

TIBBİ BİLGİNİN SINIRLARI*

Shelia Hillier

Çev. Aylin NAZLI****

Mollière' in "Le Médecin Malgré Lui" adlı oyununda iki doktor konuşmaktadır
1. Doktor: Bana onları yanlış yerleştiriyorsunuz gibi geliyor. Kalp sol tarafta, karaciğer de sağ taraftadır. 2. Doktor: Evet, eskiden öyleydi ama hepsini değiştirdik ve şimdi tıbbi tamamen yeni bir metodla uyguluyoruz.

Oyunlarında sıklıkla tıbbi hicveden Mollière', (bu oyunu) 17. yy'da yazmıştır. Kendisi, sağlık ile hastalık ve insan bedenindeki değişmeyi anlamaya ilişkin fikirlerin, bazen modanın öznesi olduğunu gülünç bir tarzda göstermiştir. Tedaviler de değişmektedir. Geçmişte kullanılanların çoğu – gastropsisi** tedavi etmek için karın duvarına küçük bir gülleyi yuvarlamak gibi – bugün bize garip görünür ve hiç şüphesiz günümüzde kullanılan yöntem ve yaklaşımlar da benzer şekilde demode olacaklardır. Değişimler, sadece modaya basit bir karşılık vermek için değil, fakat onların değişiminin temelini teşkil edeni anlamak amacıyla da oluşur. Hastalığa bakışın farklı bir yolu oluşabilir, daha kolay bir teknik keşfedilebilir.

Tıp, bazı durumları tedavi etmede ya da teskin etmede önemli katkılarda bulunmakla birlikte, başarılarını sorgulayıcı ve değerlendirci bir yaklaşım anlamlıdır ve gerçekten de tek bilimsel olandır. Tıbbi bilginin çoğunlukla, binlerce yıl boyunca görece ilkel bir durumdan, iyi oluşturulmuş sınırlarıyla bir bilimsel bilgi 'esas' ına doğru ilerlediği ileri sürülmüştür. Tıp, kabul edilen, geniş ölçüde etkisiz, batıl inanç ve şarlatanlık öğelerinin karıştığı bir zaman diliminden yavaş ve meşakkatli adımlarla, hastalığın bilimsel kavranması ve tedavisinin yapıldığı etkileyici ilerlemelerin olduğu bir yere gelmiştir. Bu tür bir ilerleme nedeniyledir ki tıbbın bugün sağlık ve hastalık durumlarını tanımlayan ve yasal tedavi ve uygulamaları ayırt eden, icraatta bulunduğu düzenleyici bir konumu elinde tuttuğu ileri sürülmektedir. Tıp, yakın geçmişte kuşkuyla ele alınırken, son elli yılda benzeri görülmemiş büyük bir itibar elde etmiştir.

Bu geçerli üstünlük halinin sebepleri incelenmeli, hayranlık sebepleriyle karışmamalıdır. Geçmiş on yılda modern tıbbın geçerliliği, patojenleri**** hücrenin alt

* Shelia Hillier, "The Limits of Medical Knowledge", *Sociology As Applied to Medicine*, Edit by Graham Scambler, B. Tindall, London – 1991, s: 175-183

** gastropsis: mide düşüklüğü (ç.n.)

*** patojen: hastalığa neden olan mikrop veya virus (ç.n.)

**** Yrd.Doç.Dr., Ege Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü

düzeylerinde bazen daha derinlemesine tanımlamada ilerlemeler elde etmekle birlikte, 'hastalıkların sebepleri' ni kavramada oldukça sınırlı olduğunu iddia edenlerce sorgulanmıştır. Bu, gelişen dünyanın büyük çaplı öldürücülerine (kanser ve kalp hastalığı) ilişkin güçlü tıbbi müdahalelerin sınırlı olduğu anlamına gelmektedir. Aynı zamanda sağlık - bakımı sağlamanın bedeli artmış ve eğer sosyal - ekonomik maliyetler kazançlardan daha ağır basmazsa, bu bazıları endişelendirmiştir. Bunun da ötesinde, tıbbın, günlük yaşamımız üzerinde oldukça fazla etkili olduğu ve bu nedenle hastalığın temel bakımı ve iyileştirmesinin ötesine uzanan bir sosyal düzenleme ögesi olduğu iddia edilmektedir. Tıp, hem teorik hem de pratikte, zamanın sosyal haksızlıklarına oldukça bulaşmıştır. Bazı yazarlar yine tıbbi bilginin gelişiminin böylelikle sosyal çevre yoluyla renklendirileceğini iddia etmekte ve bilimsel nesnellığe ilişkin talepleri bu nedenle şüpheli kılınmaktadır.

