

‘Stratejik’ Sağlık İletişiminin Sağlık Tıbbileştirilmesindeki Rolü

The Role of ‘Strategic’ Health Communication on the Medicalisation of Health

İnci ÇINARLI, Doç. Dr., Galatasaray Üniversitesi, İletişim Fakültesi, E-posta: incicinarli@hotmail.com

Anahtar Kelimeler:

Sağlık İletişimi, Sağlıkın Tıbbileştirilmesi, Sağlık Tıbbi Modeli, Stratejik Sağlık İletişimi, Sağlık, İletişim.

Öz

Sağlığın anlamlandırılması ile hastalıkların teşhis ve tedavisi, zaman içinde önemli aşamalardan geçmiştir. XXI. yüzyılda sağlığın metalaştırılmasına ve tıbbileştirilmesine katkıda bulunabilen ‘stratejik’ sağlık iletişimi uygulamaları, sağlıkla ilgili anlamlandırmaların oluşmasında baskın hale gelmektedir. Eleştirel bakış açısı ile sağlık iletişiminin ‘stratejik’ olması, alıcılarda sağlık iletişimi mesajlarının tutum ve davranış değişikliği yaratma amaçlarına uygun olarak tasarlanmasında kamu yararının değil, kaynağın çıkarlarının ön planda tutulması anlamına gelmektedir. Bu makalede ‘stratejik’ sağlık iletişiminin sağlığın tıbbileştirilmesindeki rolü tartışılmaktadır. İlk olarak sağlığın tanımlanması ve anlamlandırılmasında belirleyici kavramlar olan hastalık ve rahatsızlık kavramları, farklı tanımlamalarla ortaya konulmuştur. İkinci olarak sağlığın tıbbileştirilmesi ile ilgili bugüne değin yapılan akademik tartışmalar literatür taraması ile aktarılmış ve eleştirel bir analiz yapılmıştır. Son olarak da sağlık iletişiminin bir disiplin olarak ortaya çıkmasından bu yana geçen sürede kapsamının nasıl genişlediği ve günümüzde ‘stratejik’ uygulamalar için nasıl uygun zemin hazırladığı ele alınmıştır. Ayrıca bu değerlendirmede, bireylerin sağlık, hastalık ve rahatsızlık ile ilgili algılamalarının oluşmasında son derece önemli bir yeri olan medyada sunulan sağlık haberlerinden, sağlığın tıbbileştirilmesine katkıda bulunan bazı örneklerle de yer verilmiştir.

Keywords:

Health Communication, Medicalization of Health, Medical Model of Health, Strategic Health Communication, Health, Communication.

Abstract

Diagnosis and treatment of diseases with making sense of health have passed through important stages over time. In the XXIst century, ‘strategic’ health communication applications which can contribute to the commodification and medicalization of health have become dominant in making sense of health. From a critical point of view, ‘strategic’ health communication means prioritizing health messages aiming at attitudes and behavioural changes on recipients in accordance with interests of the source, not with public interest. In this article, the role of ‘strategic’ health communication on the medicalization of health has been discussed. In the first instance, the concepts of disease and illness which are decisive in defining health and therefore in making sense of health have been presented with various definitions. In the second instance, academic discussions on the medicalization of health through the present have been reviewed and a critical analysis has been made. The last step will be discussing how health communication scope is expanding since its emergence as a discipline and providing nowadays a basis for ‘strategic’ practices. Furthermore some health news examples from the media having a crucial position on individuals’ perceptions of health therefore disease and illness which contribute to the medicalization of health have been cited.

Giriş

XXI. yüzyılda, özellikle de özel sektörün sağlık iletişimi uygulamalarına gittikçe daha fazla dâhil olması ile birlikte, ‘stratejik’ sağlık iletişimi uygulamaları gündeme gelmiştir. ‘Stratejik’ sağlık iletişimi kavramı ile hedef kitlelerin sağlığını olumlu yönde etkilemek için kamu yararının birincil planda gözetildiği iletişim stratejilerinin kullanılması kastedilmemektedir. Eleştirel bakış açısı ile sağlık iletişiminin ‘stratejik’ olmasından kasıt; alıcılarda tutum ve davranış değişikliği sağlamaya yönelik uygulamaların, öncelikli olarak kamu yararı gözeterek değil, uygulayıcıların kendi çıkarları doğrultusunda tasarlanmasıdır. Günümüzde pazar oluşturmaya, talep yaratmaya, daha fazla tüketime, dolayısıyla da sağlığın metalaştırılmasına ve tıbbileştirilmesine katkıda bulunabilen bu tür ‘stratejik’ uygulamalar, sağlıkla ilgili anlamlandırmaların oluşmasında baskın hale gelmektedir.

Öncelikle Türkiye’de ‘sağlığın tıbbileştirilmesi’ teriminin son derece az kullanıldığı ve dolayısıyla konunun çeşitli paydaşlarca ele alınmasının çok sınırlı olduğu belirtilmelidir. Öyle ki, Google arama motoruna Türkçe olarak ‘tıbbileştirme’ kelimesi girilerek yapılan arama sonucunda sadece 771 sonuca ulaşılırken, ‘*medicalization*’ yazıldığında 529.000 sonuç karşımıza çıkmaktadır (bu rakam Amerikan İngilizcesindeki yazılışı olan ‘*medicalisation*’ referans alındığında ise 398.000’dir).

Bu makale sağlığın tıbbileştirilmesinde ‘stratejik’ sağlık iletişiminin rolünü tartışmak amacı ile yazılmıştır. İlk olarak sağlığın tanımlanması ve anlamlandırılmasında belirleyici kavramlar olan hastalık ve rahatsızlık kavramları, farklı tanımlamalarla ortaya konulacaktır. İkinci olarak sağlığın tıbbileştirilmesi ile ilgili bugüne değin yapılan akademik tartışmalar, literatür taraması yapılarak eleştirel bir analiz yapılacaktır. Son olarak da sağlık iletişiminin bir disiplin olarak ortaya çıkmasından bu yana geçen sürede, alanın kapsamının nasıl genişlediği ve ‘stratejik’ uygulamalar için nasıl uygun zemin hazırladığı ele alınacaktır. Ayrıca çalışmada, bireylerin sağlık, hastalık ve rahatsızlık algılamalarının oluşmasında son derece önemli bir yeri olan medyadaki sağlık haberlerinden sağlığın tıbbileştirilmesine katkıda bulunan bazı örneklerle de yer verilecektir.

Sağlık ile İlgili Algılamalara Temel Oluşturan Hastalık ve Rahatsızlık Kavramları

Sağlık ile ilgili algılamaların çıkış noktasını ‘hastalık’ ve ‘rahatsızlık’ kavramları oluşturmaktadır. Hastalık da, rahatsızlık da toplumun sosyal yapısı ile ilgilidir (Conrad: 2005:3). Clarke; sağlık, rahatsızlık ve hastalık ile ilgili deneyimlerimizin, içinde yaşadığımız sosyal, ekonomik ve kültürel çevreden etkilendiğini ifade etmektedir (2010: 3). Her iki kavram ile ilgili literatürde farklı bakış açılarından kaynaklanan çeşitli tanımlamalar yer almaktadır ve bu tanımların başlıcaları aşağıda ele alınacaktır.

