lirasını SGK öder. Oysa devlet hastanesine muayene olsanız devlet oraya 23 lira öder, 17'sini SGK 6'sını hasta öder. Sosyal Güvenlik Kurumu bana bir muayene için 8 lira, Ulucanlar Araştırma Hastanesi'ne 38 lira ödüyor, muayene başına. Üniversite hastanesinde asistan hastaya bakar, orada 80 lira muayene, ben uzman doktorum 20 lira alırım. Aynı şeyi yapıyoruz. Onlarıki kamu hizmeti olur bizimki olmaz (DR. 11).

DR. 11'in "*rekabet*" sözcüğünü tercih etmesi sağlık olgusunun piyasa koşulları içerisinde düşünüldüğünü yansıtmaktadır. Böylece hekimliğin arz-talep ilişkisinin bir boyutunu ortaya koyduğunu dolaylı olarak göstermektedir.

5.3.2. Bilgisayar aracılığıyla denetleme ve kontrol

Hasta ve hekimlerin tüm işlemlerinin elektronik ortamda yapılmaya başlanması bireysel bilgilerin ve tedavi sürecinde izlenen adımların kayıt altına alınmasıyla denetim problemini de ortaya çıkarmıştır. Hastaların yaşamının denetlenmesi kayıtların özel bilgileri içermesi ve bunun üçüncü şahıslarla paylaşılıp paylaşılmaması problemidir. Sorun, bilgisayarlar aracılığıyla yaşamın denetlendiğine ilişkin kaygılar, kişisel bilgilerin kişilerin isteği dışında kullanılabilme riskine eşlik eder. Bazı katılımcıların bu konudaki görüşleri şu şekildedir:

İlaçlar yönüyle evet, hissediliyor, hekimler aldığınız ilacı ve tedavinin bazı adımlarını görebiliyorlar, ama kendileri de denetlenir bence bu durumda (HST. 3).

Grup başkanlığı gibi bir durum var hastanelerde sanırım. Doktorların çalışmaları üstlerince denetleniyor, deniyor. Denetim kısmı var mı bilmem ama doktorlarda korku kısmı var. “Ya bir ihmalden dolayı beni başka yere gönderirlerse” işte bunu düşünüyor. Hastaların denetimi konusunda pek bir şey diyemeyeceğim (HST. 12).

Ben şu an takipli bir hastayım, gittiğim zaman mesela altı ay önceki kan sonuçlarımı görebiliyorum, doktor bakıyor, olumsuz bir şey var mı, izleyebiliyor. Kimlik numaramı girip bilgilerimi de hastane ile ilgili tedavileri, tahlil sonuçlarımı görebiliyorum. Kişisel verilerimizin, bilgilerimizin başkalarının ellerine geçip geçmeyeceğini bilemiyorum, en azından bazı hasta hakları var (HST. 2).

Şimdi yaşamımın denetlendiğini düşünüyorum. Mesela internetten bilgilere HST. 31’rse endişe duymamak mümkün değil. Mecbur güveniyorsun, ama bu bilgilerin üçüncü şahısların eline de geçebileceğine dair haberler ister istemez beni endişelendiriyor (HST. 9).

HST. 3, bilgisayarlarla alınan kayıtlar neticesinde işlemlerin denetlenme durumunun hem hekim hem de hasta için söz konusu olduğunu belirtmektedir. HST. 12 ise “denetim kısmı var mı bilmem ama doktorlarda korku kısmı var” ifadesiyle aslında bu durumun hekimlerin güçlerini sınırlandırıdığını, işlemlerle ilgili karar alma sürecinde sorumluluklarının söz konusu kayıtlarla belirginleştiğine değinmektedir. HST. 2 takipli bir hasta olarak işlemlerin bilgisayarda izlenmesinin çeşitli avantajlarına değinirken bilgilerin başka kişilerce kullanılmaya başlanmasına karşı yasal haklarının söz konusu olduğunu belirtmektedir. HST. 9 ise kişisel bilgilerinin başkalarınca kullanılabilme riskine karşı zorunluluktan dolayı hastanın herhangi bir dahlinin olmadığını ifade etmektedir.

Hekimlerin işlerinin denetlenmesine yaklaşımında ise daha farklı noktalar ortaya çıkmaktadır. Hekimlerin de yapılan işlemlerin denetlenmesine ilişkin görüşlerinde onların otoritelerine etkilerini görmek mümkündür. Bilgisayarlar aracılığıyla yapılan işlerin denetlendiğine ilişkin hekimlerin görüşlerinden ilginç

sonuçlar elde edilmiştir. DR. 1 tüm bilgilerin bilgisayara kaydedilmesini, yapılan işin sonucu bir “imza bırakılması” olarak değerlendiriyor ve bunu olumlu buluyor;

Elbette yapılan tüm işler denetlenir. Elektronik ortamda yapılır tüm işler çünkü. Reçete elektronik reçetedir, mesela. Yapılan her iş geriye bir imza bırakır. Bence iyidir, şeffaftır, bunun çok olumlu olduğunu düşünüyorum. Hastalar ayrıca kendi hastalıkları ile ilgili internete girip laboratuvar sonuçlarına da ulaşabilirler (DR. 1).

Burada “*imza bırakma*” ifadesi kontrolün sürdüğünü ve bunun gerekliliğinin, savunulduğunu göstermektedir. Dolayısıyla imzası olan işlerde hekimlerin sorumluluklarının da farkında olacakları, olumlu bir denetimin sağlanacağı kanısındadır. Bu durumda yapılabilecek olumsuz durumlara karşı bir teyakkuz bağlamı da hekimlik uygulamalarında her zaman kötüye kullanılabilecek uygulamaların yaşanabileceği gerçeğiyle örtüşmektedir. Bu durum Foucault’nun (1975/1992: 260-261) panoptik gözetimde gözleyen de denetlenmesine olanak veren bir araç olduğu tezini doğrulamaktadır. Böylece hem hasta hem hekim elektronik denetimle kontrol edilmektedir.

DR. 7 de kayıtların hastayı tıbbi ve akademik açıdan izleme adına gerekli olduğuna inanmaktadır.

Kontrol edilme anlamında değil belki ama kayıt altına almayı olumlu buluyorum. Kayıtlar bizim için çok önemli. Akademik açıdan yararlı, kayıtlara bakıp ne tür tedavi aldığı izlenebiliyor. Çünkü tüm ilaçlar kaydediliyor, izleniyor. Hasta ile ilgili bilgileri bilgisayardan izleyebiliyor. Yeni alınan hastalarla ilgili geçmişe yönelik tarama istenebiliyor. Bazen tedaviler sonrasında davalık durumlar olabiliyor, bu bilgiler gerekli oluyor (DR. 7).

DR. 7 tedavi sonrasında yasal problemler çıkabildiğini “davalık” durumların da söz konusu olabileceğini, aslında bilgisayar kayıtlarının bir anlamda kanıt olmasından dolayı hukuksal işlerin çözümünde işlevsellik sağladığını belirtmektedir. DR. 14 ise hastanelerin kullandığı programın doktor kontrolünde olmadığı için denetimin de kendi ellerinde olamayacağına, sistemin üst bir merkezce kontrolünün söz konusu olduğuna inanmaktadır;

Şimdi her hastanenin kullandığı bir program var ve bunun denetimi doktorların elinde değil, bu programı yazan ve yapan insanda onun kontrolü (DR. 14).

DR. 11, denetlemenin eksikliklerine dikkati çekiyor ve hasta memnuniyeti ile denetleme olamayacağını, bazı özel ve devlet kurumlarında suiistimallerin yapılageldiği, eşitsizliklerin ve rekabeti darbeleyen uygulamaların kaldırılmasını öneriyor:

Özel ya da devlet her zaman her yer denetlenmeli, denetleniyor, kontrol ediliyor da. Denetlemeden ne anladığımız önemli. Mesela burada çalışanların sigortası, hastanenin steril olma durumu vs. Şimdi amaç o mu? Benim hasta sayımla aynı olup benim 22 katı ameliyat yapan kurum var. Devlet şunu demeli; ya orda bir problem var ya burada. Burası bir hizmet sektörü, ticari kuruluş. Benim hasta sayımla aynı olduğu bir hastanenin 22 kat ameliyat yapıyorsa bunu devlet sormalı. Biz ameliyat gerekiyor da yapmıyor muyuz, bu mantıksız olur. Demekki birileri gereğinden fazla yapıyor. Standart bir oran olmalı. Devlet bunun için çalışmalar yapmalı. Sağlık Bakanlığı idarecileri bunu bilmeli, kim fazla yapıyor görebilmeli, sistem uyarı vermeli; “şurası standardın üstünde ameliyat yapıyor” diye. Mesela ben taşrada, periferide çalıştım, 10.000 nüfuslu yerde çalıştım. Bu 10000 nüfuslu yerde biz hiç kanser vakası bulmamışız, bunu sormalıyız, illa ki vardır, kaçırmışız ya da başka merkezlere gidiyor. Şimdi “kataraktta kaç kişi ameliyat olur, glokomdan kaç kişi ameliyat olur” devlet bunu bilmeli. Denetimin fazlası ile olduğu ama bazı konularda yetersiz kaldığını düşünüyorum. Denetleme hasta kılığında olmalı, devletin elemanlarla yapması gereken bir denetleme şart. Şimdi özel kurumda hasta zaten memnun değilse gelmez Sadece evrak bazında denetlemenin bir faydası olmaz. Hasta memnuniyeti açısından denetlenme bence mantıklı değil, zaten özel kuruluş, hasta memnun değilse zaten gider. Ekonomik istismar açısından bakmalı. Mesela kataraktı olmayan biri gitsin muayene olsun, 5-6 merkezi ayda bir gezmeli, bakalım ameliyat etmeye kalkıyorlar mı? Kurumların bir cirosu var ayrıca. Şimdi burada göz tomografisi, anjiyosu var, diğer tüm teknolojileri var. Burada her türlü ameliyatın yapılabildiği teknolojiler var, lazerli göz yaşı ameliyatına kadar. Benim cirom 120- 130 bin, bir başkasının 450-600 bin arası. Böyle bir fark oluyorsa ve bu her ay oluyorsa sormak lazım. Bir problem var demektir. Excimer lazerinden⁶³ tut...nesine kadar her şey var. Bir kurum, iyi niyetli olmak yetmez, şüphesiz iyi niyetli kuruluş da çoktur, önemli olan aradıkları temizleyip güveni yeniden tesis etmek. Ayrıca gereksiz ameliyatlara insanları şuna da yöneltebilir, yalancı çoban misali, insanlar gerektiği zaman bu ameliyatlara yaptırmaktan kaçınabilir. Çünkü etrafını duyup dinliyor, insanlar. Gerekli olduğu hâlde yaptırmaz insanlar (DR. 11).

DR. 11’in “*yalancı çoban misali*” söylemiyle hekimlere güvenin sarsılmasının sonucunda hastaların kendileri için gerekli olduğu durumlarda dahi bu tedaviden kaçınabilecekleri ve sağlıkları için tehlikelerin baş göstereceğini belirtmesi önemlidir. Bunun için aslında denetimin önemli bir işlevi yerine getirebileceği ancak çok denetimden ziyade bunun etkili yapılmasının önemi vurgulanmaktadır. Çünkü hastaların gereksiz müdahalelere maruz kalabildiğini, sağlığın bu şekilde suiistimale açık bir alan olduğunu, tıbbi hizmetlerde daha profesyonelce denetim mekanizmalarının işleme gerektğini belirtmektedir. “Sistem uyarı vermeli” ifadesi

⁶³ Laser tedavi yöntemi; Miyop, astigmat ve hipermetrop gibi gözde kırılma kusurlarının tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemidir. Görme bozukluğunun derecesine göre, bilgisayar aracılığıyla programlanan Excimer Laser ışını ile gözün üzerindeki saydam kornea tabakasının yeniden şekillendirilerek doğru odaklama ve net görme sağlanır. Ayrıca lasik denen bir göz tedavisi de vardır.

Lasik; Mekanik bir bıçak vasıtasıyla kornea dokusundan bir kapakçık kaldırılıp, kapakçığın altındaki dokuya Excimer Lazer ışınları uygulanarak görme kusurunun düzeltilmesi yöntemidir. Ayrıntılı bilgi için bkz. <http://www.batigoz.com/tr/icerik/49/excimer-laser-tedavisi>.

ile DR. 11 etkin bir denetimin sağlanması gerektiği ve bunun aracının da istatistiksel bir biçimde sözkonusu olabileceğini işaret etmektedir. Bu anlayış, gerek Foucault gerekse Fromm tarafından dile getirilen sayısallaşma ve nicelleşmenin tıbbi işlemlerde temel araç olarak iktidara katkı yaptığı tezini doğrulamaktadır.

5.3.3.Sağlığın ekonomik boyutu

Sağlığın giderek önem kazanmasının bir kanıtı da sağlığa ayrılan bütçenin hızla yükselmesidir. Aşağıdaki tabloda bunu görmek mümkündür.

Çizelge 5.4. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları

Yıllar	Devlet	Özel Sektör	Genel Toplam
2003	17,462	6,817	24,279
2004	21,389	8,632	30,021
2005	23,987	11,372	35,359
2006	30,116	13,953	44,069
2007	34,530	16,374	50,904
2008	42,159	15,580	57,740
2009	46,890	11,021	57,911
2010	48,482	13,196	61,678
2011	54,580	14,028	68,607
2012	58,785	15,404	74,189
2013	66,228	18,162	84,390

(milyar lira)

(http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084) 22.05.2015 tarihinde erişilmiştir.

10 yıl içerisinde sağlığa ayrılan pay yaklaşık 17,5 milyardan 84,5 milyara çıkmıştır ki bu da bu süre içinde ortalama 5 kata yakın bir artış olduğuna işaret eder. Aşağıda hane halkının sağlık harcamaları verilmektedir.

Çizelge 5.5. Hane Halkı Sağlık Harcamaları(milyon lira)

Yıllar	Hastaneler	Ayakta Bakım Sunanlar	Perakende Satış ve Diğer Tıbbi Malzeme Sunanlar	Diğer ⁶⁴	Genel Toplam ⁶⁵
2003	598	1993	1883	78	4482
2004	621	2056	2231	867	5775
2005	990	3003	2920	1136	8049
2006	910	3522	3686	1566	9684
	1568	4135	3857	1545	11105
2008	1304	3658	3482	1593	10036
2009	907	2887	3254	1093	8142
2010	1400	3899	3516	1248	10062
2011	1248	4188	3828	1326	10590
2012	4679	1873	3965	1233	11750
2013	5637	2257	4777	1485	14156

Görüldüğü üzere hane halkı sağlık harcamaları 2003'te yaklaşık 4,5 milyar iken bu rakam 2013'te 14 milyar lirayı geçmiştir. Bu da sağlık alanına yapılan yatırımlar sonucu bütçeden ayrılan payın artması ile açıklanabilir. Aynı zamanda sağlık, harcamalar arasında gitgide önem kazanan bir konuma yükselmektedir.

Hastalığın ekonomik sonuçlarından dolayı bireyin kendini güvensiz ya da suçlu hissedip hissetmediği sorulduğunda bazı hastalık türlerinde yaşanan kısıtlılıklar ön plana çıkmaktadır.

Ekonomik sıkıntı hissediyoruz bazen. Özele zaten gitmek zor, fark ücretleri yüksek ama bazen gitmek zorundayız. Acele işlemlerden dolayı özelde tedavi zorunluluğu olunca gidiliyor ama kulfeti problem oluyor (HST. 3).

Biz, çok sıkıntı yaşamadık. Ama yaşayanlar olduğunu biliyorum. Hanımın akrabası şehir dışından gelmişti, birkaç sene önce. Ben hekime götürdüm. Cinnah caddesinde muayenehanesi var. Götürdüm, tedavi yaptırdık. Hasta özel muayenehaneye geldiği zaman 400 lira muayene ücreti, 400 lira tahlile ödedi. Alerji tahlili, ikinci defa da gelecekler. Bu 800 lirayı bir defa daha ödediler, deli para. Özelde muayene problem. Hastanelerde sağlık sistemi son yıllarda bence iyileşti. Şöyle 10 yıl öncesine bakarsak aslında daha iyiyiz. İyie doğru gidiş var. Yeni doktorlardan daha iyi ilgi görebiliyoruz. Özel hastanelere gidebiliyoruz, cüzi ücretlerle muayene olabiliyoruz. Hastane devletinse ücretsiz muayene var, ben bunu olumlu görüyorum. Sağlık bakanlığının bu uygulamaları çok yararlı oldu. Eskiden mümkün mü bu durum. Ben şimdi doktoru buluyorsam, para vermiyorsam muayene olabiliyorsam, ilaçlarımı alabiliyorsam ben

⁶⁴ 2003 yılı için hemşirelik hizmetleri sunanlar, diğer yıllar için ise sağlık harcamaları, özel sosyal sigortalar (banka sandıkları), hane halklarına hizmet sunan kar amacı gütmeyen kuruluşlar, KİT'ler, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarıdır. 2009'dan sonraki yatırımlar da buna dâhil edilmiştir.

⁶⁵ Rakamlar yuvarlanarak verilmiştir.

buna bakarım..Ha kasasını dolduranlar var, deniyor, Devlet de bunu bulsun, bu Devletin görevidir, o kontrol eder (HST. 12).

Ekonomik olarak şu an bence hastaneler daha iyi. Son yıllarda cüzi ücretler çıkıyor ama eskiden daha mı iyidi, tabii ki değil. Şimdi bir göz rahatsızlığım olmuştu. 15 yıl önce gözüm sinek kaçığından sıkıntı yaşamıştım, özel doktora gittim, adam şöyle kulak çöpü gibi bir şeyle baktı. Ayıp olmasın diye bundan da muayene ücreti alınmaz dedi herhalde, utandı, gel bir de göz muayenesi yapayım, dedi. Sonrasında 80 lira ödedik. Adam iki sinek bacağına o kadar para aldı (gülüyor). Şimdinin 800 lirasından fazla. Yani şimdi işlemler daha makul ve uygun olarak yapılıyor bence hem özelde hem de devlet hastanelerinde (HST. 12).

HST. 12, önceki yıllara göre düzenlemelerin hastalar açısından ekonomik olarak daha avantajlı bir durum sağladığını belirtmektedir. Bunu da kendi yaşadığı deneyimlerle ifade etmektedir. HST. 9 mide ile ilgili yapılması kendi tercihinine bağlı bir ameliyatta halen yüksek ücretlerin söz konusu olduğunu, bunun için dahi aylar öncesinden randevu alması gerektiğini belirtmiştir.

Ayrıca ameliyat için 10000 lira ücret ödemem gerekiyor. Bu az bir ücret değil tabii ama ödemek zorundayım. Daha önce bu ameliyatlara sigorta belli bir seviyede karşılıyormuş, çok fazla ameliyat olan söz konusu olunca ücretli yapmışlar. Araştırma hastanelerinde ücretsiz yapıyormuş ama şimdilerde onların da 3-4 bin lira almaya başladığını duydum. Devlet hastanelerinde ve araştırma hastanelerinde de ücret almanın yanında 1 sene beklemen gerekiyor, diye öğrendik. Bir yıl boyunca gidip gelersen uğraşırsan bir yıla kadar ancak ameliyatını yaptırabilirsin, diye çevreden duyduk (HST. 9).

HST. 23, sağlık sıkıntısı anında masrafın bir yere kadar gözden çıkarıldığı, harcanan parayı gözün görmediğini belirtiyor;

Hekimin özel muayenehanesine para ödedik, ayrıca her bir tahlil için ekstra ücretler verdik. 1000 liradan fazla özel muayene ve tahlil, tetkik ücretleri ödedik. İllaki ekonomik problemleri bizi zorladı. Ama o an benim gözüm açıkçası bunları hiç görmedi. Her şeyden önce kızımın yaşamı benim için önemliydi ve ne harcarsak buna değerdi. Çok şükür ki sağlığı adına iyi gelişmeler oldu. Biz ailecek onun için elimizden ne gelirse yapma zorunda hissettik. Çok şükür, sağlığı yönünde olumlu neticeler alabildik. Ben hastanede bir süre kaldım, haftalarca hastane ile içli dışlı olduk. Çantamı alıp, günlerce oralarda kaldım. Sonuçta hayati meseleydi. İşimden bu süre zarfında ayrıldım, geçici olarak çalışmadım, bunun da bana maddi manevi kayıpları oldu. Tekrar işime geri dönerek çalışmam da kızımın hastalığı sonrasındaki gelişmelere bağlı olarak gerçekleşti. Sağlıktan önemli bir şey yok. Diğer şeyler sağlıkla anlamlı (HST. 23).

HST. 23'ün "*sağlıktan önemli bir şey yok*" söylemi, tedavide paranın ve maddi koşulların daima ikincil görüldüğüne açık bir örnektir. Kendisi uzun bir süre işini bırakarak kızıyla ilgili tedaviyi izlemek zorunda kaldığını belirtmiştir. Bir diyaliz hastasının deneyiminde şu ifadeler dikkat çekicidir:

"Eşim haftada 3 gün diyalize gitmek zorundadır. Pazartesi, çarşamba ve cuma. Önceleri 1 kez giderken şimdilerde arttı. Yiyeceklerine ve içeceklerine dikkat etmek zorunda, her gün belirli miktarlarda sıvı alabiliyor. Diğer insanların ikramlarını mecburen geri çeviriyorsunuz. Bazen de yanlış anlıyorlar. Geceleri ağrıları olduğu gibi

gündüzleri de ıstırap çekiyor. En yakını olarak hastanede ve dışında tüm işlerine yardım etmeye çalışıyorum. Makinelerle içli dışlıyız. Belirli periyotlarla ilaç almakta ve doktora kontrole gitmektedir. Bazen hastanede gözetim altında kalıyor. Ama yine de şikayetçi değil, bunun kaderin bir cilvesi olduğunu düşünüyor. Artık diğer işlerimizi de ona göre ayarladık. Söz gelimi her zaman gezmeye çıkamıyor, gidilen bir yerde uzun süre kalamıyoruz. Çünkü eşim ancak evde rahatlayabiliyor (HST. 15).

Burada hastanın yaşamını kısıtlayan bir tedavi sürecinin söz konusu olduğunu, kendilerini diğer insanlardan farklı yaşamaya zorlayan koşulların söz konusu olduğunu anlıyoruz. Modern tedavi süreci hastalıkla birlikte yaşama olanağı sağlarken bedeni belirli bir sınır ve kalıba koyarak davranmaya zorlamaktadır.

Gidilebilecek hastane alternatiflerinin artması hem tedavi olanaklarını genişletmiş hem de hastaları bir yere bağıllıktan kurtarmıştır. Bunun yanında özelde tedavilerle ilgili kuşklar ve güvensizlikler de yükselmiştir.

Özel hastaneler kısmen daha iyi hizmet veriyor, bundan dolayı tercih ediyoruz. Ancak ekonomik külfeti var. Fark ve tetkik ücretleri bir defasında 100 lira rahat cebinizden çıkıyor, bunu devamlı olarak kaldıramam, benim için külfettir bu durum (HST. 11).

Seçenek arttı ama pek faydalı olmadı. Çevremden çok insan gitti (özel hastanelere). Kardeşlerim ve çocukları gitti. Ama memnun kalmadılar. Şimdi ilgi var, özel oda var ama uzman hekim bulunamayabiliyor. Gece ilgilenen uzman biri yok. Gereksiz tetkik isteyebiliyorlar. Fazla tetkik yapılıyor. Eşimle alakalı bir rahatsızlıktan dolayı gittik. Kulak iltihabı, baş dönmesi oldu. Birçok tetkik istediler ama devlette yine uzman bir doktor bunların gereksiz olduğunu belirtti. İki hastane arasında kalabildiğimiz oluyor, iki doktor arasında kaldığımız olabiliyor (HST. 5).

Çoğu ticari kaygıdan açılmış hastaneler bence. Faydası olacak diye güvenemiyorum. Ticari kaygıdan gereksiz ameliyatlara, tetkiklere isteyebileceklerinden dolayı açıkçası endişeleniyorum. Nereden bileceksiniz bu tahlil ve tetkikleri para için istemediklerini. O kadar para ödüyorsunuz sonuçta, ödememiz gerekli (HST. 3).

HST. 32 özel hastane hizmetleri arasında tercihlerin de çeşitliliğe bağlı olarak farklılaştığını ifade etmektedir:

Ben doktora müracaat ederken çok kararsız kaldım. Daha önce gittiğim hekimlerin her biri farklı idi. Tam mükemmel bir doktor istesene de bulamazsınız zaten. Bu yüzden genelde özel hastaneleri tercih ettim. Şu an bir ameliyat için bu özel hastaneye geldim. Daha öncede benim ve çevremdeki insanların geldiği bir yer. Defalarca burada tedavim olmuştu. Genelde memnunum. Ama tüm bölümleri aynı şekilde iyi hizmet veriyor, diyemem. Bölümüne, özellikle de hekimine göre değişiyor bence hastanenin kalitesi. Bununla birlikte burada ameliyat olmaya karar verdiğimde bazı insanlar tepki gösterdi, özellikle yakın çevremden. Çok daha kaliteli yerler olduğunu ifade ettiler. Bunları biliyorum ama muayene ve doktor ücretleri, ameliyat ücretleri buranın iki-üç katı pahalı. Sonra arada hizmet yönünden çok da büyük bir fark olacağını zannetmiyorum. Ameliyat işlemi birkaç günlük bir hastane süreci ne de olsa. Önemli olan doğru yapılması, ortamın hijyenik olması. Benim için burası asgari hatta daha da iyi koşulları zaten sağlıyor. Ne diye diğerine gideyim ki? (HST. 32).

Burada “hijyenik” ifadesi, kişinin tercihinde temizliği önemsediğini gösteriyor. Bununla birlikte ekonomik koşulların belirli asgari durumu sağladığı, sağlığın belirli bir düzeyde tüketim olarak da algılandığını göstermektedir. Bununla birlikte yapılan tercihlerin de “kararsız” kalınarak seçimde bulunulması belirli düzeyde karşılaşılabileceği “risk” problemini de yansıtmakta, belirsizlik olgusunun sürdüğünü göstermektedir. HST. 30 rinoplasti⁶⁶ ile ameliyat tecrübesini aktarmaktadır;

Cerrahi ameliyatla birlikte burnumda şekil bozukluğunun da geçeceğini düşündüm. Doktor bana sordu. Ameliyat olmaya neden karar verdin; kemik eğriliğin var fakat solunumun için çok da problem çıkarmaz. Ama çevremde insanların ifadelerinden rahatsızdım. Askerde aynı koşu altında kaldığım insanlar sürekli “horluyorsun” diye eleştiriyorlardı, hatta kaç defa nöbetçi beni uyandırdı HST. 30 uyan diye, diğerlerini rahatsız ediyorsun diye. Bu süreç sonunda ameliyat olmaya karar verdim. Özel bir hastaneye müracaat ettim. Ücreti yüksekti, devlet hastanelerinde de ameliyat olabiliyordum. Ama ilk önce askerdeki doktor “acil tedavi gerektirmez” deyince yapmadılar ameliyatı. Bir de hekimler “görevden kaytarıyor” diye düşünüyorlar. Halbuki sıkıntı veriyor, solunumumu etkiliyor, nefesim kesiliyor, keyfi bir durum yok. Sanırım suistimallere karşı önlem onlarınki. Neyse oradan geldikten sonra olmaya karar verdim. Özel hastanede daha özenli olarak yapılacağını düşünerek ameliyat oldum, genel anestezi uygulandı, elbette muamele güzeldi, hizmetler iyiydi. Yakınlarım da yanımda destek oldu, ayrıca hastanenin hijyenik ortamı ve yemekleri de memnuniyet verici (HST. 30).

HST. 30’un ifadesinde diğerlerinin sözlerinden “*rahatsız*” olduğunu beyan etmesi aslında diğer insanlar tarafından etkileşimde algılanan bir “*rahatsızlığı*” da resmetmektedir. Böylece kendisi, aslında onu zorlayan bir tedavi sürecine duyduğu gereksinimi de ifade etmektedir. Bununla birlikte bu sorun kendisinin askerlik sürecinden hemen sonra harekete geçerek tedavi *kararı* almasının nedeni olmuştur. Aynı şekilde “*hijyenik*” ifadesi tercih edilen yerin sağlığı açısından risk oluşturmeyen koşulları taşıdığını, bunun önemsendiğinin de göstergesidir.

Bir lösemi hastasının deneyimleri şu şekildedir;

Babam hastanelere gitmeyi pek sevmezdi. Lösemi teşhisi konduğunda dahi tedavi almak istemedi. Kemoterapinin olumsuz etkilerini çevresinde görmüş, aynı şeyler yaşamak istemiyordu. Artık iyice güçten düşünce götürmek zorunda kalan kardeşim doktorların tüm çabalarına şahit oldu. Hastanede ilgi oldukça fazla, özel bir hastane, ama bir o kadar da çıkarıcılar. Mesela şu tedavi yapılmalı 5000 lira diyorlar. Anneme, sağlıktan önemli bir şey mi var, verelim, dedim. Dur, bekle, dedi, acele etme. “Biz bu parayı ödeyemeyiz, emekli maaşı malum o yüzden gidiyoruz” dedi. Bu kez “peki ne kadar verebilirsiniz”, şu kadar, olmaz, bu kadar olur, derken, iyice düştüler(fiyatı). Yani mantık çok garip. Parayı vermeden tedavi olduk! Neymiş, bazı haklardan

⁶⁶ Rinoplasti: Estetik burun ameliyatıdır.

yararlandırabilirlermiş! Sonunda ödemedik ama hemen de ödeyebilirdik, tamam desek alacaklardı. İş fırsat kollamaya dönüşmüş. Ama iyi ilgilendiler, titiz ve temiz koşullarda tedavi oldu. Ayrıca onlarla yetinmedik, bitkisel takviye aldı, bitkisel ilaçlar sayesinde kemoterapinin hiçbir yan etkisini yaşamadı. Tek saç teli dökülmedi, şu an iyi (HST. 19).

HST. 19'un "*iş fırsat kollamaya dönüşmüş*" ifadesinde sağlığın ticaretin parçası olarak araçsallaştırılmasından duyduğu rahatsızlık bulunmaktadır. Ayrıca modern tedaviyle yetinmeyerek bitkisel ilaçla tedaviyi de düşünmeleri kişilerin alternatif yollara da duyarlı olduklarını göstermektedir.

Alternatiflerin olması insanı rahatlatıyor, farklı doktorları karşılaştırarak doğru karar verme imkanı buldum. İki farklı doktor bu plakalardaki numuneleri, tahlil sonuçlarını değil, numuneleri görerek karar verdiler. Karşılaştırdım, aynı karar olduğu için rahatça ameliyat oldum. Takipte çeşitli sıkıntılar olduğunu da gördüm. Devlet hastanesinde Gastroenterolojiye gönderdiler, tetkik yaptırdım, "problem" var dediler. Özelde, bu kez başka bir hastaneye gittim; "temiz" çıktı. Tahlillerde de sonuçların hastaneden hastaneye değiştiğini gördüm. Özel hastanedeki tahlillerle kesin bir sonuç verilebildi, net karar verebileceğim sonuçlara orada ulaştım. Devlet hastanesindeki cihazın eski olduğunu oradaki kişilerden öğrenmiştim sonradan (HST. 2).

HST. 2'nin ifadesinden sağlık hizmeti almada farklı alternatiflerin araştırıldığı, karşılaştırıldığı, doğru olduklarına inanılanların kararlaştırıldığı ve sonuçların daha katılımcı olarak değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Kısaca hekimlerin rollerindeki başarıları son zamanlarda hastaların tercihlerini önemli düzeyde etkilemektedir. Bu arada özel hastanede olmasa bile üniversite hastanelerinde de parasal ödemelerden kaynaklanan sıkıntılar olagelmektedir. HST. 35'in yakını deneyimini şöyle aktarır;

Bir üniversite hastanesine babamı astım rahatsızlığı olarak götürdüğümüzde, asistan doktor neredeyse hiç ilgilenmeden, babamın rahatsızlığını detaylı incelemeyi gönderdi. Ancak aynı hastanenin bir profesöründen randevu alarak 150 lira ödeyip muayene olunca hastamızın hemen yatışı yapıldı, Bu şekilde çok fazla ilgilenerek tedavisi yapıldı, taburcu oldu (HST. 35).