Hastalığın Değişen Teorileri

Tıbbi düşüncenin gelişiminin kısa bir şemasını burada vermek mümkündür. En eski cerrahi kitaplarının olduğu eski Mısır' a kadar geri giden yazılı kayıtlar M. Ö. 1500 tarihlidir. Yunanlılar tıbbi düşünceye oldukça katkıda bulundular. Bugün, yemini her doktor tarafından edilen Hippocrates bir Yunan hekimidir. Özellikle Yunanlılar, sağlık ve hastalığın, doğüstü güçlerdense doğal güçlere dayanarak açıklanması gerektiği görüşünü geliştirdiler ve Hippocrat' ın yazılarında hastalık, sağlık vücudun dört temel ruh halinin dengesizliğine atfedildi, iyimsellik (sarı safra), öfkeli (kan), melankolik (kara safra) ve ağırkanlı (balgam). Bu, vücudun dengesi fikri, özellikle geleneksel Çin tıbbi ve Ayurvedik tıp gibi çoğu diğer eski tıbbi sistemlerde bulunmaktadır. Romalı hekim Galen, bu fikirleri kullanmayı sürdürdü ve kendisinin latince metinleri ile Hippocrat ve Aristo' nun çevirileriyle birlikte yüzlerce yüzyıl boyunca öğretilen bilgi esasının bir bölümünü şekillendirmek için uğraş verdi ve Orta Avrupa üniversitelerinde büyük saygınlık gördü. Arap, İspanyol ve Yahudi hekimlerin çalışmalarını da yine dikkatle incelenmiştir. 16. ve 17. yüzyıla değin, mizaç teorisine ilişkin güveni önemli derecede değiştiren, daha çok deney yanısı doktorlarca Galen' e yapılan saldırılara kadar, bilgi esaslarına eklenenler çok değildi. Bu doktorların tıpları, yaptıkları gözlemlere dayalıdır. Bu gözlemler hem klinik hem de anatomikti ve kesip parçalara ayırma ve otopsi çalışmaları temelliydi. Sonuç olarak doktorlar, bir dengesizlikten kaynaklanan tek bir hastalık yoktur, fakat bu hastalık farklı şekillerde olabilir ve tek bir sebebe indirgenemez görüşünü ileri sürmeye başladılar (Open University, 1985).

Bu çatışmalar, 18. ve 19. yüzyıl boyunca gelişmeye başlayan, hastalığa sebep ve nitelik bazında özel bir görüş ortaya çıkaran ve çok önemli olarak da belirli organların rahatsızlığı şeklinde hastalığı tanımlama, sınıflandırma ve tedavi metodlarında büyük çaplı bir farklılığı oluşturdu. Bu, hastalığın ilkel holistik* görüşünün - duygulardan ve

* holizm: insanı ruh ve beden olarak bölünmez bir bütün kabul eden felsefi görüş (ç.n.)

yaşam şartlarından etkilenen bireyin vücudundaki belirli ruh durumlarının dengesi yoluyla neden olmanın – yerini alma demektir. Karşılık olarak da, hastalıkların kendileri çalışmanın odak noktası oldu ve ‘hasta insan’ gözden kayboldu (Jewson, 1976). Önceki dönemlerin klinik ve patolojik incelemeleri, teknolojiye yeni yaklaşımlarla büyük ölçüde kullanışlı bir hale getirildi. 17. yüzyılda kullanılan basit mikroskop, çok daha fazla büyütme gücüne sahip olanlarla yer değiştirdi ve bu sadece organların değil, fakat hücrelerin bile incelenip, mikroorganizmaların tanımlanabileceği anlamına geldi. Kolera, tetanoz, veba, şarbon ve tifo gibi birçok hastalığa sebep olan özel ‘mikroplar’ın çoğu 19. yüzyılın sonunda tanımlanmıştı.

