

MEDİKAL SOSYOLOJİDE BAZI KAVRAMSAL AÇIKLAMALAR

Ülgen OSKAY*

Toplum ve Sağlık Kurumu

Basit bir gerçekten hareketle, insanların temel niteliğinin toplumsallaşma olduğunu ve dolayısıyla topluluk halinde dayanışma içinde yaşamak zorunda olduklarını ve bu yaşamlarını da karşılıklı ilişkiler içinde sürdürdüklerini öncelikle belirtmemiz gerekir. "Toplum üyelerinin ortaklaşa tinsel ve özdeksel etkinlikleri dolayısıyla aralarında oluşan bağıntıların tümü"(1) olarak tanımlayabileceğimiz toplumsal ilişkiler, sürekli ve kalıplaşmış ilişkiler olup insan-toplum, insan-doğa etkileşimi içinde nitelik kazanırlar. Bundan böyle bu ilişkileri iki düzeyde ele almamız zorunlu olmaktadır. Bunlardan birincisi toplum-doğa ilişkisi içinde, yani gereksinimleri karşılamak için insanın doğaya yönelmesi sürecinde ortaya çıkıp belirli bir yapılanma olarak somutlaşan ilişkiler düzeni, ikincisi ise toplum-insan ilişkisi içinde beliren ancak toplum-doğa ilişkisinden bağımsız olmayan ilişkiler düzeni olmaktadır.

Bir toplumun doğa ile ilişkisini üç açıdan ele alabiliriz: (2)

- Doğayı işletmek amacı ile kullanılan araçlar, aygıtlar, teknikler ve bunlarla kullanılan enerji türü ve miktarı;

- Toplumu oluşturan insanların doğayı işletme eylemlerinin kendi aralarında bölünmesi, düzenlenmesi veya örgütlenmesi, diğer bir deyişle, toplumun üretim örgütünün biçimi, yani işbölümü düzenidir;

- İnsanların doğa ile ilişkisi içinde kullandıkları doğal kaynakların, işletme araçlarının kendi aralarında bölünüşü ve bölünüş biçimi, yani mülkiyet ilişkileri.

Kısaca ortaya koyduğumuz biçimiyle bu ilişkiler toplumsal yapının tarihsel süreç içinde özünü oluşturan, onu tüm kurumsal yapısı ile biçimleyen ve yönlendiren temel ilişkilerdir. Diğer bir deyişle,

* Prof.Dr., Ege Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Öğretim Üyesi.

toplum-doğa ilişkisinin niteliği, toplum-insan, insan-insan ilişkilerini ve bu ilişkiler içinde oluşan kurumsal düzeni biçimler. Dolayısıyla toplumların evriminde doğa-toplum-insan ilişkilerinin hep böyle iç içe sürüp giderek yer ve zaman boyutu içinde her toplumun soyut ve somut düzeyde yapısal özelliklerini belirlediğini söyleyebiliriz.

Üzerinde durduğumuz toplum-doğa ilişkisi doğrultusunda insan-insan etkileşiminin örgütlenmiş düzeni 'toplum' dediğimiz gerçekte somutlaşır. Çeşitli kuramsal ve tarihsel açıklamalarda kavram olarak yinelenen toplum sözcüğü, kuşkusuz, soyut ve belirsiz bir bütünü veya olguyu vurgulamak için kullanılmamaktadır. Tam tersine, toplum kavramı ile genelde kuralları belirli, özelde ise genel kurallar çerçevesinde değerlendirilmesi gerekli örgütsel ve bireysel ilişkiler bütünü olarak tanımlamayı amaçlamaktayız. Somuttur, çünkü toplum, insan-doğa ve insan-insan etkileşimi doğrultusunda oluşan ve biçimlenen nesnel bir gerçektir. İnsanın tüm değerleri de bu etkileşim süreci içinde gerçeklik ve anlam kazanır. Bu çerçevede toplum salt kendisini oluşturan bireylerin sayısal toplamı olmayıp, aynı zamanda, bireyler arasındaki ilişkilerin toplamıdır.

Açıklamalarımızda vurgulamak istediğimiz bir arada bulunma gerçeğini gelişigüzel ve geçici bir arada bulunmalardan ayırdetmemiz gerekir; çünkü toplum geçici, düzensiz bir insan yığını değildir; belli bir örgütleniş düzeni, eşdeyişle yapısı, ortak ekini ve görelî de olsa bir sürekliliği vardır. Doğa üzerinde bir arada olmak gerçeğinden hareket edecek olursak, toplum, doğa-insan-toplum diyalektiği içinde ortaya çıkan ilişkilerin, yer ve zaman boyutu ile görelî toplumsal-ekonomik koşullar doğrultusunda örgütlenmiş dinamik bir bütündür. Daha da öz olarak belirtirsek, toplum, insan-doğa ve insan-insan etkileşiminin yol açtığı bir süreçtir. Buna göre toplumun, onu oluşturan insanların ötesinde ve uzağında bir gerçekliği yoktur; tam tersine insanların kendilerinin oluşturduğu somut bir gerçektir. İnsanların tüm özdeksel ve tinsel yaşamları toplum içinde, toplumun etkileşim düzeni içinde veya bu düzenin biçimlediği yapının özgül koşulları içinde belirlenir. Ve bu süreç içinde insan birey olur, genelde toplumsal yapının sosyo-ekonomik düzeyiyle, özelde de kendi toplumsal konumuyla görelî değer ve normlarla bezenmiş bir kişilik kazanır.

Doğa-toplum, insan-toplum ve hatta daha da özele incek olursak insan-insan ilişki zinciri içinde yer alan ilişkilerin tek yönlü olmadığını ayrıca vurgulamak gerekir. Çünkü doğa ile ilişkisi içinde toplum doğadan etkilendiği düzeyde onu etkiler, ondan etkilenip onu etkilediği düzeyde de belirli bir sosyo-ekonomik yapı içinde örgütlenir. Bu yapılanmanın temelinde, hiç kuşkusuz, insan potansiyeli yatmaktadır. Oluşan yapısı içinde bireyleşen insan, kendi toplumsal konumu doğrultusunda diğer insanlarla, gruplarla v.b. etkileşimi yoluyla da toplumu etkiler, etkilediği ölçüde de etkilenir. Ve bu dinamizm böylesine sürüp gider. Sosyal, ekonomik, politik ve kültürel boyutlarda, gerek 'iç-sistem' ve gerekse 'dış-sistem'den gelen etkiler gözönüne alınacak olursa, doğa-toplum-insan diyalektiğinin bir düzeni ve örgütlenmesi olan 'toplumsal yapı'nın durgun olmadığı, sürekli bir devinim gösterdiği böylece yadsınamaz(3). İşte böylesi kaçınılmaz bir dönüşüm süreci gösteren veya bu sürecin kendisi olan toplumun bireyden soyutlanmış ayrı bir gerçekliği yoktur. Veya pozitivist düşüncesinin kanıtladığı gibi, birey toplumsal yaşamı yaratırken, toplumsal yaşam da onu oluşturur; birey ve toplum birbiri için özne ve nesnedir. Başka bir anlatımla, Gurvitch'in belirttiği gibi, bireyle toplum, birbirinin dışında ve birbirini yok eden ayrı varlıklar değildir; birey kendi bireysel varlığında toplumsal bir yapı (strüktür) taşır(4).

Bir başka açıdan baktığımızda, toplum hem objektif (nesnel) ve hem de subjektif (öznel) bir gerçekliktir. Çünkü kurumsal yaşam ve her bir kurum nesnelleşmiş insan etkinliğidir. Bu nedenle toplum insanın ürünüdür ve insan da oluşturduğu bu toplumun ürünüdür. Bu etkileşim süreci içinde oluşan kurumlar, bireylerin ürünü olduğu halde, bir kere oluştuktan sonra bireylere nesnelleşir, onların üzerinde dışsal ve zorlayıcı bir güç olma niteliğini kazanırlar. Bundan böyle kurumsal bir bütün olan toplum nesnel bir gerçekliğe sahiptir. Diğer taraftan toplumun subjektif bir gerçekliğe sahip olması, bireylerin bu gerçekliği sosyalizasyon(5) süreci içinde içselleştirmelerinden doğar. Birey yapının kendisi için belirlemiş olduğu rolleri yerine getirmekle toplumsal yaşamı paylaşır. Bu rolleri içselleştirmekle söz konusu yaşam, değerleri, normları, örf, adet ve gelenekleriyle, davranış kalıplarıyla onun için öznel bir gerçeklik taşır. Bu bağlamda bireyler bilincine vardıkları takdirde toplumun var olduğunu ve bireysel bilincin toplumsal

olarak belirlendiğini söyleyebiliriz. Birincil ve ikincil sosyalizasyon süreci içinde toplumsal gerçekliğin içselleştirilmesi düşüncesiyle de toplumun subjektif gerçekliği vurgulanmış olur(6). Nitekim her bireyin kendi varlığında bir toplumsal yapı taşıması, toplum ve bireyin birbiri için özne ve nesne olması, toplumun bu nesnel ve öznel anlamı çerçevesinde anlamlı gözükmektedir.

Toplumun kurumsal bir sistem olarak da değerlendirilebiliriz. Kurum ne kişidir, ne de bir gruptur. Kültürün veya insanların yaşam biçimlerini örüntüleşmiş bir parçasıdır. Her bir kurumun hem kendi içinde kendi özüne uygun etkileşimi, hem de diğer kurumlarla etkileşimi belirli davranış örüntüleri üzerine temellenmiştir. Davranış örüntüleri, yapısal olarak belirlenmiş toplumsal rol ve statüler bireyler hatta toplumsal gruplar arası çeşitli toplumsal ilişkilerle ilintilidir. O halde, toplumun sosyal, ekonomik yapısı içinde nitelik kazanan roller ve bunların dokusunu oluşturan değerler, normlar, kurallar, düşünceler, inançlar, örf, adet ve gelenekler kurumun temel öğeleridir(7). Bu özellikler çerçevesinde kurumu şöyle tanımlayabiliriz: “Bir kurum, kişilerin temel sosyal gereksinimlerini karşılama amacıyla belirli onaylanmış ve birleştirilmiş tarzlarda oynadıkları, oldukça sürekli sosyal örüntü, rol ve ilişki yapısıdır”(8) veya “bir toplumsal kurum hep birlikte eşgüdölmüş ve örgütlenmiş bir görelî bütün oluşturan düşünceler, inançlar, gelenek-görenek ve davranışlarla özdeksel öğelerden (=yapılar, mallar, bilgiler, simgeler...) kuruludur”(9) ve insan ömründen uzun bir sürekliliğe sahiptir; örneğin, aile, hukuk, eğitim, din, ahlak, ekonomi, sağlık v.b. kurumlar(10). Her bir kurum toplumda belli bir fonksiyonu yerine getirir veya toplumda belirli bir gereksinimi karşılar. Kurumlar ister geniş ve ister dar anlamda olsun, görelî de olsa, her biri kendi içinde uyumlu ve eşgüdümlü -teokratik bir siyasal kurumla layık bir eğitimin bir arada olamayacağı örneği- birer bütün oluşturarak, birbirleriyle işlevsel dayanışma içinde en büyük, kapsayıcı kurumsal sistem olan toplum gerçeğinde somutlaşırlar. Sosyo-kültürel bir varlık olan ‘insan’ ise bu sistemin temelini oluşturur.

Değişmeyen tek şey varsa o da değişmenin kendisidir ilkesi toplumun kurumsal yapısının özünde yatar. Doğa-insan-toplum diyalektiği içinde ortaya çıkan ve gerek niceliksel ve gerekse niteliksel

olarak gittikçe farklılaşan gereksinimleri karşılamak üzere oluşan kurumsal yapı sürekli bir devinim içindedir. Toplumsal, kültürel, politik ve ekonomik boyutlarda gerek iç ve gerekse dış sistemlerden gelen etkiler bu yapıyı sürekli bir dinamizm içinde tutar. Kurumların bu dinamizme yanıt vermesi veya yanıt verebilecek potansiyele ulaştırılması gerekir. Yeni bir görelî denge ve uyum düzeyine ulaşma öyle kolay bir süreç değildir. Bu süreç iniş çıkışlarla doludur; bu süreç sorunların yığıldığı bir zaman dilimini yansıtır. Kısacası bu süreç gelenekselle çağdaşın birbiriyle mücadele ettiği anomik bir toplumsal ortamı yansıtır(12).

Temelinde gelenekselle çağdaşın mücadelesinin yattığı 'değişme' bir noktada durmaz, devam eder gider. Çünkü doğa-insan-toplum diyalektiği süreklilik gösteren bir süreçtir. Toplum oluşturulan kurumların her biri söz konusu diyalektik süreç içinde ortaya çıkan ve sürekli olarak değişen koşullardan, kendi yapısal özellikleri doğrultusunda, kaçınılmaz olarak etkilenir ve toplumsal düzeyde değişmeye yol açabilecek birikimi sağlarlar. Değişme toplumu oluşturan kurumlarda eşzamanlı olmayabilir; değişmenin hızı ve kapsamı farklılıklar gösterebilir. Çünkü her kurumun kendine özgü bir yapısı vardır; değişmeye aynı hız ve yoğunlukta yanıt vermeyebilir. Değişen koşullara uyumda gerek hız ve yoğunluk ve gerekse zaman açısından farklılıklar olması, eski ve yeni, geleneksel ve çağdaş birimlerin karşılaşması toplumsal kurumlar arasındaki işlevsel bağıntıyı koparır. Kurumlar arasında çelişkiler, gerilimler ortaya çıkar. Bu dengesizlikler içinde beliren kurumsal yetersizlikler, gerek toplumsal ve gerekse bireysel düzeyde çeşitli nitelikte toplumsal sorunlarda somutlaşır. Gelenekselle çağdaşın çatışması içinde ortaya çıkan bu sorunların çözümü kısa dönemde tampon kurumlar yoluyla, uzun dönemde ise kurumsal farklılaşma süreci içinde -yeni kurumsal yapıların oluşması, mevcut kurumsal yapıların işlevlerinin başka kurumsal yapılarca üstlenilmesi gibi- gerçekleşir. İşte mevcut yapı içinde getirilen çözümler, çözümlerin yetersiz kalması halinde de nitel değişme toplumun sürekli bir oluşum içinde olduğunu gösterir.

İşte doğrudan insana yönelik etkinlikleri içeren sağlık kurumunu da böylesi bir toplumsal dinamizm içinde değerlendirmek

gerekir. Toplumların evrimsel süreçlerine baktığımızda, doğa-toplum-insan diyalektiği gittikçe farklılaşan gereksinimleri karşılamaya yönelik çeşitli kurumsal yapılanmaların ortaya çıktığını görmekteyiz. Temel gereksinimlerden biri olarak hastalığın tanısı ve sağaltımı her zaman önemli olmuştur. Bu işlevler belirli kişi ve gruplar tarafından üstlenilmiştir; örneğin, hekim, kırık-çıkıkçı, hatta ilkel toplumlarda büyücüler. Toplumlar büyüyüp karmaşıklaştıkça iyileştirme, sağlığın korunması ve sağaltım uzmanlaşma alanı haline gelerek daha karmaşık bir örgütsel yapı içinde kurumsallaşmıştır. İşte bu bağlamda sağlık kurumunun temel işlevi, toplumda emek gücünü oluşturan insanın, sosyal, ekonomik, kültürel farklılık gözetmeksizin, sağlığını korumaktır. Bu işlevin şu etkinlikleri içerdiğini söyleyebiliriz: hastalığın tanısı ve sağaltımı, insanların hastalanmalarına karşı önlemler almak (koruyucu hekimlik), çevre sağlığına yönelik etkinlikler, sağlık örgütlenmesine yönelik etkinlikler, tıp eğitimini geliştirme etkinlikleri v.b. Sağlık kurumu işlevlerini diğer kurumlarla işlevsel dayanışma içinde gerçekleştirir. Çünkü her kurum kendi içinde bir bütün oluşturmakla birlikte diğer kurumlardan, örneğin ekonomi, eğitim, hukuk, aile v.b., bağımsız olarak amacına ulaşamaz. Her toplumsal kurum gibi sağlık kurumu da amacına uygun örgütsel bir yapılanmaya sahiptir. Bu örgütsel yapılanma genelden özele yönelen özgün bir davranış örüntüsü çerçevesinde dinamizm kazanır. Rol ve statüler ve bunları çevreleyen normlar, değerler, kurallar bu örüntünün özünü oluşturur. İşte birey ve gruplar örgütlenmiş bu ögeler bağlamında bir etkileşim sistemi oluştururlar(13). Bu açıdan sağlık kurumu, en büyük toplumsal sistem veya etkileşim sistemi olan toplumun bir alt sistemi olduğu gibi, kendisi de kendi içinde alt sistemlere ayrılır-hasta-doktor ilişkisi, doktor-yönetim ilişkisi, hemşire-hasta-doktor ilişkisi ve benzeri.