Naidoo ve Wills hastalığın, sağlığın kaybedilmesinin öznel deneyimi olduğunu ifade etmektedirler (2000: 7). Başka bir deyişle hastalık ve rahatsızlık terimleri; hastalıkların ‘organik’ kökenleri ile ‘psiko-sosyal’ kökenleri arasındaki farkı ayırtetmede kullanılmaktadır (Cirhinlioğlu, 2001: 28). Bunun anlamı, hastalığın fizyolojik bir durum, rahatsızlığın da

muhtemelen hastalığın neden olduğu psiko-sosyal durum olarak görülmesidir (Conrad, 2005: 104). Öte yandan Cassell rahatsızlığı, “doktora gittiğinde hastanın ne hissettiği”, hastalığı ise “doktordan dönerken neyi olduğu” şeklinde tanımlamaktadır (1976: 27). Helman da “hastalık bir organın olduğu şeydir, rahatsızlık ise bir insanın” demektedir (1981: 544). Eisenberg ise bu iki kavram arasındaki ayrımı şöyle ifade etmektedir: “... hastalar ‘rahatsızlıklardan’ muzdariptirler; doktorlar ‘hastalığı’ teşhis ve tedavi ederler... Rahatsızlıklar; var olma ve sosyal işlevin durumlarında değersiz kılınmış değişikliklerdir: hastalıklar vücudun organları ve sistemlerinin yapısında ve işlevindeki anormalliklerdir” (1977: 11). Conrad da hastalığı “vücutta kendini değişiklikler ve işlev bozuklukları ile gösteren biyo-fizyolojik fenomen” olarak tanımlarken, rahatsızlığı ise “hastalığa eşlik eden ya da onu çevreleyen sosyal fenomen” olarak ele almaktadır (2005: 5). Sonuç olarak rahatsızlık ve hastalığın tanımlanması karmaşık bir konudur. Birçok rahatsızlığın biyo-fizyolojik temeli vardır (altında yatan bir hastalık), ancak bu, bir durumun hastalık olarak tanımlanması için yeterli değildir. Bu nedenle, muhtemelen hastalıklar olmadan rahatsızlığa sahip olunabilir veya var olan biyomedikal varlıktan tamamen bağımsız, yani tıbbi ve biyolojik parametrelerle tanımlanabilen rahatsızlıkların dışında rahatsızlıklar da söz konusu olabilir. Rahatsızlıklar, derinde kökleşmiş kültürel değerleri ve varsayımları da yansıtabilir. Bu da özellikle kadınların ve kadın hastalıklarının tıbbi tanımlama ve tedavisi için belirgin olabilir (Conrad, 2005: 104-105). Rahatsızlıklar ancak, fiziksel ve zihinsel şartların gözlemlendiği, teşhis ve tedavi edildiği daha geniş bir sosyal ve kültürel bağlamın göz önünde bulundurulması ile tamamen anlaşılabilir (Clarke: 2010: 5). Bu iki kavram arasındaki ayrımın net bir biçimde ortaya konulması sağlığın tanımlanmasında ve bunun sonucunda da sağlığın geliştirilmesi ve dolayısıyla sağlık iletişimi çabalarında önem taşımaktadır.

Sağlığın negatif tanımlamaları sağlığın tıbbi modeline, pozitif tanımlamalar ise sağlığın sosyal modeline temel oluşturmaktadır. Bu noktada sağlığın tıbbi ve sosyal modellerine daha ayrıntılı olarak değinmek faydalı olacaktır. Sağlığın tıbbi (ya da biyomedikal) modelinde, sağlıklı olmak hastalığın olmaması olarak ele alınmaktadır. Sağlığı çok dar bir şekilde tanımlayan bu modelde, bireylerin hastalıklarını tedavi etmek asıldır ve sağlık sorunları yalnızca hastalık sınıflandırılması kapsamında ele alınmaktadır (Jones, 2000: 29). Öyle ki sağlık, tıbbi model bağlamında hastalığın aynada yansıyan görüntüsüdür. Batı’nın modern sağlık hizmetlerinde baskın paradigması da sağlığın tıbbi modelidir. Medyadan yansıyan sağlık ve hastalık ile ilgili anlamlandırmalar yine büyük oranda bu modele dayanmaktadır. Tıbbi model, hastalıkları ölçülebilir değişkenlerin normlarından sapma olarak ele almaktadır. Bunu yaparken de rahatsızlığın sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutlarına değinmemektedir (Decker, 2005: 600). Bu modele göre, hastalığın kavramlaştırılmasında zihin ve beden arasındaki *dikotominin* (ikilik) varlığından yola çıkılır (Freund ve McGuire’dan aktaran: Clarke, 2005: 2).

Sağlığın pozitif tanımlamasından ise kast edilen, ‘iyi olma hali’dir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO: World Health Organisation). 1948 yılında kabul edilen tüzüğünde “*sağlık, yalnızca hastalıkların ve sakatlıkların olmayışı değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam iyilik halidir*” (WHO Constitution, 1948) denilerek, sağlık tanımına “hasta olmayan insan sağlıklıdır” ifadesinin ötesinde, dışsal etkenler de katılmıştır. Sağlığın negatif tanımlarında sadece tıbbi ve biyolojik parametreler yer alırken, pozitif tanımlamalarda

fiziksel, zihinsel ve sosyal unsurlar bir arada kullanılmaktadır. Böylelikle bilimsel disiplinlerin daha geniş çerçevede etkileşimleri söz konusu olmaktadır (Belek: 1993: 26).

Sağlığın pozitif tanımlamasından hareket eden sağlığın sosyal modelinde ise; sağlığın biyolojik faktörler kadar siyasi, ekonomik, sosyal, psikolojik, kültürel ve çevresel etkenler tarafından da etkilendiği ortaya konulmaktadır. Bu modelde sağlık durumunun genel bir 'iyi olma halini' (ancak iyi olma hali de göreceli, öznel bir kavramdır) yansıttığı kabul edilmektedir. Bu model, sağlığı ve hastalığı etkileyebilecek bireysel ve sosyal inançları, tutumları, normları da dikkate almaktadır. Sağlığın sosyalleştirilmesi olarak da ifade edilebilecek sağlığın sosyal modelinde, yoksulluk, işsizlik, yetersiz eğitim, kötü yaşam ve iş koşulları, sosyal dışlanma gibi faktörlerin sağlık üzerindeki olumsuz etkileri ele alınmaktadır. Sağlığın sosyal modelinde sağlık bireysel bir konu olarak değil, sosyal bir konu olarak ele alınır. Sosyal modelin yapı taşları sağlığın sosyal belirleyicileridir. Bu belirleyiciler; sosyo-ekonomik durum (gelir, eğitim, barınma koşulları, sosyal değerler), kültür (medya, gelenekler, dinsel inançlar, değerler, sosyal kurumlar, politik sistem), sosyal ağ (okul, iş, aile, dinsel kurumlar, sosyal kulüpler) ve aile yapısı (çekirdek ya da geniş aile, boşanma, ayrı yaşama) olarak sayılabilir (Last,1987: 213). Bu model, DSÖ'nün de benimsediği modeldir. Öte yandan sağlığın sosyal modelinin, sağlığın tıbbi modelini dışlamadığını da belirtmek yerinde olacaktır. Ancak sağlığın sosyal modeli kimi sosyologlar tarafından tıbbi modele bir alternatif olarak görülmemektedir. Sosyal modele eleştiri getiren sosyologlar arasında O'Brien (1995) ve Kelly ve Charlton (1995) gelmektedir. Örneğin Kelly ve Charlton, sosyal modeli tıbbi modelin "suç ortağı" olmakla şu şekilde itham edilmektedirler:

"Tıbbi modelde patojenler; mikroplar, virüsler ya da hücrenel yeniden üretimin hatalı çalışmasıdır. Sosyal modelde ise kötü barınma, yoksulluk, işsizlik ve güç yoksunluğudur. Söylem farklı olabilir, ancak epistemiyoloji aynıdır. Sosyal model bizim görüşümüze göre itibarı sarsılmış tıbbi modele alternatif değildir, suç ortağıdır" (1995: 82).