Bununla birlikte haberdar olmadaki gelişmeler, daha iyi tedavilere eşlik etmedi. Cerrahlık kahramanca ve tehlikeliydi. Doktorlar, 19. yüzyılda İngiltere’de yayılan büyük çaplı kolera salgını karşısında faydalı olmada aciz kaldılar. Medikal araştırmanın odak noktası, hastalıkları tanımlamadaki büyük becerisiyle birlikte, daha dikkatli ve daha özenli iken, tıbbi önlem ve tedavi daha az başarılıydı. McKeown (1979)’un da gösterdiği gibi 19. yüzyılın ölümlülükündeki büyük çaplı düşüşler enfeksiyonel hastalıklardan dolayı ölümlerdeki gerilemelere bağlıdır, fakat tıbbi tedbirlerin ve keşiflerin katkısı görece küçüktür. Beslenme, sağlık şartları ve temiz su sağladığı iyileştirmeler ve nüfusun yiyecek temin etme baskısını azaltan aile büyüklüğündeki düşüş, ölümlülükteki azalmaya katkı sağlayan belli başlı faktörlerdir. Medikal uygulamanın şüpheli etkisi olarak 19. yüzyıl boyunca ekseriyetle popüler olan görüş, hizipleşen tartışmalar yoluyla ayrılan, bölünmüş meslek kollarında yansıtıldı. Fakat değişim oluyordu. 1881’de, Pasteur’ün yeni şarbon aşısının etkisini göstermedeki yeteneği, güvenilir bilimsel tıbbın gelişiminin bir ‘dönüm noktası’ olarak görüldü (Shyrock, 1936). Bundan sonra, aşıların ve ilaçların çok yönlü tedavi usullerindeki gelişmeler, farmakoloji* ve biyokimya** gibi yeni bilimlerin dahil eden geliştirilmiş tıbbi eğitim, bilimdeki ilerlemenin galip gelen sonucu şeklinde bir tıp imajı yerleştirmeye hizmet ediyordu.

Daha önce de ifade edildiği gibi bu görüş şu an tıbbın hem içinde hem de dışında yumuşatılmıştır. Tıbbi durumun yakınlardaki bir incelemesinde Rose (1990) “maalesef yaygın ve şifa bulmaz hastalıkların çoğu, yaygın ve tedavi edilmez kalmıştır. Onların destekleyici semptomlarını kontrol altına alma yeteneğimiz, şaşırtıcı derecede gelişmiştir fakat doğal ilerlemelerini değiştirme yeteneğimiz gelişmemiştir” demektedir. Aynı şekilde, tıp mesleği, kendi uygulamasının eleştirisine karşı artan bir şekilde duyarlılık geliştirmiştir. Araştırmanın sınırlı odağının, hasta olmayla ilişkili sosyal ve psikolojik faktörleri algılamada bir başarısızlığa rehberlik ettiği iddia edilmiştir. Bu sadece, bu faktörlerin sebepsel önemini ihmal edilmesine değil, fakat hasta için de kibirli bir ihmalkarlığa rehberlik etmektedir. Bu eleştiriler, hastanın yaşam öyküsüyle,

* farmakoloji: çeşitli ilaçların yapılarını, hazırlanış şekillerini, etkilerini vb. konu alan bilim dalı (ç.n.)

** biyokimya: canlı organizmalardaki kimyasal olayları konu alan bilim dalı (ç.n.)

duygularıyla, uygulamayı seçme hakkıyla ve tedavi hakkındaki kararlara katılma hakkı olan kişi olarak görülmesi gerektiğini vurgular.