Bu bağlamda sağlığın tüketim olgusuyla ilintilendirildiği, aslında ekonomik bir temele indirildiği ifade edilmektedir. Özel hastanelerde tedaviye hekimlerin nasıl yaklaştığı önemlidir. Özel bir göz muayenhanesinde görevli hekim olan DR. 11'in ifadeleri şu şekildedir:

Binayı devlet vermiş, arsayı devlet vermiş, o daha avantajlı. Ben daha çok zor koşullarda çalışma yürütüyorum, ekonomik olarak. Bunlar her gün daha iyiye gidecektir. Aslında Türkiye sağlık sektöründe çok iyi bir yerde, yapılacak şey basit: Haksız rekabeti ortadan kaldırmak. Benim aldığım ücretlerle devletin diğer kurumları arasında böylesine farklar olmamalı. Ben onunla nasıl rekabet edeceğim. Bende birisi kör olsun hastane kapatılır, Ulucanlarda her yıl 3-4 kişi enfeksiyona bağlı nedenlerden kör olur, hastane kapatılmıyor, kamu hizmeti olduğu için. Ben 20 liraya hasta tedavi

ediyorum o 80 liraya yapıyor. Bu mu kamu hizmeti? Biz teknolojiyi tırnağımızla kazıyarak, hizmeti sunuyoruz. Daha az ücretle daha iyi hizmet vermeye çalışıyoruz (DR. 11).

Özel bir sağlık hizmetini yerine getirirken karşılaştıkları dezavantajlı durumu değerlendiren DR. 11 tedavideki yasal denetimlerin sıklığını işlev kayıplarında “*kurum kapatılır*” biçiminde dile getirerek üzerlerinde oluşan baskının varlığını dile getirmeye çalışmaktadır. Bir diş hekiminin tedavi sürecine bakışında şu nokta dikkatleri çekmiştir;

Hastalar bize gelir, dişlerini yaparız, bir süre dolgulu dişini kullanır, yaptığımız madde, amalgam veya bir başkası, bir süre onu kullanır, daha sonra tekrar gelir, yeniden yaparız, birkaç yıl veya daha az gidebilir, bizim işimiz böyledir. Ebediyen bir tedavi yok, sürekli tekrar eden bir gereksinimin giderilmesidir (DR. 16).

“*Hasta tekrar gelir, yeniden yaparız*” söylemi bedensel bir yapıdaki rahatsızlığa çözümlerin de dönemsel olduğunu, adeta dışarıdan alınıp kullanılan ve sonra da yenileştirilme ihtiyacı duyulan bir edimle tedavinin yapılageldiğini ifade etmektedir.

5.3.4.Ölümün hastaneleşmesi

Tedavi boyutu kadar hayat kaybının da modernleşme sonrasında değiştiği ifade edilebilir. Dolaylı araçlarla algılanan bu durum ölüm olgusunu sıradanlaştırdığı gibi kültürle aktarılan anlamından da koparmaktadır. Aşağıda Türkiye’deki ölüm nedenlerini gösteren tablo yer almaktadır.

Çizelge. 5.6: 2013 Yılı Ana Tanı Gruplarına ve Cinsiyete Göre Ölüm Nedenlerinin Dağılımı, (%)*

Tanı	Erkek	Kadın	Toplam
Dolaşım Sistemi Hastalıkları (Kalp-Damar Hast.)	35,83	44,61	38,78
Neoplazmlar (Kanser-Tümör)	25,27	16,49	21,32
Solunum Sistemi Hastalıkları	10,71	8,75	9,83
Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları	4,34	7,15	5,60
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları	3,44	4,91	4,10
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	2,81	3,25	3,01
Sindirim Sistemi Hastalıkları	2,56	2,75	2,64
Anormal Klinik ve Laboratuvar Bulguları, (Başka Yerde Sınıflanmamış)	2,06	2,31	2,17
Perinatal Dönemden Kaynaklanan Bazı Durumlar	1,96	1,82	1,90
Dış Nedenlere Bağlı Ölümler ve Diğerleri	11,03	7,97	9,66

*(Sağlık Bakanlığı,Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014: 23)

Görüldüğü üzere ölüm nedenleri olarak hastane ve ya çeşitli sağlık kurumlarında görev yapan hekimlerin verdiği bilgilerden elde edilen verilere göre ölüm nedenlerinde, dolaşım hastalıkları (kalp-damar rahatsızlığı), neoplazmlar (tümör- kanser hastalığı) ve solunum sistemi hastalıkları toplamın yaklaşık yüzde 70'ini oluşturmaktadır. Bu hastalıkların tedavileri de büyük oranda hastanede yatarak gerçekleşebilmektedir. Dolayısıyla insanlar hastanelerde sayıları belirlenmiş, standartlaşmış bir kalıpta ortaya çıkan hayata veda ile karşılaşır. Ailesinden birinin son anlarını hastanede geçirmesinden sonra bir kişinin izlenimleri şu şekildedir:

Yoğun bakımda bir süre makineye bağlı yaşad. Son anlarında yanında olamıyorsunuz, onun yüzüne bakamıyorsunuz, göremiyorsunuz, sizden bir şey isteyecek olsa yapamazsınız. Yanında çok az kalabildik, dua dahi edemedik (HST. 7).

Yapılan bir araştırmada “sağlığını nasıl hissediyorsunuz?” sorusuna Türk halkının yüzde 68'i “iyi” demiştir ki bu oran OECD ülkeleriyle aynı çizgide olarak

belirtilmiştir. Erkeklerde bu oran % 73 iken kadınlarda % 63 olmuştur. Aynı araştırmada insanların yaşam beklentisi süreleri ise 75 yaş olmuştur. OECD ortalaması ise yaklaşık 5 puan daha yüksek olarak 80 yıl olarak belirlenmiştir. (<http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/health/> 18.04.2015 tarihinde erişilmiştir.)

5.4.Teknoloji Kullanımı ve Hekimlik

Hastanede uygulanan testler, çeşitli tahliller ve bunların hasta rolü üzerindeki etkilerini sorgulamak gereklidir. Bu konuda hekimlerin ve hastaların deneyimlediği problemler incelenmekte, her iki açıdan değerlendirilmektedir. Ayrıca yetersiz ya da aşırı yapılabilen tahlillerin ne gibi sıkıntılar çıkardığı incelenmektedir.

Teknoloji bazen insanları kullanıyor, bazen biz onu kullanamıyoruz. Hastaneye gittim. 15.00'e kadar bekledim, o sırada cihaz bozuldu. Saatlerce boşuna bekledim, döndük. Sıradaki insanların zaman ve emek kaybını düşünsenize! İnsanların işleri aksamış oldu, onlarca insan eve eli boş döndü. Tüm günü boşa beklediği için maddi manevi kayıp yaşandı. Bu bir üniversite hastanesinde oluyor (HST. 11).

Aletlerle ilgili çok sıkıntı olmadı. Ama mesela 10.30'da randevunuz var. Gidiyorsunuz, adamlar bize orada tekrar sıra veriyor. Bilsem ona göre gelirim, işlerim aksıyor çünkü (HST. 9).

Dolayısıyla tıp insanların işlerine göre değil, insanlar tıbbı göre işlerini düzenlemek durumunda kalıyor. Yoğun çalışan meslek sahipleri ve özel işletmelerde görev alanlar daha büyük sıkıntılar yaşayabiliyor.

Normal serviste, efor testi, kalple ilgili cihazlar kullanıyorlardı, kan ve diğer tahliller sürekli olmaktaydı. Hep bir tetkik araştırma halinde idiler. Sıkılıyorduk, hastayı da sıkı bunlar. Babamın kalp yetmezliği vardı, solunumu problemli. Önce Devlet hastanesine yatırdık. Devlet hastanesinden bizi özel hastaneye yönlendirdiler. Nedeni ise orada kendi hocası olan bir doçent olmasıydı. Biz işlem yaptırmadık. Biz bir tanıdık bulup üniversite hastanesine götürdük. Orada bir hafta kaldı. Ciğerleri su toplamıştı. Tedavisinden sonra çıkarıldı. Bir ay sonra (hastalık) tekrar nüksetti. Özel hastaneye yeniden götürdük. Yoğun bakımda 3 gün kaldı. Kalp pili takılması yönünde ısrar ettiler. Doktor özellikle ısrar etti. Ücretin devlet tarafından karşılanacağını söylediler. Fakat kalbinin çalışması ile ilgili bir problem yoktu. Solunum yetersizliği vardı ama kalpte problem yoktu. Niçin yaptıralım,? Neden bunu özellikle istiyorsunuz, dedik. Yaptırmadık. Hastaneden çıkardık ve tekrar Üniversite hastanesine götürdük. Tedavisine orada devam ettik (HST. 5).

Zaman zaman medyada tetkiklerden kaynaklanan olumsuz örnekler anlatılmaktadır. HST. 3 hastanelerde tetkiklerin bazılarının geç tarihlere randevu verilerek yapılmasının yanında küçük çocuklarda bunu yaptırmanın güçlüklerine dikkati çekiyor:

Zamanında randevu alma konusunda çok ciddi zorlandım, devlet ve üniversite hastaneleri çok daha sıkıntılı. Şimdi çocuğa MR çektirmemiz gerekti. Beyin MR ı zor. Çocuğun orda kırıdamadan durması için 24 saat uyumadan bekletip öyle

götürüyorsunuz. Orada uyurken çekilebilmesi için. Bunun için sizde 24 saat uyumuyorsunuz. Ertesi gün MR çekiliyor ama yanlış çekilmiş! Haydi... Sil baştan tekrar bu işkencelere katlanmanız gerekiyor. İşkence değil de nedir bu? Bunları yaşadık maalesef hastanelerde, gerek cihazların problemleri, gerek çekenlerin özensizliğinden dolayı (HST. 3).

Böylece HST. 3 “sağlıklı sonuç” almanın gerçekleşmesi için katlanılan güçlüklerle vurguda bulunmaktadır. Burada kendileri kadar görevlilerin özeni ve cihazların donanımının da gerekliliğine işaret etmektedir. HST. 12 ise “*adamsız çalışmaya alışık değiliz*” ifadesiyle sağlıkta da diğer alanlarda olduğu gibi pozitif ayrımcılık gözetlemenin kaçınılmazlığına değinmektedir:

Bu ülkede adamsız çalışmaya alışık değiliz. Tanıdık telefoncu var mı, diyoruz. Her işi tanıdık insanlara yaptırıyoruz. En basitinden arabanın tekerini yaptıracağız, tanıdık birileri araştırıyoruz. Yaa, tanıdık olmasa ne yapar, havasını az mı basar lastiğin...(gülüyor). Tanıdık lastikçi olursa rahatlarız. Bizim yapımız bu, her şeyde adamını sorarız, dürüstlüğü içimize sindirememişiz, güvensizlikten bu bence. Doktorda da bu böyledir (HST. 12).

HST. 22 tetkiklerdeki gecikmelere ve bunun rahatsızlığın tedavisini güçleştirmesine hatta anlamsız hale getirebilmesine değiniyor:

Efendim, eşimin çok önemli bir rahatsızlığı söz konusu oldu. Hastaneye gittik. Ameliyat edilmesi gerekti. Ama aylar sonrasına gün verildi. Hastalık ilerleyebilirdi. Ama doğrusu bu hiçbir doktorun umurunda bile değildi. Tanıdık falan bulmaya çalıştık, nafile. Herkes kendisini düşünüyor. Eşimin rahatsızlığından dolayı çocuklarıyla ve diğer insanlarıyla iletişimini etkileyecek derecede problemler yaşadık. Çocuklarla ilgilenemedi. Sesi kısıldı, farklı bölümlerle uğraşırken, kulak-burun-boğaz bölümünde boşa zaman harcadık. Sonunda problem mideden çıktı. Bunu normal olarak anlayabilmemiz mümkün değildi. Tamamen ehil bir hekim istiyor, nereden bilecektik ki sesin kısılmasının mideyi ilgilendirdiğini. Bu arada özel bir hastanede ücret karşılığında bir hafta sonra ameliyat ettirebileceğimiz söylendi. Mecburen kabul ettik. Külfetine katlanmak zorundayız tabii (HST. 22).

HST. 9 ise tedavi sırasında tetkiklerdeki randevu alma güçlüğüne “özel hasta” olarak müracaat ederek aşabildiğini ifade etmiştir:

Önce doktorla görüşmek istiyorsun. Bunun için daha önce bir arkadaşımın tavsiyesi olarak genel cerrah ismi almıştım ve ona muayene olmak üzere gittim. Üniversite hastanesinde 110 lira verdim, özel hasta olarak randevu alabildim. Doktor muayene etti, tahliller istedi. Farklı bölümlere yönlendirdi. Kardiyoloji, göğüs hastalıkları, psikiyatri v.b. Günler hatta aylar sonrasına gün veriliyor. Halbuki o tarihe kadar ben sonuçları alıp doktoruma götürmem gerekiyor. “Haftaya pazartesi olur mu?” dedim. “Ne haftaya pazartesi beyim. Üç ay sonra Ağustos’ta ancak boş yer var!” dedi gastroenteroloji bölümündeki sekreter. Ben tedavimin acil olduğunu söyledim, “ne yapabiliriz?” diyerek. O zaman profesörden “özel randevu alırsanız, olur” dedi. Gittik, 110 lira verdik, randevu verdiler, prosedürü böyle aştık işte. Kısaca istediğin gün randevu alamıyorsun, alabilmek için ekstra para ödeyerek almak durumunda kalıyorsun. Sağlık ihtiyacı olduğu için düşünmüyorsun. Öncelikle bunu halletmeliyim diyorsun (HST. 9).

HST. 9’un “sağlık ihtiyacı olduğu için (parayı) düşünmüyorsun” söylemi yine

bireyin tedavisi adına maddi olanakları zorladığı, sağlığı birincil konumda kabul ettiğini göstermektedir. HST. 1'le ilgilenen oğlu arka arkaya yaptırılan tahlillerin kendilerini ne denli zorladığını şöyle anlatıyor:

Hastamız uzun yıllar tedavi gördü. Bizi en fazla üzen tedavi öncesinde yapılan testler. Bilgisayarlı tomografi, bir hafta sonra tekrar, ultrason, iki hafta sonra tekrar, yok toraks filmi, yok MR... Sayısı 10'u geçen hastaneye gittik. Yıllarca bu süreç devam etti. Bir defasında PET-CT⁶⁷ çekirdik. Ne problem işlemi! Nükleer tıp biriminde yapıyorlar galiba. Ortam çok soğuk, çalışanlar da. Herkes sırada bekliyor ama sessiz. Çalışanlar adeta duygusuz, duygu anlamında buz gibi çalışanlar. Yalnız Ankara'da bir özel hastanenin doktorunu unutamam. MR sonuçlarında olumsuzluk görmüş ve beni cep telefonumdan aradı. Bir an önce hastayı hastaneye yatırmak gerektiğini, şüpheli bir şey olduğunu söyledi. Hastamız için çaba gösteren bu bayan doktordan Allah razı olsun. Yakını gibi ilgilendi (HST. 1).



Resim 5.1. PET-CT Çekimi

HST. 23 Hanım çocuğunun tedavisi sırasında yaptırılan tahlillerle ilgili çelişkili yorumlamalardan şikâyet etmektedir:

Çocuğumu baş ağrısı şikayetleri ile Devlet hastanesine götürdüğümüzde doktorlar onkoloji hastanesine sevk etti. Onkoloji hastanesinde bilgisayarlı tomografi sonuçları üzerine görevli doktor bunun bir kanser türü olduğunu belirtti. Bu bizi şoke etti! Gencecik çocuğumuzun rahatsızlığı konusunda ne yapacağımızı bilemedik. Tahlilleri, filmleri inceleme neticesinde bize böyle bir rahatsızlık olduğu söylenmişti. Bu sefer bir başka hastanede, tanınmış bir hekime götürüp bu tahlilleri, tetkikleri inceletelim istedik. Eşim eczanede görevli olduğu için hastalık sürecinde ne yapılması gerektiğini daha detaylı olarak biliyordu; araştırabildik. En azından bazı şeyler konusunda bilinçliydi ve izlenmesi gereken yolun ne olduğunu biliyordu. Üniversite hastanesindeki doktor ise

⁶⁷ PET-CT : Pozitron Emisyon Tomografi ve Bilgisayarlı tomografi bir aradadır. İnsan vücudunun ilaçlı bir filmle, dışarıya sinyaller veren radyoizotoplar aracılığıyla görüntülenmesi yöntemi aşağıda gösterilmiştir..(www.florance.com.tr/tibbi-birimler/pet/ct.html.)

yaptığı muayene ve incelemeler sonrasında bambaşka bir açıklama yaptı. Kızımızın bir akciğer rahatsızlığı olan zatürre geçirmiş, onun sonucunda da bir takım iltihaplar oluşmuş olduğunu öğrendik. Beyinde 10 civarında nodüller bulunduğunu ama bunun kanserle ilgisinin olmadığını söyledi. Şaşırmiştık tabii, sevindik ve şükrettik. İkinci gittiğimiz doktor bizi sevindirdi. Hiçbir ilaç dahi vermedi. Takipli olarak izlemeye karar verdi (HST. 23).

HST. 37 tetkiklerin gereksizliğinden şüphelenerek tedaviyi yarıda bıraktığını ifade etmiştir;

Hekimlerin tedavisine ister istemez güvenirim. Bunun sağlıklı bir tedavi için doğal bir süreç hatta gereklilik olduğunu düşünmekteyim. Ama son zamanlarda güven sarsıcı gelişmeler de yaşanmıyor değil. Daha öncesinde farklı bir özel hastanenin göğüs hastalıkları servisine başvurmuştum. Hekim MR tetkikleri falan istedi ama daha onun sonuçları çıkmamışken başka bir tetkik daha istedi. Bu daha zor bir tetkikti. Burundan akciğerlere inen bir sistem söz konusu. Açıkçası diğer tetkik de rahatsızlığım belki zaten anlaşılır olacaktı. Bunun gerekliliğini sorduğumda, bazen MR istenen sonucu vermez o yüzden dedi. Bu tetkikin oldukça güç olduğunu çevremdeki bazı insanlardan öğrenmiştim. Tam da o günlerde bu hastanenin gereksiz tetkikleri isteme ve fazlaca ameliyat yapmaya eğilimli olduğuna dair arkadaşlarımdan bilgiler aldım. Bu durum beni kaygılandırdı, ben de randevuyu iptal ettim ve gitmedim, MR tetkik sonuçlarını da sormadım. Başka bir özel hastaneye gittim. Bu tetkikin benim için gereksiz olduğunu söyledi. “İyi ki yaptırmamışsınız” dedi (HST. 37).

Hasta farklı bir hekime müracaat ederek bir önceki tedavinin gereksizliğini anlayabilmiş, kendisi için problemli bir süreçten uzak durabilmiştir. Burada ilginç olan ise hekimlerin kendilerine müracaat eden bir kişiyi kolayca riskli olabilecek tetkiklere yönlendirebilmesidir. Benzer bir durum HST. 10’un yaşadığı olayda görülmektedir;

Kızımı ateşlenme şikâyeti ile hastaneye götürdüm. Acilde muayene eden doktor, tetkike gönderdi, havale geçirmiş, dedi ve filme gönderdi ve film çekirdik. Daha sonra dedi ki sizin çocuğun sinirleri çok ciddi hasar görmüş, şu ilaçları kullanmanız gerekir, ayrıca bu ilacı çocuk ömür boyu kullanacak dedi. Ne dedim bu çocuk 1 yaşında. Başka bir hastaneye, bir tıp fakültesi hastanesine gittik. Aradan bir süre geçtikten sonra. Durumu söyledik. Hastamızın tetkik sonuçlarını gösterdik, “bunu küçük çocuğa mı çektiler” dedi. Evet dedim. “Bu tetkik büyüklerin makinesinde çekilmiş, çocuklar için kullanılmamalı, bunun ayrı bir makinesi var, doktor onda neden yaptırmadı” dedi. “İkincisi yeni havale geçirmiş birine bu test yapılamaz. Onun sinirsel pozisyonu yeni havale geçirdiği için sağlıklı sonuç vermez, bir hafta bekleyip ondan sonra bu çekilmeli idi” dedi. Sonra yeniden film (EMG)⁶⁸ çekirdik. Sonuçlara baktı. Hiçbir şeyi yok bu çocuğun, tüm beyin işlevleri normal, dedi. Buyur burdan yak! Doktorlar işini çok özensiz yapabiliyor, benim bu ve buna benzer yaşadıklarımdan dolayı doktora güvenim sıfır. İşini iyi yapanlar mutlaka var ama çok az. Doktorluk bana iyi şeyler çağırıştırıyor. Düşünün, en hayati bir durumda doktorun çocuğa müdahalesine bakın. Bir yaşındaki çocuğa riskli olabilecek tetkikler yapıyorlar ve ilaçlar verilmeye kalkılıyor. Hekimlik kişinin yüzüne bakıp, bazı emarelerden sonuç çıkararak işlem yapmaya dönüşmüş durumda. E, normal! Herhangi bir eğitimle de bu hekimlik yapılabilir. Bence hekimlik daha incelikli bir iş, daha hassas bir görev. Eğitimleri ve yeterlilikleri daha yüksek

⁶⁸ EMG; Elektromiyografi; Vücudumuzdaki sinir ve kasların elektriksel aktivitelerinin cihaz yardımıyla kaydedilmesidir. (www.imhh.gov.tr/emg.html 21. 4. 2015 tarihinde erişilmiştir).

testlerden sonra verilmeli. Benim doktorlara inancım kalmadı. Şu an kulağım zaman zaman ağrıyor ama doktora gitmek istemiyorum, neden, iyi bir muamele görebilme umudum yok (HST. 10).

HST. 10'un "*yaşadıklarımın dolayısıyla doktora güvenim sıfır*" ifadesinde yaşanan dikkatsizliklere karşı hekimlere duyduğu güvensizlik söz konusudur. Bunun neticesinde kırılabilirlikler ve tedaviye karşı da uzaklaşmayı netice veren bir çözümsüzlüğün pekiştiği de anlaşılmaktadır. Bilgisayar ve teknoloji kullanımının hekimlik mesleğini önceki konumunun ötesine taşıdığı tartışma götürmez bir gerçektir. Bununla birlikte sayılarla ölçülen eylemlerin hekimlerin işlevini azalttığı da belirtilmektedir. Hastaneye tedavi için giden bir insanın ifadeleri şu şekildedir:

Günümüzde bence doktorluk oldukça basit hâle gelmiştir. Hastayla ilgilenmemektedirler. Doktorlar hastayla yakından iletişim kurup hastalığını ve problemlerini dinlemiyorlar bile. Hemen şu kan tahlillerini yaptır, şunları getir. Sonuca bakalım, diyorlar ve bitiriyorlar. Tedavi ise rakamların tespiti ile gereken ilaçlara göre veriliyor. Çoğu zaman tahlil sonuçlarını incelediğimde ben doktora sorma gereksinimi bile hissetmiyorum. Çünkü zaten her şey kağıtta görülmektedir. Normal değerlerde olan hastalar için bir şey diyemeyeceklerdir zaten. Dolayısıyla hekimlik bilgisayar sonuçlarıyla ortaya çıkan tahlillerin dile getirilmesinden başka bir şey değildir (HST. 22).

Aşağıda yaşamı için bir risk almak zorunda kalınmış olan hastanın deneyimlerine yer verilmiştir.

Hastalığım çok ileri düzeydeyken artık kendimde değildim. Çocuklarım beni hastaneye getirdiklerinde ölüm kalım savaşı vermekteymişim. Yoğun bakım ünitesinde yaşamımı sürdürmekteyken, aşırı dengesizlik tüm vücuduma hakim olmuş ve "sınıra" yaklaşmışım. Doktorlar: "Babanızın yaşama şansı çok zor. Ağır düzeyde ilaçlar vereceğiz ki kurtaralım, ancak riskli ve yan etkisi çok yüksek bu ilaçların. Tedavi oranı ve hastanızın kurtulma ihtimali yüzde 20 civarında. Kabul ediyorsanız şu belgeleri imzalayın ve tedaviye başlayalım. Ama sorumluluk bizim değil" dediler. Tabii oğullarım çok büyük bir çatışma yaşamışlar ama süre dar, durum acil. Allah'a tevekkül edip, "olur" demişler. Tabii çok şükür o yüzde yirmi ihtimal oldu ve buradayım ama olayın şoku hâlâ üzerimde (HST. 24).

Teknolojik testlerle, yapılan taramalarla bir hastalığın ortaya çıkması önceden tespit edilebilir ve risk durumları belirlenebilir. Buradan, biz seni test ettik ve hakkında alarm verici bir sıkıntı tespit ettik anlamı çıkar. Bu, "Senin hakkında önemli bir şeyi biliyoruz ve senin için en iyisini de biz biliyoruz" algısını oluşturur. "Bu bildiğimiz seni incitebilir bu yüzden bilmen gerekene biz karar verebiliriz" anlamını da içerir (Hoffman, 2003: 346). HST. 1'in yakını şu ifadelere yer verir:

Hastaneye gittim, bir uzmanın önerdiği profesördü. Randevuya ulaştığımda biraz gecikmişim ama doktoru bekledim. Hastamız dışarıdaydı. CD'yi bilgisayara taktı ve inceledi. Doktorla yakını olarak ben görüştüm. Elimizde birkaç beyin MR'ı ve çeşitli tahliller vardı. Hastalık çok ilginç, dedi. Bu sonuçları inceledi. Çıkacak bazı sonuçları da istiyorum, dedi. Hastaya hiç bakmadı bile, neyin var neyin yok diye sorma gereği

duymadı. CD'lerin dışında başka bir şeye gerek olmadığını düşündü, ya da biz öyle algıladık (HST. 1).

Burada hekimin bilgisayara ve dijital verilere odaklandığı *“hastaya hiç bakmadı bile”* söyleminden anlaşılmakta, hastalardan çok hastalığa yönelmelerinden yakınılmaktadır. Yine hekimin hastanın rahatsızlığından, sıkıntılarından ya da bunun nasıl giderilebileceğinden çok hastalığın *“ilginç”*liğine dikkati çekmesi anlamlıdır. Aynı şekilde HST. 3 de günümüz hekimlerinin hastadan uzaklaştığını şu ifadelerle ortaya koymaktadır;

Hekimler, hastayla ilgilenmeden tedavi ediyorlar artık. Dokunma yok, muayene sınırlı. Her şey tetkiklere bağlı. Önceden şöyle bir hastanın gözüne bakarlardı, genel durumunu muayene eder, gözlemler, seni dikkatlice dinler ve tanı koyarak tedaviye yönelirlerdi. Şimdi her şey bilgisayar ortamından ve tetkikler üzerinden gidiyor, bu da hekimin işlevini azaltıyor, elbette (HST. 3).

Hekimle hastalığımın dolayı görüşmemde dikkati çeken şu oldu. Hastane işlemlerinden sonra rahatsızlığımı söylediğim hekim muayenesinden sonra beni bir başka hekime yönlendirdi. Beni yönlendirirken de öbür doktora *“bu vakaya sen bak”* dedi. Bense şaşırdım; şimdi ben vaka mıyım? (HST.32).

HST. 2 ise teknik imkanların tedaviye olumlu yansıyacağını ifade etmektedir;

Donanımlı bir hastane imkânını kullanan hekim tedaviyi hızlandırır bence, hekimin becerisine olumlu etki yapar (HST. 2).

Teknolojinin ameliyat işlemlerinde bir derece kolaylık sağladığını düşünen HST. 9 asıl becerinin ve iyileştirici rolün hala hekime ait olduğunu belirtmektedir.

Teknik imkânlar elbette daha rahatlatıcı. En azından önceleri açık ameliyatları yapılırken şimdi kapalı olarak yapılıyor, daha kolay olduğunu düşünüyorum. Dört-beş günde ayağa kalkabileceğimi bilmek rahatlatıcı tabii. Diğerleri herhâlde daha çok uzardı. Asıl sorumluluk hâlâ hekimlerde bence, işlevlerinin önemli olduğunu düşünüyorum. Ameliyatı aletler yapıyor gibi gözükse de hekimin de çok önemli görevleri var hala bence. Beceri isteyen iş, hekimliğin önemi sürüyor bence. Hekimin rolü çok büyük, mesela ameliyatta yanlış bir şey olsa çok büyük risk olur (HST. 9).

HST. 38, makinelerin yaptığı tetkiklerde teşhisin konulamaması bağlamında söz konusu olan kısıtlılıklara değinmektedir.

Sağlık problemleri açıkça yaşamımızın bir parçası sanki. Ameliyat olmam gerekiyor ama doğrusu çekiniyorum. Acaba iyi bir hastane, iyi bir hekim bulabilir miyim diye.

Bir hastaneye muayene olmaya gittim. Testlerde bir şey çıkmayınca hekim iyisin sorun yok dedi. Oysa ağrılarım devam ediyordu, sıkıntı çekiyordum. Özel bir üniversite hastanesine gittim, doktor test yapma gereği duymadan benim problemimi anladı ve ameliyat olmam gerektiğini söyledi. İnsan yine de kararsız kalıyor. Şimdi tedavimi yaptıracağım iyi bir zaman planlamam gerekiyor, ayrıca hastane kararını da dikkatli vermeliyim. Bir noktadan sonra parayı ikinci planda görüyorsunuz. Ne de olsa az bir ücret değil, özel hastane ama kaçınılmaz olarak sağlığını düşünmek zorundayım.

Rastgele bir hastane ve doktoru bu yüzden istemiyorum; sonuçta bıçak altına yatıyorsunuz, işini özenli yapan bir uzmanı tercih etmek zorunlu görünüyor (HST. 38).

“Sağlık problemleri artık yaşamımızın bir parçası sanki” ifadesi sağlık problemlerinin yaşam içinde karşılaşılan yoğun deneyimlerle daha kuşatıcı olarak ortaya çıktığını göstermektedir. DR. 12, teknik imkanlara fazlaca yaslanan günümüz hekimliği adına bir öz eleştiri yapıyor:

Teknoloji samimiyeti azaltıyor, özellikle aile hekimleri, böyle. İnsanlarla iletişim sıfır, bilgisayardan bakarak hasta tedavi edilmeye çalışılıyor. Hastaya eli değmeden reçete yazıp gidiyorlar. Belli bir şeyden geçmek gerekiyor bu görevde, Hastayla yakından ilgilenmeksizin bilgisayardan tık tık tık, hastayı gönderiyor (DR. 12).

Hekimlerin hastalara dokunmadan, hatta onun yüzüne dahi bakmadan yapılan tedavilerin artması önemli bir endişe olarak karşımızda durmaktadır. Bunun da hekimlerin test sonuçlarını esas almaktan kaynaklandığı bizzat bir hekim tarafından ileri sürülmektedir. Özel hastane ve devlet hastanesindekiler farklı problemlerle karşılaştıklarını ifade etmektedirler.

Burası özel hastane, zaman zaman tahlil masrafları hastalara külfetli olabiliyor, fark alındığı için. Hastalar tahlilleri yaptırmak istemeyebiliyorlar. Farklı tahlilleri varsa onlardan bir tanıya ulaşmaya çalışıyoruz. Onlara, bu tahlilleri başka yerlerde yapabilirsiniz, ücretsiz olan yerlerde yaptırın, diyoruz. Aile hekimlerine yaptırabilirsiniz, diyoruz. Gelin, bakınız, diyoruz. Biz öncelikle tanı koymaya çalışıyoruz o ise tedaviyi araştırıyor. Zorlayabildiğimiz kadar gereken uyumlu tahlilleri istiyoruz. Onların iyiliği için yaptığımızı bilmesi önemli. Şimdi bunu yaptırdın, diğerinde diğerini yaptırırınız, diyoruz.