Sağlık

Anlamı oldukça geniş olduğundan, sağlık kavramı için tek ve kesin bir tanım vermek oldukça güç olmaktadır. Bir tanıma göre sağlık, "bir canlının kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilmesi sürecidir". Veya daha öz bir biçimde sağlık

“canlı metabolizmasının maddesel bütünlüğünü sürdürmesi ve üst düzeyde bütünlüklerin oluşturulması sürecidir”(14). Bu tanımlamaların özünde yatan, canlının içsel ve dışsal bütünlüğü anlayışıdır. Şöyle ki, hücrelerin bir araya gelerek organları, organların bir araya gelerek canlı vücudunu oluşturması bir gelişigüzel içinde değil, fakat, hücre iç yapısından başlayarak, veya mikrodan makroya yönelik süreci içinde, bütünü oluşturan parçaların, gerek fizyolojik ve gerekse biyolojik düzeyde birbiriyle karşılıklı olarak işlevsel ve organik bir bütünlük veya uyum ve denge sağlama amacı doğrultusunda gerçekleşir. Dolayısıyla canlı vücudunun fizyolojik ve biyolojik bir ‘sistem’ olduğunu söyleyebiliriz. Bu sistemin gerek kendi içinde ve gerekse dış çevreyle ilişkisinde (insan için doğal ve toplumsal çevre) gösterdiği uyumluluk düzeyi onun sağlık düzeyini belirler. Bu bakımdan sağlık “yaşamın bir göstergesi, onun başarısının bir ölçüsüdür”(15). Sistem içsel bütünlüğe sahip olduğu ve kendini koruyabildiği ölçüde varlığını devam ettirir. Sağlıksız ise, canlının kendini koruma süreci içinde işlevsel bütünlüğünü kaybetme durumunu ifade eder. Mekanik, fiziksel, kimyasal, biyolojik ve hatta toplumsal kategorilerin etkisiyle varolan bütünselliği geriletici değişimler sağlığın bozulması anlamına gelir. Sağlığını korunması, "başarısızlık durumunda bir sonraki aşamanın devreye girdiği şöylesi bir süreçtir: 1) Etkenin ortaya çıkışının engellenmesi, 2) Organizma dışında yok edilmesi, 3) Organizmadan uzaklaştırılması, 4) Organizmaya girdiği yerde sınırlandırılması, 5) Organizmanın bütünlüğü bozulan parçasının onarılması, 6) Bozulan parçanın desteklenmesi, 7) Hiçbirisi yapılmamış ise son aşamada daha aşağı adaptasyon yollarının aranması”(16).

Bu açıklamalarımızla ‘sağlık’ kavramının bir yönünü vurgulamış oluyoruz: biyolojik sağlık. Burada önemli olan genel olarak organizmanın, veya özelde insan organizmasının çevresiyle olan dinamik ve süreklilik gösteren ilişkisidir. Bu ilişkinin sağlıklılığı, çevreyle insan arasındaki uyumun niteliği ile görelilik gösterir. Bu noktadan hareketle, insan organizmasının çevresiyle uyumunun etkili olması, onun ayakta kalabilme, varlığını sürdürebilme şansını artırır. Diğer bir deyişle, biyolojik parametreler ne kadar sağlıklı olursa, organizmanın bir bütün olarak kendini koruması ve nesiller boyu varlığını aynı şekilde sürdürmesi de o denli güçlü ve sürekli olur(17).

Sağlık kavramını, insan açısından sadece biyolojik düzeyde değerlendirmek eksik bir değerlendirmeye yol açar. Çünkü insan öncelikle toplumsal bir varlıktır. Bu nedenle insanın toplumsal-kültürel çevreye uyumu sorunu 'sağlık' kavramının boyutlarının genişliğini yansıtmaktadır. İnsan, doğa ve diğer insanlarla ilişkisi çerçevesinde çeşitli nitelikte soyut (değerler, normlar, kurallar, düşünce ve inanç sistemleri, kurumsal yapılanmalar v.b.) ve somut (teknolojik araç ve gereçler) kültürel birikimin yaratıcısıdır. Bu yaratma sürecinin temelinde kafa ve kol emeği yatar. O halde toplumsallaşmayı sağlayan 'emek'tir diyebiliyoruz. Yarattığı ise daha sonra emek nesnesi olarak, onun dışında onu etkiler, zorlar ve yönlendirir. Dolayısıyla kafa ve kol emeğinin bir ürünü olan toplumsal-kültürel ortalama görelî bütünleşme, görelî uyum ve denge potansiyelinin niteliği insanın sağlıklı düzeyini belirlemede oldukça önemli bir ağırlığa sahip olduğunu söyleyebiliriz. Hiç kuşkusuz, bu potansiyalin toplumdaki her bireyin sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel konumuna göre farklılıklar göstereceğini de ayrıca vurgulamak gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre de sağlık sadece bir hastalık veya sakatlık halinin yokluğunu değil, fakat, bundan da öte öncelikle tam bir fiziksel, ruhsal(mental) ve toplumsal refah veya iyilik durumunu yansıtır(18). Bu tanım da sağlık kavramının boyutlarını biyolojik, ruhsal ve toplumsal-kültürel olarak belirlemiştir. Hiç kuşkusuz, evrensel olarak ideal ölçütleri yansıtan bu tanımın özünün, anlanının yer ve zaman boyutunda bir toplumdan diğerine, aynı toplum içinde bir yöreden diğerine, hatta değişik toplumsal konumlara sahip bireyler açısından farklı içeriklere sahip olabileceğini de söyleyebiliriz. Her toplumun sosyo-ekonomik yapı özellikleri farklıdır ve bu da değer ve norm sisteminin, düşün biçiminin kurumsal yapılanmaların, v.b. farklılıklar göstermesine yol açar. Bu çerçevede toplumun koyduğu amaçları izleyebilen, ve bu amaçları kendi bireysel yaşamı içinde bütünleştirebilme yeteneğine sahip olan kişileri sağlıklı olarak değerlendirebiliriz. Kültürel yapı içinde somutlaşan bu amaçlar, insan doğasının amaçlarına ters de düşebilir. Ancak toplum bunları kendi içinde geçerli ölçütler olarak kabullenmişse o zaman bunlara uyum yeteneğini, potansiyelini yine sağlıklılık göstergesi olarak kabul edebiliriz. Dolayısıyla Dünya Sağlık Örgütü tanımı açısından da 'sağlık'

kavramının biyolojik, fizyolojik ruhsal ve toplumun-kültürel bağlamda bireyin, toplumsal ve doğal koşullar içinde belirlenen mevcut yaşam biçiminin gereklerini karşılayabilme durumunu ifade ettiğini söyleyebiliriz. Bundan böyle 'sağlık' gerek mikro ve gerekse makro düzeyde tüm sosyal sistemler için öncelikli olarak işlevsel gerekliliğe sahiptir(19).

Hastalık ve Hastalık Davranışı

Görünüşte anlatımı oldukça basit görünen bu kavramları sosyolojik olarak değerlendirdiğimizde, içeriklerinin toplumsal-kültürel ve psikolojik boyutları olduğunu görürüz. Bu bağlamda önce 'hastalık' kavramı üzerinde duralım. 'Hastalık' iki farklı anlam içerir: 1) Medikal açıdan hastalık: doktorun bakışı açısından hastalık veya nesnel (objektif) anlamda hastalık. Bu anlamıyla hastalık (disease), belirli işaret ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormalliği ifade eder. 2) Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak birey açısından hastalık (illness): Sağlıksızlığın veya patolojik sürecin sonuçlarını öznel (subjektif) deneyim içinde bireyce algılanması, bireyin acı rahatsızlık v.b. duyma durumu. Bu açıdan ele alınan hastalık (illness) durumunda bireyin tüm toplumsal yaşamı, organik bozukluğun neden olduğu biyolojik ve fiziksel sonuçlarından çeşitli biçimlerde etkilenir. Kendisi etkilendiği gibi çevresi de onunla birlikte etkilenir. Bu etkileme ve etkilenmenin değerlendirilmesi, hasta bireyin sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel ve psikolojik konumuyla görel olarak farklılıklar gösterir. Hatta bu bağlamda subjektif ve objektif anlamda hastalığın birlikteliği de söz konusu olmayabilir. Şöyle ki, patolojik bir anormallik olmadan da birey kendisini subjektif anlamda hasta hissedebileceği gibi, tam tersine, subjektif anlamda hasta veya rahatsız hissetmediği halde patolojik anlamda hasta da olabilir(20).

Yapmış olduğumuz bu iki tanımla, hastalık olgusuna yaklaşımda, doktor ve hasta birey doğrultusunda iki farklı bakış açısının olduğunu vurgulamaya çalıştık. Özellikle doktor-hasta etkileşiminde önemli olması nedeniyle bu iki bakış açısı üzerinde biraz daha durmakta yarar görüyoruz. Doktorlar ve hastaları, aynı kültürel geçmişe veya tabana sahip olsalar bile, sağlıksızlığı çok farklı

biçimlerde algılar. Her iki tarafın bakış açıları farklı tanıtım ve önermeler içerir; farklı kanıtlama metodları kullanır; sağaltımın etkisini, yararını farklı şekilde değerlendirir ve yorumlar. Hiç kuşkusuz her iki bakış açısının kendi içinde güçlü ve zayıf yanları vardır. Ancak anlamlı olan, klinik düzeyde doktorla hasta bir araya geldiğinde, bu iki farklı bakış açısının sınırlı da olsa belirli bir düzeyde bir iletişim ortamı sağlamasıdır. Bilimsel tıp alanında yetişenler özgün bir grup oluştururlar; kendilerine özgü değerleri, davranış kurallarına sahiptirler; hastalığa ilişkin kavramları, tavırları, değerlendirmeleri bilimsel temellere oturur. Özelleşmiş rol-statü hiyerarşisi içinde örgütlenmişlerdir. Bu bağlamda tıp mesleğini, belirli bir yaşam anlayışı üzerine temellenmiş 'iyileştirici alt-kültür'(21) olarak değerlendirebiliriz. Tıp öğrencilerinin aldıkları eğitim onlar için adeta bir kültürlenme süreci oluşturur. Bu süreç içinde, sağlıksızlığa ilişkin olarak mesleki yaşamları boyunca sürüp gidecek bir bakış açısı kazanırlar. Bu süreç sonunda yüksek bir statü ve maddi kazanç potansiyeli elde etme olanakları oldukça yüksektir. Belirli hak ve sorumluluklarla donatılmış ve toplumsal olarak kurumlaşmış bir 'rol'e sahip olmak en önemli kazanımdır. Böylesi bir eğitimde kazanılan medikal bakış açısının sağlığa ilişkin tanımı objektif ölçüt ve ilkelere dayanır(22):

- Bilimsel rasyonellik
- Objektif ve sayısal ölçümü temel almak
- Fiziksel ve kimyasal verilere dayanmak
- Ruh-vücut bütünlüğü içinde değerlendirme
- Hastalıkların (disease) nesnel bütünlükler olarak algılanması
- Aile ve çevresinden ziyade hastanın kendisinde yoğunlaşmak

Tıp bilimsel mantıkta temellenmiştir. Diğer bir deyişle, ileri sürülen sayılı ve hipotezlerin, objektif, ampirik ve denetimli koşullarda, geçerlilikleri ispat edilebilmelidir. Hastalık veya sağlık olgusunun geçerliliği ancak objektif değerlendirmelerle kanıtlanabildiği takdirde klinik düzeyde gerçeklik kazanır. Ancak bu aşamadan sonra nedensellik zinciri önem kazanır. Dolayısıyla medikal anlamda 'hastalık' olgusunun saptanmasında hastaya ilişkin biyolojik ve fizyolojik özellikler, ölçümleri oldukça zor ve göreceli olan toplumsal

psikolojik ve sosyo-kültürel ögelere göre daha temel, gerçek ve klinik olarak daha önemli ve geçerli olmaktadır. Örneğin, göğüs ağrısıyla doktora başvuran bir hastayı ele alalım. Doktorun ilk yapacağı şey hastayı muayene edip bir seri test uygulamaktır; amacı söz konusu ağrının fiziksel ve organik nedenini saptamaktır. Yoğun bir incelemeden sonra herhangi bir fiziksel neden saptanamamışsa, ağrı semptomu ancak o zaman “psikojenik” veya “psikosomatik” kökenli olarak isimlendirilebilir. Böylece subjektif semptomların daha ağırlık ve gerçeklik kazanması, objektif ve fiziksel değişmelerin açıklanabilirliğine bağlıdır(23).

Feinstein’a göre çağımızda doktorların hastalıklara (diseases) ilişkin bilgi toplama yöntemlerinde önemli değişiklikler olmuştur. Geleneksel metoda göre doktor önce hastayı dinleyerek ondan hastalığının semptomlarını ve seyrini aldıktan sonra objektif fiziksel semptomların araştırılmasına yönelirken bugün artık medikal ölçüm ve değerlendirme için teşhis teknolojisinin olanaklarını kullanır. Bu değişim “subjektif”ten veya hastanın subjektif semptomlarının, fiziksel işaretlerin doktor tarafından yapılan öznel yorumundan objektif, bilimsel tetkik ve karara yönelişi ifade eder. Sağlık ve hastalık sayısal olarak ölçülür hale gelmiştir. Belirli fiziksel ve biyo-kimyasal parametreler sağlık veya sağlıksızlık için referans olarak kullanılmaktadır. Normal sayısal değer üstü veya altındaki değer hastalık belirtisidir. O halde medikal bakış açısından hastalık, vücut organ ve sistemlerinin işlev ve yapısındaki anormallikler eşliğinde normal sayısal değerlerden sapma durumunu veya anormal değişimleri ifade eder(24).

Hasta birey açısından hastalık kavramını açıklamak için Cassell medikal açıdan hastalık anlayışıyla (objektif-diseases), hastanın bakışı açısından hastalık (subjektif-illness) arasındaki farkı şöyle ifade eder: doktora giderken bireyin hissettiği rahatsızlık durumu (illness), doktordan eve dönerken bireyin saptanan rahatsızlık durumu (diseases). Buna göre objektif anlamda hastalık kavramı herhangi bir organdaki bozukluğu, uyumsuzluğu ifade ederken, subjektif anlamdaki, bireyin sahip olduğu rahatsızlık durumunu, bu duruma kendisinin ve çevresindekilerin tepkisini yansıtır(25). Hasta birey hissettiği anormal durumun semptomlarını ve nedenlerini kendine göre yorumlar ve hatta

çözümler arayabilir. Yorum ve arayışların, hatta bilimsel tıpta çözüm arayış davranışına yönelmenin psikolojik, moral, kültürel, toplumsal ve ekonomik boyutları olduğunu unutmamak gerekir. Çünkü bireyin bilinç düzeyi geçmiş deneyim birikimi, toplumsal-ekonomik konumu, kültürel çevresi doğrultusunda nitelik kazanır.

Hastalık sosyal bir durumdur. Nasıl bir sosyal durum o halde: Bireyin yaşamı açısından programlanmamış, irade dışı, istenmeyen bir durum. Hiç kuşkusuz, hastalık durumunun niteliği, süresi, yoğunluk derecesi hastalık tiplerine göre farklılıklar gösterir. Ancak nasıl ve ne türde olursa olsun kendisini böylesi bir durum içinde gören birey kendisini normal günlük etkinliklerini kontrol edemez bir pozisyon içinde bulur. Hastalık durumunun ilk aşamasındaki güvensizlik, kaygı, kuşku hali teşhis eylemiyle birlikte belirli bir düzeye inebilir. Bireysel düzeydeki bu işlevinin yanı sıra teşhisin diğer bir işlevi de toplumsal niteliklidir; bu aşamayla birlikte rahatsızlık hisseden bireyin toplumsal konumu "hasta birey" statüsü şeklinde yasallaşır ve bu statüyle birlikte kendisi normal sorumluluklarından soyutlanmış olur. Teşhisin üçüncü bir işlevi de, bu eylemle birlikte hasta bireyin ve onun çevresindekilerin söz konusu hastalığa ilişkin tutum ve davranışları düzene konmuş olur; yani böylesi bir sosyal durumdaki davranış örüntüsü doktorun sosyal kontrolü altına girer. Bunlar bütün hastalıklar için hemen hemen en genel niteliklerdir. Ancak özelde hastalıklar çeşitli boyutlarda farklılıklar gösterir ve dolayısıyla da hasta birey ve çevresindekilerin tepkileri ve de doktorun tutum ve davranışları da özellikler taşır. Fabrega ve Manning(26) dört boyut belirlemiştir: 1) İyileşme düzeyi ve olanağı, 3) Rahatsızlık, yetkisizlik ve yeteneksizlik derecesi, 4) Vücutta yaratılan engellenme potansiyeli (stigmatization). Bu boyutlar temelinde de D. Field analitik olarak bir birinden ayrılan dört tip hastalık üzerinde durmuş ve bunları da şöyle belirlemiştir: 1) Kısa dönemli akut hastalıklar. 2) Uzun dönemli ve oluşan fonksiyonel yetersizlikler veya fiziksel zararların çok alt düzeyde olduğu ve/veya daha henüz gözle görülür olmayan hastalıklar (long-term non-stigmatized) 3) Uzun dönemli ve toplumsal olarak kabul görmeyen fiziksel zararların veya fonksiyonel yetersizliklerin, engellerin açıkça kendini gösterdiği hastalıklar (longterm stigmatized) 4) Akıl hastalıkları hatta Field'ın bu sınırlamasına bir başka hastalık grubunu da ekleyebiliriz: objektif ölçütlerin hastalık olarak saptamadığı hastalıklar.