Tıbbın eleştirilmesine rağmen, bu tür bir durum, onun toplum içindeki konumunun esaslı bir eleştirisi anlamına gelmez. Tıbbın, uzman bakımının başka kaynağı olarak yasallığı, sahip olduğu konumun hakkaniyetinin daha iyi bir kanıtı olarak sosyal bilimlerden gelen daha yeni bilgi formlarının dahil edilmesiyle yeniden belirlenmiş ve korunmuştur.

Bununla birlikte, tıbbın dışındaki eleştiriler çok daha uzağa ulaştı ve çeşitli iddialar ileri sürüldü. Bunlar 'tıbbileştirme' savı, 'sosyal inşaacılar' görüşü ve geniş olarak 'sosyal yapısal' yaklaşımı içermektedir. Bu tartışmalar genelde tıbbi bilginin doğasını, özelde bilimsel nesnellige ve bağımsızlığa ilişkin iddialarını ve tıbbi uygulamanın derecesi ile şeklini sorgulamaktadır.

Tıbbileştirme

Basitçe ifade edildiğinde, tıbbileştirme savı, tıbbın, taleplerini genişletmede artan bir eğilimin olduğunu savunur. Bir sonuç olarak pekçok alanı onun yargılama hakkının ve tanımlamasının öznesi olur. Sorunlar tıbbi kavramlarla tanımlanır ve tıbbi tedaviler uygun çözümler olarak görülürler. Çoğu yazarlar bunu, büsbütün olumsuz bir uygulama olarak görürler (Zola, 1975). Oakley (1980) doğuma ilişkin çalışmalarında tıp mesleğinin doğumu, daha fazla tıbbi müdahale gerektiren potansiyel patolojik bir süreç şeklinde yeniden tanımladığını gösterdi. Hiperaktivite, şişmanlık, şiddet, alkolizm ve çocuk suistimalini içeren diğer örnekler, onlarla ilgilenmede tüm sorumluluğu üstlenmeyip, diğer mesleklerle işbirliğine girmiş olsalar bile, son zamanlarda bu tür durumları hastalık olarak etiketlendirmede nihai otoriteye sahip olan doktorların ihtisas alanı olmuştur (Conrad, 1976).

Eleştiriler, sosyal problemlerin, tıbbi olanlar şeklinde yeniden tanımlandığını ileri sürmektedir. Birçok psikiyatrist akıl hastalıklarının tamamen organik bir nedeni olduğunu ya da özel psikolojik rahatsızlıklara bağlı olduğunu iddia ederken, eleştirel yazarlar, Szasz (1961) gibi, akıl hastalığı etiketinin, aslında yaşamın sorunlarının ne olduğunu tanımlamanın en uygun yolu olduğunu ileri sürmektedir. Böylece, tıbbi tedavilerin uygulanması – ilaçlar ve elektrokonvülsif* terapi gibi – insal haklarının bir ihlalidir.

Szasz' ın durumu ekstremdir. Ona itiraz eden Halmos (1966), tıbbi tedavileri, yasal cezaların yerini alan sosyal bir ilerleme şeklinde tasvir etmektedir. Alkoliklere, seks suçlarına, uyuşturucu müptelalarına ve aşırı dozda ilaç kullanan hastalara, para cezalarını ve hapis hane hükümlerini yüklemektense terapiye başvurmalarının daha iyi olacağı ileri sürülmektedir. Yine doktorların bilinçli bir şekilde işlerini genişletmediği,

* elektrokonvulsif: elektrik akımı yoluyla tedavi uygulanması (ç.n.)

yeni ortaya çıkan birçok sorunun içine konulabildiği oldukça istekli, kullanılmaya uygun bir “sepet” oluşturdukları ileri sürülmektedir.

