

## HABERMAS VE MEDİKAL YETKİNLİĞİN GÜCÜ

Graham Scambler\*

Çev. Ülgen Oskay\*\*

Medikal sosyologların Habermas'ın metinlerini kabullenmelerinde veya sağlık ve hastalığa ilişkin kendi orta boy kuramlarının inşasına şekil vermek için (bu metinleri) kaynak olarak kullanmalarında, Onun çoğu tezlerinin soyutluk düzeyi ve bunların sunuluş biçimi hiç kuşkusuz, etkili iki temel faktör olmuştur. Habermas'ın eserlerini incelemiş olanların, eserlerin her yönüyle olağanüstü enter-disipliner genişliği, içerilen çeşitli kuramsal söylemler arasındaki karşılıklı ilişkilerin karmaşıklığı ve sürekli gelişim gösterdikleri gerçeği bağlamında, muhtemelen, daha da başka engellerle karşılaşmışlardır. 1981'de Almanya'da yayınlanmış olan iki ciltlik *İletişimsel Eylem Kuramı* ve bu bölüme ilişkin temel kaynakça Habermas'ın bu güne kadarki çalışmalarının doruk noktasını oluşturur. Bu makaleye, ileride geliştirilecek olan argümanlara teğet olan bu çalışmaların içeriklerini özetleme çabası içine girilerek değil fakat Habermasçı olarak nitelendirilebilecek projeye ilişkin kısa bir açıklamayla başlanacaktır. Makalemin geri kalan kısmı, her biri bu proje tarafından bilgilendirilmiş üç temanın geliştirilmesine ayrılmıştır: uzman bir meslek alanı olarak tıbbın, gücü yoluyla yaşam dünyasını kolonileştirmesi; doktor-hasta ilişkilerinde iletişimin medikal yetkinlik nedeniyle çarpıtılması; doktor ve hasta arasında bozulmuş bir iletişimin başarılmasında sosyal ve ahlaksal olasılıklar. Her tema İngiltere'de değişen çocuk doğumu deneyimiyle ilişkili olarak açıklanmıştır.

### Habermasçı Proje

Habermas ilk çalışmalarında açıkça psikanalizi eleştirel sosyal kuram için bir model olarak ele alır (Habermas, 1971). Onun hem Freudcu psikanalizi yorumu hem de toplumun eleştirel kuramı için bir model olacak uygunluğuna ilişkin iddiaları haklı olarak sorgulanmış olunmasına rağmen (Keat, 1981), bu bölüme onun argümanının bir özetiyle başlamak yararlı olacaktır. Habermas, psikanalizin esas itibarıyla hastanın bilişselliklerinin (cognitional) ve duygularının yorumlanmasıyla ilgili olduğunu ileri sürer; örneğin rüyaların içeriğinin anlamını yorumlama, terapinin temel özüdür. Bu açıdan psikanaliz güçlü bir hermenötik (hermeneutik) boyuta sahiptir. Ancak bastırmalar (repressions) hastanın bilinçaltına ulaşmayı bloke ettiğinde yorumlayıcı çalışma sendeler, duraklar. Bu aşamada analist aklın kabul edilebileceği açıklamaları doğal bilimlerdeki gibi nedensel bağlantıları içeren açıklamalar oluşturmak için psikoanalitik kuramı kaynak olarak kullanır. Habermas bu açıklamalarının yerinde olduğunu ileri sürer, çünkü analist hastanın kontrolü altında olandan çok hastanın başına gelen şeylerle ilgilenir. Terapi başarılı olduğu sürece teorik olarak şekil verilmiş

\* G. Scambler, "Habermas and The Power of Medical Expertice", G. Scambler (ed.), *Sociological Theory and The Medical Sociology*, Tavistock Publications, London, s. 134-165

\*\* Prof. Dr. , Ege Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü

nedensel açıklamalara olan gereksinim azalır. Hasta kendi davranışını gittikçe artan bir düzeyde otonom kontrol altına sokabilir. Bu koşullarda psikanaliz yine öncelikle yorumsayıcı (hermeneutik) olur.

Habermas için psikoanalitik terapinin amacı, 'birey olanı, bireyin kendisinin olmasını istediğine dönüştürme süreci yoluyla davranışı değiştirmektir' (Giddens, 1985: 126). Bu bağlamda Habermas, eleştirel bir toplum kuramının aynı şekilde özgürleşime yönlendirilmesi gerektiğini vurgular. Marx'ın kuramı bu özgürleştirici potansiyelden yoksundur; bu kuram yansiyıcı (reflective) bilgi için değil fakat üretici bilgi için açıklama getirebilir. Bundan böyle bu kuramın yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. (Habermas'ın başlangıçtaki vurgulaması, eleştirel kuramcının 'işçi sınıfının psikanalisti' olduğu şeklindeydi (Roderick, 1986: 59). Genel olarak Habermas, eleştirel bir sosyal kuramın, gerçek anlamda özgürleşmiş bir toplumu, kendi maddi ve psiko-sosyal koşullarını derinlemesine anlama yoluyla bireylerin aktif olarak kendi yaşamlarını kontrol ettikleri bir toplum olduğunu ileri sürer.

Habermas'ın kuramının bir diğer temel niteliği tüm bilginin biçimlendirilebileceği tek bir kalıbın olmadığıdır; daha ziyade, bilgi üç çıkarı (interest) -bilgi oluşturuca-yansıtıcı üç temel biçimde gözüktür. Bu çıkarları Habermas yarı-aşkın (quasi-transcendental) olarak tanımlar: Bilginin koşulları olarak aşkın bir işleve sahiptirler, fakat natüralist olarak temellenmişlerdir (diğer bir deyişle, yaşam deneyimini yorumlama için antropolojiden kök almış stratejiler). Tüm toplumlarda insanlar yaşamak, ayakta kalabilmek için emek yoluyla maddi dünya ile ilişki kurmak zorundadırlar. Bu ilişki dış güçlerin öndeyi (prediction) ve kontrolüne yönelik çıkarın (böylece ampirik, analitik bilimlerin) oluşmasına neden olur. İlişkiler aynı zamanda insanların birbirleriyle etkileşimine bağlanmış olarak iletişim ve anlamın anlaşılması için bir çıkarın (ve dolayısıyla 'tarihsel-yorumsayıcı disiplinler'in) oluşmasına yol açar. Ve son olarak insanlar toplumunda ya doğa karşısında ya da sosyal ilişkilerde "egemenlik"le yüzyüze kalırlar. -Bu durum özgürleşim istemine yol açar- insan yaşamının düşünümsele (reflective) tahsisine (appropriation) yönelik bir çıkar ki yokluğu halinde bilginin çıkar-bağımlı karakterinin (ve dolayısıyla eleştirel kuramın) kendisinin anlaşılması mümkün değildir (Held, 1980: 255).

Habermas'ın *Bilgi ve İnsan Çıkarları* (1972) eserinde ileri sürmüş olduğu argümanlara ve özellikle bilişsel (cognitive) çıkarlar kuramına şu andaki bağlılığının kapsamı tartışmalıdır. Bazı argümanları, hiç kuşkusuz, revizyondan geçirilmiş ve diğerleri terkedilmiştir. 1970'lerde Habermas'ın çalışmalarında vurgulanan hususlarda görülen bu değişme ve kaymaları değerlendirebilmek için psikanalist ve hasta arasındaki ilişkiye bir kere daha başvurmak yararlı olacaktır. Bastırmalar açıkça hastanın terapistine söylediklerinde biçimsizleştirici bir etkiye sahiptir; Habermas'ın terminolojisi içinde, her ikisi arasındaki iletişim 'sistematik olarak çarpıtılmıştır'. Fakat o zaman 'çarpıtılmamış iletişim'in ölçütleri nedir? Ve psikanaliz yoluyla 'çarpıtılmamış iletişim' anlayışı toplumun eleştirel bir kuramı için tam olarak ne gibi içerimlere

sahiptir? Giddens'in önerdiği gibi, Habermas tarafından, her biri dilin kullanımıyla ilgili olarak ileri sürülen iki argüman burada özellikle yerine oturmaktadır (Giddens, 1985: 128). Birincisi, dilsel iletişim zorunlu olarak konuşmacılar tarafından zımni olarak yapılan 'geçerlilik iddiaları' (validity claims) içerir. Ve ikinci olarak dilin kullanımı, hem beyanların aslına uygunluğunu ve hem de kullanıcıları arasında normların doğruluğu hususunda (diğer bir deyişle, 'ideal konuşma durumu') rasyonel bir anlaşmayı başarma olasılığını öngörür (Habermas, 1979).

Habermas'a göre bir kimse bir diğeriyle konuştuğunda zımni olarak (bazen de açık olarak) dört geçerlilik iddiası ileri sürer: (1) söylenilen şey idrak edilebilir, anlaşılabilir (yani belirli sentaktik ve semantik kurallara uyar; öyle ki diğerlerince anlaşılabilir bir anlam ortaya çıkar. ç. n) bir şeydir; (2) söylenilen şeyin önermesel (propositional) içeriği doğrudur; (3) söylenilen şey uygundur (veya doğruluğu ispat edilebilir.); (4) söylenilen şey 'samimi'dir. Tahrip edilmemiş iletişim, konuşmacının dört geçerlilik iddiasının tümünü savunma konumunda olduğunda meydana gelir. Bu durum psikanalist ve hasta arasında çeşitli biçimlerde, sistematik olarak çarpıtılabilen iletişimle karşılaştırılabilir. Giddens şu örnekleri verir. Hastanın özgür ilişkide söylediği şeyler en azından belirli bir süre için oldukça anlaşılmaz olabilir. Fantazilerin önermesel içerikleri yanlış olabilir. Hasta uygun olmayan veya doğrulanmamış iddialarda bulunabilir - örneğin diğerlerini mantıklı bir biçimde sorumlu tutulmadıkları olaylar için suçlayabilir. Ve bilinçli veya bilinçsiz olarak terapi süresince psikanalisti aldatma ve yanlış yönlendirme yolunda çabalar içine girilebilir. Habermas açısından psikanalizin amacı, hastanın kendisini rutin diyalogda geçerlilik iddialarını başarılı bir biçimde savunmasını engelleyecek öğelerden özgürleştirmesini sağlamaktır (Giddens, 1985: 129).

Habermas, dört geçerlilik iddiasından sadece ikinci ve üçüncüsünün -ki bunlar doğruluk ve uygunluktur- gerçekte diyalog içinde, diğer bir deyişle sözel olarak işleme, süsleme, ikna edici deliller ileri sürerek savunulabileceğini ileri sürer ve bunları gidimli bir biçimde telafi edilebilir (discursively redeemable) olarak tanımlar. Söylenilen şeyin anlaşılabilirliğini ve samimiliğini içeren geçerlilik iddialarının doğrulanabilir olduğu, sırasıyla ancak söylenilenin farklı bir şekilde ifade edilmesiyle ve tutarlı davranış yoluyla (örneğin verilen sözlerin tutulması) gösterilebilir. Habermas'ın 'doğruluk'u ele alış biçimindeki tartışmalı durum daha derinlemesine bir incelemeyi zorunlu kılmaktadır. Çünkü bu kavram onun ideal konuşma durumu anlayışını içermektedir.

Doğruluğa ilişkin geçerlilik iddiaları (konuşmacının söylediği şeyde) (ç.n.) çok kere zımnın içerilir. Bir konuşmacı doğruluk kavramına ancak söz konusu iddia bir başkası tarafından karşı gelindiğinde (sorgulandığında) (ç.n.) doğrudan başvurmaya mecbur edilir. Söylenilen bir şeyin (sözün) (ç.n.) doğruluğunu savunmak onu olgusal kanıtla ve mantıksal argümanla desteklemek, 'garanti edilebilirliği'ni sergilemektir. 'Doğruluk böylesi garantilerle ulaşılan bir anlaşma ya da uzlaşımı ima eder. Böylesi garantilerle karşı karşıya kalan herhangi bir tartışmacı bir beyanın geçerliliğini kabul

ettiğinde beyan 'doğru'dur. Doğruluk rasyonel bir uzlaşımın öncülüdür' (Giddens, 1985: 130). Fakat mantıksal bir uzlaşım gelenek ve güçten uçlanan bir uzlaşımın nasıl ayırdedilebilir? Habermas'a göre, rasyonel bir uzlaşım yalnızca 'daha iyi olan argümanın gücüyle' ulaşılan bir uzlaşımın, ve rasyonel bir uzlaşımın olanak tanıyan koşullar ideal konuşma durumunun koşullarıdır. Bu ideal konuşma durumu 'tümüyle özgür ve eşit katılımcılar arasında yer alan, kesinlikle harici zorlamanın olmadığı sınırsız bir tartışma durumunu ifade eder' (Geuss, 1981: 65).

Bir konuşmacı karşılıklı konuşmaya girerken ideal bir konuşma durumu beklentisi içindedir. Uslamlanmış bir argüman oluşturma çabası gösterirken konuşmacının, tartışmanın sonucunun sadece daha iyi bir argümanın gücüyle belirlenebileceğini öngörmesi gerekir. Bu anlamda ideal konuşma durumu söylemin anlamının belirleyicisidir. Her söylenen şey (söz) (ç.n.) 'doğruluk özgürlük ve adaletin mümkün olduğu bir yaşam biçimi beklentisini içerir.' İdeal konuşma/söz durumu pratikte çok nadir bir durum olmasına rağmen, sistematik olarak çarpıtılmış iletişimin eleştirisi için bir ölçüt olarak işlev görebilir. Böylece toplumun eleştirel kuramının amacı - ki normatif ve zorunlu olarak ideal konuşma durumunda içerilmiş ve temellendirilmiştir- sistematik olarak çarpıtılmış iletişimden veya 'ideoloji'den, diğer bir deyişle, 'rasyonel söyleme tabi kılındıklarında onaylanmayacakları gerçeğine rağmen meşruluklarını sürdüren inanç sistemlerinden özgür kılınmayı başarmaktır' (Schroyer, 1973: 163). Egemenlik kalıpları böylesi bir bağlantı yoluyla açığa vurulur.

