



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sosyoloji Anabilim Dalı

**NORMAL/PATOLOJİK AYRIMI ÇERÇEVESİNDE AKIL  
HASTALIĞI'NA BAKIŞA İLİŞKİN NİTELİKSEL BİR  
ARAŞTIRMA**

Ayça GELGEÇ BAKACAK

Doktora Tezi

Ankara, 2008

**NORMAL/PATOLOJİK AYRIMI ÇERÇEVESİNDE AKIL HASTALIĞI'NA  
BAKIŞA İLİŞKİN NİTELİKSEL BİR ARAŞTIRMA**

Ayça Gelgeç Bakacak

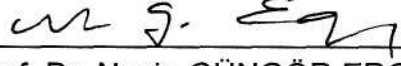
Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sosyoloji Anabilim Dalı

Doktora Tezi

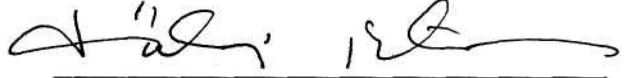
Ankara, 2008

## KABUL VE ONAY

Ayca Gelgeç Bakacak tarafından hazırlanan "Normal/Patolojik Ayrımı Çerçevesinde Akıl Hastalığı'na Bakışa İlişkin Niteliksel Bir Araştırma" başlıklı bu çalışma, 23 Aralık 2008 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.



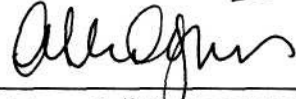
Prof. Dr. Nevin GÜNGÖR ERGAN (Başkan)



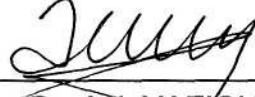
Prof. Dr. Tülin İÇLİ



Doç. Dr. Aylin GÖRGÜN BARAN



Doç. Dr. Aslıhan ÖĞÜN BOYACIOĞLU  
(Danışman)



Doç. Dr. Aslı YAZICI YAKIN

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

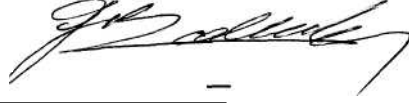
Prof. Dr. İrfan ÇAKIN  
Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- D Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- D Tezim /Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- x Tezimin/Raporumun .2. yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

23.12.2008



---

Ayça GELGEÇ BAKACAK

## TEŞEKKÜR

Lisans, Yüksek Lisans ve Doktora öğrenimim boyunca sosyoloji alanındaki bilgilerimin ve çalışmalarımın ilerlemesinde beni cesaretlendiren, bilgilerini ve emeklerini benden esirgemeyen Hacettepe Üniversitesi Sosyoloji Bölümü'ndeki bütün hocalarıma;

Tez danışmanım olan ve bu çalışma başladığı andan itibaren bilgi ve tecrübesi yanında sabrını ve manevi desteğini hiçbir zaman benden esirgemeyen, ümitsizliğe düştüğüm anlarda her zaman yanımda olan, üzerimdeki emeğini kelimelerle ifade edemeyeceğim değerli hocam Doç. Dr. Aslıhan Öğün Boyacıoğlu'na;

Bu çalışmanın şekillenmesinde büyük katkıları olan, sıkıntıya düştüğüm anlarda bilgilerine ve tavsiyelerine başvurduğum, beni hiç bıkmadan dinleyen tez izleme komitesindeki değerli hocalarım Prof.Dr. Nevin Güngör Ergan ve Doç. Dr. Esra Burcu'ya;

Bu aşamaya gelmemde, suç, sapma ve etiketleme konularına ilgi duymamda büyük katkıları olan, üzerimde büyük emeği bulunan ve savunma sınavından önce çalışmayı okuyarak, eleştirilerini ve önerilerini dile getiren değerli hocam Prof.Dr. Tülin İçli'ye;

Yine savunma sınavından önce çalışmayı okuyarak, eleştirilerini ve önerilerini dile getiren hocalarım Doç.Dr. Aylin G. Baran ve Doç.Dr. Aslı Y. Yakın'a;

Bu çalışma boyunca her türlü zorluğu, sıkıntıyı, sevinci ve heyecanı benimle paylaşan, aklım karıştığında başvurduğum fikirleriyle ve karşılıklı tartışmalarla zihnimi açan çok sevgili meslektaşım ve dostum Dr. Rahşan Balamir Bektaş'a;

Tüm sıkıntılı anlarımı ve gerginliklerimi istemeden de olsa yansıttığım ve bana katlanmak zorunda bıraktığım, desteklerini ve ilgilerini benden esirgemeyen sevgili meslektaşlarım ve arkadaşlarım Dr. Birsen Şahin ve Arş. Gör. Ayşe Şimşek'e;

Ayrıca beni bugünlere getiren, yaşamımın her anında beni destekleyen, kararlarımın her zaman saygı duyan ve bana huzurlu bir ortam sağlayan, emeklerini ömrün boyunca ödeyemeyeceğim annem Nihal Gelgeç ve babam İsmet Gelgeç'e;

Uzarlarda da olsa her an yanımnda olduğunu hissettiren, bu çalışmanın tamamlanması için beni yreklendiren, ulaşamadığım yurtdışı yayınları bana ulaştırarak çalışmama katkı sağlayan biricik kardeşim Aysu Gelgeç Gürpınar'a; En içten teşekkürlerimi sunarım.

Bu alışmayı;

Bana en büyük özveriyi ve sabrı gösteren, üzerimdeki yükleri hafifletmek için elinden geleni yapan, gergin olduğum anları sknetle karşılayan, desteğini her an hissettiren sevgili eşim Alper Bakacak'a ve

Hayatıma inanılmaz bir mutluluk katan, glckleriyle tüm yorgunluklarımı alan, karşılıksız sevgisiyle beni kucaklayan, sakinliği, huzuru ve mutluluk dolu bakışlarıyla çalışmamı tamamlamama izin veren, biricik oğlum Eray'a ithaf ediyorum.

## ÖZET

BAKACAK, GELGEÇ, Ayça. *Normal / Patolojik Ayrımı Çerçevesinde Akıl Hastalığına Bakışa İlişkin Niteliksel Bir Araştırma*, Doktora Tezi, Ankara, 2008

Sağlık ve hastalığın tanımsal bir süreci içerdiği anlayışından hareket eden bu çalışmanın konusu, akıl hastalığı kavramının normal/patolojik kavramları çerçevesinde toplumun üyelerince nasıl tanımlandığıdır. Genellikle, psikiyatri ve psikoloji bilimleri içerisinde ele alınmış olan akıl hastalığının, sosyolojinin de konusu olduğunu bir kez daha ortaya koyarak, akıl hastalığına ilişkin tanımlamaların, kişiden kişiye, kültürden kültüre değişebildiğini, tanımlamaları kişilerin yaşam deneyimlerinden hareketle nasıl kurduklarını, nasıl anlamlandırdıklarını ortaya koyabilmek amacı yanı sıra belirli bir zaman ve mekanda akıl hastalığı kavramına nasıl bakıldığını ortaya koymayı da amaçlamaktadır.

Bu konu ve amaçlar çerçevesinde çalışmada Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde yaşayan farklı yaş, cinsiyet ve eğitim durumunda olan 45 kişiyle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

Görüşmeler sonucunda bireylerin normal/patolojik kavramlarını toplumsal davranış kuralları, dini, ahlaki kurallar ve gelenekler, toplumsal statü ve roller arasındaki uyumsuzluklar, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve şiddet çerçevesinde tanımladıkları, ayrıca akıl hastalığı literatürüyle benzer tanımlamalara da sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu tanımlamalar çerçevesinde oluşturdukları akıl hastalığı tanımlamalarının da tedavi, nedenler ve ilişkiler bağlamında farklılaştığı görülmüştür. Çalışmada bireylerin akıl ve ruh hastalığı kavramlarına farklı anlamlar yüklediği sonucuna da ulaşılmıştır.

### **Anahtar Sözcükler:**

Akıl hastalığı, normal, patolojik, hastalık, sağlık.

## ABSTRACT

BAKACAK, GELGEÇ, Ayça. *A Qualitative Study on The Perception of Mental Illness based upon The Distinction between Normal/Pathological*, Ph.D. Dissertation, Ankara, 2008,

Based on the conception that both the concepts of illness and health implicate definitional processes, this study is concerned with lay definitions of mental illness based upon the evaluations about the difference between normal and pathological. By stressing the importance of the sociological aspects of mental illness which is often regarded as being the subject matter of psychiatry and psychology, this study aims to bring up the fact that meanings attached to and definitions of mental illness may vary considerably across cultures and between individuals. In this context our study tries both to explore how individuals construct definitions and meanings attached to mental illness via their personal experiences, and how the concept of mental illness is constructed in a particular time and place.

Within this framework, 45 in-depth interviews were conducted in Ankara, Istanbul and Izmir including respondents of different ages, sexes and educational backgrounds.

According to the results, the concepts of normal and pathological are defined according to the rules of proper social conduct, moral and religious values, inconsistency between social status and roles, and gender inequality and violence. Furthermore it is seen that definitions given concerning mental illness are in accordance with the relevant literature. These definitions differ according to the reason of mental illness, ways of treatment and mode of social relationships. Finally, according to the results it is seen that respondents make a differentiation between the concepts of mental and psychic as regards defining mental illness.

### **Key Words:**

Mental illness, normal, pathological, illness, health.



## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
GİRİŞ.....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE YÖNTEMİ

1.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU .....	7
1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI.....	8
1.3.ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	10
1.2.1. Araştırmada Kullanılan Temel Kavramlar.....	10
1.2.2. Araştırmanın Soru Cümleleri.....	12
1.2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Teknikleri.....	13

### İKİNCİ BÖLÜM

#### NORMAL/PATOLOJİK İLE HASTALIK/SAĞLIK KAVRAMLARINDA SOSYO-KÜLTÜREL BOYUT

2.1. TIP BİLİMLERİNDE NORMAL / PATOLOJİK ANLAYIŞININ TOPLUMSAL OLANIN DEĞERLENDİRİLMESİNE ETKİSİ.....	16
2.2. BİO-MEDİKAL MODELDEN PSİKO-SOSYAL MODELE: HASTALIK VE SAĞLIK KAVRAMALARINA İLİŞKİN TANIMSAL DEĞİŞİKLİKLER.....	31

### ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

#### AKIL HASTALIĞI VE DELİLİĞE İLİŞKİN ANLAYIŞIN TARİHSEL DÖNÜŞÜMÜ

3.1. ANTİKÇAĞ' DA AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK.....	54
--	----

3.2. ORTAÇAĞ'DA AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK.....	55
3.3. RÖNESANS'TAN KLASİK ÇAĞA DEĞİŞEN AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK ALGISI.....	59
3.4. MODERN DÖNEMDE AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK.....	65

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ**

4.1. HASTALIK VE SAĞLIK KAVRAMLARININ TANIMLANMASI.....	76
4.1.1 Bedensel Aktivite Güçlüğü.....	77
4.1.2. Fiziksel Semptomlar.....	80
4.1.3. Psikolojik Duygu Durumları.....	87
4.1.4. Sosyal İlişkilerde Yaşanan Sorunlar.....	93
4.2. NORMAL / ANORMAL DAVRANIŞ ANLAYIŞLARI.....	95
4.2.1. Toplumsal Davranış Kuralları.....	95
4.2.2. Dini, Ahlaki Kurallar ve Gelenekler.....	99
4.2.3. Toplumsal Statü ve Roller Arasındaki Uyumsuzluk.....	104
4.2.4. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği ve Şiddet.....	106
4.2.5. Literatür İle Benzerlik Gösteren Tanımlar.....	112
4.3. AKIL HASTALIĞINA İLİŞKİN TANIMLAR.....	114
4.3.1. Akıl ve Ruh Hastalığı Farklılığı Temelinde.....	114
4.3.1.1. Tedavi İmkanları.....	114
4.3.1.2. Nedenleri Temelinde Ortaya Çıkan Farklılaşmalar.....	119
4.3.1.3. Çevreyle Olan İlişkiler ve Davranış Boyutu Açısından Farklılaşma.....	123
4.3.2. Akıl ve Ruh Hastalığının Aynılığı.....	125

## **BEŞİNCİ BÖLÜM**

<b>SONUÇ</b> .....	129
<b>KAYNAKÇA</b> .....	136
<b>EK-1. MÜLAKAT FORMU</b> .....	146
<b>EK-2. HIERONYMUS BOSCH'UN "DELİLER GEMİSİ" ADLI TABLOSU</b> .....	150
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	151

## GİRİŞ

Bir toplumu meydana getiren bireylerin ortaklaşa olarak paylaştıkları inanç sistemleri, davranış örüntüleri ve kuralları vardır. Bireylerin bu kurallar ve örüntüler çerçevesinde hareket etmesi toplumun sürekliliği ve devamlılığı açısından önemlidir. Toplumun düzenini sağlayan, bireyler arasındaki dayanışmadır. Bu dayanışma temelinde toplum üyelerinin çoğunda görülen yani genel olan olay ve davranışlar “normal” olarak tanımlanırken, genel içerisinde istisnai kalan yani toplumu oluşturan bireylerin pek azında görülen davranış ve olaylar da “patolojik” olarak tanımlanmaktadır.

Seale (1998:96-97)' göre, bir toplumsal olayın genelliği ancak, onun toplumsal ortak yaşamın genel koşullarına bağlı olduğunu göstermekle olanaklıdır. Dolayısıyla genel olan “normal”, istisnai olan da “patolojik” olduğuna göre, toplumun genel yasalarına uymak “normal”, uymamak “sapma” olarak nitelendirilir. Genel yasalara, başka bir deyişle toplumsal dayanışmayı oluşturan normlara uymak bireyleri birbirine yaklaştırmaktadır. Bu normalin durumudur. Patolojik olan ise insanları birbirinden uzaklaştırmaktadır. Bir toplumsal olay ancak belli bir toplumda, belli yer ve zamanda normal ya da patolojik olabilir. Bundan farklı olarak Seale (1998), “normal” olanın aktif olarak inşa edildiğini ve bu inşa sürecinde “normal” olanı tanımlama gücünün kimin elinde olduğunu tartışmaktadır.

Seale'in bu görüşlerine temel sağlayan argümanlar, “sapmış” olanın ve “sapma”nın tanımlanan olgular olduğu görüşü, ilk olarak 1930'larda tartışılmaya başlanmıştır. Bu anlayışa göre sapma tanımsal bir süreci ifade etmektedir. Sosyoloji teorileri içerisinde bireye öncelik vererek, yeni bir bakışın gelişmesine neden olan sembolik etkileşimci geleneğin etkisiyle sapma konusu yeni bir görecelik boyutu kazanmıştır. Sapma eyleminin ve sapmış bireyin, içinde bulunulan kültürel ve sosyal ortamın değerlerinden ve normlarından hareketle değerlendirilmesi gerektiğine vurguda bulunan teori, sapmış davranışın nedenini bireylerin sapmış olarak tanımlandığı (etiketlendiği) süreçlerde aramak gerektiğini belirtir (Joseph ve Gallagher 1988:23).

Sapma sürecindeki anahtar süreç etiketleme / damgalamadır. Bu süreç iki adımı gerektirir. Öncelikle, bir *eylem* sonra da *belirli bir birey* sapmış olarak

etiketlenir. Bu iki aşamada, bir birey ya da bir eylem herhangi bir şekilde etiketlenmediyse sapmanın olmadığı söylenir. Bir eylem –ya da kişi- bir grup ya da toplumun üyeleri tarafından sapmış olarak tanımlanırsa bu eylem sapmış bir eylemdir (Goode 1994:104).

Bu noktada Erving Goffman'ın görüşleri önemlidir ve sapma konusunda çalışan sosyologlara yeni bir bakış sağlamıştır. Ona göre, toplumdaki kabul edilmiş değerlerle sahip olunan nitelikler uyuşmadığı zaman damga ve dolayısıyla sapma ortaya çıkar. Bu tanımlama günlük söylemlerimizde kullandığımız sakat insan, gayri meşru çocuk gibi kelimeleri niçin seçtiğimizi açıklamaktadır (Goffman 1963:4-5).

Goffman'ın bu tanımlamasından hareketle de fiziksel deformasyonların, özürlü bireylerin, akıl hastalığı, alkolizm, homoseksüellik, işsizlik ve intihar eğilimlerinin ve hatta hatta son dönem yapılan çalışmalarda yoksulluğun bir sapma olarak değerlendirildiği görülmektedir. Çünkü bu tanımlamaların hepsi genel toplumsal değerler içerisinde bir damgalama ya da dışlanma süreci içermektedirler.

Howard Becker'de (1963:9) “sosyal gruplar, ihlalinin sapma meydana getirdiği kurallar koyarak sapmayı yaratırlar” şeklinde yapmış olduğu tanımlamayla sapmanın toplum tarafından yaratıldığı görüşünü desteklemektedir. Toplumsal gruplar, oluşturdukları kurallara uymayanları “dışarıdakiler” olarak etiketler ve sapmayı yaratırlar.

Sapmanın tanımsal bir süreç olduğu anlayışı, fizyolojik normlardan bir sapma olarak tanımlanan “hastalık” olgusunun da değerlendirilmesini farklılaştırmaktadır. Tanımsal süreç, herhangi bir hastalık etiketi taşıyan bireylerin toplum içerisinde bu etiketi taşımayan bireylerden daha farklı muamelelerle karşı karşıya kalmalarına yol açmaktadır (Weiss ve Lonquist 1994:138).

Akıl hastalığı, AIDS/HIV, sara, kanser, tüberküloz ve frengi gibi hastalıkların geçmişte olduğu gibi günümüzde de damgalanmaya devam ettiğini söyleyebiliriz. Akıl sağlığına ilişkin hastalıkların damgalanmasında ise daha çok kültürel ve milli özelliklerin belirleyici olduğu söylenebilir. Akıl sağlığına ilişkin verilen tepkileri belirleyici olan kültürel ve tarihsel etkilerin hepsi, hastalık kavramına ilişkin bireysel tanımlamaların belirleyicisidir. Bireyler geçmiş

yaşantıları, kişisel deneyimleri ve karşılaştıkları sonuçlar temelinde hastalığa karşı tepki geliştirirler. Hastalığa ilişkin geçmiş deneyimler kötü ise bu hastalığın bireyler tarafından damgalanması kaçınılmazdır. Genetik bozukluklardan kaynaklanan hastalıklar ise damgalanmaya maruz kalmış bir diğer hastalık grubu olarak karşımıza çıkar. Bu alanda damgalama genelde bir aşağılamayı, acımayı ya da utancı beraberinde getirir (Littlewood 2000:1-2).

Sembolik etkileşimci geleneğin bu temel görüşü çalışmamız açısından temel olan sosyal inşacı teorinin dayandığı temel ilkeleri oluşturmaktadır. Sembolik etkileşimci geleneğin bu temel söylemi üzerinden yapılan çalışmalar yapısalcılarında etkisiyle sosyal inşacı teorinin oluşumunu hazırlamış ve Seale'nin(1998) ifade ettiği gibi anlamların inşa edilerek oluşturulduğu anlayışını ortaya koymuştur.