Bununla birlikte, tıbbın hala sosyal bir güç ve etki konumunu elinde tuttuğu açıktır. Güç kısmı, etkililik ve bilimsel temele ilişkin iddialarına ve bir kısmı da profesyonel hakimiyetteki konumuna dayalıdır (Freidson, 1970). Tıbbın, köklerinde yatan, bilgiye ilişkin güçlü iddialarla desteklenen, profesyonel örgütülüğün farkına varmaksızın, kazanmış olduğu güçlü konumu anlamak mümkün değildir. Bu nedenle tıp mesleğinin kendisi, kendi çalışma alanlarını tanımlama, genişletme ya da otonomi, kontrol ve ödüllendirmeye ilişkin mesleki çıkarlar karşılığında kendi tıbbi tekelini yönetme konumundadır. Hughes (1958) ’ un, kısaca belirttiği gibi:

“Bütünsel olarak topluma birey toplum ve geniş anlamda yaşamın bazı görünümleri için iyi ve doğrunun ne olduğunu söylerler... gerçekten de kişiler hakkında düşündükleri birçok ilişkiyi belirlerler”.

Bu nedenle tıp mesleği basit bir şekilde hizmet temin etmez, fakat hizmetin koşullarını belirler. Bu, uygulamanın genişleyen alanlarını içerir (‘tbbileştirme’ görüşündeki gibi), fakat yine çok sayıda başka sonuçlara da ulaştırır. Örneğin, hizmet karşılığı ödemelerin, operasyon sonrasında olduğu sağlık – bakım hizmet sistemlerinde, maddi çıkarları, hastaların çıkarlarının üzerine koymada bir istek olabilmektedir. Yine meslek, diğerlerine göre daha entellektüel ya da maddi ödül sağlayıcı çalışma tipleri tanımlayabilir ve yine ikincil olarak tanımlanan diğer işlerin uygulama ve çalışmasını kontrol altında tutabilir. Burada varılan nokta, mesleki örgütlenmenin tıbbi çalışmanın doğasını belirlediği ve böylece tıbbi uygulamanın tekeli doğasının asli bir parçası olduğudur. Sırasıyla zorunlu olarak tanımlanmış olan şeyin tek sağlayıcısı olan bu tekelleşme de, mesleki çıkarın kurallarını genişleterek ya da daraltarak tıbbın sınırlarını belirleyebilir.

Bunun modası geçmiş bir görünüm olduğu ve tıp mesleğinin bizim günlük yaşamlarımız üzerinde bu tür bir kontrole sahip olmaktan uzak , tam tersine toplumsal güçler tarafından kontrol edildiği öne sürülebilmektedir. Illich (1975), “yaşamın tbbileştirilmesi” nin geniş çaplı bir tetkikini yapar. Kendisi, modern endüstriyel toplumun geniş bürokrasilerle ve profesyonel öğelerle karakterize edildiğini iddia eder. Bu örgüt tipleri bireyin ‘yaşam’ üzerindeki kontrolünü oldukça uzaklaştırdığından, bağımsızlığı yaratmada birer araçtır. ‘Sağlık için en büyük tehlikeyi’ yi oluşturan tıp kurumu örneğindeki gibi bu hiç bir yerde daha fazla doğru değildir. Bunun için Illich ‘iatrojen’ kavramını kullanır. Kendisi üç iatrojen çeşidi tanımlar. Birinci türü, klinik, klinik olarak hasar verici ve ilgisiz olabilen tıbbi müdahaleler şeklinde tanımlar. Kanıtı, ABD’ de çok sayıdaki gereksiz ve ölümlü sonuçlanan ameliyatlarda ortaya çıkar. İkincisi sosyaldır, tıbbın genişleyen gücü, toplumun endüstrileşmesine refakat eder ve endüstrinin kendisi gibi, onun ürünleri için yapay bir gereksinme yaratır. Üçüncü türü ise, ikincisinin bir sonucudur. Yapısal iatrojende sürekli olarak organize olan tıbbın ortaya çıkışı, insanların ‘büyümek, bir diğerine bakmak ve yaşlanmadaki yeterliliklerini

zayıflatma yoluyla' otonomilerini engeller. Kendi acı veya ölümleriyle yüzyüze gelmelerinden mahrum bırakılırlar. Illich insanların yaşam ve ölümlerle nasıl başa çıkacaklarını yeniden keşfetmeye ihtiyaçları olduğuna ve tıbbi bilginin şaşırtmaması ve uygulama üzerindeki özel kontrolünün ortadan kaldırılması gerektiğine inanır.