Habermasçı projenin bu üst düzeyde oldukça seçici taranmasında, son zamanlarda Habermas'ın bilişsel çıkarlar ve dil kullanımına ilişkin (diğer bir deyişle onun 'evrensel pragmatikleri') değişkenlik gösteren kuramlarını bireysel ve kültürel evrim kuramlarına bağlantı çabası içine girdiğine dikkat etmek gerekir. Göreli düşünenin (relativist) aksine Habermas 'yöntemsel olarak ussallığın kanunlarının - başka bir deyişle, garantilenmiş sonuçlara ulaşma biçimlerinin- her yerde aynı olduğunu ileri sürer' (Giddens, 1985: 132). Bu sav hem bireylerin hem de kültürlerin, 'bilişsel yeterlilik' bir ölçüt olarak kullanılarak, evrimci gelişme skalaları üzerinde yerleştirilmelerini olanaklı kılar; bilişsel yeterlilik bireylerin ve kültürlerin benimsedikleri savunulabilir geçerlilik iddialarının alanını ve genişliğini ifade eder. Bireylere atıfla Habermas, Piaget'in çocuklarda öğrenme kapasitesinin ilerleyici genişlemesini temsil eden bilişsel gelişmenin üç aşaması olduğunu vurgulayan kuramını temel alır. Kültürlere ilişkin olarak da, gelişme veya evrimin de aynı şekilde Piaget'in bilişsel gelişme aşamalarına karşılık gelebilecek üç aşaması olduğunu ileri sürer: 'Mitsel', 'dinsel-metafiziksel' ve 'modern'.

Piaget açısından bilimsel gelişmenin daha üst evreleri dünyanın (yaşamın) (ç.n.) bencilce çarpıtılmış kavranışının merkezi olmaktan çıktığına (decentration) işaret eder. Bireyler (bilişsel gelişme sürecinde) (ç.n.) o anda mevcut kendi gereksinmelerine yönelik dar bir yoğunlaşımından bağımsız bir dünyanın (kendilerinin dışında bir yaşamın) (ç.n.) ve diğerlerinin gereksinimlerinin geniş kapsamlı bir farkındalığına

doğru bir çizgi izlerler. Habermas'a göre kültürler (veya dünya anlayışları) de benzer bir dönüşüm süreci geçirirler. Geleneksel kültürlerde mit egemendir: (bu kültürler) (ç.n.) değişmeye 'kapanmışlık' ve inatçılık eğilimi içindedirler. Sosyal organizasyon biçimleri rasyonel argümandan ziyade uzun dönemli yerleşiklik kazanmış pratiğin ürünleridir. Hiç kuşkusuz, akılcı kamusal bağlantı ve tartışma için gerekli kurumsal koşulların varlığı söz konusu değildir. Bununla beraber, 'mit'ten daha az sınırlayıcı ve geniş tabanlı Budizm, Hinduizm, İslam, Hristiyanlık gibi global dinlerin ortaya çıkması ve yapılanmasıyla birlikte rasyonellik genişleme alanı bulmaya başlamıştır. Weber gibi Habermas da dinin modern Batı kapitalizminde doruk noktasına ulaşan kültürün 'rasyonelleşmesi'ne katkı yapar nitelikte olduğunu belirtir. Fakat Habermas bu rasyonelleşmeyi daha da artan ve genişleyen rasyonellikle ilişkilendirme noktasında Weber'den ayrılır. Modern kapitalizmin 'uyuşım sonrası' (post-conventional) bilişsel alanlarla nitelendirildiğini ileri sürer. Ve sosyal örgütlenmenin uylaşım sonrası biçimleri, günümüzde 'dengesizleşmiş' mitik ve dinsel metafiziksel kültürlerde yer alanlardan farklı olarak, garanti edilmiş ilkeler üzerinde temellendirilmiştir (Habermas, 1984). Fakat (bu düşünce) (ç.n.) Habermas'ın modern kapitalizmi eleştirmedeği anlamına gelmez, ancak bu potansiyelde insanın aydınlanması için yadsınamayacak kazançların söz konusu olduğunu söyler. Schmidt, aydınlanmayla ilişkili olarak vurguladığı bu potansiyelle Habermas'ın 'aydınlanmanın aydın bir kuşkusuz' üzerine temellendirilmiş bir savunmasını inşa ettiğini uygun bir şekilde ileri sürer (Schmidt, 1982: 18) Daha sonraki açıklamalarımızda Habermas'ın rasyonelizasyon ve rasyonellik analizini daha etraflı olarak gözden geçireceğiz.

#### **Medikal Yetkinlik ve 'Yaşam Alanı'**

Habermas'ın çok yönlü ayrımlarından ikisi bu bağlamda özellikle önemli gözükmektedir. Birincisi 'amaçsal ussal' ve 'iletişimsel' eylem düzeyinde iki tür rasyonelleşme arasında yapılan ayrımdır. Ve ikincisi de 'sistem' ve 'yaşam alanı' kavramları arasında yapılan ayrımdır. Bunların her biri çağdaş medikal pratikle ilişkilerinin daha ayrıntılı değerlendirilmesine bir başlangıç olarak kısaca tartışılacaktır.

Habermas'a göre amaçsal ve ussal eylem,

İki farklı görünüş altında ele alınabilir-teknik araçların ampirik randıman oranı ve uygun araçlar arasında seçenek tutarlılığı. Eylemler ve eylem sistemleri her iki düzeyde rasyonelleştirilebilir. Araçların rasyonelliği teknik bakımdan kullanılabilir ampirik bilgiye gereksinim gösterir. Kararların rasyonelliği değer sistemlerinin ve karar kurallarının yorumunu ve içsel tutarlılığını gerektirdiği gibi doğru davranış seçeneklerinin tüketilmesini de zorunlu kılar (Habermas, 1979: 147).

Bernstein'in belirttiği gibi, bu türden rasyonelleşme süreçleri, Weber'in Zweckrationalitat anlayışına (diğer bir deyişle) (ç.n.) modern kültür için temel olarak gördüğü rasyonelleşme biçimine çok yakın bir benzerlik gösterir (Weber'in teorilerinin genişletilmiş tartışması için bkz. Brubaker 1984). Son yıllarda ampirik-analitik

bilimlerde ve karar ve oyun kuramındaki ilerlemeler bu türden rasyonelleşmeyi göze çarpar hale getirmiştir (Bernstein, 1985: 21)

Geçerlilik iddialarının (diğer bir deyişle anlaşılabilirlik, doğruluk, uygunluk ve samimilik) özneler arası onayında temellenmiş bir anlaşmanın ve uzlaşımın başarılmasına yönelik olmasından dolayı, iletişimsel eylem konuşmada somutlaşan mantığa içsel olarak bağlantılıdır.

İletişimsel eylemin rasyonelleşmesi iletişim yapılarının ta kendisinde göze çarpmayacak şekilde yerleşiklik kazanmış ve çelişkilerin bilinçli çözümünü ve uyumcul düzenini önleyen güç ilişkilerini kişilerarası (interpersonal) olduğu kadar zihinlerarası (interpsychic) iletişim yoluyla kökünden sökmeyi içerir. Rasyonelleşme, sistematik olarak böylesi çarpıtılmış iletişimin, karşılıklı olarak ileri sürülen geçerlilik iddialarına ilişkin eylem- destekli uzlaşımın-özellikle kasıtlı ifadelerin gerçekliği ve temelde yatan normların doğruluğuna ilişkin uzlaşım-olgusal olarak değil fakat sadece görünüşte ispat edilebilen iletişimin üstesinden gelme anlamına gelir (Habermas, 1979: 119-20).

En son çalışmalarında Habermas iletişimsel eylem kavramıyla bağlantılı olarak 'yaşam alanı' kavramını ileri sürmüştür Bir topluluğun üyeleri doğal olarak bir 'yaşam alanı' nı paylaşırlar. Söz konusu 'yaşam alanı', açık iletişimin içeriğinin oluşumunda bir kaynak olarak işlev gören arka plandaki tavırların, inançların ve ilişkilerin özgün refleksiv öncesi (Pre-reflexive) (kendi üzerinde düşünümsele olma öncesi, kendi farkındalığında olma öncesi) (ç.n.) biçimini işaret eder. Fakat bu arka plandaki bilgi, açık ve bundan böyle eleştiriye açık bilgi haline geldiği yani iletişimsel bir ifadeye dönüştüğü an, yaşam alanı yapılarının kendilerine ait olanlar için daima içinde taşıdığı o belirgin niteliklerden yoksunlaşır: kesinlik, arka plan karakteri, geriye veya iletişim öncesi duruma dönüşün olanaksızlığı (impossibility of being gone behind) (Habermas, 1986: 109). Yaşam alanı içinde kültür, sosyal bütünleşme ve kişiliğin beslendiği ve yeniden üretildiği bir ortam veya 'sembolik uzam' dır (Thompson, 1984: 288).

Yaşam alanı, sembolik olarak yeniden üretimden ziyade maddi olarak yeniden üretimle ilgili olan sistem kavramıyla aradaki farkı göstermek üzere karşılaştırılabilir. Sosyal sistemler en dikkate değer olarak para ekonomisi ve devlet aygıtı, işlevsel zorunluluklar yönünde hareket ederler ve Habermas'ın yön verici araçlar ('steering medica') –diğer bir deyişle para ve güç- tanımlamasında temellendirilen formel olarak örgütlenmiş eylem sistemleri olarak hizmet verirler. Yaşam alanı iletişimsel eylem çerçevesinde ele alınırken, sosyal sistemler amaçsal-ussal eylem temelinde değerlendirilir. Birbiriyle bağlantılı ancak birbirine indirgenemeyen sistem ve yaşam alanı kavramları, Habermas'ın sosyal ve kültürel evrim kuramı için anahtar olma niteliğini taşırlar. Habermas, amaçsal-ussal eylem gerektiren sistem rasyonelleşmesi ile iletişimsel eylemi gerektiren yaşam alanının rasyonelleşmesi arasında bir ayrımın olduğunu ileri sürer. Sistem rasyonelleşmesi farklılaşma ve karmaşıklaşma içinde büyümeye yol açar. (diğer bir deyişle, pazarlar, politik ve yönetsel örgütte genişleme). Yaşam alanının rasyonelleşmesi iletişimsel eylemin alan ve kapsamında ve

iletişimsel rasyonellikte artışa yol açar. Bu farklılık Habermas'ın, Wellmer'in 'rasyonelliğin paradoksu' olarak adlandırdığı olguyu yeniden formüle etmesine olanak verir. Rasyonelliğin paradoksu, yaşam alanının rasyonelleşmesinin, sistem rasyonelleşmesinin bir ön koşulu ve başlangıç noktası olduğu ki sonuçta sistem rasyonelleşmesinin, sistem zorunluluklarının nihayetinde yaşam alanını araçsallaştırmaya ve onu yok etme tehdidinde bulunmaya varana dek yaşam alanının normatif sınırlarından gittikçe otonom hale geldiği görüşünü içerir. Habermas'ın kendi terminolojisi içinde, sistem rasyonelleşmesi yaşam alanının kolonileşme tehdidini içinde taşır.

Habermas, sistemik zorunlulukların yaşam alanını yok etmesi gerektiğine ilişkin hiçbir mantıksal, kavramsal veya tarihsel zorunluluk olmadığına göre, tam anlamıyla rasyonelleşmenin paradoksundan söz edilemeyeceğini ileri sürer. Modern kültürde sistem rasyonelleşmesi yaşam alanını kolonileştirici etkide bulunarak elbette yaygın varlığını sürdürmüştür. Roderick şöyle bir özetleme sunar;

Kapitalist modernleşmenin sistem zorunluluklarının seçici baskısı altında, sosyal rasyonelleşme gerçekte tek taraflı, çarpıtılmış ve kriz-yüklü bir biçimde meydana gelmiştir. Kapitalist ekonomi ve modern yönetici devlet, güç ve kontrol işlevlerinden ötürü bilimin değer alanına ayrıcalık tanımış ve bundan böyle de tek-taraflı olarak bilimsel-teknolojik rasyonelliğin egemenliğini diğer alanlar üzerinde etkili kılmıştır (Roderick, 1986: 133).

Bu (gerçek) (ç.n.) modern kültürün Weber, Lukacs ve ilk dönem Frankfurt Okulu'nun hemen hemen tüm dikkatlerini üzerinde topladıkları karanlık yanıdır. Fakat modern kültürün aydınlık bir yanı yani yaşam alanının rasyonelleşmesi yanı da vardır. Bu aydınlık yan, yaşam alanında şimdiye kadar olduğu gibi kabul edilmiş olanın eleştirel olarak ele alınmasına ve gerçek rasyonel uzlaşımı başarmanın nesnel olasılığını artırır-baskıdan ziyade özgür ve eşit tartışma üzerinde temellenmiş bir rasyonel yaşam yönetimi. Kısaca, modern Batı kapitalizminde rasyonelleşme seçici olmuştur. Habermas'ın açıkça ortaya koyduğu tartışma, sistem rasyonelleşmesinin ve yaşam alanının iletişimsel rasyonelleşmesinin meşru beklentileri arasında 'gerçek bir denge' sağlamak için iletişimsel rasyonelliği amaçlamaktadır (Bernstein, 1985: 24).