Normal” ve “patolojik” olanın bir inşa sürecini içerdiğini belirten Seale'in görüşleri temelinde “patolojik” olarak tanımlanan “akıl hastalığı”nın bir inşa olup olmadığı tartışılabilir. Hacking (1999), bu tür bir tartışmaya başlamadan önce neyin gerçek neyin inşa olduğu arasındaki ayrımı yapmamız gerektiğini belirtir. Hacking, hastalıkları gerçek olarak tanımlar, onların varolduğunu inkâr edemeyeceğimizi belirtir. Ancak önemli olan, hastalıkların değil onlara bakışımızın ve onları dönüştürmemizin inşa olduğudur. Hacking, insanların çevreleriyle ve diğer bireylerle etkileşim içerisinde olduğuna ve bu etkileşimler temelinde mevcut durumları değerlendirdiklerine dikkat çekerek, bireylerin kendilerini bu etkileşimler temelinde kurduklarını vurgular. Bu noktada ise kişi olmanın ne anlama geldiğinin de sosyal olarak kurulduğu/inşa edildiği görüşünü ileri süren McLeod (1997)'un görüşleri önemlidir. Kişi olmanın nasıl tanımlandığının, kişinin içerisine doğduğu toplumun ilişkiler ağı, akrabalık ve inanç sistemleri tarafından belirlendiğini belirten McLeod (1997), toplumların “normal”e ilişkin tanım ve değerlendirmesinin de bu çerçevede düşünülmesi gerektiğini belirtir. Yani önce bireyler, kendilerini içine doğdukları toplumların dışsal faktörlerine dayanarak kurarlar, daha sonra da bu kurgu temelinde çevreleriyle girdikleri etkileşim süreciyle de “normal” olanı ve “patolojik” olanı kurarlar. Bu görüş temelinde içinde yaşanılan toplumun ilişkiler ağı göz önüne alındığında McLeod, geleneksel, modern ve postmodern toplumda kişi olmanın

ne anlama geldiğini tartışır. Kişi olmak toplumun yapısına göre farklı kurgulara sahipse, bu durumda farklı toplumsal yapılarda kişilerce kurgulandığı düşünülen kavram ve tanımlamaların da farklı olacağı ileri sürülebilir. Kişilerin kendilerini ve çevrelerini ifade etmede kullandıkları en önemli araç söylemdir (Gergen 1999:60). Farklı toplum yapıları içerisinde kurulan bireylerin oluşturdukları toplumsal söylem de bu temelle farklılaşacaktır.

Bu açıklamalar ışığında “akıl hastalığı/sağlığı” kavramının toplumun üyelerince nasıl anlamlandırıldığına ortaya konması, toplumda kavrama ilişkin mevcut algılanışın, bireyler arasında farklılıklar gösterebildiği gibi alanın uzmanlarınca bu farklılıkların gözönüne alınıp alınmadığının tespiti açısından da bir önem arz etmektedir. Çünkü daha çok psikiyatri geleneği içerisinde gelişen kültürel psikiyatri akıl hastalığının anlaşılmasında kültürün önemine dikkat çekerken çalışmaların yine hastalık türleri etrafında şekillendirilmesine engel olamamıştır. Aynı şekilde toplumsal pratiklerin anlamlandırılmalar yoluyla oluşturulduğunu belirten fenomenolojik sosyoloji geleneği de akıl hastalığı/sağlığı kavramına ilişkin hastalık türleri temelinde bir yorumlamaya, bireylerin hastalık türüne ilişkin aldıkları pozisyonlara dikkat çekmiştir. Türkiye’de ise, daha çok, hastalık türünün kültürel yaşam alanları temelinde farklılaşıp farklılaşmadığına, hastaların sosyo-demografik ve sosyo-kültürel özelliklerinin belirlenmesine ilişkin çalışmalar psikiyatristler ve psikologlar tarafından yapılmıştır. Bu noktada, günlük yaşam pratiklerimizin onlara atfedilen anlamlar çerçevesinde kurulduğu anlayışıyla akıl hastalığı/sağlığının toplum üyelerince nasıl kurulduğunun ve bunun alana yansımalarının olup olmadığının sosyolojik olarak tespit edilmesi önemlidir.

Aynı şekilde “hastalık ve sağlık” kavramlarına ilişkin olarak oluşturulmuş literatürdeki tanımlamaların geniş halk kitlelerince nasıl ifadelendirildiği de önemlidir. Sağlığı, bir hastalığın ya da rahatsızlığın olmaması olarak tanımlayan biyolojik temelli anlayış 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) kuruluş yasasında yer alan sağlık tanımıyla yer değiştirmiştir. DSÖ’nun (1948:2) kuruluş yasasında yer alan sağlık tanımı; “sağlık, sadece hastalığın ya da zayıflığın olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir” şeklindedir. Bu anlamda da hastalık ve sağlık sosyal olana dair bir anlayışı

içermektedir. Bu anlayış kültürün önemli bir ölçüt olarak karşımıza çıkmasını beraberinde getirmiştir. Hastalığa ve sağlığa verilen kültürel karşılıklar önem kazanmıştır. Çünkü her davranış bireyler tarafından aynı şekilde karşılanmaz. Dolayısıyla, hastalık ve sağlık algısındaki farklılıklar akıl hastalığı/sağlığı kavramlarına ilişkin anlamlandırmalara da yansımayaacaktır. Bu nedenle çalışma bireylerin hastalık ve sağlık kavramlarını nasıl tanımladıklarının ortaya konabilmesi açısından da önem taşımaktadır.

Bu çerçevede gerçekleştirilen çalışmanın birinci bölümünde araştırmanın konusu ve amacı ortaya konmuş, araştırmada kullanılan temel kavramlar tanımlanmış ve kullanılan araştırma yöntemi, verilerin toplanması ve analizi detaylı olarak ele alınmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise, tarihsel süreç içerisinde normal/patolojik kavramlarının nasıl tanımlandığı, tıbbın ve matematik biliminin konusu olarak ele alınan kavramların sosyal bilimler alanında ele alınışı ve tanımlanışı, sosyal bilimler özellikle de sosyolojide yaşanan bilimsel gelişmeler çerçevesinde kavramların geçirdikleri dönüşümler ele alınmıştır. Bu bölümde ayrıca normal ve patolojik kavramlarının bireylerin içinde yaşadıkları kültür tarafından şekillendiği ve tanımlandığı anlayışına vurguda bulunularak, toplumda varolan genel kabullerin bireylerin kavramları tanımlamalarında etkili olduğuna dikkat çekilmiştir.

Bölümün ikinci alt başlığında ise hastalık ve sağlık kavramlarının normal ve patolojik kavramları çerçevesinde nasıl tanımlandığı, hastalığın biyolojik temelli açıklamalara dayandırıldığı biomedikal modelden, sosyal ve psikolojik süreçlerin de hastalığın tanımlanmasında etkili olduğunu vurgulayarak tanımsal dönüşüme neden bio-psikososyal modele geçiş süreci ortaya konmaya çalışılmıştır. Tanımsal değişikliklerle birlikte hastalığa ve sağlığa ilişkin sosyolojik bakış açılarının ortaya konması da önemli olduğu için sağlık sosyolojisinin fonksiyonalist, sembolik etkileşimci teorinin yapı taşları üzerine kurulan sosyal inşacılık ve halk bilgisi perspektifleri çalışmanın teorik çerçevesiyle örtüştüğünden kısaca tanımlanmıştır.

Üçüncü bölümde ise akıl hastalığının antik çağdan günümüze kadar nasıl bir tanımsal dönüşüm geçirdiği ortaya konmaya çalışılmış, aynı zamanda da tıbbi

söyleme ve bir sosyal kontrol aracı olarak ortaya çıkan psikiyatriye yöneltilen eleştirilerle akıl hastasının konumu tartışılmıştır.

Dördüncü bölümde ise araştırmanın veri analizi; hastalık-sağlık kavramlarının tanımlanışı, normal-anormal tanımlamaları ve akıl hastalığı tanımlamaları ana eksenlerinde gerçekleştirilmiş ve araştırmanın bulguları yorumlanmıştır.

Beşinci bölümde de araştırmanın ulaştığı sonuçlar tartışmaya açılmış ve verilerin analizlerinden elde edilen bulgular genel olarak değerlendirilmiştir.



## BİRİNCİ BÖLÜM

### ARAŞTIRMANIN KAPSAMI VE YÖNTEMİ

#### 1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Akıl hastalığı, sosyolojide öncelikle, toplumsal norm ve kuralların dışına çıkma, “normal”den sapma bağlamında değerlendirilmiştir (Goffman 1961). Sapmanın tanımsal bir süreç olarak değerlendirildiği sembolik etkileşimci geleneğin temel ilkeleri üzerine oturan sosyal inşacılığın, 1940’larda yeni bir çalışma alanı olarak ortaya çıkan sağlık sosyolojisi alanında da etkisini göstermesiyle akıl hastalığı sağlık sosyolojisinin konusu olmuştur (Cockerham 2007). Öncelikle sağlık ve hastalığın tanımsal bir süreci içerdiği noktasından hareket eden sembolik etkileşimci gelenek öznel durumlara yaptığı vurguyla ve bireyin öznel tanımlamalarına verdiği değerle akıl hastalığını hem bir sapma hem de tanımsal olarak değişen hastalık kavramı içerisinde değerlendirmiştir

Araştırmanın konusu; akıl hastalığı temelinde “normalden sapma”nın nasıl kurulduğunun ve tanımlandığının incelenmesidir. Söz konusu inceleme sürecinde araştırma, “normal/patolojik” kavramlarının tarihsel gelişimine ve özelde de sosyal bilimler alanında ele alınış geçmişine ve bugününe odaklanarak, sosyal bilimlerde “akıl hastalığı” kavramının yapılmış tanımlamalarına değinerek, sosyoloji literatüründe konu üzerinde yapılmış çalışmaların geldiği noktayı sergilemeye çalışmaktadır. Sağlık sosyolojisi açısından da özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısından sonra etkili olan teorik değişimler çerçevesinden konuyu, sembolik etkileşimci geleneğin uzantısı olan sosyal inşacılık temelinde değerlendirmeye çalışacak olan bu çalışma normal/patolojik ayrıştırması temelinde sağlık/hastalık tanımlamaları ve özelde akıl hastalığı tanımlamaları üzerine odaklanacaktır.

Araştırmada, tüm yaşam pratiklerimize ve hayatımızın her cephesine nüfuz eden kültürün, toplumsal söylemin oluşmasında ve özelde de akıl hastalığının/sağlığının biçimlenmesinde, tanımlanmasında ve dışavurumunda etkili olduğu varsayılmıştır. Bu bağlamda da her toplumun kendi yerel geleneklerinden hareketle kurulmuş bir akıl hastalığı/sağlığı tanımlaması olduğu

ve bu tanımlamanın ancak ve ancak o kültür içerisinde anlamlı ve tutarlı olduğu temel kabulünden hareket edilmiştir.

Araştırmada konu üç açıdan ele alınmaktadır. Birinci olarak normal/patolojik ayrımına ilişkin literatür tanımlamaları ortaya konulduktan sonra, bu süreçte kültürün etkisinin göz ardı edilemeyeceğine dair yapılan açıklamaların varlığı kavramların sıradan insanlar tarafından nasıl tanımlandıklarının ve bu tanımlar arasında nasıl bir benzerlik ve farklılık olduğunun ortaya konmasını, aynı zamanda da normal/patolojik kavramlarının içinde yaşanan toplumla etkileşim halinde olan bireylerce aktif olarak kuruldukları temeline dayanan açıklamalar ışığında da sadece akıl hastalığı kavramının değil, aynı zamanda normal/patolojik kavramlarının da nasıl kurulduğunun ortaya konulması sonucunu getirmiştir. Normali ve patolojik olanı belirleyen tanımsal bir süreç olduğu görüşü temelinde kültürün önemine çekilen dikkat, hastalık ve sağlığa verilen sosyal karşılıklarında bireyler açısından farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu anlamda kültür alanı içerisinde oluşturulan kavramsal tanımlamaların ortaya konması önemlidir.

İkinci olarak araştırma, bireylerin “sağlık” ve “hastalık” kavramlarını nasıl ele aldıklarını, kendilerini ne zaman hasta ne zaman sağlıklı olarak tanımladıklarını, literatürdeki sağlık ve hastalık tanımlamaları çerçevesinde incelemeye almış ve literatürde mevcut sağlık tanımlamalarını içeren paradigmlar ışığında bu kavramların akıl hastalığı tanımlaması üzerinde nasıl bir etkisi olduğunu da tartışmıştır.

Son olarak araştırma, akıl hastalığı kavramının bireyler tarafından nasıl kurgulandığını, akıl hastası olarak nitelendirdikleri bireylerle nasıl ilişki kurmayı tercih ettiklerini ortaya koymaya çalışmıştır.

## **1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Moderniteyle birlikte ortaya çıkan düzen ve ilerleme anlayışı temelinde biçimlenen toplum Foucault (2000:77) tarafından “norm toplumu” olarak adlandırılmaktadır. Norm toplumu, içinde yaşanan toplumun tüm toplumsal pratiklerinin normlar çerçevesinde tanımlandığını ifade etmektedir. Dolayısıyla,

toplumsal pratiklerin tanımlanması öncelikle içinde yaşanılan toplumun normlarının belirlenmesini ve bunlara atfedilen anlamların ortaya konmasını gerekli kılmaktadır. Tüm pratiklerin normlar temelinde tanımlandığı bu tür toplumda normun dışında kalan ve ona uymayan her şey toplum düzenine ve ilerlemeye karşı -sapma- olarak tanımlanmıştır.

Sapma fenomeni/olgusu sosyoloji disiplini içerisinde yer alan iki farklı gelenekte çalışılmış ve farklı kabullerden hareketle incelenmiştir. Akıl hastası olarak tanımlanan bireyler genel toplumsal normlara uymadıkları için, bir sapma ya da “patolojik” bir durum olarak değerlendirilen “akıl hastalığı” sosyoloji literatüründe pozitivist bakış açısıyla çalışılmış, hastalığa ilişkin sosyo-demografik özellikler, akıl hastası olarak tanımlanan bireylerin içinde yaşadıkları sosyo-kültürel ve sosyo-ekonomik şartlar temelinde neden-sonuç ilişkileri kurulmaya çalışılmıştır. Oysaki yorumsamacı sosyoloji paradigması içinde yer alan sembolik etkileşimci yaklaşım tüm toplumsal pratiklerin, nesnelere ve şeylerin bireylerin onlara attıkları anlamlar çerçevesinde anlaşılabilirliğini ortaya koymuştur. Bu nedenle, sembolik etkileşimci gelenek sapma fenomenine/olgununa da atfedilen anlamlar temelinde bakar. Bu yaklaşıma göre sapma toplum tarafından tanımlanır ve kurgulanır yani tanımsal bir süreci ifade eder. Tüm sapma türleri gibi akıl hastalığı/sağlığı pratiği de tanımsal bir süreç olarak düşünülmelidir. Bu bağlamda çalışmamızın temel hareket noktasını oluşturan ve kökleri sembolik etkileşimci geleneğin temel varsayımlarına dayanan sosyal inşacılık da aynı görüşlerden beslenmekte ve her şeyin bir kurgu anlayışı temelinden hareket etmektedir.

A.B.D.’de gelişen sağlık sosyolojisi de hastalık ve sağlık kavramlarının tanımsal süreçlerine dikkat çekmiş ve kültürel farklılaşma temelinde hastalıkların ve hastalıkla mücadele yollarının farklılaştığını ortaya koymuştur. Özellikle tıbbî gelenek içerisinde değerlendirilen hastalık ve sağlığın sosyolojinin alanı içerisine dahil edilmesi bir hastalık olarak akıl hastalığını da kapsamaktadır. Hem sağlık/hastalık hem de normal/patolojik tanımlamalarını içinde barındıran bir alan olarak sağlık sosyolojisi bir sapma olarak tanımladığı hastalığı dolayısıyla da akıl hastalığını kendi alanı içerisine almıştır. Sağlık sosyolojisinde de etkili bir bakış açısı olarak karşımıza çıkan sembolik etkileşimci gelenek temelinde

insanlar tarafından üretilen aktif yaratıcı çabalar olarak tüm toplumsal pratikler günümüzde sosyal inşacılık (social constructionism) perspektifinden değerlendirilmektedir. Sosyal inşacılığa göre toplumsal dünyalar, bireylerin ve grupların dokudukları ağlardır.

Tüm bu anlatılanlar temelinde çalışma; genellikle psikiyatri ve psikoloji disiplinleri içerisinde ele alınmış olan akıl hastalığı/sağlığı olgusunun sosyoloji disiplininin de konusu olduğunu bir kez daha ortaya koyarak, bu olgunun toplum tarafından nasıl anlamlandırıldığını ve kurulduğunu belirleyebilmeyi amaçlamaktadır. Aynı zamanda kültür ve akıl hastalığı/sağlığı arasındaki ilişkiyi literatürdeki geleneksel ele alış tarzından farklı bir duruşla ortaya koyarak alana katkı sağlamak da çalışmanın amaçlarından birisidir.

Temel amaç, Türkiye’de sosyoloji alanında hemen hemen hiç çalışılmamış bir konu olan akıl hastalığı konusuna ilişkin tanımlamaların, kişiden kişiye, kültürden kültüre değişebildiğini, tanımlamaları kişilerin yaşam deneyimlerinden hareketle nasıl kurduklarını, nasıl anlamlandırdıklarını belirleyebilmek ve sosyoloji literatürüne yapıcı katkılar sağlayabilmektir. Bu tanımlamaların toplum içerisinde, araştırmaya dahil olan bireyler açısından nasıl tanımlandıkları bir bakımdan da bize akıl hastalığına ilişkin tanımlamalara ait ipuçları sağlamaktadır. Ayrıca belirli bir dönem ve mekanda akıl hastalığına ilişkin tanımlamaların nasıl olduğunun ortaya konulması da araştırmanın amaçlarından birisidir.

### **1.3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

#### **1.3.1. Çalışmada Kullanılan Temel Kavramlar**

Araştırma konusunun gereği olarak araştırmada sıklıkla kullandığımız temel kavramlar; normal, patolojik, hastalık, sağlık, akıl hastalığı (mental illness)dir. Ancak bu kavramların sosyal dünyadan bağımsız olmadıklarına ve sosyal olma özelliklerine yapılan vurgu yorumsamacı sosyoloji paradigması, kültürel psikiyatri, sosyal inşa (social construction) kavramlarının kullanımını da

beraberinde getirmektedir. Kullanmış olduğumuz bu kavramların araştırma açısından ifade ettikleri anlamlar, araştırmanın ilgili bölümlerinde detaylı biçimlerde tanımlanmaya çalışılmıştır. Ancak özellikle normal/patolojik kavram ikiliğine ilişkin geniş literatür göz önünde bulundurulduğunda kavramın hangi anlamlarda kullanıldığına dikkat çekmek, araştırmacının kavram ikilisini nasıl ele aldığına değerlendirilmesi açısından önemlidir.