Tıbbi modelin sınırlılıkları karşısında sosyal modelin aşırı genişleme eğiliminin de olumsuz sonuçları olabilir, ancak, şu da unutulmamalıdır ki bu iki model arasında hastalıkların önlenmesi, sağlıkla ilgili risklerin yönetilmesi ve sağlığın geliştirilmesi konularında ortak çıkarlar bulunmaktadır.

Bugün gelinen noktada sağlığın var olan dört tanımı tıp, sosyoloji ve psikoloji literatüründe yer almaktadır ve bu tanımlar şu şekilde sınıflandırılmaktadır: (1) Klinik olarak araştırılabilir hastalığın yokluğu (tıbbi model) (2) rahatsızlığın olmayışı (öznel algılamalar), (3) tamamen iyi olma hali- ki DSÖ'nün kabul ettiği, en kapsamlı ve idealize edilmiş tanımlamadır- ve (4) normatif beklentiler (toplumun normları ve beklentilerine uyum sağlamak için bireyin kapasitesi üzerinde durur) (Clarke, 2010: 31). Bu tanımlamalar kronolojik bir sıralama izlemektedir. Görüleceği üzere, bu tanımlama ile birlikte sağlık daha fazla bireyselleştirilmekte ve odak nokta hastalığa ve rahatsızlığa neden olan etkenlerden uzağa çekilmektedir. Dolayısıyla sağlık iletişimi uygulamalarında bu tanımla temel alan uygulamalar da artmaktadır.

Sağlığın Tıbbileştirilmesi (*Medicalization*) Tartışmaları

Tıbbi bir sosyal kontrol etmeni olarak ilk kavramlaştıran Parsons’un (1951) ardından Pitts (1968) ve Conrad (1975), normalden sapmanın tıbbileştirilmesi üzerinde durmuşlardır. Friedson (1970), Zola (1972) ve Illich (1976) ise, tıbbın yetki alanına giren insanlık hallerindeki genişlemeye dikkat çekmişlerdir. Tıbbileştirme kavramını ilk kullananlardan Zola, bu kavramı “günlük yaşamın gitgide daha fazla tıbbi tahakküm, etki ve gözetim altına girdiği bir süreç” olarak tanımlamaktadır (1983: 295). Zola’ya göre bu kavram, tıbbın bir sosyal kontrol kurumu olarak büyümesi anlamına gelmektedir ve beraberinde de normalden sapmanın, insan yaşamının süreçlerinin tıbbi bakış açısı ele alınması sonucunu getirir (1972: 487-504).

Ivan Illich her ne kadar ‘tıbbileştirme’ terimini kullanmadıysa da, tıbbi modele sert eleştiriler getirilmiştir. Illich, özellikle de ‘*Medical Nemesis*’ (1974) adlı eserinde, sağlık kavramının bütünüyle tıbbi bir kavram haline gelişini eleştirmektedir. Illich, sağlığın tıbbileştirilmesinin son noktasında sağlıkla ilgili süreçlerin bütünüyle tıbbi terimler ile algılanmaya başladığını ifade eder. Öyle ki sağlıklı olmak, yalnızca test sonuçlarının normal sınırlarda çıkıp çıkmamasıyla açıklanır. Aslında burada tıbbileştirilen yaşamdır. Yani tıbbi kararların ve tekniklerin yaşam döngüsünün doğum ve ölüm gibi sıradan evrelerinin çok ötesine geçmesi söz konusudur. Illich, doktorların herhangi özel bir ahlâki eğitimden geçmedikleri halde, yaşam ve ölüm kararları veren kişiler olarak görüldüğünü belirtir. Illich’e göre sağlık, otonomi anlamındadır ve bu otonomi ya da sağlık, yaşamın tıbbileştirilmesi ile alt üst edilmiştir. Sağlığı yadsıyan tıp kurumunu sağlık için büyük bir tehlike olarak gören Illich, bu durumu bir salgın olarak değerlendirir ve bu yeni salgına ‘*Iatrogenesis*’ (hekim kökenli: klasik Yunancada *iatros* ‘hekim’, *genesis* ise ‘köken’ anlamındadır) adını verir. Tıbbileştirme, başta gereksiz ilaç tüketimi olmak üzere sağlıkla ilgili çoğunluğu gereksiz arz ve talepleri de beraberinde getirmektedir ki bu durum da, Illich’in deyişiyle yeni bir sağlıksızlık kaynağı olabilmektedir. Tıptaki ve ilaç sektöründeki ilerlemelerin yeni hastalıklara yol açtığını iddia eden Illich, bu *iatrogenic* etkilerin sağlık hizmetinin bir mala dönüşmesine neden olduğunu belirtir. Örneğin sezaryen, bir cerrahi müdahale ile doğumu bir tüketim nesnesine dönüştürmektedir. Öyle ki, sağlık hizmeti standart bir mala dönüşmüş ve tüm acılar da “hastanelik” olmuştur. Illich’e göre modern tıba karşı güven bunalımı söz konusudur ve bu epidemiyi durduracak olan etkili güç de, hekim olmayanlarda mevcuttur (Illich, 1974: 918-921; Illich, 1975: 22-35).

DSÖ’nün hazırladığı “Dünya Çapında Endemik Sağlık Hizmetleri ile İlişkili Enfeksiyonlar Hakkında Rapor”, Illich’in eleştirilerini haklı çıkaracak bir örnek olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu rapora göre ‘sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonların’ (HCAI: Health care-associated infections); hastanede uzayan yatış süresi, mikroorganizmaların mikrop öldürücülere karşı artan dirençleri, sağlık sistemlerine ilave edilen büyük çaplı finansal yük, hastalar ve aileleri için artan maliyet üzerinde etkili olduğu ve ölüm oranlarında artışa neden olduğu ifade edilmektedir. Öyle ki Avrupa’da bu enfeksiyonlar hastanede 16 milyon gün daha fazla kalınmasına ve 37.000 isnat edilebilir ölüme neden olmakta, ayrıca buna her yıl 100.000 kişinin ilave edilmesine de katkıda bulunmaktadır. Yıllık finansal kayıp ise sadece doğrudan maliyetler dikkate alındığında yaklaşık 7 milyar Avrodur. Ancak raporda, bu soruna yönelik olarak yerel belirleyicilerin

saptanması, mikrobiyoloji laboratuvarlarının arttırılması, ulusal düzeyde raporlama ve sürveyans protokollerinin geliştirilmesi (DSÖ, 2011: 3; 23) gibi çoğunlukla tıbbi modelden hareket eden çözüm önerileri sunulmaktadır. Bu amaçla hazırlanan sağlık iletişimi uygulamaları da genellikle biyo-medikal etmenler hakkında bilgilendirmeye dayalıdır (sağlık profesyonellerine, hasta ve hasta yakınlarına yönelik broşürler hazırlanması, hastanelere uyarı tabelaların asılması gibi). Ancak, özel hastanelerde daha fazla gelir elde etmek amacıyla hastaların yatış süresinin kimi zaman gereksiz yere uzatılması ile ilgili bir çalışma gerçekleştirilmemektedir.