Bu bölümün kalan kısmında medikal yetkinliğin yaşam alanını kolonize etmiş olabileceği düşünülen belirli yolları üzerinde yoğunlaşılacaktır. Habermas'ı izleyerek bunun zorunlu değil fakat şarta bağlı bir süreç olduğunu hatırlamak oldukça önemlidir. Tüm çağdaş kapitalist toplumlarda dikkat çeken varlığına rağmen bu sürecin yönü de değişmez biçimli değildir. Örneğin bir güç kaynağı olarak medikal yetkinliğin tesis edilmesinde can alıcı bir ön koşul olarak medikal rasyonelleşme üzerinde bir düşünün. Meslekler üzerindeki sosyolojik çalışmalar Anglo-Amerikan kuramcılardan kök aldığı gibi, yine uzun süre bu kuramcılardan egemenliğinde kalmıştır; doğal olarak bu tür sosyolojik çalışmalar söz konusu kuramcılardan İngiltere ve Amerika'da önde gelen mesleklere, özellikle tıp ve hukuka olan ilgilerini yansıtmıştır (Freidson, 1983). Fakat

İngiltere ve Amerika'da tıbbın profesyonelleşmesi Avrupa kıtasındaki eşdeğer süreçlerden önemli ölçüde farklılık göstermiştir. Anglo-Amerikan doktor birlikleri modern kapitalizm içinde ekonomik pazarların genişlemesiyle sunulan olanakları ustaca sömürmüşlerdir. Özel mübadele (alışveriş) ilişkilerine bir çerçeve sağlamak için devlet devreye sokulmak istenmiştir, fakat devletin ve medikal işin özünü belirlemede ve de doktorların hastalarıyla alışveriş ilişkilerinin içeriğini düzenlemede bir rolü olmamıştır. Devlet esas itibarıyla pasif kalmıştır. Buna karşın Avrupa toplumlarında tıbbın profesyonelleşmesi, genellikle, hem medikal işin kurumsal biçimleri hem de doktorların kültürel yönlendirilmeleri üzerinde önemli derecede etkin ve güçlü olan merkezleşmiş bir bürokratik devlet tarafından teşvik edilmiş ve biçimlendirilmiştir (Rueschemeyer, 1986). Tıba ilişkin sistem rasyonelleşmesi ve bunun sonucu yaşam alanının kolonileştirilmesiyle bağımlı hiçbir kuram, modern Batı kapitalizmi içinde üst düzeyde önemli sayılan toplumlararası çeşitlilikleri sağlayacak araçları içermedikçe -ki tıbbın profesyonelleşmesinde pazar ekonomisinin ve devlet aygıtının farklılık gösteren rolleri sadece tek bir örnektir- olgun ve yetkin olarak düşünülemez.

Bundan sonraki açıklama böylesi bir kuram için bir hazırlık girişiminden başka bir şey değildir. İngiltere'deki ve daha büyük çapta da Amerika'daki hali hazır durum dikkate alınarak, hastalık ve sağlık alanında sistem rasyonelleşmesinin yaşam alanında gerçekten medikal bir kolonileşmeye yol açmış olduğu iddia edilmektedir. Tartışma konuyla bağlantılı (thematic) olup, tıp ve güç örneğinde olduğu gibi uzman meslekler arasındaki ilişkinin çeşitli yönleri göz önünde tutularak başlamaktadır. Medikal yetkinlik kısmen Freidson'un 'formel bilgi' olarak isimlendirdiği bilgi üzerine temellenir ve genel olarak da bu bilgi çerçevesinde meşruluk kazanmaktadır. Formal bilgi modern kültürün üst düzey bilgisidir; bu bilgi hem rutin günlük bilgiden hem de informal özelleşmiş bilgiden farklıdır. Aslında (arcane) bilgi ve çok sayıda kişi tarafından bilinen antik dillerde yazılmış metinlerde kökleşmiş olan üst düzey bilgi, bugün de aynı şekilde pek çok kişi için yabancı anlaşılabilir kavramlar içinde ifade edilmekte ve dışarıdakilere mantıksız gelen söylem teknikleriyle tartışılmaktadır (Freidson, 1986:3). Freidson, Weber'in Zweckrationalität kavramının formel bilginin doğasını en iyi şekilde karakterize ettiğine işaret eder. Bundan ötürü formal bilgi, Habermas'ın amaçsal-ussal eylemin büyüme ve yaygınlaşmasını da içeren sistem rasyonelleşmesi (anlayışının) (ç.n.) yerine kullanılabilir. Freidson'a göre formal bilgi:

En açık biçimde teknolojiye fakat aynı zamanda hukuk, kurumların yönetiminde, ekonomide, hiç kuşkusuz, modern toplumun tüm toplumsal alanında somutlaşır. Formal bilgi kapitalizmle birlikte gelişmiş olan muhasebe ve yönetim metotları ve rasyonel-yasal bürokrasi biçiminde modern devletle birlikte ortaya çıkmış olan öngörülebilir sosyal düzeni geliştirmeye ilişkin yönetsel metotlarla çok yakından ilişkilidir (1986: 3-4).



Fakat Freidson her şeyden öte formal bilginin modern bilimin çok hızlı yükselişle ve teknik ve sosyal problemlere bilimsel metodun uygulanmasıyla ilişkili olduğunu ileri sürer.

Formal bilginin insana ilişkin olayları düzene koymada kullanımı güç uygulamasını, obje olanlar üzerinde egemenlik fiilini içerir (Freidson, 1986: 6-7). *Rasyonel Bir Topluma Doğru* (1971) (adlı eserinde) (ç.n.) Habermas formal bilginin gelişmesinin İkinci Dünya harbinden bu yana daha da artarak, çoğu politik karar vermenin ve demokratik katılımın önceden satın alınmasına (pre-empt) hizmet ettiğini ileri sürer. Habermas buna ilişkin tersini kanıtlayacak hiçbir şeyin olmadığını özellikle vurgular. Teknoloji ve bilim, tekniksel veya bilimsel olmayan (diğer bir deyişle uzmanların profesyonel yetkinliğine uygun bir şekilde veya hakkıyla yanıt vermeyen) sorunlara hitap etme veya kararları ve eylemleri doğrulamada uygun olmayan bir biçimde, 'ideoloji' olarak, kullanıldığında demokrasiye yönelik bir tehdit oluştururlar (Habermas, 1971: 61). Teknoloji ve bilim uygun olmayan bir biçimde kullanıldıklarında gücün anti-demokratik uygulayımı için haksız fakat politik olarak etkili meşrulaştırma zeminini sağlarlar.

Bu koşullar altında 'teknik' kararlar olarak sunulduklarında, politik kararlar popüler tartışmaya açık olmazlar. Konu, 'en iyi metodun' zorunlu kullanımını içeren teknik bir konu olarak sunulduğundan insanların çeşitli seçenekler arasından seçim yapmalarına izin verilmemektedir (Freidson, 1986: 8).

Modern tıbbın bir takım eleştirileri, medikal yetkinliğin giderek daha teknokratik ve anlaşılabilir olduğu ithamını, günlük yaşamın giderek 'medikalleştirilmesi'ni içine alan medikal emperyalizm tezinin bir uyarlamasıyla bütünleştirmektedirler. Bu tez Habermasçı sistem rasyonelleşmesi ve yaşam alanının kolonileştirilmesi kuramıyla potansiyel olarak uygunluk taşımakla ve muhtemelen bir kazanç olarak bu kuram içine alınabilmesi mümkün olmakla beraber medikal emperyalizme ilişkin durumun bazen abartılmış olabileceğini başlangıçta bilmek gerekir (Strong, 1979: 205-8). Hamilelik ve çocuk doğumuna ilişkin değişen medikal tutumlara ilişkin literatür böylesi abartmaları içerir- örneğin, yirminci yüzyıl medikalleştirilme öncesi 'doğal' çocuk doğumunun mitik altın çağına atıfta bulunulduğunda (MacIntyre, 1977). Fakat bu literatür aynı zamanda yaşam alanının medikal olarak kolonileştirilmesine ilişkin güçlü deliller içermekte ve bu nedenle de bu bölümde geliştirilen tartışmaların açıklanması için uygun bir kaynak oluşturmaktadır.

Güvenlik ve doğum öncesi ölüm oranları çerçevesinde değerlendirildiğinde, çocuk doğumunun hem anne hem de çocuk için çok daha fazla, güvenli hale geldiği kuşku götürmez bir gerçektir. Ölüm oranında hız ve kapsam bakımından görülen düşmeler, toplumlar arasında (ve içinde) önemli ölçüde çeşitlilik gösterse de, bu gerçek bütün modern kapitalist toplumlar için geçerlidir. Diğer bazı Batı toplumlarının (örneğin İsveç) istatistikleriyle karşılaştırıldığında, İngiltere ve Galler bölgesine ilişkin ölüm oranı istatistikleri özellikle etkileyici değildir; fakat gelişmiş güvenliğe olan eğilimi

yansıtırlar. 1901'de her 10 000 canlı doğum için 48 kadın ölürken 1980'in ortalarında bu oran bir kadın olarak görülmektedir. 1931'de her onaltı bebekten birisi ölü doğumla sonuçlanırken veya doğduktan sonra ilk hafta içinde ölürken, 1982'de bu oran her 82'de bir bebektir (Doyal ve Elston 1986: 187). Ölüm oranında bu dikkat çekici düşmelerin neden meydana gelmiş olabileceğine ilişkin rakip kuramlar vardır. Bu kuramların bazıları artan aile geliri, konutlaşma, kadınların yaşamları süresince beslenme durumu gibi sosyal faktörlerin can alıcı etkisi olduğunu ileri sürerler. Fakat medikal meslek tarafından yeğlenmiş ve yeni devlet raporlarında yansımış olan kurama göre medikal yetkinliğe yaygın ulaşım olanağını sağlayan kapsamlı medikal hizmetlerin gelişmesi dönüm noktası olmuştur. Bu kuramdan anlaşılacağı gibi ölüm oranında gittikçe artan düşüşler, büyük ölçüde doğum öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası medikal hizmetler için gerekli kaynaklardaki artışta ve hiç kuskusuz, kadınların bu hizmetleri kullanımında temellenmektedir.

Bu karşıt kuramların yararlı veya geçersiz yanlarının tartışması devam edecektir. Değiştirilemez olan gerçek, gebelik ve bebek doğumu üzerindeki kontrol-ki (bu kontrolde) (ç.n.) erkek üstünlüğü söz konusudur- öylesine bir düzeye ulaşmıştır ki, bu kontrole kendisini bağlamayan kadınlar sorumsuz, bebeklerin sağlığı, iyiliği ve hatta yaşamlarıyla kumar oynar olarak nitelendirilmektedirler. Oakley'in alaylı (ironically) olarak belirttiği gibi, 'çocuk doğumu açıkça kadınlara bırakılamayacak kadar çok önemli bir olgudur.' (Oakley, 1986: 232). Avrupa'nın WHO Bölgesel Teşkilâtı adına çalışan Wagner (1986), doktorların doğum deneyimi üzerinde kontrol veya güç başarısına ilişkin en azından yedi öğeye dikkati çeker. Birinci nokta, doktorlar doğumu patolojik veya potansiyel olarak patolojik bir medikal sorun, bir süreç olarak yeniden tanımlamışlardır; ve sorunu her kim tanımlarsa çözümlerini de o kontrol eder. İkinci olarak doktorlar doğumun hastahane kontrolüne alınmasını (hospitalization) sağlamışlardır; ve kendi hastahane bölgelerinde hemen hemen mutlak bir kontrol uygulamışlardır. Üçüncü olarak, ebeler gibi diğer doğum hizmetlilerini de egemenlikleri altına almışlardır. İngiltere ve Galler Bölgesindeki hastahanelerde normal doğumların aşağı yukarı yüzde 75'inden halen ebelerin sorumlu olmalarına rağmen, yine de genellikle doktorların denetiminde çalışırlar. Dördüncü olarak, doktorlar bebek doğumuna ilişkin prosedür ve teknolojinin kullanımı ve ilaç reçeteleri üzerinde kontrollerini ellerinde tutmuşlardır. Beşinci olarak, araştırma fonlarının dağılımını yönetmeye devam etmişler ve bundan böyle de gebelik ve doğuma ilişkin yeni bilgi üretiminde neler üzerinde durulması gerektiği, üzerinde durulması gereken konuların nasıl ele alınması ve sonuçların nasıl yaygınlaştırılması gerektiği üzerinde yönlendirici olmuşlardır. Altıncı olarak, doktorlar doğum bakımına ilişkin hükümet politikasını dikte etmişlerdir. Ve son olarak doktorlar kendi eylemlerini değerlendirecek pozisyonda olanların yine kendileri olduğu (gerçeğini) (ç.n.) hükümet de dahil olmak üzere medikal alanda yer almayan popülasyona inandırmanın yolunu zamanla bulmuşlardır. Kendisi de doktor olan Wagner şöyle devam eder: 'Bu meslektaş incelemesi (peer review) kendi

içinde gömülü bir çıkar çelişmesine sahiptir. Bildiğim kadarıyla dünyanın hiçbir yerinde meslektaş incelemesi medikal mesleğin sahip olduğu avantajları kontrol etmede yeterli olamamıştır' (1986: 196-7).