Hastalık durumu bireyin toplumsal yaşamında oldukça önemli değişikliklere yol açar. Daha sonra üzerinde duracağımız gibi, bu durum içindeki bireyin sahip olduğu yeni rolü, yani hasta rolü, onun sorumluluklarında, ilişkilerinde farklılıklar yaratır. Çevresiyle ilişkisinde çevreye bağımlılığın ağır bastığı yeni bir etkileşim örüntüsü belirir. Bu örüntünün biçim ve öz olarak dinamikleri yukarıda belirttiğimiz hastalık tiplerine veya toplumsal, etnik ve kültürel ögelere göre farklılıklar göstereceğini özellikle vurgulamak gerekir. Hangi toplumsal-kültürel temelde ve hastalık tipinde olursa olsun, bireyin hastalık durumunu bir yönlendirme aracı olarak kullanabileceği olasılığını göz önünde tutmak gerekir. Bu bağlamda hastalık durumunun birey açısından gizli işlevler içerebileceğini söyleyebiliriz. Bunlardan birincisi hastalık dayanılmaz baskılardan kurtuluş yolu olarak değerlendirilebilir. Bu işlevi Foster ve Anderson'ın vermiş olduğu şu örnekle açıklayabiliriz(28): California'da yaşayan altı çocuklu bir Meksikalı Amerikan çifti oldukça güç bir mali sorunla karşı karşıya kalırlar. Sorun, iş bulana kadar kocanın erkek kardeşi karısı ve beş çocuğunun söz konusu aileyle birlikte kalmaya gelmeleridir. Üç odalı evde şimdi onbeş kişi barınmakta ve bütün masraflar da vasıfsız bir işçi olan evin erkeğinin kazancından karşılanmaya çalışılır. Bakkal ve manava borç gitgide artar ve manav en sonunda krediyi de keser. Meksika'daki toplumsal normlar, Anglo ölçütlerine göre, oldukça uzun dönemli ziyaretlere salık verir ve evin hanımına da kocanın akrabalarını beslemek ve barındırmak yükümlülüğünü de getirir. Bu zor koşullarda çocuklarının açlık çekeceklerinden korkmaya başlayan evin hanımı nefes darlığı, terleme, nabız yüksekliğinden rahatsız olur. Kız kardeşi ve iki "Comadres" ile durumunu tartışır ve sonuçta "susto" (korku) hastalığına yakalandığı sonucuna varılır. Susto yaygın bir Meksika halk hastalığıdır. Yöresel "curandra" (iyileştirici kadın) da teşhisi onaylar. Hastanın akrabaları ve "Comadres" kayınbirader ve ailesinden evi terketmelerini isterler. Çünkü geleneksel olarak "susto" hastalığına yakalanan bir kadının fazladan kişilerin bakımını üstlenmesi mümkün değildir. Böylece yöresel topluluk içinde hasta kadının durumu artık meşrulaşmıştır. Konukların evden çıkmasıyla birlikte, hasta kaygıdan kurtulur ve hastalığın semptomları kaybolud. Hastanın kısa zamanda iyileşmesi, "curandera"nın tedavisinin etkililiğine atfedilir.

Burada belirtilen geleneksel kural çerçevesinde, "curandera" ve Meksikalı Amerikan topluluğunu oluşturan kişiler, dolaylı da olsa, hasta kişinin romal görevlerini yerine getiremeyecek durumda olduğunu kabul etmişlerdir. Görevleri yerine getirememeye hasta kişiye hak olarak verilmiştir. Nitekim Parsons hasta rolünü tanımlarken bu meşruluğu hastanın hakları arasında saymıştır. Bunun sonucu olarak, aşırı toplumsal baskı durumlarında, hastaya kaçış olarak etkili bir çözüm önerilir(29); hasta rolünün yarı yasal geri-çekilme, sorumluluklardan kurtulma, gereksinimler için çevredekilere dayanma gibi gizli işlemlere sahip davranışları içerdığını söyleyebiliriz.

İkinci olarak hastalık durumunun bireysel başarısızlığı rasyonalize etme gibi bir işleve sahip olduğunu ileri sürebiliriz. Hastalığın, yoğun baskılardan geçici olarak soyutlanma amacı doğrultusunda kullanımının, belki de, hem bireysel ve hem de toplumsal açıdan sağlıklı bir tampon işlev niteliğini taşıdığını düşünebiliriz. Çünkü tüm toplumlarda hasta olan kişiye, sorunlarını çözebilme yeteneğinin yeniden istenen sağlıklı düzeye ulaşması için, böylesine yasallaşmış rahat, gevşek bir zaman dilimi tanınabilir. Fakat bazıları bu süreyi gerek bireysel ve gerekse referans grupları düzeyinde başarısızlığını rasyonalize etmek veya haklı çıkarmak için, yaşamlarının sürekli bir parçası haline dönüştürmeye yönelebilirler; başarısızlığı hastalıkla kapamaya çalışabilirler(30).

Üçüncü olarak hastalık çevrenin dikkatini çekmek gibi diğer bir işlevi de içinde taşıyabilir. Hastalık yalnız olan, diğerleri tarafından kabul göreceğinden kuşkusu olan, sınırda olan kişiler için oldukça geçerli bir araçtır; örneğin sevgisiz kalmış çocuklar bu durum için güzel bir örnek oluştururlar. Diğer bir örneği de göç olgusu ile ilişkili olarak verebiliriz. Kırdan kente göç geleneksel kültürel tabandan kopmayı beraberinde getirir. Kent yeni değerler yeni bir yaşam biçimi sunar. Değerler düzeyinde kır-kent çelişkisi kişiyi yalnızlığa, hiçliğe yöneltebilir. Zorluklar karşısında kişilerin içlerini dökmek, nasihat ve benzeri için yönelebileceği kaynaklar oldukça sınırlıdır. Böylesi ortamlardan kaynaklanan mental ve duygusal gerilimlerin de çoğu kez fiziksel semptomlarla sonuçlanabileceğini söyleyebiliriz. Balint, böylesi durumlarda kişinin doktoruna giderek içini dökmesinin temel bir

davranış biçimi olabileceğini çeşitli örneklerle vurgular(31). Bu tür davranışın sadece Batı toplumlarına özgü olmayıp ilkel çağdaşlar içinde geçerli olduğunu söyleyen Foster ve Anderson, örneğin, Navaho yerlilerinin büyü (hastalık) semptomlarını sergilemelerini bir çeşit dikkat çekme yolu olarak gösterir. Kutsal dans sırasında aniden bayılanların veya yarı-transa geçenlerin büyük bir kısmının alt statüden veya ihmal edilmiş kadın veya erkeklerden oluştuğu saptanmıştır(32).

Hastalık durumunda hastanede kalma bir tatil olarak da algılanabilir. Yapılan araştırmalara göre geleneksel toplumlarda ana-çocuk sağlığı sistemine ilk defa dahil edilen kadınların, geleneksel normlara rağmen, doğumlarını hastane de yapmayı özellikle istediklerini belirten Foster ve Anderson, bu eğilimin nedeninin ev hizmeti ve yükümlülüklerinden kaçma ve dolayısıyla özgürleşerek sakin bir kaç gün geçirmek olduğunu ileri sürmüşlerdir(33).

Hastalık bir sosyal kontrol aracı olarak da kullanılabilir. Burada hasta kişinin, çevresindekiler üzerinde psikolojik baskı uygulaması söz konusudur. Çevredekiler, eğer hasta kişiyle ilgilenmezlerse suçlu olacakları duygusu içine girerler. Diğer bir deyişle, hastadan kaynaklanan baskı karşı, tarafta yarattığı suçluluk duygusu yoluyla, kişiye hizmet, kişiye ilgiye yönelik bir sosyal kontrol işlevi görür. Örneğin, kronik olarak sürekli hasta olan dul bir anne, bu rahatsızlığını, çocuklarının kendisinin istediği gibi davranmalarını sağlamak için sürekli olarak onlar üzerinde baskı yaratacak şekilde kullanabilir. Bu kontrolün çok uç bir örneğini de tüm yaşamını annesine veya babasına adayan kız veya erkek çocukların durumları oluşturur. Clark'ın Meksikalı Amerikan topluluğundan verdiği diğer klasik bir örnek de bu açıdan oldukça etkili gözükmektedir(34): İkl çocuğuna hamile genç bir kadın kocası eve içkili geldiği için kızar, onu azarlar. Bunun üzerine kocası da onu döverek yağmurda dışarı atar. Genç kadın bir kaç blok ötede annesinin evine gider ve geçirdiği deneyimi ona anlatır. Genel kaniya göre çocuk doğum öncesi olaydan etkilenerek daha sonra "susto" veya korku hastalığına yakalanabilir düşüncesiyle akrabalar genç kadını "curandera"ya (iyileştirici kadın) tedavi için götürürler. Kocasının davranışı genç kadını ezmiştir. Ancak kadının, bu kötü davranışı toplulukta açığa vurmaya hakkı yoktur. Çünkü topluluk

içinde arkadaşlarla içerek sarhoş olmak erkekler için bir ayrıcalıktır. O halde kadının kocasını azarlaması da geçersizdir. Bu durumda kadın "susto" hastalığına yönelir ve bu yolla çevresinde sempati toplar, çevresinden destek görür. Geçirdiği kötü deneyim kısa sürede çevrede yayılır. Eşinin "susto" hastalığına yakalanmasına ve dolayısıyla doğmamış çocuk için de aynı olasılığı yaratan kocaya yönelik eleştiriler yoğunlaşır. Grup baskısıyla koca suçunu kabullenir ve kendisi de af diler; eşler bir araya gelir.

Belirtmeye çalıştığımız gibi toplumsal-kültürel farklılıklar gösteren hastalık, ister subjektif ister objektif anlamda olsun, bireysel düzeyde mental, fiziksel, fizyolojik, toplumsal düzeyde de uyumsuzluk veya dengesizliği ifade eder. Bireyin hasta olarak tanımlanma sürecinde, bireyin, bireyin çevresindekilerin veya hem bireyin hem de bireyin çevresindekilerin birlikte değerlendirmeleri önem taşır. Bireyin kendisini hasta olarak tanımlaması bazı öznel deneyimlere dayanır. Helman bunları şöyle sıralamıştır(35). 1) Vücudun fiziksel görünümünde meydana gelen değişiklikler, örneğin kilo kaybı, deri renginde değişimler, saç dökülmesi; 2) Normal vücut fonksiyonlarındaki değişimler, örneğin idrara çıkma sıklığı, düzensiz kalp atışları; 3) Olağanüstü emisyonlar örneğin idrarda kan, ağızdan kan gelmesi; 4) Eklemlerin fonksiyonlarındaki değişimler örneğin felç, titreme; 5) Duyu organlarındaki değişimler örneğin sağırılık, körlük, koku ve tat alamama; 6) Rahatsız edici fiziksel semptomlar örneğin baş ağrısı, karın bölgesindeki ağrılar, ateş ve titreme, 7) Olağanüstü emosyonel durumlar örneğin kaygı, kuşku, depresyon, korkular, kabus; 8) Diğer kişilerle olan ilişkilerde davranışsal bozukluklar örneğin evlilikte ve iş yaşamındaki uyumsuzluklar. Ancak bu semptomlardan birinin veya bir kaçının varlığı, bireyin kendisini hasta olarak nitelemesi için yeterli olmayabilir. Günlük yaşamda günlük etkinliklerin yerine getirilmesinde engellenme oluşmaya başladığında, izlenen semptomlar bir hastalığın varlığını yansıtır ve kişi sağlık sorununa çözüm arama davranışına yönelir. Ve bu davranış da toplumsal-kültürel özelliklere göre-sosyal sınıf ve etnik yapı, sağlığa ilişkin değerler ve normlar, tavır ve tutumlar, sağlık hizmeti açısından olanaklar v.b. farklılıklar gösterir(36).

Özel olarak hissedilen semptomların olmadığı durumlarda, birey, çevresindekiler tarafından da hasta olarak değerlendirilebilir. Hepimiz yaşamımızda bu türlü değerlendirmelerle çoğu kez karşı karşıya kalmışızdır; örneğin “bugün oldukça solgunsun, galiba hastasın” veya “son günlerde çok acayip davranıyorsun, kendine baktırsan iyi olur” gibi. Ancak bu türden değerlendirmelerin kültürel farklılıklar taşıması nedeniyle, bir sosyal-kültürel yapıda hastalık olarak görülen anormallikler, diğer bir yapılanma içinde sağlıklılık kavramı çerçevesinde ele alınabilir. Örneğin New York kentinde yapılan bir araştırmada çeşitli etnik gruplara, toplumsal düzeyde sapan davranış olarak nitelenen bazı davranış tiplerinin (transvestisizm, homoseksüellik, kavgaya girişme) hastalık belirtisi olup olmadığı sorulmuştur; Porto Riko’lu grup bu davranışların, hastalık semptomları olmadığı doğrultusunda, İrlanda’lı, İtalyan, Yahudi veya siyah gruplar da hastalık semptomları olduğu doğrultusunda kesin bir eğilim gösterdikleri saptanmıştır(37).

Özel olarak birey kendisini hasta konumuna koyabileceği gibi, çevresindekiler de onu aynı konum içinde görebilir. Genellikle her iki tarafın birlikte, semptomlara ilişkin görüşlerinde karşılıklı bir uyum ve anlaşmaya varıldığında bireyin hasta olduğu kabullenilir. Bu anlamda “hasta olma” toplumsal bir süreçtir ve bu süreç hasta kişiyi ve diğer kişileri, aralarındaki etkileşimin ve bu etkileşimi yönlendiren değer ve normları veya tüm toplumsal-kültürel öğeleri içerir. Her kültürel yapılanmayla ilgili olan bu sürecin içerdiği etkileşimler doğrultusunda hangi semptomların anormal olduğu belirlendiği gibi, fiziksel, ruhsal, duygusal düzeylerde beliren değişimlerinde, hem hasta kişi ve hem de çevresindekilerin kabullenebileceği bir semptom kalıbı içinde bilinçlenmesi sağlanmış olur. Ulaşılan semptom kalıbı “hastalığın varlığı”nı (illness entity) temsil eder ve de hasta olmanın ilk aşamasını oluşturur(38).

Sosyologlar ve antropologlar hasta olma sürecinin, analitik düzeyde birbirinden farklı aşamalar içerdiğini belirtirler. Sosyolog Suchman bu konuda özellikle çalışarak beş aşamalı bir şema oluşturmuştur(39). Buna göre ilk aşama semptom deneyim aşamasıdır; birey kendisinde bir şeylerin bozuk olduğuna karar verir. Fiziksel

huzursuzluk, acı, görünümdeki değişme fizyolojik olarak bir dengesizliğin işaretidir. Suchman, bu semptomların bu aşamada uyumsuzluk belirtisi olarak belirlenmesi bireyin kendisini normal toplumsal işlevlerini yerine getirip getirememe durumuna göre değerlendirmesine bağlıdır. Semptomların günlük yaşam etkinliklerini etkilemesi halinde birey hasta olduğuna karar verir. Değerlendirme, yorum gereksinimi duyar. Kendisinin çözümleyemediği belirsizlik içinde kuşku ve kaygıya kapılır. Hastalığın varlığını kabullenme ve başvurulmuş yöntemler kırsallık ve kentlilik boyutunda farklılıklar gösterir. Hastalık belirtisi olarak fiziksel semptomlara öncelik verme her iki boyutta yer alanların ortak bir özelliğidir. Ancak bu noktada da kentli toplum üyeleri açısından bir farklılık söz konusudur. Şöyle ki semptomlar belli belirsiz, hatta hiç olmasa bile düzenli medikal kontrole başvurunun yararını bilincindedirler. Hiç kuşkusuz, sosyalizasyon sürecinde kentli yaşama özgü değerler ve kentli yaşamın örgütsel düzenliliği içinde, bireye, sağlık kurumunun sağladığı olanaklara erişme olanağının tanınması bu rasyonelliği besleyen, pekiştiren önemli yapısal itilerdir. Buna karşın kırsal boyutta yer alanlar açısından rahatsız edici ağrı ve huzursuzluklar olmadıkça hastalık da yoktur. Onlara göre sağlık kendini iyi hissetme veya semptom yokluğudur. Örneğin bu görüşte olan Mısırlı köylüler için, kişi halsiz düşürdüğü halde fazla bir ağrı ve sızı vermediğinden dolayı "bilhalziasis"(40) ve diğer parazit hastalıkları önem taşımaz(41). O halde kırsal boyutta sağlığın "kendini iyi hissetme durumu" olarak tanımlanmasının negatif sonuçlar doğurduğunu söyleyebiliriz. Bu boyutta yer alanlar, somut ve etkileyici semptomların yokluğu halinde hastalık teşhisi için de laboratuvar tetkikine eğilim göstermezler. Bunun yanı sıra, engelleyici semptomların varlığı nedeniyle tedaviye girenlerde, tedavi sürecinde semptomların kaybolmasıyla birlikte kendilerini iyileşti sahip tedavi rejimini sürdürmeye genellikle pek de eğilim göstermezler. Örneğin, yapılan bir araştırmaya göre(42), Meksikalı Amerikan ebeveynlerini tedavinin sürekliliğine inandırmak oldukça zor olmaktadır. Kalp ameliyatı olmuş bir çocuğun hastahaneden çıktıktan sonra ameliyat sonrası periyodik doktor kontrolüne, ilaçlarının durumuna göre düzenlenmesine, kontrollü egzersiz programlarına gereksinimi vardır. Ancak bu etnik grupta yer alan ebeveynlere göre hastahaneden çıkmak iyileşmek demektir.

İkinci aşamada, kişi kendisini hasta ve bakıma gereksinimi olduğu kararına varır. Başlangıçta bakım evdeki çözümler, ve kendi kendinin doktoru olma çerçevesinde sürdürülür. Hasta birey danışma ve çözümler için arkadaş ve akrabaların oluşturduğu “danışma sistemine” (lay referal system)(43) başvurarak semptomlarını onlarla tartışır. Bu aşamada akraba ve arkadaşların, hastanın hastalık durumunu ve buna bağlı olarak günlük sorumluluklarından kopması gerektiğini onaylamaları oldukça önemlidir. Çünkü bu onay, bireyin hasta rolüne girmesine olanak verecektir. Bu rolün onaylanmasının yararları vardır: 1) Profesyonel medikal bakıma yönelmeye olanak verir; 2) Buna bağlı olarak hastalığa tanı konmasına ve böylece bilinmezliğin verdiği psikolojik boşluğun ortadan kalkmasına katkıda bulunur; 3) Çeşitli rollerin yerine getirildiği sosyal sistemlerde, hastalık durumunun yaratacağı engeller ve dengesizlikler önlenmiş olur. Diğer bir deyişle, hasta rolünün onaylanmasının gerek fizyolojik, fiziksel ve mental düzeyde ve gerekse sosyal sistemler düzeyinde göreceli uyum ve dengenin sürdürülmesinde işlevsel olduğunu söyleyebiliriz.