Memnun olan hasta, iletişimin iyi olması sonucu memnun kalıyor. Bakın şu sıradaki hasta kendi memnun kaldı, 8 akrabasını da getirmiş durumda. İletişimin iyi olmasının sağladığı getiriler. Siz memnun olduğunuz durumda, birini önerirsiniz, bir doktoru bir tamirciyi, bankayı nasıl önerirsiniz, araba satıcısı, boyacı olabilir. Sağlık gibi herkesin ucundan kıyısından ilgili olduğu bir konuda iyi iletişim kuran insan aranıyor. Sen buradan iyi bir tedavi ile göndermesen bile güler yüzlü, samimi, iyi ve anlayışla karşıalarsan tedaviye yüzde elli etki edebiliyor (DR. 2).

DR. 2, burada kendilerinin hekim olarak teşhisi öncelikli hedeflerken hastaların tedaviyi araştırdıklarına ve bundan kaynaklanan problemler olabileceğine dikkati çekmektedir. Devlet hastanesinde görevli DR. 5 ise hastaların ekstra taleplerle tahlil istemelerinden problem yaşadıklarından söz etmektedir:

Testleri kabul etmeme değil de şimdi vatandaş testleri kendi istiyor, kendine güvenen doktorlar bunları uygun olarak geri çevirecektir tabii (DR. 5).

Teknik nedenlerden kaynaklanan birçok sıkıntı olabileceği kabul edilmekle birlikte bu durumun ilişkilerdeki yönü temel olarak ele alınmalıdır.

İnternet bağlantı sorunu olabiliyor. Olursa klinikler doluyor, bekleniyor. Sıkışıklık, kalabalık, curcuna oluyor. İnternet yoksa yazıcıdan çıktı verilip manuel işlem görülebiliyor ama işler yavaşlıyor. Elektrik yoksa her şey duruyor tabii (DR. 10).

Teknik araç gereçlerin arızaları zaman zaman sıkıntı çıkarıyor ama bizde en büyük problem elektrik kesintisi. Geçenlerde yine oldu. Jeneratör verdiler o da bozuldu. Kaldık ortada, tüm işler kitledi (DR. 5).

5.5. İletişim Araçları ve Hekimlik Otoritesi

Medyada sağlığa dair uyarıların yer aldığı gazete sayfaları, televizyon programları ve haberlerle hekimliğin otoritesinin ne denli pekiştirildiği rahatlıkla anlaşılabılır. Böylece insanların kendi hayatlarının önemli bir parçası da sağlıklarının kontrol edilmesi oluşturt. Burada insanların bu bilgilendirmelerden yola çıkarak sağlıkta bilinçlendirilmelerinin yanı sıra bakış açılarının dönüştürüldüğü, tüketime yöneltilip yöneltildiği, verilen bilgilerin rahatlatmanın yanında nedenli rasyonel ya da işlevsel olacağı da ele alınmalıdır. “Yeni tıbbın sağlık promosyonu olarak en son zaferi onun gazeteler, televizyon programları, telefon v.b iletişim araçlarının da katkısıyla tüm halk tarafından içselleştirilmesi olmuştur. Sağlıklı yaşamın küçük çekirdeği etrafında her bir birey kristalleştirilmiştir” (Armstrong, 2002: 79). Böylece bireyler genel bir etkiyle yönlendirilmektedirler.

Teknoloji ile sağlık ve hekimlik hizmetlerinin hayatımızın her alanına girdiği aşikardır. Sağlık artık reklamlardan cep telefonu mesajlarına her alanda etkindir. Aşağıda hanelerde bulunan iletişim araçları ile ilgili bir tablo yer almaktadır;

Çizelge 5.7. Hanelerde Bilişim Teknolojileri Bulunma Oranı

Yıl	Masaüstü bilgisayar (PC)	Taşınabilir bilgisayar (Laptop, netbook)	Tablet bilgisayar	Cep telefonu(Akıllı tel. dahil)
2004	10,0	0,9	-	53,7
2005	11,6	1,1	-	72,6
2007	24,0	5,6	-	87,4
2008	28,1	9,1	-	88,1
2009	30,7	11,2	-	87,6
2010	33,8	16,8	-	90,5
2011	34,3	22,6	-	91,9
2012	31,8	27,1	-	93,2
2013	30,5	31,4	6,2	93,7
2014	27,6	40,1	-	96,1

http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028

(29.5.2015 tarihinde erişilmiştir.)

Hanelerde bilişim teknolojilerine sahip olma oranının son 10 yılda düzenli olarak yükseldiği, yaklaşık hane halkının yüzde 30'unda masa üstü, yüzde 40'ında ise dizüstü bilgisayar bulunduğu, ayrıca 2013 yılında hane halklarının yüzde 6,2'sinde ise tablet bilgisayar olduğu görülmektedir. Ayrıca son yıllarda cep telefonu bulunma oranı yüzde 96'ları geçmektedir ki bunların da akıllı olanlarının rakamlara dahil olduğu düşünülürse teknoloji ile daha yoğun bir topluma dönüşmeye başladığımız tahmin edilebilir.

Baudrillard adeta bir kanser hücresi genişleyen Amerikan kültürüne özgü şişkölaşma çılgınlığının, aslında bir sanal alemde tüm uzamı tek başına kaplayan bilgi/haber sürecini tek başına denetleyen bir gösterge olmasına da dikkat çeker.(Baudrillard, 1983/2011: 35). Her şeyin apaçık bir şekilde toplumsal tarafından gibi görüldüğü, tüm mekanların toplumsal tarafından işgal edildiği, hiçbir şeyin toplumsalın elinden kaçamadığı bir yerde şeffaflaşma sürecinin etkilerini Baudrillard (1983/2011: 36) ortaya koymuştur.

Bir başka tabloda en son kullanıma göre değerlendirme yapmaktadır.

Çizelge 5.8. En son kullanım zamanına göre bireylerin bilgisayar ve internet kullanımı

Yıllar	Bilgisayar			İnternet		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
2004	23,6	31,1	16,2	18,8	25,7	12,1
2005	22,9	30,0	15,9	17,6	24,0	11,1
2006	-	-	-	-	-	-
2007	33,4	42,7	23,7	30,1	39,2	20,7
2008	38,0	47,8	28,5	35,9	45,4	26,6
2009	40,1	50,5	30,0	38,1	48,6	28,0
2010	43,2	53,4	33,2	41,6	51,8	31,7
2011	46,4	56,1	36,9	45,0	54,9	35,3
2012	48,7	59,0	38,5	47,4	58,1	37,0
2013	49,9	60,2	39,8	48,9	59,3	38,7
2014	53,5	62,7	44,3	53,8	63,5	44,1

(http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 29,5,2015 tarihinde erişilmiştir.)

Yukarıdaki tablodan görüleceği gibi yıllara göre en son kullanım açısından farklar olduğu, son yıllarda ise bilgisayar ve *İnternet* kullanımının hızla yükseldiği görülmektedir. İnsanlar bilgiye erişimin aracı olarak daha fazla bilgisayar ve *İnterneti* kullanmaktadırlar.

Bilgi teknolojilerinin hastanın ve hekimin müşterek karar alma yönlerini geliştirebileceği ve teknolojinin doğru olarak uygulanmasının da tıp biliminin kalitesinin artırılabilirliği ileri sürülmüştür. Şu anda hasta-hekim ilişkisinde çok fazla zaman bilgi verileri elde etmede harcanmaktadır. “Bir çok gereksiz bilgi testlerle toplanmaktadır ve sistemdeki her karşılaşmada bilgilerin tekrarı vardır. Bunun nedeni çoğunlukla önceki bilgilerin olmamasıdır. Ya da daha önce sağlanan verilere güvenilmemesidir” (Shine, 1996). Bilgi teknolojisi doğru kullanılırsa sadece tıp bilimine değil, hasta-hekim ilişkisine de olumlu katkı yapabilir. Bununla beraber ziyaretlerin kısalması, bilgi teknolojisine bağımlılığı artıracak ve kaliteli zaman fırsatını daha da daraltabilecektir (Shine, 1996). “Bilgi teknolojisinde doğru bilgilerin sağlanamaması, doğru kullanılamaması ya da etkileşim için alternatif olarak görülmesi negatif etki yapabilir” (Shine, 1996). Dolayısıyla muayene süresinde hasta ile olan etkileşimin zayıfladığı, süre sınırlaması ile gerçekleştirilen acele muayenelerin gözlemlendiği, teknolojik sistemin sağladığı bilginin etkileşimin yerini alması önemli bir problem olmaktadır.

5.5.1. Gazetelerde hekimlik ve sağlık haberleri:

Genel olarak bakıldığında hemen hemen tüm gazetelerin bir sağlık köşesine sahip olduğu söylenebilir. Bu arada hem sağlıklı yaşam için nelere dikkat etmeleri gerektiği insanlara dikte edilmekte hem de bu sağlık tehlikelerinin kaçınılmaz sonuçları gözler önüne serilerek bireylerin kararları yönlendirilmektedir. “Normal bir insanda bulunması gereken bedensel özellikler” ön planda tutularak estetik bir yapıya ulaşmanın teşvik edildiği görülmektedir. Güzelliğin görsel olarak sunulduğu resimler ve ölçülere ulaşma hedefi doğrultusunda insanın nesneleşmesi artmaktadır. Yine sağlıkla ilgili risk faktörlerinin öneminden dolayı, risklerle iç içe olan yaşamımıza yönelik haberlere de sık rastlanmaktadır.

Grip aşısı ile ilgili bir haberde kamuoyunun duyarsız kalamayacağı yaygın bir hastalığın önlenmesi gerekçesiyle insanların sağlıklarıyla ilgili karar alma eylemlerini kendilerinin başaramayacakları algısıyla “tıbbi otorite” doğrultusunda hareket etmeye yönlendirme söz konusudur (Dikkat Grip Aşısı, 2014).⁶⁹ Aynı şekilde sağlıkla ilgili bazı haberlerde ise insanların davranışları “sağlık bilinci” kavramıyla dönüştürülmektedir. Böylece üst perdeden normallik vurgusu altında topluma mesaj verilmekte, bireyin hayatının kontrolünün kendi elinde olmadığı anlamı yüklenmektedir (Doğru teşhiste ilk adım, 2014).⁷⁰

Birçok haberde ise yiyeceklerin ve bitkilerin nasıl kullanılması gerektiğine dair uyarılar önemli bir yer tutar (Kim hangi vitamini ne kadar, 2014).⁷¹ Bu tür haberlerle bir sağlık bilinci oluşturulmaya çalışılır. Bu gazete haberi bitki ve yiyeceklerin nasıl kullanılması gerektiği üzerinedir. Görüldüğü üzere sağlık bilinci oluşturmanın bir başka şekli sağlıklı beslenmedir. İnsanların ne tüketeneğine, ne kadar tüketeneğine, ürünlerin nasıl kullanılacağına sağlık normu çerçevesinde medya aracılığıyla hekimler ya da sağlık uzmanları karar vermektedirler. Böylece hayatları denetlemenin farklı bir biçimi ortaya çıkmaktadır.

Sağlıklı vücuttan çok, güzel görünen bir vücudun daha önemli olarak algılandığını gösteren birçok habere rastlamak mümkündür (Bu sene yemiyor, içmiyor, 2014).⁷² Güzel görünmenin önemli olduğu bu tür haberlerle gündemde tutulmaktadır. Bedenin kontrolü adına çeşitli öneriler dile getirilmektedir. Bazı

⁶⁹ (Bkz.ek-4 Resim 5.6)

⁷⁰ (bkz Ek-4 resim 5.7)

⁷¹ (Bkz. Ek-4 resim-5.8)

⁷² (bkz. Ek-4 resim-5.9)

haberlerde ise beslenmede dikkat edilmesi gerekenler mevsimsel riskler ve risklerin nasıl giderilebileceğine yönelik bilgiler sunulmaktadır. (Bahar detoksu lahana,2014).⁷³ “Hastalıklar pusuda bekliyor!” ifadesi, bireyleri dikkat etmeleri gereken bir risk faktörüne karşı uyarıyor. Risk dili kullanılıyor.

Yine bitkisel ilaçların sağlıkta önemine değinen bir diğer haberde toplumun bir kesiminde yaygın olan bitkisel ürünlerin tüketiminin önerildiği açıkça görülüyor (Propolis kanser avında,2014).⁷⁴ Aynı zamanda bu durum modern tıbbın post modern dönemde bir seçeneğe dönüştüğünü, alternatif yolları ön plana çıkararak göstermektedir.

Hayatın medikalleşmesinin bir diğer örneği vücuda takılan metal, v.b parçalardan biri olan stentlerdir (Kalp tedavisinde ilaçlı stentler, 2014).⁷⁵ Bugün teknoloji ile gelişen sağlık tekniklerine ilişkin bilgiler bu örnekteki gibi gazete sayfalarından sunulmaktadır. Böylelikle hastalara hastalıkların tedavisine yönelik bilgi sahibi oldukları algısı oluşturulmakta, tıbbi bilgilerin paylaşarak insanlarda farkındalık oluşturulmak istenmektedir. Bununla beraber böyle bir bilgiye sahip olmanın hastanın kararları üzerinde ne şekilde etkili olabileceği kesin değildir. Çünkü söz konusu bilgi hastalığa karşı kullanılabilecek teknik bilginin yalnızca bir yönüdür.

Diğer bir haber ise bize risk diliyle sağlık problemlerimizi alarm verici biçimde sunan niteliğe sahip (Hepatit B AIDS’ten tehlikeli, 2014).⁷⁶ Bu şekildeki “risk dili”nin yaygınlaştığını gösteren internet haberlerine⁷⁷ de rastlamak mümkündür. Tıpta risk dilinin kullanılmasının hastalar tarafından gerçek bir olgu olarak tarafından algılanabildiğini ifade edilmiştir. Burada da bunu gösteren bir istatistiklerle desteklenmiş bir haber yer almaktadır. Bazı haberlerde ise sağlıklı insan bedenleri model olarak sunularak insanlar için hem ulaşılması gereken bir hedef ortaya konmakta hem de sağlık bilinci altında yeni tüketimlere kapı aralanacak tanıtımların da yapılması söz konusu olmaktadır (Neye niyet neye kismet, 2014).⁷⁸

⁷³ (bkz.ek-4 Resim-5.10)

⁷⁴ (bkz. Ek-4 Resim-5.11)

⁷⁵ (bkz.Ek-4 resim-5.12)

⁷⁶ (bkz.Ek-4.resim-5.12)

⁷⁷ Bu konuda internet sitelerinin yanı sıra facebook, tweeter, youtube gibi sosyal paylaşım sitelerinde hem reklam amaçlı ürünleri pazarlamak hem de diğer sağlık haberleriyle ilgili risk dilinin oldukça yaygın kullanıldığı görülmektedir.

⁷⁸ (bkz.Ek.4.resim-5.14)

Aynı durum diş sağlığının önemi adı altında bireylere yönelik tavsiyelerde de dikkati çekmektedir. Kişilerin bu önerileri dinlemekten başka çareleri olmadığı bir göstergesi de emir kipiyle “şöyle yapın”, “böyle yapın” söylemiyle sunulmasıdır. Ayrıca “Normal dişler bu, hepiniz bu normal ölçülere ulaşmalısınız”, “*bembeyaz* dişlerinize insanlarda fark yaratın” algısı da gizli olarak ifade edilmektedir (Dişleriniz bembeyaz olsun, 2014).⁷⁹ Aynı resmin diğer yanında ise “doğal güzellik” kavramıyla bir standart oluşturulmakta, diğer yüzlerin güzel olamayacağı, belli standartlara uyanların bu kategoriye alınacağı belirtilmektedir. Aşağıda rakamsal risklerle insan bedenine ilişkin uyarıların çok daha somut olarak görülebileceği bir hekimin gazete yazısından bir bölüm yer almaktadır (Felçten korunmanın yolları, 2014).



Resim 5.2. Felçten Korunmanın yolları

Burada hastalıklara, özellikle riskli hastalıklara yönelik “sağlık bilinci” ile hareket etmenin gereğini ifade eden söylemler söz konusudur. Dikkat edilirse sayısal değerler, rakamlarla bireylerin risk durumlarına dikkati çekilmekte, insanların bu nicel değerlerle yaşamını düzeltebileceği ya da kontrol edebileceği öngörülmektedir. İnsanların temel yaşam olanakları tümüyle rakamlara indirgenmiştir. Neredeyse rakamlar hayatımızın temel belirleyicisi olmuştur. Belirli bir çizgiden sonrası ise tehlikeli alan olarak değerlendirilip vücudumuzun yapıları,

⁷⁹ (bkz.Ek.4.resim-5.15)

doğrudan kontrol edemeyeceğimiz tüm bu unsurlar üzerinden birey sürekli tedirginliğe, korkuya, kaygıya endeksli bir noktada bulunacak, adeta “istatistiksel panik” sınırlarında dolaşacaktır.

Beslenme ve diyet uzmanlarına duyulan ilgi her geçen gün artmaktadır. İnsanlar standartlaşmış, ideal beden unsurlarına sahip olmak ve bu unsurlarını sürdürmek için pek çok sıkıntıya göğüs gererler. Metabolizmalarının çalışmalarını dahi denetlemeye isteklidirler.

Kadın sağlığı ile ilgili olarak en fazla merak edilen konuların başında şüphesiz çocuk sahibi olmaya yönelik bilgiler gelmektedir. Kişilerin en ciddi problemlerinin bile tıp alanında ortadan kaldırılabileceğine ve teknik imkânların yaşamı dönüştürebileceğine inanılmaktadır (İlaç tedaisi başarısız olursa, 2014).⁸⁰

Sonuçta, medikalleşme, nicelleşme, risk dili ve görsellikle sağlık tüketimine teşviklerin gazete haberlerini süslediğini söyleyebiliriz. Bununla birlikte bazı gazete haberlerini takip eden hastaların en azından tedavileri ile ilgili bir fikir sahibi olmaları da söz konusu olduğundan bu tür haberlere ilgi duyulmaktadır.

5.5.2. Televizyonla aktarılan hekimlik

Televizyonun günümüzde bilgiyi aktarmada ve kitleleri yönlendirmede popülerliği tartışılmazdır. Bu çerçevede televizyon, haber, açıkoturum, sinema filmi, drama ve magazin gibi programları evin içine taşımakta ve reklamlar aracılığıyla neyin tüketileceği konusunda yönlendirmede bulunmaktadır (Baran, 2005). Bireyin yaşamında etkisi kaçınılmaz olan bu yönlendirmenin diğerlerinden farklı olduğu bireyin rızasını da içermesi gerektiği söylenmelidir. Asıl biçimlendirmenin, genellikle “görünmeden” “gizli yan etkileri” olarak gerçekleştiğini savunan Beck, televizyon üzerinden bu bağlantıyı örneklendirir:

Televizyon yalıtır ve standartlaştırır. Bir taraftan, insanları geleneklerce biçimlendirilen ve sınırlandırılan konuşma ve yaşam bağamlarından koparır. Ama diğer taraftan da herkes benzer bir konumdadır; Honolulu’dan Moskova’ya, Singapur’a kadar herkes kurumsal olarak üretilmiş televizyon programlarını tüketir. Bireyselleşmeye –daha doğrusu geleneksel yaşam bağamlarından kopuşa- yaşam biçimlerinin tek biçimliliği ve standartlaşması eşlik eder. Aile içinde bile herkes yalıtılmış olarak televizyona bakar (Beck,1986/2011: 201).

Bu bağlamda insanların tek biçimliliğe dönüşmesi, küresel olarak birbirine

⁸⁰ bkz.Ek.4.resim-5.16)

bağlanması yanında soyutlanması da söz konusudur. “Halkın geniş kesimlerinin izleme alışkanlıklarını göz önüne alan(...) televizyon programları, ailenin hem gündelik hem de haftalık programını tek seferde düzene koyuyor” (Beck,1986/2011: 202). Bu bağlamda aslında televizyon insan yaşamını oldukça etkin bir biçimde programlamaktadır. Beck günümüzde özel alan kavramının da hızla değiştiğine vurgu yapar: Özel alan sosyal çevreden ayrı bir alan gibi görünebilir, ama hiç de öyle değil. Özel alan başka yerde yaratılmış koşulların ve alınmış kararların oluşturduğu dışın içe çevrilip özel hale getirilmesidir (Beck, 1986/2011: 202). Kısaca televizyonun insan eylemlerini sınırlayarak kendine özgü alanını da dönüştürdüğü ileri sürülmektedir.

Filmler kitlelerin davranışlarını yönetmede temel araçlar sağlar. Kellner, çağdaş toplumda medyayla kimlik inşası anlamında rol modellerin ortaya konduğunu belirtir. Örneğin “Pretty Woman”da mesaj başarılı olmak istiyorsan, ihtiyacın imaj, sitil ve modadır (Kellner, 1995/1996: 234). Dolayısıyla insanlar toplum içinde statüsü yüksek bireylerin başarı hikayelerini hayatlarına modellerler. Aynı şekilde sunulan bu rol modellerin bedensel biçimlendirmeden bağımsız ele alınmadığını söylemeliyiz. Televizyon ekranları da bu bağlamda sağlıklı ilgili biçimlendirmede önemli işlev görür. Sağlıklı ve estetik bedenler her alanda olduğu gibi bu alanda da topluma yoğun olarak sunulur. İletişim kanallarının mitsel bir işleve sahip olduğunu belirten Baudrillard (1982/2010: 118), sistemin olmayan varlığını imgeler yani göstergelere dönüşerek yineletip gerçeklik katsayısını artırdığını belirtmektedir.

Bu konuda yerli ve yabancı diziler yer almaktadır. Bazı yerli dizilerin de yabancı diziler örnek alınarak yapıldığı görülmektedir.

Sağlıkla ilgili yerli diziler; Hekimlerin yaşam hikayeleri ve sağlık olayları duygusal öğelerle birlikte sunularak halkın izlenimine sunulmaktadır. Yaptıkları işin ne denli emek isteyen bir sanat olduğu vurgulanmaktadır. Böylece onların yaşamımızın ayrılmaz parçası oldukları algısı oluşturulur.

“Doktorlar” yabancı bir doktor dizisinin Türkçeye uyarlanmış hâli olarak değerlendirilmektedir. Zaman zaman yayınlanmasına son verilmiş olsa da aralıklarla ekranlarda yerini almaktadır. Doktorların yaşamları, mesleklerinin icrası ile birlikte insani özelliklerinin de kaçınılmaz olarak yer aldığı bir anlatım söz konusudur.

“Acil servis” hekimlerin zor koşullarda çalışmasını konu edinen bir filmidir. Hekimlerin gerçekleştirdikleri rolle toplum açısından ne denli önemli bir işlev gördükleri üzerinde durulmakta, eylemsel olduğu kadar duygusal olarak da zorlandıklarını temel alan bir yaşamı sergilemektedir. Ayrıca insanlarla yaşadıkları problemler ve zaman zaman ortaya çıkan çatışmalar ve şiddet sarmalıyla devam eden mesleki süreçleri ele alınmaktadır.

“Hastane” : Dizide doktor rolünü Zeki Alasya, uyanık bir hasta bakıcı rolünü de Metin Akpınar canlandırmaktadır.

“Hayat Yolunda” dizisi Kanal D’de yayınına devam edilmektedir.

Yabancı diziler

“House MD”: Bir hastanede görevli yetenekli bir doktorun mesleğini icra ederkenki hünerleri ifade ediliyor. Popüler bir dizi olarak doktorlar tarafından da izlendiği ileri sürülmektedir. Dizide bir doktorun yeteneği, hüneri, hekimlik otoritesi Doktor House karakteri ile canlandırılır.

“Grey’s Anatomy”:⁸¹ Doktorların koşuşturmaca içerisinde mesai anlayışları yanı sıra duygusal maceralarına da yer vermektedir. ABD’nin yanı sıra Türkiye’deki bazı kablolu kanallardan yayınlanmaktadır.

“ER”: Acil Servis’teki sağlık olaylarına dikkati çekmektedir. Dizinin yapımcısının daha önce hastanede çalışmış bir tıp mezunu olması dikkati çekmektedir.

“Scrubs” :Komedi tarzında olan bir dizidir.

Sağlıkla ilgili televizyon programları

Sağlıkla ilgili bilgilendirme araçlarından biri de günümüze şüphesiz televizyon programlarıdır. Birçok kanalda hekimlerin hastalıklarla ilgili bilgilerini sunduğu, izleyicilerin de kendilerine ulaşarak problemlerini dile getirdikleri programlar bir nevi hastane tedavilerinin tamamlayıcıları olmaktadır. Bununla birlikte hastaların hastalıklarına çözüm adına bitkisel tedavileri de öneren diğer programlar da vardır.

Hekimlerin bazılarının kendilerinin de karşı olduğu bu programların ne denli güvenilir olduğu ve sağlıkta ticariliğe kapı araladığı tartışılmaktadır. Bu yayınlanmakta olan sağlık programlarında hekimin katılımcılarla birlikte,

⁸¹ Emmy ve Altın Küre ödülleri almış bir yabancı dizidir.

hastalıklara karşı ne yapılması gerektiği anlatılmakta, tedavi üzerine uygulamalı bilgiler verilmekte, teknolojik gelişmelerle yeni tedavi teknikleri tanıtılmaktadır. Bazı programlarda güncel sosyal, psikolojik ve tıbbi problemler üzerinde durulmakta, farklı uzmanların görüşlerine yer verilmektedir. Beslenme, sağlıklı diyet ve diğer güncel sağlık problemlerinin de yer verildiği programlar sağlıklı yaşam, güzellik, sinirsel hastalıklar, spor, doğal besinler, zayıflama, genel sağlık şikâyetleri ile ilgili birçok uzman, görüşlerini sunabilmektedirler. Tedaviye odaklanan programlarda hastalar mesaj bırakmakta ya da telefonla canlı bağlantı kurarak hekimlere rahatsızlıklarını ifade etmekte ve cevap almaktadırlar.⁸² Bu programların yanı sıra normal televizyon programlarına konuk olarak katılan uzman doktorlarla yapılan söyleşilerin yer aldığı programlar da bulunmaktadır.

Görüldüğü gibi hemen her kanalda hekimlerin sağlığa dair açıklamalarının, tavsiyelerinin gündemde olduğu sağlık programlarına yer verilmektedir. Bu kadar yoğun bir biçimde doktorların ekranlarda olması insan yaşamına, sağlığımıza yönelik vazgeçilmezliğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla hekimler ve onların yönlendirmeleri her gün her saat evlerimizin içerisinde. Televizyonda temsili gerçeğin parçalandığına vurgu yapan Urry, bu durumu “postmodern TV’de gösteren serbest kalmıştır ve imajlar anlatı üzerinde üstünlük kazanır, estetik baskındır ve izleyici, imaj fazlalığının serbest oyunu tarafından baştan çıkarılır” (Urry, 1995/1999: 292-293) ifadesiyle ortaya koymaktadır.

Televizyondaki sağlık programlarının katılımcılar tarafından ne şekilde değerlendirildiği ele alındığında bu programların “sağlık” olgusunun ötesine geçtiği ifade edilmektedir.

Televizyondaki sağlık programlarını izlemem. Şarlatan olduklarını düşünüyorum. İlaç satmaya çalışıyorlar, tavsiyeler, vs. Güvensizlik şurada, Şimdi iki profesör çıkıyor, biri diyor ki sen yanlış düşünüyorsun, öbürü de sen yanlış düşünüyorsun, diyor. Biz de diyoruz ki ikiniz de doğru söylüyorsunuz, ikiniz de yalancısınız! (gülüyor). Profesör yalan söyleyecek değil ya.! Şimdi sen bilmiyorsun, sen bilmiyorsun. İkinizde haklısınız. İkiniz de bilmiyorsunuz. İki profesör aynı konuda birbirlerini yalanlıyorlarsa, bu meslek ahlakına sığmaz, kendi aralarında tartışsınlar,... Kemiğini yabana atmaz, daha, bunlar şimdi kurultaylar falan yapıyorlar. Tıpta bir doğru vardır, ikisi de 180 derece zıt açıklama yaparsa bende güven kalmıyor. Bu tıp, fen bilimidir, edebiyat değil ki . Şimdi Karatay diyeti var, şeker yemeyeceksin diyor, şekerli hiçbir şeyi yemeyeceksin, meyve şekeri de yemeyeceksin, pekmez, üzüm yemeyeceksin. Ben düşünüyorum, Allah bu nimeti yarattı ise azar azar yemenin ne zararı var? Meyve suyu yok, pekmez yok, diyor. Ya, tüh sabah “Karatay kahvaltısı yaptım ama nasıl oldu da kandırıldım. Keşke biraz pekmez yeseydin” (HST. 12).

⁸² Türkiye’de yayınlanan sağlık programlarının isimleri için bkz ek-7.

HST. 12'nin “180 derece zıt açıklama yapma” ifadesi hekimliğin medya aracılığıyla sunduğu bilgi ve paylaşımlardaki tutarsızlıktan kaynaklanan güven kaybına işaret etmektedir. “*Profesör yalan söyleyecek değil ya.!*” ifadesi ironiyle bu tutarsızlığı dile getirmektedir.

Televizyon programlarını çok izlemem ama iki yönlü insanları etkileyebiliyor. Mesela hasta izlediklerinden dolayı bilgi sahibi olarak gidiyor, doktora tedavi olabiliyor. Tam tersi de olabiliyor. Kişi hastalığı ve tedavisi ile ilgili süreci inceliyor, gözü korkuyor ve hastaneye gitmeyebiliyor (HST. 2).

HST. 2'nin söylemi, medyadaki bilgilendirmenin sağlık hizmetinin edinilmesinde çift yönlü etki ortaya çıkardığı; belirsizliklerin giderilmesi yanında olumsuz örneklerin de paylaşılmasıyla karşı tepkiyi meydana getirdiği yönündedir.

Televizyon programlarının faydalı olanı var, zararlı olanı var. Adam “şunu yapın” diyor. Bu herkesçe aynı rahatsızlık mı, herkes aynı mı? Bence kişiye göre tedavi olabilir. Bilgilendirmeye çalışma anlamında yararlı, ancak insanları sağlık konusunda daha da kararsızlığa itici olmamalıdır bence. (HST. 9)

HST. 9'un “*herkes aynı mı?*” ifadesi, aslında bu programlarda sağlığın kişiye özel olarak algılanması gerektiğini, aksi durumda kaygı ve kararsızlıkların da yaygınlaşabileceğine işaret etmektedir. Hekimler televizyon programlarına genellikle olumsuz yaklaşmaktadırlar. Sadece birkaç noktada bilgilendirme amaçlı yararına inanmakla beraber, bu programların, alanında uzmanların bilimsel açıklama biçiminde olmasının gereğini dile getirmektedirler.

Sağlık programlarına, yerel kanallarda ben de çıktım, açıklamalar yaptım. Bir doktor kolesterol ilaçların kullanımını çıkıp anlatabilir ya da Ramazan ayında nasıl beslenirse beden için daha sağlıklı olacağına yönelik bilgiler verilebilir. Anjiyo ne, by-pass ne bunun bilgilendirmesi gayet doğal, bence bunda sakınca yok, yararlı da olabilir. Ama falanca sanatçının diyeti deyip, hiç ilgisi bilgisi olmayanların, ahkam kesmesi anlaşılır gibi değil. Sanatçı ne anlar beslenme uzmanlığından? Sen kimsin, beden hakkında ne biliyorsun, uzmanlığın var mı? Bir de ilaç reklamları yapıp halka pazarlama anlamında şeyler yapıyorlar ki bu da yanlış, bunu kabul edemiyorum.(DR. 6)

DR. 6'nın hekimliğin dışındaki diyet ve önerileri “ahkam kesme” olarak tanımlaması beden hakkında hekimlerin otoritesinin diğerleriyle paylaşılmasından duyduğu rahatsızlık olarak okumak mümkündür.