Doğumun birbiriyle ilişkili iki yönü burada inceleme için seçilmiştir. Medikal kolonileştirme sürecini temsil ettiklerinden her ikisi de tartışma alanı yaratmıştır. Bu iki yön bebek doğumunda tipik mekan olarak evden hastahaneye yönelişin (diğer bir deyişle yerel gücün genişlemesi) ve doğum anı (labour) ve bebek doğumunda aktif yönetimin gittikçe artan önemiyle ilgilidir (diğer bir deyişle, teknolojik güçteki büyüme). Şu veya bu türden kimi kurumlarda (institution) tüm canlı doğumların oranının yüzde 15 olarak belirlediği 1927 yılında Britanya'da Registrar General (Genel Nüfus Dairesi) ilk olarak doğumun yapıldığı mekanın potansiyel önemini vurgulamıştır; kurumsal bakımın üstünlüğüne gösterilen bireysel ilgideki artışa yüzeysel olarak atıfta bulunulmuştur. 1932'ye gelindiğinde kurumsal doğumların oranı yüzde 24'e çıkmış ve Genel Nüfus Dairesi (Registrar General) yine kurumsal doğumların evde yapılan doğumlara göre avantajlarını vurgulamıştır. Bu dönemden başlamak üzere Britanya'da hastahane gözetimine yönelik eğilim, artışında iniş ve çıkışlar özellikle sabit olmamakla beraber, devam etmiştir. 1950'lerin ortalarında hastahanelerde yapılan doğumların oranı üçte ikilere ulaşmıştır, ve 1959'da Cranbrook Raporu yüzde 70 gibi bir oran öne sürmüştür. Bu raporda, kadınların hastahane gözetimini tercih eder gördükleri ve önlenebilir anne ölümlerinin hala evde yapılan doğumlarda söz konusu olduğu belirtilmiştir. 1970'de Peel Raporunda hastahane doğumlarının oranının yüzde 80'ini geçtiğine dikkat çekilmiş ve şu husus vurgulanmıştır: Maddi avantaj, rahatlık kolaylık gibi öğelere ilişkin düşünceleri bir tarafa bırakacak olursak, hastahane gözetiminin en güvenli bir düzenleme olduğu üzerinde meslek içinde genel halk arasında tedricen artan lehte bir değerlendirme söz konusu olduğu görülmektedir. Raporda hastahane gözetiminin (hospital confinement) yüzde yüzlük bir düzeye çıkarılması önerilmiştir. 1972'lerde hastahane doğumlarının oranı yüzde 90'lık bir tavan bulmuş ve bu tarihten itibaren de yüzde 99'u geçmiştir (Oakley, 1986: 215-17).

Görünüşte değiştirilemez olan bu sürece ilişkin belirli iki gözlemde bulunmak gerekir. İlk olarak medikal meslek içinde etkili gruplar en çok dikkate değer olarak doğum uzmanları, hastahane gözetimine çağrıda daima öncülük edegelmişlerdir. 1944'te, Cranbrook'tan on beş yıl önce Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (doğum ve kadın hastalıkları Kraliyet koleji) hastahane doğum için yüzde 70'lik bir oran savunmuşlardır; 1964 gibi erken bir tarihte aynı kuruluş Peel'i önceden sezinleyerek yüzde 95'lik gibi bir oran öne sürmüşlerdir (Oakley, 1986: 218). Bu dönem boyunca, beklenen bir eğilim olarak, danışman doğum uzmanları sayısında düzenli bir yükseliş –örneğin, Cranbrook ve Peel raporları arasında dörtte birden fazla bir artış- ve bu sayıdaki yükselişle orantılı olarak da yatak sayısında artış meydana gelmiştir. Hastahane doğum için en güvenli bir yer olduğu ve böylece hastahane gözetiminin anne ve bebeğin gerçek çıkarlarıyla uyum gösterdiği savları, doğum

uzmanlarının maddi ve diğer çıkarlarının artmasıyla uygun düştüğü kabul edilen bir gerçektir.

İkinci gözlem hastahanelerin doğum için en güvenli yer olduğuna ilişkin anahtar sav üzerinde odaklanır. Yüksek risk grubu kadınların küçük bir alt popülasyonu, belkide toplamın yüzde 10-15'i için hastahane doğumu önerisine ancak birkaç kişiden bir itiraz gelebilir. Fakat düşük risk grubu kadınların büyük çoğunluğu için hastahaneye yatırılma sorunu üzerinde elbette hiç durulmamıştır. Araştırma literatürünün yoğun bir incelemesini yaptıktan sonra Campbell ve Macfarlane, 'bütün kadınlar için en güvenli politikanın hastahane doğum olduğu savını destekleyecek bir delilin olmadığı' açık bir biçimde vurgulamışlardır. Ulaştıkları ilgili sonuçlardan bazıları şunlardır: hastahane doğumlarındaki artış ve doğum öncesi kaba ölüm hızındaki düşüş arasındaki istatistiksel bağlantı 'tümüyle veya genel olarak neden ve sonuç ilişkisi bağlamında açıklanması olası gözükmemektedir; doğum öncesi ölüm hızı, planlanmamış ev doğumları yapanlar için bir dereceye kadar daha yüksek olmasına rağmen, evde doğumu planlamış olan kadınlar için 'çok düşük' gözükmemektedir; genelde hastahanelerde ve özeldede danışma birimlerinde yapılan doğumlarda ve bakım sürecinde anne ve bebekler arasında hastalık oranının daha yüksek olabileceğine ilişkin bazı deliller vardır; ve hem hastahane hem de ev doğumu deneyimine sahip kadınların çoğu ev doğumunu tercih etmektedirler (Campbell Macfarlane, 1986: 681-2). Özetle, gelişmiş güvenlik temelinde hastahane gözetimini meşrulaştıracak, yüzde yüzü bir yana bırakın, bir çoğunluk politikasına ilişkin 'bilimsel' delil yoktur; fakat diğer yandan da bebeklerini evde doğuran düşük risk grubu kadınların sahip olacağı sağlık avantajları da bir diğer durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun da ötesinde, çoğu kadınlar ev doğumlarından açıkça daha çok doyum sağlamaktadırlar. American College of Obstetricians and Gynaecologists'in (Doğum ve Kadın Hastalıkları Amerikan Koleji) başkanının evde yapılan doğumların 'çocuk istismarının ilk biçimini içerdiğine ilişkin yakın zamanlarda ileri sürmüştüğü sözkonusu deyişini bu çerçevede değerlendirmek gerekir (Oakley'de alıntılanmıştır 1986: 219).

Doğum deneyiminin evden hastahaneye aktarılması, doğum süreci ve bebek doğumunun aktif yönetimi üzerinde gittikçe artan vurgulamayla paralellik göstermektedir. Bu açıdan bilgi verici olması bakımından, Danimarka ve Hollanda da sezeryan bölümünde meydana gelen oransal değişimleri karşılaştırmak yerinde olacaktır. Danimarka'da 1960-1980 arasında hastahane doğumları yüzde 50'den yüzde 99'a çıkarken, Hollanda'da aynı dönem içinde yüzde 28'den yüzde 67'ye çıkmıştır. Her iki toplumda da 1960'ta sezeryan bölümündeki doğum hızı yüzde 2'de kalmıştır; bu hız Amerika'da 1980'de yüzde 11'e çıkarken Hollanda'da ancak yüzde 4'e ulaşmıştır (Scherjon, 1986). İngiltere ve Galler'de bu rakamlar Danimarka'ya ilişkin olanlarla benzerlik göstermektedir. Sezeryan bölümündeki doğum hızı yavaş bir artış göstererek 1962'de yüzde 4, 7'den 1972'de yüzde 5,3'e çıkmış ve bu tarihten itibaren hızlanarak 1982'de yüzde 10,1'e ulaşmıştır Forsepsle doğum hızı 1962'de yüzde 8,1'den 1977'de

yüzde 13,2'ye doğru dengeli bir artış göstermiş ve 1982'de yüzde 10,3'e düşmüştür. Sezeryan ve forseps doğumlarda görülen oransal artışlar kısmen hastahanelerde indüksiyon hızında çarpıcı artış çerçevesinde açıklanabilir. Bu oransal hız 1964'te yüzde 13,4, üçe katlanarak 1974'te yüzde 39,4 olarak belirmiş ve 1978'e kadar aşağı yukarı yüzde 37'lik düzeyini korumuş ve 1982'de de yarı yarıya bir azalış göstererek yüzde 18,8'e inmiştir. Doğum yönetiminin anestetik, analjezik ve diğer ilaçların kullanımı, ceninin izlenmesi ve ultrason taraması gibi diğer yöntemlere ilişkin karşılaştırmalı data mevcut değildir. (Tew, 1986).

Aktif doğum yönetimi eğilimine ilişkin iki yorum veya düşünce burada bir düzenlilik izlemektedir. Birincisi, yine güvenlikle ilgilidir. Hastalık gözetimi aktif yönetimin gerekliliğini veya zorunluluğunu kolaylaştırdığından belirli yüksek risk grubu kadınlar için tümüyle uygundur. Fakat aktif yönetim artık sadece böylesi durumlarla sınırlı değildir: sıradan bir durumdur. Sayısal olarak daha çok faktörü risk faktörleri tanımlaması içine sokma eğiliminde gittikçe artan bir yükseliş söz konusudur; öyle ki bu durum bütün kadınların hepsinin sanki yüksek risk grubu içinde algılanması ve buna göre muamele görmesi gerektiği gibi bir sonuç doğurmuştur. (Graham ve Oakley, 1981) Bütün kadınları risk durumunda gören bu kökten anlayış hastahaneye yatırmayı (hospitalization) olduğu kadar aktif yönetimi de meşrulaştırmaktadır. 'Risk sadece kadınları değil fakat aynı zamanda politikacıları ve sağlık bakımını üstlenenleri de korkutan bir cop olarak kullanılmaktadır' (Wagner, 1986: 200-1). 'Hiç kuşkusuz, farklı müdahaleler ve teknolojiler kendi psikolojik ve fizyolojik etkilerini karşıladıkça komplikasyonlar beklentisi de tatmin edici (self-fulfilling) olur' (Young, 1983: xiii).

Yüksek teknoloji tıbbına ilişkin mükemmel tartışmalarında Jennett, tıbbın diğer özelleşmiş kolları gibi gebelik ve doğumla uğraşan modern tıp dalı da, bazıları şimdiye kadar hiç hakkıyla değerlendirilmemiş ve bütün hepsinin de sadece belirli hasta alt grupları için uygun olan bir grup teknolojiyi 'rutin' olarak kullanmakta olduğunu ileri sürer. Cenini monitörde izleme (foetal monitoring) üzerinde yoğunlaşan Jennett, (bu teknolojik kontrolün) (ç.n.) doğum süresince bebek üzerinde kesin bir kontrol sağladığını ve tehlikenin erken tanımı ve zamanında ve anında müdahaleye yol açabileceğine dikkat çeker (ve bu teknolojinin kullanımı ameliyatla gerçekleştirilen doğumların oranında bir artışa yol açmaktadır.) Jennett devam ederek, böylesi bir monitör teknolojisinin yaygın olarak kullanıldığı durumda rasgele kontrol denemelerinin (randomized central trials) bebeklerin iyiliğinde inandırıcı bir artışın olduğunu göstermede şimdiye kadar başarılı olmadığını ileri sürmüş, ki bu sonuç onu düşük risk grubunda yer alan kadınlar için cenin hareketlerinin sıklığını annenin kendisinin izlemesinin oldukça yeterli olabileceği düşüncesine yöneltmiştir. (Jennett, 1986: 138-9). Tew, teknolojinin genelde normalin üzerinde kullanımına ilişkin olarak daha sert bir tavır içindedir. Bu alanda mevcut olan oldukça sınırlı datanın istatistiksel incelemesinden Tew'in vardığı temel sonuç, gittikçe artan bir seyir gösteren hastahaneye yatırmayla birlikte yürüyen doğum ve gebeliğe ilişkin iç müdahalelere yönelik eğilimin, çoğu durumlar için doğumu 'daha güvenli değil daha az güvenli hale

getirmiş olduğu' şeklindedir (Tew, 1986: 671). Bu durumda en azından güvenlik düşüncesi açısından 'rutin' aktif yönetim konumunun 'bilimselliği'nin ispatlanmadığı söylenebilir.

İkinci yorum son zamanlarda aktif obstetrik yönetimde bazı açılardan, -özellikle indüksiyon (teknolojik müdahale kullanımı) - fark edilebilir azalmaya ilişkindir. Gittikçe derinleşen bir ekonomik depresyon döneminde indüksiyon hızında görülen düşüşün arkasında yatan, örneğin maliyetini olduğu kadar yararlarını da belgelerle ispatlama dahil olmak üzere, bir çok neden vardır. Örgütlenmiş tüketici karşıtlığı da önemli olmuştur. İndüksiyon hızının doruk noktasına ulaştığı 1970 ortalarında Cartwright'in yapmış olduğu kapsamlı tarama çalışmasının sonuçlarında kadınların duygularının gücü izlenebilir. Araştırılan toplam 2378 annenin her beşinden dördü hamileliklerinin ve doğumlarının medikal yönlendirilmelerine ilişkin olarak etkin bir seçeneğe sahip olabilme isteminde bulunmuşlardır. Teknolojik müdahaleye yönlendirilmiş bebek sahibi olmuş olanların yüzde 78'i bu deneyimi tekrarlamak istemediklerini belirtmişler, ve bebeklerini kendiliğinden (veya doğal şekilde) (ç.n.) doğurmuş olanların yüzde 98'i yine aynı yolu izlemek istediklerini vurgulamışlardır (Cartwright, 1979: 107). Kadınların medikal kontrole gösterdikleri hoşnutsuzluk ve direnme teması -ki Habermasçı anlayış çerçevesinde yaşam alanının bütünlüğünün örgütlü savunmasını beraberinde sürükler- bu makalenin son kısmında daha ayrıntılı olarak tekrar işlenmiştir.