Üçüncü aşama medikal bakımla ilişkiye geçme aşamasıdır. Hem kendisinin ve hem de danışma sisteminin ortaklaşa ulaştıkları kanı çerçevesinde hasta birey profesyonel medikal bakıma bağlı hasta (patient) olma eğilimi içine girer. Bu eğilimin içerdiği iki öge vardır. 1) İkinci aşama içinde belirmiş olan hasta rolünün bir otorite tarafından onaylanması; 2) Böyle bir onaylanma gerçekleştiikten sonra da hasta rolünü sona erdirecek gerekli medikal bakımın sağlanması. Doktorun hasta rolünü onaylamaması durumunda ise, bireyin normal sorumluluklarına geri dönmesi gerçekleşir. Ancak bazen böylesi durumlarda bireyin hasta rolünü onaylatıncaya kadar doktor doktor gezmesi de söz konusu olabilir. Bu aşama içinde gerçekleşen kararların verilmiş biçimi ve niteliğinin yine kentsellik ve kırsallık boyutlarında farklılıklar içerdiğini söyleyebiliriz. Şöyle ki kentsel boyutta rasyonel bir örgütlenme içinde bütünleşmiş olan teşhis ve tedavi olanaklarına ulaşmanın kolaylığı vardır. Hasta rolüne ilişkin verilecek kararların alınması fazla kişiyi gerektirmez; karara ulaşma hasta bireyle doktor arasında gerçekleşir. Hatta çok ciddi hastalıklara ilişkin medikal kararlar bile küçük bir grubu ilgilendirir. Kentliliğin somut göstergesi olan örgütlülük ve gereksinimleri karşılayan kurumsal yapının oldukça

farklılaşmış olması, hasta bireyin sosyal çevresi devreye sokulmadan alınan kararların hemen uygulanabilirlik kazanmasına yol açar. Buna karşın geleneksellik veya kırsallık boyutunda medikal kararların alınması, uygulamaya konması oldukça uzun bir zaman sürecinin ve oldukça geniş bir insan grubunun devreye girmesini gerekli kılar. Başka bir deyişle, kararların oldukça geniş bir toplumsal boyutu vardır. Diğer toplumsal durumlarda olduğu gibi, hasta durumunda da birey bireysellik taşımaz; ailesinin fertleri, akraba ve arkadaş gruplarıyla bütünlük ve dayanışma göstermek zorundadır; Davranışları açısından öncelikle bu gruplara sorumludur. Medikal bakım hastanın aile fertleri, akrabaları ve arkadaşları açısından zaman ve enerji sarfını gerektirir. Doktor ve ilaç için harcamalar ailenin ortak bütçesinden çıkar. Hasta bireyin görevleri hastalık sırasında ilgili sosyal grup üyeleri tarafından üstlenilir. Dolayısıyla kırsallık boyutunda hastalık sadece bir biyolojik düzensizlik değildir; Geniş bir toplumsal grubu ilgilendiren toplumsal bir kriz, krize uyum dönemidir(44). Bu bağlamda değerlendirdiğimizde hasta birey, durumuna ilişkin karar alabilmek için sosyal çevresine yönelmek zorundadır; medikal gereksinimlerini karşılamada bireyselliği yoktur. Hasta rolünün öncelikle sosyal çevre tarafından onaylanmış olması gerekir. Ancak bu onaydan sonradır ki hasta rolü toplumsallık kazanmış olur.

Dördüncü aşama ise “bağımlı-hasta rolü” aşmasıdır. Bu aşamada artık doktor kontrolü altına girilir; önerilen tedavi kabul edilerek uygulamaya konur ve medikal olarak belirlendiği şekliyle izlenir. Hastalığın niteliği bu aşamada önem kazanır. Hastalıkları uzun dönemli ve kısa dönemli olarak iki genel gruba ayırmak mümkündür. Bu ayırım roller ve rollerin karşılıklı beklentisi açısından farklılıkları da beraberinde getirir. Şöyle ki, iyileşerek tekrar normal yaşama dönmesi mümkün olan hasta birey ve çevresindekilerin davranışları ve beklentileriyle, bu olanağa sahip olmayanların davranış ve beklentileri arasında tıpatıp bir paralellik olduğunu söyleyemeyiz. Birinci kategori içinde yer alanlar hasta rolünü daha rahatlıkla içerebilirler. Hastalık durumunun doktor tarafından belirlenmiş olması ve önerilen tedavi süreci sonunda önceki rollerinin hak ve sorumluluklarına dönebileceklerine inanmaları onlara ve çevresindekilere ileriye dönük bir güven verir. Ancak ikinci grupta yer alanlar için bu güvenceden söz

etmek oldukça yanıltıcı olur. Normal rollerine dönüş sınırlılık taşıyabilir; hatta bazı kronik hastalık durumlarında bu sınırlı dönüş dahi mümkün olmayabilir. Böylesi bir durumda bulunanlar kalıcı bir hasta rolü üstlenmeye zorlanırlar; sık sık doktor kontrolüne yönelme, periodik olarak yinelenen hastahane tedavisi ve kaçınılmaz olarak fiziksel güçten düşme bu role süreklilik kazandıran öğelerdir. Doktorla olan bağımlılık ilişkisinin kaçınılmazlığı bir yönüyle kronik hasta için bir baskı niteliği taşımakla birlikte, diğer yönüyle de hastayı rahatlatıcı, güven verici bir içeriğe sahiptir. Kısaca belirtecek olursak, birinci grupta yer alan hasta birey ve çevresindekiler açısından yeni bir sosyal duruma uyum içinde kısa süreli bir sosyalizasyon süreci söz konusu iken, ikinci grupta yer alan hasta birey ve çevresindekiler için bir süreç daha uzundur; toplumsal ve bireysel düzeydeki etkileşim örüntüsünü yeniden düzenlenmesi ve yapılanması söz konusudur.

Beşinci aşamayı ise iyileşme ve rehabilitasyon aşaması oluşturur. Bu aşama medikal bakıma bağımlı hasta rolünün ya tümüyle ya da sınırlı olarak terkedilmesi sürecini içerir. Kronik hastalık durumunda medikal bakıma bağımlı hasta rolünü terketmek oldukça sınırlı ve kurallı bir nitelik taşır. Rehabilitasyon bu tür hasta bireylerin yaşama bağlılıklarına destek olur. Bu yolla hasta rolünün ortadan kalkması sağlanabilir. Ancak hiç kuşkusuz bu gibi durumlar oldukça görelidir. Kronik hastalık durumunda olanlar her an bu rolü tekrar üstlenme ve doktorun sosyal kontrolüne girme beklentisi içindedirler. Diğer türden hastalık durumlarında ise, hasta rolünün sona ermesi medikal düzeyde doktor tarafından belgelendirilir. İyileştiği kendisine bildirilen bireyin, çevresindekilere, 'doktorum bana sağlığa kavuştuğumu, istediğim her şeyi yapabileceğimi söyledi' şeklindeki belirtmesi bu belgelemenin bireysel düzeydeki anlatımıdır. Diğer bazı toplumlarda ise normal yaşama dönüş çeşitli törenler ve sembolik eylemlerle anlatım kazanır. Örneğin, Meksika'da Tzintzuntza'da hasta rolünün bitişi, ilgili kişinin "banyomu aldım, iyice yıkandım" sözleriyle sembolik olarak ifade edilir. Çünkü bu yörede hasta kişinin banyo yapmasının çok tehlikeli olduğuna inanılır. Dolayısıyla hastalığın ilk semptomları belirlediğinde banyo almak yasaklanır, semptomların kaybolmasıyla da banyo almaya izin verilir(45). Diğer bazı toplumlarda ise, töre ve törenler daha da ayrıntılıdır. Örneğin Nijerya'da mental

hastalık geçiren bir bireyin normal yaşama dönüşü sembolik olarak bir törenle belirlenir. İyileşen hasta hastalığı sırasında giydiği giysiyle nehir kıyısına götürülür. Burada başının üstünde bir güvercin kurban edilir ve böylece güvercin kanıyla bütün vücut yıkanmış olur. Eski giysiler kuşun cesediyle birlikte nehre atılır. Giysiler ve kuşun cesedi nehir suyunda akıp giderken rahip de şöyle mırıldanır: 'Nehir asla geriye akmaz, hastalık da asla geriye dönmessin'. Bundan sonra da, iyileşen birey en iyi giysilerini giyerek akrabalarıyla bir araya gelir. Kutsal törenin sonunda büyük bir ziyafet verilir. Bu törenin iki işlevi olduğunu söyleyebiliriz: 1) Akrabaların iyileşen bireye normal rolüne dönebileceğine ilişkin güvence vermesi, 2) Rahibin, bireyin sağlıklılığına ilişkin aileyi güvence vermesi. Böylece bir törenin mental hastalık düzeyinde bile tekrar hasta rolüne dönülmeyecekmiş gibi bir anlayışı içermesi, kentsel anlayışla karşıtlık içindedir. Çünkü kentsel anlayış bu türden hasta rollerinin her zaman kendisini tekrarlayabileceği olasılığını içerir(46).

Hasta ve Doktor Statüsü ve Rolü

Hastalık toplumsal bir durumdur; içerdiği koşullar, değerler ve normlar, ilişki türleri ve biçimi v.b. toplumsal olarak belirlenmiştir. Bu belirlenme toplumsal-kültürel faktörlere göre de farklılıklar gösterir. O halde hastalık durumunun içerdiği öğelerin de sosyalizasyon süreci içinde öğrenildiğini söyleyebiliriz.

Hastalığın sosyal bir durum olarak algılanması, sosyologları birbiriyle ilişkili dört önermeye yönelmiştir. Birincisi, hastalık grup içinde belirli bir pozisyonu veya statüyü temsil eder; bütün toplumsal statüler gibi, bu statünün taşıyıcıları da belirli davranış kalıpları içinde eylemde bulunmak zorundadırlar. İkincisi, hastalık statüsünü üstlenmeye yönelik kararı, ve bu kararın zamanlanması çeşitli sosyal öğelerin etkisi altındadır. Üçüncüsü, bu statüye geçişin kuralları ve araçları toplumsal olarak belirlenmiştir. Dördüncüsü, hastalık statüsüne geçiş bireysel otonominin toplumsal kontrol ajanlarına terkedilmesi anlamına gelir(47).

Hastalığın toplumsal bir durum olarak algılanması, hasta statüsünü üstlenen bireyin bu statüyle bağlantılı rolünü yerine getireceği anlamına gelir(48). Kendisini huzursuz hisseden her bireyin bu rol ve

statüye sahip olacağını söyleyemeyiz. Bu statüye geçişin koşullarını şöyle belirleyebiliriz: 1) Bireyin kendisini rahatsız hissetmesi, 2) Çevredekilerin bireyde fiziksel veya davranışsal olarak bazı olağanüstü değişikliklerin farkında olmaları, 3) Kendisinin ve çevresindekilerin değerlendirmesi sonucu bireyin profesyonel teşhis ve bakıma yönelme gereksinimi duyması, 4) Doktorun, bireyin bu konumunu meşrulaştırması. Buna göre, hiç bir semptomu sahip olmayanlar, nesnel anlamda hastalığı olup da bununla ilgili bir eyleme geçmemiş olanlar, ve de kendilerini hasta olarak hissettikleri halde (öznel anlamda hastalık) bazı medikal olmayan eylemlere yönelenler için hasta rolünden söz edemeyiz.

Parsons doktor ve hasta rolünü ve bu roller arasındaki etkileşimi inceleyen ilk sosyologlardan sayılır(49). Parsons bir sistem kuramcısıdır. Ona göre, en büyük sistem toplumdur; toplum ise kendi içinde birey-birey ilişkisine kadar indirgenebilecek alt sistemlere bölünür. Ve her sosyal sistem birbiri içine girmiş ve etkileşim içinde olan toplumsal rollerin oluşturduğu görelî bir denge ve uyum bütünlüğüdür. Dolayısıyla sistemin irdelenmesinde rol ve statü ve kişisel rolün beklentisi yani eylem(50) ve sistem içinde bu öğelerin karşıladığı gereksinimler, yani sistemin bütünleşmesine katkıları veya fonksiyonel olma durumları temel olmaktadır. Toplumsal olarak belirlenmiş davranış kalıpları bağlamında rollerin yerine getirilmesi süreci, rol beklentilerinin etkileşimi sürecini içerir; baba rolü-çocuk rolü etkileşimi, öğretmen rolü-öğrenci rolü etkileşimi gibi. Dolayısıyla sistemin varlığı ve sürekliliği roller arasında etkileşimin varlığına ve sürekliliğine bağlıdır. İşte Parsons doktor ve hasta rol ve statüsünü de bu bağlamda değerlendirmiştir. Doktor ve hasta statüleri toplumsal olarak belirlenmiş hak ve sorumluluklar doğrultusunda biçimlenen davranış kalıpları içerir. Hastalık durumunda her iki tarafın, statüleri doğrultusunda karşılıklı ilişkiye girmeleri, statülerinin gereği davranışları yerine getirmeleri, doktorun doktor rolünü, hastanın da hasta rolünü yerine getirmesi anlamına gelir. Rollerin karşılıklı olarak yerine getirilmesi bir sosyal sistemin oluşmasıyla sonuçlanır. Bu sistem genel olarak sağlık sistemi içinde bir alt-sistem oluşturur.

Sosyal sistemin dengesi, sistem içinde yer alan bireylerin, rollerini beklentiler çerçevesinde yerine getirmeleriyle görelidir. Diğer

bir deyişle, bireylerin, ilişkilerinde hak ve sorumlulukları doğrultusunda güdülenmeleri söz konusudur. Bu açıdan Parsons, rol beklentilerinin yerine getirilmemesi için meşru bir zemin hazırlaması nedeniyle, hastalığın sistemin uyum ve dengesini bozucu bir öze sahip olduğunu belirtir. Ayrıca hastalık durumuna rağmen bireyin sistem içindeki rol beklentilerini yerine getirmeye devam etmesinin de yine sistem açısından işlevselliği yoktur. Çünkü rol beklentileri gerektiği gibi verimli bir biçimde yerine getirilemez. Sistem içinde yer alan diğer bireyler'de hasta bireyin rolünü yerine getirme biçiminden etkilenmesi sistemin dengesizliğine yol açar. O halde hangi durumda olursa olsun yapılması gereken, ilgili bireyin hasta stütü ve rolünün sosyal kontrol sistemi içinde belgelendirilmesi ve yönlendirilmesi gerekir. Böylesi bir kontrolün gerekliliği iki yönlüdür: 1) Hasta bireyin sosyal olarak korunması, kontrol altına alınması, 2) Normal rol beklentilerinin yerine getirilmemesinde hastalığın bir araç olarak kullanılmasının önlenmesi.

Hasta bireyin çevresinden, çevrenin de hasta bireyden beklentileri, veya yerine getirilemeyen sosyal rollerin türü ve sayısı hastalık durumunun doğası ve niteliğiyle görelidir diyen Parsons, bütün hastalıkların günlük yaşam içinde sosyal rollerin yerine getirilmesini ve hasta statüsüne geçişi aynı derecede ve düzeyde etkilemeyeceğini vurgular. Şöyle ki, doktora gitmeyi bile gerektirmeyen küçük hastalıklar bireysel düzeyde kontrol altına alınabileceği gibi, günlük yaşam içinde de engelleyici bir nitelik taşımazlar. Aynı şekilde, kronik hastalığı olan bireyler düzenli olarak doktor kontrolüne yönelseler bile, kalıcı bir hasta rolü içinde görülmezler; kendilerine sadece hasta statüsü atfedilir. Böylece Parsons hasta rolünü toplum düzeyinde kurumlaştırılmış geçici bir sosyal rol olarak değerlendirmiştir. Bu kurumlaştırmanın amacı hastalık durumundan sağlık durumuna geçişi sağlayarak bireylerin toplumsal sistem içindeki işlevsel konumlarını güvence altına almaktır(51).

Parsons doktor rolünün hasta rolünün tamamlayıcısı olarak görmüştür. Hastadan doktorla tümüyle işbirliği yapması beklenirken, doktordan da tüm uzman bilgi ve becerisini hastanın yararına kullanması beklenir. Dolayısıyla hastalık durumdan sağlık durumuna geçiş her iki tarafın rollerinin birbiriyle işlevsel bütünlük göstermesini gerektirir(52).

Teşhis ve tedavi sürecinin etkinliği doktorun hastasına ilişkin en özel ayrıntıları bilmesine bağlıdır. Ancak doktorun bu ayrıntıları kendi bireysel çıkarı için değil fakat hastanın yararına kullanması zorunludur. Çünkü onun rolünün temel amacı hastayı, içinde bulunduğu sapan davranış(53) durumundan çıkarmak, normal sosyal rollerini yerine getirebilecek konuma getirmek ve dolayısıyla toplumsal sistemin uyum ve dengesine katkıda bulunmaktır. Bu süreçte gerekli olan yaptırım da bir sosyal kontrol aracı olan medikal sistem içinden sağlanır.

Bu açıklamalar çerçevesinde Parsons'ın hasta ve doktor rolünü şöyle özetleyebiliriz(54):

Hasta rolü

Sorumlulukları

1)Hasta statüsüne geçmiş olan bireyin en kısa zamanda iyileşme istemi göstermesi beklenir. Bu statünün toplumsal sorumluluklardan kaçmak için bir araç olarak kullanılmadığı medikal sistem içinde onaylanmalıdır.

2) Birinci sorumlulukla bağlantılı olarak, bireyin medikal sistem içinde çözüm aramaya yönelerek doktor ile sıkı bir işbirliği içine girmesi söz konusudur. Hasta rolünün somutlaşması bu işbirliği içinde gerçekleşir.

Haklar

1) Normal sosyal işlevlerden ve sorumluluklardan affedilme, hasta rolüne geçmiş bireye tanınan haktır. Bu hakkın sınırı ve kapsamı hastalığın türüne ve şiddetine göre değişir.

2) Birinci hakla bağlantılı olarak bireyin hastalık durumundan sorumlu tutulmaması gerekir. Tıpkı bunun gibi, sağlık durumuna geçişte salt bireyin kendi karar ve ifadesiyle mümkün değildir. Gerekli olan bakım ve desteğin kendisine verilmesi onun için bir haktır; uzman medikal öneriye yönelme ise onun için bir sorumluluktur.