Bilimi üreten insanların olması önemli. Medya büyük güç. Alternatif tıpçılar çıkabiliyor. Dedikodular yapılabiliyorlar, uzun sürüyor. Adamın ismi önünde doçent, profesör yazınca halk buna inanıyor. Alternatif tıp uygulamaları ileri sürülüyor. Bence tıbbın alternatifi tıptır. Tıbbın alternatifi yoktur. Hastalar derman araştırıyor, herkesin kulağı hurafede.. kahvede ne dediler, camide duyduğu, komşuda duyduğu şeyler araştırılıyor. Üç bin yıl önceki Çin'de uygulanan çözümler geçerli olamaz. Mesela böbrek yetmezliği hastam var, diyaliz aşamasında. İmam kendisi. Hacamat yaptırmış, hacamatı

Peygamber'in önerisi olarak görüyor. Peygamber'in döneminde tıp uygulamaları vardı da o yaptırmadı mı? Sonra nakil falan yapıldı, toparladı, akli başına geldi. Bilimsel bir dayanak olmayan şeyler hurafedir. Bence ağzı olan konuşmamalı, bu tür konuşmalar mutlaka bilimsel bir konseyden geçmeli.

Şu an hastanelerde bile bunlar açılıyor, hacamat falan yaptırmak isteyenlere, sülük tedavisi falan. Ama henüz kanıtlanmış, bilimsel yönleriyle ispatlanmış değil. Mesela bilimsel dayanaklar araştırılmalı. Yüz bin kişi üzerinde yapılmış bilimsel araştırmalar var, placebo çalışmaları gibi...Bilimden uzak konuşmalar yanlış. Halkta bir infiale yol açabilecek durumlar oluşabilir. Beslenmede problemler yaşanabilir. Şeker hastası, kalp hastası olanlarda hassas olabilirler. Bilimsel dayanağı olmayan şeyler hurafedir. Önünde profesör yazması önemli değildir (DR. 2).

"*Tıbbın alternatifi tıptır*" söylemi alternatifte olan tahammülsüzlüğün ve direncin göstergesidir. Bilimsel tıbbın dışındaki uygulamaların tümünü birden "hurafe" kategorisine almakla kendisi damgalayıcı bir yaklaşımla diğer alternatifleri görme eğilimini açıkça ortaya koymaktadır. Bu ifadelerden de açıkça anlaşılabilceği gibi hekimler zaman zaman özneyi tanımaktan çok "tanımlama"yı tercih etmektedirler. DR. 2 ayrıca hastane bünyesinde de hacamat tarzında tedavi biçimlerinin yapılmaya başlanmasına değinmektedir ki buradan da modern tıbbın bu tür tekniklerin yoğun olarak tercih edilmesine duyarsız kalamadığını göstermektedir. DR. 1 ise medya konusuna şöyle yaklaşmaktadır:

Olumlu yanı, bilimsel, tarafsız, yansız sağlık için konuşmalar var; faydalı. Ancak bu denetlenmiyor. Adam çıkıyor, atıyor, mesela. Her konuşulan haber nasıl denetlenmeliyse her konuşulan sağlık programları da öyle denetlenmeli. Bence yararı kadar zararı olan konuşmalar yapılıyor. Zararlı olanlar denetlenip giderilse çok daha faydalı olabilir, bilimsel olabilir, konuşan kişi doğru olmalı tabii.

Adamın biri çıkıyor, bitkisel bir ilaç var, diyor. Herşeye iyi geliyor, diyor. Şimdi bitkici bazı insanlar var televizyon ekranlarında, adam tüm büyük kanallara çıkıp konuşuyor. Böyle bilimsel bir şey yok. Bir adamın her söylediği doğru olmayabilir. Bir ara zakkum ilacı diye bir şey çıktı. Birçok kanser hastası bu ilaca tonlarca para yağdırdı, insanların maddi çıkarları sömürüldü. İnternette de her bilgi doğru olmayabilir. Mesela mikro.. bir ameliyat tekniği var. Adam sıfır nüks diyor, yalan söylüyor. Yüzde otuz nüksü olan bir ameliyata sıfır nüks diye hastaları kendisine çekiyor. Eğitim iyi bir şey ama doğru kullanılmalı, teknik de böyle. Bir hekim bilim neyse onu söylemeli, rehberi bilim olmalı bence (DR. 1).

Hekim DR. 1'in ifadesinde de çoğunlukla "bilimsel" söylemine vurgu yapması, tüm içeriklerde bilimin merkez olması gerektiği anlayışı anlamlıdır. Ayrıca sağlık adına sunulan gerçeği yansıtmayan tedavi biçimlerinin de doğruymuş gibi sunulabileceğine, tıbbın maddi sömürü aracı olarak kullanılmasının medya yoluyla daha kolay olmasına ve bitkisel her ilacın her hastalığa iyi geleceği algısının oluşturulmasına tepkisi dikkati çekmektedir. Ancak burada DR. 1'in hekimlerin de bu mesleğin ilkelerini gözetmesi gerektiğini vurgulaması, sıfır risk diyerek pragmatik

gayeler güdülmesine karşı çıkması önemlidir. DR. 12 ise “ziraatçı” tanımlamasıyla bitkisel tedavilere karşı olduğunu ifade etmekte, doktor, “*bilim adamı olsa neyse*” ifadesi ile sanki onların hatası olamazmış gibi bir söylemle meseleye yaklaşmaktadır.

Bence çok yetersiz insanlar sağlık alanında konuşabiliyor. Doktor, bilim adamı olsa neyse de hiçbir ehliyeti olmayan kişiler konuşabiliyor. Falanca üniversitenin tıp fakültesi anabilim dalı başkanı olsa neyse, ziraatçı çıkıp konuşabiliyor. Bence yanlış; sen kimsin, bitkisel tedavici. Kolestrol ilacını kullanmayın, diyor, hastanın yaşamında risk oluşturabilecek kadar etkileyebiliyor. Yayına dayalı konuşmalı, bilimsel temeli olmayan şeyler üzerinden konuşulmamalı (DR. 12).

Bazen olumlu bilinçlenme olabiliyor. İşte şöyle bir belirti bende de var, deyip hasta dikkatli olabilir. Diğer türlüde şu programda şöyle olmuştu, ben şu ilacı almayayım diyebiliyor, kendi kendine karar verebiliyorlar, alternatif tıbbı yönelip onunla yetinebiliyorlar (DR. 7).

Televizyonun hekimleri böldüğünü, bunun ise halkın bilgi bütünlüğünü bozacağını DR. 10 şöyle açıklıyor;

Televizyon da aynı. Hekimler zaten bölünmüş, uzlaşmamış ki halk birleşsin., onlar da bölünüyor. Tıpta iki kere iki her zaman dört etmez. Bünyeler farklı çünkü. Her bilgi herkes için geçerli değil. İnsanlar her duyduğunun doğru olabileceğini düşünüyor. Yüzde yüz kullanması gereken ilacı bırakabiliyor, kullanmaması gereken de bir ilacı alabiliyor.(DR. 10)

Hekimlerin birbirleriyle çelişkili açıklamalarının hastalar üzerinde çok olumsuz bir durum ortaya koyacağına böylece dikkati çeken DR. 10, tıpta “iki kere iki her zaman dört etmez” ifadesiyle tıbbi DR. 10’un bedensel uygulamalardaki dönüşlülüğüne ve sabit olamayacağına dikkatleri çekmektedir. DR. 14 kanuni düzenlemelerin yapıldığına ve yapılmasının gerekliliğine değinirken aksi halde “*televizyondan tanı koyup tedavinin*” imkansızlığını ve yanlışlığını vurgulamaktadır.

Akreditasyondan geçmeyen, belgeleri almayanların konuşmalarına müsaade etmeyen bir yasa çıktı sanırım. Nasıl etkiler durumu bilmiyorum. İnsanlar, televizyondan tanı koyup tedavi etmeye çalışıyorlar. Çok yanlış bu. Bazen çok yanlış bilgiler veriliyor, hastanın tedavisini geciktirecek bilgiler veriliyor. insanlar ajite ediliyor. Müsaade edilmemeli bence (DR. 14).

Medyada, iyi bir sağlık programı sunulursa faydalı olabilir. Öğretim üyeleri, uzman insanlar konuşmalı, bu uzmanların iyi seçilmesi gerekir, sohbet eder gibi değil de açıklayıcı olmalı. Kafasını karıştıracak biçimde değil, yoksa faydası olmayacaktır (DR. 9).

DR. 5 televizyonda doktorların sık boy göstermelerinin hastalara katkı sağlayamayacağını belirterek bunun ratingle ilgili olduğunu belirtiyor;

Televizyon programları sağlığın içine ettiler. Vatandaş açıyor, X kanal, Y kanal, hepsinde var zaten. Biri diyor ki C vitamini kemik erimesine iyi gelir. Diğer, faydası

olmaz, diyor. Kolesterol ilacı alın almayın meseleleri. Zaten son tartışmaları biliyorsunuz. Bizim meslektaşların marifetleri... Bana geliyor, “D vitamini ver, diyor. Televizyondan izledim, doktor öyle dedi” diyor. Bunun ilimle bilimle falan ilgisi yok; *“bunun filmle ilgisi”* var. Televizyonun amacı insanları kendine çekmek, izlenmeyi sağlamak. Eskiden bir firma ilaçla ilgili araştırma yaptırıp öyle tanıtım yapılırdı, şimdi ise rastgele bu programlara çıkabiliyorlar. Gerçi şimdi bakanlık buna sınırlamalar getirdi ama şüpheliyim yani uygulamalardan (DR. 5).

“Bunun bilimle, ilimle değil filmle ilgisi var” ifadesi tıbbın tedavi amacının dışına çıkartılarak kullanıldığına çok açık bir örnektir. Bazı televizyon programlarından izledikleriyle tedaviye gelen hastaların çeşitli komplikasyonlarla kendilerine başvurdıklarını belirten DR. 3, bu programları birbirinden ayırt etmek gerektiğini belirtiyor:

Şimdi alanında uzman insanlar çıkınca sorun yok. Normal bilgilerini paylaşıyorlar, kulak burun boğaz profesörü çıkıyor, tamam doğru ama alternatif tıp adı altındakiler yanlış; yok bitkisel ürünler, destek ürünleri falan, şarlatanlık. “Şu bitkiyi kullanın, sigarayı bırakabilirsiniz, baş ağrısını giderir diyor, şunu kullanın bilmem ne”. Bu programlar sağlıksız. Dolayısıyla bu sağlık programlarını bence birbirinden ayırmak lazım. Şimdi Panax kullanıyor, komplikasyonla, kanamayla yanımıza gelebiliyor (DR. 3).

Göz alanında uzman doktorluk yapan DR. 11, televizyonların reklam ve ticari boyutlarıyla tıbbi etkilediğini belirtmektedir:

Devletin sağlık kanalları olmalı. Devletin spor kanalı var, müzik kanalı var, sağlık kanalı da olmalı. Sağlıkla ilgili programlara bakıyorum, bir yerlerin, sağlıkla ilgili reklamlarını yapmak üzere hareket ediyorlar.

Spor-toto Spor Lige giriyorsunuz, sağlık reklamları, görüyorsunuz. Stadyumdaki reklamlara, maç özetlerini izlerken görürsünüz, medya reklamlarına bakın, Medikal Park Antalyaspor, şimdi bu reklam değil mi? Niçin sponsor olmuş? Adı duyulsun diye. Bu reklam değil mi? Ya reklam hepimize serbest olmalı, ki ben bunun gerekli olmadığını düşünüyorum. Şimdi ben yapmıyorsam diğeri bunu yaparsa bizde de bunun gereği duyulabiliyor. Bu demek değil ki bu sektörlerdeki para kazanmasın. İyi gelir elde edilsin, elbetteki çalışanlar daha iyi hizmet sunsun ama amaç hâline gelmesin. Sağlık hizmeti sunuyorsak ve kaliteli yapıyorsak reklama gerek kalmaz. Şimdi bir çok sektör var, buradaki maddi yatırımı o sektörlerle yapsak mesela lokanta, beş katı kazanırız. Bunun ise sağlıkta yeri yok, sağlığın önceliği farklı. Madem hastane açtık, reklama girelim diyemeyiz (DR. 11).

DR. 11’in sağlık hizmeti sunuyorsak ve kaliteli yapıyorsak reklama gerek kalmaz ifadesi her şeyden önce böyle bir etkinliğin titizlikle yerine getirilmesi gerektiği ve başka işler için araç haline gelmesinin yanlışlığını göstermesi açısından anlamlıdır.

Bu ifadelerden de anlaşılmaktadır ki katılımcılar televizyon programlarından bilgilenme amacıyla yararlanmaktadırlar. Ancak zaman zaman çeşitli yanılgılara

yine buradan öğrendikleriyle maruz kalmaktadırlar. Medyada hekimlerin arasında görülen çelişkili açıklamaları bireylerin hekime olan güveni sarsarak onların otoritelerini zayıflattıkları anlaşılmaktadır. Aynı şekilde hekimler de genellikle medyaya olumsuz bakmakla birlikte bunun ekonomik amaçlı olabildiğini belirtmektedirler. Bunun dışında bilimsel açıklama yapan hekimlere ise sıcak bakılmaktadır ki elbette sağlığın araçsallaştırılmaması koşuluyla.

5.5.3. Hekimlikle ilgili internet siteleri

Günümüzde kullanılan en önemli bilgi kaynaklarından biri olarak internette de hekimliğin rolleri ve işlevlerine rastlanmaktadır. Yabancı ve yerli sitelerde bu konuda verilen bilgilerin güvenilirliği tartışılmaktadır.

Hekimlikle ilgili yabancı sitelerin bazıları aşağıdadır.

-Medikal News Today: Doktor yorumları ve sağlık haberleri yayınlanmaktadır.

-Mayo clinic: Hastalıklarla ilgili kategorik olarak bilgilere ulaşılabilen, hastalara öneriler bölümü yanında hekimler için ayrılmış bir alanda yayın ve daha çok mesleki bilgilere ulaşılabilir.

-Yahoo Health: Hastalar için hazırlanmış tıbbi yazılar yer almaktadır.

-National Institutes of Health: Amerikan sağlık Bakanlığına bağlı sitedir, araştırma merkezidir.

-WebMD: ABD merkezli sitede hastalıkların semptomları, doktorlar, sağlık reformu, ilaçlar ve tedavi bilgilerinin yanında sağlıklı yaşam, aile ve hamilelik, öne çıkan başlıklardır. Sitede kişinin kendi durumunu sürekli kontrol etmesi gereken türden hastalıklar için açılan farklı bir sekmede tıbbi durumunu takip edebileceği (kendi durumunuzu takip edin başlığıyla) bilgiler verilmesi dikkati çekmektedir.

-MedicineNet.com: Tamamen doktorlar tarafından hazırlanmış güncel tıbbi yazılara yer verir.

-Drugs.com: Reçete bilgileri için oluşturulan hekim ve hastalar için oluşturulmuş veri tabanı vardır. Sitenin en dikkati çeken özelliklerinden biri "*Pill Identifier*" denilen kısımdır. Bu bölümde şüphelendiğiniz ilaçları tanımlayarak, bu ilaçların hangi şirkete ait olduğuna kadar pek çok bilgiye ulaşılabilir. Sitede twitter, facebook, you tube, Google+ gibi sosyal medyalara bağlantı ikonları yer

almaktadır.

EverydayHealth.com: Sağlık kaynakları, kişiselleştirilmiş sağlık araçları içeren web sitesi. İlaç bulucu, semptom kontrol edici, kalori takip edici, köşe yazıları ve sağlık uygulamaları gibi özellikleri dikkati çekmektedir. Yiyecekler ve sağlıklı beslenmek için alınması gereken besinler gibi bilgiler yer almaktadır. Ayrıca vitaminlere ve sağlıklı yemek tariflerine de ulaşılabilir.

Wellsphere: Sağlık ve fitness hakkında bir site.

Healthline: Sağlık bilgileri, doktor yorumları içerir

Prevention: Sağlık, beslenme, fitness, anti-aging, güzellik, kilo verme ile ilgili bilgiler içeren site.

MedHelp: Hastaların doktorlara soru sorabildiği bir site.

HealthGrades: Doktor bulma ve önde gelen bağımsız sağlık derecelendirme şirketi.

RealAge; Sağlıklı ve uzun yaşam için bilgiler veren site.

Better Medicine: Sağlık koşulları, hastalıklar ile ilgili pratik bilgiler veren bir site.

RxList: Tükeçiler için ilaç bilgileri ve diğer kısa hastalık bilgileri içerir. Bu sitelerin daha geniş bir listesi için ek-5'e bakınız.

Hekimlikle ilgili yerli web sitelerinin de birçoğunu görebiliriz. Modernleşme sonucunda hekimliğin bir güç olarak ön plana çıktığını internet sitelerinden de anlamak mümkündür. Böylece insanların ne yapmaları gerektiği, nasıl hareket etmeleri gerektiği çeşitli direktiflerle bildirilir. Aşağıda ülkemizde *internet* kullanımının yaş gruplarına göre dağılımını gösteren bir çizelge yer almaktadır.

Çizelge 5.9. Son üç ay içerisinde bireylerin yaş gruplarına göre *internet* kullanım oranları (%)

Yaş	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74
Yıllar						
2004	26,6	15,7	9,4	5,5	1,6	0,4
2005	27,8	16,7	9,7	6,3	2,3	0,9
2007	50,4	32,3	23,8	14,8	4,8	1,4
2008	54,8	41,4	29,3	19,4	6,9	1,6
2009	59,4	45,1	30,2	18,6	6,2	2,0
2010	62,9	50,6	34,7	22,4	7,8	2,7
2011	65,8	55,1	39,7	22,7	10,4	2,7
2012	67,7	58,5	42,6	25,5	11,9	3,6
2013	68,7	58,8	45,6	24,9	11,1	4,2

Hane halkı bilişim teknolojileri kullanım araştırması-internet kullanımı.

(http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 24.10.2014 tarihinde erişilmiştir.)

Görüldüğü üzere internet kullanımlarının yaş gruplarına göre değişmesi söz konusudur. Özellikle genç yaşların değişime daha yatkın olmalarından dolayı bilişim teknolojilerine daha yakın ve uyumlu olduğu, ileriki yaşlarda ise kullanımların azaldığı, 55 yaş üstünde ise oldukça düşük olduğu anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra yıllara göre bakıldığında internet kullanımının hızla yaygınlaşmaya başladığı görülmektedir. 15- 24 yaş grubunun neredeyse 3'te ikisi internet kullanmaktadır.

Çizelge 5.10. Son üç ay içerisinde interneti kullanan bireylerin *interneti* kişisel kullanma amaçları(%)

Kullanım Amacı	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlıkla ilgili bilgi araştırma	22,4	38,0	44,8	45,1	47,3	54,1	-	59,6	-
Doktordan internet üzerinden randevu almak	0,5	-	-	-	-	-	19,6	-	31,6

Ocak-mart arasında yapılmıştır, 16-74 yaş arası kapsamdadır (TÜİK). Bazı yıllarda veri alınamamıştır. (http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028) 29.5.2015 tarihinde erişilmiştir

Tablodan görüleceği gibi internet kullananların içerisinde sağlıkla ilgili bilgi araştıranlar hızla yükselmiş, ayrıca katılımcıların yaklaşık yüzde üçte biri son yıllarda doktor randevu hizmetlerini internetten yapmaya başlamıştır.

Bazı siteler aşağıdadır:

- m.uzmantv.com: Sağlıkla ilgili farklı konularda görüntülü bilgiler veren site.
- <http://www.saglik.gov.tr>: Sağlık Bakanlığı resmi internet sitesidir.
- www.hekimhaber.com: hastalıklarla ilgili bilgiler, hekimlerin görüşleri, gazetelerin sağlık haberleri yer alıyor.
- www.doktorsitesi.com: Üye olduğunda doktorların bilgi ve tecrübelerini paylaştığı site.
- www.eniyihekim.com: Kişilerin doktorlarla ilgili görüşlerini, beğenilerini yansıtan bir site, en beğenilen doktorların derecedirildiği bilgiler yer alıyor.
- www.doktorlarsitesi.net: Kişilerin üye olmak koşuluyla mesaj atabildiği, forumları takip edip hastalık ile ilgili bilgiler aldığı bir site. Hekimlere yönelik bilgiler, haberler, danışmanlık görevleri gibi veriler sunmaktadır.
- www.mhrs.gov.tr: Sağlık Bakanlığı online randevu portalı olan sitedir. Kişiler hastanelerdeki poliklinik hizmetlerinden faydalanmak üzere randevu almaktadırlar.
- <https://www.hekimce.com>: Sağlık ve hastalıklar alanında çeşitli bilgiler, haberler yer almakta, hastalıkların belirtileri, tedaviye yönelik yapılabilecekler ifade edilmektedir.

Bunun dışında birçok gazetenin sağlık köşelerinin yer aldığı siteler vardır ki örneklerini gazete sağlık haberleri başlığında ele almıştık. Bu sitelerin daha geniş bir listesi için ek-5'e bakınız.

Bilgisayar ve *internet* kolaylığının hastalıkların farkındalığını artırdığı düşünülmekle birlikte çeşitli eleştiriler de söz konusu olmaktadır. HST. 5 kızının rahatsızlığıyla ilgili detaylı bilgiyi internetten öğrenebildiğini ifade etmiştir.

Kızım kanser tedavisi görmüştü. Doktorlar "Pinet" dediler. Kelimeyi araştırdım, Ben onu *internet'ten* araştırdım. Doktorlar net bilgi vermediler. *Internet'te* araştırdım, yaşama ihtimalinin çok zor olduğunu orada öğrenmiştim. Pinet'in son derece sıkıntılı hastalık olduğunu öğrendim. Ve aynen dedikleri gibi çıktı. Olumsuz oldu, kızımı kaybettik. Allah rahmet eylesin. Bazı şeyleri kullanırken rahatsızlıklarım ile ilgili internetten araştırıp öğrenme imkânım da oldu (HST. 5).

HST. 3 *internetten* elde edilen bilgilerin doğruluğuna şüphe ile yaklaştığını ifade etmektedir;

Bilgilere ulaşma yönüyle avantajlı ama bilgilerin sağlıklı olacağından nasıl emin olunabilir. Şahsen ben *Internet'ten* pek tedavi araştırmam, ama araştıranlar olduğunu

biliyorum. Kaynağı, bilgilerin sağlamlığı önemli bence. Yüzde yüz değil, kısmen temel başlıklar, öğrenilebilir, az çok bazı hastalıklar hakkında fikir edinilebilir. Ama derin bir bilgi elde edilebileceğini zannetmiyorum. Sitenin güvenliğinin de araştırılması gerektiğini düşünüyorum (HST. 3).

HST. 2 kısa zamanda bilgi ihtiyacını gidermede ve fikir almada internetin yararına değinmektedir;

Ne olduğunu anlama adına internet yararlı, acil ameliyat gerektirdiği için bana fikir verdi, ne yapabileceğimi, belirsizlikleri azaltma anlamında işe yaradı (HST. 2).

Aslında...İnsanlar en azından Google'dan bakıyorlar. Şahsen ben çok kullanmıyorum. O kadar da yararlı görmüyorum Ama en azından insanlar neyin ne olduğunu bilerek gitmiş oluyorlar hekime. Adam araştırıyor, filanca hastalığım var yazıyor *İnternetten* bakıyor, ne gibi tedavi uygulanıyor, doktorda aynı şeyi söylüyorsa tamam, diyor, doğru yoldayız (HST. 12).

HST. 9 ise *İnternet'ten* kendi olacağı bir ameliyatın tüm yönlerini ayrıntılı olarak öğrenebilme imkanı sağladığı için pratik yararlılığına değinmektedir.

İnternetten oldukça faydalandım. Mesela daha önce internetten yapılmış aynı ameliyatın bir videosunu izledim. Adam ameliyatın dahi nasıl yapıldığını gösteriyor, mideyi gösteriyor; süreci, kaçak var mı yok mu bakıyor. Sonrasında ne tür testlerin yapıldığını gösteriyor. Neyin ne olduğu hakkında fikrim oldu. Kara cahil olarak gitmiyorsun yani. Bazı bilgileri *İnternetten* anlamak zor ama orda ortalama değeri vermiş, kendi değerini vermiş, sıkıntı olup olmadığını kestiriyorsun, mesela şekerin ne olduğunu inceleyerek fikir sahibi olunabilir. Tabii doktor daha iyi yorumlar. (HST. 9)

Kendisi burada okuduğu “ortalama değer” ifadelerinden rahatsızlığı ile ilgili tahminler yapmada kolaylıkların da sağlandığından söz etmektedir. HST. 9 ayrıca internetin kendisi için ne denli pragmatik yarar sağladığını bloglardan edindiği diğer hastalarca paylaşılan bilgilerle rahatladığını, soru işaretlerinin azaldığına değinmektedir:

Genel anlamda hekim midemle ilgili ameliyat olmam gerektiğini söyledi. Sadece genel hatlarla ilgili bilgi verdi. Sonrasında ne olur, ne gibi sakıncaları olur bundan çok söz etmedi doğrusu. Ben de *internet'ten* araştırdım. Blog yazılarını okudum. Aynı ameliyatı olmuş, aynı deneyimi yaşamış kişilerin görüşlerini okudum. Aklıma takılan bir şey olursa sorular yazarak cevap almaya çalıştım. Bu sitelere önceden üye olmak gerekiyor, 7000-8000 civarında üyeleri olan kapalı siteler bunlar. Bu sayemde kafamdaki birçok soru işaretinin cevabını alabildim (HST. 9).

DR. 6, tecrübeli bir kardiyoloji uzmanı olarak internetle ilgili bilgilerin tedavi sürecinde riskli etkilerine dikkati çekiyor.

Yanlış yönde bir artış var. Bazısı biliyor, çeşitli haberleri alabiliyor. Bilimsel değil yüzeysel bilgi almış oluyorlar *internetten* aslında. Bilinçlilik var ama çoğu zaman yanlış öğrenmeler biçiminde bu. Tatmin olmayan hasta çok. *İnternet'le* her şeyi anlarız sanıyorlar. İnternetten alınan bilgilerin yüzde 70'i yanlış. Birde hasta gereksiz korkuya kapılıyor. “Elektroşok” yapacağız, diyorum. *İnternetten* risklerini okumuş, “Eyvah şu etkisi var, bu etkisi var” diye yaptırmaktan vazgeçip gidebiliyor (DR. 6).

Hem olumlu hem de olumsuz etkiliyor. Hastalar sağlıklarında problem olduğunu keşfedebiliyorlar, hemen doktora gitme telaşı duyuyorlar. Ateşı olan geliyor, boğazı şişen geliyor. Bazen olumsuz da olabiliyor. Bir hasta *internetten* öğrendiğı bilgilerle basit bir kitleden tümör olabileceğı korkusuna kapılabiliyor. Hastalık hastası olabiliyor. Kişilik yapısı ile de ilgili tabii. Evinde de obsesif olan hastanede de obsesiftir, anlayışla karşılıyor onları da. Hoşgörölü olmak zorundayız. Size aktardıkları bilgi karşısında siz de bilgili olduğunuzu gösterdiğinizde size saygıları daha da artmaktadır (DR. 2).

DR. 2 basit bir kitleden tümör çıkaranlar olabileceğı kaygısıyla gereksiz hastaneye başvurmalar yanında, *İnternetin* aslında ön bilgi ve tedbir sağlamada önemini de dolaylı olarak ifade etmiş oluyor.

İnternette bilgi var ama insanların bunu irdeleyecek bir düzeye geldiklerini düşünmüyorum. İnsanlar saçma sapan forumlardan bilgi öğreniyorlar, tedavi öğreniyorlar. Bilgiye ulaşılma kolay ama doğru bilgiye ulaşıldığı anlamına gelmiyor bu. 5 yaşındaki çocuk bile girip bir çok şey ortaya çıkarabilir. Benim yaklaşımım şu: Eğer deneyeceğiniz şey size iyi geliyorsa zarar vermiyorsa, deneyin. “Balık şuna iyi geliyorsa yiyin”. Ya iyi gelmezse... Çok fazla bilgi kirliliğı var, çok fazla yanlış bilgi var. Teknolojik olarak ulaşılabilir ortamda, yanlış yorumlanabilecek bilgiler de olabilir bunlar. Ben yararlı olduğunu düşünmüyorum, hekime olan güveni de azalttı bu (DR. 12).

DR. 12 bilgiye erişimin hastaların düzeyi ile uyumlu olamayacağını dile getirirken aslında internetten 5 yaşındaki çocuğun bile birçok gerçeğe ulaşabileceğı olgusunu ve bundan duyduğu hoşnutsuzluğu açığa vurmuş oluyor. Gerçekten de çok üst düzeyde olmasa da küresel ağlar bilgilere ulaşmada belirli bir eşitlik sağlamakta işlevsel olmaktadır. DR. 7 ise internetten öğrenilen bilgilerle kendilerine gelen hastaların onlara zaman kaybettirdiğini, hekimin asli işlevinin hastasının sıkıntılarını gidermek olduğunu unutarak ifade etmiş oluyor.

Bilgisayar ve *internetin* sağlıklı bilgi vereceğini düşünmüyorum. Ben yakınlarıma bu anlamda *internet* itibar etmemeleri gerektiğini söylüyorum. Çünkü insanlar bunların doğruluğunu ayırt edemezler. Bütün yazılanlar kendisiyle ilgili diye düşünüyorlar. Sonra öğrendiklerini doktorlara aktarıyorlar. Boş boş sorularla doktoru oyuyorlar. Doktorların onları rahatlatmasını bekliyorlar. Bizim buna zaten zamanımız ve fırsatımız da yok. Bence gereksiz (DR. 7).

26 yaşındaki asistan olan DR. 14, internet kullanımında hep kötü örneklerin algılanmasından kaynaklanan problemlere dikkati çekiyor;

İnternette bazı bilgiler insanları farklı ve olağandışı şüphelere sevk edebiliyor. En basitinden apandisit oluyor, çıkarıp telefonda yazıyor. Kimse çocuğı apandisit oldu iki gün sonra ayağı kalktı diye yazmıyor. Kimse bunu yazmıyor. Hep sıkıntıları yazıyorlar. *İnternette* hep kötü hikayeler var. İnsanlar ajite oluyor bu yüzden. Hasta bazen *internette* 10 milyonda 1 olmuş bir olayla karşılaşılıyor, yok hastaneye gitti, bacağını kaybetti vs. Ailede bu örnekleri okuyor, olumsuz izlenimler algılıyor. Bunu sık bir şeymiş gibi düşünüyor, sıkıntıya düşebiliyor (DR. 14).

İnternetin insanları daha çok risklere maruz bırakabileceğini uzman doktor DR. 10 şu şekilde açıklıyor:

İnternette elde edilen bilgilerin sağlıklı olmayacağını düşünüyorum. Bugün tıbbi bilgilere hastalar ulaşabiliyorlar. Bunun bir çok mahzuru olabiliyor. Milyonlarca hastalık içerisinde hasta bir bilgi ediniyor. Bir defa doğru bilgilerin neler olduğunu, hangi bilgilerin doğru olamayacağını hasta bilemez. Yalan-yanlış bilgiler endişeler oluşturabilir. Yan etkiler konusunda endişeler oluşabilir. Bir de hastanın bilmesine gerek olmayan tıbbi bilgiler var, hasta okuyup geliyor, endişe yaşıyor. Aslında her bilgi herkese sunulmasa iyi olur diyorum. Gerçi bilgi herkese açık olmalı ama bence bu bilgiler filtrelenmeli. Zaman zaman yanıma panik atakla gelen hastalarım oluyor; hastalığın belirtilerinden kendine göre bir tanı koymuş. “Acaba ben şu hastalığa mı yakalandım” diye paniklemiş, atak geçirerek yanıma geliyor. Halbuki çok gereksiz bir endişe bu. Sonra konuşuyoruz, herkes farklı, her beden farklı, rahatlatmaya çalışıyoruz. O yüzden hastaları gereksiz kaygıya korkuya psikolojik problemlere itebiliyor bu bilgiler. Bu *internet* bilgilerinin tedaviye çok artıları olmuyor aslında (DR. 10).

Dolayısıyla hastalık endişesinin ayrı bir rahatsızlık oluşturabileceğini ifade eden DR. 10, bu amaçla “panik atak” geçiren kişilere rastladığını belirtiyor. Bunun için kendisi “*her beden farklı*” gerçeğinin bilinmesinin gerekliliğine vurguda bulunuyor.

İnternette hangi siteden doğru bilgi alacağını bilemezler, en doğru bilgiyi kendi hekiminden alabilirler, doğru olan tedaviyi hekim aracılığıyla sürdürmektir (DR. 7).