Normal ve patolojik kavramlarının 20. yüzyılın başlarına kadar özellikle matematik ve tıp bilimleri açısından tanımlandığı dikkat çekmektedir. Daha sonraları özellikle de modernitenin ortaya çıkmasıyla birlikte, 19. yüzyılın sonlarında kavram ikilisi doğa bilimlerinin tanımlamalarından hareketle sosyal bilimler açısından da tanımlanmaya başlanmıştır. Özellikle sosyolojinin kurucusu olarak tanınan Auguste Comte ve yine dönemin en önemli sosyologlarından olan Emile Durkheim, normal/patolojik kavramlarını ilerleme kavramıyla bağdaştırarak tanımlamışlardır. Comte, normalliği toplumsal alana taşıyarak, normali sıradan sağlıklı bir durum olarak değil, hedeflenen ve enerjinin yönlendirileceği saflaştırılmış bir durum olarak tanımlamıştır. Durkheim normal fenomenleri, tamamen olmaları gerektiği gibi olanlar yani en genel biçimleri oluşturan olgular olarak; patolojik fenomenleri de olduğundan başka türlü olması gerekenler olarak tanımlamaktadır (Durkheim 1994:89).

Doğa bilimlerinde özellikle biyoloji ve tıp alanında geliştirilen tanımlamalarda patolojik olan biyolojik olarak normal olandan sapma olarak tanımlanmıştır. Ancak son yıllarda, pek çok sosyal bilimci ve psikiyatrist, bu tanımlamanın karşısında eleştirel bir tavır takınmıştır. Örneğin, Mishler ve diğerleri, Canguilhem ile aynı düzlemde, biyolojik bir normu veya bu normdan sapmayı, belli bir nüfusa ve onun sosyokültürel karakteristiklerine başvurmadan tanımlamanın bir yolu olmadığına açıklık getirmişlerdir. Bu açıklama ve tanımlamalar ışığında sosyoloji ve daha genel anlamda sosyal bilimler alanında da kavramların tanımlanışına ilişkin görüşler pozitivistik anlayışın dışına taşınmış ve daha yorumsamacı bir yaklaşımla değerlendirilmeye başlanmıştır.

Sosyal bilimlerde gelişen ve ön plana çıkan yorumsamacı paradigma çerçevesinde varolan her şeyin yaşantılardan yola çıkılarak oluşturulan ve deneyimlenen kurgular olduğu anlayışı, mevcut kavram ikilisinin de bu şekilde

değerlendirilmesini gerektirmiştir. Aynı anlayışla, normal/patolojik kavramlarıyla bağlantılı olarak hastalık ve sağlık kavramları da değişen paradigma anlayışı çerçevesinde farklı şekillerde tanımlanmıştır.

Çalışma açısından normal/patolojik kavramları, insanların geçmiş deneyimlerine ve öğrenmelerine bağlı olarak, davranış boyutuna ve insan ilişkilerine indirgenmiş bir biçimde, farklı şekillerde tanımladıkları zihinsel tasarımlar olarak ele alınmıştır.

Kültürel psikiyatri de kültüre yapmış olduğu vurgu açısından önem taşımaktadır. Toplumsal ve kültürel farklılıkların akıl hastalıkları üzerinde ne tür etkileri olduğunu anlamaya çalışan kültürel psikiyatrinin temel önermesi; içinde yaşadığımız ve hayatımızın her alanına nüfuz eden kültürün akıl hastalıklarının oluşumunda, şekillenmesinde ve dışavurumunda etkili olduğudur (Sayar 2003). Dolayısıyla akıl hastalıklarını kültürden bağımsız bir gerçeklik olarak görmeyen, klinik psikiyatriye eleştirel bir yaklaşım sergileyen kültürel psikiyatri önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmada kullanılan sosyal inşacılık; toplumun insanlar tarafından aktif olarak üretildiği anlayışı temelinde, sadece verili olan veya sorgulanmadan kabul edilen bir dünya anlayışından uzaklaşarak, fenomenlerin toplumsal ve tarihsel köklerini sorgulayan bir anlayışı ifade etmektedir.

### **1.3.2. Araştırmanın Soru Cümleleri**

Araştırmanın yanıt aradığı en temel soru, toplumsal hayatta sıradan bireyler olarak yer alan, akıl hastalığı deneyimini doğrudan yaşamamış ya da yaşamadığı düşünülen rastgele seçilmiş bireylerin “akıl hastalığı/sağlığı” kavramlarını nasıl tanımladıklarıdır. Bununla bağlantılı olarak konuyu daha net bir biçimde ortaya koymamıza yardımcı olacak diğer alt soruları da şu şekilde sıralayabiliriz:

*“Hastalık” ve “sağlık” kavramları toplumun üyelerince nasıl tanımlanmaktadır?”*

*“Toplum “akıl hastası” ile “sağlıklı birey” arasındaki ayrımı nasıl kurmaktadır? Kavramlar arasındaki sınırları nasıl çizmektedir?”*

*“Akıl hastası tanımlaması, beraberinde bir etiketlemeyi/dışlamayı getirmekte midir?”*

*“Kavramlara atfedilen anlamlar yaş, eğitim durumu, cinsiyet gibi değişkenler temelinde farklılıklar göstermekte midir?”*

*“Bireyler hangi davranışları, tavırları ve durumları “akıl hastalığı” olarak tanımlamaktadır? “*

### **1.3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Teknikleri**

Bireylerin “akıl hastalığı/sağlığı” kavramlarını nasıl tanımladıklarını, buna bağlı olarak akıl hastalığı karşısındaki tutumlarını ortaya çıkartmak ve bunların yaş, cinsiyet, eğitim durumu değişkenleri temelinde farklılaşıp farklılaşmadığını gösterebilmek; insan davranışlarının içinde bulunulan ortam içerisinde çok yönlü olarak ele alınması konunun nitel araştırma yönteminin derinlemesine mülakat tekniği kullanılarak gerçekleştirilmesi sonucunu doğurmuştur. Bunun en önemli nedeni, toplumun farklı kesimlerinde yaşayan, farklı niteliklere sahip bireylerin “akıl hastalığı”na ilişkin tanımlamalarının ortaya konabilmesi için derinlemesine mülakatın en uygun teknik olduğunun düşünülmesidir.

Araştırmada bireylerden elde edilen bilgiler arasında benzerlik ve farklılıkları saptayabilmenin ve buna göre karşılaştırmalar yapabilmenin yanı sıra konuya ilişkin keşifler yapabilmek de hedeflendiğinden yarı-yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır.

Görüşme formu, araştırmanın konusu ve kavramların tanımlanışına dair temel kabulleri açısından açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Ancak görüşmecilerin demografik bilgileri çoktan seçmeli sorularla alınmıştır. Bu bakımdan kullanılan yarı yapılandırılmış mülakat formu; 13 çoktan seçmeli, 26 açık uçlu olmak üzere toplam 39 sorudan oluşmaktadır. Kullanılan soruların oluşturulmasında, demografik bilgilerin alımı için daha önce yapılmış sosyolojik araştırmaların soru örneklerinden yararlanılmıştır. Araştırmanın esas konusunu oluşturan soruların yanıtlarının alınabilmesi için oluşturulan sorularda ise Dorothy Smith’in(1990) “K is Mentally Ill” adlı çalışmasında kullanılan sorulardan faydalanılmıştır. Bunun yanı sıra, Star’ın (1955), Kurihara ve diğerlerinin (2000), Phelan ve diğerlerinin

(2000) yapmış oldukları çalışmalar gibi çeşitli çalışmalar da incelenerek araştırmacının zihninde tasarladığı sorular, yapılan bir pilot çalışma aracılığıyla denetlenmiştir.

Araştırma Ankara, İstanbul ve İzmir kent merkezlerinde yaşayan cinsiyet, yaş ve eğitim değişkenleri açısından farklı özellikler gösteren 45 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Görüşmecilerin seçiminde, nitel araştırma yönteminin nitelikleri çerçevesinde, heterojenliğin sağlanmasına özen gösterilmiştir. Araştırmanın İstanbul sahası 10 Temmuz – 19 Temmuz 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş ve toplam 15 kişi ile görüşülmüştür. Görüşmecilerin 8'i kadın 7'si erkektir. Yaşları 20 ila 60 arasında değişen görüşmecilerin eğitim durumları da ilkökul mezunu ve üniversite mezunu arasında değişkenlik göstermektedir. İstanbul'un merkez ilçelerinde yaşayan görüşmecilerin bazıları iç göçle gelip uzun süreli olarak bu kentte ikamet etmektedirler. Araştırmanın İzmir sahası ise 9 Ağustos – 1 Eylül 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. 8'i kadın 7'si erkek görüşmecilerden oluşan grubun yaşları 20 ila 65 yaş ve üstü arasında değişmektedir. Farklı eğitim durumlarına sahip bireylerin hemen hepsi İzmir doğumludur. Ankara sahası ise pilot görüşmeleri de içerecek şekilde Haziran ve Eylül 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. İlkokul mezunu ve üniversite mezunu arasında değişen eğitim durumlarına sahip bireylerin yaşları da 18 ila 60 arasında değişiklik göstermektedir. Farklı sosyo-ekonomik durumlara sahip olan bireylerin 8'i kadın, 7'si erkek görüşmecilerden oluşmaktadır.

Görüşmeler, görüşmecilerin izinleri alınarak ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Her bir görüşme yaklaşık 1 saat ile 2,5 saat arasında sürmüştür. Araştırmanın amaçları doğrultusunda yol gösterici cevaplar alabilmek için oluşturulmuş olan sorularda değişiklikler yapılmış ve yeni sorularla açılımlar sağlanmıştır. Görüşmecilerin soruları anlayamadığı durumlarda, sorular kendilerinin anlayacağı biçimde değiştirilmiş ancak anlamın bozulmamasına özen gösterilmiştir. Zaman zaman araştırmacı görüşme esnasında daha önceden sormuş olduğu soruların bazılarını yeniden sorarak almış olduğu cevapların pekiştirilmesi/test edilmesi yoluna da gitmiştir. Görüşmeler esnasında bireylerin sorular karşısında takınmış oldukları tavırlar, davranışlar, seçtikleri kelimeler ve görüşmenin yapıldığı ortam gibi bir takım özellikler görüşmeci tarafından gözlem



notları haline dönüştürülmüş ve analiz sürecinde bu gözlem notlarından yararlanılmıştır.

Görüşmelerin ses kayıtları araştırmacı tarafından metin haline çevrilmiştir. Metinleştirme sürecinde, görüşmecilerin kurmuş oldukları cümleler ve kullanmış oldukları kelimeler aynen aktarılmış ve orijinalliklerine dokunulmamıştır. Her bir görüşmenin deşifresi yaklaşık 1 günü almıştır. Zaman zaman ikinci güne geçen deşifreler de sözkonusu olmuştur. Deşifrelerin yapılması kulaklık aracılığıyla gerçekleştirildiğinden ve her bir kelimenin önemli olduğu düşüncesiyle anlaşılamayan yerlerin tekrar tekrar dinlenmesi gerektiğinden bu süreç uzun bir zamanı almıştır. Ancak bazı kelimelerin anlaşamadığı ve metne yansıtılamadığı durumlar olmuştur. Önemli bilgi kayıplarına neden olmadığı için bu durum araştırmamız açısından çok önemli bir sorun teşkil etmemiştir.

Ses kayıtlarının metinleştirilme işlemi tamamlandıktan sonra, analizin nasıl yapılacağı konusunda araştırma yöntemleri konusunda yazılmış çeşitli kitaplara, literatüre başvurulmuş, karşılaşılan sorunlarda ve anlaşılamayan durumlarda tez izleme komitesi üyeleriyle konu ele alınarak bir çözüm yoluna gidilmiştir.

Bu çalışmada da elde edilen veriler araştırmacının kendisi tarafından analiz sürecine tabi tutulmuştur. Metin haline dönüştürülen görüşmeler tek tek okunup, araştırmacı tarafından önemli olduğu ve araştırmanın temel soruları çerçevesinde yol gösterici olduğu düşünülen kelimeler ve cümleler tespit edilmiş, her bir görüşme bu şekilde incelendikten sonra her bir soru için ortak olan kelimeler ve benzer cümleler belirlenmiş ve kodlama işlemi yapılmıştır. Daha sonra bu kodlar metinlere tekrar tekrar dönülerek yeniden gözden geçirilmiş ve anlamlı kodların bir araya getirilmesiyle temalara ulaşılmıştır. Elde edilen bu temaların birbiriyle ilişkili olup olmadığının gözlenebilmesi için metinlere yeniden dönülmüş ve bağlantılar tespit edilerek, temalar arasındaki ilişkiler ortaya konmaya çalışılmıştır.

## İKİNCİ BÖLÜM

### NORMAL/PATOLOJİK İLE HASTALIK/SAĞLIK KAVRAMLARINDA SOSYO-KÜLTÜREL BOYUT

#### 2.1. TIP BİLİMLERİNDE NORMAL/PATOLOJİK ANLAYIŞININ TOPLUMSAL OLANIN DEĞERLENDİRİLMESİNE ETKİSİ

19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlarına kadar “normal” kavramının kullanımı özellikle tıp ve matematik alanlarında görülmekteyken bu tarihlerden sonra kavramın diğer disiplinlerde de –özellikle sosyolojide- kullanılmaya başlandığı dikkat çekmektedir.

Tıp biliminde “normal” kavramının 18. yüzyılın sonlarına kadar “sağlıklı olmakla” ilişkili olarak tanımlandığını söylemek mümkündür. Bu anlamda da “anormallik ya da patolojik durum”un “hastalık” olarak tanımlandığını ve bu kavramların birbirlerinin yerine kullanıldığını söylemek yanlış olmayacaktır. Hasta olmakla sağlıklı olmanın benzer olduğunu birbirlerinden sadece “yoğunluk” bakımından farklılaştıklarını belirten Doktor François-Joseph Victor Broussais’in geliştirdiği “patolojik organlar” görüşüne kadar, hastalık durumu ya da “anormallik”, sağlığı ya da “normali” yöneten yasalardan farklı bir düzenleniş içerisinde tanımlanmıştır (Akt. Lock 2000:260). 18. yüzyılın sonlarında patolojik organlar fikrinin geliştirilmesi bu farklılaşmayı ortadan kaldırmış ve normal/patolojik kavramları birbirleri üzerinden tanımlanmaya başlanmıştır (Canguilhem 1991; Hacking 1990). Klinik tıbbın organ patolojisi üzerine odaklanması ve Broussais’in organ patolojisi hakkındaki teorileri normalliğin, patoloji ile bir süreklilik içinde anlaşılabilirliğini ortaya koymuştur (Davis ve Bradley 2000:7). Bu aşamadan itibaren de patolojik “normal”den sapma olarak tanımlanmaya başlanmıştır ve 19. yüzyıl tıbbı, sağlıktan daha çok normallikle ilgilenmiştir.

Bu yüzyılın bilimsel bilgi ve pratik arasındaki ilişkiye atfetmiş olduğu anlamlar çerçevesinde de gelişen bu tanımlama “normal” durumların genel yasalarının oluşturulmasını ve değerden bağımsız olarak tanımlanmasını da beraberinde getirmiştir (Foucault 2002:55). Modern anlamda bilimsel bir tıp görüşü geliştirme

çabalarının başlangıcında Claude Bernard vardır. Bernard'ın iddiasının temelinde evrensel determinizm ilkesi yatmaktadır. Ona göre, yaşayan sistemleri yöneten birtakım kanunlar vardır ve doğa üzerinde insanoğlunun hâkimiyetini arttıran bu kanunların bilgisine ancak deneyler sayesinde ulaşmamız mümkündür. Bernard, deneysel tıbbın yeni bir sistem olmadığını ve tüm mevcut sistemlerin eksikliği olduğunu belirtmektedir. Ona göre, deneysel tıbbın ilerlemesi bilimden bireysel görüşlerin tamamının yok olmasını sağlayacaktır. Bireysel görüşlere dayanılarak oluşturulduğu düşünülen mikro teoriler, genelin görüşlerini ifade eden makro teorilerle yer değiştirecektir. Bernard bu bağlamda bilimsel tıp anlayışını fizyolojide temellendirmektedir. Fizyolojik bakış açısında, normal olarak tanımlanan “sağlıklı olmak” bağlamında istenilen, arzu edilen şey oldukça açıktır. Bu anlamda doktorlar tarafından tercih edilen “sağlık” kelimesinin “normal”le eş anlamlı olarak kullanılması kaçınılmazdır (Bott 1971). Dolayısıyla tıp biliminin hedefi kişinin “hasta” ya da “patolojik” olarak tanımlanmasına neden olan fenomenin ne olduğunu, köklerini, evrimsel yasalarını ve bu yasaları değiştirebilecek unsurları belirlemektir. Bu süreçte de günlük hayatın değer yüklü anlamlandırmalarının yeri yoktur (Tiles 1993:732). Dolayısıyla önemli olan “normali” belirleyen yasalara ulaşmaktır; bu da ancak deneyler yoluyla elde edilen nicel verilerle belirlenebilecektir. Sağlık ve hastalık durumları ancak niceliksel olarak birbirlerinden ayrılırlar. Bunun anlamı, normalin istatistiksel kavramlarla ve fizyolojik işlev fikri çerçevesinde tanımlanması demektir. Bernard'ın etkisiyle tıp bilminde hâkim olan anlayış “normal” in ne olduğuna dair yargılarda, laboratuvar deneylerinde elde edilen matematiksel ve istatistikî değerlerin kullanılmasıdır. Elde edilen bu değerler doğrultusunda “normal”in ne olduğuna karar verilir. Bu da “olması gereken standartlar”ı ifade etmektedir (Bott 1971). Bu tanımlama “norm” kavramının ilgili bilim dalında kullanılma biçimini de ortaya koymaktadır: “Norm” kavramı tıpta “olması gereken standartları” ifade etmek için kullanılır. Bu anlamda tıp için önemli olan bir diğer unsur da “olması gereken standartlar”da meydana gelen değişimler sonucu oluşan anormalliklerdir. Norm “olması gereken standartlar” olarak tanımlandığında herhangi bir değişme ya da sapma “hastalık” olarak tanımlanacaktır (Davis ve Bradley 2000:8-9).Bunu belirleyen de yapılan

ölçümlerdir. Ölçümle kastedilen, “normal” tanımının ya istatistikî normların gösterdiği olasılık alanı içerisinde ya da normal-anormal ikiliğinden herhangi birini tanımlayan karşılaştırmalı yargılar alanı içerisinde elde edildiğidir. Burada da “normal”in istatistiksel olarak ortalama olan anlamına geldiği söylenebilir. Price (1979:109) bu tanımlama için, “davranışsal mod” kavramsallaştırmasını tercih etmektedir. “Mod” kavramı burada istatistiksel anlamda en sık tekrarlanan davranışa atfen kullanılmaktadır.