Ivan Illich, *Medical Nemesis*'i kaleme almasından yaklaşık 25 yıl sonra Le Monde Diplomatique'e yazdığı bir makalesinde, söz konusu eserinde tıp bilimini bir konu değil, bir örnek olarak ele aldığını açıklama gereği duymuştur. Illich bu makalesinde, kitabında tıp kurumunun o dönemde nasıl diğer modern kurumlar gibi mit oluşturan törenler olarak ele alındığı bir söylemin varlığına dikkat çektiğini hatırlatmaktadır. Illich, *Medical Nemesis*'in "tıp kurumu sağlığı tehdit ediyor" cümlesi ile başladığını ama artık doktorların, biyolojik durumun yöneticisi olmaktan çıktıklarını ifade etmektedir. Endüstriyel sistemin sağlığı geliştirme iddiasının artık asıl sorun olduğunu ileri süren Illich, bugün olsa bu cümleyi şöyle kuracağını belirtmektedir: "Sağlığın aranması baskın bir patojen etmen haline geldi". Sajay Samuel'in hastalığın günümüzde "fiziksel bedenden mali bedene geçiş" olarak yeniden tanımladığı ifadesine göndermede bulunan Illich (1999: 28), sağlığın anlamlandırılmasında yeni parametrelerin artık finansal olduğunu savunmaktadır.

Illich yukarıdaki paragrafta yer alan tezini savunurken XX. yüzyılın ortalarına doğru sağlığın aranması kavramının bugünkünden çok farklı olduğunu ileri sürmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki mükemmel sağlık takıntısı baskın bir patojen etmen haline gelirken, tıbbi sistem hiç durmadan yeni bakım ihtiyaçları yaratmaktadır. Ancak sağlık arzı ne kadar büyük olursa, insanlar da o kadar sorunları, ihtiyaçları, hastalıkları olduğunu ifade etmektedirler. Illich, 'Janus'un¹ sağ gözünün' mortalite-morbidite istatistiklerinde olduğunu ve bu rakamlardaki düşüşün tıbbi arzın bir sonucu olarak yorumlandığını belirtir. Öte yandan 'Janus'un sol gözünün' ise antropolojik çalışmalarda olduğunu ve "nasılsın?" sorusuna verilen cevapların araştırılmasından da kaçınılmadığını ifade etmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki arz ne kadar fazla ise insanlar da o oranda ihtiyaçları, hastalıkları olduğunu belirtmekte ve risklere karşı garanti istemektedirler. Oysaki az gelişmiş ülkelerde yaşayanlar durumlarını kabullenmekte ve bu soru kendilerine yöneldiğinde: "İyiyim; şartlarıma, yaşıma, karmama göre" diye cevap vermektedirler. Sonuç olarak, bugün sağlıklı olmak bir hak değil, her şeyin üzerinde bir görev haline gelmiştir, öyle ki "doğru" davranışlar ve yaşam biçimleri bu göreve uygun olarak uygulanmalıdır. Paradoksal olarak mükemmel sağlık takıntısı, kronik hastalıkların artmasına neden olabilmektedir ve patolojik olarak tanımlanan her şeyin önlenmesini içermektedir. Illich, herkesin ilerlemenin beden acılarına bir son vermesini, gençliğin tazeliğinin daha uzun sürmesini, hayatı sonsuza kadar uzatmasını, acı çekmemeyi istediğini belirtmektedir. Bugün insanoğlunun sağlığa ihtiyacının biosferin bir alt-sistemi gibi, bağışıklık sistemi gibi; tıpkı bir yaşam gibi kontrol edilmesi, düzenlenmesi, en uygun şekilde getirilmesi gerekmektedir. Ancak bu bakış açısı, yaşayan bir canlı olma deneyimini oluşturan etmenler üzerinde durmamaktadır ve sonuç olarak da deneyimin yaşama düzeyine indirgenmesi nedeniyle konu kendisini boğan bir boşluğa düşmektedir (1999: 28).

Değişen sadece sağlığın aranması değildir; hastalıkların teşhis ve tedavisinde de köklü değişiklikler söz konusudur. Illich, XVIII. yüzyılda doktoru ziyaret etmenin bir “söyleşi” olduğunu hatırlatmakta ve tıp sanatının o dönemde bir dinleme sanatı olduğunu ancak bu durumun zamanla kaybolduğunu, artık hastanın aletle (stetoskopla) ve diğer görüntüleme araçları ile “dinlendiğini” ifade etmektedir (1999: 28).

Conrad ve Schneider, tıbbileştirmeyi tıbbın yetki alanının genişlemesi ve bir zamanların ‘normal’ yaşam etkinlikleri ve deneyimlerini içeren genel bir sosyal eğilim olarak değerlendirmektedirler (1980a: 14; 1980b: 77). Tıbbileştirmenin üç düzeyi bulunmaktadır: kavramsal, kurumsal ve etkileşim düzeyleri. Kavramsal düzeyde, sorunun tanımlanması için tıbbi dil kullanılır. İkinci olarak kurumsal düzeyde sorunun yönetilmesinde meşruluk kazanmak için diğer otoritelerle iş birliği yapılması yer alır. Üçüncü ve son düzeyde ise sorunun ‘tıbbi’ olarak tanımlandığı ve tıbbi tedavinin uygulandığı doktor-hasta etkileşimi düzeyi söz konusudur (Conrad ve Schneider: 1980b: 76). Lowenberg ve Davis, tıbbileştirmenin bu üç düzeyinin potansiyel olarak bölümlere ayrılabilir bir fenomen olarak görülebileceğini belirtmektedirler. Ayrıca sağlığın sosyal modelinde ele alınan holistik (bütüncül) yaklaşımların tek başına tıbbileştirmeye ya da tıbbileştirmenin (*demedicalization*) durdurulmasına kanıt teşkil etmeyeceğini de iddia etmektedirler (1994: 582; 594).