İnternette bakarak hareket ederse, yanlış tedavi ortaya çıkabiliyor, tedavi süreci gecikebiliyor. Kişiye zarar verebilir, doktorun bilgisi dışında hareket etmek yanlış olur ama insanlar bazen bu bitki tedavisini araştırabiliyor, kendi başına onları uygulamaya kalkıyorlar. Teknoloji gelişmiş olsa da fizik muayenede, iyi bir anemnezle, iyi bir bilgiyle iyi bir sonuç elde edilebilir. Bilgi almayla birçok problem çözülebilir. Önemli olan teşhistir. Teşhis konulmadığı için problemler olabiliyor. Bunun için de iyi bir yönlendirme yapılarak bu sorunlar giderilebilir (DR. 9).

Ben *internetin* sağlıklı olduğunu düşünmüyorum, zaten problem oradan çıkıyor. Anlaşılmayan kelimeler olabiliyor, Mesela ultrason sonucuna bakan bir hasta bilgisayardan bakıp bazen raporları bile yanlış yorumluyor, kitle gözlenmemiştir, yazıyor, adam kitle gözlenmiştir okuyor, panik yapıyor. Bilgi kirliliği var tabii (DR. 5).

Genel olarak *internetin* kullanımının son yıllarda yaygınlaştığı açıktır. Aynı şekilde sağlıkla ilgili bilgileri araştırırken de toplumun *internet* aracını kullandığı görülmektedir. Bununla beraber hastaların *internet* kullanımında yüzeysel bilgiye edinmekle birlikte tedavi ile ilgili yanlış araştırmalar da yapabildikleri, doğru bilgilerle yanlış olanı ayırt etme güçlü çektikleri anlaşılmaktadır. Ancak belirli bir yere kadar hastalıklarla ilgili farkındalık sağlama, önlem alma, bilgi edinme amaçlı olarak da işlevsellik sağladığı belirtilmektedir.

5.6. Alternatif Tıp Seçeneği

Postmodernizmin gelişim aşamasında genelde bilim, özelde de tıp alanında yeni alternatif arayışlar hız kazanmıştır. Hekimlerin birçoğu böyle bir tedavinin geçerli olamayacağını dile getirmelerine karşın bazı hastalar alternatif tıbbi daha gerçekçi temellerle doğruladıklarına inanarak bu alana yönelebilmektedirler. Bunun yanında alternatif tıpla tedavi yollarının da bitkisel ilaçlarla birleşerek ticari piyasalarının gelişmesi alana duyulan güveni aşındırabilmektedir.

Kızımızın tedavisinde bu tür yöntemlere başvurduk, bitkisel ilaçlar falan kullandık ama bir faydasını görmedik. Baldızımın tedavisinde de aynı yollara başvurduğumuz zamanlar oldu, bir işe yaramadı. Ben doktor önermesi durumunda bu tür tedavilere başvurmak gerekir, diye düşünüyorum. Aksi hâlde yanlış, gereksiz zaman ve para kaybı. Ben artık kulaktan duyma şunu da uygulayın, bunu da uygulayın, yaklaşımlarına itibar etmiyorum. Belki bu gribal enfeksiyonlar gibi basit hastalıklarda kullanılabilir (HST. 5).

HST. 5, “*gereksiz zaman ve para kaybı*” ifadesiyle bitkisel tedavilere, ticari amaçlı olması ve hastalığı tedavi etmekten çok kişiyi oyaladığı, beklentilerini boşa çıkardığı gerekçesiyle karşı çıkmaktadır.

Tıbbın her sorunu çözemediğini hâlâ karanlık noktalarının olduğunu düşünüyorum. İleri gibi görünse de tıbbın çözemediği sorunlar bence çok. Mesela tetkikler yapılıyor, muayene oluyor birçok hasta, senin herhangi bir sıkıntın yok deniyor. Ama var, ağır bir rahatsızlık geçiriyor, ilaç ya da tedavi yapılamıyor, v.s. (HST. 9).

HST. 9 tıbbın “*karanlık noktaları*” olduğunu ileri sürerek tedavideki hala önemli kısıtlılıklara dikkati çekiyor. HST. 8 bitkisel tedavi biçimleri kadar tedavide modern teknikleri de kullanabildiğini ifade etmektedir;

Tedavimde tıp hekimlerine güvenirim. Ama yukarıda değindiğim gibi onları aşan şeyler de var. Mesela alternatif tıp önerileri dinlemenin önemli olmadığını, bunlara itibar edilmemesi gerektiğini hem doktorlardan hem de birçok insandan duydum. Şimdi bir alimin terbiyesinden geçmiş, bir bitki uzmanı var. Ben her sene onu mutlaka ziyaret ederim. Kendi tahlil yaptırmıyor ama hastane raporlarını istiyor. Sonra ölçekle ilacı tarif ediyor; kantoron otu, keten tohumu yağı, daha birçok ilaç. Bunların kaç gram olacağı vesaire. Doğrusu çok yararını gördüm. Şimdi ben neredeyse 20 yıldır belki de daha fazla bunları kullanırım. Hâlâ da kullanıyorum. Bu arada ölümden korkmam. Bir gün zaten ölmeyecek miyiz? Ölümden kim kurtulmuş, önemli olan ölüme nasıl gittiğin. İmanlı kalp, ihlas ve salih amel olursa ve insan bunları yaparak ölürse neden korksun ki? Ama tedbirimi alırım. Köyden yağ, bal getirtiyorum, her yerden bal almam mesela. Ne yediğime bakarım, birkaç yere sorarım, kendime olan etkisine de bakarım (HST. 8).

HST. 8, bitkisel tedavilere önem vermekle birlikte dini bir bilinç ve kabullenişle rahatsızlıklarına yaklaşmayı tercih etmektedir. Bu arada bitkisel tedavileri ve ya dinsel inanışları tıbbın alternatifi olarak değerlendirmek eğiliminde değildir. Bununla birlikte özellikle dinsel bilinci, hastalıkları nasıl algıladığına ve hastalıkların olası sonuçları ya da ölümle ilgili kaygılarını denetim altına alma

ve azaltmada etkin olmaktadır. Tıbbi alternatif söylemlerin yine modern tıp açısından ele alınması eleştirilmiştir. Batı kültürü içerisinde tıbbi yönelik eleştirel ve alternatif tıbbi söylemlerin yüksek sesle tartışılmaya başlanması krizin çıkış yollarının da yine Batı kaynaklı olması beklentisini artırmaktadır; hâlbuki her kültürün kendisiyle ilgili bilgi geleneklerinden yola çıkarak problemlere çözüm üretmesi gereklidir (Biri, 2009).

HST. 3, tüm tıbbi müdahalelerin kişinin fizyolojik yapısı ve bedensel çalışma biçiminin kendi iç düzenleme dinamiğiyle ilişkisine değinmektedir:

Tıbbın kesinlikle sınırlı olduğunu düşünüyorum, birçok alanda hekimler bir şeyler yapar ama sizin bağışıklık sisteminiz, yapınızı aşamazlar (HST. 3).

Bazı hastalar da hacamat tedavisi ile alternatif çözüm yollarına başvurabilmektedirler:

Başımda şiddetli ağrılar söz konusuydu. Geceleri uyuyamadığım, baş ağrımın günlerce haftalarca sürdüğü çok zaman oluyordu. Ayrıca stres ve gerginlik yaşıyordum, sinirlilik halini çevreme de yansıtmam söz konusuydu. Nöroloji, psikiyatri gibi servislere başvurdum. MR, Tomografi çektim. Testlerde en ufak bir bulgu çıkmadı. Hacamat⁸³ tedavisini arkadaşlarımdan duymuştum. Bir uzmanın adresini alıp gittim. Öncesinde dua ile bir hazırlanma söz konusu oluyor. Zaten manevi etkisine inanmamdan dolayı önemsemekteydim. Sırtımdan ilk yaptırdığım hacamatta çok değişiklik hissetmedim. Bir süre sonra ikinci defa yine yaptırdım. Bu defa oldukça rahatladım, inanılmaz bir hafifleme hissettim. Baş ağrılarım ve stresimin önemli ölçüde geçtiğini söyleyebilirim (HST. 39).

Hekimlerin teşhis ve tedavisi mevcut tekniklerle mümkün olmayan bir hastaya farklı bir öneride bulunma konusunda yaklaşımları da çeşitlilik arz eder.

Şu an mevcut tekniklerle hemen hemen her hastalığa teşhis konulabiliyor çok şükür. Teşhis konuldu. Tıpta sonuna kadar yapılabilecek bir şey varsa onu uyguluyorum. Ha, ama teşhis konuldu fakat yapılabilecek tüm yolların denenmesine rağmen sonuç alınamadı diyelim ki -bu daha çok ileri kanser hastalarında oluyor- onlara şu tür alternatifler de var, diyorum ama bunları önermiyorum. Yapılabilecek başka bir şey yoksa farklı tedavilere yönelenlerin de olduğunu, bizim elimizden gelenin bu olduğunu söylüyorum ama şunu yapın demiyorum (DR. 1).

DR. 1 özellikle hastaları hekimlerin dışında uygulamalara yöneltmemeye çalıştığının altını çiziyor. Ancak yapılabilecek hiçbir şey olmadığında farklı tedavi biçimlerini gündeme getirdiğini ancak tercihi etkilemekten yine de kaçındığını belirtmiştir.

Alternatif tıbbi olumlu bakıyorum. Şimdi adam bitkisel tedavilerle kendine yararlı

⁸³ Hacamat, deriden birikmiş, atıl kalmış kanı, bardak yardımıyla vakumla almaktır. Antik medeniyetlerde kullanılmıştır.

olduğunu düşünabiliyor. Hasta bu suyu içtiğinde kendisi faydalaniyorsa o su, ilaçtır onun için. Ben bunun faydasını görüyorum, diyor. Çöreotu yağını kullanıp yarar görüyorsa kullanmalı ya da sarı kantaron bitkisinin tozunu kullanıp şifa bulduğunu ifade eden var. Faydalıysa niçin olmasın? Yan etkisi yoksa, bir zararı dokunmuyorsa kullanabilirsin, diyorum (DR. 10).

Burada DR. 10'un bir doktor olarak bitkisel tedavilere olumlu yaklaştığı görülmektedir. Elbetteki bu yaklaşımında da hekimin pragmatik düşündüğü, hastaya tedavi sağlama gayesi koşuluyla kabul edildiği belirtilmektedir.

6. SONUÇ

Hekimliğin otorite biçimindeki değişim sürecini araştıran bu çalışma küresel düzeyde ortaya çıkan son yıllardaki gelişmelerin bu alandaki ilişkilere yansımaları konu almaktadır. Araştırma sağlık sürecini tek yönlü olarak hastalar ya da sadece hekimler üzerinden değil hem hasta hem de hekimlerin değerlendirmeleriyle çift yönlü olarak okumayı amaçlayan nitel tekniklere dayalı bir çalışmadır.

Araştırmada eklektik bir yaklaşım benimsenmektedir. Tıp uzmanları olarak hekimlerle sıradan insanların hastalık zamanında karşılaşmaları bağlamında etkileşimleri önemli görülmektedir. Toplumsal gerçekliğin her gün yeniden inşa edildiği teorisi olan toplumsal inşacılık yaklaşımı çerçevesinde otorite ilişkileri sorgulanmaktadır. Hekimlerin hastalarıyla olan otorite ilişkilerinin modernleşme ve sonrasında ortaya çıkan yeni teknolojiler bir yandan, hastane bürokrasisi diğer yandan bireylerin kararlarında kısıtlar meydana getirirse de ileri modernleşme dönemindeki yenilenmelerin bu ilişkileri de dönüştürdüğü düşünülmektedir. Bu bağlamda geç modernleşme ve ya postmodern yaklaşımların analizleri, özellikle Bauman'ın yaklaşımı değerlendirilmektedir. Pozitivist ve rasyonalist katı bilimselliğin dönüşümü bir nevi bilimin kendi sınırlılığında yeniden anlaşılmaktadır. Müphemlik, belirsizlik, ve risk algısının yoğunlaşması modernleşmenin katı biçimliliğine ve niceliğine meydan okumaktadır.

Bunun dışında sağlık alanında işlevsel yaklaşım, çatışmacı yaklaşımlar iki ayrı yönle sağlığı değerlendirmektedirler. İşlevsel yaklaşımda Parsons ve hasta rolü kavramları ön plana çıkarken çatışmacı yaklaşım hekimin asimetric ilişkiyle hastaya yaklaştığını belirtmekte, Freidson'ın katkıları söz konusu olmaktadır. Bununla beraber işlevsel yaklaşımın ve çatışmacı yaklaşımın kendilerine göre sağlık olgularını çözümlemede başarıları olsa da eksiklikleri dikkatlerden kaçmamaktadır. İşlevsel yaklaşım ve özellikle Parsons'ın sağlık sosyolojisine, toplumsal yapı ve kültürün hastalıklardaki rolünü ortaya koyma ve hasta rolü kavramını kazandırmakla birlikte hekimlerin asimetric ilişkisini sorun olarak görmemesi ve hastaya pasif bir rol vermesi söz konusudur. Dolayısıyla hastalık sapkın bir davranışın tedavi ile toplumsal sisteme yeniden entegre olmasıyla gideriliyor gözükmemekte ancak sistemin ve bürokratik yapının birey üzerindeki

otoritesi konusunda çok az şey söylemektedir. Aslında hekimin otoritesini, “işlev” kavramıyla meşrulaştırarak haklılaştırmakta adeta yeniden üretmektedir. Ayrıca tüm hekimlerin nesnel ve evrensel bir yaklaşımla hastalıkların tedavisine yönelmeleri beklense de hekimlerin çalışmalarının zaman içinde “rutin”e dönüşen rolleri, bireylerin özne değil de hastalıklarıyla değerlendirilen nesneler, nicel değerler olarak -özellikle son yıllardaki gelişen tekniklerin de etkisiyle- ele alınmaya başladıkları unutulmaktadır. Hastanın eski toplumsal rolüne dönebilmesi adına yapılan tedavi eylemi ve hekimin kontrolünün gerekliliği söz konusu olmakla birlikte “hasta” adlandırmasının ve böylece bir “damgalama” yaklaşımının da ortaya çıkabildiği söz konusudur. Goffman’ın belirlediği çerçevede hastalık olgusu da görecelileşmekte, aslında hekimler tarafından nitelendirilmekte, zamansal ve bireysel olarak değişebilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmaların bazıları hastalığın sağlık kadar aslında normal olduğu, kendi sürecini izlediğini “hastalık yoktur, hasta vardır” yaklaşımının daha gerçekçi temellere dayandığını göstermektedir. Foucault çalışmalarında bu süreci oldukça detaylı olarak temellendirmiştir. Ayrıca Niclas Luhman gibi bazı işlevselcilerin yeni yaklaşımları çerçevesinde bireyin rolüne sistem içerisinde yeniden vurgu yapılmaya başlanmakta, bireyin eylemleri de vurgulanmaktadır. Ayrıca Foucault beden sosyolojisine yönelik ağırlıklı vurgularla işlevselcilerin gözden kaçırdıkları noktaları ortaya koyması ve yapısal yaklaşımların bireyin biçimselleştirilmesinin aracı haline getirilmesindeki yönlerine vurgu yapmaktadır. Bu bağlamda yaşamın bilimle birlikte tıbbileştiği, iktidarın sağlık alanına böylece eklemlendiğini ayrıntılı olarak ortaya koymaktadır. Bu durum sosyal bilimcilerin kayıtsız kalamayacağı ve dolayısıyla Illich, Conrad, Szash, Bauman, gibi birçok sosyoloğun inceleme nesnesi olmuştur.

Günümüzde moderniteye yaklaşımlarda adlandırmaların olduğu görülmektedir. Zira sanayileşme ile başlayan modernleşmenin koşulları artık farklılaşmıştır. Bazı düşünürler ileri modernleşme ya da Bauman’ın yaptığı gibi postmodernizm kavramını tercih ederken, Giddens, geleneğin ve doğanın aşındığı “radikalleşmiş modernizm” ifadesini kullanır (Giddens ve Pierson, 1998/2001: 108). Postmodernizm ya da modernleşmenin ileri aşamasında hekimliğin otoritesinde de farklılaşma kendini göstermektedir. Bu bağlamda bireyselleşme, risk algısı, belirsizlik ve güvensizlik durumları ön plana çıkmaktadır (Bauman 2000; Beck 1992). Teknolojik gelişmelerle yaygınlaşan ağlar bu otorite ilişkilerini de

dönüştürmektedir (Castells, 2008). Böylece organizasyonların bürokratik ilişkilerinde dönüşümler kaçınılmazdı. Özellikle internet erişiminin yaygınlaşarak kullanımı, sağlık alanında yapılan reformlar, alternatif tıp faaliyetlerinin gelişmesi, tüketimin yaygınlaşmasıyla özel sağlık tüketimi bağlamında özel hastanede tedavi imkanları ve geleneksel tıbbi uygulamaların yeniden keşfedilmesiyle birlikte hekimliğin otoritesine yönelik bozucu etkileri söz konusu olmaktadır. Küreselleşme ile birlikte çevre kirliliği gibi daha riskli ve belirsiz durumlarla karşılaşmamıza karşın, aynı zamanda gündelik düzeyde yaşantı dünyasındaki rutin toplumsal pratikler içinde hala büyük ölçüde düzenli, öngörülebilir ve kontrollü bir hayat sürdürdüğümüzü öne süren Turner (1995/2011: 262), günümüz toplumlarında sağlık paradoksunu dile getirmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri bir taraftan küreselleşip, yaygınlaştıkça, riskler de artmakta, bununla birlikte pratik günlük yaşam üzerinde kontrol ve geleceği tahmin edebilme özelliklerini artıran çelişkili bir durumla karşı karşıya kalmamız söz konusu olmaktadır.

Giddens, Yapısalcılar ve toplumsal inşacılar arasındaki açmazı “yapının ikiliği” ile aşmayı denemiştir. Dolayısıyla hem öznenin hem de yapının rolünü vurgulayarak sosyal gerçekliği çözümlemek istemiştir.

Tıpla insanları kontrol etmenin tarihi çok eskilere uzanmaktadır. Goffman’ın normal insan olma nosyonunun tıpla sağlandığını vurgulayan yaklaşımı, tüm bireyler için bir denetleme aracı haline dönüşmüştür. Foucault da modernleşme ile birlikte denetim ve disiplinin boyut değiştirerek tıp yoluyla “normallik” ölçüsünün yeniden tanımlandığını aynı doğrultuda paylaşmıştır. Bu bağlamda Parsons hekim rolünün kendisine sağladığı bazı olanakları kullanmayı bozulan işlevlerin tedavi yoluyla yeniden toplumla bütünleşmesindeki önemine dikkati çekse de bireye pasif bir rol verdiği ayrıca ileri modernleşme ya da Postmodernizmin getirdiği koşulları çözümlemede yeterli olmadığı açıktır. Freidson ise hasta ve hekim rolünde sonradan ortaya çıkan değişimlere vurgu yapmıştır. Tıbbın profesyonel bir meslek ve hekimliğin rol olarak kendilerindeki otoriteyi pekiştirdiğini ileri sürer.

Araştırmada Weber’in otorite sınıflandırmasının hasta-hekim ilişkisine yansıyan boyutları dikkate alınmakla birlikte otoritenin yalnızca dışarıdan dayatılan yönü değil bireylerin istençleri doğrultusunda toplumda şekillenen yanı sıra daha ağır basmaktadır. Özellikle hastane ortamının ikincil ilişkiler şeklinde dizayn edilmiş bürokratik yapısı, rasyonel eylemi yönelimli kurumsal yönü son yıllarda ortaya çıkan

“özel” hastane ve hekim tercihleriyle aşınmasına rağmen varlığını sürdürmektedir. Ancak her ne kadar Weber bu eylemleri organizasyonel açıdan otoriteye dayanak yapsa da bu araştırmada sağlık kuruluşlarına olan yönelimde hastaların otoriteye eğilimlerinde tek yönlülüğün ortadan kalkmasının söz konusu olduğu ya da alanının daraltıldığı söylenebilir.

Hastanenin tarihsel arka planına bakıldığında hekimliğin Mısır’da doğa üstü açıklamalarla bütünsel bir yapısının olduğu, sonraki yıllarda da dünyaya yayılacak bir çok mesleki bilginin kaynağı olduğu anlaşılmaktadır. Yunan toplumu ise hekimliğin sembolü olagelmiş “Hipokrat” etik ilkelerinin ortaya çıktığı, “hasta” başında klinik bilgi ve gözlemlerin geliştiği yerd. Roma tıbbı hastalığı farklı teorik bir temelle-gözenek durumu- ele almasının yanında, asıl adını sonradan sağlıkla denetlemenin bir aracı olagelecek halk sağlığı, hijyen çalışmaları ve bunlara dair düzenlemelerle dikkati çeker.

Rönesans ve sonrasında ise geleneksel bakış açısından sıyrılarak toplumun her alanında olduğu gibi sağlık alanında da modernleştirilmesi ve denetlenmesi söz konusudur. “Rasyonel” düşünce, “bilimsel” bakış, “deneysel” araştırma ve yöntem ile “özgür” eylemle modernleşme adına geliştirilen ilkeler tıp alanına da yansıyacaktır. Doğa matematik bir dille okunmuş, her şey- din dahil akılcı bakışla değerlendirilmiştir. Bu dönemden sonra pozitif bilimlerin gelişmesi ve hakim olmasıyla birlikte insan bedeninin gözlem nesnesi yapılmasına olanak sağlayan teknikler gelişmeye başlamış, hastalıkları ve mikroorganizmaları daha ayrıntılı tanımanın olanakları hekimliği farklı bir eşiğe, karar almada birincil sıraya taşımıştır.

İnsan bedeninin somut olarak inceleme nesnesi olmasının ötesinde bireyleri ölçerek ve kategorileştirerek denetleme imkanları tıpla da daha yoğunlaşmıştır. Tıbbın alt uzmanlıkları geliştikçe ve bilgide disiplinlere ayrılma derinleştikçe “tıbbi otorite”nin boyutları da artmıştır. İnsanın daha detaylı tanınmasına olanak sağlayan teknolojik araçlarla desteklenen hekimlik başta Avrupa olmak üzere tüm dünyaya denetlemenin yeni aygıtlarını sunmuştur. Morgagni’nin otopsi uygulamalarını, anatomik bilgilerin insan bedeninin sessiz dili olması izlemiş, Virchow’un hücrelerdeki bozulmaları ele alan Selüler Patoloji çalışmalarıyla hız kazanmıştır. Ayrıca fizyoloji çalışmalarıyla insan bedeninin deney unsuru olması, bakteriyoloji çalışmalarıyla da bu bedenin alt ünitelerinin incelenmesinin yolu açılmıştır. Bunun yanında psikiyatri bilimi de tıbbın bir alt dalı olarak otoritenin ayrı

bir aracı olarak biçimlenmiştir. Bu alanda da tıbbi çalışmalar normalleştirmenin bir unsuru olarak, zaman zaman “damga” yönüyle ama disipline edici bir biçimde uygulamalarla bireylerin topluma eklenmesi amaçlanmıştır. akıl hastanelerinin hapishaneden ayrılarak delilerin suçlu değil ama hasta görülmesi özgürleşmelerini sağlamakla birlikte hekimin otoritesi altında sonsuz bir denetlenmeye tabi tutulmuştur.

Eski Türklerde tıbbi bilgiler, şaman inancı etrafında örgülenen din adamının mutlak iradesine bağlı olarak yürütülmüşken zamanla hekimliğin işlevi farklılaşmıştır. İslam devletleri ise hastanenin kurumsallaşmasının ilk başladığı yerler olarak ön plana çıkmış, hasta bakımı, topluma kazandırma, hastalarla iletişimin de temel ilkelerini ön plana çıkaran uygulama örnekleri sunmuştur.

Osmanlılar sağlığa daha bütüncül bir yaklaşım geliştirmiş, bedenle birlikte ruh sağlığı önemli görülerek ele alınmış, sağlıklı iken de bedenin korunması çalışmaları yapılmıştır. Osmanlıda bu bağlamda tedavi hastane dışında ve farklı aktörlerce de gerçekleştirilmiş, hekimlere saygının yanında eleştirileri de kapsayan biçimde ortaya çıkmıştır.

Cumhuriyetin kurulmasından sonra tıbbi gelişmeler evrensel gerçekliklere uygun olarak ortaya çıkmış ve hastane gerek merkez gerekse taşra teşkilatları ile nüfus politikaları, halk sağlığı, hijyen uygulamaları, vatandaşların denetime tabi olmasının işlevlerini yerine getirmeyi amaçlamıştır. Böylece tıp yoluyla modernleşmenin daha etkin uygulanması çalışmaları yürütülmüştür.

Genel olarak bakıldığında hekimliğin tarihten günümüze kadar rollerinin farklılaşması, hasta ve hastalıklarla ilgili ortaya çıkan teknik, bilgi ve tedavi sürecindeki gelişmelerden bağımsız değildir. Özellikle hastane kurumunun ortaya çıkması ve uzmanlıkların gelişmeye başladığı Rönesans ve sonrasında hekimlerin toplum içindeki otoriteleri de değişmiştir. Modernleşme ile birlikte küresel ölçekte paylaşılan ve tüm dünyaya eşit olarak yayılmasa da bu imkânın bulunabildiği bir çok yerde hastaların yaşamına etki eden bir gelişme söz konusudur.

Modernleşme ile birlikte medikalleşme ve tekno-bilimsel medikalleşme kavramları da ön plana çıkmaya başlamıştır. Tıbbın hayatın her alanına yayılması ile birlikte spordan medyaya, cep mesajlarından, caddelerdeki afişlerden, diğer tüm reklam araçlarına, yemek programlarından diyet uygulamalarına, güzellik tasarımlarından bitkisel tedavi ve çeşitli terapilere kadar her alana tıbbın nüfuz

etmesi söz konusu olmuştur. Bizzat “medikal” kavramının gerek ticari alanda gerekse, reklamlarda sıkça kullanılması söylem olarak da medikalleşmenin etki alanında olduğumuzu göstermektedir. Artık hastalığın tedavisindeki ilaçları sağlamada eczaneler yeterli olmamakta, tüm teknik araç ve gereçlerin desteği için “medikalciler” de gereki olmaktadır. Hastalıklar yönüyle bilinmeyen özelliklerin ve türlerin azaldığı günümüzde hastaların bilgiye erişimleri mümkün olsa bile yaşamlarına aktarmaları problemlidir. Artan medikalleşme zaten var olan tıbbi terminolojinin karmaşıklığını daha da artırmış, hekimler veya uygulayıcılar lehine otoritelerini pekiştirmiştir. Modern teknolojinin hastalıkları merkeze alıp onun üzerinden insanları tanımlaması kişinin bir nesne gibi sadece beden olarak algılanmasını doğurmuştur. Hastalar bilgisayarlar ve teknolojik cihazlarla, göz, kalp, diş, doğum gibi hemen hemen birçok alanda daha yoğun bir biçimde karşılaşmaktadır. Hastalıklar sürecinde yaşanan ağrı deneyimi dönüşmüş, ilaçlar ve kimyasallarla bir an önce atlatılması gereken durumlar olarak değerlendirilmeye başlanmıştır.

Ayrıca yaşam ve sağlık boyutunda olduğu gibi hastalık ve ya ölüm deneyimlerinde teknoloji, ilişkiler, hastalık ve ölümün kültürel anlamını da dönüştürmüştür. Tüm ölümler hastane ortamında, bürokratik ilişkiler düzeyinde gerçekleşirken ölümler tek tipleşmiş; kişiler için acı ve anlamları ortadan kalkmış, rutin durumlar şeklini almıştır.

İnsan bedeninin normalleşme ölçütü konularak medya ve görsel çevrelerde ortaya konmasının yanında hastalık olmayan unsurların hastalık olarak görülmeye başlanması yeni hekimlik alanları açmıştır. Ayrıca, yaşam koçluğu, diyetler, güzellik vurguları da insanı dönüştürmekte, yeni tüketim alanları ortaya çıkarmaktadır. Medyada vurgulanan risk dili, son teknolojik ürünlerin vadettiği ideal beden ölçüleri ve sağlığın korunması ile birleşerek medikalleşmenin alanını genişletmektedir. Televizyon ve *İnternet* programları da sağlığın pazarlandığı yerler hâline gelmiş, sağlıklı yaşam adeta hayatın bir mitine dönüşmüştür. Ayrıca artan nicelleşme ve sayısal ifadelerle sağlığın anılır olması bireylerin daima risklerle karşı karşıya kalması bireyleri o riskleri önleme adına çaba göstermeye zorlamaktadır. Sağlığın rakamlara indirgenmesinin zorunlu olduğu durumları ayrı tutarsak test sonuçlarındaki olumsuzluk ihtimallerinin gerçekmiş gibi algılanması hastaların umut ve motivasyonlarını olumsuz etkilemektedir.

Araştırma bulguları ile şu temel sonuçların ortaya konması mümkündür:

-Hekimlerin normal hastalıklarda hastayla olan iletişimlerinde ve kararlarında daha serbest davrandığı, hastaya yakın olduğu, onun dilini anlayarak hareket ettikleri gözlenmiştir. Bunun yanında daha ağır ve müphem hastalıklarda otoritelerinin daha çok ön plana çıkmaya başladığı görülmektedir.

-Özellikle göz, kalp, göğüs, genel cerrahi ve dahiliye doktorlarının diğerlerine göre teknolojiyi daha yakından izlemeleri sonucu hastayla olan etkileşimlerinde bir sınırlılığın söz konusu olduğu anlaşılmaktadır.

-Hekimlerin hemen her alanda teknik terimlerle içli dışlı olmakla beraber hastayla olan iletişimlerinde daha empatik yaklaştıkları ve hekimlik literatürünü kendi aralarında kullandıkları görülmektedir. Bununla birlikte hastaların özellikle bilgisayar ve *İnternet* ağlarının yaygınlaşmasıyla, gerek diğer hastaların deneyimlerinden gerekse de tıbbi akademik literatürün anlamını öğrenmelerinden dolayı hastalıklarına karşı farkındalıklarını yükselterek hekimlerle aralarındaki bilgi düzeylerindeki eksiklikleri azalttıkları da anlaşılmaktadır. Genelde hastaların hekimlerle ilişkilerinde teknik dilin önemli bir problem olmadığı görülmekte, zaman zaman ise sıkıntılar yaşanmaktadır. Hekimler ve hastalar arasında bilme mesafesinin internet ve medya yoluyla oldukça azalmasına karşın tamamen ortadan kalkmadığı gözlenmiştir. Bunun yanında bilişim teknolojileri ve *internet* yoluyla risklerin de öğrenilip, aktararak yaygınlaşmasının önü açılmıştır. Gelişen teknolojik iletişim araçlarıyla bilgiye sahip olan hastalar ön bilgilerle donanımlı olarak tedaviye yönelmekte aynı zamanda gördükleri test ve tahlillerle ilgili çeşitli taleplerle hekimleri zorlayabilmektedirler.

-Teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı göz hastalıkları gibi branşlarda güncel gelişmeleri izlemenin, teknolojik yeniliklerin tıp alanında neler getirdiğini takip etmenin çok daha önemli olduğu görülmüştür.

-Son on yıl içerisinde gerçekleşen sağlık politikalarının hastaların bu hizmeti almaları ve ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik memnuniyeti artırdığı gözlenmektedir. Özellikle tüm hastanelerde tedavi olma imkânı, hekim seçim haklarının olması, özel hastanelerde de belli bir fark karşılığında sigorta kapsamının geçerli oluşu ve öğretim üyelerine ulaşabilme fırsatlarının olması önemli gelişmeler olarak ifade edilmektedir. Bu durum otoritenin dönüşümüne

neden olmakta, geleneksel otorite anlayışını parçalamaktadır. Kamu hastanelerinin yanında özel hastanelerin bulunması, hastalara zaman kazandırmakta, nitelikli hizmet ve kaliteli iletişim olanağını da belli bir yere kadar artırmaktadır. Özel hastanelerin de bu bağlamda kamu hastaneleri kadar olmasa da yoğunlaştığı görülmektedir

-Hastane ve hekim seçiminin olmasının yanında belli uzman hekimlere olan talebin yoğunlaştığı ve bu hekimlerden randevu alarak onlardan hizmet almanın iyice zorlaştığı da anlaşılmaktadır.