Sosyal bilimler alanında da 19. yüzyılda gelişen bilim anlayışı çerçevesinde hâkim olan yaklaşım, sosyal olayların da tıpkı biyoloji, fizik gibi fen bilimlerinin yöntem ve teknikleri ile açıklanabileceğidir. Bu bağlamda dönemin genel bilim anlayışı temelinde, özellikle biyologlar tarafından oluşturulan kavramları ve teknikleri kullanma eğiliminde olan insan bilimleri de sosyal alanı normal olan ve patolojik olan ilkesi uyarınca paylaşılmış bir alan olarak tanımlamışlardır (Foucault 2002:55). Bu bağlamda dönemin önemli toplum bilimcilerinden Durkheim’ın tıbbın alanı içerisinde yer aldığı düşünülen hastalık/sağlık ve normallik/anormallik kavramlaştırmasına ilişkin yaklaşımlarına göz atmak gerekir. Ona göre, bireyler için olduğu kadar toplumlar için de sağlık iyi ve arzu edilen bir durumken, hastalık kötü ve uzak durulması gereken bir durumdur. Eğer biz sosyal fenomenin çeşitli düzeylerinde hastalığı sağlıktan bilimsel olarak ayırmamıza olanak sağlayacak nesnel kriterler bulabilirsek bilim pratik sorunlara ışık tutacak bir pozisyona gelmiş olacaktır. Durkheim, bu nesnel kriterleri bireylerin pratik muhakemelerini oluşturan normlar olarak tanımlar (Durkheim 1994). Hastalığa dair fenomenin ne olduğunun belirlenmesi tıp alanında yapılan deneylerle mümkünken, sosyal hayata dair bir fenomenin normal olup olmadığının belirlenmesi için sosyal bilimcinin yapması gereken; önce olgunun genel olduğunu gözlem yoluyla saptamak sonra bu genelliği geçmişte belirlenmiş şartlara bakarak bu şartların değişikliğe uğrayıp uğramadığını araştırmaktır (Durkheim 1994:106).

Durkheim’e göre normal fenomenleri karakterize eden genelliğin kendisi de açıklanabilir bir fenomendir. Durkheim genelliği gözlem yoluyla saptadıktan sonra açıklamaya çalışmanın daha yerinde olduğunu belirtmektedir. Genelliği açığa vurmuş olan dışsal işaretin sırf görünüşten ibaret olmayıp eşyanın

doğasında yer aldığı ispatlanırsa yani fiili normallik haklı normallik haline getirilebilirse gerçekten de fenomenin normal karakteri itiraz götürmez olacaktır (Durkheim 1994:104).

Bir olgunun kendi başına normal olarak nitelendirilebilmesi için, onun normal tip uyarınca yararlı ya da zorunlu olması gerekir. Bu yöntem, Durkheim'in normali patolojik olandan ayırdığı kurallara ilişkin çalışmasında açıkça ortaya konmuştur. Dolayısıyla sözü edilen dönemde sosyal bilimlerde insan davranışları açısından "normal" in çoğunluğu ya da tipik davranışı ifade etmek amacıyla kullanıldığı söylenebilir (Price 1979:110 ; Hoult 1974).

Canguilhem de Bernard ve Durkheim gibi niceliksel ölçütlerin bir noktada önemli olduğuna dikkat çeker. Patolojik olanı tanımlama gayreti öncelikle normalin, bir olgu olarak, tamamıyla nesnel bir biçimde tanımlanabilir olmasını, ikinci olarak da; normal olanla patolojik olan arasındaki farklılıkların tamamının niceliksel kavramlarla ifade edilebilmesini gerektirmektedir. Çünkü sadece nicelik, türdeşliğin ve farklılığın her ikisini de hesaba katar (Canguilhem 1978:23). Canguilhem (1978:92) bu açıdan istatistiğin kullanımını onaylar. Ona göre istatistik biyolojide türlerin tasviri için önemlidir. Bir türün normal üyelerinin bu şekilde belirlenmesi, normlardan sapan türlerin her üyesinin anormal olarak tanımlanmasını gerektirmemektedir. Tür her şeyden önce normdur ve anormal olan hiçbir şey içermemektedir. Ona göre bir türün üyeleri ya da insanlar bu normlardan aynı ya da farklı derecelerde sapma göstereceklerdir.

Durkheim da normal fenomenleri, tamamen olmaları gerektiği gibi olanlar yani en genel biçimleri oluşturan olgular olarak; patolojik fenomenleri de olduğundan başka türlü olması gerekenler olarak tanımlamaktadır (Durkheim 1994:89). Ona göre, normal; "doğru", "uygun" ya da "münasip" olan olarak anlaşılabilir. Bu durumda normalliği yeniden düzenleme çabası daha önceki dengeye ve statükoya dönüşü gerektirecektir, ancak bundan başka normal sadece ortalama olarak yorumlanacaktır ve bundan dolayı da bazı şeyler normali belirleyen ortalama değerlerin üzerinde kalacaktır.

Canguilhem de alana ilişkin belirlemeleri çerçevesinde toplumsal hayata dair incelemelerde ele alınan her sosyolojik fenomenin, özünde aynı kalırken, içinde bulunulan durum ve şartlara bağlı olarak değişik biçimler alabileceğini kabul

eder. Alabileceği bu biçimler ya normal ya da patolojiktir. Normal olanlar, türün tüm bireylerinde olmasa da çoğunluğunda görülürler ve türün bütün kapsamı içerisinde geneldirler. Gözlemlendikleri tüm hallerde bir öznenen diğerine birbirine çok yakın sınırlar içerisinde farklılık gösterirler. İkinci biçim ise patolojik olandır. Patolojik olan istisnaidir. Bunlar genellikle azınlıkta görünseler de, kendilerini gösterdikleri bireylerde bile daimi olmayabilirler. Bunlar zaman içerisinde olduğu gibi mekânda da istisnaidirler. Ancak normal ve patolojik arasındaki ayırım son derece belirsiz sınırlardan oluşmaktadır. Bunları kesin olarak ayırmak mümkün değildir.

Aralarındaki ayırım, morfoloji ile fizyoloji arasındaki ayırımdan daha kategorik olamaz (Durkheim 1994:98-99).

Türde en yaygın karakterleri, en yaygın formlarla birlikte bir bütün halinde, yani bir çeşit soyut bireysellik halinde bir araya getirerek teşkil edilecek olan şematik varlığa ortalama tip adını vermek yerindeyse, normal tip ile ortalama tipin karıştığı ve sağlığın bu ölçütüne nazaran her sapmanın bir marazi fenomen olduğu öne sürülebilir. Ortalama tip bireysel tip kadar kesin olarak belirlenemez çünkü onu meydana getiren özellikler mutlak olarak sabit değildir, değişkendir. Ancak ortalama tipi de tespit etmek mümkündür. Toplumsal türleri birbirinden bir kere ayırınca belirli bir tür içinde bir fenomenin gösterdiği en genel formun hangi form olduğu her zaman bulunabilir (Durkheim 1994:99-100).

Bu kavramsal tanımlamalar ışığında Canguilhem sağlığın normallikle ve patolojinin de anormallikle eşitlenmesinin mümkün olmadığını belirtir. Canguilhem bu karşı çıkışı, Bernard'ın fizyolojik işlev fikrine karşı çıktığı noktaya göndermeler yaparak açıklama yoluna gider. Ona göre (1978:59), fizyolojik bir duruma bakmanın iki yolu vardır. İlki, biyolojik değer sorunlarıyla ilişkilendirilmeksizin niceliklerin özetlenmesidir ki burada beden karmaşık fiziksel ve kimyasal bir mekanizma olarak düşünülmektedir. Ancak bir mekanizmanın fiziksel ve kimyasal durumu sağlıklı, normal, hastalıklı ya da patolojik olarak adlandırılmaz. "Normal" ve "patolojik" olma durumu, biyolojik nesnenin koloidal<sup>1</sup> dengesine ve iyonlaştırılmış çözünürlüğe indirgendiği bir gösterge anlamını taşımaz. İkinci olarak, fizyolojik durum, normal ve patolojik durumlar

---

<sup>1</sup> Jelatinimsi, tutkalsı yapı

arasında bir sürekliliğin olamayacağı bir durumda, yaşayan organizmanın niteliksel değerlere sahip olduğu bir durum olarak görülür. Bu anlamda da Canguilhem, normalliğin sadece dahil olduğu ya da ele alındığı bağlamda anlaşılabilir olduğunu ve farklılığın ne hastalık olarak ne de nesnel patolojik bir varoluş olarak anlaşılabileceğini belirtmektedir. Ona göre, “Normalin biyolojik bilimi yoktur, normal olarak adlandırılan biyolojik durumların ve şartların bilimi vardır bu da psikolojidir” (Canguilhem 1978:138).

Anlaşılacağı üzere, Canguilhem, normali ne bir ortalama olarak ne de işleyen bir yasanın yansıması olarak tanımlar, ona göre normal, kişinin yaşadığı çevreyle ilişkisini ve bireyin mevcut içeriğini dönüştürme kapasitesine sahip bir normdur. Bunun anlamı, niceliksel genellemeler düzeyinde normal ve patolojik arasındaki sınırın, her birey için açık ve net bir biçimde tanımlanmış olsa bile, gevşek olması gerektiğidir. Sonuç olarak Canguilhem, normal ve ortalama kavramlarının farklı kavramlar olarak kabul edilmesi gerektiğini belirtir. Tiles (1993:737) bu belirlemeye karşı dururken, Canguilhem’in bu kavramları tanımlayan yasaların yaşamın içinden geldiği iddiasını ise büyük bir olumlulukla karşılar. Çünkü Canguilhem’e göre, normali belirleyen hayatın kendisidir (Canguilhem 1978:73)

Çünkü O’na göre, normallik kişilerin farklı durumlara ve karşılaşılan çevre şartlarına uyum sağlama yeteneğidir. Bireyler söz konusu olduğunda değişen ilişkiler değişen çevreyle karşılıklı ilişki içerisindedir. Bu bağlamda normal, kişinin içinde bulunduğu belirli bir duruma hem de bu durumun niteliğine gönderme yapan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla, normal olanın yaşayan organizma ve çevresi arasındaki ilişki olduğu söylenebilir (Işık 2001:45).

Durkheim’a göre, toplumsal fenomenler açısından da durum farklı değildir. Bir olgu ancak belirli bir tür bağlamında patolojik olarak nitelendirilebilir. Sağlık ve hastalık mutlak bir tarzda tanımlanamaz. Her türün kendine özgü sağlığı vardır. Sağlık ya da hastalık hali hakkında hüküm vermeyi mümkün kılan referans noktaları farklılaştığı için aynı türün değişikliğe uğraması durumunda da referans noktaları değişikliğe uğrar. Bu demektir ki belirli bir toplumsal olguya ancak belirli bir toplumsal tür için ve de o türün gelişiminin belirli bir evresi

uyarınca normal denebilir. Dolayısıyla bu nitelemeyi hak ettiğinin belirlenebilmesi için toplumsal olgunun toplumların kendi evrelerine karşılık gelen aşamada ve o aşamadaki ilişkileri bağlamında ele alınması gerekir (Durkheim 1994:101).

Tüm bunlara bağlı olarak da sağlık, çevrenin değişkenliğini tolere etme sınırıdır. Sağlıklı olmayı belirleyen tanımlanmış olan normalin sınırlarını belirleyen kuralların/normların tümüne sahip olmak hatta fazlasına sahip olmaktır. Sağlığı koruma ise mevcut tanımlamaları ortadan kaldıracak durumların üstesinden gelebilecek bir potansiyele sahip olmayı ya da tehlikeyi önleme kapasitesine sahip olmayı gerektirir. Önleme sürecinde etkili olan ise değişen çevre şartlarına uyum sağlayabilmektir, yani değişen duruma uyan ve sağlığı sürdürmeyi sağlayacak yeni normlar üretebilmektir. Değişen çevre şartlarına uyum sağlanamadığında ya da bu şartları düzenleyen yeni normlar üretilmediğinde ortaya çıkan durum “hastalık” olarak tanımlanır. Burada çevre, organizmanın işleyişini etkileyecek her türlü etkiyi kapsayan bir alanı işaret eder. İnsan sözkonusu olduğunda ise burada kastedilen sosyal çevredir (Tiles 1993:738). Bu noktada sosyal etkileşim içinde olan insanların belli bir tarzda karşılık vermesi beklenen davranış kalıpları ya da tipik olan “normal” olarak düşünülmektedir (Price 1979:110). Burada da tolere edilebilen davranışların “normal” tanımlaması içerisinde yer aldığı anlaşılmaktadır.

İnsan bedeninin belli bir ölçüye kadar sosyal etkileşim ve çevrenin bir ürünü olduğu doğruysa, insana dair belli niteliklerin bu çevre ve eylemin nitelikleri çerçevesinde değişmez olduğunu ve mevcut yaşam normlarının bir ortalamasını ifade ettiğini iddia etmek anlamsız olmayacaktır. Sonuç olarak, insan türünde, istatistiksel tekrarlar (frekanslar) sadece doğum ve ölümü değil, aynı zamanda sosyal normallığı de ifade etmektedirler. Bir insan davranışı tekrarlandığı için normal değildir, normal olduğu için tekrarlanmaktadır. Örneğin; ortalama yaşam süresi ya da 5 yaşına kadar olan çocukların doğum sonrası ölüm oranı kolektif hijyen tekniklerine, tıbbi olanaklara, toplumun yaşama atfettiği değerlerin yansımalarına bağlıdır. Bu durumda ortalama yaşam süresi, biyolojik olarak belirlenmiş bir norm değildir, ortalama sosyal normları ifade eden bir süreçtir. Bu durum, çevresel, sosyal ve yaşam tarzı farklılıklarına dayanan bölgesel



koşulların önemini yanı sıra, karşılaştırmalı anatomi ve fizyolojinin alanını da tartışmaya açmaktadır.

Bu durumda fizyoloji bilimi nedir? sorusuna verilecek yanıt, onun, yaşam biçimlerini iki ana alana ayırdığı yerde, durağan yaşam biçimlerinin bilimi olduğudur. Bunlardan ilki; yaşamın normal modudur, değişmeyi ve yeniden kurulmayı engellemez. İkincisi; yaşamın patolojik biçimidir ki bu durumda bozulma tehdit edici olduğu için mevcut durağan duruma sıkıca sarılır (Tiles 1993:739).

Sonuç olarak temel gerilim, bireylerin ve toplumların ulaşmak için çabaladıkları mükemmellik durumu ve mevcut ortalama anlamlarının her ikisini de içeren bir normal fikrinin oluşmasıdır. Bir normdan sapma fikri ile mükemmel durum fikri her ikisi de tek bir kavram içerisine sıkıştırılmıştır.

Tıpta, “normal” kelimesinin bağlamsal anlamının değişmesinde, kısmen disiplinin normal kavramını çok geniş bir alan içerisinde tanımlamasının kısmen de doktorların hastalığı tanımlamalarının normal anlayışlarına bağlı olarak değişmesinin etkisi vardır. Anlaşılacağı gibi tıp literatürü “normal” kavramını genellikle “tipik olan, ortalama” ve “olması gereken standartlar” anlamında kullanmaktadır. Ancak sosyal bilimler alanında olduğu kadar tıp alanında da kavramın hangi bağlamda kullanıldığı önemlidir. Verili bir durumda kavram birbirinden farklı tanımlamaları ve anlamları içerecek şekilde kullanılmaktadır. Bu da “normal” ve “patolojik” kavramlarının içinde yaşanan çevrenin, zaman ve mekanın değerlerine bağlı olarak farklılaştığına işaret eder. Örneğin; “normal cinsel ilişki” cümlesinde “normal” kelimesinin ne anlama geldiği hangi zaman ve mekanda ve hangi bağlamda kullanıldığına göre değişecektir. Benzer şekilde tanımlanan fenomen yeniden gözden geçirildiğinde kelimenin bağlamsal anlamının değişebileceği de unutulmamalıdır. Örneğin; “Normal anayol hızı” ifadesinde kelime, çoğunlukla yasalarda belirtilmiş olan hız limitine atıfla kullanılırken çoğunlukla günlük hayatta mevcut durumda akan trafiğin hızına göre değişebilecek bir tanımlamaya karşılık gelebilir.

Canguilhem’in ortalama ve istatistikî standartlara karşı çıktığı noktada felsefeciler Hacking, Broussais tarafından önerilen normal ve patolojik olanın sürekliliği görüşünün uzun yıllarca tıp bilimini kuşattığını ve bu alanda kullanılmaya devam

ettiğini ancak bu sürekliliğin 19. yüzyılın sonlarına doğru hemen hemen her şeyin alanına taşındığını; insanlar, davranışlar, iş durumları, diplomatik ilişkiler, moleküller gibi tüm bu şeylerin normal veya anormal olabileceğini belirtmiştir (Hacking 1990:160). Ona göre, bugün hepimiz “normal” insana dair, onu normal yapan şeylerin ne olduğunu konuşmaksızın ya da bunun nasıl olduğunu destekleyen görüşler olmaksızın sürekli fikir yürütmekte ve tartışmaktayız. Sonuçta, normallik fikri sıklıkla, olan ve olması gereken arasındaki boşluğu kapatmak için kullanılmaktadır ve kendi içinde inşa edilmiş etik bir niteliğe sahiptir. Hacking, normale ilişkin yeni görüşleri Comte’un çalışmalarına geri dönerek geliştirmiş ve ona dayandırmıştır. Auguste Comte normalliği toplumsal alana taşıyarak, normali sıradan sağlıklı bir durum olarak değil, hedeflenen ve enerjinin yönlendirileceği saflaştırılmış bir durum olarak tanımlamıştır. Bu anlamda da ilerleme ile normal durumu birbirine bağlamıştır. İlerleme artık düzenin gelişmesi ve normal durumun çözümlemesidir. Bu, 19. yüzyılın bilim anlayışıyla da desteklenmiştir (Hacking 2005:219-222). Hacking, normal kavramını, Comte’un normalin sıradan bir sağlık durumu olarak tanımlanmasına son verdiği noktada, klinik alanın dışına politik alana taşımıştır. Normallik bilim adamının çalışabileceği tüm alanlarda “diğerlerinden” soyutlanmış olarak tanımlanmaya başlamıştır. Kısacası, ilerleme ve normal durum sadece bireylerle değil aynı zamanda bireylerin normal ya da öteki olarak etiketlenmesinin toplamıyla içinden çıkılamayacak bir şekilde ilişkilendirilmiştir (Hacking 1990:168). Artık normallik birey üzerinden tanımlanan bir durum olmaktan çıkmış mevcut tüm tanımlamalara uygulanacak bir sıfat niteliği kazanmıştır.

Hacking, normal kavramının artık 20. yüzyılın en güçlü ideolojik araçlarından biri olmaya başladığını belirtir. Ona göre önemli olan neyin gerçek neyin kurgu olduğunu ayırtılabilmektir. Hastalıklar gerçektir ama onları anlamlandırmamız ve yaşayışımız kurgudur. Hacking, insanların çevreleriyle ve diğer bireylerle etkileşim içerisinde olduğuna ve bu etkileşimler temelinde mevcut durumları değerlendirdiklerine dikkat çekerek, bireylerin hastalık ya da sağlıklı olma durumunu bu etkileşimler temelinde kurduğuna dikkat çeker (Hacking 1999).