Tıbbileştirmenin (*medicalization*) temelinde sağlığın tıbbi modeli yer almaktadır. Tıbbileştirme sonucu ADHD (attention deficit hyperactivity disorder: dikkat eksikliği bozukluğu ya da hiperaktivite), anoreksi, kronik yorgunluk sendromu, sosyal fobi ve travma sonrası stres bozukluğu gibi aslında çıkış noktası itibarı ile tıbbi olmayan sorunların tıbbi sorunlar olarak tanımlanması söz konusudur (Conrad, 2007: 3). Öte yandan yaşlanma, doğum ve ölüm gibi yaşam sürecinin olağan durumları da tıbbileştirilmektedir.²

Andropoz, kellik ve cinsel iktidarsızlık da, son dönemlerde tıbbileştirmenin kapsama alanının genişlediğini gösteren örneklerdir (Conrad, 2007: 23). Örneğin bu ‘durumların’ birer hastalık gibi ele alındığı ve dolayısıyla da sağlığın tıbbileştirilmesini destekler nitelikteki sağlık haberlerine şu tür örnekler verilebilir: “*Menopozda ezber bozan tedavi*” haberinde menopozun tedavisi olan bir hastalık olarak ele alınmaktadır (Hürriyet Kelebek eki, 28 Ocak 2015). Yine benzer şekilde “*Cildimiz yaşlanmaya ne kadar karşı durabilir? Kök hücre tedavisi neler vaat ediyor*” başlıklı haberde de yaşlanma bir hastalık gibi ele alınmakta ve ‘hastalar’ belirli bir anti-aging tedavisine yönlendirilmektedirler (Milliyet Pembe Nar, 4 Ekim 2016). Öte yandan “*Kepece kulak nasıl tedavi edilir?*” haberinde de kepece kulaklara sahip olmanın bir hastalık olduğu ima edilmekte ve bir doktor tarafından tedavi yöntemi olan ameliyatın teknik detayları aktarılmaktadır (Habertürk, 26 Ekim 2016). “*Kelliğin tek ilacı, saç ekimi*” haberi ise Sağlık Aktüel internet sitesinde yer almaktadır. Bu haberde, erkeklerde saç dökülmesinin ciddi bir estetik sorun olduğu ifade edilmekte, öte yandan bu estetik soruna ‘tedavi’ olarak saç ekimi önerilmekte ve bunun ‘tek çare’ olduğu belirtilmektedir. Erkeklerin ‘tek aksesuarının’ saçı olduğu vurgusunun bir doktor tarafından yapıldığı haberde ‘hastalar’, yine saç ekimine yönlendirilmektedirler (Sağlık Aktüel, 15 Kasım 2015).

Hiçşüphesizki bireylerin sağlık ve ayrıca hastalık verahatsızlık ile ilgili algılamalarının oluşmasında medyadaki sağlık haberlerinin önemli bir etkisi bulunmaktadır. Sağlık iletişimde kaynağın (özel sağlık hizmetleri kuruluşları, sağlık profesyonelleri, genel sağlık otoritesi ve bağlı kurumlar, üniversiteler ve araştırma kuruluşları, ilgili STK'lar, başta ilaç şirketleri olmak üzere özel işletmeler) mesajları 'her yerde hazır ve nazır medya' aracılığı ile hedef kitlelere iletilir. Ancak bu mesajlar, neoliberal hegemonyanın hâkim olmadığı, sosyal devlet anlayışı bağlamında halk sağlığının birincil planda tutulduğu sağlık uygulamalarının haricinde sağlığın tıbbileştirilmesine genellikle katkıda bulunur. Medyadaki sağlık enformasyonları genellikle paradoksal, ticarileşmiş, bireyselleştirilmiş ve sansasyoneldir (Çınarlı ve Yılmaz, 2010: 180). Öte yandan 'tıbbin standartlaştırılması' ve 'kozmetikleştirilmesi' de medya aracılığı ile yaygınlaştırılır (Sezgin, 2011: 65).

Öte yandan 1970'ler ve 80'lerde bazı ikinci-dalga feministler ise doğumun tıbbileştirilmesini eleştirerek tıp mesleğinin kadınların yaşamları üzerinde sosyal kontrol uyguladığını belirtmişlerdir (Oakley'den aktaran Ballard ve Elston, 2005: 232). Kurumsallaşmış tıbbi tahakküm, genel tıbbileştirme eğiliminde ana etmendir. Ballard ve Elston ise, artık günümüzde tıbbi tahakküm ve tıbbileştirmenin eş anlamlı olmadığını ortaya koyan literatür olduğunu ve sıradan insanların illa ki tıbbileştirme karşısında pasif olarak tıbbileştirme sürecine bağımlı olmadıklarını ya da tıbbileştirme nedeniyle zarar görmediklerini belirtmektedirler. Ballard ve Elston, bu savlarını Riesmann'ın (1983) orta-sınıf kadınların doğum sırasındaki seçimlerini örnek göstererek desteklemektedirler. Söz konusu kadınlar, kendilerinin ve ailelerinin iyi olma hallerini geliştirmek için acı çekmeden diledikleri doğum biçimini seçerek aktif olarak deneyimlerini tıbbi sınıflandırmalar ile yeniden tanımlarlar. Böylelikle de kendilerinin tıbbileştirilmelerine katkıda bulunurlar. Bu örnekte olduğu gibi kendi tıbbileştirilmesine katkıda bulunan kadın, menopozun tıbbileştirilmesine de karşı çıkmıştır. Hatta hormon replasman tedavisi (HRT: Hormone replacement therapy) yerine aktif olarak tedavi önerisi hakkında enformasyon aramış ve edindiği enformasyonları değerlendirmiştir (2005: 233-234). Ancak bu noktada 'enformasyon arayanlar' (*information seekers*) sınıflandırması kapsamında değerlendirilebilecek davranışın gerçekleşebilmesi için belirli sosyo-ekonomik koşullarının sağlanmış olmasının gerekli olduğu varsayılmaktadır.

Sağlığın tıbbileştirilmesinde rolü olanların başında alternatif tedavi uzmanları, medya ve ilaç sektörü gelmektedir. Bahsi geçenler, aslında daha hassas ve yapıcı olarak düşünülmesi gereken sosyal, siyasi ve bireysel kökene sahip sorunları bize biyo-medikal ve indirgemeci yaklaşımları ile "satarken", sonuç olarak günlük yaşamın tıbbileştirilmesi söz konusudur (Goldacre, 2008). Tıbbileştirme aslında kısaca, pazar yaratılması ile ilgilidir. Aşağıda yer alan paragrafta 'pazar mantığı' kapsamına sokulan sağlığın nasıl bir mal gibi alınıp satıldığı şu şekilde açıklanmaktadır:

"Geçtiğimiz son yirmi yıl, şirketlerin gündeminin sağlık ve sağlık hizmetleri alanında hızla yayılmasına tanık oldu. ABD'de sağlık hizmetine evrensel erişim sistemine doğru gidilmesi yerine klinik hizmetlerine erişim ve kalitesi artan bir şekilde sigorta şirketlerine devredildi. Hastalar artık "müşteri" ve klinik hizmetler de "üretim hattıdır". Daha fazla klinik araştırma şimdilerde Ulusal Sağlık Enstitülerince (National Institute of Health) değil ilaç endüstrisince finanse ediliyor; ilaç şirketlerinin dolarları en üst seviyedeki akademisyenlerin maaşlarını modüyor ve ulusal araştırma gündemini belirliyor. Hekimler ve hastalar, benzer şekilde etkinliği şüphe götürülen pahalı ilaçları tüketirmeye yönelik (çoğunlukla eğitim süsü verilmiş) sofistike reklam kampanyaları ile baştan çıkarılıyorlar. Pazar mantığının sağlık

hizmetlerine sokulması beraberinde sağlık hizmetleri harcamalarını frenleme umudunu getirmedi. ABD, tıbbi bakıma kişi başına diğer bütün ülkelerden daha fazla harcamasına rağmen pek çok sağlık göstergesinde zayıf performans gösterir; yaşam beklentisinde dünyada 27’inci sıradadır.” (Anderson vd., 2005: 27).