-Hastaların özel hastaneye güveni ise belirli derecede sınırlı kalmaktadır. Özel hastanelerin özellikle tetkik ve tahlillerin zamanında yapılabilmesi açısından tercih edilmekle birlikte bu tetkik ve tahlillerin normal hastanelerden fazla istenmesi kuşkuyla karşılanmakta, sağlık hizmetine olan güveni azaltmaktadır. Yine özel hastanelere başvuran hastalarda gereksiz tedavilere yönelik kuşkular yoğunlaşmaktadır. Hekimlerden alınan bilgilerle de uyuşan bulgulardan anlaşılacağı üzere bazı özel hastanelerde hastaların gereksiz ameliyatlara karşı karşıya kaldıkları ifade edilmiştir. Bu durum hem hastaların ekonomik yönden hem de sağlık yönüyle kendilerinin kullandıklarını düşünmeye başlamalarına yol açmış, hekimlere olan güveni sarsmıştır. Bundan dolayı hasta; kısa sürede, rahat, teknolojik donanımlı özel hastanelerde biraz pahalı, aynı zamanda fazla testlerden geçerek konforlu tedavi olmayla uzun, problemlili bir süreçte, zor koşullarda ve bekleme sonrasında kamu hastanelerinde tedavi olma ikilemi arasında salınım yaşamakta, kırılganlığı yükselmektedir. Bir çok durumda hasta rolü, işlevini ve avantajlarını yitiren bir duruma dönüşmüştür. Bireylerin nesne olarak görüldüğü duruma, hekimlik faaliyetinin de ticari ilişkileri yeniden üreten bir etkinliğe doğru evrildiğinin algılanmaya başlandığı anlaşılmaktadır.

-Bireylerin tedavilerinde öncelikli olarak yakınlarından destek aldıkları, yaşadıkları problemleri, ağır ve riskli hastalıklarla ilgili süreci yönetirken bocaladıkları, bu süreçte en fazla sağlık hizmetiyle içli dışlı olan yakın çevresinden, akraba ve arkadaşlarından yardım aldıkları görülmektedir. Kişiler özellikle “tanıdık” hekimler, o da yoksa sağlık alanında çalışan diğer personelin yardımıyla bu güç süreci aşmak istemekte, tedavi sürecinde de bu alandaki ilişkileri, ekonomik ve sosyal sermayeleri önemli rol oynamaktadır. Hemen hemen hiç kimse düz bir insan olarak gidip tedavi olma şansının yüksek olduğuna inanmamaktadır. Kişiler tedavi süresi

öncesinde olduğu kadar tedavi boyunca da “çeşitli ilişkileri”nden yararlanmaktadırlar.

-Bunun yanında tedavinin bir defaya, bir hekime ve bir hastaneye bağlı olmadığını düşünenler artmış, insanlar aynı hastalıkları ile ilgili teşhis ve tedavilerini birden fazla hekime sorarak “teyit” etme zorunluluğu hissetmektedirler. Bu da “hangi hekime güvenebiliriz?” sorusunu gündeme getirmiş, insanların bir başka hekimden olmazsa üçüncüden kolay, ucuz ve daha iyi bir hizmet alabilme olanaklarını araştırmalarına neden olmuştur. Bazı durumlarda özel hastanelerin, kişileri aydınlatma ve hasta odaklı hareket etmelerinden ötürü yoğun olarak tercih edildiği anlaşılmaktadır.

-*İnternet* kullanımının sağlıkla ilgili temel bir araştırma sürecine dönüştüğü anlaşılmaktadır. Bireyler her alanda olduğu gibi sağlık alanında da internet’ten faydalanmaktadırlar. Sağlıkla ilgili şüpheli bir durumun öncesinde ama özellikle sonrasında “doktor Google” mutlaka devreye girmektedir. Gerek hekimlerden gerek katılımcılardan alınan görüşler insanların artık “sıfır bilgi”yle hekime gitmediklerini göstermiştir. *İnternet*’in normal sağlık alanında olduğu kadar ileri sağlık teknikleriyle ilgili de bilinçlenme sağladığı görülmektedir. Bunun yanında internet’in tedavi öncesi riskleri de öğrenmelerinden dolayı kendilerine gereksiz bir “korku yükünü” de beraberinde getirdiği görülmektedir. Ayrıca hastalıklarla ilgili farklı bilgilerin sunulması kararsızlığı artırmakta, bazı durumlarda ise hekimlerin otoritelerini sarsmaktadır. Öncelikle çelişkili bilgilerle tedavi aşamasında şüpheye kapılan hasta, bazı durumlarda yanlış teşhisle hastalığına yaklaşıncı hem tedavi süreci problemlili olmakta hem de bu bilgileri aldığı hekimlere güveni azalmaktadır. Bazı durumlarda da hekime gitmesine gerek kalmadığını düşünmesine yol açmakta, bu da tedavilerin süreci kadar hekimliğe bakışın da değişmesine neden olmaktadır. Bunun yanında internet bilgileri ortalama sağlık problemlerinin anlaşılabilmesinde hâlâ etkin olarak kullanılmaktadır. Ticari anlayışla hastaları yanına çekmeyi amaçlayan bir sektör olduğu için hastalar internet’te böyle bir anlayışın akımına da kapılmaya hazır hâle gelmekte, hedef olmaktadır.

-Aynı şekilde televizyonlardaki sağlık programları hekimliğe olan bağlılığın aşınmasına neden olmaktadır. Her şeyden önce hekimlerin nesnel bir fen biliminin aktörlerinden beklenen eylemlere aykırı davranışlar sergilemesi insanlardaki güveni ortadan kaldırmaktadır. Aynı konu üzerine yapılan birbirine tamamen zıt

açıklamalar, hekimlerin olduğu kadar insanların da sağlık anlayışlarını bölmüştür. İnsanların taksonomileri artık uyguladıkları rejime göre, kullandıkları ilaçlara ve aldıkları tedavi türlerine göre değişmektedir. Kolesterol gibi bir durum, şeker gibi bir olgu, bir nesne de artık tartışmalı olmaya başlamıştır. Televizyon programları ayrıca alternatif tedavi denilen bitkisel yollarla tedavi sürecinin de yeniden gündeme gelmesini sağlamıştır. Bazı hekimlerin “yeşil ışık” yaktığı bu tedavi yolları belli alanlarda önemli bir işlev üstlenerek bireylerin sağlık problemlerini çözmekte rol almaktadır. Kişilere zararı olmadığı sürece, kullanılmasında hiçbir sakınca olmadığı ifade edilen bu yöntemler de maalesef ekonomik kâr için öncelik olan sektörlere hizmet etmeye başlamıştır.

-Araştırma sonucundaki bulgulara göre hekimlerin sayısında ve hastane olanaklarında ayrıca gerek özel gerek devlet kurumlarında sağlığa erişim konusunda son on yılda olumlu bir ivme sağlanmıştır. Bununla birlikte ağır hastalıklarda ya da tedavisi güç bazı rahatsızlıklarda uzmanlara ihtiyaç yoğunlaşmayı artırmıştır.

-Bunun yanında hasta-hekim ilişkisinin kalitesi bireylerin hekim tercihlerine etki etmiş, otoriteyi hekimlik rollerinin üstünde görenlerden çok, karşılıklı etkileşimle tedavi sürecini ön plana alan hekimlere yönelme söz konusu olmuştur.

-İyi hekimlik anlayışı yanında donanımlı hastane ve kaliteli teknik alt yapılar da hastalar tarafından araştırılmakta tedavilerinin olmazsa olmazı olarak görülmeye başlanmıştır. Hastaların hekimlerin tedavileri ile ilgili kararsızlık yaşamalarına yol açan “yorum” farklılıkları oldukça problemleri sonuçlara yol açmaktadır. Birçok hasta aynı hastalığa birbirinden farklı olmanın ötesinde “zıt” ve çelişkili tedavi önerileri ile karşılaşmakta, medya ve televizyon programları ise bu çelişkileri derinleştirmektedir. Bundan dolayı hastalar, tek tekimden yola çıkarak tedaviyi problemleri, riskli addetmekte, farklı kaynaklardan, hekimlerden doğrulama, teyit alma, işlemin sağlanmasını yapma yollarına gitmektedirler.

-Hastane bürokrasisi, hastalar lehine ortaya çıkan yasalarla değişim sürecine girmiştir. Bununla birlikte gerek hastaları gerekse hekimleri zor durumlara sokabilecek durumlar söz konusu olabilmektedir. Denetlemenin kolaylığını sağlayan bilgisayar kayıtları yanında, işlemlerden dolayı zamanında teşhis ve tedavi imkanı bırakmayan prosedürler hastalarda kırılabilirlikleri artırmaktadır.

-İleri yaşlardaki rahatsızlıklarda ve ağır hastalıklarda hekimlerin rollerinin yoğunlaştıkları görülmektedir. Hastalar, tetkik ve tahlilleri zamanında yaptırma problemlerini devlet ve üniversite hastanelerinde yoğunlukla yaşarken, özel hastanelerde gereksiz tetkiklere, ameliyatlara yönlendirildiklerini düşünerek sıkıntı yaşamaktadırlar. Kanseri ve diğer ağır hastalık süreçlerini hem hastalar hem de yakınları güçlüklerle karşılamakta, maddi kayıpların yanına manevi tükenmişlik eklenmektedir. Devlet hastanelerinde karşılaşılan bazı problemler hastaların özel hastanedeki doktorları tercih etmelerine neden olmaktadır. Bunun yanında hastane sistemindeki prosedürler hastalara ikincil bir hastalık yaşatmakta, zamanında tedavi imkanları güçleşmektedir. Bunun sonucu olarak hastaların özel kuruluşlara yöneldiği, bu alandaki taleplerin arttığı görülmektedir. Özel hastanelerde ise hastaların görece kaliteli hizmet ve hekimle kurabildiği yakın etkileşim yararlı olmakla birlikte ticari kaygıdan kaynaklandığı düşünülen ekstra tetkik ve müdahaleler hekimliğe olan güveni oldukça sarsmıştır.

-Özellikle kalp, kanser hastalıkları konusunda uzmanlaşma sonucu ortaya çıkan alanlarla hastalıkların tedavisine ilişkin gelişmelere karşın, hastalar uzman ve daha yetenekli hekimlere her zamankinden daha çok ihtiyaç duymaktadır çünkü verilen hizmetlerin kalitesinde ciddi farklılıklara rastlanmaktadır. Özellikle hastalar yetenekli hekimleri araştırdıkları için, tanınmış ve isim yapmış bu hekimler ayrıcalık kazanmakta, medyada görüşlerini dile getirme imkânlarıyla seçkin hâle gelmektedirler.

Araştırma sonuçları göstermektedir ki hekimlerin otoritelerinin farklılaşmasına yola açan problemli bir dizi gelişim süreci söz konusudur. Öncelikle modernleşmenin sonucu gelişen teknolojinin sağladığı araçlar, doktor hasta arasındaki bağları hasta aleyhine değiştirmekte, özne algılamalarının yerini nesneleşme almaktadır. Hekimler artan bürokratik düzenlemelerle kaçınılmaz hâle gelen bakışla hastadan çok hastalıkla ilgilenmektedirler. Hastalar, özel sektörlerde kısmen devlet hastanelerinde ise nadiren istisna olmak koşuluyla birim zamanda incelenecek bir olgu olarak görüldüğü için hastalıkları ile değerlendirilmekte, kişisel kimlikleri, insani özellikleri, ilgi alanlarının dışında kalmaktadır. İleri düzey rahatsızlıklar da ise devlet imkânlarından yararlanma olanağı azalmakta, tüm insanların eşit olarak ele alındığı bir sağlık hizmeti söz konusu olamamaktadır. Bununla birlikte hekimlerin otoritelerini sınırlandıran yeni postmodernist koşullar bu alandaki ilişkilerin tekrar ele alınarak tanımlanmasını zorunlu kılmaktadır. Gelişen

internet ağları ve alternatif tedavilerle -en azından belirli hastalıklarda- hekimlerden tedavi alma zorunluluğunun ortadan kalkmasından dolayı bu iktidar kısmen parçalanmıştır. Hasta hakları ile ilgili yapılan sağlık reformları ise süreci hastalar lehine güçlendiren bir diğer faktördür.

Tüm eğitim ve ekonomik gelişmelere, sağlık konusunda ilerlemelere rağmen hasta- hekim ilişkisinde sorunlar devam etmektedir. Hastalar önceki zamanlara göre hastalıklarla ilgili görece daha bilinçli olmalarına rağmen kendilerini ifade etmede problemler yaşamaya devam etmektedirler. Sonuçta modernleşmeyle söz konusu olan hekimlerin yeni otorite biçimleri de sınırlanmış, tıp, seçeneklerle hastalara sunulan bir hizmet anlayışına dönüşmüş, bunun yanında bazı ileri hastalık tedavilerinde hekimliğin otoritesi yeniden üretilmek durumunda kalmıştır.

Buraya kadar ki verilerden araştırma ile ilgili şu üç değerlendirmeye ulaşmak mümkündür:

Birincisi hekimlerin genel tıp alanında ve yaygın tedavilerde otoriteleri, sağlık reformları, alternatif tıbbi yönelimler ve *İnternet* ağlarından anında elde edilen bilgi olanakları gibi çeşitli bozucu etkilerle oldukça sarsılmıştır. Bununla birlikte göz, kalp ve onkoloji gibi alanlarda, teknolojik araçların da tedavide belirleyici etkisiyle birlikte hekimlerin güçlerini sürdürdükleri anlaşılmaktadır.

İkincisi, eğitim ve kültür düzeylerinin hastalığı anlamlandırmadaki farklılığı ve bu durumun hasta-hekim arasındaki otorite ilişkilerine yansıdığı görülmektedir. Hastaların birçok açıdan bilinçli bir şekilde hastalıklara yaklaşımları ve tedavilerini, yalnızca tıbbın kendi sınırlılığına bağlamayarak çok yönlü ele almaları sonucunda hekime bağımlılıkları azalmakta, hekimlik bir seçenek olabilmekte, ya da sağlığı kazanmada bir etken olmanın ötesine geçememekte, tek belirleyici güç olmaktan çıkmaktadır.

Üçüncü olarak ise tıbbi tedavide seçeneklerin çoğalması, medya ve iletişim teknolojilerinin yaygınlaşmanın ötesinde doğru tedaviye yönelik bilginin daha çabuk elde edilmesi, tedavide ortaya çıkan çelişkilerin ve hataların da daha açık fark edilebilme olanağını sağladığı için hekimlik mesleğine “güven” kaybı da ciddi boyutlara ulaşmıştır.

İleri araştırma çalışmaları olarak hekimliğin otorite anlayışındaki bu değişim diğer meslekler açısından da değerlendirilebilir. Sözgelimi, hukukçularda, eğitimcilerde, teknik mesleklerde de otorite ilişkileri değerlendirilebilir da bu

mesleklerin birbirleriyle ilişkilerine güç farklılaşması açısından yaklaşılabılır.

KAYNAKLAR

- Ackerknecht, E. H. (1945). On The Collecting of data concerning primitive medicine, *American Anthropologist*, N.S. 47 pp.427-431, New York City
- Adam, B. (2004). *Time*, (First edition). Cambridge; UK, Malden; USA: Polity Press. 146,147.
- Ağırakça, A. (2004). *İslam tıp tarihi, başlangıçtan VII/XIII. yüzyıla kadar*. (Birinci baskı). İstanbul: Çağdaş Basın Yayın. 199-214, 243.
- Arendt, H. (2012). *İnsanlık Durumu*. (çev. B. S. Şener). (Altıncı baskı). İstanbul: İletişim Yayınları. (Eserin orijinali 1958'de yayımlandı), 57, 81, 84, 86, 220.
- Arendt, H. (2014). *Şiddet Üzerine* (Yedinci baskı). (çev. B. Peker), İstanbul: İletişim Yayınları. (Eserin orijinali 1970'de yayımlandı) 54, 55, 56.
- Armstrong, David E. (2002). *A new history of idendity, a sociology of medical knowledge*, New York, Palgrave Publishing. 57
- Aydın, E. (2002). *Türkiye'de sağlık teşkilatlanması tarihi*, Ankara, Naturel Kitap.1.
- Aydın, E. (2006). *Dünya ve Türk tıp tarihi*. (Birinci baskı). Ankara, Güneş Kitapevi. 5,6-7, 92, 93, 120, 128, 161, 163, 164, 254, 256, 257, 258, 268, 269.
- Aytekin, H. (2013) Türkiye'de Sağlık Hizmetleri(1920-1980) *Toplum ve Hekim Dergisi*, Türk Tabipler Birliği Yayın Organı, Mayıs-Haziran 2013, 28 (3) 182.
- Aziz, A. (2014) *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri ve teknikleri* (Sekizinci basım). Ankara: Nobel yayınları. 87-124.
- Back, Les. (2012). Yerel/küresel. (çev. A. Kirman). C. Jenks (Editör). *Temel Sosyolojik Dikotomiler*, (çev. Ed.İ. Çapçioğlu), Ankara: Birleşik Yayınevi. s.97-115.
- Bahar detoksu lahana turşusu. (22 Eylül 2014). Takvim,19.
- Bakacak, A. G. (2008) *Normal/Patolojik ayrımı çerçevesinde akıl hastalığına bakışa ilişkin niteliksel bir araştırma*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bamforth, İ. (2004). *Kütüphanedeki Beden*. (çev. B. Kovulmaz), İstanbul: Agora Yayınları. VII-VIII, XIV, XV, XXIX, XXX.
- Baran, A.G. (2005). Medya ve iktidar ilişkileri. *Düşünen siyaset, düşünce dergisi* sayı:20. Lotus yayınları. 105-122.

- Barber, B. (2010). Meslekler Sosyolojisinde Bazı Sorunlar(çev. Z. Cihirlioğlu). Z.Cihirlioğlu (editör).**Meslekler ve Sosyolojisi**, İstanbul: Gündoğan Yay. (Makalenin orijinali 1963'de yayımlandı), 43-65.
- Barry, N. P. (2003). **Modern Siyaset Teorisi** (Birinci Baskı). (Çev. M. Erdoğan ve Y. Şahin). Ankara: Liberte Yayınları. (Eserin orijinali 1981'de yayımlandı). 106, 107.
- Baş, T., Akturan, U. (2008). **Nitel araştırma yöntemleri, Nvivo 7.0 ile nitel veri analizi** (Birinci baskı). Ankara: Seçkin yayıncılık. 26.
- Başkan, S., Atakurt, Y. (1998). **Türkiye'de tıp fakültelerinin tarihsel gelişimi ve Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze hekim sayılarındaki artışlar**, 5. Tıp Tarihi Kongresi Bildirileri(Ed. Esin Kahya), Ankara: Ankara Üniversitesi Yay. 108, 113
- Baudrillard, J. (2004) **Tüketim Toplumu** (İkinci baskı). (çev. H. Deliçaylı ve F. Keskin). İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Eserin orijinali 1970'de yayımlandı).39, 101, 163, 168, 169, 178, 179, 180, 181, 184, 188, 189, 191, 216, 223, 236, 237.
- Baudrillard, J. (2010). **Simülakrlar ve simülasyon** (çev. O. Adanır). (Beşinci baskı). Ankara: Doğu Batı yayınları. (Eserin orijinali 1982'de yayımlandı), 118,144.
- Baudrillard, J. (2011). **Çaresiz stratejiler** (çev. O. Adanır). (İkinci baskı). İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi yayınevi. (Eserin orijinali 1983'de yayımlandı). 33, 34, 35, 36.
- Bauman, Z. (1998). **Postmodern etik**. (çev. A. Türker). (Birinci baskı). İstanbul: Ayrıntı yayınları. (Eserin orijinali 1992'de yayımlandı),250-251.
- Bauman, Z.(2011) **Bireyselleşmiş Toplum** (çev. Y. Alogan), İstanbul: Ayrıntı yayınları. (Eserin orijinali 2001'de yayımlandı), 21, 22, 32, 36, 37,39, 42, 43, 49, 50, 51, 52, 59, 61, 62, 63, 64, 70, 71, 76, 77, 78, 109, 110, 111, 130, 131, 132, 135, 142, 158, 160, 184, 187, 191, 230, 231, 254.
- Bauman, Z. (2013) **Postmodernizm ve hoşnutsuzlukları** (ikinci baskı), (çev. İ. Türkmen) İstanbul: Ayrıntı yayınları. (Eserin orijinali 1997'de yayımlandı), 60, 61, 62, 216, 217, 218.
- Bauman, Z. (2003). **Modernlik ve müphemlik**(çev. İ. Türkmen), İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Eserin orijinali 1991'de yayımlandı), 41, 57, 71, 72.
- Bauman, Z. (2010). **Küreselleşme, toplumsal sonuçları**, İstanbul, Ayrıntı Yayınları. (Eserin orijinali 1998'de yayımlandı), 40, 43, 60, 92, 93, 94, 95.
- Bauman, Z. (2012a). **Ölümlülük, ölümsüzlük ve diğer hayat stratejileri**, (çev.

- N. Demirdöven) İstanbul, Ayrıntı yayınları.(Eserin orijinali 1992’de yayımlandı), 149,163, 196, 197, 235.
- Bauman, Z. (2012b). **Akışkan aşk, insan ilişkilerinin kırılganlığına dair.** (İkinci baskı). (çev. I. Ergüden), İstanbul: Versus yayınları. (Eserin orijinali 2003’de yayımlandı), 65, 66, 68, 69, 70, 71,98, 99.
- Bauman, Z. Lyon, D. (2013). **Akışkan gözetim.** (çev. E. Yılmaz). (Birinci baskı). İstanbul: Ayrıntı yayınları. 58, 62, 64.
- Bayat, A. H. (2010) **Tıp tarihi** (2. Baskı). İstanbul: Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği Yayınları.163, 180,181, 182, 183,184, 207, 208, 239, 240, 242, 245, 272, 332, 333.
- Beck, U. (1999). **Siyasallığın icadı.** (çev. N. Ülner). (Birinci baskı). İstanbul: İletişim yayınları.(Eserin orijinali 1993’de yayımlandı). 15.
- Beck, U. (2011) **Risk Toplumu** (çev. K. Özdoğan ve B. Doğan), İstanbul: İthaki Yayınları.(Eserin orijinali 1986’da yayımlandı), 9, 10, 11, 27, 28, 34, 73, 79, 82, 83, 89, 91, 95, 103, 201, 202, 203, 204, 205, 233, 234, 241, 247, 253, 254, 257, 264, 279, 307, 308, 309, 312, 313, 315, 316, 317, 318, 319.
- Becker, H. S. (1997). **Outsiderds, studies in the sociology of deviance.** New York The free press. 9, 59, 60.
- Bell, D. (1976). **The Cultural Contradictions of Capitalism**, New York, Basic Book, 7, 11, 53.
- Bendix, R. (1945). Bureaucracy and the problem of power. **Public Administration Review**, Vol V,pp 194-209.
- Berger, P. L. Vd.(1985) **Modernleşme ve bilinç.** (çev. C. Cerit), İstanbul: Pınar Yayınları. 73, 200, 201, 204.
- Best, S. , Kellner, D. (2011). **Postmodern teori, eleştirel soruşturmalar** (çev. M. Küçük). (İkinci baskı). İstanbul: Ayrıntı yayınları. (Eserin orijinali 1991’de yayımlandı), 18, 43, 44, 361.
- Beyazyüz, M. ve Göka, E. (2011). Psikoloji ve Tıp Açısından Beden, K. Canatan (Editör), **Beden Sosyolojisi**, İstanbul: Açılım Kitap. 371-393.
- Biri, İ. (2009) **Modern batı tıbbının epistemolojik dayanakları üzerine sosyolojik bir inceleme**, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Blackmer J. (2009) Current Global Trends in Medical Professionalism, **World Medical & Health Policy** Volume 1 issue 1 pp. 5-17.
- Brown, R. (1997a)İntroduction: work and employment in the 1990s, **The changing**

shape of work New York: St Martin's Press. 12

Brown, R. (1997b) Flexibility and security: Contradictions in the contemporary labour market, **The changing shape of work**. New York: St Martin's Press. 72, 76.

Bu sene yemiyor içmiyor. (05 Aralık 2014). Bugün,12.

İnternet adresi: Site.ebrary.com/lib/gazi/reader.action?docID=10561958.
Canguilhem, G. (2012). **Forms of living: Writings on medicine**. U.S.A: Fordham University press. (First published 1989). 54

Canguilhem, G. (1991). **The Normal and the Pathological** (Translated by C. R. Fawcett), (Fourth edition).New York: Zone Books. (First published in 1966), 40, 42, 44.

Castel, R. (2004). **Sosyal güvensizlik**. (çev. I. Ergüden). (Birinci baskı). İstanbul: İletişim Yayınları.(Eserin orijinali 2003'de yayımlandı). 52,68, 69, 74.

Castells, Manuel (2008) **Enformasyon Çağı: Ekonomi, Toplum ve Kültür; Ağ Toplumunun Yükselişi**, (çev. E. Kılıç), (ikinci baskı)İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. (Eserin orijinali 1996'da yayımlandı), 2, 3, 41, 74, 96, 100, 530, 596, 599, 600, 630, 631.

Chamberlain, J. M. (2012). **The Sociology of Medical Regulation An Introduction**, Springer. 7.

Cirhinlioğlu, Z. (2001). **Sağlık sosyolojisi**. (Birinci Baskı). Ankara: Nobel Yayınları. 102, 143.

Cirhinlioğlu, Z. (2010). **Meslekler ve sosyolojisi**. (3. Baskı). İstanbul: Gündoğan Yayınları. 299.

Cirhinlioğlu, Zafer, Cirhinlioğlu, Fatma Gül (2012). Postmodern sağlığın yükselişi ve düşüşü. K.Canatan (Editör) **Beden sosyolojisi**. 395-412.

İnternet: Clarke, A.E.,Shim, J.K. Mamo, L. Fosket J.R. (2003). Biomedicalization Technoscientific Transformations of Health, Illness. **American Sociological Review** Volume 68 issue 2 2003 [doi10.2307_1519765] Web.http://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp adresinden 16.10.2014 tarihinde erişilmiştir.

Cockherham, W. C. (2004). **Medical Sociology**, (Ninth edition). New Jersey, Pearson, Prentice Hall . 281.

Cockerham, W.C., Ritchey, F.J. (1997). **Dictionary of Medical Sociology** (First edititon), London: Greenwood publishing group. 1.

Comte, A. (2001). Pozitif felsefe kursları. (çev. E. Ataçay). İstanbul: Sosyal

yayınları. 40, 51.

Conrad, P. and Schneider, J. W. (1992). ***Daviance and medicalization, from badness to sickness***, Philadelphia ,Temple University Press. (Thirth edition).8.

Conrad, P. (2007). ***Medicalization of society, on the transformation of human condition into treatable disorders***, Baltimore: The John Hopkins University Press. 7.

Coser, L. A. (2011). ***Sosyolojik düşüncenin ustaları***. (çev. H. Hülür vd), Ankara: Deki Yayınları. (Eserin orijinali 1971’de yayımlandı), 212.

Debord, G. (2012). ***Gösteri toplumu***. (çev. A. Ekmekçi ve O. Taşkent), (Dördüncü basım). İstanbul: Ayrıntı yayınları. (Eserin orijinali 1967’de yayımlandı), 52, 53, 66.

Demirhan, A. (1982). ***Kısa tıp tarihi***. (Birinci baskı). Bursa: Bursa Üniversitesi Yayınları. 118.

Dikkat Grip Aşısını Oldunuz mu. (22 Eylül2014). Milat,17.

Dişleriniz bembeyaz olsun. (22 Eylül 2014) Habertürk,13

Doğru Teşhiste İlk Adım. (22 Eylül 2014). Sabah, 5.

Dolgun, U. (2005). ***Enformasyan toplumundan gözetim toplumuna, 21. Yüzyılda gözetim, toplumsal denetim ve iktidar ilişkileri***, Ankara: Ekin Kitabevi. 15.

Douglas, M. (2002) ***Purity and danger, an analysis of the concepts of pollution and taboo***, London and New York: Routledge publishing (First published 1966), 40, 41.

Duverger, M. (1975). ***Siyaset Sosyolojisi***. (çev. S. Yıldırım). İstanbul: Gelişim yayınları. (Eserin orijinali 1973’de yayımlandı). 190,191.

Eğilmez, E. (2011). ***Türk tıp ve eğitim tarihi***. (Birinci baskı). Hatay: Mustafa Kemal Üniversitesi Yayınları. 19, 20, 20-21, 24, 33, 36, 197

Ekinci, Mehmet (2011). Şifayı meydanlarda, siyaseti internette aramak; Türkiye’de yeni hasta örgütlenmeleri, C. Özbay, A. Terzioğlu ve Yeşim(editörler), ***Neoliberalizm ve mahremiyet, Türkiye’de beden, sağlık ve cinsellik***. İstanbul: Metis yayınları. s. 94-110.

Elias, N. (2000) ***Zaman üzerine***. (Birinci baskı). (çev. V. Ataman). İstanbul: Ayrıntı. (Eserin orijinali 1988’de yayımlandı), 15, 24, 38, 40.

Erdem, T. (2005). Siyaset sosyolojisi açısından iktidar. ***Düşünen siyaset, düşünce dergisi*** sayı:20. Lotus yayınları. 37-56.

- Erdemir, A. D. (1996). **Tıbbi deontoloji ve genel tıp tarihi**. (Birinci baskı) Bursa: Güneş&Nobel Yayınları,188, 191, 207.
- Eren, N. (1996). **Çağlar boyunca toplum, sağlık ve insan**. (Birinci baskı). Ankara: Somgür Ltd. Şti. 196, 198, 199, 347, 348, 406, 409.
- Evetts, J. (2011) A New Professionalism? Challenges And Opportunities, **Current Sociology**,59(4) 406-422.
- Fitzpatrick, M. (2000). **The tranny of health, doctors and the regulation of lifestyle**, London: Routledge. 6.
- Foucault, M. (1987) **Söylemin düzeni** (çev. T. Ilgaz). İstanbul: Hil yayınları. 24.
- Foucault, M. (1993) **Cinselliğin tarihi 1**, (çev. H. Tufan) (ikinci baskı), İstanbul: Afa Yayıncılık (Eserin orijinali 1984'te yayımlandı.), 18, 19, 23, 24, 29, 31, 32, 91.
- Foucault, M. (2005) **Seçme yazılar; 2, Özne ve İktidar**. (çev. I. Ergüden, O. Akınhay), (İkinci Baskı). İstanbul: Ayrıntı yayınları. (Eserin orijinali 1994'de yayımlandı), 66,74, 75.
- Foucault, M. (2003) **Seçme yazılar; 4, İktidarın gözü**. (çev. I. Ergüden), İstanbul: Ayrıntı yayınları. (Eserin orijinali 1994'de yayımlandı), 35, 36, 39, 42, 43, 48, 49, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 86, 155, 156, 157, 164, 165, 166, 175, 176.
- Foucault, M. (1992).**Hapishanenin doğuşu**. (çev. M.A.Kılıçbay). Ankara: İmge kitabevi. (Eserin orijinali 1975'de yayımlandı), 19, 22, 23, 27, 169, 170,171, 178, 179, 180, 183, 184, 185, 186, 187,188, 190, 191, 192, 216, 217, 224, 225, 226, 232, 233, 238, 247, 248, 250, 251, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 265, 266, 277, 281, 282, 284, 385, 389, 393.
- Foucault, M. (1999a). **Bilginin arkeolojisi**. (çev.V. Urhan) İstanbul: Birey Yayıncılık. (Eserin orijinali 1969'da yayımlandı), 206, 232, 235.
- Foucault, M. (1999b). **Yapısalcılık ve postyapısalcılık** (çev. Ü. Umaç ve A. Utku) (Birinci baskı). İstanbul: Birey yayıncılık 47.
- Foucault, M. (2000). **Deliliğin tarihi** (çev. M. A. Kılıçbay), Ankara: İmge Kitabevi. 23, 27, 28, 176. (Eserin orijinali 1964'de yayımlandı),
- Foucault, M. (2002). **Kliniğin doğuşu, tıbbi algının arkeolojisi**. (çev. İ. Malak Uysal), Ankara: Epos Yayınları. (Eserin orijinali 1963'de yayımlandı),11, 13, 54,149, 152, 154, 193.
- Foucault, M. (2008). **Toplumu savunmak gerekir, College de France'ta Verilen Dersler(1975-1976)**, (çev. Ş. Aktaş), İstanbul: YKY. (Eserin orijinali 1997'de yayımlandı),190,191, 247, 248, 250, 252, 258.