Benzer şekilde kiři olmanın, kişinin içerisine doğduğu toplumun ilişkiler ağı, akrabalık ve inanç sistemleri tarafından tanımlandığını belirten McLeod (1997) da, toplumların “normal”e ilişkin tanım ve değerlendirmesinin de bu çerçevede dūřünölmesi gerektiğini belirtir. Yani bireyler, önce kendilerini içine doğdukları toplumların dışsal faktörlerine dayanarak kurarlar, daha sonra da bu kurgu temelinde ve çevreleriyle girdikleri etkileşim sūreciyle “normal” olanı ve “patolojik” olanı kurarlar. Bu gōrūř temelinde içinde yaşanılan toplumun ilişkiler ağı gōz önüne alındığında McLeod, geleneksel, modern ve postmodern toplumda kiři olmanın ne anlama geldiğini tartışır. Geleneksel, modern ve postmodern kōltürlerin temel karakteristiklerini sıralayan McLeod, kiři olmanın da bu temel karakteristikler çerçevesinde farklılaştığını belirtir. Ona gōre, geleneksel kōltürlerde kōük, kırsal topluluklar halinde yaşayan, kol gūcüne dayalı basit teknoloji kullanan bireyler, dinin ve mitlerin gōsterdiđi ahlaki değerlere gōre yaşamalarını sūrdürürler. Geleneksel kōltürde yaşayan bireyler hem fiziksel hem psikolojik ve ruhsal anlamda toplumun diğer üyeleriyle oldukça yakın ilişkiler içinde yaşarlar. Bu bağlamda da benliklerini tarih, akrabalık, kader, gōrev ve sorumluluklar gibi dışsal faktörlere gōre tanımlarlar. Geleneksel kōltürlerde bireylerin kadercilik anlayışı ağır basmaktadır. Modern ađda ise, bilim ve teknolojinin gelişmesi, kırdan kente gōün artması, endūstriyel yaşama geçiş, bilim ve ilerlemeye duyulan inancın dinle yer değiştirmesi söz konusudur. Dolayısıyla, modern toplumlarda kişiliğin anlamı biraz daha farklılaşır (McLeod 1997:3-4). Gergen (1994) modern kişilik kavramının gelişiminde iki farklı duruma işaret etmektedir. İlk durum, romantizm fikri çerçevesinde gelişen ilişkiler ve kişiliğin oluşumuyla karakterize edilmektedir. Romantik-modern kişilik kavramı bireyin çevresindeki diğerleriyle oluşturduğu derin bağlara dayanan geleneksel kişiliğini muhafaza etmektedir, ancak topluluğa saplanmış geleneksellik, diğerleriyle olan ilişkilerin tarihiyle yer değiştirir. Örneđin; evlilik ve cinsel birlikteliğin zamanı kişiyi diğerlerine bağlayan en önemli unsur haline gelmiştir. Bu bağlamda romantik-modern birey kendini bu ilişkilerin içindeki konumuna ve ilişkinin tarihine dayalı olarak kurar. Kiřisel amaç, mutluluk, kendini gerçekleştirme, sevme ve diğerleri tarafından sevilme üzerine kuruludur. Gergen, modern kişiliğin diğer durumunu ise bireyin bir mekanizma olarak

düşünüldüğü durum olarak tanımlar. Modern yaşamda rasyonalite, kontrol ve riski en aza indirme merkezi önemdedir. Bu bağlamda da bilim öncelikli olan şeydir. Çünkü bilim, insanlara dünyanın hâkimi olma olanağını sağlamaktadır. Doğa karşısında dünyaya hâkim olma olanağı bulan birey kendi benliğini de bu hâkimiyet çerçevesinde kurar ve neden-sonuç kavramları onun için merkezi öneme sahip olur. Birey tüm varlığını bu kavramlar çerçevesinde tanımlama yoluna gider ve herkes birer mekanizma olarak düşünülür. Modern kültürde insanı biçimlendiren bilim ve ilerlemenin yerine McLeod (1997:3) şimdiki zaman olarak tanımladığı postmodernitede doymuş, bölünmüş kişiliği koyar. Postmodern toplum, modernitenin varsayımlarının ve yapılarının bölünmeye başladığı bir toplum olarak tanımlanır. Bu dönemde modernite projesi sorgulanmaya başlamıştır. Bilginin toplumsal olarak kurulduğu anlayışını benimseyen postmodern kültürlerde yeni etik değerler arayışı sözkonusudur. Anarşi ve kaos toplumsal yapının kaderi olarak görülmektedir. Böyle bir kültürel süreçte bireyin kişilik oluşumu da diğer zamanlardan farklılık arz eder. Postmodern birey pek çok kanaldan bilgi bombardımanına tutulmuştur. Bu bombardıman dolayısıyla da parçalara bölünmüştür. Bireyler haklarında bilgi sahibi oldukları diğerlerini bir bütün olarak bilme imkânına sahip değildirler, ancak farklılıkların farkındadırlar. Pek çok farklı yaşam biçimi arasında seçme hakkı olan birey kendi kişiliğini de bu farklı yaşam biçimlerine göre oluşturur. Birey kendisini bu çoklu yaşam biçimlerine göre kurar ve farklı kişilikler geliştirebilir. Kişi olmak toplumun yapısına göre farklı kurgulara sahipse bu durumda farklı toplumsal yapılarda kişilerce kurgulandığı düşünülen kavram ve tanımlamaların da farklı olacağı ileri sürülebilir. Kişilerin kendilerini ve çevrelerini ifade etmede kullandıkları en önemli araç söylemdir (Gergen 1999:60).

Son yıllarda, pek çok sosyal bilimci ve psikiyatrist, hastalığın ya da patolojik olanın biyolojik normdan sapma olduğu tanımlamasının karşısında eleştirel bir tavır takınmışlardır. Örneğin, Mishler ve diğerleri (1981), Canguilhem ile aynı düzlemde, biyolojik bir normu veya bu normdan sapmayı, belli bir nüfusa ve sosyokültürel karakteristiklerine başvurmadan tanımlamanın bir yolu olmadığına açıklık getirmişlerdir; Redlich'in "ne için normal" ve "kim için normal" sorularına işaret ederler. Diğer bir deyişle, biyolojik işleyişin normallğine ya da bir organın

yapısının normalliğine dair iddialar, gözlemlenmiş bir örnek ve onun belirli bir nüfustaki dağılımı arasındaki ilişkiye dayanmak zorundadır.

Temel zorluk, belirlenmiş bir nüfusun bazı değişkenleri için ortalama değer ideal bir standarda uymayabileceği için ortaya çıkmaktadır. Nüfusların özel karakteristikleri ve bu karakteristiklerin yaşanma biçimleri ortalama değer ve evrensel sağlık standartlarından sapmanın önemini yorumlamada ve anlamada önemli bir noktadır (Mishler vd. 1981:4). Ryle tarafından yapılmış olan bir çalışma bu zorluğu ortaya koymaktadır. Farklı beslenme alışkanlıkları olan nüfuslardaki ergen gençleri klinik ve epistemolojik açıdan çalıştıran Ryle, tiroid bezlerinin boyutlarında önemli farklılıklar olduğunu görmüştür. Buna dayanarak da Ryle, “görünür bezler”in olduğu nüfusta bu durumun, gelecekte bu kişilerin guatr hastası olacağı ya da klinik bir sorunla karşılaşacakları şeklinde yorumlanamayacağını belirtmiştir. Buna bağlı olarak Ryle bu belirtinin, tiroid bezlerinin fonksiyonuna ilişkin evrensel sağlık standartlarından bir sapma olarak algılanmasından çok, belirli bir çevreye olan normal uyumu ortaya koyduğunu belirtmektedir (Akt. Lock 2000 : 261).

Ryle’in bu görüşünü antropolog (etnolinguist) Charles Frake’in Filipinler’de tarımla uğraşan bir kabile olan the Subanum of Mindanao (Mindano yerlileri) ile yaptığı, yerel dilde hastalıkların sınıflandırılmasına ilişkin klasik çalışmasınca da desteklenmiştir. Frake, kabile üzerinde yaptığı derin gözlemlerde, nemli tropik bir iklimde yaşamalarından dolayı bedenlerinde yaygın olarak görülen deri değişimlerine dayalı sayısız bir sınıflandırmaya sahip olduklarını görmüştür. Bu nedenle Frake, bu değişimlerin büyük bir çoğunluğunu, ilaç tedavisi gerektirebilir, “normal” olarak yorumlamıştır (Frake 1977). Hiç şüphesiz ki, bu değişimlerin hepsi, hastalığı fizyolojik bir bozukluk olarak tanımlayan biyomedikal tıp anlayışına sahip dermatologlarca, bir hastalık göstergesidir.

1930’larda Amerika’da yayınlanan bir başka çalışma, normalin ve anormalin ne olduğuna dair yargılamaların öznel değerlendirmeleri ve öncelikli beklentileri kapsadığını ortaya koyan deliller sağlamıştır. 1000’den fazla öğrenciyle yapılan bu çalışmada doktorlar, öğrencilerin bademciklerinin alınıp alınmaması gerektiğini belirlemek istemişlerdir. Çalışmaya dahil olan 600 kadar çocuğun bu tür bir cerrahi müdahaleden henüz geçtiği belirlenmiş ve bu çocuklar

çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışılan 400 çocuktan %45'ine bademcik ameliyatı olmaları önerilirken geriye kalan %55'inin normal sınırlar içerisinde oldukları söylenmiştir. Bunun yanı sıra "normal" olarak tespit edilen bu çocuklar ikinci bir grup doktor tarafından muayene edildiğinde ise, bu doktorlar grubun %46'sının bademciklerinin alınması gerektiğine karar vermişlerdir. Son olarak, daha önce yapılan çalışmalardan haberi olmayan üçüncü bir grup doktor tarafından muayene edilen çocukların %44'üne bademcik ameliyatı tavsiye edilmiştir. Sonuçta çalışmaya dahil edilen 1000 çocuktan sadece 44'üne bademcik ameliyatı olmaları tavsiye edilmemiştir (Wennberg and Gittelsohn 1982:130). Oysaki bugün bademcik ameliyatı yapmaktan mümkün olduğunca kaçınılmaktadır. Bunu iki örnek kabulle destekleyebiliriz; ilk olarak, patolojik teşhislerin ve normale ilişkin kabullerin öznel olduğu, ikinci olarak da doktorların kişisel kararlarının farklı olmasına ek olarak, cerrahi ve tıbbi müdahaleye ilişkin prosedürlerdeki farklılaşmanın da normalliğin yorumlanmasına bağlı olduğudur (Lock 2000 : 262).

Dünya Sağlık Örgütü (1948:2) sağlığı "yalnızca hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tamamen iyi olma hali" olarak tanımlaması, tıbbî pratiklerden çok daha ideolojiktir. "İyi olma" olarak nitelendirilen sağlıklı olmanın nasıl mümkün olacağını belirlemek, mükemmellikten bir sapma olarak düşünülen normal tanımından çok daha fonksiyonel bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bu nedenle, tanımlama insanoğlunun sınırlılıklarını göz önünde tutmak zorundadır. Sağlık daima, sözü edilen duruma ilişkin toplumsal varsayımlar göz önünde tutularak tanımlanmalıdır. Normale dair tıbbî tanımlama kavramın bu değişkenliğini kabul etmelidir (Davis ve Bradley 2000:15).

Daha önce de belirttiğimiz gibi, normal ve patolojik kavramlarının tıp literatürdeki genel tanımlamaları yoğun eleştirilerle karşılaşmış ve hem sosyal bilimcilerce hem de psikiyatristlerce eleştirilmiştir. Özellikle insanın normalliği sözkonusu olduğunda "akıl hastalığı" kavramsallaştırılmasında "normallik" algısı önem kazanmaktadır. Buna bağlı olarak da normal tanımlaması, akıl sağlığı çalışan kültürel psikiyatristler ve kültürel çalışmacılar tarafından sistematik bir meydan okumayla karşılaşmıştır. Bu tür çalışmalar için temel oluşturan işaretlerden biri,

kültürel görelilik sorunu ve temel akıl hastalıklarının evrensel anormalliklerin sonucu olup olmadığı ya da alternatif olarak bu tür temel oluşumları kültürün yaratıp yaratmadığıdır. Bu anlayışın takipçisi olan etiketleme teorisi de belli davranış biçimlerinin anormal olarak etiketlenip, damgalanmasının, ciddi ya da kalıcı patolojik görünümlere karşı temel bir koruma biçimi olarak işlev görebileceğini belirtmektedir (Lock 2000 : 262).

Jane Murphy (1976)'de Deniz Eskimoları ve Nijerya Yarubaları arasında yaptığı çalışmada, psikiyatristlerin şizofreni belirtisi olarak nitelendirdiği tüm belirtilerin, belirli şartlar altında, her iki kültürde de "çılgınlık" belirtisi olarak tanımladığına ve anormal olarak kabul edildiğine dikkat çekmiştir. Murphy, kişilik çözülmesi gibi klasik şizofreni belirtilerinin bundan etkilenen bireylerin olayları iradelerinin kontrolüne aldıkları ya da kutsal aktivitelerle içselleştirdikleri süreci, anormal olarak tanımlanamayabileceğini de belirtmiştir. Murphy, bilakis, söz konusu belirtilerin kültürel süreklilik için hayati önemde olduklarını belirtmiştir. Bu çalışması, akıl hastalığı kavramını bir önceki anlamından farklılaştıran ve anormallik kavramının kültürler arasında büyük farklılıklar gösterebileceğini ortaya koyan antropolojik çalışmaların başında gelmektedir (Akt. Lock 2000:262).

Son yıllarda bu konuda çalışan sosyal bilimcilerin geliştirdiği pek çok eleştirel yaklaşım, anormallik ve hastalık kavramlarının dönüşümü üzerinde çalışmış ve biyomedikal hastalık kategorilerinin epistemolojik araştırmalara dayandığının iddia edilemeyeceğini ileri sürmüştür. Yapılan vurgu, farklı kültürlerin "egzotikliğinden", normal ve anormal hakkındaki tüm bilgilerin kültürel bağlam içerisinde yorumlanabileceğini ifade eden bir yaklaşıma doğru kaymıştır (Good ve Kleinman 1985: 297).

Akıl sağlığı açısından iyi olmak ve kültürel olarak normal olmak aynı şey değildir. Sosyolojik anlamda sapmış olan psikolojik olarak tamamen normal ya da sağlıklı olabilir, aynı şekilde istatistikî anlamda "normal" olan psikolojik olarak anormal ya da sağlıklı olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla toplumda yaşayan bireylerin durumlarını değerlendirmek ya da onları normal ya da anormal olarak etiketlemek pek çok farklı unsuru düşünmeyi gerektirir.

Her toplumda normlara uymayan bireylerin varlığı Durkheim tarafından olması gereken ve istenilen bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bunun nedeni toplumsal dengenin ve düzenin sağlanmasında fonksiyonel olmasıdır. Bu konuda Allport (1969), düzenli olarak normlara uyan insanların can sıkıcı ve sıradan olduklarını belirtmektedir. Bu nedenle de olağan, sıradan insanın varolmasına dair şüphe duymaktadır. Çünkü her toplumda varolan sosyal anomi toplumda aksayan bir durumun varlığına işaret eder ve sağlıksızlık göstergesi olarak düşünülür. Bir toplumda düzenin ve istikrarın sağlanması normsuzluğun var olmasına bağlıdır çünkü kontrol bu yolla sağlanmaktadır. Sistem kendi varlığını istediği şekilde devam ettirebilmek ve bireyler üzerinde kontrolü sağlayabilmek için her zaman normlara uymayan bireylere ihtiyaç duyar ve normal tanımlar. Tanımladığı normal dışında kalanları da istenilmeyen ya da dışlananlar olarak tanımlar. Bu anlamda, sıradan, normlara düzenli olarak uyan insanların akıl hastalığı ya da suçluluk gibi norm dışı davranış tanımlamalarından kaçamayacakları açıktır. Bu nedenle belirli bir kültürde ya da yaşam biçiminde belirli bir davranışın normal ya da sağlıklı olup olmadığını belirlemeye çalışan araştırmacıların öncelikle yanıtlamak zorunda oldukları sorular vardır. Bu soruları Price (Akt. Lock 2000:112) şu şekilde özetlemektedir: En önemli soru; “sağlıklı” olanı tanımlamada insan doğasına ilişkin varsayımlar nelerdir? Başka bir ifadeyle insanın olanakları ve sınırlılıkları hakkındaki varsayımlar nelerdir, sorusudur. Bu soruyla bağlantılı ikinci sorulması gereken soru; disiplin (psikoloji, sosyoloji, tıp çalışanları, vb.) “sağlıklı” olmayı neye göre tanımlamaktadır? Son soru; eleştiren literatür yazarın yetki alanına uygun iddialar üretip üretmediğine ya da kendi alanının dışına çıkıp çıkmadığına dikkat etmede ne zaman yardımcı olmaktadır, sorusudur.

Tüm bunlarla bağlantılı olarak, bireylerin yapmış oldukları normal/anormal tanımlamaları onların içinde yer aldıkları kültürel evrene bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Allport’un yanıtlanması gereken sorulara ilişkin yapılan açıklamalar ışığında, toplumların hastalık ve sağlık tanımlamalarının normal/anormal tanımlamalarıyla paralellik göstereceği varsayımı ileri sürülebilir. Aynı zamanda tarihsel süreç içerisinde değişen tanımlamalar, içinde yaşanılan toplumun geçirdiği değişimlerle birbirine bağlantılıdır. Bilimsel



gelişmeler, yeni bilgi alanlarının oluşumu ve bilimler arası işbirliği ele alınan konunun farklı perspektiflerden değerlendirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Bu anlamda felsefî temelli bir tartışma alanından doğarak tıp ve matematiğin içerisinde değerlendirilen ve olasılık temelinde getirilen açıklamalarla tanımlanmaya başlanan normal/patolojik kavramları sosyal bilimlerin alanı içerisinde farklı bakış açılarıyla kültürel bir temele dayandırılmıştır. Bu çalışma açısından önemli olan hastalık ve sağlık literatüründe normal ve patolojik kavramlarının nasıl ele alındığı ve bunun sosyal bilimler alanındaki yansımalarının ne olduğudur. Dolayısıyla hastalık ve sağlık kavramlarının tanımlamalarındaki değişikliklerin ortaya konması önemlidir.

## **2.2. BİO-MEDİKAL MODELDEN PSİKO-SOSYAL MODELE: HASTALIK VE SAĞLIK KAVRAMLARINA İLİŞKİN TANIMSAL DEĞİŞİKLİKLER**

Modern tıbbın tarihsel gelişim sürecinde hastalık ve sağlık kavramlarının tanımlanmasındaki farklılaşma ve bu farklılaşmanın sosyal bilimlerdeki bir yansıması olarak sağlık sosyolojisinin konuyu ele alış biçimini ortaya koymak önemlidir. Tıp pratiğinin şimdiki durumunun anlaşılabilmesi açısından tarihsel sürecin gözden geçirilmesi önemlidir. Tıbbi bilginin iki önemli unsuru; tarihsel kökleri ile bu pratiğin temelini oluşturan bilginin türüdür. Bilindiği gibi tıp bilimi insan bedenine ilişkin özel bir bilgi türü olarak tanımlanmaktadır.