Bu son paragraflarda hem güç hem de meşruluğunun kökleri formal bilgidен (diğer bir deyişle bilim ve teknoloji) uçlanan medikal yetkinliğin, hamilelik ve bebek doğumu bağlamında yaşam alanının kolonileştirilmesini nasıl etkilediğini gösterme çabası içine girilmiştir. Bilgi ve deneyim ve teknolojinin önemi üzerinde yoğunlaşırken, amaçsal rasyonel eylemin yaygınlığını içinde taşıyan sistem rasyonelleşmesinin çok ileri götürüldüğü üzerinde tartışılmaktadır; hiç kuşkusuz, önemli hususlarda kontrol dışına çıkmıştır. Britanya ve diğer yerlerde gerçekleşmiş olan doğum deneyiminin bütün yönüyle medikalleştirilmesinin bizzat kendisini güvenlik temelinde haklı çıkarmak mümkün değildir -anne ve doğum sonrası ölümdе düşüş çerçevesinde doğum uzmanlarının istisnasız olarak ileri sürdüğü ve yine onlar tarafından sınırlı ve dar anlamda tanımlanmış ölçüt. Bunun da ötesinde, dünyaya bir bebek getirmeyi kuşatan esas kararların pek çoğunun teknik kararlar olarak yeniden tanımlanması veya formal bilginin taşıyıcıları uzmanlar olarak belirlenmiş rolleri içinde doktorlar tarafından gasp edilmesi oldukça uygunsuzdur. Konu doğum açısından da ele alındığında, sistemin rasyonelleştirilmesinin meşru beklentileriyle yaşam alanının iletişimsel rasyonelleştirilmesi arasında 'uygun bir dengenin' (oluşturulması, ç.n.) henüz daha başarılması gereken bir husus olduğu açıktır.

### **Medikal Yetkinlik ve Çarpıtılmış İletişim**

Sistem rasyonelleşmesi ve yaşam alanının rasyonelleşmesi arasında şu anda mevcut olan dengesizlik, doktorlar ve hastalar arasındaki iletişime ilişkin yapılmış çalışmaların büyük çoğunluğunda kendisini yansıtmaktadır. 'Hasta itaati' bu çalışmaların büyük çoğunluğunun odaklandığı bir kavramdır ve hasta itaatinin medikal bakımın geçerli ve değişmez bir ölçütü olduğu genel geçer kabul edilmektedir. Mishler'in işaret ettiği gibi, 'kavramın medikal bir önyargıyı içerdiğini kabullenmek, bakış açısında bir değişmeyi ve bir miktar düşünmeyi gerektirir' (1984: 49). Birçok ciddi çalışmada hastaların büyük bir oranı doktorların, beklentilerini doyuma ulaştırmadıklarını belirttikleri halde, sonuç olarak hasta beklentisiyle 'uyumsuz' (non-compliant) olmadıklarını ileri sürmüşlerdir. Sadece hastalar uyumsuzdurlar. (veya itaat etmezler) (ç.n.) Uyumsuzluk, itaatsizlik (non-compliance) kavramı sapma ile denklik gösterir bir biçimde kullanılmıştır ve işte yorum ve analiz için temel olan, tıbbın sorgulanmamış bu norm ve değerlerinden sapmadır (Mishler, 1984: 50).

Mishler, kendi araştırmasında bu medikal önyargıyı kırma yönünde çaba gösterir. 'Yaşam alanının sesi' ve 'tıbbın sesi' arasında analitik olan bir ayrıma yönelir. Yaşam alanının sesi hastanın günlük olay ve sorunlara ilişkin yer ve zamanda temellenmiş deneyimlerini ifade eder. Hastanın olay ve sorunlara ilişkin verdiği bilgiler Schutz'un 'doğal tutum' olarak belirlediği görüş çerçevesinde ifade edilmiştir. 'Tıbbın sesi' teknik ilgi ve çıkarı yansıtır ve 'bilimsel tutum'un bakış açısından uçlanır: 'olayların anlamı, olayları meydana geldikleri koşul ve ortamın dışında düşünmeye, onları özgün bireysel ve sosyal konumları dışına çekip çıkarmaya hizmet eden soyut kurallar yoluyla belirlenir (Mishler, 1984: 104). Mishler bu iki sesin etkileşimini doktor-hasta iletişiminde incelemek için Habermas'ın ilk çalışmalarını kaynak olarak kullanır. Bu çelişkiyle karakterize olmuş bir iletişimdir. Mishler, Habermas'ın sembolik (veya iletişimsel) eylem kavramı yerine de yaşam alanının sesini ve amaçsal-rasyonel kavramının yerine tıbbın sesi kavramının kullanılabilineceği önerisinde bulunur. Ve Mishler, doktorun hastayla olan iletişime egemen olma veya bu iletişimi kontrol etme uğraşısının, genellikle hastanın kendi sorunlarına ilişkin kendi anlayışını amaçsal-rasyonel bir eylem sisteminin (diğer bir deyişle teknik tıbbın çerçevesi) içine emdiğini ve bu sistem içinde erittiğini ileri sürer. Mevcut klinik pratiğin doktor ve hasta arasındaki asimetrik bir güç ilişkisinde temellendiğini ve eşitsizlikçi bir güç ilişkisini içinde taşıdığını vurgular. 'İnsanca bakımın başarılması (bu tür bakıma ç.n.) yetki tanyan hastaların (varlığına ç.n.) bağlıdır' (Mishler, 1984: 193).

Doktorların hastalar üzerinde uyguladıkları egemenlik ve egemenlik kurmaya yönelik benimsedikleri stratejilere ilişkin genel literatür oldukça geniş olup burada gözden geçirilmesi mümkün değildir. Fakat Mishler'in doktor-hasta etkileşiminin bir

özelliği olarak ele aldığı karşıtlığın (conflict) her zaman açıktan açığa olmadığını vurgulamak yerinde olur. Lukes (1974), tek iki ve üç boyutlu güç analizi arasında bir ayrım yapar Tek-boyutlu analiz, gücün karar verme sürecini inceleyerek ve kimin kararlarının yürürlükte veya hakim olduğunu kaydederek ölçülebilir bir şey olduğu görüşünü de taşır İki boyutlu analiz açıktan açığa olan karşıtlığın incelenmesinin, gücün uygulanmış olduğu tüm ortamları açığa çıkarmada yeterli olmayabileceğini kabul eder. Nitekim, özellikle güçlü kişiler, diğerlerinin daha çok yakışsız ve tehdit edici bilgilerinin karar verme gündemine ulaşmasını önlemek için güçlerini kullanabilirler. Açıktan açığa karşıtlığın yokluğu, gerçek bir uyumdan daha çok asılsız veya yönlendirilmiş (manipulated) bir uyumu gösterir. Üç boyutlu analiz gücün daha da fazla gizli uygulanması diğerlerinin istediği etkileme veya hatta belirlemeyi içerdiğini ileri sürer. Bu olayda gücün, kişiler sonuçtan memnun olduklarını ifade etseler bile, açıkça kendi çıkarlarının tersine davrandıkları için uygulanmış olduğu düşünülebilir. Burada söz konusu olan, güç uygulayanların çıkarları ve güç uygulayanların dışta bıraktıkları (kişilerin ç.n.) gerçek çıkarları arasındaki zıtlaşmayı (contradiction) içine alan gizli karşıtlıktır (latent conflict) (Lukes, 1974: 24-25).

Lukes üç boyutlu bir güç analizinin başarıma olasılığı üzerinde ısrar eder – ‘zorunlu olarak değer yüklü, kuramsal ve ampirik bir analiz’ (1974: 57). Habermas (böyle bir analize ç.n.) onay verecektir. Bu makalenin baş tarafında üzerinde durulan Habermasçı projenin özetinde açıkça belirtildiği gibi, Habermas, gözle kolay fark edilmeyen veya gizlenmiş güç ve egemenlik kullanımını açığa çıkarma açısından toplumun eleştirel kuramının temel bir işleve sahip olduğunu vurgular. Bunun da ötesinde kendisinin ve diğerlerinin yapmış olduğu söz eylem (speech acts) analizlerini formel pratiklere (formal pragmatics) yaygınlaştırılması bunun nasıl başarılabileceğinin işaretlerini içerir. Austin’in düz söz (locutionary), edimsel söz (illocutionary) ve etki söz (perlocutionary) arasında yaptığı etkileyici ayrım ile başlamak oldukça yerinde olur (Austin, 1962) Düz söz eylemleri yoluyla konuşmacı birşey söyler- bir durumu ifade eder. Edimsel söz eylemleri yoluyla konuşmacı, çoğunlukla birinci tekil şahıs geniş zamanda bir edimsel fiil (performative verb) aracıyla (örneğin size söz veririm ki “p” I promise you that “p”) birşey söylerken bir eylem sergiler. Ve konuşmacı etki söz eylemleri yoluyla da dinleyici üzerinde bir etki yaratır. Habermas Austin’in bu üç söz eylemini şu kilit deyimlerle tanımlar: “birşey söyleme (to say something), birşey söylerken eylemde bulunma (to act in saying something), birşey söylerken eylemde bulunma yoluyla bir şeye sebep olma/bir şeyi beraberinde getirme (to bring about something through acting in saying something)” (Habermas, 1984 vol: 1 288-9).

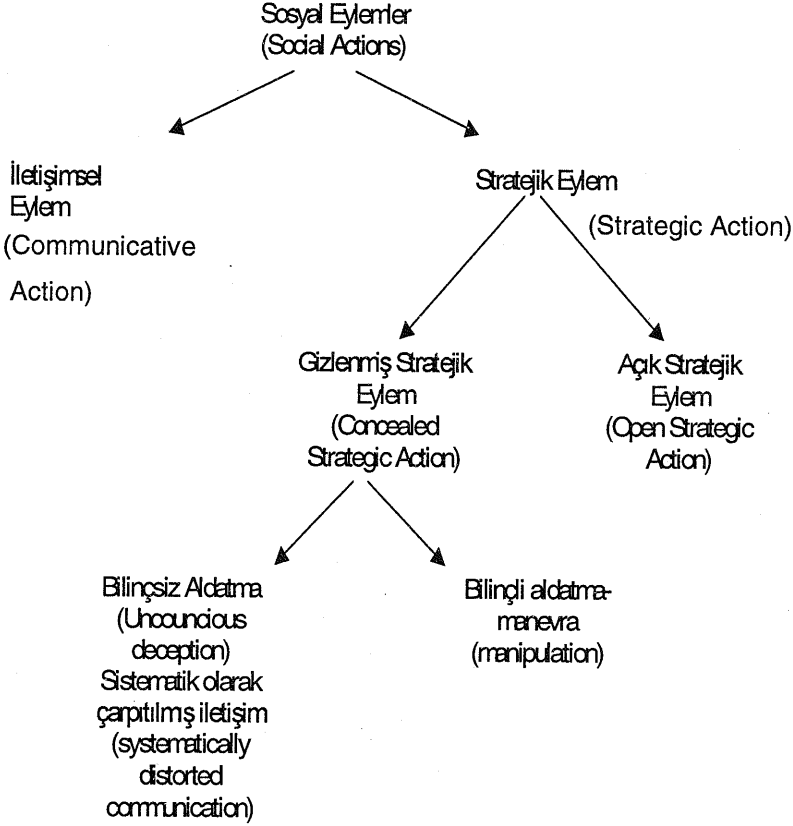
Habermas açıklamalarına, bireysel olarak izlenen eylem planlarının uyumsal koordinasyonuna temel oluşturacak bir anlaşmaya ulaşmak için koşulsuz olarak bütün



konusmacıların edimsel amaçlarının (illocutionary aims) söz konusu olduğu 'iletişimsel eylemi' dilin aracılık ettiği bir etkileşim olarak tanımlamayla başlar. Ve Habermas aradaki farkı göstermek üzere iletişimsel eylemi, en azından bir konuşmacının söz eylemleriyle dinleyici/leri üzerinde etki söz etkileri (perlocutionary effects) yaratmayı amaçladığında meydana gelen 'stratejik eylem'le karşılaştırır. Etki söz etkileri, bir konuşmacı başarıya yönelik eylemde bulunduğu ortaya çıkarlar ve böylece söylenmiş olan şeyin anlamına ilişkilendirilmiş amaçlar için söz eylemleri araçsallaştırırlar (instrumentalize) (Habermas 1984 vol: 1: 289).