Sosyal İnşa

Illich' in iddialarında ima edilen fikir, tıbbi bilginin nasıl olması gerektiğine dair kendisi emin olmasa da, sorgulanması gerektiğidir. Sosyal inşaacıların yazdıkları çok özgündür. Yaklaşım hastalık kavramlarının evrensel, tarihsel ya da ortaya çıktığı toplumla bağlantısız olmasının gerekli olmadığını iddia ederek başlar. Fransız epistemolog Foucault, sosyal inşaacı fikirlerin gelişmesinde çok önemli olmuştur. Fransa' da, 18. yüzyılda tıbbi eğitimin temeli olarak kliniğin gelişmesinin, bu tıbbi yanlış uygulamalara ve sahte hekimliğe bir yanıtıdır, klinik gözlemi nasıl önemli hale getirdiğini göstermiştir. Çok sayıda insan gözlenebilmiş ve o nedenle de hasta bireylerden ayrı 'varlıklar' olarak, hastalıkların patolojik düzenlenmesi fikri geliştirilmiştir. Vurgulanan bu gelişme, 'hasta adamın ortadan kayboluşu' ve onun açık bir şekilde tanımlanan hastalıklar listesiyle yer değiştirmesini ima etmiş, ve yine vücudun kendisinin genel vücutlar sınıfının bir örneği olarak çalışılabilen ve kişiden ayrı bir varlık olduğu görüşünü teşvik etmiştir.

Foucault' ın çalışması yine, tıbbi gücün ifadeleri olarak tıbbi teknikler ve pratiklerin önemine büyük bir vurgulama sağlamıştır. Hastaların karnını el ile muayene etmek ya da göğüslerini stetoskop ile dinlemek gibi bir çok basit olaylar bile, klinik tekniklerin, doğaları gereği, hastaları nasıl insanlıktan çıkarıp, yatıştırıp edilgenleştirdiğinin örnekleridir (Armstrong, 1987). Onlar çalışmanın nesnesi olurlar. Hastanın vücudunun en mahrem yerleri uygulama için meşru fenomenlerdir ve gerçekte iki insan arasındaki çok kişisel olan ilişki, 'hasta' ile 'doktor' un ilişkisi olur. Bu kişisizleştirme, klinik tıbbın merkezi kuralının işletilmesi yoluyla başarılı - yani ilk ve en önemli doğru bilgi hastanın fiziksel incelenmesiyle elde edilir. Foucault, bu tür bir prensibin, doktorlara hastalar üzerinde meşru bir güç sağladığını ve uygulamalarının bunu güçlendirip, devam ettirdiğini savunur. Yine bu, hastaların vücudunu, hastanın kendisinden daha iyi bilen doktor için, öyle görünür ki, entellektüel bir gücün gelişmesine de yardımcı olurlar (Foucault, 1973).

Sorun, fiziksel incelemeye sınırlandırılmaz. İngiltere' de modern pratisyen hekimlik hakkındaki yazılarında Armstrong (1983), İngiltere' de, pratisyen hekimlerin çalışmalarındaki gelişmelerin hastalara bakmada bir başka yolu nasıl yarattığını göstermiştir. Pratisyen hekimliğin yüksek teknoloji sergileyen hastaneye göre tıbbi bakıma daha fazla humanistik bir yaklaşım sergilediği görüldü. Hatta Armstrong, hastaların psiko-sosyal ihtiyaçlarını ve yaşamlarındaki olayları önemseme aracılığıyla, pratisyen hekimliğin sadece bir başka kontrol şekli olduğunu, hastaların kendilerini, kişisel şüphelerini ve zorluklarını detaylı bir şekilde anlatmakta, 'istekli partnerler' olmaya zorlamalarından dolayı hepsinin de çok becerikli olduklarını iddia eder.