Tıp pratiğinin gelişiminin tarihsel köklerine baktığımızda hastalık tanımının günümüze kadar pek çok aşamadan geçtiği görülmektedir. Geleneksel ve modern öncesi toplumlarda hastalık ve sağlığa ilişkin inanışlar tamamıyla dini inanışlarla sarmalanmıştır. Bu inanışların dinsel temizlik ve çekinceler fikriyle bütünlük içerisinde olduğu gözlemlenmiştir. Mary Douglas (1966) kirlilik ve yasaklara ilişkin ilkel anlayışın hijyen fikriyle ilgili olmadığını belirtmiştir, bunun nedenini de o dönemde bugünkü anlamda bir bilimsel hijyen fikrinin gelişmemiş olmasıyla açıklamıştır. Eski Ahit'e ilişkin çalışmalarında bireylere hijyenik (sağlıklı) davranışa yönelik değil sadece ruhlarına yönelik rejim önerilerinin yapıldığına dikkat çekmiştir. Başka bir ifadeyle tıbbi kavramlar doğrudan ruh sağaltımına yönelik olarak değerlendirilmiş, beden sağlığına ilişkin

tanımlamalara yer verilmemiştir (Akt. Turner 2000:9-10). Bu tür bir anlam sistemi içerisinde hastalık da Tanrıların ya da Tanrı'nın bireye günahlarından dolayı vermiş olduğu bir ceza gibi düşünülmüş ve tanımlanmıştır. Dolayısıyla hastalıklar, ruhsal ve metafizik güçlerin bir ürünü olarak tanımlanmışlardır.

İlkel çağlarda insanlar beden fonksiyonlarına dair herhangi bir bilgiye sahip olmadıklarından sağlık sorunlarının nedenleri ve çözümleri hakkında dayandıkları tek şey büyü olmuştur. Büyünün sorgusuzca kabul edilmesi ve doğaüstüçülük ilkel yaşamın her alanına yayılmış durumdadır. Bu nedenle de hastalığın şeytanî kaynaklı olduğu düşüncesi yaygındır. Tedavide uygulanan yöntemler de bu inanışa uygundur. İyileştirme sürecinde çeşitli sebze ve meyvelerden elde edilen karışımların kullanımından çeşitli ritüellerle bedenin kötü ruhlardan arındırılmasına uzanan çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (Cockerham 2007:8).

İlkel toplumlarda hastalık, kutsal ve kutsal olmayan dünya arasındaki sembolik ilişkileri yansıtmaktadır. Teşhis de tedavi de bu anlayış içerisinde kutsallığa yapılan atıfla değerlendirilmektedir. Durkheim (1961) "Dinsel Hayatın İlk Formları" adlı çalışmasında ilkel toplulukların iki farklı dünya arasında derin bir dikotomiyle yaşadığını belirtmiştir. Bu dikotomi pratik faydacı eylemlerin gündelik dünyası ile kutsal dünya arasında yaşanmaktadır. Ona göre, insanın hastalığı ve sağlığı bu iki dünya arasındaki köprüyü oluşturur (Akt. Turner 2000:12). Çünkü insanın toplumla bağlarının güçlü olmasını sağlayan bu iki dünya arasındaki dengedir ve topluma birliktelik bilinci veren kutsal dünyaya olan bağlılıktır. Bu dünyaya olan bağlılık azaldığında ya da din etkisini yitirdiğinde bireyin topluma bağlılığı azalacak ve toplumsal hastalık durumu ortaya çıkacaktır. Toplumdaki denge gibi insanın dengesi de böyledir. İnsan hem gündelik hayatın pratikleriyle hem de kutsal dünyanın yükümlülükleriyle bir bütündür. Bunlardan herhangi birinde yaşanan aksaklık bireyin dengesini bozar ve hastalık durumu ortaya çıkar (Tiryakiyan 1990: 218-230).

Batı dünyasında sağlık sisteminin prensiplerinin rasyonel düşünceye dayanması ve doğaüstü fenomenlerin reddini gösteren ilk çabalardan biri Yunanlı doktor Hipokrat'ta bulunmaktadır. Hipokrat'ın çalışmaları modern tıp pratiklerinin altında yatan prensiplerin büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Hipokrat, tıbbî

bilginin doğal bilimler anlayışından ve neden-sonuç ilişkileri mantığından türediğini ifade etmiştir. Ona göre insanın iyi olması çevresel faktörlere bağlıdır. Yaşam alışkanlıkları, yaşam tarzı, iklim, alan topografyası, hava, su ve yiyecek kalitesi insan sağlığını belirleyen unsurlardır. Bu anlamda da Hipokrat ve onun takipçisi olan diğer Yunan düşünürlerinin hastalık hakkındaki görüşlerinin Ortaçağ ve Rönesans düşünürlerine göre çağdaş düşünülere daha yakın olduğu söylenebilir. Hipokrat'ın bu görüşleri daha sonra Karanlık Çağ olarak adlandırılan dönemde etkisini yitirmiş ve unutulmuştur. Bu süreçte insan bedeni fizik ve kimya yasalarına göre işleyen makine benzeri bir varlık olarak düşünülmüştür. Bu düşünce kilisenin de tekeli altında "makine olarak beden, makinenin bozulması olarak hastalık ve makineyi onaran doktor" halini almıştır (Cockerham 2007:9).

Köklerini Aydınlanma felsefesinde bulabileceğimiz beden temelli tıp anlayışı, inanç, doğaüstü varlıklar ve dinsel düşüncelere dayanan açıklamaların yerini bilimsel nedene yapılan güçlü vurguların aldığı bir dönemde gelişmiştir. Bilindiği gibi Aydınlanma felsefesi rasyonalite ve kanıta dayalı incelemelerin ön plana çıktığı bir dönemdir. Ayrıca bu dönemde din temelli birey ve toplum anlayışının yerini sekülerizmin alması hastalığa alternatif bilimsel yaklaşımların ortaya çıkmasında etkili olmuştur (Gabe 2004:124). Özellikle laikleşmeyle birlikte din olgusunun toplumsal gücünü yitirmeye başlaması tıbbın oluşan boşluğu doldurmasına neden olmuştur (Turner 1992). Ruh ve beden ayrımı yapmayan Ortaçağ anlayışı hastalığı bir bütün olarak algılamakle beraber rasyonelleşmeyle beraber medikalleşme artmıştır. Hastalığın kökeninin ve iyileşme potansiyelinin anlaşılmasında bilimsel açıklamalar kullanılmaya başlanmıştır. Dönemin hâkim bilim paradigması çerçevesinde, bilimsel metodun, gözleme, hipotezlere ve test edilebilirliğe dayalı olması tıpta da böyle bir yaklaşımın kullanılmasını getirmiştir. 19. yüzyıldan önce tıp alanındaki çalışmalar sadece bireyin bedenine yönelik uygulamaları içermektedir. Bu uygulamalar, parçalama ve inceleme şeklinde gerçekleştirilirken, katkıları sadece anatomi alanına olmuş ve insan bedeninin bütünüyle tanımlanması amacını gütmüştür (Gabe 2004:125).

19. yüzyıl başlarına gelinceye kadar, tıp geleneği içerisinde hastalık, semptomlar ve bulgular aracılığıyla tanımlanmıştır. Hastalığın göstergesi olan

semptom, onun değişmeyen yüzünü gösterdiği için önemlidir. Dolayısıyla patolojik öz semptomlardan oluşmaktadır ve hastalıkta var olan her şey onun fenomeni olarak tanımlanmıştır. Semptom hastalığın tek doğası olarak tanımlanırken aynı zamanda da hem fenomenlerin kendi aralarındaki ilişkiyi oluşturan hem de sağlığı hastalıktan ayıran mutlak farkı yansıtmaktadır. Bulgu ise tahmini olarak ne olacağını, geçmişte ne olduğunu ve şu anda ne olup bittiğini gösterendir; bu anlamda da aslında semptomla aynı şey olarak tanımlanmıştır. Tek bir farkla; “bulgu kesin olarak semptomun olduğu şeyi söyler”. Dolayısıyla semptomsuz bulgunun varlığı sözkonusu olamaz. Bu anlamda da hastalık; bölünmez bir bütün ve tüm karakteristikleriyle görünen semptomlar ve birbirini izleyen aşamalar bütünü olarak düşünölmelidir. (Foucault 2002:111-117).

19. yüzyıl başlarında Modernleşmeyle birlikte sağlık alanında başlayan sekülerizasyon ve bilimsel yöntemlerin kullanımı, özellikle Batı’da tıbbın hastalıklara yaklaşımını farklılaştırmıştır. Hastalık durumu insan bedenini meydana getiren parçalarda yaşanan bozulmalar olarak tanımlanmıştır. Mikrobiyolojinin gelişimiyle birlikte hastalığın nedeninin bedeni saran virüsler olduğunun keşfedilmesi, başka bir ifadeyle hastalığın kaynağının mikroplar olduğunun keşfedilmesi bio-medikal tıp anlayışının benimsenmesine yol açmıştır. Bu anlayışın yaygınlaşması ve kabul edilmesinin arkasında Descartes’ci Kartezyen düşüncenin önemli olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Kartezyen düşünce, insanı da ikili (düalist) yaklaşımı çerçevesinde değerlendirmekte, ruh ve beden ayırımına gitmektedir. Ruh ve bedeni birbirinden farklı düşünmek, hastalıkların da bedenle ilgili olduğu yargısını beraberinde getirmiştir. Bu düşünce, “ruhu” dışarıda bırakarak fiziksel hastalıkların mikrobiyolojik kökenlerinin incelenmesine uygun zemin hazırlamıştır. Bunun sonucu olarak da “akıl hastalığı” kavramı genel tıp alanından ayrıştırılarak, klinik psikoloji, psikiyatri ve psikanalizin alanı içerisine dâhil edilmiştir (Turner 2000:10). Bio-medikal tıp anlayışında insan sağlığı bedenin “iyi olması” olarak algılanmıştır. Taylor ve Field (2007:25-26), bio-medikal modele göre sağlığı 4 özellik bağlamında tanımlamışlardır.

- Sağlık; insanda biyolojik herhangi bir anormalliğin bulunmamasıdır. Bu tanımlamada ruh-beden ikiliğinin varlığı net olarak görülmektedir. Bu ikiliğe Nettleton (1995:5)'nin bio-medikal tıp anlayışının sahip olduğu özelliklere dair tanımlamasının birinci maddesinde de dikkat çekilmektedir. Ruh ve beden iki ayrı varlık alanı olarak tanımlanmaktadır ve bu modele göre insan bedeni yani insanın fiziki varlığı, “ruhsal” varlığından daha problematiktir.
- Hastalığın nedenleri bellidir. Tüm hastalıklar bilinebilir ve belirli nedenlerden ortaya çıkarlar. Bu açıklama Nettleton (1995:5)'da “belirli nedenler doktrini” olarak ifade edilmiştir.
- İnsan bedeni, tıpkı bir makine gibidir. Biyolojik ve bilimsel yasalarla belirlenmiş fonksiyonlara sahiptir. Bu fonksiyonların bilinmesi doktorların bozuk fonksiyonları tamir etmesine olanak sağlar. Bozuk parçalar tamir edildiğinde beden bütünlüğü yeniden sağlanır ve normal çalışmasına devam eder.
- Toplum sağlığının temelinde yatan şey, tıp bilgisinin gelişmişliği sağlığı düzenleyici kaynaklara ulaşılabilirliktir. Tıbbî bilgi ve özellikle farmakoloji ve cerrahi alanında yapılan araştırmalar ne kadar gelişmiş olursa, bedenin iyileştirilmesi o kadar hızlı ve verimli olur anlayışı hakimdir. Sağlıklı bedenler sağlıklı toplumun varlığını beraberinde getirir.

Nettleton (1995:5) Taylor ve Field'in belirlemiş olduğu bu dört özellik bağlamında bio-medikal modelin indirgemeci olduğunu belirtir. Ona göre, bu sağlık anlayışı, tüm açıklamaları bedenin fiziksel işleyişine indirgemektedir.

Bio-medikal anlayışın gelişmeye başladığı 19. yüzyılın ilk yarısına, hastalığa neden olan mikropların keşfi damgasını vurmuştur. Ancak belirtmek gerekir ki bu dönemde tek mikrobun belirli bir hastalığa yol açacağı fikri hâkimdir. “Hastalıkların tek bir nedeni vardır” fikri bakteri biliminin gelişmesiyle açıklanabilir. Ayrıca bu dönemde, Bichat, hastalıklara neden olan patolojik süreçlerin sadece organlarda değil aynı zamanda dokularda da yaşanabileceğini belirtmiştir. 1880 yılında tüberküloz hastalığına tüberküloz

mikrobunun, kolera hastalığına da kolera vibriyonunun neden olduğunun keşfedilmesi; tek mikrop anlayışının desteklenmesini sağlamıştır (Gabe 2004:125). Birden çok mikrobun varlığı ise daha sonraki araştırmalarda dikkate alınmıştır (Cirhinlioğlu 2001:25). Bu anlamda bu süreçte araştırmalar ağırlıklı olarak hastalığın altında yatan biyokimyasal ve genetik süreçlere odaklanılmışlardır. Yapılan çalışmaların pek çoğu insan bedeninde meydana gelen anormalliklerin keşfine, tedavisine ve teşhis yöntemlerine odaklanmıştır.

19. yüzyılın ilk yarısında, hastalığın tanımlanması 3 boyutlu olarak değerlendirilebilir: 1) belirli hastalıkların temelinde belirli nedenler vardır; 2) hastalığın nedeni, bedenin anatomisinde ve fizyolojisinde anormal değişikliklere yol açan bir takım lezyonlardır; 3) hem mikrop hem de lezyon hastalık belirtilerinin nedeni olabilir. Bu çalışmalarla ilerleyen bio-medikal tıp, hastalığın yataklardan hastane ve laboratuarlara uzanmasıyla daha da pekiştirilmiştir (Taylor ve Field 2007:25-26). Özellikle 1928 yılında Fleming'in penisilini bulması ve Pasteur'un aşığı bulmasıyla birlikte modern tıp gelişimini ilerletmiştir.

Bu süreçte doktorların rolü ise; hastalığa dair belirtileri (signs) ve göstergeleri(symptoms) açığa çıkartmak olarak tanımlanabilir. Tanı koyma görevinde önemli olan ise, hastanın “doğal durumu”ndan uzaklaştığına dair gözlemlerden daha çok “normal” den sapmalara ilişkin kesin yargılara ve bunları destekleyen bilimsel test sonuçlarına ulaşmaktır. Tıp uzmanlarının yanı sıra hastaların yani tedavi alanların görevi ise, hastalığın belirtilerinin ve göstergelerinin farkında olarak bunları uygun bir şekilde ve zamanda doktora aktarmak olarak tanımlanmaktadır (Gabe 2004:126). Bu tanımlamalar ışığında bio-medikal modelde doktorların, hasta bireylerin ailevi, sosyal ve ahlakî dünyalarının heterojenliğinden ve karmaşıklığından daha çok hastaların ifadelerine önem verdiklerini söylemek yanlış olmayacaktır. Bu anlamda, bio-medikal modelin sosyo-kültürel çevre koşullarından soyutlanmış bir “bireyselliği” ön plana çıkardığını söyleyenlerin sayısı da azımsanmayacak boyuttadır.

Hastalığın yataktan, hastanelere ve laboratuarlara taşınması sürecinde tıp bilgisinin gelişimini aşağıdaki tablo kısaca özetlemektedir (Aktaran Barry 2002:22):

	<b>Yatak Tıbbı (Bedside Medicine)</b>	<b>Klinik Tıp (Clinical Medicine)</b>	<b>Laboratuvar Tıbbı (Laboratory Medicine)</b>
<b>Hastalık Tanımı</b>	Psikosomatik deneyimin bir bütünü	Belirli bir nedene bağlı	Biyokimyasal bir bozukluk sonucu
<b>Tedavi eden kişi</b>	Sıradan ve uzmanlaşmamış hekimler	Beden hakkındaki bilgiler konusunda uzmanlaşmış hekimler	Bedenin hücresel oluşum bilgisine sahip uzman hekimler
<b>Tedavi yeri</b>	Ev	Hastane	Laboratuvar

Kaynak: Seale and Pattison (1994).

Özetle, hastalık ve sağlığa ilişkin tıbbi bilgi giderek daha uzmanlaşmış, ilk olarak “tüm” insana odaklanırken, daha sonra bedenin belirli parçalarına yönelmiş ve son olarak da hücrelerin yapılarının analizine kadar uzmanlığını geliştirmiştir.

Bu bağlamda, bio-medikal model, hastalıkların iç ve dış etkenleri olduğu noktasından hareket eder. Bu çerçevede hem dıştan hem içten gelen fiziksel, kimyasal, mikrobik ya da genetik etkenlerin “sağlıklı” yapıyı etkileyerek onun “normal” işleyişini bozduğu görüşü hakimdir. Dolayısıyla bio-medikal yaklaşımda “normal” kavramının önemli bir yeri vardır. Bu noktada normal, tıbbî bakış açısının temel prensibi olarak karşımıza çıkar. İçinde yaşanan dönemin temel kültürel özellikleri çerçevesinde şekillenen tıbbî bilginin “normal”i ile egemen kültürel yapı içindeki “normal” fikri birbirine yaklaşır. Bu çerçevede de bio-medikal model için hastalıklar “normal”den sapmayı ifade eden “anormal” durumlardır ve onarılmaları, başka bir ifadeyle düzeltilmeleri gerekir.

Bu anlayış temelinde şekillenen bio-medikal tıp alanında Koch’un 1882 yılında tüberküloz hastalığına yol açan mikrobu keşfetmesi ve 1897-1900 yılları arasında 22 farklı enfeksiyona yol açan mikrobun keşfedilmesiyle yerleşen tek faktörlü ya da tek nedenli açıklamalar geleneği günümüzde hala etkisini sürdürse de 20. yüzyılın ikinci çeyreğinde yapılan çalışmalarla yerini çok nedenli (birden çok mikrop) açıklamalara bırakmıştır. Bunda mevcut bilim anlayışındaki gelişmelerin de etkisi olduğu yadsınamaz. Tek nedenli açıklamalardan çok faktörlü açıklamalara geçişle birlikte “bulaşıcı hastalıklar üçgeni” adlı yaklaşım, hastalıkları bir mikrop, bir taşıyıcı ve çevre bağlamında değerlendirmeye başlamıştır. Hastalığın tanımlanmasında “mikrop teorisi”nden “üçgen teorisi”ne geçiş, hastalıkların tedavi edilebilir olmakla birlikte önlenemez olduğunu da

göstermiştir. Ancak, sadece bulaşıcı hastalıkları açıklama ve önlemede etkili olan üçgen teorisi etkisini kısa sürede yitirmiştir. 1930'lu yıllardan itibaren özellikle de 20. yüzyılın ikinci yarısında hastalık olgusunu daha geniş bir perspektiften ele alma ihtiyacı sonucunda McMachon ve Pung (1970) tarafından “nedenler ağı” olarak adlandırılan yeni bir yaklaşımın geliştiği görülmektedir (Aktaran Cirhinlioğlu 2001: 26). Bu yaklaşım hastalığı açıklamada biyolojik faktörler kadar psikolojik ve sosyal faktörlerin de varlığına dikkat çekmiştir. Bu yaklaşımla birlikte “bio-medikal tıp anlayışı” yerini “psiko-sosyal tıp anlayışı”na bırakmıştır.