Bu açıklama bir miktar daha niteleme gerektiriyor. Basit emir kipleri-ricalar (requests) ve istekler (demands) konuşmacının 'açıkça' dinleyici/dinleyicilerini etkileme amacını beyan etme aracı olarak kullandığı (ve bir güç iddiası ile bağlantıladığı) edimsel söz eylemlerdir. Böylesi durumlarda konuşmacı, açıkça, anlamdan ziyade başarıya yönelik edimsel amaçlar ancak herşeye rağmen edimsel söz eylemler peşinde koşar. Bu açık 'stratejik eylem' olarak kavramsallaştırılabilir. Gerek açık gerekse gizli stratejik eylem durumunda 'sağlam nedenlerin bağlayıcı (veya bir araya getirici) gücüne ilişkin potansiyel -dilsel iletişimde daima içerilen bir potansiyel-istismar edilmemiş olarak kalır'. Bu potansiyel, edimsel söz eylemleri eleştirilebilir geçerlilik iddialarını (validity claims) ifa ettiğinde, sadece iletişimsel eylem içinde gerçekleştirilir. İletişimsel eylem ortamında tüm anlaşılabilir söz eylemler, doğruluk, uygunluk (veya meşrulaştırma) veya samimiyetle ilgili eleştirilebilir geçerlilik iddialarını harekete geçirir. Konuşmacılar, gerekli olduğunda dinleyicilerin geçerlilik iddialarına ilişkin iddialarını cesaretle karşılayacak sağlam nedenleri sağlamaya ilişkin 'garanti'yi (warranty-Gewahr) üstlendiklerinden, kendi söz eylemlerini kabul ettirmek için 'rasyonel olarak motive edebilirler (güdüleyebilirler)'

Habermas'ın isimlendirdiği biçimiyle 'iletişim patolojileri', anlamaya yönelik ve başarmaya yönelik eylemler arasındaki karışıklığın bir ürünü olarak düşünülebilir. Gizlenmiş stratejik eylem durumları ya bilinçli (conscious) ya da bilinçsiz (unconscious) aldatmayı (deception) içerebilir. Bilinçli aldatma durumlarında katılımcıların en azından bir tanesi başarıya eğilimli eylemde bulunur, ancak diğerlerinin iletişimsel eylemin önceden kabul edilen tüm varsayımlarının doyuma ulaştırıldığını farz etmelerine izin verir. Bu 'manevra' (manipulation) daha önceki açıklamalarda etki ve söz eylemleri bağlamında ele alınmış bulunmaktadır.



Diğer taraftan, psikanalistin savunma mekanizmaları çerçevesinde açıkladığı çelişkilerin bilinçaltı bastırılma biçimi hem iç-psişik (intrapsychic) ve hem de kişilerarası (interpersonal) düzeyde iletişim karışıklığına yol açar. Böyle durumlarda taraflardan en azından biri, başarıya eğilimli bir tavırla eylemde bulunduğu ve sadece iletişimsel eylemin görünüşünü devam ettirdiği gerçeğine ilişkin olarak kendisini aldatmaktadır (Habermas, 1984, cilt: 1: 332). Bu durum bilinçsiz aldatma (unconscious deception) veya 'sistematik olarak çarpıtılmış iletişim' olarak tanımlanabilir. Aşağıdaki şema Habermas'ın iletişimsel eylem kuramında manevra ve sistematik olarak çarpıtılmış iletişimin yerini belirlemektedir.

Habermas'ın formel (araçsal) pragmatiklerinin doktor-hasta iletişiminin analizi için ne gibi anlamları vardır? Bu soruya yönelmeden önce iki husus üzerinde durmak gerekmektedir. Birinci olarak, Habermas kendi formel pragmatiklerinin (formal pragmatics) ampirik pragmatik araştırmalar için tam bir ayırım noktası ve 'rehber' oluşturduğu savında bulunmasına rağmen, böylesi araştırmaların daha henüz başlangıç aşamasında olduğunu yadsımamak gerekir. Ve Habermas, ileri sürdüğü formel pragmatiklerinin güçlü idealleştirmeleriyle karşılaştırıldığında, günlük iletişimlerin ne kadar zengin ve göz korkutucu karmaşıklığa sahip olduğunu vurgular. Bundan böyle Habermas'ın analizinin gerçek potansiyelinin henüz daha sınanması gerekmektedir. İkinci olarak, doktorlar ve hastalar arasındaki iletişimlerin halen mevcut uyarlayışları (tıpkıÇevirim-transcription) Habermas'ın formel pragmatiklerinin gücünü veya güçsüzlüğünü araştırma açısından inandırıcı olarak kullanımı bağlamında fazlasıyla kaba, rafine edilmemiş durumdadırlar (Mishler, 1984: bölüm2).

Bu bir dereceye kadar negatifik taşıyan eleştirilerin yansıttığı gibi, doktor-hasta iletişiminin analizini Habermas'ın formel pragmatiklerine temellendirme çabaları bu aşamada sadece eğreti ve deneme kabilinden bir özellik taşıyabilirler. Bu değerlendirme, hiç kuşkusuz, izleyen açıklama için de geçerlidir. İleri sürülen tartışmalar hamilelik ve bebek doğumuna ilişkin ilk temalar üzerinden değerlendirilmiştir ve bu açıdan Graham ve Oakley'in (1981) doktorlar ve annelerin üreme üzerinde çelişen referans çerçevelerinin karşılaştırılmasıyla başlamak oldukça elverişlidir. Graham ve Oakley söz konusu çelişkinin dört temel durumda kendisini somutlaştırdığını ileri sürerler. Birinci olarak, kadınlar gebelik ve doğumu genellikle normal süreçler olarak algıladılar. Doktorlar ise bunları patolojik veya potansiyel olarak patolojik durumlar olarak ele alma eğilimi gösterirler. İkinci olarak, çoğu kadın kendini vücutları ve yaşamları hakkında bilgi ve yetkinliğe sahip olarak görür. Doktorlar ise, bebek doğumunun tüm semptom bilgisini (symptomatology) de kapsamına alacak şekilde gebelik ve doğuma ilişkin tüm yararlı bilginin tıbbi bilgi olduğuna inanırlar; onlara biricik gerçek yetkinliği sağlayan sahip oldukları formal bilgidir. Üçüncü olarak, kadınlar özellikle doğum sırasında olanlar üzerinde kontrolü ellerinde bulundurmaya isterler. Doktorlar tüm alınması gereken kilit kararların sadece kendileri tarafından alınması gerektiği şeklinde eylemde bulunurlar Bireysel kontrolün kaybını içerdiği ve doğumun aslında normal bir süreç olduğu algısıyla çatıştığı için bazı kadınlar doğum sırasında teknolojinin kullanımına içerlerler. Doktorlar teknolojiyi patolojik süreç potansiyelini kontrol altına almada önemli bir dayanak olarak görürler. Ve dördüncü olarak, kadınlar tatmin etmeyen iletişimden sıklıkla yakınırırlar. Soru sormak zor olmakta ve sorulduğunda da genellikle kulak arkasına atılmakta veya güven teminine yönelik rica olarak yorumlanmaktadır. Doktorlar annelerin sorunlarını bilgi için ricadan çok kaygının işareti olarak algılama eğilimindedirler ve sorulara ya hiçbir şekilde yanıt vermezler ya da sıkıştırıldıkları taktirde belirsiz veya abes yanıtlara başvururlar (Graham ve Oakley, 1981: 56-71).

Mishler'i izleyerek, doktorlar ve annelerin çelişen referans çerçeveleri burada, zikredildikleri sıra içinde, tıp ve yaşam alanının sesleri olarak ele alınmıştır. Ve tartışma Graham ve Oakley tarafından vurgulanan çelişkinin dördüncü arenasını -'iletişimsel boşluk' üzerinde odaklanmaktadır. Doktor-anne iletişimi için sistem rasyonelleşmesinin en anlamlı göstergelerinden biri, yaşamlarının sesinin açık ve gizli stratejik eylem yoluyla tıbbın sesi tarafından egemenlik altına alınması öne çıkarılan temel tezdur.

Doktorlar ve hamile kadınlar arasındaki iletişimin tipik olarak oluştuğu ortamı tanımak oldukça önemlidir. Graham ve Oakley York ve Londra'da görüşme yaptıkları kadınların her klinik görüşmesinde farklı bir yüzle karşılaştıklarını vurguladıklarını belirtmişlerdir. Bunun da ötesinde, bu iki yerleşim bölgesindeki doğum öncesi klinikler, eğer bir neden verilecek olursa, az sayıda doktorun çok sayıda hastayı kısa zaman içerisinde muayene etme gerekliliği nedeniyle seri üretim bantlarını andırmaktadırlar. Londra kliniğinde her muayene süresi ortalama 3-9 dakikadır. (Graham ve Oakley, 1981: 66-7). Avustralya'da bir araştırma grubu, kamu hastahanelerinde doğum öncesi kliniklere başvuran kadınların karşılaştıkları doktorlarla ve diğer sağlık uzmanlarıyla ilişkiler oluşturma açısından çok az olanağa sahip oldukları bir süreç biçimine katlanmak zorunda kaldıklarını vurgulamıştır (Shapiro et al. , 1983: 145). Bu arkaplan veya ortamsal durumlar iletişimsel eylem ve yaşam alanının sesinden daha çok amaçsal-rasyonel eylem ve tıbbın sesi için elverişlidir.

Karşı karşıya geldiklerinde doktorlar ve hamile kadınlar arasındaki iletişimsel eylem için ön koşulların, kısmi gerçekleşme anlamı mümkün olsa da, tam anlamıyla gerçekleşmesi nadirdir. Ön koşulların en iyi biçimde gerçekleşmiş olduğunu yansıtan diyaloglar, paradoksal bir içerikle -örneğin hem doktorun hem de hastanın süreç ve sonuçla ilgili memnuniyetlerini ifade ettiklerinde - doktor egemenliğinin en iyi göstergesi olabilirler (diğer bir deyişle Lukes'in üç boyutlu güç analizine uygun olarak). Bu belki de doktor ve hastanın formal bilgide temellenmiş medikal veya gebelik ve doğuma ilişkin (obstetric) medikal yetkinliğin kapsamlılığına ve birincilliğine kayıtsız şartsız bir inancı paylaştıklarında çoğunlukla ortaya çıkan bir durumdur. Doktor ve hasta tıbbın sesini benimserler. Bu çerçevede doktor açısından açık stratejik eylem veya manevra sorunu açıkça hiç söz konusu olmayabilir. Hiç kuşkusuz, sistematik olarak çarpıtılmış olası iletişim durumlarını, doktor ve hastanın doyumunun medikal yetkinliğin gücünden köklendiğini ve hastanın gerçek çıkarlarına uygun olmayabilen sahte veya rasyonel olmayan bir uyumdan doğduğunu göstererek açığa çıkarma, Habermas tarafından savunulan toplumun eleştirel kuramının temel işlevi olarak devam etmektedir.

Doktorlar tarafından uygulanan açık stratejik eylem ve manevra (güdüleme veya yönlendirme) (ç.n.), sistematik olarak çarpıtılmış iletişimden ziyade, doktor-hasta ilişkileri üzerine yayınlanmış materyale atıfta bulunarak daha kavrayıcı bir biçimde sergilenebilir. Graham ve Oakley tarafından kayıtlanmış aşağıdaki karşılıklı konuşma

üzerinde durabiliriz (1981: 62-63). Bir doktor ilk hamileliğin sonuna doğru olan bir kadının iç muayenesini yapmış olarak düşüncesini şöyle ortaya koyar.

- Doktor: Sizi şimdi hastahaneden çıkarmak oldukça sakıncalı olur. Hamileliğin geri kalan kısmı için hastahane de olman ve bazı ölçümlerin yapılması gerektiğini düşünüyorum ve ancak bu ölçümlerden sonra doğumu başlatabiliriz. Bebek önceki duruma göre daha yavaş bir büyüme seyri gösteriyor
- Hasta: Hastahaneye yatmakla ne demek istiyorsunuz?
- Doktor: Açıkçası sizin ne zaman geleceğinizle, Pazar günü belki de, ve ondan sonra da hastahane de kalmanızla ilgili bir mesele.
- Hasta: Bebeğin doğumuna kadar hastahane de kalmamdan söz ediyorsunuz.
- Doktor: Evet
- Hasta: Bu fikir bana pek cazip gelmedi.
- Doktor: Eğer hazır olmuştaysanız doğumunuzu bugün başlatırdım. Ultrasonda görüldüğü gibi bebeğin büyüme durumu önceki duruma göre iyi değil ve su ölçümlerinde oestrioller düşüş gösteriyor- fena değil, ama siz yine de gelmelisiniz ve bazı su ölçümleri yaptırmanız, dinlenmeniz gerekir ve ancak bundan sonra, belki gelecek hafta, durumunuz hazır olduğunda doğumu başlatabiliriz.
- Hasta: Kocam doğumu başlatmaya ilişkin olarak gelip sizinle konuşmak isterse, onun için bir randevu alabilir miyim?
- Doktor: Kocanız söyleyeceği hiçbir şey bizim bu konudaki düşüncelerimizi herhangi bir biçimde değiştirmeyecektir.
- Hasta: Hayır ama yine de o sizinle konuşmak isteyecektir
- Doktor: Evet ama geldiği gün kim görevliyse onunla konuşabilir; fakat söyleyeceği hiçbir şekilde bizi etkilemeyecektir: bu bir medikal sorundur.
- Hasta: Evet, fakat yine de konuşmak ve neler olup bittiğinden haberdar olmak isteyecektir.
- Doktor: İşin özeti Sunday Times tarafından gözümüz korkutulmamış olacak (bu karşılaşmadan kısa bir süre önce yayınlanmış iki makaleye yapılan atıf)
- Hasta: Hayır, bunu anlıyorum
- Doktor: Herkese ve herkesin kocasına açıklamada bulunacak olursak, tüm zamanımızı açıklama yaparak geçirmiş oluruz. Eğer buraya medikal kontrol için geliyorsanız, bütün medikal kararları bizim vermemiz gerektiğini önceden kabullenmiş olmanız gerektiğini düşünüyorum, fakat biraz önce Pazar günü olarak ağızdan çıktı ki, bu da diğer kırk sekiz saat demektir.