Hiç şüphesiz ki manipülatif stratejilerin kullanılmasına olanak tanıyan bir sistem içinde kendi gündemini yaratan ‘sağlık endüstrisi’; halkın sağlığının korunması ve geliştirilmesinde etkili olamaz.

Öte yandan Ballard ve Elston 1970’li yıllarda ortaya atılan tıbbileştirme ‘tezlerine’ getirdikleri eleştirilerinde tıbbileştirmenin artık post-modern döneme girildiği için geçerliliğini yitirdiğini savunmaktadırlar. Tıbbileştirmenin çok daha karmaşık olduğunu ifade eden Ballard ve Elston, tıbbileştirmenin Conrad ve Schneider’in (1992) belirttikleri gibi akılcılık ve bilimin ilerlemesine bağlı olduğunu, ancak modernitenin ilerisine doğru geçildiği için tıbbileştirmede bir azalma beklentisinin söz konusu olabileceğini öne sürmektedirler. Öyle ki sağlık hizmetlerinin ‘tüketicileri’ tıbbileştirmeye direnmekte aktif rol oynamaktadırlar. Post-modernite ile birlikte sağlık hizmetleri tüketicileri gittikçe artan biçimde pek çok tıbbi seçimi çevreleyen risklerin ve belirsizliklerin farkına varmaktadırlar. Ayrıca bu yeni dönemde uzmanlara duyulan güven azalmaktadır (2005: 228). Sağlığın tıbbileştirilmesinin aslında tarafsız bir değere sahip olduğunu iddia eden Eric Parens ise Conrad vd.’lerinin bir eserine gönderme yaparak tıbbileştirmenin, küreselleşme veya laikleşme gibi bir sosyal süreci tanımladığını, değişimin iyi ya da kötü olduğunu ima etmediğini belirtir (2011: 28).

Batı toplumlarında medyadaki başat sağlık, hastalık ve rahatsızlık anlamlandırmaları da sağlığın tıbbi modelini yansıtmaktadır. Tıp, medya tarafından sosyal ve ideolojik bir güç olarak büyütülmektedir (Naidoo ve Wills, 2000: 9). Tam da bu noktada sağlık hizmetleri ‘tüketicilerinin’ kendi sağlıkları ile ilgili bilgilendirilmiş karar alabilmelerinin, kamusal alandaki tartışmaların stratejik bazı uygulamalarla manipüle edilebildiği, güvensizlik ve belirsizliğin desteklendiği bir ‘korku kültürü’ ikliminde ne kadar mümkün olduğu sorusunu da sormak gereklidir.

Ballard ve Elston, postmodernite ile birlikte tıp mesleğinin ‘yayılmacı’ eğilimlerinin etkisinin azaldığını, çatışan ve birbiri ile rekabet eden çıkarların varlığı nedeni ile tıbbi tahakkümün farklı bağlamlarda ele alınması gerektiğini ifade etmektedirler. Ayrıca, XX. yüzyılın ortalarında geçerli olan normalden sapmanın, bir sosyal kontrol aracı olarak tıbbileştirilmesinin artık söz konusu olmadığını da savunmaktadırlar (2005: 239). Postmodernitenin, modernitenin tam da kaldığı yerden devam ettiği, diğerini geride bıraktığını kabul ettiğimizde ilerlemenin kaçınılmaz olduğu ve tıbbileştirmenin inkâr edilmesinin de doğal olduğu ileri sürülebilir. Ancak, içinde bulunduğumuz dönemi Ulrich Beck’in Risk Toplumu tezinde ileri sürdüğü gibi postmoderniteyi inkâr ederek ‘ikinci modernite’ ya da ‘geç modernite’ (1992, 1999) olarak okuduğumuzda, risklerin ticarileşmesinin tıbbileştirme üzerindeki etkileri ile karşı karşıya kalırız.

Sağlık İletişiminin Genişleyen Kapsamı ve ‘Stratejik’ Sağlık İletişimi

Sağlık iletişimi hem halk sağlığı açısından hem de sivil toplum kuruluşları ve özel sektör için önemli bir alan haline gelmiştir. Sağlık iletişiminin günümüzdeki amaçları

sağlığın geliştirilmesi çabalarına uygun olarak bilgilendirmek, enformasyon alışverişi yapmak, hedef kitleleri motive etmek, tutumları, davranışları değiştirmek, anlamları ya da enformasyonu paylaşmak ve bireyleri ya da toplulukları etkilemek, politikalar oluşturmak ev ayrıca da sosyal değişimi desteklemek ve sürdürmek olarak sayılabilir (Schiavo, 2007: 7). Medikal tıptan sosyolojiye, psikolojiden epidemiyolojiye, enformasyon teknolojileri ve antropolojiye kadar pek çok disiplinin bir araya gelerek oluşturduğu disiplinler-üstü bir alan olarak da tanımlanabilen sağlık iletişiminin en temel bileşeni ise yukarıda yer alan tanımlarda da görüleceği üzere, kendisi de çok disiplinli bir alan olan iletişimdir.

Gerek kitle iletişimi, gerekse kişilerarası düzeyde ve örgütsel düzeyde ele alınan sağlık iletişimi disiplininin araştırma alanları oldukça geniştir (Tabak, 2006: 30). Bu araştırma alanlarının arasında sağlığın algılanması, sağlık hizmeti sağlayanlar-hastalar arasında iletişim, sağlık kuruluşlarının aralarındaki ağlar, kültürlerarası iletişim ve sağlık ile ilgili inançlar, sağlık riskleri ile ilgili mesajlar, sağlık kampanyası için mesaj tasarımı ve iletimi, kitle iletişimindeki sağlık enformasyonu ve sağlığın medyada temsili sayılabilir. Ayrıca özellikle son yıllarda sağlık hizmetlerinde yeni teknolojilerin kullanılması gibi alanlar da sağlık iletişimi dâhilinde yer almaktadır. Her ne kadar yeni teknolojiler sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve sağlık eğitimi alanlarında kullanılarak sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunsun da bu teknolojiler aynı zamanda da pazar oluşturmaya ve tüketime yöneltmeye de katkıda bulunabilmektedir.