Hastalıklar üzerinde yapılan araştırmalar, hastalığın nedenlerinin sadece biyolojik olamayacağını gösteren bazı göstergelerin fark edilmesiyle tıkanmaya başlamış, sosyal ve psikolojik faktörlerin önemi ortaya çıkmış ve tıp teşhis ve tedavinin yanı sıra koruma ve önleme çalışmalarına da ağırlık vermiştir. Koruma ve önleme, sosyal, kültürel ve çevresel unsurların araştırmalara dâhil edilmesini getirirken, hastalık ve sağlık kavramlarına yaklaşımda da farklılık yaratmıştır. Psiko-sosyal modele göre (Taylor ve Field 2007:30-31);

- Sağlık, bir hastalığın yokluğundan daha fazla bir şey olarak tanımlanmalıdır, çünkü gündelik hayatın kaynağı sağlıktır.
- Hastalık çeşitli faktörlerin bir araya gelişinin bir sonucudur ve bu faktörlerin çoğu çevreseldir.
- Tıp araştırmalarının odağı; beden ve beden çevresiyle olan ilişkisi olmalıdır.
- Sağlıkta yaşanan değişimler, bireylerin yaşadıkları çevrede ve davranışlarında meydana gelen değişimlerle ilişkilidir.

Bu çerçevede önceleri sadece hastalık ve teşhisiyle ilgilenen tıp bilimi kendi içerisinde gelişen alt dallarıyla sosyal ve psikolojik süreçlerle de ilgilenmeye başlamıştır. Öncelikle tıp kendi alanı içerisinde, hastalıklarla ortaya çıktıktan sonra ilgilenmenin verimli sonuçlar doğurmadığını görmüş ve hastalıkların ortaya çıkmadan önceki süreçlerinin de ele alınması gerektiği sonucuna ulaşarak ilgi alanını genişletmiştir. Dolayısıyla hastalık/sağlık sorunu toplumsal bir sorun olarak değerlendirilmeye başlanmıştır. Bu anlayışla hastalık ve sağlık



sorunlarının sadece tıbbın ilgilendiği bir konu olmadığı, sosyolojik, antropolojik ve psikolojik bağlamda da değerlendirilmesi gerektiği görülmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü'nün(1948:2) sağlık; “yalnızca hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” tanımlamasında da görülen bu değişim hastalık ve sağlık kavramlarıyla ilgili bilim alanlarının genişlemesini ve çevresel/kültürel unsurların da dikkate alınması gerektiğini ön plana çıkarmıştır. DSÖ'nün yapmış olduğu bu tanımlama bio-medikal modelin tıbbî sağlık tanımlamasını olduğu gibi barındırmakla birlikte, sağlığın sadece bu tanımlamayla sınırlandırılmayacağını belirterek kavramı genişletmiştir. Bu tanımlamada yer alan “iyilik hali” kavramının bireylerin öznel anlamlarına yer veren “rahatsızlığın” olmama hali olduğunu ifade etmektedir. Böylece de sağlığın sadece tıbbî alanla sınırlanamayacak bir konu olduğuna dikkat çekilmektedir. Sosyal iyilik hali tanımlaması, tıp dışındaki disiplinlerinde sağlık konusuyla ilişkili olmasını beraberinde getirmiştir. Bu çerçevede, birey üzerinde etkili olduğu bilinen ya da düşünülen sosyal yapının iyileştirilmesi de sağlıkla ilgili bir konu olmuştur (Erbaydar 2001:50)

Bu anlayışla özellikle Batı'da ve A.B.D'de tıbbın kendi alanı içerisinde, tamamıyla tıbbî kaygılardan hareketle geliştirilen, alt dalların ortaya çıktığı görülmektedir. Toplum Hekimliği, Halk Sağlığı, Koruyucu Hekimlik gibi alt dallar bu kapsam içerisinde değerlendirilir. Ancak özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Batı'da sosyolojinin sağlık konusuyla daha çok ilgilenmesi kuramcılarının sağlık/hastalık sorunlarına yönelmeleriyle birlikte gelişen sağlık sosyolojisi, tıp sosyolojisi gibi sosyolojinin alt dalları konuyu pek çok farklı açıdan değerlendirmeye almıştır.

Günümüzde hastalık ve sağlığa ilişkin toplumsal ve psikolojik faktörler temelindeki açıklamaları üç başlık altında toplamak mümkündür: Toplumsal-çevresel; davranışsal ve psikolojik (Cirhinlioğlu 2001:27).

Bazı kuramlar da hastalığın toplumsal yönüne yaptıkları vurguyu hastalık durumu ile bireyin kendini hasta hissetmesi arasındaki ayırımı dayandırmışlardır (Field 1976). Bu ayırımında hastalık; istenilmeyen kötü bir durumun nesnel yönlerine vurgu yaparken; hasta hissetme hali öznel yönlerine ve anlamlara vurgu yapmaktadır. Bu bağlamda, hastalık kavramsallaştırması

bedensel ya da ruhsal herhangi bir normal dışılığı işaret ederken; hasta hissetme durumu ise normal dışılığın bireyden bireye farklılaşabilen algılanışına işaret etmektedir. Toplumsal etkiler bu süreçte devreye girecektir. Bireylerin geçmiş yaşantıları ve öğrenmeleri onların hastalık tanımlamasını belirleyebilmektedir. Dolayısıyla tıbbî hastalık tanımlaması durumsal belirlenimler üzerine kurulmuşken; hastalık algılaması tıp alanı dışında incelemeye alınmıştır.

Bu temel anlayış çerçevesinde, kültür, hastalık ve sağlık deneyimlerimizin bu süreçleri ve anlamlandırma biçimimizi, kabul etme sürecimizi önemli ölçüde etkilediği vurgulanmaktadır. İnsan topluluklarında sağlık sorunları kültürel yapı unsurlarından etkilenmektedir. Kültür unsurların yanı sıra ekonomik ve siyasal bağlamlarda hastalık ve sağlık konusundaki bakışları etkilemektedir. İnsanlar nasıl ulaşılabilir gıda maddelerine dayalı olarak yaşamayı öğreniyorlarsa aynı zamanda da yaşadıkları çevreye uyumlu olmayı da öğrenmektedirler. Tüketim ve alışkanlıklar sağlıklı ve sağlıksız yaşam koşullarını belirleyebilmektedir. Örneğin; avcı-toplayıcı toplulukların beslenme alışkanlıkları çevreye ve iklime bağlıdır. Çünkü onlar bir yerden bir yere göç ederek yaşamlarını sürdürmüşlerdir ve hiçbir yerde sağlık problemlerini ortaya çıkaracak sonuçları yaşayacak kadar uzun süre kalmamışlardır (Loustaunau ve Sobo 1997:17).

Tarım toplumuna geçiş, sonrasında da kentleşme, kötü sağlık koşulları, yoğun nüfus artışı, açlık ve felakete neden olan pek çok yeni kanalla sağlığı tehlikeye atan çevresel faktörlerin tamamını yaratmıştır. Teknoloji öncelikle gelişmiş ülkelerde bu sorunların bazılarını çözmüştür ancak çevre kirliliği, öldürücü silahlar ve kimyasal atıklar nedeniyle yenilerini yaratmıştır.

Hastalık üzerinde etkili olan diğer kültürel etkenler ise kavramsal düzeyde tanımlamayla daha ilişkilidir. Örneğin; bireyler sağlık hakkında farklı fikirlere sahiptirler. Fransa'da yapılmış olan sosyolojik bir araştırmada bireylerin "sağlık"ı dört farklı şekilde tanımladığı görülmüştür: 1) hastalığın olmayışı hali; 2) hastalığın iyileştirilmesinde başvurulan yöntemlerin olup olmaması başka bir ifadeyle çaresinin olup olmayışı; 3) bireyin kontrol edebildiği bir sonuç ve 4) sağduyulu toplumların olduğu yerde kolektif bir miras. Verilen bu yanıtların

bireylerin sosyal sınıf konumları ve toplum içindeki pozisyonlarına bağlı olarak değiştiği sonucuna ulaşılmıştır (Akt. Loustaunau ve Sobo 1997:18).

Yine hastalıkların farklı toplumlarda nasıl farklı şekillerde algılandıkları antropologlar tarafından çalışılmıştır. Örneğin; Evans-Pritchard (1937) Sudan'da yaptıkları çalışmada bireylerin hastalığın kaynağı olarak cadıları gördüklerini ve komşuları tarafından seilmeyen bireylerin komşularının cadılara başvurmaları nedeniyle hastalandıkları inancının yaygın olduğunu görmüşlerdir. Benzer bir çalışma ABD'nin güney bölgelerinde yaşayan zenciler üzerine Snow (1974) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada da Sudan'daki çalışmaya benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Buna göre, bu bölgede yaşayan zenci bireyler hastalığı üç nedene bağlamaktadırlar: Doğa ve çevreden gelen tehlikeler, Tanrı'nın gazabı, kötü ruhlar ve cadılar. Cirhinlioğlu (2001:44) benzer inanışların Türkiye'de de var olduğunu belirtmektedir. Hastalıkların özellikle dine atfedilerek tedavi edilmeye çalışıldığına dair örnekler gündelik hayatımızdaki kitle iletişim araçlarında sık sık karşımıza çıkmaktadır. Anlaşılacağı gibi modern tıp bilimi, hastalıkların tedavisinde yaygın ve hâkim bir anlayış olsa da toplumların hastalıkları tek bir kaynağa başvurarak tedavi yoluna gitmedikleri ve kendi inanç sistemlerine göre tedavi yolları aradıkları görülmektedir.

Kültürden kültüre değişen bir başka nokta da semptomlara ilişkin tutumdur. Yapılan araştırmalar aynı kültürden olan bireylerin semptomlar karşısında benzer tutumlar sergilediklerini göstermektedir. Çünkü bu tepkilerde kültürel kalıplar aracılığıyla öğrenilmektedir. Örneğin Zborowski'nin (1952) aynı etnik gruptan olup New York City hastanesine başvuran bireyler arasında yapmış olduğu araştırma sonuçlarına göre, yerli Amerikalıların ağrı karşısında objektif ve soğukkanlı bir tutum takındıkları buna karşılık İrlandalıların ağrıyı inkar etmeyi tercih ettikleri görülmüştür. Aynı araştırmanın bir diğer sonucu da İtalyanların ise ağrıyı çok daha abartılı bir biçimde karşıladıkları ve aşırı şikayet ettikleridir (Aktaran Cirhinlioğlu 2001:44). Anlaşılacağı gibi sağlığın gözle görünür göstergelerine ilişkin düşünceler de farklılaşabilmektedir. Örneğin; pek çok Batılı kadın için ince bir bedene sahip olmak temel amaç iken, Fiji'de kilolu bedenler, sosyal ilişkilerde ve finansal kaynaklardaki zenginliğin, aynı zamanda sağlıklı olmanın göstergesidir (Loustaunau ve Sobo 1997:18). İkinci Dünya

Savaşı'nın ardından kadının özel alanın dışında kamusal alan içerisinde yer almaya başlamasıyla birlikte kadının geleneksel rollerinde bir takım değişiklikler yaşanmıştır. Bu değişiklikler gündelik hayatta pek çok alanı etkilemiş ve sağlık alanında da yeni gelişmelerin ve tanımsal dönüşümlerin yaşanmasına öncülük etmiştir (Glassner 1995). Bedene yönelik yaklaşımlar, özellikle sağlık sosyolojisinde artan bir ilgiyle karşılanmıştır. Türkiye açısından da hasta ya da sağlıklı olmak beden algısı üzerinden farklılık gösterebilmektedir.

Benzer şekilde bir kişi ya da kültür için hastalık olan şey diğerleri için bir problem ya da hastalık olmayabilir. Örneğin; bazı kültürlerde, mesela Amerika Birleşik Devletleri'nde "akıl hastalığı" olarak tanımlanan durum bazı yerli kültürlerde bir "hastalık" olarak sınıflandırılmadığı gibi aynı zamanda diğerlerinin sahip olmadığı şeyi gördüğü ya da anladığı için bireye Tanrı tarafından lütfedilen bir iyilik olarak yorumlanır (Loustaunau ve Sobo 1997:18-19).

Yukarıda da bahsettiğimiz gibi hastalık ve sağlık olgusu genel olarak kültürel unsurlardan her yönüyle etkilenmektedir. Kültürel kalıpların bireylerin hem hastalık/sağlık tanımlarını hem de hastalığa verdikleri karşılıkları belirlediği göz önünde bulundurulduğunda tıp biliminin bütüncü bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerekliliği doğmaktadır. Mechanic (1978) bu bütüncül görüşü net bir biçimde ortaya koyarken, uygulamalı bir bilim olan tıbbın aynı zamanda sosyal bilim dallarıyla etkileşim içerisinde olması gerektiğini de belirtmiştir. Bu anlayış çerçevesinde başta sosyoloji olmak üzere pek çok bilim dalı kuramlarını sağlık/hastalık kavramlarını anlamaya çalışmak için geliştirmeye başlamıştır. Bu noktada sağlık sosyolojisinin ilgi alanlarının ve ne olduğunun tanımlanması, hastalık ve sağlık kavramlarının toplumsal yanının vurgulanması ve alanın ne ile uğraştığının belirlenmesi açısından önemlidir.

Hastalık ve sağlık kavramlarının tam olarak anlaşılabilmesi ve açıklanması için sadece tıp bilimindeki gelişmelerin ve bakış açılarının yeterli olmadığı açıktır. Yapılan çalışmalar ve gelişmeler göstermiştir ki hastalık ve sağlık olgusu toplumsal bir içeriğe de sahiptir. Tıbbın ve sosyolojinin kesiştiği alan sağlık sosyolojisi ya da tıp sosyolojisi olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı bir toplum yaratma sürecinde sosyolojik bilginin önemi yadsınamaz bir gerçektir.

İnsan davranışlarının sosyal nedenleri ve sonuçları ile ilgilenen sosyolojinin bir alt dalı olarak gelişen sağlık sosyolojisi de hastalık ve sağlığın sosyal nedenleri ve sonuçlarıyla ilgilenmektedir. Sağlık sosyolojisinin ortaya çıkışının arkasında, toplumların ve sosyal grupların sağlık konusundaki farklılaşmalarının ve sosyal faktörlerin bu farklılıkta etkili olduğunun farkına varılması yatmaktadır. Sosyal faktörler ve sağlık arasındaki karmaşık ilişkilerin fark edilmesi sağlığın sosyal bilimlerin ve özellikle de sosyolojinin ilgilenmesi gereken bir alan olduğu görüşünü getirmiştir.

1940'larda A.B.D'de uzmanlık alanı olarak gelişen sağlık sosyolojisinin ilk ortaya çıkışını 1894 yılına kadar geri götürmek mümkündür. Bu tarihte Charles McIntire'in yazmış olduğu bir tıp makalesi, tıbbın hastalık ve sağlık konularında sosyal faktörlerin önemini vurguladığı ilk çalışmadır. Yine 1902 yılında Elizabeth Blackwell tarafından kaleme alınmış olan bir başka makale de tıp ve toplum arasındaki ilişkiye dikkat çekmektedir. Ancak bu çalışmaların sosyolojiden daha çok tıpla ilgili olduğu belirtilmektedir. Sosyolojik bakış açısıyla yazılmış olan ilk çalışma 1927 yılında Bernard Stern tarafından yazılan "Tıbbın Gelişiminde Sosyal Faktörler (Social Factors in Medical Progress)" makalesidir. Bunu 1930'larda birkaç yayın daha takip etmiştir. Ancak 1935 yılında Lawrence Henderson'un yayınlamış olduğu, hasta ve doktorları bir sosyal sistem olarak ele alan makalesi sosyolog Talcott Parsons'ın "hasta rolü" kavramsallaştırmasına yol gösteren sosyolojik bir çalışma olarak değerlendirilebilir (Cockerham 2007:2).

Sağlık sosyolojisinin ilk işbirliği psikiyatri alanıyla gerçekleşmiştir ve işbirliğinin gerçekleştirilmesinde Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü'nün etkisi çok büyüktür. Bu işbirliğinin ilk temeli 1939 yılında Robert Faris ve Warren Durham tarafından Chicago'da oluşturulmuş olan kentte akıl sağlığı üzerine yapılmış bir araştırmayla atılmıştır. Bu çalışmanın ardından 1958'de "Sosyal Sınıf ve Akıl Hastalığı: Bir Topluluk Çalışması (Social Class and Mental Illness: A Community Study)" başlıklı çalışmayla August Hollingshead ve Frederick Redlich'in çalışması gelmektedir. Sosyal faktörlerin farklı akıl hastalığı türleriyle ilişkilerine dikkat çeken bu çalışma aynı zamanda psikiyatrik yardım alan bireylerin davranışlarının da sosyal faktörler tarafından şekillendiğini de

göstermektedir. Çalışmada, sosyal ve ekonomik olarak toplumun en dezavantajlı kısımlarında yaşayan bireylerde akıl hastalığı oranının toplumun geneline göre çok daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ancak sağlık sosyolojisi 1940'lara kadar bir çalışma alanı olarak görülmemiş, 1960'lardan sonra dikkat çeken bir alan olmaya başlamıştır. 1940 ve 1950 yılları arasında daha çok uygulamalı sosyoloji yönünden gelişim gösteren sağlık sosyolojisi 1951'de Parsons'ın "Sosyal Sistem" çalışmasıyla teorik bir yön kazanmıştır. Parsons hastalığın sosyal etkileri üzerine dikkat çekmiştir.

Sağlık sosyoloji Avrupa ve Amerika'da olduğu gibi Türkiye'de de bir çalışma alanı olarak yeterli ilgiyi görmemiştir. Sağlık sosyolojisi alanında Türkiye'de yapılan ilk çalışma Orhan Türkdoğan'a aittir. Türkdoğan'ın 1964-65 yılları arasında, Erzurum'a bağlı bir kasaba olan Ilıca'nın 37 köyünde gerçekleştirdiği ve sağlık/hastalık kavramlarını sosyo-kültürel açıdan ele alan çalışma, Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan halkın hastalığa ilişkin değer yargılarını ve inançlarını ayrıntılı bir şekilde incelemiştir (Türkdoğan 1991).