Doktor rolü-profesyonel rol kendisinden beklenen

1) Doktor medikal eğitim süresince alanıyla ilgili ilgi ve beceriler edinir. Kendisinden beklenen bu bilgi ve becerilerini hastalık sorunlarını çözümlenmede etkin olarak kullanmasıdır.

2) Bireysel çıkar, para isteği ve benzerinden ziyade hastanın ve kamunun çıkarını ön planda tutma diğer bir temel beklentidir. Hiç kuşkusuz bu beklentilerin özünü alana ilişkin etik kurallar, değerler, normlar oluşturur. Dolayısıyla medikal eğitimin mesleksi düzeyde bir sosyalizasyon süreci olduğunu söyleyebiliriz(55).

3) Duygusal olarak tarafsız olmak, doktor rolünün diğer önemli bir davranışsal sorumluluğudur. Hastaların davranışlarını salt kendi değer sisteminin sınırları içinde değerlendirmek teşhis ve tedavide belirsizliklere yol açabilir.

4) Profesyonel pratiğin ilkelerini izlemek doktor rolünün amacı olması gerekir.

Haklar

1) Hastaların fiziksel mauiyenesini yapmak, onların en özel yaşamlarını irdelemek doktor rolünün temel bir hakkıdır.

2) Profesyonel pratikte oldukça geniş bir otonomiye sahip olmak yine bu rolün özünde yatan bir hak olarak algılanır.

3) Hasta-doktor ilişkisinde doktorun otorite pozisyonuna sahip olması da yine bir hakır çünkü doktor uzman bilgi ve beceriyle donanmıştır. Bu potansiyel onun hastayla olan ilişkilerinde otonom bir pozisyona sahip olmasını gerektirir. Böylesi bir pozisyonunu iki yönlü işlevi söz konusudur: a) Hasta doktora güven duyur, psikolojik olarak kendisini güvencede hisseder. Böylesi bir etki hastanın tedavi sürecindeki davranışlarını olumlu yönde etkiler. b) Doktor, uzman bilgi ve becerisini engellemeler olmadan rahatlıkla uygulama, rasyonel düşünme ve hareket etme olanağını bulur.

Parsons'ın sosyal sistem anlayışına dayalı hasta rolü modeli medikal sosyoloji alanında oldukça etkili olmuştur. Bu modelin katkıları olduğu kadar sınırlılıkları da vardır. Hastalığın toplumsal bir içerikle değerlendirilmesi modelin en önemli katkılarından biridir. Hasta statüsüne sahip bireyin davranış beklentileri, sosyal grubun hasta bireye yönelik davranışları ve reaksiyonları özellikle hasta-doktor etkileşiminin dinamiklerinin analizinde ve hasta statü ve rolünün

meşrulaştırılması süreci ve sorunlarının değerlendirilmesinde yol göstericidir. Model aynı zamanda çeşitli türden hastalıkların değerlendirilebileceği bir sosyolojik temel vermektedir. Böylesi bir değerlendirmede nesnel anlamda hastalıklar (diseases) arasında, gerek hasta bireyin ve gerekse sosyal çevrenin davranışsal beklentileri ve tepkileri açısından benzerlikler ve kesişmeler olduğunu görmek mümkün olmuştur. Örneğin, zaturei ve kazaların medikal koşullarının klinik olarak birbirlerinden oldukça büyük farklılıklar taşıdığını belirten Parsons, bu hastalıklara özgü tanımların, beklentilerin ve tepkilerin benzerlikler taşıdığını vurgular. Dolayısıyla bu beklentilerin ve tepkilerin benzerlikler taşıdığını vurgular. Dolayısıyla bu model davranışsal beklentilerin benzer niteliklerinden hareketle bir senteze yönelerek hastalık davranışı kalıbının oluşturulmasına olanak verir. Üçüncü olarak, evrenselliğinin tartışılmasına, eleştirilmesine(56) rağmen model, hastalığın toplumsal doğasının irdelenmesini amaçlayan bir çok araştırmaların yapılmasına ve dolayısıyla yeni kuramsal tartışmalara ve gelişmelere neden olmuştur.

Yöneltelen eleştirileri ise şöyle özetleyebiliriz(57). İlk olarak Parsons modelinde hasta bireyi medikal bakıma bağımlı hasta (patient) olarak ele almaktadır. Halbüki evvelce vurguladığımız gibi, nesnel anlamda hastalık (diseases) semptomlarının gösterdikleri halde bunların bir anormalliğin göstergesi olabileceğini düşünmeyen, dolayısıyla, ben hastayım demeyen bir çok kişinin farkında olup ta hasta rolünün hak ve sorumluluklarını üstlenmeyenler de söz konusudur(58). Birinci eleştiriyle bağlantılı olarak hasta rolünün uzman yardımına başvuranlarla sınırlandırılmış olması, aynı davranış kalıbını göstermeyenlerin değerlendirme dışı bırakılmasına yol açar. Çünkü bir çok kişi doktor desteği almada oldukça yavaşlar ve modele göre de bu kişiler medikal bakıma girene kadar hasta sayılmamaları gerekir. Üçüncü olarak, bir çok sosyolojik kronik hastalıklara fiziksel bozukluklara ve tedaviye yanıt vermeyen durumlara tepkilerin betimlenmesinde, ve özellikle mental hastalıklar bağlamında bu modelin yeterli olmadığını ileri sürerler(59). Hasta statüsünün, sağlığa kavuşma düzleminde değerlendirilmesi buna neden olmaktadır. Bu bağlamda şu noktaları göz ardı etmemek gerekir. Kronik hastanın tam olarak iyileşmesini bekleyemeyiz ve genellikle bu hastalar bu nedenden ötürü de suçluluk

duygusu taşırlar(60). Hatta çevredekiler tarafından da aynı şekilde değerlendirilmeleri söz konusu olabilir. Ayrıca kronik hastalığı olanların medikal olarak önerilen rejimlere tam olarak uyum göstermedikleri de bir gerçektir. Psikiyatrik hastaların gösterdikleri bağımsızlık eğilimleri ve hasta statüsüne karşıtlık göstermeleri Parsons'ın modelinin mental hastalıklar alanındaki sınırlılığını yansıtmaktadır. Diğer bir eleştiri de, Parsons'ın hasta-rolü modelinin, hastalığın öznel içeriğini dikkate almadığı hastalığı salt nesnel anlamda ele aldığı noktasında toplanır. Diğer bir deyişle, Kurtz, modelde, kişisel yorum ve tanımlarının hastalığın toplumsal rolünden ayrı düşünüldüğünü ve dolayısıyla hasta bireyin kendi iç dünyası ve korkusunun bu modelde yer almadığını ileri sürmektedir(61).

Parsons'ın hasta-rolü kavramına yöneltelen sosyolojik eleştirileri bize şu gerçeği göstermektedir: Tek bir modelin böylesine çok yönlü (ekonomik, toplumsal, kültürel v.b.) bir davranışı her ayrıntısıyla içermesi mümkün değildir. Örneğin model, ekonomik, sosyal ve psikolojik temelde ve hatta bilgisizlik yüzünden sağlık sistemiyle bağlantıya girmeyenler açısından hasta davranışını tanımlı içine almamaktadır. Ancak tüm eleştirilere ve sınırlılıklarına rağmen, hasta-rolü kavramı medikal sosyoloji alanında bu konuma ilişkin tüm kavramları çerçeveleyen bir statüye sahip olduğunu özellikle vurgulamak gerekir.

Gerek hasta-rolünü ve gerekse doktor-rolünü sadece uyum ve denge açısından değil, fakat aynı zamanda gerilim, çatışma, çelişki bağlamında da düşünmek gerekir. Çünkü toplumsal yaşam içinde bireylerin birden fazla rolleri vardır ve bu roller birbiriyle çatışabildiği gibi her bir rol de kendi içinde gerilimler taşıyabilir. Doktorun çalıştığı kuruluştaki rolü diğer doktorların, hemşirelerin, yönetim personelinin ve de hastaların rolleriyle içiçedir. Ve hatta doktorun rolü çalıştığı kuruluşla da sınırlı olmayıp, dolaylı olarak diğer kurumlarla da dolaylı da olsa bağlantılıdır, örneğin okullar, devlet daireleri, fabrikalar gibi. Karar aşamasında salt kendi rolü çerçevesinde kalması mümkün değildir. Dolayısıyla rollerin etkileşimindeki bu kesişmeler, hiç kuşkusuz, doktorun rolünde gerilimlere, çatışmalara yol açar. Bu çatışmaların neler olabileceğini şöyle açıklayabiliriz. Hastanın çıkarını

gözetme sorumluluğu ile devletin çıkarları doğrultusunda karar verme zorunluluğu doktorun rolünde zaman zaman gerilimler yaratabilir. Daha önce de belirttiğimiz gibi, doktorlar kimin sağlıklı, kimin hasta olduğunu belirleyen formel kişilerdir. Hasta rolünün sınırlarını çizen, bu rolü meşrulaştıran uzman kişilerdir. Bu önemli bir işlevdir. Çünkü hasta rolü onaylanan kişi parasal yardım, dinlenme gibi çeşitli haklara sahip olacaktır. Dolayısıyla bu noktada vereceği kararlar doktorun rolünde çelişkiler yaratabilir -bir yandan hasta bireyin çıkarı, öte yandan ilgili kuruluşun çıkarı. İkinci olarak, belirli hastalara tanınan öncelikler konusunda alınacak kararlar da gerilimlerin kaynağı olabilir. Çünkü bu kararı doktor genel hasta popülasyonu çerçevesinde vermek zorundadır. Kıt kaynaklar olarak değerlendirebileceğimiz doktorun hastaya ayıracağı zaman, yatak, medikal araç ve gereçin kullanımında, organ nakli ve benzeri gibi konularda öncelikli durumların gözetilmesi oldukça baskı yaratıcı bir karar sürecini içerir. Nesnel ölçütlerin olmadığı durumlarda bu kararlar tümüyle doktorun kararına dayanır. Üçüncü olarak, doktor-hasta ilişkisinde doktorun hastasına ilişkin her türlü bilgiyi 'gizlilik' anlayışı içinde saklı tutarak, hastanın yakınlarına aktarmaması durumunda da doktorun bir çelişki yaşayacağını söyleyebiliriz. Gizlilik koşulsuz olarak uygulanmalı mı, çıkarlar doğrultusunda mı uygulanmalı, veya hiç gizlilik olmamalı mı? Hastanın gizli kalmasını istemesine rağmen doktorun AIDS teşhisini resmi olarak ve koşulsuz olarak belgelemesi söz konusudur. Diğer taraftan henüz daha ergenlik döneminde olan küçük bir kız düşünelim. Ailesinden gizli olarak, doktordan doğum kontrol ilacı istiyor ve doktor da aileyi tanıyor. Bu durum gizli tutulmalı mı? Başka bir örnek daha verelim. Doktor hastasına kanser teşhisi koyuyor. Bu kararını hastaya ve yakınlarına hemen söylemeli mi? Veya söylemek gerekiyorsa nasıl söylemeli? Tedavisi mümkün olmayan hasta bireyin doktordan sürekli destek ve yardım istemesine karşın doktorun, tüm olanaklarını kullanmasına rağmen, yine de etkili olmaması yine rol açısından bir gerilim kaynağıdır. Çünkü doktorun her şeyi çözümleneceği inancı hasta bireyde çok güçlüdür; ama o bir çözüm bulamaz. Toplumsal yaşam içinde mesleki rolünün dışında, her birey gibi, doktorun da başka rolleri vardır üniversitede hoca olarak, ailede baba olarak, dernek yöneticisi olarak v.b. Zaman zaman doktor rolü diğer rollere baskın olabilir.

Aynı gerçeği hasta rolü için de söyleyebiliriz. Hasta rolüne sahip birey, konumu gereği diğer rollerini yerine getirememeye pozisyonu içindedir. Sürekli olarak çevreden destek ve dayanışma beklentisi içindedir. Dolayısıyla bu rol her ne kadar kendisine bir takım haklar tanısa da, diğer rollerini yerine getirememeye durumu bu rolünde içsel gerilimlere yol açabileceği gibi, bu rolünün diğer rolleriyle çatışmasına da neden olabilir. Hasta rolündeki gerilimlerin düzeyi hastalığın türü, süresi, şiddeti ve geçmiş hastalık deneyimleriyle görelidir. Uzun süreli kronik hastalıklarda, fiziksel olarak engelli durum yaratan hastalıklarda, hasta rolündeki gerilimler daha yoğun yaşanabilir. Bu gibi durumlarda hasta rolünde içsel olarak görel bir uyum ve denge sağlama açısından rehabilitasyon programlarının ayrı bir önemi vardır. Bu programların hasta rolüyle hastanın kendisi arasında bir denge sağlama veya bir tampon işlev görme niteliğine sahip olduğunu söyleyebiliriz.

Roller, rol beklentileri değer yüklüdürler; toplumsal-kültürel yapı içinde nitelik kazanırlar; yer ve zaman boyutunda görelilik taşırlar. Toplumsal-kültürel yapı özgünlükleri rol örüntüsünde de özgünlükleri beraberinde getirir. Bu bağlamda hasta ve doktor rollerinin içerikleri, birbirleriyle ilişkileri, taşıdıkları içsel ve dışsal etkileşim etkileri ve gerilimleri sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel ögelere göre farklılıklar göstereceği bir gerçektir. Yine bu bağlamda düşünebileceğimiz hastalık semptomlarına ilişkin bireyin geçmiş deneyimleri, medyaya ve yazılı literatüre dayalı popüler görüşler, aile ve arkadaş çevresinin eğilimleri de hasta rolünün gerilim derecesini etkileyen faktörler olarak görülebilir. Özetle, hasta ve doktor rolü ve bu rollerin etkileşimi, toplumsal-kültürel yapıyla görel çeşitlilik ve özgünlük, uyum ve çelişki noktaları taşırlar.

Doktor-Hasta Etkileşimi

Doktor ve hasta rolü birbirlerinden ayrı, bağımsız bütünlükler değildir. Hastalığın teşhisi ve tedavisi ve dolayısıyla sağlıklı duruma geçiş bu iki rolün etkileşim yoğunluğuna, biçim ve türüne bağlıdır. Her iki rolün özünü biçimleyen toplumsal-kültürel yapı özellikleri, hiç kuşkusuz, etkileşimin de dokusunu oluşturur.

Doktor-hasta etkileşimini değerlendirmeyi Tuckett'in kullandığı birer alıntı ile başlamanın oldukça anlamlı olacağı kanısındayız(63):

“Evet, sorularınıza güçlükle cevap verirler. Zaten isteksizlikleri yüzlerinden okunmaktadır. Hasta olarak ne zaman bir soru sormaya kalksanız size hemen ‘sizinle görüşmek için üç dakikam var’ diye kestirip atarlar. Aslında sorduğumuz sorulara da cevap vermeye pek niyetleri yoktur. Ne yapalım, ben de artık doktorlara hiç bir şey sormuyorum. (F.M. Davis, *Passage Through Crisis*, Innianapolis, Bobbs Merrill, 1963, s. 57-58).

“Yine ‘çok iyi, bu konu hakkında gelecek sefere konuşuruz’ diye söyleyecektir. Gelecek sefer de süratle ve alakasız bir şekilde konuşacak ve hızla muayene odasının dışına çıkacaktır. Doktor odanın dışına çıktığı anda sizce jeton düşer ve ilâcınızı nasıl kullanacağını sormadığınızı birden hatırlarsınız. Apar topar muayene odasının dışına fırlarsınız, koridorda koşturursunuz; fakat doktorunuz sizden hızlıdır. Çoktan görünmez olmuştur”. (D. Tagliacozza, H. Mauksch, “The Patients View of the Parets Role”, *Patients, Phisicians and Illniss*, G. Jaco (edt.) Free Press, New York, 1972, s. 177).

Doktor-hasta etkileşimini sağlık sistemi içinde bir alt-sistem olarak değerlendirebiliriz. Bu sistem içinde hasta ve doktor rolleri gereği birbirlerinden beklentileri, birbirlerinden alıp verecekleri şeyler vardır. Ve bu karşılıklı alıp verme rolleri çevreleyen değer ve norm sistemi içinde yönlenir. Diğer önemli bir husus da bu karşılıklı ilişkide eşitsizliği olmasıdır. Doktor bir uzmandır; hastanın çıkarına kullanacağı bilimsel bilgi bütünlüğüne sahiptir. Kullandığı araç ve gereçler de bu bilgi bütünlüğünün gücünü daha da pekiştirir. O halde, bu ilişkide doktorun statüsü ve otoritesi belirgindir; kendisini hissettirir. Hastanın statüsü ise bağımlı bir nitelik taşır. Hasta verdiği bilgi çerçevesinde doktordan dortordan uzman destek görecektir. İşte bu karşılıklı alıp verme ilişkisi nasıl olmalı ki sonuçta başarı elde edilsin? İlişkiler simetrik mi yoksa asimetrik olsun tartışmaları medikal sosyolojide çeşitli modellerin oluşturulmasıyla sonuçlanmıştır.

Parsons’ın toplumsal sistem analizi doktor-hasta etkileşiminin ilkelerini belirlemede temel olmuştur. Sosyal eylemin yapısını incelerken, Porsons, bir eylem sisteminde rolü olan birey, yani aktör,

toplumun kendisi için belirlediği rolü oynarken yapısal olarak biçimlenmiş eğilimler içinde, beklentiler doğrultusunda davranır. Bir statüden diğerine farklılıklar gösteren bu eğilimleri 'kalıp değişkenleri' olarak isimlendirir. Bu bağlamda kişisel rollerin (veya eylemlerin) kalıplarını iki seçenekli beş kategori içinde belirler(64).