- Fournier, M. (2009) Postmodernlik, yüzyılın son bir modası mı? Nicolas Journet, ***Evrenselden Özele Kültür***, (çev. Y. Sezen), 313-315 (Eserin orijinali 2000'de yayımlandı)
- Freidson, E. (1983). Reorganization of The Professions by Regulation, ***Law and Human Behavior***, Vol,7,Nos2/3
- Freidson, E. (2010). Mesleksel Kontrolün Değişen Doğası.(çev. Z. Cirhinlioğlu). Z. Cirhinlioğlu(Editör).***Meslekler ve Sosyolojisi***. İstanbul: Gündoğan Yayınları. (Eserin orijinali 1984'de yayımlandı) 99-127.
- Fromm, E. (2004). ***Sevme sanatı***. (çev. Ö. Saatçi-Karadana). (Birinci baskı). İzmir: İlya yayınevi. (Eserin orijinali 1956'da yayımlandı), 24, 27, 105, 122, 123.
- Fromm, E. (1996). ***Sağlıklı Toplum***. (çev.; Y. Salman- Z. Tanrısever, İstanbul: Payel Yayınları. (Eserin orijinali 1955'de yayımlandı), 26, 112, 113.
- Gabe, J. , Bury, M. , Elston M. (2004). ***Key Concepts in Medical Sociology*** London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE publications. 125.
- Galbraith, J. Kenneth (2004). ***İktidarın anatomisi***. (çev. R. Dikmen), (Birinci BDR. 4).Ankara: Hece Yayınları. (Eserin orijinali 1983'de yayımlandı), 13, 15, 16, 33, 40, 41, 63, 75, 131,132,169,170, 171.
- Gellner E. (2008). ***Uluslar ve ulusçuluk*** (çev. B. Ersanlı ve G. Göksu Özdoğan), İstanbul: Hil Yayınları. (Eserin orijinali 1983'de yayımlandı), 113, 115, 116, 137.
- Geray, H. (2014). ***İletişim alanından örneklerle toplumsal araştırmalarda nicel ve nitel yöntemlere giriş***. (Birinci baskı). Kocaeli: Umuttepe yayınları. 149, 150.
- Giddens, A. (2001). ***Siyaset, sosyoloji ve toplumsal teori, Toplumsal düşüncenin klasik ve çağdaş temsilcileriyle hesaplaşmalar***. (çev. T. Birkan). İstanbul: Metis yayınları. (Eserin orijinali 1995'de yayımlandı), 213, 220.
- Giddens, A. (2003) ***Sosyolojik yöntemin yeni kuralları, Yorumcu sosyolojilerin pozitif eleştirisi***, (çev. Ü. Tatlıcan ve B. Balkız) (Birinci baskı), İstanbul: Paradigma yayınları (Eserin orijinali 1976'da yayımlandı.); 147, 148, 149, 150.
- Giddens, A. (2008). ***Sosyoloji***, (Haz. C. Güzel) İstanbul: Kırmızı yayınları. (Eserin orijinali 1970'de yayımlandı). 311, 312.
- Giddens, A. (2012). ***Modernliğin sonuçları***(çev. E. Kuşdil), İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Eserin orijinali 1990'da yayımlandı), 132, 126.
- Giddens, A., Pierson, C. (2001) ***Modernliği anlamlandırmak***, (çev. S. Uyurkulak

- ve M. Sağlam),(Birinci basım). İstanbul: Alfa yayıncılık.(Eserin orijinali 1998’de yayımlandı),61, 92, 108, 217, 218, 222, 223, 225, 228, 229, 230.
- Gillespie, C. (2012). The Experience of Risk As ‘Measured Vulnerability’: Health Screening And Lay Uses of Numerical Risk, N. Armstrong, H. Eborall,(Eds) ***The Sociology of Medical Screening, Critical Perspectives, New Directions***, West Sussex: Blackwell Publishing. 43.
- Goffman, E. (1963). ***Stigma***, London: Penguin Publishing. 13, 14, 17.
- Goffman, E. (2009). ***Günlük Yaşamda Benliğin Sunumu***(çev. B. Cezar) İstanbul, Metis Yay. 24
- Goffman, E. (2014). ***Damga, örülenmiş kimliğin idare edilişi üzerine notlar***. (çev. Ş. Geniş ve diğerleri), Ankara: Heretik Yayınları (Eserin orijinali 1963’de yayımlandı), 97, 122, 124, 131, 132.
- Gottdiener, M. (2005). ***Postmodern Göstergeler, Maddi kültür ve postmodern yaşam biçimleri*** (Birinci baskı) (çev. E. Cengiz, H. Gür ve A. Nur) Ankara: İmge Kitabevi, (Eserin orijinali 1995’de yayımlandı), 124, 163.
- Göka, E. (2006). ***İnsan kısım kısım, toplumlar, zihniyetler, kimlikler*** (İkinci baskı), Ankara: Aşina yayınları. 322, 323.
- Gruen, A. (2004). ***Kendine ihanet, kadın ve erkekte özerklik korkusu***. (çev. Ü. Hastürk). İstanbul: Çitlenbik Yay. 47.
- Gruen, A. (2007). ***İhanete uğrayan sevgi, sahte tanrılar***. (çev.İ. İgan). İstanbul: Çitlenbik yayınları. 130,131.
- Güler, Ç. (2012). ***Latince tıp terimleri sözlüğü, Latince ve Yunanca terimler***. Ankara: Palme yayınları, 21.
- Habermas, J. (2007) ***İdeoloji olarak teknik ve bilim***(çev. M. Tüzel), İstanbul: YKY Cogito. (Eserin orijinali 1968’de yayımlandı), 33, 37.
- Hannay, D. R. (1988). ***Lecture notes on medical sociology***. (First publishing). Oxford, London: Blackwell Scientific Publications. 152.
- Heywood, A. (2010). ***Siyaset*** (Yedinci Baskı). (çev. B. Şahin ve Z.Kopuzlu). Ankara: Adres Yayınları. 24.
- Heywood, A.(2012) ***Siyaset teorisine giriş*** (çev. H.M. Köse), (İkinci baskı), İstanbul: Küre yayınları,(Eserin orijinali 2004’de yayımlandı), 155,159,161,171,172,183.
- Hobbes, T. (2012) (Onuncu baskı) ***Leviathan veya Bir din ve dünya devletinin içeriği, biçimi ve kudreti***.(çev. S.Lim) İstanbul: YKY (Eserin orijinali 1651 de yayımlandı), 72, 73.

- Hobsbawm, E. (2003). **Kısa 20. Yüzyıl (1914-1991), Aşırıliklar çağı.** (çev. Y. Alagon). İstanbul: Sarmal yayınları. (Eserin orijinali 1993'de yayımlandı), 15, 70, 71.
- Hoffman, B. (2003). Technological paternalism on how medicine has reformed ethics and how technology can refine moral theory, **Science and Engineering Ethics** Volume:9 issue:3 pp. 343-352.
- Horkheimer, M. Adorno T.(1995). **Aydınlanmanın diyalektiği, Felsefi fragmanlar I.** (çev. O. Özgül), İstanbul : Kabalcı yayınevi. (Eserin orijinali 1969'da yayımlandı.). 19,22.
- Hume, D. (2009). **İnsan doğası üzerine bir inceleme.** (çev. E. Baylan), Ankara, Bilgesu Yay. 396, 397, 398
- İbn Haldun (2005) **Mukaddime 1.** (Haz. S. Uludağ). (Dördüncü baskı). İstanbul: Dergah yayınları. (Eserin orijinali 779'da yayımlandı),
- İbn Haldun (2005) **Mukaddime 2.** (Haz. S. Uludağ). (Dördüncü baskı). İstanbul: Dergah yayınları. (Eserin orijinali 779'da yayımlandı), 740-742.
- İlaç tedavisi başarısız olursa. (22 Şubat 2015). Posta, 17.
- İllich, İ. (2011). **Sağlığın Gasplı.** (çev.S. Sertabiboğlu),İstanbul: Ayrıntı Yay. (Eserin orijinali 1981'de yayımlandı), 39, 56, 67, 74, 76, 77, 79, 80, 81, 89, 90, 91, 92, 95, 112, 168.
- Jackson, R. (1999). **Roma İmparatorluğunda doktorlar ve hastalıklar.** (Çev. Ş. Mumcu), İstanbul, Homer Kitabevi. (Eserin orijinali 1995'de yayımlandı), 51, 64, 65, 109.
- Kalp hastalığında ilaçlı stentler. (22 Eylül 2014). Milliyet,4.
- Kamenka, E. (1989). **Bureaucracy, new perspective on the past.**(First edition). Oxford, United Kingdom and Cambridge, U.S.A: Basil Blackwell publishing. 168.
- Kasapoğlu, A.(Editör). (2005). **Değişen toplumsal yapıda karakter,** (Birinci baskı).Ankara: Ütopya yayınevi. 17, 22, 24.
- Kellner, D. (1996). **Media culture, cultural studies, identity and politics between the modern and postmodern.** (First edition 1995). London and New York: Routledge Publishing. 47,49,234.
- Kim hangi vitamini ne kadar. (22 Eylül2014). Akşam,17
- Kojeve, A. (2007).**Otorite kavramı**(çev. M. Erşen), İstanbul: Bağlam Yayınları. 13,14.

- Koptagel-ilal, G. (2013). Hekimlik Uygulamasında Biyo-Psiko-Sosyal Etik ve Salutogenez. **Türk tıp etiği ve tıp hukuku araştırmaları yillığı**. Ekim Vol. 4-5-6 Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.
- Lipset, S. M. and Ray, M. R. (1996). Technology, work, and social change, **Journal of Labour Research**,17(4), pp. 613-623
- Lock, M. (2008). **Biosociality and susceptibility genes : A cautionary tale biosocialities, genetics and social sciences, making biologies and identities**. (Ed. Sahra Gibbon,Carlos Novas), New York: Routledge Publishing. 64.
- Lukes, S. (2006).İktidar ve otorite (çev. S.Tekay).**Sosyolojik Çözümlemenin Tarihi** (TomBottomore, Robert Nisbet) Ankara: Ayraç Yayınları. 895, 899.
- Lupton, D. (2004). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. M. Bury, & J. Gabe, (Eds). **The sociology of health and illness**, London and New York: Routledge Taylor&Francis Group. 204
- Lyotard, J.F. (1990) **Postmodern durum: Postmodernizm**. (çev. A. Çiğdem). (Birinci basım). İstanbul: Ara yayıncılık. 52
- Mat, A. (2008). **Tıp ve eczacılık sembolü yılan**.(Birinci baskı) İstanbul: Pharma Vision Kültür Yayınları. 9, 10, 17.
- Mechanic, D. (2008). Rethinking Medical Professionalism- The Role of Information Technology and Practice Innovations, **Milbank Quarterly**, Volume 86 issue 2 2008, pp. 327-358.
- Mendel, G. (2005). **Bir otorite tarihi, süreklilikler ve değişiklikler**, İstanbul: İletişim Yayınları. 235, 236, 247, 280, 281, 291.
- Mills, C. Wright (1974). **İktidar Seçkinleri**,(Çeviren: Ü. Oskay), İstanbul, Bilgi Yayınları. 7.
- Mills, C.W. (2000). **Toplumbilimsel düşün (çev. Ü. Oskay)**, İstanbul: Der Yayınevi.(Eserin orijinali 1959'da yayımlandı), 272, 280, 281.
- Montague, J. B. Jr.(1963). Medicine and the concept of professionalism, **Sociological Inquiry**, 33(1), pp. 45-50.
- Mossensohn, M. S. (2014) **Osmanlı tıbbı, Tedavi ve tıbbi kurumlar(1500-1700)**. (Birinci Baskı). (Çev. B. Üçpınar). Kitap yayınevi. 270, 273, 274, 275.
- Mulcahy, L. (2003). **Disputing doctors,the socio-legal dynamics of complaints about medical care**, (First edition). Berkshire, England, Open Univercity Press 9, 28.
- Mutlu, B. (2011). Türkiye’de “Üremeye Yardımcı” Teknolojiler Kadınların

Tüp Bebek Anlatıları, **Neoliberalizm ve Mahremiyet, Türkiye’de beden, sağlık ve cinsellik**. (Haz. Cenk Özbay vd), İstanbul: Metis yayınları. 73-92.

Neye niyet neye kismet. (22 Eylül 2014). Hürriyet, 9.

O’neill, J. (2007) Disiplin toplumu: Weber’den Foucault’ya (çev. M. Yıldırım), **Doğu Batı**, 10(43) 233-252.

Özben, M. (2012). **Yapay kutsallıklar, kutsallıkların ölümcül sıçrayışı**. (2. Baskı) Ankara: Kadim Yayınları. 102.

Özdel, G. (2012 January). The Turkish Online Journal of Design, **Art and Communication** - TOJDAC Volume 2 Issue 1

Özsan, G. (2007). **Türkiye’de modernleşme ve kadın sağlığı politikaları**. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Öztek, Z. (2014). **Sağlıkta altın olaylar**. Ankara: Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı yayınları. 17-18.

Parsons, T. (1951). **The social system**. FreePress. 41.

Postman, N. (2013) **Teknopoli, Kültürün teknolojiye teslim oluşu**, (çev. M. Emre Yılmaz) Bursa: Sentez. (Eserin orijinali 1993’de yayımlandı.), 13, 14, 140.

Propolis kanser avında. (22 Eylül 2014). Takvim, 19.

Punch, K.F. (2011). **Sosyal araştırmalara giriş, Nicel ve nitel yaklaşımlar**. (çev. D. Bayrak, H.B. Arslan ve Z. Akyüz). (İkinci baskı). Ankara : Siyasal kitabevi. (Eserin orijinali 2005’de yayımlandı), 138, 174.

Reinecke, İlan (1992) **Elektroniğin Büyüsü** (çev. F. Elmalı) İstanbul: İnsan yayınları. 22-272.

Ritzer, G. (2011a). **Toplumun mcDonaldlaştırılması, Çağdaş toplum yaşamının değişen karakteri üzerine bir inceleme** (çev. Ş. S. Kaya). (ikinci baskı). İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Eserin orijinali 1993’de yayımlanmıştır.), 138, 163, 247.

Ritzer, G. (2011b). **Büyüsü bozulmuş dünyayı büyülemek, tüketim araçlarının devrimleştirilmesi**, (çev. Ş. S. Kaya). (İkinci basım). İstanbul: Ayrıntı yayınları. (Eserin orijinali 1999’da yayımlanmıştır.) 110, 111.

Robinson, P. (2002). Doing what we already do, İn L. Simpson, P. Robinson (Eds **e-clinical governance, a guide for primacy care**. Oxon, United Kingdom: Radcliffe Medical Press, pp. 29-39.

Rocsh, P. J., Kearney, H. (1985) Holistic medicine and technology- A

- modern dialectic. ***Social Science & Medicine***, 21(12), 1405-1409.
- Ross, R. , Haag, Ernest Van Den. (1957). ***The fabric of society***. New York and Burlingame : Harcourt, Brace& World, Inc Publishing. 715.
- Russel, B. (2014) ***İktidar*** (çev. M. Ergin), (Birinci baskı), İstanbul: Cem Yayınları, (Eserin orijinali 1990'da yayımlandı), 33.
- Sartori, G. (1996). ***Demokrasi Teorisine Geri Dönüş***. (çev. T. Karamustafaoğlu ve M. Turhan). Ankara: Yetkin Yayınları. (Eserin orijinali 1987'de yayımlandı). 204, 205.
- Sarup, M. (1997). ***Postyapısalcılık ve postmodernizm***. (çev. B. Güçlü). Ankara: Bilim ve Sanat yayınları. (Eserin orijinali 1993'de yayımlandı). s.115-116.
- Sayar, K. (2013). ***Yavaşla*** (Ondördüncü basım). İstanbul: Timaş yayınları. 48, 49, 183.
- Schaefer, R. T. (2013). ***Sosyoloji***(Çev. Ed. S. Coşar), Ankara: Palme Yayıncılık. (Eserin orijinali 1983'de yayımlandı), 420, 422, 423, 429.
- Scheff, T. J. (1999). ***Being mentally ill, a sociological theory***. (Third edition). New York: Aldine De Gruyter.
- Selae, C. (2012a). Normal/Patolojik (çev. F. Kenevir) C.Jenks (Editör). ***Temel Sosyolojik Dikotomiler***, (çev. Ed. İ. Çapçioğlu), Ankara: Birleşik Yayınevi. 141-158.
- Seale, C. (2012b). Yaşam/ Ölüm,(çev. R. Çetin & A. N. Güdekli) C. Jenks (Editör). ***Temel Sosyolojik Dikotomiler***, (çev. Ed.İ. Çapçioğlu), Ankara: Birleşik Yayınevi. 447-468.
- Sennett, R. (1992).***Otorite***. İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Eserin orijinali 1980'de yayımlandı) 17.
- Sennett, R. (2009a) ***Zanaatkar*** (çev. M. Pekdemir) İstanbul: Ayrıntı Yayınları, (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı), 10, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 85.
- Sennett, R. (2009b) ***Yeni kapitalizmin kültürü***. (çev. A. Onacak). (birinci baskı). İstanbul: Ayrıntı yayınları. (Eserin orijinali 2006'da yayımlandı) 29, 30, 33, 35, 38, 70, 73, 74.
- Sennett, R. (2014) ***Karakter aşınması, Yeni kapitalizmde işin kişilik üzerindeki etkileri***, (dokuzuncu baskı), (çev. B. Yıldırım), İstanbul: Ayrıntı yayınları(Eserin orijinali 1998'de yayımlandı), 21, 52, 60, 61, 62, 63, 64, 125, 127, 128, 155, 156.
- Simpson, L. (2002). Introduction to e-clinical governance, İn L. Simpson, P. Robinson (Eds). ***e-Clinical governance, a guide for primacy care***. Oxon,

- United Kingdom. Radcliffe Medical Press, pp. 1-8.
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*, USA: Basic Books. 14, 18, 19, 20.
- Strauss, E. W. and Strauss, A. (2009) *Tıbbi mucizeler, tıp tarihinden yaşamı değiştiren 100 gelişme*. (çev. N. Durmuş), İstanbul: Bkz. Yayıncılık. 132-133
- Sulik, G. A. (2011). 'Our Diagnoses, Our Selves': The Rise of The Technoscientific Illness Identity, *Sociology Compass* 5(6), 463-477.
- Swingewood, A. (2010). *Sosyolojik düşüncenin kısa tarihi*(çev. O. Akınhay), İstanbul, Agora Kitaplığı Yayınları. (Eserin orijinali 1983'de yayımlandı), 204.
- Szasz, T. (2007). *Medicalization of everyday life*, (First edition) Syracuse, New York: Syracuse University Press. 24, 25, 41, 42.
- Szasz, T. (2012). *Psikoterapi miti*. (çev. Yael Profeta Harunzade). İstanbul: Goa yayıncılık (Eserin orijinali 1988'de yayımlandı). 13, 35.
- Tekelioğlu, O. (2003). *Foucault sosyolojisi*, Bursa: Alfa Aktüel Yayınları. 2, 4.
- Terzioğlu, A. (2011). Küreselleşme, kanser ve hastalık anlatıları, bilinçli/bilinçsiz hastadan biyolojik vatandaşlığa geçiş, *Neoliberalizm ve mahremiyet, Türkiye'de beden, sağlık ve cinsellik*. (haz. C. Özbay vd), İstanbul: Metis yayınları. 112-113
- Tuna, K. (2005). *Batılı bilginin eleştirisi üzerine* (Birinci baskı). İstanbul: Ufuk kitap yayınları. 31,82,86,87-88.
- Turan, O. (2003). *Türk cihan hakimiyeti mefkuresi tarihi*, İstanbul, Ötüken. 72, 74.
- Turner, B. S. (1992). *Regulating bodies, Essays in medical sociology*. (First edition). London and New York: Roudledge Publishing. 21, 22.
- Turner, B. S. (2002). *Oryantalizm, postmodernizm ve globalizm*. (çev. İ. Kapaklıkaya). (Birinci baskı). İstanbul: Anka yayınları.(Eserin orijinali 1994'de yayımlandı), 280, 281, 282.
- Turner, B. S. (2011). *Tıbbi güç ve toplumsal bilgi*. (çev. Ü. Tatlıcan). (Birinci baskı).Bursa: Sentez yayınları. (Eserin orijinali 1995'de yayımlandı), 29, 41, 42, 178,179, 184, 190, 238, 239, 240, 241, 244, 249, 253, 262.
- Türkdoğan, O. (1972) *Doğu Anadolu'da sağlık hastalık sisteminin toplumsal araştırması, Erzurum'da bir kasabanın medikal sosyolojik yapısı*, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Yayınları. 2
- Uludağ, O. Ş. (1991). *Beş buçuk asırlık Türk tababeti tarihi*. (sad. İlter Uzel),

- Ankara: Kültür Bakanlığı Yayınları. 109-110, 166, 168.
- Unat, E. K. (1988). Dünya’da ve Türkiye’de 1850 yılından sonra Tıp Dallarındaki ilerlemelerin tarihi. İstanbul:Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı yayınları. 10
- Urry, J. (1999) **Mekanları tüketmek**. (ev. R. G. ğdl). İstanbul: Ayrıntı yayınları. (Eserin orijinali 1995 yılında yayımlandı),206,229,292, 295,297.
- Vergin, N. (2008). **Siyaset Sosyolojisi; Kavramlar, Tanımlar, Yaklaşımlar** (Altıncı Baskı). İstanbul: Doğan Kitap. 47.
- Virilio, P.(1998) **Hız ve Politika, Dromoloji zerine bir deneme**, (ev. M Cansever) İstanbul: Metis yayınları. (Eserin orijinali 1977’de yayımlandı), 63, 81, 88, 89, 107.
- Virilio, P. (2003). **Enformasyon bombası**. (ev. K. Şahin).(Birinci bDR. 4). İstanbul: Metis yayınları. (Eserin orijinali 1998’de yayımlandı).10,28, 32, 40, 52, 116.
- Yakut, İ. (2008). **Hasta ve hasta yakınları açısından sağlık iletişiminde katılımın işlevi**, Kocaeli, Umuttepe Yayınları. 25, 33, 105.
- Yelken, R. (2009). Sosyolojinin ontolojik haritası: Sosyoloji ve etik. (Birinci baskı). O. Konuk ve A.K. Bayram (Editörler), **Sosyal bilim, etik ve yöntem**. Ankara: Adres yayınları,S.153-176.
- Wallerstein, İ.(2003). **Bildiğimiz dünyanın sonu, yirmi birinci yüzyıl için sosyal bilim**.(ev.T. Birkan). (İkinci baskı.)İstanbul: Metis yayınları. Eserin orijinali 1999’da yayımlandı.,156, 193.
- Ward, G. (2014). **Postmodernizmi anlamak**. (ev. T. Gbekin). (Birinci baskı). İstanbul: Optimist yayınları. (Eserin orijinali 1997’de yayımlandı), 8,9, 11, 17, 18, 193, 196.
- Waters, M. (2010). **Modern sosyoloji kuramları** (ev. ed. Z. Cirhinlioğlu), İstanbul, Gündoğan Yay.(Eserin orijinali 1994’de yayımlandı), 329.
- Weber, M. (2011). **Protestan ahlakı ve kapitalizmin ruhu**. (ev. M. Köktürk). (Birinci baskı). Ankara: BilgeSu yayıncılık. (Eserin orijinali 1905’de yayımlanmıştır). 8.
- Weber, M. (2012). **Bürokrasi ve otorite** (ev.H. Bahadır Akın) Adres Yayınları. (Eserin orijinali 1922’de yayımlandı), 33, 40, 60, 61, 65, 67, 68, 69.
- Weiss,&Lonquist (2009). **The Sociology of health, healing, and illness**, New Jersey, USA, Pearson Publishing.17,18,137,238.
- Whitcomb, M. (2000). Communication and professionalism, **Patient Education and Counseling** Volume:41 issue:2, pp. 137-144.

İnternet: Woodward, K. (2009). *Statistical panic, culturel politics and poetics of the emotions. Durham and London: Duke University press. web: <https://www.google.com.tr/#q=kathleen%20woodward%20statistical%20panic>* adresinden 09.09.2015 tarihinde erişilmiştir.

Zola, İ. K. (1973). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, (20) 487-504.

Zürcher E. J. (2000). *Modernleşen Türkiye'nin Tarihi* (çev. Y. S. Gönen) (Yedinci baskı). İstanbul: İletişim. (Eserin orijinali 1993'de basıldı). 70,78.

<https://www.hekimce.com/hipokrat-yeminirn/> 05.11.2014 tarihinde erişilmiştir.

www.mhrs.gov.tr 05.11.2014 tarihinde erişilmiştir.

<http://www.saglik.gov.tr> 03.12.2014 tarihinde erişilmiştir. www.hekimhaber.com-

05.10.2014. tarihinde erişilmiştir.

http://www.ntv.com.tr/saglik/turkiyenin-ilk-yuz-nakli-ameliyati_WagaLe8hhU6Cqn5Kjo7fTQ. (16.10.2014 tarihinde erişilmiştir.)

www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=1612 21.05.2015 tarihinde

erişilmiştir

<http://www.derszamani.net/universite-taban-puanlari-bolumleri-ve-kontenjanlari.html> adresinden 21.10.2015 tarihinde erişilmiştir.

EKLER

EK-1 Hipokrat yemini

"Hekim apollon aesculapions, hygia panacea ve bütün tanrı ve tanrıçalar adına!... and içerim, onları tanık ve şahit tutarım ki, bu andımı ve verdiğim sözü gücüm kuvvetim yettiği kadar yerine getireceğim. Bu sanatta hocamı, babam gibi tanıyacağım, rızkımı onunla paylaşacağım. Paraya ihtiyacı olursa kesemi onunla bölüşeceğim. Öğrenmek istedikleri takdirde onun çocuklarına bu sanatı bir ücret veya senet almaksızın öğreteceğim. Reçetelerin örneklerini, ağızdan bilgileri şifahi malumatı ve başka dersleri evlatlarıma, hocamın çocuklarına ve hekim andı içenlere öğreteceğim. Bunlardan başka bir kimseye öğretmeyeceğim. Gücüm yettiği kadar tedavimi hiçbir vakit kötülük için değil, yardım için kullanacağım. Benden ağı (zehir) isteyene onu vermeyeceğim gibi, böyle bir hareket tarzını bile tavsiye etmeyeceğim. Bunun gibi gebe bir kadına çocuk düşürmesi için ilaç vermeyeceğim. Fakat hayatımı, sanatımı tertemiz bir şekilde kullanacağım. Bıçağımı mesanesinde taş olan muzdariplerde bile kullanmayacağım. Bunun için yerimi ehline terk edeceğim. Hangi eve girersem gireyim, hastaya yardım için gireceğim. Kasıtlı olan bütün kötülüklerden kaçınacağım. İster hür ister köle olsun erkek ve kadınların vücudunu kötüye kullanmaktan mazarrattan sakınacağım. Gerek sanatımın icrası sırasında, gerek sanatımın dışında insanlarla münasebette iken etrafımda olup bitenleri, görüp işittiklerimi bir sır olarak saklayacağım ve kimseye açmayacağım"(www.hekimce.com)

EK-2 Hekim Mülakat Formu

A. Demografik Özellikler

1. Cinsiyet:

☐ Erkek ☐ Kadın

2.Yaşınız:.....

3.Mevcut Pozisyon:

☐Pratisyen ☐Uzman ☐Öğretim Üyesi

4. Meslekte kaçınıcı yılınız:.....

5.Mezun Olunan Üniversite:.....

6. Aylık Gelir:.....

7.Hastane:.....

8. Görev Yapılan Kurum türü:

☐Kamu ☐Özel

B. Hastalarla iletişim, tedavi ve teknoloji kullanımına ilişkin alan.

1. Bilgisayar ve *İnternet* kolaylığının hastalarınızda hastalıklarının farkındalığını artırdığını düşünüyor musunuz?

2. Bilgisayarlar aracılığıyla yaptığınız işlerin denetlendiğini düşünüyor musunuz?

3. Son on yıl içerisinde hastaların hastalıkları ile ilgili bilinçlenmelerinin arttığını düşünüyor musunuz?

4. Hastalarınız tedavi sürecinde sorgulayıcı olduğunu düşünüyor musunuz?

5. Hastalarınız tedavi noktasında tavsiye ve kararlarınızı tam olarak uyguladıklarını düşünüyor musunuz?

6. Teknoloji ve bilgisayarlardan kaynaklanan kısıtlamalar veya hatalar yaşandığını düşünüyor musunuz?

Ek-2. Hekim Mülakat Formu(devamı)

7. Hastalarınızı tedavide, bürokratik işlemlerden veya yasal zorunluluktan kaynaklanan kısıtlamalar yaşar mısınız?(Örnek verebilir misiniz?)
8. Teşhis ve tedavisi mevcut tekniklerle mümkün olmayan bir hastaya farklı bir öneride bulunur musunuz?
9. Sizin gerekli gördüğünüz tetkik ve testler ile tedaviyi kabul etmeyen hastalarla karşılaşmakta mısınız? Bu duruma yaklaşımınız nasıldır?
10. Hastalarınız iyileşmenin tek çaresi olarak doktorları görürler, doğru mu?
11. Teşhis ve tedavi sürecinde hastanın psikolojik durumunu dikkate alır mısınız? Alamama söz konusu ise nedeni sizce nedir?
12. Medyanın sağlık programlarının insanların tedavisine ne şekilde etki yaptığını düşünüyorsunuz?
13. Sağlık programlarının sonucunda ne gibi olumsuzluklar yaşanabileceğini düşünüyorsunuz?
14. Kullandığınız teknik dilden dolayı hastalarla iletişim problemleri yaşandığını düşünüyor musunuz?
15. Hastam bir şeye hakkı olduğunu hisseder, onun için yaptığım şeyi takdir etmez, diye hissettiğiniz oldu mu?
16. Hastaların sizden kendisiyle ve hastalığı ile ilgili bilgiyi gizlediğinden dolayı ne gibi problemler yaşarsınız?
17. İletişim üzerine eğitim aldınız mı?
18. Hasta yoğunluğu konusunda ne düşünüyorsunuz?
19. İşinizi yaparken baskı hissediyor musunuz?
20. Hekim ve hastalarla ilgili kanuni düzenlemelerle ilgili ne düşünüyorsunuz?
21. Alternatif tedaviye yönelmeler hakkında ne düşünüyorsunuz?

Ek-3-Hasta Mülakat Formu

A. Demografik bilgiler ile ilgili sorular.

1. Cinsiyet:

☐ Erkek ☐ Kadın

2. Yaşınız:.....

3. Eğitim Durumunuz.....

4. Memleket

.....

5. Mesleğiniz.....

6. Aylık Gelir.....

7. Güvenceniz.....

B. Hekimlerle iletişim, hastane kuralları ve teknoloji kullanımı ile ilgili sorular.

1. Hekimlerin bilmeniz gereken şeyleri sizden saklamaksızın, gerçeği tümüyle söylediğini düşünüyor musunuz?

2. Tedavi sırasında hekiminizin size isminizle hitap etme, selamlama, kaba olmaksızın sıcak, arkadaşça davranmakta olduğunu söyleyebilir misiniz?