Doktor doğumu neden başlatmak istediğine ilişkin konuşmasına eksik beyanda bulunarak başlıyor. Bu beyanını 'halk' dilinde söylenmiş biçimiyle ortaya koyuyor (örneğin doğuma hazırlamak- 'start you off for induction'). Kararını kesin olarak vermiş olduğu açıkça görülüyor ve bu kararıyla ilgili herhangi bir tartışmaya girmek niyetinde de değildir. Hamile kadın karışıklık gösterdiğinde de konuşmasına teknik kavramları sokmaktadır - 'su' ölçümleri 'oestriol' ölçümleri şeklinde ifade edilmektedir. Graham ve Oakley şöyle bir açıklamada bulunur: 'Açıklamalarda kullanılan teknik dil bir doktorun hastasını belirli bir işleme yöneltmek istediği (ve bu yönde hastanın istekli olmadığını algıladığı) durumlar için saklanır'. Bu kullanım, söz edimlerinin (speech acts) hastada etki söz etkiler (perlocutionary effects) oluşturmak için kullanıldığı manevra durumu (yönlendirme-manipulation) için bir örnektir. Graham ve Oakley açıklamalarına devam ederek, inceledikleri kadınların indüksiyona karşı gelenlerin hepsinin 'hususet'le karşılandıklarını, açıkça veya zımnen indüksiyon isteminde bulunmalarının ise farklı bir tepkiyle karşı karşıya kaldıklarını vurgularlar: 'bazı durumlarda hastanın ricası kabul edilmekte, ancak kabul edilmediğinde bile indüksiyon için rica yasal hasta davranışı olarak onaylanmıştır.' Graham ve Oakley indüksiyon isteminde bulunan kadınların, obstetrik pratiğinde iki normu onayladıklarını ileri sürerler: 'teknolojik temelli çocuk doğumunun 'doğru' doğum olduğu düşüncesi ve doktorun üstün yetkinliğinin radikal kararlara karşı gelinerek sorgulanmaya alınması mümkün olmakla beraber, söz konusu yetkinliğin böylesi kararlar için yumuşak saygılı ricalarla teyit edildiği ve 'yardım için yalvarmanın' doktorlar için genellikle bu türden istemler içeren tanımlamanın bir ifadesi olduğu düşüncesi (Graham ve Oakley, 1981: 63) aynı zamanda (Oakley 1980). Diyaloğa geri dönecek olursak, hastayı yönlendirme çabası (manipulate) başarısız olduğunda doktorun ilgili güç iddialarını gittikçe daha açıkça sergileyerek, hemen ve tereddüt etmeden- açık stratejik eyleme başvurduğu açıktır.

Doktorların hamile kadınlarla gerçekleştirdikleri diyaloglar yoluyla uyguladıkları gücün açığa çıkarılması ve analizinde Habermas'ın formal (araçsal) pragmatiklerinin potansiyelini daha da ileri giderek sergilemek için makaleye ayrılan bu yer yeterli değildir. (Oakley'in çalışmaları ek bilgi için belki de mevcut en iyi kaynak niteliğini taşımaktadır). Fakat buna rağmen söz eylemlerin, Habermasçı dayanaklarda ve Mishler tarafından salık verilen türden incelikli tıpkı-çevirim (transcription) tekniklerinin kullanımında temellenmiş bir ampirik pragmatik incelemeler programının, üzerinde çalışılmaya değer bir sosyolojik yatırım olduğu yeterince açıklanmış bulunmaktadır. İleri derecede sistem rasyonelleşmesinden uçlanan tıbbın sesinin yaşam alanının sesi üzerindeki egemenliğinin sistematik olarak incelenmesine gereksinim olması da değiştirilemez bir gerçekliktir.

### **Yaşam Alanı'nın Bütünlüğünü Sürdürme**

Giddens, Habermas'ın tüm çalışmalarının temel temasının 'yirminci yüzyılda teori ve pratiği yeniden bir araya getirme çabası' olduğunu ileri sürer (Giddens, 1985: 124). Ve Habermas, hiç kuşkusuz, eleştirel kuramı kendince en son yenilenmiş biçimiyle çağdaş politik mücadelelere uygulamaya çalışmaktadır. 'Yeni protesto hareketleri'ne özel bir ilgi göstermekte ve bu hareketleri hem eleştirel kuram tarafından teşhis edilmiş krizlerle hem de kuramın özgürleştirici itisiyle geçici olarak (tentatively) bağlantılandırır. Modern endüstriyel toplumlarda çelişkinin artık dağıtımında odaklanmadığını ileri sürer. Roderick'in aşağıdaki özeti ağırlıklı olarak Habermas'ın kendi sözlerine dayanmaktadır:

'Yeni çelişkiler, kültürel yeniden üretim, sosyal bütünleşme ve sosyalizasyon alanlarında ortaya çıkarlar' ve alt kurumsal (sub-institutional), parlamento dışı (extra-parliamentary) protesto biçimlerinde somutlaşırlar. ' Bu protestolar, tehlikeye girmiş yaşam stillerinin nasıl savunulacağı veya eski konumuna nasıl getirileceği veya yeniden biçimlendirilmiş yaşam stillerinin pratiğe nasıl sokulacağı sorununa yönlendirilmiştir. Böylece, 'yeni çelişkiler dağıtım sorunlarıyla harekete geçmemekte olup yaşam biçimlerinin grameriyle ilişkilidir. ' Ekonomik, sosyal, iç (domestik) ve askeri güvenlik sorunları üzerinde odaklanan 'eski politikaların' tersine 'yeni politikalar' eşitlik, bireysel düzeyde kendini gerçekleştirme, yaşam kalitesi, katılım ve insan hakları üzerinde yoğunlaşmaktadır (1986: 135).

Habermas toplumun eleştirel kuramını öncelikle yeni politikalarla ilişkili eylemlere yönelmiş (bir içerikte) (ç.n.) ele almaktadır. Bu eylemlere doğrudan doğruya katılanların üretim sürecinin çevresinde yer aldıklarını belirtir. Söz konusu katılımcılar aynı zamanda yeni orta sınıfın genç ve daha yüksek eğitim düzeyi biçimleri deneyimine sahip olma eğilimi gösterirler. Habermas bu üyelerin yer aldığı eylem türlerini şöyle sıralar: barış hareketi, anti-nükleer ve çevre hareketi, azınlık özgürlüğü hareketleri, alternatif yaşam stilleri hareketi, vergi protesto hareketi, dinsel köktenci protesto grupları, kadın hareketi. Heterojenlik gösteren bu hareketler tek bir karakteristiği paylaşırlar: Bütün bu hareketler 'yaşam alanını kolonize etme eğilimlerine karşı bir direnme' olarak anlaşılmalıdır (Habermas 1981: 33-5). Hiç kuşkusuz, bu hareketlerin tümü ilerlemeci veya özgürleştirici potansiyele sahip değildir. Habermas, yeni sosyal yaşamı ve topluluk biçimlerini himaye edici 'karşıtlık' (offensive) gösteren bir konumu benimseyen hareketler ve geleneksel yaşam yollarını ve mülkiyet ilişkilerini destekleyen 'savunmacı' bir konumu benimseyen hareketler arasında ayırım yapar. Ve daha da ileriye giderek 'özel' (particularistic) istemler düzeyinde kalan ilerlemeci karşıt (offensive) hareketler, ve evrenselci bakış açısından radikal sosyal değişme peşinden giden ilerlemeci karşıt hareketler arasında ayırım yapar. Şu anda sadece kadın hareketinin evrenselci bakış açısı taşıyan ilerlemeci bir karşıt hareket olduğu savında bulunur. Genel olarak belirtilecek olursak, Habermas, eleştirel bir kuramın 'pratik amaçlarının', bu heterojen gruplar bağlamında 'karşıt' ve 'evrenselci' bir konumu cesaretlendirmeyi içerdiği gibi çarpıtılmamış iletişim ve özgür ve eşit katılıma sahip bir

toplum oluşturma olasılığını yadsıyan (Roderick, 1986: 136), tek taraflı kapitalist ussallığa karşı savaşında odaklanmaya da yardımcı olduğunu ileri sürer.

Bu düşüncelerin genelde tıp ve özelde de gebelik ve doğuma ilişkin tıp anabilimdalı ile ne gibi bir ilişkisi vardır? Jennett yüksek teknoloji tıbbi üzerinde gözlemlerde bulunurken, teknolojinin yaygınlaşmasının niçin uygun addedilmeyebileceğine ilişkin beş temel neden üzerinde durur. Birinci olarak, bu yaygınlık 'gereksiz' olabilir, çünkü istenilen amaç daha basit araçlarla başarılabilir. İkinci olarak, bu yaygınlık 'başarısız olabilir', çünkü hastanın durumu tedaviye yanıt verme açısından çok ilerlemiş olabilir. Üçüncü olarak, komplikasyonların olası yarar üzerinde ağırlıklı bir duruma sahip olması nedeniyle teknolojik yoğunluk 'güvenilmez' (unsafe) olabilir. Dördüncü olarak, bu yaygın kullanım 'acımasız' (unkind) olabilir, çünkü sonuçta ulaşılan yaşam kalitesi tedaviyi meşrulaştırma açısından yeterince iyi olmayabilir veya yetersiz süreklilik gösterebilir. Ve beşinci olarak bu yaygınlaşma, diğer bilinmeyen hastalara daha büyük yararlar sağlayarak tedavilere ilişkin kaynakları başka yöne çekebileceğinden 'akıllıca' olmayabilir (Jennett, 1986: 174). Jennett başka yerde doktor sorumluluğuna atıfta bulunduğu halde, listesinde bir altıncı nedeni atlamış olması ilginçtir-'istenilmeyen' (unwanted).

Hamile kadınların isteklerini dile getirmek için bir takım tüketici veya destek (user) organizasyonları ortaya çıkmıştır ve bunların büyük çoğunluğu Jennett'in ölçüleri temelinde hastahane ve teknolojik bebek doğumunun uygunluğuna karşıtlık göstermişlerdir. Jennett bu durumu şöyle ifade eder: 'Annelerin tercihlerini onaylamasında görülen (ç.n.) gittikçe artan eğilimle birlikte (düşünüldüğünde) (ç.n.) gebelik ve doğumda teknolojiden geri çekilişin tüketici baskısına karşılık meydana gelmiş olmasında çok az bir kuşku payı söz konusu olabilir (1986: 139). (Bu bağlamda) (ç.n.) en eski tüketici organizasyonları 1950 sonları ve 1960 başlarında Britanya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulmuştur. Annelik hizmetlerini Geliştirme Birliği'nin (AIMS) deneyimi oldukça dikkat çekicidir. Bu birlik başlangıçta, hastahane yataklarına olan istemin gerekli araç gerece olan istemin üstünde seyrettiği bir dönemde kadınların hastahane doğum yapma hakkı için kampanya açma amacıyla 1960'ta oluşturuldu; fakat son zamanlarda aynı birlik hastahane doğumu eleştirmeye ve kadınların evde loğusalık hakkını savunmaya yönelmiştir. Annelik Birliği (Maternity Alliance) ve Ulusal Bebek Doğum Vakfı (National Childbirth Trust) aynı amaca yönelik organizasyonlardır. Londra'da bir danışman doğum uzmanı olan Wendy Savage'ın sözde 'hastalarına bir tehlike oluşturuyor iddiasıyla' geçici olarak mesleki mahrumiyetle karşı karşıya bırakılmasından da burada söz etmek gerekir: Wendy Savage hakkında doğumda teknolojinin rolünü yadsımasında ileri derecede liberal olduğu iddiasında bulunulmuştur. Nisan 1985'te klinik pratiği askıya alınan Wendy Savage, yetkinliğine ilişkin bir kamu soruşturmasından sonra Şubat 1986'da temize çıkarılmış ve sonunda ne tuhaftır ki, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Kraliyet Koleji'ne (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) akademik üye



seçilmesinden bir ay sonra, Temmuz 1986'da tekrar eski konumuna getirilmiştir. Mrs. Savage'ın 'ortodoks' erkek arkadaşlarının elinden giydiği ateşten gömlek, ulusal medya kapsamının dikkatini çekmiş ve doğum deneyiminin medikal kontrolüne –büyük çoğunlukla erkek- kadınların direnmesi açısından geçici olarak önemli bir odaklaşma sağlamıştır. Destek grupları (user groups), Wendy Savage ve onun uygulama modeli için ve gebelik ve doğum alanında ortodoksluğun sorgulanabilir gücüne karşı aynı noktada birleşmişler ve Tower Hamlets ve diğer yerlerdeki sempatik kadımlar, sağlık profesyonelleri ve meslektaşlarla birlikte heyecanlı ve gayretli bir kampanya yürütmüşlerdir. (Savage, 1986).

AIMS, Maternity Alliance ve National Childbirth Trust gibi destek örgütlerinin Britanya'da alternatif bir doğum sonrası (perinatal) hizmet hareketini temsil ettikleri söylenebilir. Benzer hareketler USA ve diğer Avrupa ülkelerinde de vardır. Bu hareketler klinik ve özellikle teknolojik ve hemen hemen yüzde yüz hastahane temelli bakımın resmi hizmetlerce ön plana çıkarılarak vurgulandığı resmi sistem içinde bakımın- aynı kişi veya küçük bir grupta- süreklilik taşımadığı, ebelerin statüsünün doğum uzmanlarına göre değersizleştiği veya tehdit altında olduğu ülkelerde en güçlü bir biçimde ortaya çıkmaktadır (Houd ve Oakley, 1986: 21). Habermas'ı izleyerek, henüz daha öznel istemler düzeyinde bulunan böylesi hareketleri ilerlemeci karşıt hareketler olarak sınıflandırmak genellikle uygun düşmektedir. Bunun da ötesinde baskı altında olmalarına rağmen, son zamanlarda doktorların kendilerinden istenilen daha az tehdit edici bazı istemlere uyumlu gözükecek gebelik ve doğum üzerindeki kontrollerini gerçekte pekiştirdikleri makul düzeyde tartışılabilir. Örneğin, doktorlar doğumun tümüyle hastahaneleştirilmesine ilişkin asıl konuya hiçbir şekilde değinmeden, hastahane ortamının ev havasında ve akrabalara daha çok açık olması gerektiğini (halkın istemleri doğrultusunda) (ç.n.) alenen onaylamak suretiyle bir güvenilirlik izlenimi vermişlerdir. Doktorların, tüketici politikaları karşısında güçlerini ellerinde tutmak için sahip oldukları manevra kapasitelerini küçümsememek gerekir (Arnvey ve Neill, 1982).