- | | |
|---|---|
| a) Duygusallık.....
(Affectivity) | Duygusal tarafsızlık
(Affective Neutrality) |
| b) Belirginlik.....
(Specificity) | Yaygınlık
(Difuseness) |
| c) Evrensel ölçütlere yönelme).....
(Universalism) | Özel ölçütlere yönelme
(Particularism) |
| d) Başka kişileri atfedilen özelliklere ...
göre değerlendirme
(Ascription) | Başka kişileri başarılarına
göre değerlendirme
(Achievement) |
| e) Bireysel yarar-kendine yönelme
(Self-orientation) | Topluluk yararı-
topluluğa yönelim
(Collectivity orientation) |

Bu kalıp değişkenler için Parsons üç temel ölçüt kullanır: "1) Bu değişkenler tamamen genel olmalı ve ne çeşit olursa olsun bütün gruplar arasında ve farklı kültürlerde karşılaştırmaları olanaklı kılmalıdır. 2) Değişkenler toplumsal eylem kurumunun genel çerçevesine uygun olmalıdır. Bir başka deyişle, bu değişkenler, aktörler bakımından onların yönelimlerini, toplumsal sistemler yönünden rol beklentilerini ve kültürel sistemler bakımından normatif kalıpları sınıflandırabilmelidir. 3) Bu değişkenler sistem farklılaşması bakımından fonksiyonel sorunların çözümlenmesi için de geerli olmalıdır"(65).

Parsons bu kalıp değişkenlerini, hasta-doktor etkileşim sisteminde doktor rolünden beklenen değişkenlerini, hasta-doktor etkileşim sisteminde doktor rolünden beklenen davranış eğilimlerinin veya daha önce üzerinde durduğumuz hak ve sorumlulukların değerlendirilmesinde kullanmıştır(66). Birinci grup kalıp değişkeni açısından, bazı statüde bulunanlar için etkileşim biçimi duygusal temele

dayanırken, diğer bazıları için duygusal tarafsızlık veya objektiflik önemlidir. Tıp bilgisini hastasına uygularken, doktordan duygusal tarafsızlık içinde davranması beklenir. Objektiflik doktorun hastasıyla ilişkisinin profesyonel düzeyde olmasını garantiler. Böylesi davranış hem doktor ve hem de hasta açısından güvenli bir ortamın yaratılmasını sağlar. Şöyle ki, bu şekilde, bir taraftan hem hasta ve hem de doktor uygunsuz ve potansiyel olarak sakıncalı olabilecek bağlantılara karşı korunmuş olurlarken, diğer taraftan da, doktor özellikle hastanın medikal sorunlarının teknik açıdan değerlendirilmesinde yoğunlaşma olanağını bulur. Tedavi seçeneklerine ilişkin kararları uygulamaya koyla ilişkilerde objektif olunduğu ölçüde olumlu sonuçlar verir. Aynı şekilde böylesi bir davranış eğilimi hastaya da güvence verir. Şöyle ki, bazen doktor hastanın öznel yaşamını sorgulamak durumunda kalabilir; arkadaşlarının, akrabalarının, ailesinin bilmediği bazı sorunları irdelemek zorunda olabilir. Hasta, doktorun duygusal olmadığını hissettiği ölçüde bu sorunları tartışma eğilimi gösterir.

Parsons'a göre belirginlik ve yaygınlık, bir etkileşim durumunda belirgin ve sınırlı hedeflere mi yoksa yaygın ve geniş hedeflere mi yönelim olup olmadığını gösterir. Yaygın ilişkide çok çeşitli hak ve sorumluluklar söz konusudur; Belirgin ilişkinin hak ve sorumluluklarının kapsamı dardır. Buna göre Parsons'ın modelinde doktor ve hasta arasındaki ilişki, işlevsellik açısından belirginlik temeline dayanır. Belirginlik, doktoru, hastanın durumuyla ilgili bilgi ve koşullarla sınırlar; doktora iletilen bilgiye ilişkin olası kaygıları yatıştırır veya yumuşatır. Belirginlik, duygusal tarafsızlığı veya objektifliği tamamlar, çünkü, ikisi birlikte, hastada, doktora ilettiği özel bilgilerin hiç bir şekilde kötüye kullanılmayacağı güvencesini sağlar. Ancak bir çok hastalıkları psikolojik faktörlerin bir işlevi olarak gören bazı doktorlar, örneğin psikiyatristler belirginlik eğilimine daha yaygın bir içerik verseler bile, hastanın durumuna ilişkin sorunların geçerliliği üzerinde yoğunlaşırlar.

Evrensel ölçütlere yönelme ve özel ölçütlere yönelme, etkileşim durumunda yargı ve değerlendirmelerin evrensel ölçütlere göre mi yoksa bireysel ölçütlere göre mi işlerlik gösterdiği sorununu içerir. Bir kişinin herhangi bir statünün taşıyıcılarına aynı şekilde davranması durumunda

evrensellik kalıbı söz konusudur. Çünkü ilgili statünün taşıyıcısı kişiler evrensel bir sınıfın üyeleri olarak görülürler. Bunun tersine olarak bir kişinin herhangi bir statü taşıyıcısına belirli bir biçimde davranması durumunda davranış kalıbı özel ölçütlere yönelme niteliğini taşır; etkileşim sisteminde yönelinen birey özel bir duruma sahip bir birey olarak değerlendirilir. Doktor-hasta etkileşimine dönecek olursak, burada, tedavi için doktora başvuran her birey evrensel hasta statüsüne sahiptir ve dolayısıyla doktordan evrensel ölçütlere dayalı eylem beklenir. Onun görevi tüm hasta statüsü taşıyıcılarına aynı davranışı göstermek, aynı teknik olanakları sağlamaktır.

Hasta açısından doktor-hasta etkileşiminin öznel ölçüte dayalı olması sakıncalı olabilir. Her iki taraf birbirine kapanabilir, birbirine kaygı ve kuşku içinde davranabilir. Bu da teşhis ve tedavide sorunlara yol açabilir. Buna karşın hastanın, evrensel ölçüte dayalı doktor statüsü taşıyıcılarına öznel yaşamına ilişkin bilgi aktarımı daha güvenceli, yumuşak ve kolay gerçekleşir.

Evrensel ölçütlere yönelme-öznel ölçütlere yönelme davranış kalıbıyla duygusal tarafsızlık-duygusallık davranış kalıbı arasında kesin bir bağlantı olduğunu da görmekteyiz. Tanımı gereği duygusallığa dayalı ilişki öznel ölçüte dayalı davranışı da beraberinde getirir. Çünkü duyguda temellenmiş etkileşim durumlarında her bir kişi bir diğerinden ayrı ve öznel tutulur. O halde Parsons'ın yaklaşımı içinde doktorun etkili teşhis ve tedavisi ancak evrensellik ve objektiflik taşıyan davranış kalıpları çerçevesinde gerçekleşebilir.

Atfedilen özelliklere göre değerlendirme-başarıya göre değerlendirme davranış kalıbında bir aktörün neye göre ve nasıl değerlendirileceği eğilimi söz konusudur. Diğer bir deyişle, bu kalıp açısından aktörün gösterdiği yetkinlik, başarı, uzmanlık veya performans yönünden mi yoksa cinsiyet, yaş, ırk, aile statüsü gibi doğuştan sahip olunan özellikler doğrultusunda mı değerlendirileceği ilkesi temel amaçtır. Burada söz konusu olan atfedilen ve kazanılan statü anlayışıdır. Genellikle başarılan veya kazanılan statü aktörün kontrolü altında olduğu halde doğuştan atfedilenler ise onun kontrolü dışındadır. Tüm aktörler iki tür statüyü de taşırlar ve herbirine ilişkin rolleri

toplumsal çevrenin beklentisi doğrultusunda yerine getirirler. Kişiler ancak genel bir tıp eğiliminden ve de uzmanlık eğitiminden sonra doktor olabilirler. O halde doktor statüsü kazanılmış bir statüdür. Eğitim sürecinde gösterdiği başarı ve elde ettiği resmi diploma bu statüye geçmek için temeldir.

Son davranış kalıbı olan bireysel yarar-topluluk yararı çerçevesinde girilen sosyal ilişkilerin değerlendirilmesinde aktörün egosuna mı yoksa topluluğun yararına mı öncelik verildiği temel olur. Doktor rolünün beklentisi öncelikle hastalar yararına eylemde bulunmaktır. Verdikleri hizmet ve kararlarda hastaların sağlık durumu odak noktasıdır veya olması gerekir. Bu nedenle doktorun rolü tümüyle topluluğa yönelen veya topluluk yararını hedefleyen davranış beklentisinde temellenir. Topluluğa yönelimin, belirginlik ve duygusal tarafsızlıkla birlikteliği doktorun hastaya yönelik şu mesajını içerir: 'Ben sizin yararınıza buradayım; sahip olduğum uzman bilgi birikimimi, teknik olanakların desteğinde sizin durumunuza çözüm bulmak için kullanmaya hazırım'(67). Verilen mesajın içtenliğine inanç, hastanın kendisini serbest ve güvenli hissetmesine, en özel sorunlarını doktoruyla paylaşmasına neden olur. Özetle belirtecek olursak, duygusal tarafsızlık, belirginlik, evrensel ölçütlere yönelim, başarıya göre değerlendirme (kazanılmış statü) ve topluluğa yönelim, bir bütün olarak, hasta-doktor etkileşiminde doktordan beklenen değersel eğilimleri oluşturur. Ve böylece Parsons, bu değersel eğilimlerin bütünlüğü içinde hasta stütüsü karşısında doktor statüsünün etkin olacağını vurgular.

Parsons'ın geliştirdiği modelin her boyutunda doktor rolünün otoritesi dikkati çekmektedir. Yani bu modelde hastanın çıkarına yönelik ancak tek yönlü işleyen bir ilişki biçimi hakimdir. Bu asimetrik görünüm oldukça yoğun eleştiri almıştır. Parsons ise bu eleştirileri şöyle karşılamıştır: 1) Teknik ve bilimsel bilgi birikimi doktora hasta karşısında üstünlük sağlar. Doktor bu potansiyaliyle hastanın sağlık sorununu çözmeye olanağına sahiptir. 2) Hasta-doktor ilişkisinin iki tarafı vardır-destek arayan hasta-hastadan gelen isteğe yanıt veren doktor. Hasta yardım isteme amacıyla doktorun karşısına gelir. Böylesi bir durumda doktorun aktif olarak doktor-hasta ilişkisine egemen olması söz konusudur(68).

Güç ve otoritenin doktorda odaklanmasının ve hastanın da pasif bir alıcı pozisyonunda olmasının hastanın yararına olacağı ilkesi oldukça tartışma götürür bir değerlendirme olduğunu söyleyebiliriz. Parsons'ın her iki tarafın yararına olarak gördüğü böylesi bir ilişkiyi, diğer bazı sosyologlar doktorun çıkarına uygun bir ilişki olarak değerlendirmişlerdir. Otoritenin aradaki diyalogu engelleyici niteliğinin, tedavi sürecinde engellemeler yaratacağı, dolayısıyla sağlık için disfonksiyonel olacağı düşüncesi diğer önemli bir eleştiridir.

Freidson, Parson'ın doktor rolüne ilişkin oluşturduğu modeli eleştiren sosyologların başında gelir. Eleştirilerini dört noktada toplamıştır: 1) Doktor rolünde odaklanması nedeniyle, model, hastaların ve de doktorun çevresindeki diğer doktorların beklentilerini gözardı etmektedir. 2) Yansıtıldığı biçimiyle doktorun beklentileri değişmez gerçeklikler olarak ele alınmışlardır. 3) Doktorun etkisi ideal toplumsal beklentilerden değil, fakat, doktorun kazanmış olduğu statü gücünden kaynaklanmaktadır. 4) Model, sosyal etkileşimde eşit konumlarda olmayan gruplar arasında çatışmanın kaçınılmazlığı gerçeğini görmezliğe gelmiştir(69).

Parsons'ın gerek hasta rolü ve gerekse doktor rolü modelleri uyum ve denge anlayışına dayanan sosyal sistem anlayışında temellenmiştir. Sistem içinde yer alan kişilerin karşılıklı ilişkilerinde değer ve norm sistemi temelinde gerçekleşen 'consensus' veya birlik ve bütünlük temel bir nitelikler. Bütünlüğü, uyum ve dengeyi bozan eylemler sapma olarak değerlendirilmiştir. Sapmaları engelleyici işlevler sosyal kontrol ve sosyalizasyonda odaklanmıştır. Ancak bir çok sosyolog, Hasta-doktor etkileşimi de dahil olmak üzere, sosyal sistemleri farklı bir yaklaşımla ele alırlar. Sistem içinde yer alan kişiler farklı sosyal ve kültürel ürünüdürler. Dolayısıyla birbiriyle çatışabilen farklı bakış açıları geliştirmeleri doğaldır. Hasta-doktor etkileşiminde de farklı eğilimler söz konusudur; iki ayrı sosyal sistemin üyelerinin birbiriyle ilişkileri farklılıklar taşır. Her iki tarafın çıkarları ayrılıklar taşır; arada kurulan ilişki de çıkara dayalıdır. Bunun da ötesinde hasta ve doktor da farklı toplumsal-kültürel özelliklere sahiptirler veya sahip olabilirler. Hatta benzer toplumsal-kültürel özellikler söz konusu olsa bile, yine de potansiyel çelişkinin varlığını yadsımak gerçek dışı olur.

Çünkü sosyal sistemlerin bir yönü uyum ve denge isi diğer yönü de çelişki ve zıtlamadır.

Parsons'ın modeline yöneltlen eleştiriler yeni modellerin geliştirilmesine yol açmıştır. Genellikle kontrol ve hastalık türünü ölçüt alan bu modellerin hareket noktaları yine de Parsons'ın kavramsal açıklamalarında temellenmiştir diyebiliriz. Şöyle ki, Stewart ve Roter dört çeşit doktor-hasta etkileşim tipi olduğunu belirtmişlerdir(70). Bu sınıflamaya göre birinci tip doktor kontrolünün yüksek, baskın, hasta kontrolünün ise alt düzeyde olduğu paternalist tiptir. Bu tür etkileşime doktor-merkezli etkileşim de diyebiliriz. Parsons'ın hasta-rolü hasta-rolü anlayışı bu kategoriye karşılık gelir. Söz konusu iki rol arasındaki ilişkide doktor dominant bir role sahiptir; hatta bir benzetme yapacak olursak bu rolü ebeveyn rolüyle özdeşirebiliriz. Hastanın durumu açısından neyin iyi neyin kötü olacağına karar veren doktordur ve hasta tümüyle kendisini ona teslim etmiş bir pozisyondadır. Özellikle hastalığın belirli aşamalarında böylesi bir ilişki hastayı kaygı ve kuşkudan uzaklaştırır. Hasta psikolojik olarak kendisini güvencede hisseder.

Geleneksel olarak en yaygın olanı paternalist ilişki olmasına rağmen, son zamanlarda medikal danışmalarda hastanın katılımı doğrutusunda bir eğilim de gittikçe kendini hissettirmektedir. Böylesi bir ilişki, yani iki tarafın da katkıda bulunduğu ortak ilişki (mutuality) özellikle özel doktor, özel hastahane ortamlarında daha yaygındır. Böylesi ilişkilerde bilgi her iki taraftan gelir; bilgi akışına doktor klinik deneyim ve bilgisiyle, hasta da kendi görüşleri, beklentileri, deneyimleri ve duygularıyla katkıda bulunur. Düşüncelerin mübadelesinde, inanç sistemlerinin paylaşımında eşitlik ve karşılıklı saygınlık söz konusudur.

Bazı durumlarda hasta-doktor ilişkisinde güç dengesizliğinin başka bir biçimi de vardır. Burada birinci tür ilişkinin tersine kontrol hastadadır; hasta aktif bir rol oynar. Doktorun rolü ise oldukça pasif bir nitelik taşır (consumerist); hastanın diğer bir doktorun düşüncesine başvuru, hastahaneyle havale, hasta raporu gibi istemlerine doktorun rıza gösterme eğilimi hakimdir. Çünkü rekabetçi piyasa ortamında doktorun

da bireysel düzeyde ekonomik güvencesini koruması ve bu bağlamda hastanın iyi niyetinden destek alması söz konusudur.

Ne hastanın ve ne de doktorun kontrolünün güçlü olmadığı ilişki biçimleri de vardır (Default). Doktorun kendi kontrol gücünü yumuşatmasına, aşağı çekmesine rağmen, hasta pasif rolde kalmayı yeğler. Çünkü hasta kendisine sunulan seçeneklerin farkında değildir ve katılımcı bir ilişkiye girmekten korkar ve çekinir. Böylesi bir ilişkinin yaratacağı verimsizliğin hastanın sağlık durumu açısından sakıncasını gören doktorun paternalist ilişki biçimine yönelmesi hem hastanın ve hem de doktorun çıkarı açısından önem taşır.

Nerede hangi tür ilişki biçiminin uygulanacağı hastalığın koşullarına ve aşamalarına göre değişir. Örneğin hastalığın akut aşamasında doktorun dominant olması istenebilir veya koşulsuz olarak gerçekleşir. Hastalığın daha sonraki aşamalarında ise, hastanın daha aktif olması, tedavi sürecine katılması yararlı olabilir. Şeker hastalarının sürekli olarak kendi kendilerini kontrol etmeleri ve adeta kendi kendilerinin doktoru olma durumları vardır. Periyodik olarak kontrole gittiklerinde doktora bilgi verirler, görüşlerini bildirirler; doktor da onlara gerekli önerilerde bulunur. Ancak hastalığın ağır bir durum sergilemesi halinde kontrol tümüyle doktorda odaklanır.

Doktor-hasta ilişki ve etkileşiminin doğası salt hastanın medikal durumuyla bağıntılı değildir. Hastanın inançları, beklentileri, geçmiş hastalık deneyimleri, çeşitli iletişim kaynaklarından edindiği bilgiler, aile üyelerinin ve arkadaş gruplarının görüşleri de hasta ve doktorun karşılıklı ilişkisinin niteliğini belirleyen önemli değişkenlerdir. Ayrıca hastalığın seyrine, doğasına ilişkin bilgi sahibi olma, hastanın hasta-doktor etkileşiminde daha aktif olmasını sağlar. Örneğin çocuğu saralı olan bir anne, doktora ilk gidildiğinde pasif bir rol sergilediği halde, zamanla hastalığın seyri hakkında bilgisi artacağından, çocuğunu ikinci ve üçüncü defa doktora götürüşünde etkileşimde daha aktif bir rol oynayabilecektir. Eğitim düzeyinin yüksekliği, sınıfsal konum, cinsiyet, etnik nitelikler gibi bireysel özellikler de hastanın katılımcı niteliğini etkileyen diğer önemli faktörlerdir(71).