Bugüne değin sağlık iletişimi disiplininin pek çok tanımı yapılmıştır. Sağlık iletişimi kavramı ilk olarak 1971 yılında Ulusal Kanseri Enstitüsü (NCI: National Cancer Institute) tarafından kullanılmıştır. Tanımlamayı ilk yapan ise Uluslararası İletişim Derneği'ne (ICA: International Communication Association) bağlı olarak kurulan Sağlık İletişimi Birimi'dir (Health Communication Division). 1975 yılında yapılan bu tanımlamada sağlık iletişimi "*sağlığı geliştiren bireysel ve topluluklara ait kararlarda bilgilendirmek ve etkili olmak için yöntemlerin kullanılması ve incelenmesi*" olarak ifade edilmektedir (US Department of Health and Human Services, 2001). Dünyanın önde gelen uluslararası sağlık kuruluşu Hastalıkların Kontrolü ve Önlenmesi Merkezleri (CDC: Centers for Disease Control and Prevention) ise bu disiplini "*sağlığı geliştirmek, kişilerin, toplumun sağlıkla ilgili kararları üzerinde etkili olmak ve bilgilendirmek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanımı*" olarak tanımlamaktadırlar (2003). Bu tanımlama, bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili bilgilendirilmiş karar alabilmeleri açısından önem taşımaktadır. Öte yandan Schiavo'nun daha yakın bir tarihte yapmış olduğu sağlık iletişimi tanımı da şu şekildedir:

"Sağlık iletişimi farklı kitlelere ulaşmak ve sağlıkla ilgili enformasyonu; bireyleri, cemaatleri, sağlık profesyonellerini, özel grupları, politika üretenleri ve halkı etkileme, işin içine katma ve destekleme amacı ile sonucunda sağlık çıktılarını geliştirecek bir davranışı, uygulamayı ya da siyaseti savunmak, sunmak, benimsemek ya da sürdürmek için paylaşılan çok yönlü ve çok disiplinli bir yaklaşımdır." (2007: 7).

Sağlık iletişiminin ortaya çıktığı 1970'lerden bu yana kapsamının nasıl 'genişletildiğinin' ele alınması, günümüzde 'stratejik' uygulamalara nasıl bir zemin oluşturabildiğini görmek açısından önemlidir. Sağlık iletişimi kronolojik olarak dört dönemde ele alınabilir. Sağlık iletişiminin ortaya çıktığı ilk dönem, 'klinik dönem' olarak

adlandırılmaktadır. Bu dönemde insanlar hizmetin nerede olduğunu bilirlerse yollarını bulacakları görüşünden hareket edilmiştir. İkinci dönem ise daha proaktif olan ‘saha dönemi’dir ve bu dönemde farklı enformasyon, eğitim ve iletişim uygulamaları söz konusu olmuştur. Üçüncü dönem ise ‘sosyal pazarlama’ dönemidir ve ticari kavramlardan yola çıkılmıştır ve tüketicilerin istedikleri ürünleri finanse edilmiş fiyata satın almaları söz konusudur. Son olarak, içinde bulunduğumuz dördüncü dönem ise ‘stratejik davranış iletişimi’dir ve davranış bilimi modellerine göre temellendirilmiştir. Buna göre, sosyal normları ve siyasa üretme ortamı ihtiyacını etkilemek üzerinde durulur. Böylelikle hem bireysel ve hem de sosyal değişimin tekrarlı ve dinamik süreç haline gelmesi için olanak sağlanacak ve bireylerin güçlendirilmesi sağlanacaktır (Pietrow vd.’den aktaran Schiavo: 2007: 14). Bu bakış açısına göre hedef kitlelerin ihtiyaçları, inançları, tabuları, tutumları, yaşam biçimi ve sosyal normlarının derinlemesine anlaşılması gerekir. Böylelikle alıcı için uygun ortam yaratılabilir ve enformasyon da bu hedef kitlelerle paylaşılabilir; paylaşılan enformasyon ise hedef kitle tarafından anlaşılabilir, özümser ve tartışılabilir (Schiavo, 2007: 6). Bu dördüncü dönem yukarıdaki alt-bölümde ele alınan sağlık tanımlarından ‘normatif beklentiler’ ile uyum halindedir. ‘Bireysel kapasite geliştirme’ (*individual capacity building*) ve ‘sağlık okuryazarlığı’ (*health literacy*) gibi terimler de bu dönemde ortaya atılmıştır. Bu anlayışın bireye daha fazla görev ve sorumluluk yüklediğini, sonuç olarak da gittikçe daha fazla bireyselleştirme sonucu topu “tüketiciye” attığını söylemek yanlış olmayacaktır. Örneğin tütün ve tütün mamullerinin tüketilmesine yönelik sağlık iletişimi kampanyalarında sigaradan kaynaklanan hastalıklara yer verilerek bireyden bu zararlı alışkanlığını bırakması istenirken, sigara üreticilerinin sorumlulukları üzerinde genellikle durulmaz.

Sağlık iletişimin genişleyen kapsamı; hiç şüphesiz ki sağlığın anlamlandırılmasını ve dolayısıyla da hastalık rahatsızlık kavramlarının tanımlanmasını daha karmaşık hale getirmiştir. Sağlığın tıbbileştirilmesi ve bireyselleştirilmesi ile birlikte dikkatler medyanın da etkisi ile hastalığa neden olan sosyal, ekonomik ve siyasi etmenlerden uzağa çekilmektedir. ‘Stratejik’ hale gelen sağlık iletişimi uygulamaları, neoliberal düzen içinde kendine düşen rolü oynamaktadır.

Sonuç

Sağlığın gittikçe artan bir oranda piyasa koşullarında alınıp satılan bir meta olarak ele alınması, onu manipülatif amaçlarla kullanılmasına açık hale getirmektedir. Öyle ki günümüzde pazar oluşturmaya, talep yaratmaya, daha fazla tüketime, dolayısıyla da sağlığın metalaştırılmasına ve tıbbileştirilmesine katkıda bulunabilen ‘stratejik’ sağlık iletişimi uygulamaları büyük bir yoğunlukla sağlıkla ilgili anlamlandırmaların ve yeniden üretimlerin oluşmasında baskın hale gelmektedir. Ayrıca toplumda artan risk algılaması ve yeni teknolojiler de, tıbbileştirme için potansiyel oluşturabilir. Sonuç olarak, bu tür manipülatif uygulamalar halk sağlığı açısından olumsuz çıktılara neden olabilmektedir.

Sağlık iletişimi uygulamaları ‘stratejik’ ve dolayısıyla da sağlığın tıbbi modelinin ‘ortak-akıl’ olarak ele alındığı enformasyonları değil, sosyo-ekonomik ve fiziksel çevrede olumlu değişiklikleri oluşturacak politikalara destek sağlamak, halk sağlığını ve sağlık

hizmetlerinin sunumunu geliştirmek amacı ile tasarlanmış mesajları iletmelidir. Ayrıca sağlık hizmetlerine ulaşmadaki eşitsizliklerin giderilmesi, daha iyi sağlık eğitimi, iş sağlığı ve güvenliği çıktılarının elde edilmesi sağlık iletişiminin hedefleri arasında olmalıdır.

Bireylerin sağlık, hastalık ve rahatsızlık ile ilgili algılamalarının oluşmasında son derece önemli bir yeri olan medyadaki sağlık haberleri de sağlığın tıbbileştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık haberciliğinin sağlık iletişimi dâhilinde değerlendirilmesi ve bireylerin sağlık okuryazarlığı bağlamında medya okuryazarlığının öncelikli olarak ele alınması gereklidir.