Alternatif doğum sonrası (prenatal) hizmet hareketi Britanya'da daha geniş bir tüketici sağlık hareketinin parçasıdır (Houd ve Oakley, 1986: 19). Ancak bu hareketin potansiyelini gittikçe artan bir yoğunluk gösteren uluslararası kadın hareketinin amaçlarının kapsamı çerçevesinde ele almadıkça tam olarak değerlendirme olasılığı zayıftır. Mevcut durum bu bağlantının kurulmadığı eğilimini yansıtmaktadır. Wagner şöyle bir açıklama yapar: 'Doğum üzerinde daha çok kontrol kazanmada kadınların rolüne gelince, medikal kuruluşun hesaba katmaya hazırlıklı olmadığı tek şeyin kadın hareketi olduğunu; ve ekleyerek, "kadın hareketi ve tıp mesleği arasında her ne zaman bir yüzleştirmeye tanık olsam, kadınların uzun dönemde daima etkin olduklarını düşünüyorum"' (Wagner, 1986: 204). Hiç kuşkusuz, Habermas kadın hareketini hem evrenselci duruştan uçlanan radikal değişime yönelik bir gündemle yüklü ilerlemeci karşıt bir hareket olarak tanımlamakta ve hem de bu hareketin yeni politikalarda önemini hesaba katmakta haklıdır.

Wagner medikal yetkinlikte temellenmiş doğum üzerinde uygulanan güce karşı beş dengeleyici öge üzerinde durur. Bunlardan en önemlisi kendi doğum ve doğum bakımlarını kontrollerine almada hamile kadınların kendilerinin oynadıkları roldür. Wagner burada 'bilgilendirilmiş seçenek'i (informed choice) anahtar konu olarak vurgular ve anne bakımında 'topluluk epidemiyolojisi'ne ilişkin gereksinime dikkati çeker: toplulukların kendi annelik hizmetlerine ilişkin bilgiye-örneğin lokal obstetrik müdahale ve doğum sonrası ölüm hızı üzerinde- ve bu hizmetleri kontrol ve yönlendirme gücüne tam olarak ulaşmaları gerekir. Wagner Britanya'daki Topluluk (kamu) (ç.n.) Sağlık Konseylerinin (Community Health Councils) 'bu doğrultuda zayıf bir başlangıç' olduğunu belirtmektedir. İkinci karşı dengeleyici öge güçlü, bağımsız bir ebelik servsidir. Üçüncüsü, Wagner istemeyerek de olsa, mahkemelerin doktorlara karşı şikayetler için şu anda tek en etkili prosedürü sağlayıcı kuruluşlar olduğunu belirtir. Dördüncüsü, 'hizmetlerin önyargısız, bilimsel değerlendirmelerini gittikçe artan ölçüde destekleyen' ve bu değerlendirmeleri izleyerek pratiğe ilişkin öneriler getiren halk sağlığı otoriteleridir. Ve sonuncusu seçilmiş temsilcileri kanalıyla genel halk. Wagner bütün bunların tümüyle batı Avrupa ve Amerika'da gittikçe önem kazandığını düşündür. (Wagner, 1986: 202-203) Bu karşı dengeleyici ögeler yaşam alanının Habermas'ın salık verdiği türden rasyonelleşmesinin öngörülebilir tanımlayıcısıdır ve kadın hareketi bu rasyonelleşmeyi muhtemelen daha da ileriye götürmede bir rol oynayacağına benzemektedir: bu rasyonelleşme iletişimsel eylemin kapsamında ve iletişimsel rasyonalitede kazançlar sağlayacak bir rasyonalitedir.

#### Sonuç

Bu makalede Habermasçı projenin doğasını gösterme ve bu projenin medikal sosyolojide önemli ilgi alanlarına açıklık getirebilecek birbiriyle bağlantılı üç yolu üzerinde öneride bulunma amacına yönelik bir çaba içine girilmiştir. Tıpla ilişkili olarak sistem rasyonelleşmesinin istenmeyen olduğu kadar istenen sonuçlara da neden olduğu ileri sürülmüştür: En dikkate değer bir nokta olarak, sistem rasyonelleşmesi yaşam alanının kolonileştirilmesine yol açmıştır; sistematik olarak çarpıtılmış iletişim ve doktorlar tarafından uygulanan yönlendirme bu rasyonelleşmenin görünüşleridir; sistem rasyonelleşmesinin, yaşam alanının büyük bir olasılıkla şimdiye kadar öncü direniş çalışmalarlarıyla ancak şimdi aynı noktada birleşen baskı gruplarınca (günümüzde gerilla savaşının bir biçimine benzerlik içinde) harekete geçirilen hızlandırılmış rasyonelleşmesiyle dengelenmesi gerekir (Wilding, 1982: 144). Devamlılık ögesi sağlamak için bu makale boyunca kullanılan tanımlayıcı materyal doğum deneyimine ilişkin literatürden sağlanmıştır.

İki temel boşluğa dikkati çekerek bu makaleyi sonuçlandırmak yerinde olur. İlk olarak, Habermas'ın görüşlerinin (bu makaledeki) (ç.n.) kullanımında sadece seçici olmakla kalınmamış fakat aynı zamanda (söz konusu görüşler) (ç.n.) eleştirisiz ele alınmıştır. Habermas'ın konuya ilişkin içerilen tüm tez ve argümanlarını yeterince ortaya koymamaktan uçlanan bu boşluk, yer sınırlılığının yarattığı basit özetlerin

sunumuna kıyasla daha fazla rahatsızlık vermektedir. Habermas'ın argümanlarının bazılarının geçici, kuşkulu veya kaygan olduğuna veya Habermas'ın kendisinin de böyle kabul ettiğine ilişkin de kuşku yoktur (örneğin, 'ideal söz durumu'na ilişkin temel anlayışında Habermas'ın son zamanlarda yapmış olduğu değişiklikleri izleyin). İkinci olarak, burada gönderme yapılan temalar, açıkça çözüm getirmekten daha çok kuramsal sorunlara yol açmaktadırlar. Tek bir örneği ele alacak olursak, medikal yetkinlikten kaynaklanan gücün dar kapsamda ele alınışını, Yeni İngiltere Tıp Mecmuası (New England Journal of Medicine) editörünün modern kapitalizmde 'yeni medikal endüstriyel kompleks' olarak adlandırdığı (oluşumun) (ç.n.) gelişim sürecinin geniş çerçevesi içine yerleştirmek gerekir (Relman, 1980). Genelde tıpta ve özelde gebelik ve doğum alanında sistem rasyonelleşmesinin kuşkusuz ve gerçek başarılarını araştırmak amaç olduğundan, makalenin kapsam ve amacının ötesinde olan böylesi konulara sadece değinmekten öteye gidilmemiştir.

#### **Teşekkür**

Bu makalenin müsveddesi üzerinde yaptıkları eleştiri ve öneriler için Annette Scambler ve Ray Fitzpatrick'e teşekkür ederim.

**KAYNAKÇA**

- Arney, W. And Neill J. (1982), 'The Location of Pain in Childbirth', **Sociology of Health and Illness** 7: 109-17.
- Austin, J. (1962), **How To Do Things With Words**, Oxford University Press.
- Bernstein, R. (1983), 'Introduction' in R. Bernstein (ed.) **Habermas and Modernity**, Chambridge: Polity Press.
- Brubaker, R. (1984), **The Limits of Rationality: An Essay on the Social and Moral Thought of Max Weber**, London: Allen&Unwin.
- Compbell, R. and Macfarlane, A. (1986), 'Place of Delivery: a review', **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 93: 675-83.
- Cartwright, A. (1979), **The Dignity of Labour? A Study of Childbearing and Induction**, London: Tavistock.
- Doyal, L. and Elston, M. (1986) 'Woman Health and Medicine', in V. Beeckey and E. Whitelegg (Eds) **Woman in Britain Today**, Milton Keynes: Open university Press.
- Freidson, E. , (1983), 'The Story of Professions: State of The Art' in R. Dingwell and P. Lewis (eds) **The Sociology of the Professions**, London: Macmillan.
- \_\_\_\_\_(1986), **Professional Powers: A Study of The Institutionalisation of Formal Knowledge**, Chicago III: University of Chicago Press.
- Geuss, R. (1981), **The Idea of a Critical Theory: Habermas and The Frankfurt School**, Cambridge: Cambridge University Press.
- Giddens, a. (1985), 'Jurgen Habermas' in Q Skinner (ed.) **The Return of Grand Theory in the Human Sciences**, Cambridge: Cambridge University Press.
- Graham, H. and Oakley, H. (1981), 'Competing Ideologies of Reproduction: Medical and Maternal Perspectives on Pregnancy' in H. Roberts (ed.) **Women, Health and Reproduction**, Routledge and Kegan Paul.
- Habermas, J. (1971), **Toward a Rational Society**, London: Heinemann.
- \_\_\_\_\_(1972), **Knowledge and Human Interests**, London: Heinemann.
- \_\_\_\_\_(1979), **Communication and The Evolution of Society**, London: Heinemann.
- \_\_\_\_\_(1981), 'New Social Movements' **Telos** 57: 194-205.
- \_\_\_\_\_(1984), **The Theory of Communicative Action**, vol: 1, Reason and the Rationalization of Society, , London: Heinemann.
- \_\_\_\_\_(1986), 'The Dialectics of Rationalization' in P. Dews (ed.) **Habermas: Autonomy and Solidarity**, London: Verso.

- Held, D. (1980), **Introduction to Critical Theory: Horkheimer to Habermas**, London: Hutchinson.
- Houd, S. and Oakley, A. (1986), 'Alternative Perinatal Services' in J. Phaff (ed) **Perinatal Health Services in Europe**, London: Croom Helm.
- Jennet, B. (1986), **High Tecnology Medicine: Benefits and Burdens**, Oxford: Oxford University Press.
- Keat, R. (1981), **The Politics of Social Theory: Habermas, Freud and the Critique of Pozitivizm**, Oxford: Blackwell.
- Lukes, S. (1974), **Power: A Radical View**, London: Macmillan.
- MacIntyre, S. (1977), 'Childbirth: The Myth of The Golden Age' **World Medicine** 12, 18
- Mishler, E. (1984), **The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews**, Norwood, NJ: Ablex.
- Oakley, A. (1980), **Women Confined**, Oxford: Martin Robertson.
- \_\_\_\_\_ (1986), **The Captured Womb**, Oxford: Blackwell.
- Peel Committee (1970), (Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee) **Domiciliary Midwifery and Maternity Bed Needs**, London: HMSO.
- Relman, A. (1980), 'The Medical Industrial Complex' **New England Journal of Medicine** 303: 963-70.
- Roderick, R. (1986), **Habermas and Foundations of Critical Theory**, London: Macmillan.
- Rueschemeyer, D. (1986), **Power and the Divisions of Labour**, Cambridge: Polity Press.
- Savage, W (1986), **A Savage Enquiry: Who Controls Childbirth?**, London, Virage.
- Scherjon, S. (1986), 'A Comparison Between The Organisation of Obstetrics in Denmark and The Netherlands', **British Journal of Obstetrics and Gynaecology** 93: 684-9.
- Schmith, J. (1982), 'Jurgen Habermas and The Difficulties of Enlightenment', **Social Research** 49.
- Schroyer, I (1973), **The Critique of Domination**, New York: George Brazillier.
- Shapiro, M. Najam, J. Chang, A. , Keeping, J. Morrison, J. , and Western, J. (1983), 'Information Control and the Exercise of Power in Obstetric Encounter?' **Social Science and Medicine** 17: 139-46.
- Strong, P. (1979), 'Sociological Imperialism and the Profession of Medicine: A Critical Examination of the Thesis of Medical Imperialism' **Social Science and Medicine** 13 A: 199-215.
- Tew, M. (1986), 'Do Obstetric Intramatal Interventions Make Birth Safer?' **British Journal of Obstetrics and Gynaecology** 93: 659-74.

- Thompson, J. (1984), 'Rationality and Social Rationalisation: An Assesment of Habermas Theory of Communicative Action': in J Thompson, **Studies in The Theory of Ideology**, Oxford: Polity Press.
- Wagner, M. (1986), 'Birth Power' in J. Phaff (ed) **Perinatal Health Sevices in Europe**, London: Croom Helm.
- Wellner, A. (1985), 'Reason, Utopia and The "Dialectic of The Enlightenment"', in R. Bernstein (ed) **Habermas and Modernity**, Oxford: Polity Press.
- Wilding, P. (1982), **Professional Power and Social Welfare**, London: Routledge&Kegan Paul.
- Young, D. (1983), 'Preface' in D. Young (ed) **Obstetrical Intervention and Technology in The 1980s**, New York: Haworth Press.