Doktorun eğilimleri ve klinik yöntemi bu ilişkilerin biçimlenmesine katkıda bulunan diğer önemli etkenlerdir. Medikal danışma sürecinde doktorun davranışı, Parsons'ın belirlediği genel toplumsal ve profesyonel beklentilerden etkilenir(72). Ancak doktorlar davranış eğilimlerinde farklılıklar gösterirler. Bazıları rollerini oldukça dar bir klinik çerçeve içinde algırlar; diğer bazıları ise hastanın hastalık deneyimine öncelik verirler. Bu farklılıklar ilişkilerin doğasını ve dolayısıyla tedavi sürecinin sürekliliğini ve verimliliğini de etkiler. Byrne ve Long bu iki farklı eğilimi 2500 pratisyen doktorla (İngiltere'de general practitioner) teyp kullanarak yapmış oldukları görüşmelerle saptamaya çalışmışlardır(73). Bu görüşmelere dayanarak bir uçta hasta-merkezli, diğer uçta doktor-merkezli olmak üzere iki tip doktor-hasta danışma biçimi olduğunu saptamışlardır. Doktorlarının dörtte üçünün klinik yönteminin Doktor-merkezli olduğu ve dolayısıyla yaklaşımlarının da geleneksel paternalist olduğu ortaya çıkmıştır. Doktorun uzman olması ve bu nedenle hastanın kendisiyle işbirliği yapması gerektiği düşüncesi bu grubun eğilimleri için gösterdikleri gerekçe olmuştur. Bu gruptaki doktorların en kısa zamanda teşhis koymak amacıyla disiplinli görüşme metodları kullandıkları dikkati çekmiştir. Bu nedenle de hastaya kısa, kapalı uçlu sorular (örneğin ne zamanda beri devam ediyor; ağrı fazla mı az mı gibi) yöneltmeleri de bu eğilimi açtıkça ortaya koymuştur. Hiç kuşkusuz, böylesi bir ilişki hastanın kendi eğilim ve inançlarını belirtme istemini sınırlamıştır. Hasta-merkezli yaklaşımda yer alan doktorların ise hastaya açık oldukları, onun düşüncelerine, duygularına yönelik tavırlara sahip oldukları görülmüştür. Hasta-doktor ilişkisinde hastanın katılımını sağlamak için özellikle çaba gösterdikleri ortaya çıkmıştır. Sordukları sorular da bu yaklaşımı pekiştirir nitelikte olduğu dikkati çekmiştir: 'Kendini nasıl hissediyorsun?' 'Hastalığının nedenine ilişkin ne düşünüyorsun?' 'Ağrının niteliğini bana anlatabilir misin?' Hastanın sorunlarını dinlemeye, hastalık durumunu yaratabilecek koşullara ilişkin -organik dışında- bilgi edinmeye, hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesine, v.b. daha çok zaman ayırdıkları da saptanan diğer önemli bir sonuç olmuştur.

Danışma veya iletişim ortamının bir uçta hasta-merkezli diğer uçta doktor-merkezli olması, doktorların geliştirdikleri danışma

stillerinde süreklilik gösterdiklerini ve genellikle davranış biçimlerinde hastanın sorunuyla görece değişiklikler yapmadıkları araştırmanın önemli sonuçlarından biri olmuştur. Byrne ve Long iletişim stillerindeki ayrılıkları, doktorların eğilimlerindeki, görevlerinin içeriğini ve amacını algılayış biçimlerindeki farklılıklardan kaynaklandığını belirtmişlerdir. Doktor-merkezli yaklaşımda iletişimin geleneksel tetkik ve karar anlayışı, hastalık süreçlerine ilişkin bilgi birikimi üzerine temellendiğini söyleyen Byrne ve Long, doktorun, hastanın hastalığını kendisine özgü biomedikal görüşü çerçevesinde yorumlamaya ve saptamaya çalıştığını ileri sürmüşlerdir. Hasta-merkezli yaklaşımı benimseyen doktorların da aynı klinik yöntem ve bilgileri kullandıkları, ancak buna ek olarak hastaların da hastalıklarına ilişkin kendi bilgi ve değerlendirmeleri olabileceğine, aynı hastalık durumlarının herkeste farklı tepkiler yaratabileceğine inandıkları özellikle vurgulanmıştır. Bu nedenle Byrne ve Long, bu yaklaşımı benimseyen doktorların iletişimde hastaların düşünce, duygu ve beklentilerine önem verdiklerini ve bu öznel verileri hastalığa ilişkin nesnel verilerle bütünleştirmeye özen gösterdiklerini ileri sürmüşlerdir. Böylesi bir yaklaşımda hastalığın psiko-sosyal yönlerine, hastanın kaygı, depresyon ve diğer emosyonel sorunlarına yönelme eğiliminin ağırlık taşıdığı saptanmıştır.

Yapısal olarak tanımlayabileceğimiz bazı ögeler de doktor-hasta etkileşiminin doğasını etkiler. Doktorun hastaya ayırdığı veya ayırabileceği zamanın kısalığı hasta-merkezli ilişkinin benimsenmesini engelleyen önemli bir etkidir. Özel bakım dışındaki sağlık kuruluşlarında danışma süresi genellikle 2-20 dakika arasında değişmekte ve ortalama olarak da 6 dakika olmaktadır. Hiç kuşkusuz hasta sayısının fazlalığı ve dolayısıyla zaman sınırlılığının yaratmış olduğu baskı ve gerilim, ilişkinin tek yönlü ve disiplinli bir nitelik almasına veya daha doğrusu doktor-merkezli iletişime dayalı bir ilişkinin oluşmasını zorunlu kılmaktadır. Çünkü tek amaç mümkün olan en kısa zamanda teşhis koymaktır. Kısa ve sınırlı danışma süreleri çok reçete anlamına geldiği gibi, belki de hastalığın kamçılayıcısı olabilecek sosyal ve psikolojik etkenlerin gözardı edilmesine yol açar(74). Bununla beraber doktor-hasta iletişiminin doğasının belirlenmesinde doktorların teşhis ve tedavi stilleri, eğilimleri veya yöntemlerinin zaman faktöründen daha önemli olduğunu söyleyebiliriz(75). Buna göre

hastalığı sadece bir organik sorun olarak gören doktorlar, danışma süresi uzatılsa bile, teşhis ve tedavi yöntemlerini, hastayla iletişim yöntemlerini genellikle değiştirmezler. Dięer taraftan hasta-merkezli yaklaşımı benimseyenler genellikle danışma sürelerini uzun tutarlar. Çünkü bu eğilimdeki doktorlar için hastanın sosyal ve psikolojik nitelikleri önemlidir; hastayı sosyal konumu içinde değerlendirmek isterler. İşte bu kaygıları nedeniyle de, hastalar beklese de, danışma süresini aşmayı tercih ederler. Hatta kasıtlı olarak hasta listesini de yine bu kaygıyla sınırlarlar. Çünkü kendileri açasından amaçları hasta için etkin bir medikal bakım sağlamaktır. Hastaların kaygılarına, düşüncelerine, sosyal ve psikolojik özelliklerine zaman ayıran böylesi bir yöntemin diğer önemli bir yararı daha vardır: 1)Zaman süresinin uzun tutulması hastanın bir bütün olarak algılanmasını sağlar. 2) Hastalık çeşitli olasılıklar çerçevesinde değerlendirilir. 3) Hastanın tekrar tekrar doktoru ziyaret sayısının azalması, hasta için ayrılan tüm zaman süresinden de tasarruf edilmiş olunur. 4) Hastaya, doktora bilgi aktarımı açasından olanak verildiğinden, hastanın doktora yabancılaşması önlenmiş olur; hasta doktorun önerdiği tedaviye ićenlikle uyar.

Medikal bakımın özel olarak satın alındığı durumlarda, yani özel doktor veya özel hastahane ortamında doktor-hasta danışma süresi daha uzun olduğu gibi, kullanılan yöntemi de genellikle hasta-merkezli nitelik taşır. Hastanın istek ve ricaları öncelikle dikkate alınır; hastayı memnun etmek temel amaçtır. Çünkü piyasa ekonomisi içinde rekabet hastaya verilen hizmet ve ilginin yoğunluğunda kendisini hissettirir.

Doktor-hasta etkileşimine ilişkin diğer bir üçlü model oluşturma çabası da T.S. Szasz ve M.H. Hollender tarafından gerçeleştirilmiştir. Her bir modelde kontrol ve hastalık türü ölçüt olarak ele alınmış, klinik olarak uygulama alanı da belirtilmiştir(76). Buna göre birinci model Aktiflik-Pasiflik, ikincisi Yönlendirme (Guidance) -İşbirliği (cooperation) ve üçüncüsü de Karşılıklı veya Ortaklaşa Katılım (Mutual Participation)dır. Bu modellerin de diğerleriyle paralellik gösterdiği, ortak ve keşiştiği noktaları olduğu dikkati çekmektedir. Tarihsel olarak ele alındığında Aktiflik-Pasiflik en eski kavramsal modeldir. Psikolojik açasından bakıldığında buradaki doktor-hasta ilişkisinin hasta açasından aktif olarak katılımcı bir nitelik

taşımadığını söyleyebiliriz. İlişkide tek taraf yani doktor rolü egemendir. Hastanın kendinde olmaması, sadece alıcı durumda olması, her katılımı doktorun gerçekleştirilmesi zorunluluğu vardır. Böylesi bir ilişkinin en uygun olduğu durumlar şunlar olabilir acil vakalar, örneğin ağır yaralı, kanamalı veya aşırı hezeyan gösteren hastalar; koma halinde olan veya travmalı hastalar, anestezi altındaki hastalar. Psikiyatride psikozlara uygulanan fiziksel önlemleri, ipnoz durumunu, şok tedavilerini, bazı ameliyat sonrası tedavileri yine bu model içinde değerlendirilmelidir. Ebeveyn-bebek arasındaki ilişki bu modelin prototipi olarak görülebilir.

Yönlendirme-İşbirliği modeli doktor-hasta etkileşiminin en sık rastlanan biçimidir. Hasta olan birey düşünebilen ve duyabilen bir konuma sahiptir. Yani etkileşime girebilecek bir durum içindedir. Hastalığına çözümler arama çabası içinde doktordan yönlendirme ve yardım bekler; doktorun önerdiği tedavi sürecine bağlı kalma yani doktorla işbirliği yapma istemine sahiptir. Kendisinin sahip olmadığı medikal bilgi birikimine sahip olması nedeniyle, hasta doktorla ilişkisinde onu güçlü konumda görür. Doktorun dominant olmasına rağmen, etkileşime her iki tarafın da katkısı vardır. Her iki katılımcı arasındaki fark güç ve gücün potansiyel kullanımında odaklanır. Güçlü olan tarafın liderliği ele alması ve karşı taraftan işbirliği beklentisi içinde olması söz konusudur. Nitekim bu ilişki modelinin prototipi olarak ebeveyn-genç çocuk, işveren-işçi v.b. ilişkisini gösterebiliriz. Uygulama alanı geniş olan bu modelin kullanıldığı durumlar genel tıbbın çoğu alanlarını ve ameliyat sonrası bakımı içermektedir. Modelin psikiyatride kullanım alanları olarak psikoanalitik terapiyi tamamlayıcı tedaviler, psikoterapinin fiziksel tedavilerle desteklendiği durumlar, sorunların çözümüne yönelik tedaviler gösterilmiştir.

Ortaklaşa katılım modeli, adından da anlaşıldığı gibi, ilişkinin tarafları arasında eşitliği öngörür. Her iki tarafın birbirini gereksinimi olması nedeniyle, karşılıklı dayanışma, modelin diğer bir özelliğidir. Her iki katılımcıyı da bazı açılardan memnun edecek ortak bir eylemde bütünleşme veya kısacası etkileşimden doyum sağlamak modelin mantığını oluşturur. Hollender bu modeli kısmen de olsa kendi bakımını kendisi sürdüren hastaların yeğlediğini ileri sürer; örneğin

şeker hastaları buna bir örnektir. Hastanın kendi tedavisini sürdürebilmesi yani kendi kendisine yardım edebilmesi için doktor ona destek olur; hasta da bu ilişkide uzmanlaşmış bilgiyi izler; hastalık deneyimine ilişkin olarak doktora bilgi verir. İki ergin kişi arasındaki etkileşimi modelin prototipi olarak gösteren Hollender bu modelin kronik hastalık, ortopedik rehabilitasyon durumlarında, psikiyatride de özellikle psikoanaliz ve psikoanalitik terapiyi destekleyen durumlarda geniş bir uygulama alanı olduğunu ileri sürmektedir.

Doktor-hasta etkileşiminde karşılıklı katılımcılık modelinin diğer iki modele göre daha gelişmiş bir içeriğe sahip olduğunu söyleyebiliriz. Bu etkileşimde hem doktor ve hem de hasta açısından daha karmaşık bir psikolojik ve sosyal örgütlenme söz konusudur. Bunda böyle çocuklar, zihinsel özürlüler, eğitim düzeyü düşük olanlar bağlamında bu modelin uygulanabilirliği yok denecek kadar azdır. Diğer taraftan hasta ve doktor arasındaki eğitimsel, entellektüel ve genel deneyimsel benzerlikler arttıkça, bu modelin kullanımının da o denli etkin olduğunu söyleyebiliriz.

Özetle, burada üzerinde durduğumuz doktor-hasta etkileşim modelleri ve benzerlerinin tiplerini belirlemede hastalık türünün ve otoritenin ortak ölçütler olduğunu görmekteyiz. İkinci olarak modeller salt iki rolün etkileşimi üzerine temellendirilmiştir. Ancak analitik olarak baktığımızda her etkileşimde olduğu gibi, bu etkileşimde de hasta ve doktor rollerini kende referans gruplarını içeren geniş bir sosyal-kültürel matriks içinde değerlendirmek gerekir. Kendine özü değer ve normlarıyla doktorluk mesleği etkileşimi biçimler; taşıdığı değer ve normlarıyla aile de hasta için bir çerçeve oluşturur ve dolaylı olarak etkileşimi etkiler. Bunun da ötesinde hem doktor ve hem de hasta toplumun birey üyesi olarak bir çok alt-kültürlerden ve kendileri için önem taşıyan sosyal gruplardan etkilenirler. Hiç kuşkusuz edindikleri tavır ve tutumları kendi aralarındaki ilişkiye de yansıtırlar. Modellerin, bir modelin diğerine üstünlüğü şeklinde değerlendirilmemesi diğer önemli bir noktadır. Her modelin kendine özgü koşulları, kendine özgü uygulama alanları vardır. Ancak tüm modellere egemen olması gereken temel bir ilke vardır. Hasta duygu ve düşünceleri olan bir 'insan'dır. Onu zavallı bir varlık olarak görmek yerine onu insan olarak görmek

gerekir. Tıp eğitiminin açınılmaz bir parçası olan veya olması gereken empati duygusu içinde onu önemsemek onun gereksinimlerini karşılamak, psikolojik boşluğunu gidermek gerekir. Böylesi bir eğilimin tedavide etkinliği, verimliliği ve sürekliliği sağlayacağı bir gerçektir(77).

Buraya kadar yapmış olduğumuz açıklamalar çerçevesinde baktığımızda, toplumumuzda bu alanlarda yapılmış olan araştırmaların yok denecek kadar az olduğu kanısına varılmıştır. Toplumun en önemli kurumlarından biri olan sağlık kurumuna ilişkin yoğun araştırmaların yapılarak sorunların saptanması ve önerilerin getirilmesi gerekmektedir. Çünkü 'sağlıklı insan', toplumun temel zenginlik kaynağıdır; bu da yadsınamayacak bir gerçektir.

REFERANSLAR

- 1) Ö. Ozankaya, **Temel Toplumbilim Terimleri Sözlüğü**, Savaş Yayınları Sözlük Dizisi: 1, Savaş Yayınevi, Ankara, 1984.
- 2) İ. Yasa, **Türkiye'nin Temel Yapısı ve Temel Sorunları**, TODAİE Yayınları, No. 136, Ankara, 1984, s. 5
- 3) Bknz. J. Rex, **Key Problems of Sociological Theory**, Routledge and Kegan Paul, London, 1969, s. 115-136.
Bknz. M.K. Coulson and D.S. Riddle, **Approaching Sociology**, Routledge and Kegan Paul, London, 1970, s. 68-78.
. Bknz. G.E. Lenski, "social Structure in the Evolutionary Perspective", **Approaches to the Study of Social Structure**, P.M. Blau(edt), The Free Press, New York, 1975, s. 135-153.
- 4) Bknz. Ö. Bozkurt, **Ayrımsal Sosyoloji ve Toplumsal Yapı**, TODAİE Yayını, No. 127 s. 68-78.
- 5) En büyük toplumsal sistem olan toplumda ve de bu sistemin alt sistemlerinde bireylerin, karşılaştıkları sosyal durumlarda nasıl davranacaklarını bilmedikleri takdirde toplumsal yaşam çekilmez bir hale gelir; bir kargaşa haline dönüşür. Bu nedenle toplum, kendisini oluşturan bireylerin, toplumda kabul edilen kurallar çerçevesinde davranmasını sağlamak üzere oluşturduğu kurumlar yanında, yeni kuşakların da bu kuralları, daha doğrusu davranış kalıplarını gereğince içermesi için de kurumlar oluşturmuştur. Birinci halde, yani toplum üyelerinin toplumda kabul edilmiş davranış kalıpları içinde hareket etmesini sağlamak için yapılan faaliyet ve uygulamalar toplumsal kontrol, ikinci durumda, yani yeni kuşakların davranış kalıplarını içermesi için yapılan koşullamaya sosyalizasyon denir. (Bknz. Ü. Oskay, **Sosyolojik Düşünce Tarihi**, Cilt 1, E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını No. 55, 1990, s. 41.
- 6) Bknz. I.C. Jarvie, **Concepts and Society**, Routhledge and Kegan Paul, London, 1972, ss. 139-142.
- 7) Bknz. T. Parsons, **The Social System**, The Free Press, New York, 1951, s. 3-104.
- 8) J. Fichter, **Sosyoloji Nedir**, Çev. N. Çelebi, Selçik Üniversitesi Yayınları No. 75, Konya, 1990, s. 111.
- 9) Ö. Ozankaya, **Toplumbilime Giriş**, A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayını, No. 379, Ankara, 1975, s. 98.