Tıbbileştirmeyi durdurmak (*demedicalization*) için atılacak ilk adım tıbbileştirmenin anlaşılması ve çeşitli platformlarda tartışılmasıdır. Öte yandan tıbbileştirmeyi teşvik eden güçlerin analizi doğru yapılmalı ve hastalığın gerçek nedenlerinden uzaklaştıran bakış açısı yerine, sağlığın sosyal belirleyicilerine dikkat çekilmelidir. Ayrıca başta ilaç sektörü olmak üzere özel çıkarın fon sağladığı sağlık iletişimi uygulamalarına dikkatle yaklaşılmalıdır. Tüm bu çabalar hiç şüphesiz ki disiplinlerarası araştırmalar ve çalışmalar ile mümkün olabilir.

Notlar

1 Janus: Şehirlerdeki girişleri ve geçitleri koruyan önemli bir Roma tanrısı. Biri ileriye, diğeri geriye doğru bakan iki yüz ile tasvir edilir. Aynı zamanda da başlangıçların ve sonların tanrısıdır. Modern takvimdeki Ocak ayı için kullanılan İngilizce 'January' kelimesinin kökeni Janus'dur (Cavendish, M., *Gods, Goddesses and Mythology*, 6th Vol., London: Marshall Cavendish Corporation, 2005).

2 Doğum, ölüm ve cinselliğin tıbbileştirilmesi ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Moynihan, R. ve Smith, R. (2002). "Too much medicine?", *BMJ*, 324: 859-860.

Kaynaklar

Anderson, M. R., Smith, L. ve Sidel, V. W., (2005). "What is Social Medicine?", *Monthly Review*, 56, (8), s. 27-34.

Ballard, K. ve Elston, M. A., (2005). "Medicalisation: A Multi-Dimensional Concept", *Social Theory and Health*, 3, s.228-241.

Belek, İlker, (1993). *Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik*, İstanbul: Der Yayınları, 1993.

Cassell, Eric J., (1976). "Illness and Disease", *The Hastings Center Report*, 6, (2), s.27-37.

Clarke, Alan, (2010). *The Sociology of Healthcare*, 2nd ed., London: Pearson.

Cirhinlioğlu, Zafer, (2001). *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Conrad, Peter, (2005). *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives*, 7th ed., NY: Worth Publishers.

Conrad, Peter, (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions Into Treatable Disorders*, Michigan: Johns Hopkins University Press.

Conrad, P. ve Schneider, J. W., (1980a). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, St Louis: Mosby.

Conrad, P. ve Schneider, J. W., (1980b). “*Looking at the levels of medicalization: a comment on*

Strong’s critique of the thesis of medical imperialism”, *Social Science and Medicine*, 14 A, s.75-79.

CDC (2003).Office of Communication, <http://www.cdc.gov/od/oc/hcomm>. Erişim: 11.12.2003.

Çınarlı, İnci. ve Yılmaz, Elgiz. (2010). “*The Media Manufacturing The Sense of Health, Illness and Disease: Health Coverage in Turkish Newspapers*”, I. Lange ve Z. Norridge (ed). *Illness, Bodies and Contexts*, Oxford: Interdisciplinary Press, s.179-196.

Decker, G. M., (2005). “*Complementary and alternative medicine (CAM) therapies*”, C. H. Yarbro, M. H. Frogge ve M. Goodman (der), *Cancer Nursing: Principles and Practice*, 6th ed., Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers , s. 590-623.

Eisenberg, Leon, (1977). “*Disease and illness distinctions between professional and popular ideas of sickness*”, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(1), s.9-23.

Goldacre, Ben, (2008). “*The Medicalisation of Everyday Life*”, *The Guardian*, 1 Eylül.

Habertürk, (2016). “*Kepçe kulak nasıl tedavi edilir?*”, 26 Ekim, <http://www.haberturk.com/saglik/haber/1315648-kepce-kulak-nasil-tedavi-edilir>. Erişim: 1.11.2016.

Hürriyet Kelebek Eki, (2015). “*Menopozda ezber bozan tedavi*”, 26 Ocak, <http://www.hurriyet.com.tr/menopozda-ezber-bozan-tedavi-onerisi-28059049>. Erişim: 17.06.2016.

Illich, Ivan, (1974). “*Medical Nemesis*”, *Lancet*, 303, (7863), s.918-921.

Illich Ivan, (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London: Calder and Bryers.

Illich, Ivan, (1999). “*L’Obsession de la santé parfaite*”, *Le Monde Diplomatique*, Mart.

Jones, Linda, (2000). “*What is Health?*”, J. Katz, A. Peberdy ve J. Douglas (der), *Promoting Health: Knowledge and Practice*, London: MacMillan/The Open University.

Kelly M. P., ve Charlton B., (1995). *The Modern and the Postmodern in Health Promotion*, R. Bunton, S. Nettleton ve R. Burrows R., (der), *The Sociology of Health Promotion: Critical Analysis of Consumption, Lifestyle and Risk*, London: Routledge, s.78-80.

Last, John M., (1987). *Public Health and Human Ecology*, New Jersey: Prentice-Hall, 1987.

Lowenberg, J. S. ve Davis, F., (1994). “*Beyond medicalisation-demedicalisation: the case of holistic medicine*”, *Sociology of Health and Illness*, 16, s. 579-599.

Milliyet, Pembe Nar (2016). “*Cildimiz yaşlanmaya ne kadar karşı durabilir? Kök hücre tedavisi neler vaat ediyor*”, 4 Ekim, <http://www.milliyet.com.tr/cildimiz-yaslanmaya-ne-kadar-karsi-durabilir--kok-hucre-tedavisi-neler-vaat-ediyor--pembenar-yazardetay-yasam-2321327/>. Erişim tarihi: 13.10.2016.

Naidoo, J. ve Wills, J. (2000). *Health Promotion: Foundations for Practice*. 2. Baskı, London: Ballière Tindall.

Parens, Erik, (2011). “*On good and bad forms of medicalization*”. 27(1), s. 28-35.

Sağlık Aktüel, (2015). “*Kelliğin tek ilacı, saç ekimi*”, <http://www.saglikaktuel.com/haber/kelligin-tek-ilaci-sac-ekimi-48996.htm>, Erişim: 17.01.2016.

Schiavo, Renata, (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*, San Fransisco: Jossey-Bass.

Sezgin, Deniz. (2011). “*Yaşam Tarzı Öneri Bağlamında Sağlık Haberleri*”, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2), s. 52-78.

Tabak, Ruhi S., (2006). *Sağlık İletişimi*, 3. Baskı, İstanbul: Literatür Yayınları.

US Department of Health and Human Services (2001), “Making Health Communication Programs Work”, <https://www.cancer.gov/publications/health-communication/pink-book.pdf>, Erişim: 10.04.2014.

WHO, (1948). “*Constitution of the World Health Organization*”, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Erişim tarihi: 10.10.2016.

WHO, (2011). “*Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*”, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf. Erişim Tarihi: 08.03.2015.

Zola, Irving K., (1972). “*Medicine as Institution of Social Control*”, *Sociological Review*, 4, 487-504.

Zola, Irving K., (1983). *Socio-Medical Inquiries*. Temple University Press: Philadelphia.