Pratisyen hekim günümüzün, 'günah çıkartan rahip' i olmuştur ve ilerlemenin simgesi gibi oluşan değişmelere dikkat etmek için de bir sebep yoktur. Diğer yazarların da öne sürdüğü gibi, doktor ve hasta konsültasyonda* eşit partner değillerdir ve konsültasyonun kendisi bir sınıf, grup ya da toplumun sağlık ve sosyal koşullarının çok daha radikal bir incelenmesini engelleyerek sağlık bakımı sorunlarını bireyselleştirir (Waitzken, 1976).

Sosyal inşaacılar bazen, tıbbın bilimsel nesnellığe ilişkin iddialarının, sosyal koşulların, ortaya çıkan belirli fikirler ve pratiklere bağlı olarak tanımlanabileceği gerçeği nedeniyle şüpheyle karşılandığını söylemekle itham edilirler. Başka bir deyişle, eğer koşullar başka türlü olmuş olsaydı, o zaman tıbbın bir şekli araştırma alanları ve tıbbi bilgi esaslarıyla farklı olmuş olacaktı. Hemen hepsi şimdiye kadar kendisini zor duruma sokmamıştır, fakat yine de eğer tıp bilgisi zaman ve yer için göreliyse, aynı biçimde bir sosyal inşaacıliktan da söz edilemez (Burry, 1986). Genellikle sosyal inşaacılar, tıbbın bilimsel bir girişim kadar sosyal olduğunu ve bağlantıların görünüşte nesnel buluşlar düzeyinde bile yakından birbirine bağlantılandırıldığının vurgulanmasından memnun görünürler.

Sosyal Yapı

Sosyal inşaacılar, iddialarını tıbbi bilgi teknikleri ve pratiklerinin belirli şekilleri üzerinde toplamaya meyilli iken (mikro-odaklı), diğer yazarlar, tıbbi uygulamanın ve sağlık ile hastalığın biyomedikal modelinin genel yayılımının devlet' in, toplumdaki yönetici sınıfın ya da bir bütün olarak toplumun, çıkarlarına hizmet etmekten ne kadar uzak olduğunu dikkate almışlardır (makro-odaklı). Bu tür bir yaklaşım, tıbbın kendi hedeflerini o kadar da oluşturmadığını (tıbbileştirme görüşündeki gibi), fakat bir diğer kurumun adına belirli faaliyetleri gerçekleştirdiğini öne sürmektedir. Sağlık bakım sistemini, denetim altında tutulan hastalık – sağlık aracılığıyla, toplum için bir tehdit oluşturan araçlar olarak gören Parsons (1951), bir Amerikan sosyoloğudur. Parsons, genelde tıbbın tenkitçisi değildir fakat sadece tıbbi görünümün, yaygın Amerikan değerleri ile uyum halinde olduğunu iddia eder. Bunlar, 'işin olması', 'başarı' ve 'ilerleme' yi vurgularlar. Kendisi tıbbın bağımsızlık ve uzlaşmış olan nesnellığı hak olarak talep ettiğini söylemez, fakat diğer yazarlar daha serttir.

Illich' in (1975) iddiası burada yeniden tekrarlandı, endüstrileşme tıbbın, hedefi daha fazla büyüme ve kendi ürünlerinin tüketimini beslemek olan tümünü kapsayıcı bir bürokrasi şeklini almasına neden olmuştur. Navarro (1976) biraz daha ileri gider. Finansal sermayenin, sağlık-bakımı alanını kapladığını, dönüştürdüğünü ve hakim olduğunu ileri sürer. Sağlık bakımı böylece alınan ve satılan bir ürün olur ve sağlık bakımı hakkındaki kararların, onların kârlılıkları temelinde oluşturulacak olması da bir sonuçtur. Sonucunun kârlı olmadığı ya da kârın hesaplanmadığı yerdeki aktivitelerle asla öncelik verilmeyecektir. Örneğin işçilerin sağlığını korumak için uygun yasalar, eğer örgütün kârlılık düzeyini etkilerse uygulanmayacaktır. Bireysel konsültasyonlarda