- 10) Kurum kavramını dar ve geniş olmak üzere iki anlamda ele alabiliriz. Örneğin hastane, sağlık ocağı, dispanser, ana-çocuk sağlığı v.b. kurumdurlar. Bunların hepsinin bütünü geniş anlamda sağlık kurumunu oluştururlar.
- 11) Burada sistem kavramı, kurumların bir arada bulunmasını, üstlendikleri rollerin beraberinde sürüklediği beklentiler çerçevesinde birbirleriyle etkileşime girme durumunu ifade eder. Her bir kurum kendi içinde birer toplumsal sistem oluşturduğu gibi, birbirleriyle etkileşim süreci içinde ortaya çıkan gerçeklik de, yani toplum da bir toplumsal sistemdir. Sistem kavramını birey veya aktör (toplumsal yaşamın belirlediği rolleri üstlenmiş birey) düzeyine kadar indirebiliriz. Rol beklentileri çerçevesinde etkileşime giren iki aktör de bir sistem oluştururlar; örneğin doktor-hasta etkileşimi sağlık kurumu içinde bir alt sistemdir. Sistem içinde yer alan karşılıklı ilişki veya etkileşim bir yönüyle denge ve uyum, diğer yönüyle de çatışma veya çelişki niteliğini taşır. Sosyal, ekonomik, kültürel farklılıklar sistem içinde çatışmaya dayalı ilişkileri besler.
- 12) Bknz. Ü. Oskay, **Geçiş Dönemi Tipi Olarak Zonguldak Kömür Havzası Maden İşçisi**, E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını, No. 25, İzmir, 1983, s. 8-47.
Bknz. N. Smelser, "Modernleşme Kuramına Doğru", Çev. Ü. Oskay, **Seminer**, E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını, 1985, Sayı 4, s. 9-93.
- 13) Birey ve gruplar varlıklarını ancak birbirleriyle olan ilişkiler çerçevesinde sürdürebilirler. Bu nedenle toplum, sosyal ilişkilerin örgütlenmiş geniş ve karmaşık bir ağıdır. Etkileşim bu ağ içinde gerçeklik kazanır. Birey ve gruplar karşılıklı ilişkilerini, toplumsal yapı tarafından belirlenmiş toplumsal konumları ve bu konumlarının gereği olan eylem ve davranışları veya statü ve rolleri çerçevesinde gerçekleştirirler. Kurulan ilişkilerin özünde, sahip olunan rol ve statüleri çevreleyen beklentiler çerçevesinde belirli bir amacı gerçekleştirmek, belirli bir işlevi yerine getirme ilkesi yatar. Bu doğrultuda kurulan karşılıklı ilişkiler ağı içinde karşılıklı bir etkilenme ve etkileme ortamı oluşur
- 14) İ. Belek, E. Nalçacı, et. al., **Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi Sorun Yayınları**, İstanbul, 1992, s. 15.
- 15) İ. Belek, E. Nalçacı, a.g.e., s. 15
- 16) İ. Belek, E. Nalçacı, a.g.e., s. 16

- 17) Bknz. J. Kovacs, "Concepts of Health and Disease", **Journal of Medicine and Philosophy**, 14: 261-267, Kluwer Academic Publishers, Netherland, 1989.
- 18) Bknz. I. Smirnov, "Human Health: From Theory to Practice", **The Journal of Medicine and Philosophy**, 14: 251-259, Kluwer Academic Publishers, Netherland, 1989.
- 19) T. Parsons, a.g.e., s. 428-439.
- 20) Bknz. D. Field, "The Social Definition of Illness", **An Introduction to Medical Sociology**, D. Tuckett (edt), Tavistock Publications, London, 1976, s.334-335.
- 21) Bknz. C.G. Helman, **Culture, Health and Illness**, Butterworth Heinemann Ltd. London, 1990, s. 86.
- 22) Bknz. C.G. Helman, a.g.e., s. 86.
- 23) Bknz. C.G. Helman, a.g.e., s. 87-88.
- 24) Bknz. A. R. Feinstein, "Science, Clinical Medicine and the Spectrum of Disease" P.B. Beeson and W. Mcdermott (edts), **Textbook of Medicine**, Saunders, Philadelphia, 1975, s. 4-6.
- 25) Bknz. E.J. Cassell, **The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship**, Lippincott, New York, 1976, s. 47-83.
- 26) Bknz. H. Fabrega and P.K. Munning, "Disease, Illness and Deviant Careers" **Theoretical Perspectives on Deviance**, Scott and J.D. Douglas (edts), Basic Books, New York, 1972.
- 27) Dört tip hastalığının seyri, semptomları, sağaltım özellikleri, birey açısından toplumsal sonuçları v.b. doğrultusunda değerlendirmesi için bknz. D. Field, a.g.e., s. 338-354.
- 28) Bknz. G.M. Foster and B.G. Foster and B.G. Anderson, **Medical Anthropology**, Alfred A. Knopf, New York, 1978, s. 149.
- 29) Bknz. T. Parsons, R. Fox, "Therapy and the Modern Urban American Family", **Journal of Social Issues**, 1952, 8(4): 31-44.
- 30) Başarısızlığın rasyonelleştirilmesi için bknz. J.T. Shuval. et.al., "Illness: A Mechanism for Coping With Failure", **Social Science and Medicine**, 1973, 7: 259-265.
- 31) Bknz. M. Balint, **The Doctor, His Patient and Illness**, International University Press, New York, 1966, s. 282.
- 32) Bknz. C. Kluckhohn, **Navaho Witchcraft**, Harvard University, Cambridge, Mass. 1944, s. 83-84.
- 33) Bknz. Foster and Anderson, a.g.e., s. 151.

- 34) Bknz. Foster and Anderson, a.g.e., s. 152'de M. Clark, **The Social Function of Mexican-American Medical Beliefs, California's Health, 1959, 16: 153-156.**
- 35) Bknz. C.G. Helman, a.g.e., s. 92.
- 36) Bknz. R.A. Kurtz and H.P. Chalfant **The Sociology of Medicine and Illness, Allyn and Bacon, London, 1991, s. 78-81.**
- 37) Bknz. S. Guttmacher and J. Elinson, "Ethno-religious Variations in Perceptions of Illness", **Social Science and Medicine, 1971 5: 117-125.**
- 38) Daha ayrıntılı bilgi için bknz. C.G. Helman, a.g.e., s. 95-99.
- 39) Bknz. E.A. Suchman, "Stages of Illness and Medical Care", **Journal of Health and Human Behavior, 1965, 6: 114-128.**
Bknz. Foster and Anderson, a.g.e., s. 156-162.
- 40) Kanda bulunan bir nevi asalak kurdun meydana getirdiği bir hastalıktır.
- 41) Bknz. R. Margaret, **Culture, Health and Disease: Social and Cultural Influences on Health Programmes in Developing Countries, Tavistock Publications London, 1966, s. 26.**
- 42) Foster and Anderson, a.g.e., s. 157.
- 43) Bknz. Foster and Anderson, a.g.e., s. 157.
Bknz. D. Mechanic, **Medical Sociology, The Free Press, New York, 1978, s. 271, 272, 274.**
- 44) Bknz. M. Clark, **Health in the Mexican-American Culture: A Community Study University of California Press, Berkley, 1959.**
- 45) Bknz. Foster and Anderson, a.g.e., s. 161.
- 46) Bknz. Foster and Anderson, a.g.e., s. 161-162.
Bknz. U. Maclean, **Magical Medicine, A. Nigerian Case-Study, Penguin Books, Harmondsworth, Middlesex, 1971, s. 79-80.**
Geleneksel tıptan örnekler için bknz. O. Türkdoğan, **Kültür, Sağlık-Hastalık Sistemi, Milli Eğitim Bk. Yayını: 2213, İstanbul, 1991, s. 45-66.**
- 47) Bknz. R.A. Kurtz and H. PChalfant, a.g.e., s. 69.
- 48) Yapısal-işlevselci yaklaşım toplumun alt sistemlerini açıklarken bireye kadar iner. Toplumun üyesi olarak birey bir aktördür; belli bir toplumsal rolü vardır; davranışları ve eğilimleri toplumsal rolünün gerekleri içinde yönlenir. Toplumların fonksiyonlarını yerine getirmeleri bireylerin ya da grupların karşılıklı davranış kalıplarına

sahip olmalarına bağlıdır. Bu kalıplar içinde en önemli yeri statüler tutar. Statü soyut olarak belli bir kalıba sahip bir pozisyon demektir; bireyin toplumsal yapı içindeki konumunu anlamına gelir. Bir birey çeşitli statülere sahiptir; bireyin statüsü sahip olduğu bütün statülerin toplamıdır. Statü bireyden farklı olarak bir hak ve sorumluluklar toplamıdır. Rol statünün dinamik yanıdır. Birey statüsünün içerdiği hak ve sorumlulukları yerine getirmeye başladığı zaman rolünü yerine getiriyor demektir. Statü ve rol bütünlüğü, bireyin toplumda yerine getirmesi gereken tutum ve davranışlarını belirler. Bireler statü ve rollerine uyum sağladıkları oranda, toplumun uyum ve dengesi için gerekli olan işlevlerini daha etkili olarak yerine getirirler. (R. Linton, *The Study of Man*, Appleton Century Crofts, 1936, s. 113-115).

49) Bknz. T. Parsons, a.g.e., s. 428-480.

50) Eylem bir amaca yönelmiş, belli belli bir durum içinde olan, normlar ve değerler tarafından yönlendirilen, enerji sarfını gerektiren davranışlardır. Aktörün, yani rolünün beklentisini yerine getiren kişinin bir dirim içinde çeşitli konularla ilgili olarak geliştirdiği beklentiler sistemine yaptığı tepkilerden meydana gelir. Diğer bir deyişle, aktörler davranış tercihlerini toplumsal kurumların beklentilerine göre ayarlarlar. Belirli bir toplumda hangi toplumsal eylemlerin ya da ilişkilerin meşru ya da beklenen eylem ve ilişkiler olduğunu belirleyen normlar, değerler ve yaptırımlar din, ahlak, ekonomik, aile, politika, sağlık v.b. toplumsal birimler içinde birleşir ve bütünleşirler. Demek ki, aslında aile, ekonomi v.b. her biri ayrı ayrı norm değer ve yaptırımlar bütünüdür. bu nedenle her biri birer kurumsal kalıp oluştururlar; bireylerin toplumsal kişiliklerinde sahip oldukları rollerin yerine getirilmesini düzenlerler; onların davranış tercihlerini etkilerler. Toplumsal kurumlar bireyleri belirli davranış kalıplarına yöneltecek onların bu kalıplar içinde davranış tercihlerini yapmalarını sağlarlar. Sonuç toplumsal eylemdir (Bknz. T. Parsons, R. Bales, E.A. Shils, *The Working Papers in the Theory of Action*, The Free Press, New York, 1953, s. 51-55.

51) Bknz. G. Scambler, "Health and Illness Behaviour", *Sociology as Applied to Medicine*, G. Scambler (edt.), Bailliere Tindall, London, 1991, s. 33-47.

52) Rollerin etkileşiminin ve bu etkileşimde hastanın katılımcılığı ve doktorun kendisini hastayla bütünleştirmesinin sağaltımdaki olumlu

sonuçları için bknz. I. Heszen-Klemens and E. Lapinska, "Doctor-Patient Interaction, Patients' Health Behaviour and Effects of Treatment", *Social Science and Medicine*, 1984, Vol. 19, No. 1, ss. 9-18.

- 53) Toplumun kurumlaşmış değer ve norm sistemine, beklenti sistemine uyum gösteremiyen davranıştır. Dolayısıyla hasta statüsünün beraberinde sürüklediği beklentiler normal olandan farklılık gösterir. Hastalık pozisyonu özel bir sapma türüdür; çünkü birey bu toplumsal konumundan kendisi sorumlu değildir. Ayrıca bu sapan davranışı nedeniyle bireyin başkalarının yardım, destek ve bakımına gereksinimi vardır. Bu açıdan amacı hastalık durumunu sağlık durumuna dönüştürmek olan tıbbın bir sosyal kontrol sistemi oluşturduğunu söyleyebiliriz.
- 54) Bknz. M. Morgan, "The Doctor-Patient Relationship", *Sociology as Applied to Medicine*, s. 49-51.
Bknz. R.A. Kurtz and H. Paul Chalfant, a.g.e., s. 69-71.
Bknz. T. Parsons, a.g.e., s. 431-466.
- 55) Tıp eğitiminin içeriği için bknz. D. Mechanic, a.g.e., s. 379-407.
Tıp eğitimine ilişkin yapılmış bir araştırma için bknz. M.A. Kasapoğlu, *Tıp Eğitimi: Uygulamalı Sosyolojik Bir Araştırma*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1992.
- 56) Eleştiriler için bknz. E. Freidson, *The Profession of Medicine*, Dodd, Mead, New York, 1970.
Bknz. R. A. Kurtz and H.P. Chlfant, a.g.e., s. 71-73 ve 116-125.
- 57) Bknz. R. A. Kurtz and H.P. Chalfant, a.g.e., s. 72-73.
- 58) Bknz. L.M. Verbrugge and F.J. Ascione, "Exploring the Iceberg: Common Symptoms and How People care For Them", *Medical Care*, 1987, Vol. 25: 539-560.
Bknz. C.S. Weisman and M.A. Teitelbaum, "Physician Gender and the Physician-patient Relationship: Recent Evidence and Relevant Questions", *Social Science and Medicine*, 1985, Vol: 20, No: 11, s. 1119-1125.
- 59) Bknz. R. L. Meile, "Pathways to Patienthood: Sick Role and Labelling Perspectives", *Social Science and Medicine*, 1986, vol: 22, s. 35-40.
- 60) Goffmanın etkileşimci yaklaşımı için bknz. S. Williams, "Goffman, Interactionism and the Management of Stigma in Everyday Life"

- Sociological Theory and Medical Sociology** (edt) G. Scambler, Tavistock Publications, London, 1987, s. 110-134.
- Bknz. G. Scambler, "Deviance, Sick Role and Stigma", **Sociology as Applied to Medicine**, (edt). G. Scambler, s. 185-196.
- 61) Bknz. R.A. Kurtz and H.P. Chalfant, a.g.e., s. 73.
- 62) C. Ge. Helman, a.g.e., s. 127-380.
- 63) D. Tuckett, "Doctor and Patients", (edt) D. Tuckett, **An Introduction to Medical Sociology**, Tavistock Publications, London, 1976, s. 190.
- 64) Bknz. T. Parsons, a.g.e., s. 58-67.
Bknz. P. Hamilton, **Talcott Parsons**, Tavistock Publications, London, 1983, s. 96-106.
- 65) E. Kongar, **Toplumsal Değişme Kuramları ve Türkiye Gerçeği**, Remzi Kitabevi İstanbul, 1985, s. 159.
- 66) Bknz. T. Parsons, a.g.e., s. 428-479.
- 67) Bknz. R.A. Kurtz and H.P. Chalfant, a.g.e., s. 119.
- 68) Bknz. R.A. Kurtz and H.P. Chalfant, a.g.e., s. 119.
- 69) Bknz. R.A. Kurtz and H.P. Chalfant, a.g.e., s. 120.
- 70) Bknz. M. Morgan, a.g.e., s. 52'den M. Stewart and D. Rotter, **Communicating With Medical Patients**, Sage Publication, New York, 1989, s. 21.
- 71) Bknz. M. Morgan, a.g.e., s. 58.
Bknz. M.C. Shapiro, et.al., "Information Control and the Exercise of Power in the Obstetrical Encounter", **Social Science and Medicine**, 1983, vol. 17, s. 139-146.
- 72) Bknz. U. Gerhardt, "Parsons, Role Theory and Medical Sociology", **Sociological Theory and Medical Sociology**, G. Scambler (edt), Tavistock Publication, London, 1987, s. 110-131.
- 73) Bknz. M. Morgan, a.g.e., s. 55-57.
Bknz. N. Hart, **The Sociology of Health and Medicine**, Alden Press Ltd. Oxford, 1992, s. 104-105.
- 74) Doktorların teşhis ve tedavi yöntemlerin ve dolayısıyla hastayla iletişimlerini etkileyen ödüllendirme, alınan eğitimin niteliği, kişilik yapısı, aile kökeni, çalışılan kuruluşun konumu gibi faktörler için bknz. D. Mechanic, a.g.e., s. 380-406.
- 75) Bknz. M. Morgan, a.g.e., s. 56.

- 76) Bknz. T.S. Szasz and M.H. Hollender, **The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship**", **Dominant Issues in Medical Sociology**, H.D. Schwartz (edt), Random House, New York, 1987, s. 174-181.
- 77) Hastanın sadece doyumunu değil fakat aynı zamanda tedavi sürecine katılmanın doktorun tedavi eylemlerinin etkinliğini artırdığına ilişkin bir araştırma için bknz. E. Speeding, et. al., "Building an Effective Doctor-Patient Relationship: From Patient Satisfaction to Patient Participation", **Social Science and Medicine**, 1985, Vol. 21, No: 2, s. 115-120.