3. Hekimlerin sizinle aynı düzeyde gibi davrandığını aşağılayıcı ifadelerden uzak durduğunu düşünüyor musunuz?

4. Hekiminizin size hikâyenizi anlatma fırsatı verdiğini, konuşurken sözünüzü kesmediğini söyleyebilir misiniz?

5. Hekiminizin fiziki muayene boyunca yapacağı şeyler ve niçin olduğu hakkında sizi uyarması ve bulduğu şeyi size söylemesi söz konusu mudur? Ne düşünüyorsunuz?

Ek-3-Hasta Mülakat Formu(Devamı)

6. Hekiminiz seçenekler sunarak sizin fikrinizi sorması, yapacak şeyler hakkında size seçenekler sunması söz konusu mudur?
- 7.Soru sormak için sizleri cesaretlendirmesi, onları açıkça cevaplandırması, sorularınızdan asla kaçmaması söz konusu mudur?
- 8.Problemlerinizi hakkında bilme ihtiyacınız olanların açıklanması, onların nasıl ve niçin olduğu, gelecekte ne beklendiğinin açıklanması söz konusu mudur?
9. Hekimle iletişiminizde açık bir şekilde anlaşılabilen kelimeler kullanıldığını, gerekli teknik terimlerin açıklandığını düşünüyor musunuz?
10. Hekiminizin dikkatlice davrandığını, düşünceli sorular sorduğunu söyleyebilir misiniz?
11. Yasal işlemlerden dolayı tedavinizin geciktiğini ya da aksadığını düşündüğünüz deneyimler oldu mu?
12. Hastalığınızın ekonomik sonuçlarından dolayı kendinizi güvensiz ya da suçlu hisseder misiniz?
13. Hasta iken toplumun diğer sağlıklı insanlarından kendinizi zihnen farklı hisseder misiniz?
14. Hekimlerin bazen yanlış tedavi yaptıklarını düşünüyor musunuz?
15. Hastalık sırasında sizce ana yük nedir? Tedavi ücreti mi yoksa hastalığınız boyunca beden gücünüzün ve verimliliğinizin kaybı mı?
16. Semptomlarınız ve acılarınızı teknik imkânların azaltmakta olduğunu düşünüyor musunuz?
17. Kendiniz hastalık sırasında ve tedavi aşamasında yetersiz hissettiğiniz oldu mu? Nasıl?
18. Bilgisayar ve teknoloji kullanımının hekime duyulan gerekliliği azalttığına inanıyor musunuz?
19. Bilgisayar ve *İnternet* kullanımının hastalıklarınızın teşhis ve tedavisinde ne gibi katkılar sağladığını düşünüyorsunuz?

Ek-3-Hasta Mülakat Formu(Devamı)

20. Hastaların tıbbi bilgilere ve tedavilerine ilişkin verilere rahatlıkla erişebileceklerini düşünüyor musunuz?

21. Bilgisayar işlemleriyle yaşamınızın denetlendiğini düşünüyor musunuz?

22. Son on yıl içerisinde hastaların hastalıkları ile ilgili bilinçlenmelerinin arttığını düşünüyor musunuz?

23. Televizyondaki sağlık programlarının tedavilerde katkıları olduğunu söyleyebilir misiniz?

24. Gidilebilecek hastane alternatiflerinin artması konusunda ne düşünüyorsunuz?

25. Tıbbın yetersiz olduğu durumlar olabileceğini düşünüyor musunuz?

26. Tetkiklerle ve tahlillerle ilgili ne tür sıkıntılar yaşadınız?

27. Alternatif tıp yöntemleri hakkında ne düşünüyorsunuz?

28. Hasta hakları ile ilgili düzenlemeler konusunda neler söyleyebilirsiniz?

Ek-4 Resimler



Resim 5.3. İlk yüz nakli

ATA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ AMELİYAT DURUMLARI	
Servis - Hasta	Durum
ATA TÜRKARSLAN	AMELİYATA ALINDI
MUSTAFA EMİR KAHRIMAN	AYILMA ODASINDA
GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ 1	
ADNAN ÖZKÖK	SERVİSE ÇIKARTILDI
AHMET ÜNAL	AMELİYATA ALINDI
AYŞEGÜL YERLİKAYA	AMELİYATA ALINDI
ÇİĞDEM YILMAZ	SERVİSE ÇIKARTILDI

Resim 5.4. Ameliyathane Dijital İşlem Sıraları
(Fotoğraf Ömer Sağlam tarafından alınmıştır)

Ek-4 Resimler(b)(Devamı)



Resim 5.5. Sibeli'imi bürokrasi öldürdü.



Resim 5.6. Dikkat Grip Aşısını Oldunuz mu?
(22.09.2014 tarihli Milat Gazetesi;17)

Ek-4 Resimler(c)(Devamı)

Sağlık 22 Eylül 2014 Pazartesi 05

Hazırlayan: Didem SEYMEN

KAN ÖRNEĞİ VERMEDEN ÖNCE DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER 1

didem.seymen@sabah.com.tr

Doğru teşhiste ilk adım hatasız kan testi yapmak

Hastalığın tanı ve tedavisinin önemli bir parçasını oluşturan 'kan alma' işleminin uygun malzemelerle yapılması sıkıntıları da beraberinde getirebiliyor. Doğru sonuca ulaşabilmek için kanın uygun koşullarda alınması çok önemli



Yapılan araştırmalara göre, laboratuvarında yapılan hastaların yüzde 68'i 'analiz öncesi' denilen test isteminin doktor tarafından yapılması ile başlayan ve kan örneğinin testin yapılacağı ribandı giymesine kadar geçen süreçte meydana geliyor. Tıp uzmanları, test sürecinde yapılan hataların yüzde 75'inin hastaya direkt bir etki olmasına sebep olduğunu, kalan yüzde 6'unda ise hasta tedavisinin yanlış yönlendirilmesine yol açtığını kaydediyor. Doğru kan alma için nelere dikkat edilmesi gerektiğini İTİ Türkiye Klinik İşletme Yönetimi Dr. Nedim Albayrak anlatıyor:

DOĞRU TEŞHİSE KATKI

Çoğu zaman hastaneye girişinde doktorunuzdan, 'bana kan testleri yaptırmanızı istiyorum' cümlesiyle duyulur. Yapılacak olan laboratuvar testleri, alınacak medikal kararların yüzde 60-70'ine katkıda bulunur. Laboratuvar testleri, tanıdan tedaviye ve hastalığın gelişimine kadar uzanan süreçte doktorlara, alınan kararlara katkı sağlayan bilgiler sunar.

SONUÇLARA GÜVENİN

Doktorlar, çok çeşitli rahatsızlığa tanı koyma ve tedaviye yanıt izlemek için laboratuvarların verdiği sonuçlara güveniyor.

tuvanlarla ilgili bazı sorular sorabilirsiniz.

İŞLEM HAKKINDA BİLGİLENİN

Günümüz teknolojisi, insan vücudundan alınan çok çeşitli numunenin analiz edilmesine olanak tanımaktadır. Bazı numuneler ancak vücutta koruyucu örtü ile olan deri delinerek elde edilebilir. Örneğin, kan ve diğer numuneleri özel eğitilmiş doktorlar, hemşireler ve sağlık personeli tarafından gerektirilen minimal derinlikte girişimle alınabilir. İşlemin ne olduğuna bilme, bu çeşitli numune alma işleminin uygulanması için gerekli olan deri delinmesi, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önlemeye yardımcı olur. Kan alımı konusunda da eğitilmiş kişiler veya sağlık personeli kan damarlarından (kubital damarlar, topir damarlar ve basen arter damarları) kan numuneleri alınır. İşlemin doktorun alması numune, özel numune toplama tüpüne vakum uygulanmasıyla yapılır. Genellikle yalnızca birkaç dakika sürer. Ağrı, gıcık veya yara gibi etkiler bir miktar hissedilebilir.

MALZEME ÇOK ÖNEMLİ

Kan alma işlemi, hasta tanı ve tedavi takibinde önemli bir parçasını oluşturur. Her gün sağlık çalışanları tarafından milyonlarca kan örneği toplanır ve bu örnekler doğru şekilde saklanır.

Her test için farklı renkte tüp



DOKTORUNUZLA test için hangi tüpün kullanılacağına ve tüpün hangi testler için kullanıldığını konuşun. Her test için farklı tüpler kullanılır. Her test için farklı tüpler kullanılır. Her test için farklı tüpler kullanılır.

Resim 5.7. Doğru Teşhiste İlk Adım Hatasız Kan Testi Yapmak

Ek-4 Resimler(d)(Devamı)



Resim 5.8. Kim Hangi Vitamini Ne Kadar Almalı?



Resim 5.9. Bu Sene Yemiyor İçmiyor, Cilde Sürüyoruz

Ek-4 Resimler(e)(Devamı)



Resim 5.10. Bahar Detoksu Lahana Turşusu



Resim 5.11. Propolis Kanser Avında

Ek-4 Resimler(f)(Devamı)

4 Hayatın İçinden

Editör: OZAN AKARI Sayfa Düzeni: ASIYE BILGET DOĞAN

Kalp hastalığında ilaçlı stentler!

Kalbimizi Dinleyelim

Prof. Dr. **Murat Tuzcu**
murat.tuzcu@milliyet.com.tr

Geçen haftaki yazımda stentlerin kalp damar hastalıklarının tedavisinde yeni bir çığır açtığından söz etmiştim. Tıpta yeniliklerin çoğunun bir derde çare olurken, çözülmesi gereken yeni sorunları da beraberinde getirdiğine değinmiştim. Stentlerin hikâyesi bu duruma güzel bir örnek oluşturuyor...

Stentler damar darlıklarının açılmasında, sadece balon kullanılarak yapılan işleme göre önemli bir ilerleme sağladı. Lakin stentle genişletilen her 6-7 hastadan birinde damarın yeniden daraldığının görülmesi bu yeni soruna çözüm arayışlarını başlattı.

Daralmanın sebebi! 1

Vücudumuz, herhangi bir yerine yabancı bir madde koyulduğunda, onu özel ürettiği hü-

ğunda ortaya çıkan yeniden daralma sorununu çözmek için kardiyologlar yıllar boyunca çok

ıkayan hücreleri öldürerek kan akımına yer açmaya çalıştılar. Bu yöntem bir ölçüde başarıya

Yayılım ateşi yerine nişan

Resim 5.12: Kalp Hastalığında İlaçlı Stentler

Hepatit B AIDS'den tehlikeli

HER yıl binlerce insanın ölümüne neden olan **Hepatit B AIDS'den 100 kat daha hızlı** bulaşıyor. Prof. Dr. Sila Akhan, hastalığın tedavisinin oldukça zor olduğunu söyleyerek, "Virus vücutta 7 gün canlı kalabiliyor ve hızla çoğalıyor. Hızla bulaşan bu hastalık, ayrıca anneden bebeğe geçişlerde ölümlerin yüzde 21'inden sorumlu tutuluyor" diyor. Her ülkenin kendi rehberi olması gerektiğini belirten Prof. Akhan, hastalığın yakın temas, kan ve cinsel ilişki ile bulaştığını, erken tanının hayat kurtardığını aktarıyor.

SAĞLIK HATTI... SAĞLIK HATTI... SAĞLIK HATTI...

A HABER **minika ÇOCUK** **minikaGO**

www.ahaber.com.tr www.minika.com.tr www.minikaGO.com.tr

19.30 020 240 00 00

Resim 5.13: Hepatit B AIDS'den Tehlikeli

Ek-4 Resimler(g)(Devamı)



Resim 5.14: Ne ye Niyet Neye Kismet

Ek-4 Resimler-(h)(Devamı)



DİŞLERİNİZ bembeyaz olsun

**DOĞAL
GÜZELLİĞİN
SIRRI**

Suna DUMANKAYA
edumankaya@htgazete.com.tr

■ Dişlerimin rengi tam olarak beyaz değil. Bembeyaz olmaları için nasıl bir formül uygulayabilirim? Aslı C./İstanbul

BİR çorba kaşığı karbonat, bir çorba kaşığı öğütülmüş adaçayı ve yarım limon kabuğu rencesini karıştırın. Dişlerinizi haftada iki kez bu karışımla fırçalayın.

**Boyalı saçlara
kekikli bakım**

■ Sürekli boya kullanmak...

**Başı
ağrıyanlara
limonlu
kahve**

Resim 5.15. Dişleriniz Bembeyaz Olsun

Ek-4 Resimler-(I)(Devamı)

Jinekolog Prof. Dr. DERİN KÖSEBAY sorularınızı yanıtıyor **KADIN SAĞLIĞI** saglik@posta.com.tr Faks: 0212 505 65 02

İlaç tedavisi başarısız olursa...

Yumurtlamayla ilgili sorunları olan kadınlar pek çok şekilde tedavi edilebilir. Öncelikle yumurtlamayı sağlayan ilaçlar var. Birkaç kere kullanıldıktan sonra başarısız olunursa yumurtaları daha kuvvetli uyaran iğnelere geçilebilir

Çocuğum olmuyor
34 yaşındayım, 2 yıllık evliyim. Yumurtlama sorunun varmış, ilaç verdiler ama gebelik olmadı. Eşimin sıkıntısı yok. Doktorum önce ilacı deneyeceğini, yeterli olmazsa iğne tedavisi uygulayacağını söyledi. Ben anne olmayı çok istiyorum. Vakit kaybetmeden iğne tedavisi yaptırırsam olur mu? Bana yol gösterir misiniz?

CEVAP
Sevgili okuyucumuz, yumurtlama problemi çeşitli şekillerde tedavi edilebilir. Bunun için yumurtlamayı sağlayan ilaçlar kullanılır. Bahsettiğiniz ilaç yumurtlama için en sık kullanılan ve kullanımı kolay, yumurtalıklar üzerindeki etkisi de çok abartılı olmayan bir ilaçtır. Bu tedavi birkaç kere denenebilir. Başarılı olunmazsa (yani yumurtlama sağlanamazsa) yumurtalıkları uyaran daha kuvvetli ve enjeksiyon şeklinde kullanılan ilaçlara geçilebilir. Tedavinin seçimini doktorunuz ayarlayacaktır. Bence siz bu konuya hiç müdahale etmeyin.

Anne olmak istiyorum
26 yaşındayım, polikistik over'im var. İki kez düşük yaptım. Şimdi yeniden hamile kalmayı istiyorum.

hormonunda da sorunlar vardır. Bunlar düşük nedeni olabilir mi? Eyet olabilir. Ama daha pek çok düşük nedeni de var. Bunlar araştırılmalı ve yeni bir gebeliğe daha güvenle başlanmalıdır.

Rahmi de almak istiyor
Rahmin ortasında 3 santim myom var. Ağrılarım çok fazla. Adetimin çok ağırlı geçmesine sebep olur mu? Doktorum "Myomu almak için rahmi de almak gerekiyor. Çünkü tam ortasında" dedi. Ne yapmalıyım?

CEVAP
Sevgili okuyucumuz, rahim içinde yerleşmiş myomlar ağırlı adet kanamalarına neden olabilir. Tedavide de çözümler myomu almak gerekir. Doktorunuz rahmi almak gerek dediğine göre önce yapmanız gereken şeyi söyleyeyim. Eğer 40'li yaşlarda olsaydınız belki düşünülebilir ama daha gençsiniz rahmi almak bana pek uygun görünmüyor. Tabii siz muayene ettirmeden böyle bir şey söylemek doğru değil. Ama ben bugüne kadar genç bir kadında 3 santimlik myom için rahmin alınması gerektiğine pek rastlamadım.

Doktorlar hastalığının tedavisinin olduğunu söylediler. Ama ne yapacağımı bilmiyorum.

CEVAP
Sevgili okuyucumuz, polikistik over'de yumurtalıklarda hormon metabolizmasında bozukluk olduğu gibi kan şekerini ayarlayan insülin

Resim 5.16. İlaç Tedavisi Başarısız Olursa...

Ek-5. Araştırmaya Katılan Hekimlerle İlgili Tablo

	Hekim	Branş	Yaş	Görev Yılı	Pozisyon	Kurum	Mezuniyet
1	DR. 1	Genel Cerrahi	50	28	Uzman Dr.	Özel Hast.	Hacettepe
2	DR. 2	Dâhiliye	50	27	Doç. Dr.	Özel Hast.	GATA
3	DR. 3	Göğüs	50	26	Prof. Dr.	Üniversite Hastanesi.	Ankara
4	DR. 4	Genel Cerrahi	38	14	Uzman	Araştırma Hastanesi	Hacettepe
5	DR. 5	Genel Tıp	50	28	Pratisyen	Devlet Hast.	KTÜ
6	DR. 6	Kardiyoloji	54	25	Uzman	Özel Hast.	GATA
7	DR. 7	Anestezi	26	2	Pratisyen	Üniversite Hast.	İzmir Teknoloji
8	DR. 8	Anestezi	24	1	Pratisyen	Üniv. Hast.	19 Mayıs
9	DR. 9	Genel Tıp	49	26	Pratisyen	Devlet Hast.	KTÜ
10	DR. 10	Dâhiliye	37	14	Uzman	Devlet Hast.	Ankara
11	DR. 11	Göz	44	18	Uzman	Özel Tıp Mrk.	Ankara
12	DR. 12	Anestezi	26	3	Pratisyen	Üniv. Hast.	Atatürk
13	DR. 13	Genel Tıp	28	4	Pratisyen	Üniv. Hast.	Çukurova
14	DR. 14	Cerrahiye	26	2	Pratisyen	Üniv. Hast.	İstanbul
15	DR. 15	Yoğun Bakım	37	15	Uzman	Devlet Hast.	Ankara
16	DR. 16	Diş	39	15	Uzman	Özel Polik.	Ankara
17	DR. 17	Göğüs	43	18	Uzman	Üniv. Hast.	Ankara
18	DR. 18	Genel cerrah	46	20	Uzman	Özel Hast.	İstanbul

Toplam:18

Ek.6. Araştırmaya Katılan Hastaların Tablosu(a)

	Hasta Kod Adı	Cinsiyet	Hastalık	Yaş	Hastane	Gelir	Meslek	Eğitim
1	HST. 1	Erkek	Tümör	69	Devlet Hast.	800	Emekli	İlkokul
2	HST. 2	Erkek	Tümör	36	Üniv. Hast.	4000	Şoför	Lise
3	HST. 3	Erkek	Dâhiliye	41	Üniv. Hast.	2500	Öğretmen	Lisans
4	HST. 4	Erkek	Göz	37	Özel Hast.	2400	Memur	Lisans
5	HST. 5	Erkek	Kalp	84	Devlet Hast.	800	Çiftçi	Okur-Yazar
6	HST. 6	Kadın	Kalp	62	Üniv. Hast.	700	Ev Hanımı	Okur-Yazar
7	HST. 7	Erkek	Tümör	55	Üniv. Hast.	800	Emekli	Lise
8	HST. 8	Erkek	Dâhiliye	87	Özel Hast.	800	Emekli	Lise
9	HST. 9	Erkek	Dâhiliye	36	Üniv. Hast.	3800	Öğretmen	Lisans
10	HST. 10	Erkek	Göz	38	Devlet Hast.	3500	Esnaf	Lise
11	HST. 11	Kadın	Fiz. Tedavi	55	Özel Hast.	1500	Emekli	İlkokul
12	HST. 12	Erkek	Kalp	67	Üniv. Hast.	2000	Çifti	Okur-Yazar
13	HST. 13	Erkek	Diş	59	Özel Hast.	1200	Emekli	Lise
14	HST. 14	Erkek	Beyin cer.	72	Araştırma Hast.	1500	Emekli	Lise
15	HST. 15	Kadın	Diş	59	Üniv. Hast.	-	Evhanımı	Lise
16	HST. 16	Erkek	Diş	39	Özel Hast.	2400	Öğretmen	Lisans
17	HST. 17	Erkek	Tümör	47	Üniv. Hast.	2100	Esnaf	Lise
18	HST. 18	Kadın	Dahiliye	34	Özel Hast.	-	Ev Hanımı	Lisans
19	HST. 19	Erkek	Lösemi	58	Özel Hast.	2300	Emekli	Lise
20	HST. 20	Erkek	Astım	60	Araştırma Hast.	1400	Emekli	Ortaokul
21	HST. 21	Erkek	Tümör	53	Özel Hast.	3000	Çiftçi	Ortaokul

Ek.6. Araştırmaya Katılan Hastaların Tablosu(b)

22	HST. 22	Kadın	Dahiliye	32	Üniv. Hast.	2000	Öğretmen	Lisans
23	HST. 23	Kadın	Göğüs	34	Üniv. Hast.	-	Hizmetli	Lise
24	HST. 24	Erkek	Göğüs	63	Araştırma Hast.	1300	Çiftçi	İlkokul
25	HST. 25	Erkek	Göğüs	47	Üniv. Hast.	2400	Memur	Lisans
26	HST. 26	Kadın	Travma	29	Devlet Hast.	-	Ev Hanımı	Lise
27	HST-27	Erkek	Genel Cerrahiye	3	Üniv. Hast.	-	Yönetici	Üniversite
28	HST-28	Erkek	Kalp rahatsızlığı	58	Özel Üniv. Hast.	1400	Emekli	İlkokul
29	HST. 29	Kadın	Tümör	49	Üniv. Hast	-	Ev hanımı	Lise
30	HST. 30	Erkek	Plastik cerrahi	26	Özel Hast.	2000	İşçi	Lise
31	HST. 31	Kadın	Dahiliye	25	Devlet Hast.	-	Ev hanımı	Lise
32	HST. 32	Kadın	Göğüs hastalıkları	45	Devlet Hast.	2000	Memur	Üniversite
33	HST. 33	Erkek	Diş	37	Özel Poliklinik	3500	Yönetici	Üniversite
34	HST. 34	Erkek	Kalp hastalıkları	73	Özel Hastane	1400	Emekli	İlkokul
35	HST. 35	Erkek	Kalp hastalıkları	63	Üniv. Hast.	1400	Emekli	Lise
36	HST. 36	Erkek	Diş	32	Özel Poliklinik	2200	İşçi	Lise
37	HST. 37	Erkek	Göğüs	35	Özel Hastane	2400	Memur	Üniversite
38	HST. 38	Erkek	Dâhiliye	48	Özel Hastane	2700	İşçi	Lise
39	HST. 39	Kadın	Nöroloji	34	Özel Poliklinik	-	Ev Hanımı	Lise

Ek-7- Türkiye'de yayınlanan sağlık programları

Feridun Kunak Shov	Kanal 7
İnfo Sağlık	TV 8
Güncel Sağlık	TV 8
Sağlık Hayattır	GSTV
Sağlıcakla	Kanal 7
Sağlık Raporu	NTV
Güzel Hayat	NTV
Doktorum	Kanal D
Sağlıklı Yaşam	Beyaz TV
Trend Sağlık	Cine 5
Hayatı Keşfet	Kanaltürk
Doktorunuza Sorun	Kanaltürk
Medikal	CNN Türk
Sağlık Rehberi	Cine 5
Dünya Gözüyle Sağlık	Star TV
Dr. Mehmet Öz ile Sağlık Dersi	NTV
Hayatın Senin Elinde	NTV
Yazlık Hayat	NTV
Sağlık Sohbetleri	Dost TV
Esra Kazancıbaşı ile Medikal	Habertürk
Tıp Dünyası	Teknoloji Televizyonu
Yaşam Ve Sağlık	Teknoloji Televizyonu
Doktorunuz Cevaplıyor	Gimsa TV
Taylan Kümeli İle Formda Kal	Show TV
Ender Saraç'la Sağlıklı Günler	Show TV
Sağlık Karnesi	Avrasya TV
Diyabetli Hayat	Kanal D
Yaşam Koçu	Atv
Psikoloji Rehberi	TV Net
Sağlıklı Günler	TV Net
İyilik Sağlık	Samanyolu Haber
Konsültasyon	Samanyolu Haber
Mutlu Yaşam	Ülke TV
Bizim Doktorlar	Kanal 7
Yaşamak Güzeldir	TRT 1
Reçete	TRT GAP
Bitkisel	TV8
Sağlık Hayattır	TV8
Yoga	TV8

Ek-8 Hekimlikle İlgili İnternet Siteleri

<http://www.tiprehberi.com/> Sağlık ile ilgili çeşitli konularda bilgiler bulunabilecek bir site.

<http://www.turkmedikal.net> Kategorilere göre ayrılmış bilgiler yer almakta, sağlık sitelerine linkler vardır.

<http://ailehekimligi.gov.tr/> aile hekimliği resmi sitesi

<http://www.psikoturk.net> Psikiyatri ile ilgili bir site.

<http://www.saglikvakfi.org.tr/> Sağlıklı yaşam için bilgiler veren bir çalışma.

<http://doktorlarsitesi.net/> hastalıklar ve tedavileri ile ilgili site

<http://www.ahbsdestek.com/> aile hekimleri sitesi

<https://www.ido.org.tr/01.php> diş hekimliği sitesi

<http://www.lokmanhekim.com.tr/> özel bir hastane sitesi

<http://lokman-hekim.net/> :Bitkiler ve beslenme ile sağlık

<https://lokmanhekim.wordpress.com/> bitkisel tedavi ve dini bilgilerin hekimlikte kullanılması

<http://www.hekimim.com/> diş hekimliği, estetik diş hekimliği ve implantla ilgili site.

<http://www.medimagazin.com.tr/> hekimlere yönelik bir site.

<http://www.medicalpark.com.tr/> özel bir hastaneler birliği, hastalıklarla ilgili bilgiler bulunuyor.

<http://www.turkpsikiyatri.org/> psikoloji ve psikiyatri ile ilgili bilgilerin yer aldığı site.

<http://www.turkiyeklinikleri.com/> tıbbi makalelerin olduğu site.

<http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/> Hacettepe üniversitesi hastanesi sitesi

<http://www.istabip.org.tr/> hekimlerle ilgili haberlerin yer aldığı site.

<http://www.sakaryatabip.org.tr/> hekimlerle ilgili haberlerin yer aldığı site.

<http://www.toraks.org.tr/> Göğüs hastalıkları ile ilgili site

<http://www.hastahaklari.org/> hasta hakları ve hastalıklarla ilgili bir site

<http://www.ttb.org.tr/> Türk tabipler birliği derneği sitesi.

<http://www.turknorosirurji.org.tr/> Türk nöroşirurji derneği sitesi

<http://www.ailehekimligi.com.tr/> aile hekimleri ile ilgili bir site.

<http://www.medikalakademi.com.tr/> akademik tıbbi bilgilerin yer aldığı bir site.

<http://www.tusavkardiyoloji.com.tr/> kalp hastalıkları sitesi

<http://www.turkailehekderg.org/> Aile hekimliği ile ilgili site.

Ek-8 Hekimlikle İlgili İnternet Siteleri(b)(Devamı)

<http://www.samsuncagdashekim.org/> Hekimlerle ilgili bir site.

<http://www.tdb.org.tr/> Diş hekimleri derneği sitesi

<http://hastane.sifa.edu.tr/> Özel bir hastane grubu sitesi.

<https://www.denizlitabipodasi.org.tr/>

<http://www.saglikcilar.org/> sağlıklailgili bilgi ve haberler

<http://www.duzen.com.tr/tr> laboratuvar işlemleri ile ilgili bilgi veren site.

<http://www.sagliklidunya.com/> Hekimler ve sağlıkla ilgili bilgiveren site.

<http://www.neoks.com/> hastalıklarla ilgili bilgi veren site.

<http://ailecesaglik.com/> Sağlıkla ilgili bilgiler veren site.

<http://www.tipdunyasi.dr.tr/> hekimlerle ilgili bir site.

<http://ato.org.tr/> ankara hekimler odası

<http://www.belgelik.dr.tr/huv/> Hekimlikle ilgili uygulamalar konusunda bilgi veriliyor.

<http://www.İstabip.org.tr>: Hekimlere yönelik bir site.

<http://www.tekdozdijital.com/> : Sağlık ve ilaç alanındaki dijital teknolojilerle ilgili site.

<http://mobile.kbb.org.tr> Türk Kulak Burun Boğaz ve Baş boyun cerrahisi derneğine ait site.

<http://www.saglikaktuel.com> hekimlikle ilgili bilgi ve resmi haberlerin yer aldığı bir site.

<http://www.ailehekiminden.com> aile hekimliği ile ilgili bir site.

<http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr> İstanbul aile hekimliği ile ilgili bir site.

<http://www.ihs.gov.tr> İzmir aile hekimliği sitesi.

<http://www.neuroogle.com> Aile hekimliği ile ilgili yazılımların tanıtıldığı özel site.

<http://www.ehsm.gov.tr> Erzurum aile hekimliği sitesi.

<http://www.saglikdanis.com/> Sağlıkla ilgili bilgiler ve tıbbi kavramlar açıklanmaktadır.

<http://www.tihud.org.tr>. İç hastalıkları ile ilgili site.

<http://www.saglikvemedya.blogspot.com.tr> sağlıkla ilgili bilgilerin verildiği bir site.

<http://www.sagliklidunya.com/> : Üye olunarak hekimlerden hastalıklarla ilgili bilgi alınabilen site.

<http://www.wellsphere.com/home.s> Sağlıkla yaşamla ilgili bilgiler yer almaktadır.

<http://www.healthline.com/> : Spor, fitness, sağlıklı yaşamla ilgili bilgiler yer alır.

<http://www.prevention.com/> Spor, anti-aging, sağlık, fitness v.b bilgiler yer alır.

Ek-8 Hekimlikle İlgili İnternet Siteleri(c)(Devamı)

<http://www.bettermedicine.com/> : Semptomlar, pratik sağlık bilgileri v.b.
<http://www.webmd.com/> Hastalık ve ilaç bilgilerinin yer aldığı tıp alanında en iyi 10 siteden biri kabul edilmiştir.
<http://omni.ac.uk> :Tıp kaynakları bulunabilir.
<http://conditions.healthguru.com/> Hastalık bilgilerine ulaşılabilir.
<http://kuhttp.cc.ukans.edu/cwis/units/medcntr/lee/homepage.html> : Tıp ile ilgili literatür
<http://www.cc.emroy.edu/whscl/medweb.html> :Tıp ve biyoloji ile ilgili sitedir.
<http://www.sci.lib.uci.edu> :Tıp eğitimi ile ilgili eğitim dosyası, texy book, filmleri içermekte.
www.mednexus.com/public/mnlinksl.html :Tıp uzmanlık alanlarına göre düzenlenmiş site.
<http://www.medicalnewstoday.com/> :Hastalıklarla ilgili bilgiler, son haberler bulunabiliyor.
<http://www.mayoclinic.org/> :Hastalık ve hekimlere yönelik bilgiler veriliyor.
<http://www.vis.colostate.edu/library/gva/gva.html> : 3 boyutlu toraks görüntüsü bulunan site.
<http://wwwl.biostr.washington.edu/DigitalAnatomist.html> :İnsan vücudu üzerinde 3D gezi yapılabilen interaktif eğitim sitesi.
gopher://gopher.nlm.nih.gov:70/11/visible
<http://home.ucar.edu/staffnotes/12.94/vizman.html>
<http://www.crd.ge.com/esl/cgps/projects/vm>
<http://www.graphics.stanford.edu/~lorensen/vw/vw.html>
<http://www.uchsc.edu/sm/chs/>
http://www.eai.com/DH_human/kome.html
<http://visembryo.ucsf.edu> :Embriyonun gelişiminin görüntülerle anlatıldığı bir site.
<http://www.InnerBody.com> :Medweb acil hekimlik sayfaları

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : Sağlam, Ömer
 Uyuğu : T.C
 DR. 9m tarihi ve yeri : 06.06.1976-Ereğli/KONYA
 Medeni hali :Evli
 Telefon : 05056638079
 Faks :
 e-mail : omer_saglam@hotmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek lisans	Ankara Üniversitesi/Sosyoloji	05/08/2009
Lisans	Atatürk Üniversitesi/Sosyoloji	07/07/1997
Lise	Konya/Ereğli Lisesi	17/06/1993

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
1997-2000	Gümüşhane	Öğretmen
2002-2004	İstanbul	Öğretmen
2004-2006	Zonguldak	Öğretmen
2006-2015	Ankara	Öğretmen

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

.....

Hobiler

Amatör Balıkçılık



GAZİ GELECEKTİR..