* konsültasyon: hastanın durumu veya hastalığın tanısı hakkında görüş alışverişi (ç.n.)

mali durum, hastaya hizmet ve yardım üzerinde üstünlük sağlayabilmektedir. Kapitalizm, hastalıkların tıbbi tanımlamasının ifade edilme şeklini de etkileyebilmektedir. 19.yüzyılda tüberküloza, yoksulluk ve kötü çalışma koşullarından kaynaklanan birşey olmaktan ziyade 'bedensel bir zayıflık gibi' bakılıyordu. Günümüzde kanser gibi hastalıklar ve kalp hastalıkları, kirlilik, reklamcılık faaliyetleri ve serbestiyetleri sadece parayla sağlanabilir mutluluk olan insanların güçsüzlüğünden ziyade bireysel yaşam tarzının sorunları şeklinde görülmektedir.

Navarro, sadece kapitalizm değil, fakat devletin kendisinin de tıbbın kontrolünde bir role sahip olduğunu ileri sürer. Kapitalist ülkelerde devlete sadece kapitalist sınıfın bir hizmet sağlayıcısı gözüyle bakılırken, Navarro, devletin, kapitalizm adına eylemde bulunduğunu fakat onun tarafından idaresi altına alınmadığı ifade eder. Kapitalist ve kapitalist olmayan ülkelerde devlet örgütünün benzer olarak oluşan nitelikleri vardır. Hem sosyalist hem de kapitalist hükümetler, tıpla bağlantılı çeşitli stratejileri benimsemişlerdir. Çoğunlukla bu stratejiler, çeşitli amaçlar arasındaki çatışmaları çözmek için bir çabadır. Hükümetler, sağlıklı bir işgücüne sahip olmayı dileyebilirler, fakat kârlılığı ya da üretim düzeylerini tehlikeye atmaya istemezler. Koruyucu sağlık yasalarına önemli bir amaç olarak bakarlar fakat tütün veya alkolden elde edilen gelirleri teslim etmede isteksizdirler, ya da satılan araba sayısını azaltarak işsizliği arttırırlar. devlet, sağlık bakımının belirli tiplerini, politik hoşnutsuzluğu başından savmak için ortaya getirebilir ya da tıbbi, politik karşıtların kontrol altında tutulmasında kullanılabilir. Tıba ilişkin olarak devletin rolü çok karmaşıktır ve sınıflar üstünde ve üzerinde olan devlet veya hakim çıkar grupları potansiyel olarak, tıbbi bakımın şekli ve yönü üzerinde büyük bir güce sahiptir ve medikal bilginin sınırlarının analizinde bu görmezlikten gelinmemelidir. Özellikle merkezi yönetim sermayesi için içine girdiği zaman da büyümeyi geliştirebilir ya da sınırları ve öncelikleri saptayabilir.

ÖZET

Sağlık sistemimize devasa yatırımlar yapılmış, fakat geleneksel olarak, bu sistemler ve onların uygulayıcıları –doktorlar- sorumlu tutulmamışlardır. Bununla birlikte sağlık – bakım sistemleri giderek artan titiz finansal kontrolün konusu olduğundan bu şekilde devam edemeyecektir. Buna ek olarak, daha geniş ve çok disiplinler kıstası kullanan tıbbın bilimsel evriminin devam etmesi de olasıdır. Bu, özenli ve iyi düzenlenmiş bir sağlık sisteminin, değişmeyen temel insan ihtiyaçlarının - ihtiyaçların kendisi değişmesine karşın- bulunduğu bir yer olarak ütöpik bir durumu getirmeyecektir.

Tıbbın, acil iyileştirici rolünün ötesinde sonuçlara sahip olan şekli nedeniyle, tıp tarafından ileri sürülen iddiaların değerlendirilmeye ve yeniden gözden geçirilmeye ihtiyacı olması çok önemlidir. Tıp, belki de 'doktorların sorumluluğuna bırakılmak için çok değerlidir'