Adak (2002:18), sağlık sosyolojisinin inceleme alanlarını şu şekilde sıralamaktadır:

- Şifa veren uzmanların sosyolojisi
- Sağlık kurumları ve sağlık hizmeti organizasyonları
- Hastalığın sosyolojisi, hastalık davranışı ve yardım arama
- Hastalığın etiolojisindeki sosyal faktörler
- Medikal etkilerin kullanımı ve onlara talebi etkileyen sosyal faktörler
- Doktor-hasta etkileşimi sosyolojisi
- Özel ve kamu kesimi sağlık bakımının farklı sağlık sistemlerine sosyal etkileri
- Sağlık ve hastalığın uluslararası modelleri

Sağlık sosyolojisinin inceleme alanına ilişkin iki farklı sınıflamanın olduğu söylenebilir. Bunlardan ilki, sağlık sosyolojisinin hem tıbbın sosyolojisi hem de tıpta sosyoloji olarak iki farklı yönde geliştiğini belirten R. Straus'un yapmış olduğu ayırımdan kaynaklanırken; ikincisi de sağlık sosyolojisinin bir bütün olduğu yaklaşımından hareket eden David Mechanic'in (1978) sınıflanmasından kaynaklanmaktadır. Straus'un ayırımına göre tıbbın sosyolojisi, sağlık kurumları,

doktor-hasta ilişkileri, hemşire-hasta, doktor-hemşire gibi tıp kurumunun alt sistemleri arasındaki ilişkiler üzerinde odaklanırken; tıpta sosyoloji ise ekoloji veya hastalıkların dağılımı, etiyolojisi, belirli hastalıklardaki artışların nedenleri, sağlık ve hastalığın incelenmesinde tutum ve davranışlardaki değişiklikler üzerine odaklanmaktadır. Başka bir ifadeyle, tıpta sosyoloji, bir toplumda bireylerin hastalık ve sağlık karşısında almış oldukları vaziyet alışlarının sosyo-kültürel ve ekonomik yapıyla ilişkisini irdelemekte ve farklılıkların nedenlerini ortaya koymaya çalışmaktadır (Adak 2002:18-20). Mechanic'in bütüncü yaklaşımında ise öncelikle tıbbın ve tıbbî bilginin amacı tanımlanırken daha sonra sosyolojinin alanla ilgisi kurulmaya çalışılmaktadır. Ona göre "tıp, semptomların, sendromların ve hastalıkların bazı kişilerde ve gruplarda nasıl ortaya çıktığını anlamaya, bunları tedavi etmeye, ilerlemesini engellemeye, kalıcı etkilerini azaltmaya ve hastalığı ortaya çıkaran etkenleri yok edecek yaşam koşullarını oluşturmaya çalışmaktadır" (Mechanic 1978:2). Dolayısıyla bunların oluşumunda sadece tıbbî bilgi ve tıp çevrelerinin ilgileri yeterli değildir. Tıp, psikoloji ve sosyoloji gibi yan disiplinlerle de ilişki içerisinde olmalıdır. Çünkü bireylerin hastalık karşısındaki vaziyet alışları, hastalığı tanımlamaları hem kültürel hem de toplumsal bir durumdur. Hastalıklar karşısında toplumun bilinçli olması ve onları tanıması önemlidir. Diğer yandan tıp kurumu içerisinde yer alan doktorlar da dahil oldukları bu sisteme, kendi değerlerini, geçmiş öğrenmelerini beraberlerinde taşımaktadırlar. Bunun yanı sıra toplumun siyasi, kültürel ve ekonomik göstergelerinden de etkilenmektedirler. Dolayısıyla mevcut sistemin her iki ucunda yer alan doktor ve hastanın anlaşılması hem sosyal hem psikolojik süreçleri değerlendirmeyi gerektirmektedir (Cirhinlioğlu 2001:19). Kısaca, genel olarak sağlık sosyolojisi, bireylerin kendilerini ne zaman hasta olarak tanımladıklarına, hastalıklarla nasıl başa çıktıklarına ve çıkacaklarına dair yol gösterirken, aynı zamanda da toplumun hastalık karşısında nasıl bir tutum takındığına, meslek örgütlerinin bu süreçteki işlevlerine de odaklanmaktadır. Bu bağlamda da sağlık sosyolojisi çeşitli sosyal bilim yaklaşımlarından yararlanmaktadır.

Brown (1989:3), sosyal bilimlerin sağlık sosyolojisini dört düzeyde etkilediğini belirtmektedir. Bunlardan ilki makro düzeydir. Burada üç işlevsel alanın olduğu

söylenbilir: siyaset, ekonomi ve kültür. İkinci düzey olarak tanımlanan mikro düzeyde ise; sağlık sisteminin uygulayıcıları ve halk arasındaki ilişkiler irdelenir. Ayrıca burada hekim-hasta ilişkilerinin dışında sistem içerisinde yer alan uygulayıcıların birbirleriyle olan ilişkileri de inceleme alanı içerisinde. Üçüncü düzeyde ise makro ve mikro düzeylerin birleştirilmesi talep edilir. Burada amaç hem mikro hem makro düzeylerde gözden kaçan detayların ihmalini önlemektir. Son olarak da genel toplumsal dönüşümlerin ve değişimlerin sağlık sistemi üzerindeki etkilerinin incelenmesi talebi yer almaktadır.

Bu anlamda sağlık sosyolojisi, doktorların ve diğer sağlık personelinin çalıştıkları ortamların özelliklerini belirlemeye, hastaların sisteme ulaşma yollarını tanımlamaya ve her iki kesimin de hangi kültürel kalıpların etkisinde olduklarını belirlemeye çalışmaktadır. Burada önemli olan hastalık, hasta ve doktor arasındaki ilişkinin içinde yaşadıkları ortamın etkisiyle şekillendiğini göstermek ve belirleyebilmektir.

Sağlığı ve hastalığı anlama gayreti, sağlık sosyolojisini tarihsel ve karşılaştırmalı olarak ele almayı gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda da yeterli bir perspektifin oluşturulması farklı teorilerin değerlendirilmesini gerektirmektedir. Bu açıdan sağlık/hastalık olgusunu ele alan sosyolojinin farklı teorik perspektiflerinin konuya nasıl yaklaştıkları önemlidir. Bu çalışmada bu perspektiflerden üç tanesi olan, fonksiyonalizm, sosyal inşacılık ve halk bilgisi (lay knowledge) araştırmanın temel çerçevesi açısından önemlidir.

Fonksiyonalizm ya da bir diğer adıyla medikal model, 19. yüzyıldaki “belirli hastalıkların belirli nedenleri vardır” düşüncesi üzerine kurulmuş olan ilk kavramsallaştırmadan farklı olarak, bedenin yapısında meydana gelen bazı patolojik durumlara işaret etmektedir.

Bu bağlamda da medikal model öncelikle doktor-hasta ilişkisine odaklanan bir model olarak düşünülebilir. Burada doktorun görevi; hastalığın belirtileri ve semptomları hakkında geniş bir bilgiye sahip olmak ve bu bilgiyi açığa çıkartmak olarak tanımlanırken; hastaya düşen görev de hastalığın belirtilerinin ve semptomlarının farkında olarak bunları uygun zamanda doktora ifade etmek olarak tanımlanmaktadır. Doktor için önemli olan tanı koymaktır. Ancak bu süreçte hastanın “doğal durumundan” ne kadar uzaklaştığından ziyade



“normal”i belirleyen test sonuçlarından ve yargılardan ne kadar sapma gösterdiğini belirlemek önemlidir. Bu bağlamda da doktor-hasta ilişkisinde önemli olan hastanın ailevi, sosyal ve ahlaki düzeninin heterojenliği değil, hastalığa dair belirtilerini ne kadar doğru aktardığı ve sonuçlarının ne kadar sapma gösterdiğidir (Gabe 2004: 126).

Anlaşılacağı gibi bu yaklaşımın temel sosyolojik görüşü fonksiyonalizm olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilindiği gibi fonksiyonalizm, toplumu doğa bilimlerinin yöntemlerini kullanarak çözmeye çalışan ampirik bir yaklaşımdır. Toplumu canlı bir organizma olarak tasarlayan bu yaklaşım, bütün olarak tanımladığı sistemi meydana getiren parçaların her birinin işlevleri olduğu görüşüne sahiptir. Bu anlamda tıbbi bir sistem olarak tanımlayan fonksiyonalistlere göre sistemi oluşturan parçalar birbiriyle bütünlük içerisinde ve işlevleri bağlamında tanımlanır. Doktor ve hastanın rolü belirlenmiştir. Hastalık da bireylerin sosyal işlevlerini yerine getirmelerini engellediği ve toplumsal dengeyi sarstığı için işlevleri bozucu bir durum olarak tanımlanır.

Sağlık sosyolojisinde medikal modelin ve fonksiyonalizmin öncüsü olarak Talcott Parsons sayılabilir. Parsons “Sosyal Sistem” (1951) adlı çalışmasında doktor ve hasta rolünü ve bunlar arasındaki etkileşimi incelemiştir. Ona göre, toplum doktorlar ve hastalara önceden bir takım roller sunmaktadır ve bireyler de hastane sistemi içerisinde içselleştirdikleri bu rolleri sergilemektedirler. Hastane sistemi içerisinde denge ancak bireylerin sistem içindeki rollerini oynamasına bağlıdır. Dolayısıyla dengeyi bozacak unsurlar tehlike olarak tanımlanabilir. Alışılmış ve önceden tanımlanmış rolleri yerine getirmemek için hastalığın mazeret olarak kullanılmasını engellemek sistematik bir düzenlemeyi gerektirmiştir. Hasta rolüne ilişkin düzenleme sosyal kontrol ajanı olarak tanımlanan doktorun görevini yerine getirmesiyle başarılıdır. Başka bir ifadeyle; bireylerin toplum içerisindeki sorumluluklarını yerine getirmekten kaçmalarını ve hastalığın sosyal olarak yaygınlaşmasını engellemek için bireylerin hasta statüsü ve rolünün doktorlar tarafından belgelendirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda Parsons (1951), hasta ve doktorlara ilişkin bir takım rol ve sorumluluklar tanımlamıştır:

<b>Hastanın rol ve sorumlulukları</b>	<b>Doktorun rol ve sorumlulukları</b>
Mümkün oldukça çabuk iyileşme isteği	Hastalığı iyileştirmek için tüm bilgi ve becerilerin kullanılması
Doktora başvurma ve yardım isteği	Kamu yararına ve hastalığın iyileştirilmesi için çaba sarf etme
Gündelik hayattaki bazı sorumlulukları yerine getirememe (iş, görev v.b.)	Tarafsız / yansız bir tutum, duygulardan bağımsız bir değerlendirme
Bakım ihtiyacı, iyileşme zorunluluğu	Meslek kurallarına istisnasız uyum

Kaynak: Parsons, T. The Social System, London: Routledge and Kegan Paul, 1951.

Bu bağlamda Parsons, hasta statüsündeki bireylere bir takım ayrıcalıklar ve haklar tanımlar. Aynı zamanda da bireyin bu konumunu kasıtlı olmayan bir sapma olarak tanımlar. Hasta statüsünü işgal eden kişi gündelik hayattaki sıradan, “normal” rollerini yerine getiremediği için sapkın olarak düşünülür. Bu nedenle de toplumlar, hasta rolünün sağlıklı yaşama dönmeye çalışmaktan ziyade, başka amaçlar için kullanılmasını önlemek amacıyla çeşitli kontrol mekanizmaları geliştirmişlerdir, bunların başında da hastane sistemi ve doktorlar gelmektedir (Kurtz ve Chalfant 1991:74).

19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlarında medikal modelde doktora olan bağımlılığın artması, hastalığa sosyal ve politik yenilikleri içeren yeni bir bakış açısıyla yaklaşılması sonucunu doğurmuştur. 1960’larda ve 1970’lerde medikal model tıbbın kendi içinden gelen eleştirilerle karşılaşmıştır. Özellikle Thomas Szasz (2007), medikal modelin akıl hastalığına yaklaşımını çok ciddi olarak eleştirmiştir. Aynı zamanda McKeown (1976)’da tıbbın tarihsel rolüne ilişkin yapmış olduğu çalışmalarda çeşitli hastalıklar açısından ölüm oranlarının, medikal modelin nedenlerini, koruyucu unsurlarını bulmadan çok önce düştüğünü göstermiştir. Bu düşüşün nedenlerini de 19. yüzyıl ve 20. yüzyılda sahip olunan daha iyi yaşam standartlarıyla açıklamıştır. Dolayısıyla medikal modeli sağlık belirleyenlerinin çok geniş bir alana yayılmış olmasını gözden kaçırmakla ve sadece bireye odaklanmakla eleştirmiştir (Akt. Gabe 2004:127).

Medikal modele Parsons’ın çalışmalarından yola çıkarak eleştiri getiren bir diğer isim de Elliot Freidson’dur. Freidson, Parsons’ın tersine medikal modelin görünen nesnelliğine meydan okuma yoluna gitmiştir. Ona göre, öznel bir varoluş olarak hastalık anlayışı, zaman, mekan ve değişen ahlakî yargılardan bağımsız bir fiziksel gerçeklik olarak virüslerden ve moleküllerden ibaret bir anlayışın ürünü değildir. Freidson, hastalığın sosyal olarak tanımlanmasında

ısrarcıdır. Çünkü hastalık, onu çevreleyen sosyal olaylarla bağlantılıdır (Gabe 2004:127-128). Parsons'a yönelttiği eleştirilerden bir diğeri de onun doktor ve hastaların farklı toplumsal ve kültürel dünyalarda yaşadıklarını ve farklı gerçekliklerle karşı karşıya olduklarını göz ardı etmiş olduğudur. Bu ilişkide iki farklı uç olduğunu ve bu farklılığın da hastalık (disease) ve rahatsızlık (illness) kavramları arasındaki farktan kaynaklandığını belirtmektedir (Cirhinlioğlu 2001:65). Doktor hastalıkla uğraşırken hasta rahatsızlıkla uğraşmak zorundadır. Bilindiği gibi hastalık iki farklı anlam içermektedir: Tıbbî açıdan hastalık, doktorun bakış açısını yansıtan nesnel anlamda hastalık (disease) olarak tanımlanabilir. Belirti ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir durumu ifade eder. İkinci olarak da toplumsal ve kültürel bir içeriğe sahip olan birey açısından hastalık (illness), bu da patolojik olan durumun öznel deneyim içerisinde birey tarafından nasıl algılandığına karşılık gelir (Oskey 1993: 97). Bu tanımlama çerçevesinde Freidson, hastalığın anlamını belirleyen unsurun doktorun profesyonel değerleri değil, bireyin içerisinde yaşadığı toplumun anlam çerçevesi ve sokak kültürü olduğunu belirtmektedir (Freidson 1970:209; Turner 1995:42-46).

Dolayısıyla biyolojik hastalık tanımlamasının medikal modele uygulanışında kültürel farklılıklar açısından çeşitlilik görülse de Freidson, özellikle hastalığın sosyal olarak inşa edilen bir süreç olduğu anlayışını temel alarak doktor ve hastaların bakış açılarının bu temelde farklılaştığı üzerinden hareket etmektedir. Bu bir anlamda hastalık üzerindeki tıbbî iktidarın eleştirisini de içermektedir.

Fonksiyonalizmin nesnelliğe yaptığı vurgunun tersine, insanı sosyal bir fenomen olarak anlamamanın öznel olmayı gerekli kıldığını belirten sembolik etkileşimci yaklaşım, insanların sosyal davranış ve inançlarını belirleyen olgusal koşulların öznel olarak algılanan ve yorumlanan koşullar olduğu kabulünden hareket etmektedir. Dolayısıyla insanların dünyayı ve içinde yer aldıkları çevreyi nasıl algıladıkları, yorumladıkları ve bunlara bağlı olarak nasıl eylemde buldukları önemlidir. Günümüzde bu yaklaşım sembolik etkileşimci yaklaşım temelinde hareket eden ve köklerini onda bulan sosyal inşacıdır.

Sosyal inşacılık; tüm bilgi kümelerinin insanların birbirleriyle olan etkileşimleri yoluyla yaratıldığını ve yorumsal bir süreci içerdiğini ifade eder. Bu anlamda

bilgi evrensel olmadığı gibi tarafsız da değildir. Bilgi, sosyal ilişkilere dayalı olarak sürekli farklılaşmakta ve değişmektedir. Dolayısıyla bedenle ve onun patolojik durumlarıyla ilgili tıbbî bilgi de sadece maddi toplumdan hareketle anlaşılacağı gibi nesnel ve bağımsız bir bilimsel bilgi olarak da anlaşılabilir (Gabe 2004:130).

Sosyolojik teoriler içerisinde sembolik etkileşimcilik geleneğinden hareketle oluşturulan bir çaba olarak tanımlanan sosyal inşacılık, tüm insan yaşamı gibi sosyal problemlerin de insan ürünü olduğunu ve insanlar tarafından yaratıldığını kabul eder. Bu bağlamda sosyal problemler, belli bazı grupların belli ortamları tanımlamalarına, algılamalarına ve anlamlandırmalarına bağlı olarak var olabilirler. Hastalık ve sağlık konusu da bir sosyal problem olarak görüldüğüne göre, aynı düşünceler çerçevesinde tanımlanabilir.

Sağlık sosyolojisi içerisinde sosyal inşacılığın en önemli öncüleri, 1960'larda, psikiyatristlerin akıl hastalığı olarak etiketledikleri hastalığın teşhis ve tedavisinde nasıl bir rol oynadıkları üzerine çalışmışlardır. Hastalığın teşhisi ve tedavisi sürecinde psikiyatristin birey üzerindeki özerkliği ve gücünü eleştirmişlerdir. Freidson'un (1988) bu konuda çalışmaları, doktorun sosyal ve politik alandaki etkililiklerini güçlendirmek amacıyla bu iktidarı kullandıklarını göstermektedir. Doktorların egemen statüsü, çalışmış oldukları alanda tanımladıkları sorunlar üzerinde ve bunların kontrolünde kendilerine sınırsız bir özerklik tanımaktadır.

Bununla beraber rahatsızlık (illness), doktorların bireylerin gündelik deneyimlerindeki anlamlar ve etiketleri yaratmak suretiyle kullandıkları, güç yoluyla oluşturulan bir sosyal durum olmaya başlamıştır. Hastalığı tanımlayan doktor bireyin rahatsızlığını da tanımlamış olmaktadır. Belirtilerin neler olduğu konusunda bilgi sahibi olduğunu düşünen birey hissettiği rahatsızlığı doktorun bilgisi üzerinden kendi kendine tanımlama yoluna giderek profesyonele yönelmektedir.

Freidson, bu anlamda rahatsızlığın doktorlar tarafından manipüle edilebilir öznel bir durum olduğunu belirtirken; hastalığı nesnel bulguları içeren bir kategori olarak tanımlamaktadır (Freidson 1988:208).

Medikal modele yönelttiği eleştirilerde, tıbbî pratikleri sosyolojik olarak sorgulayan Freidson'un çalışmalarından da hareketle sosyal inşacılar tıbbî bilginin kendisini eleştirel olarak gözden geçirmek gerektiğini belirtmektedirler.

Sosyal inşa teorileri, doktor-hasta ilişkisinde doktorların hastaları ve kendilerini kendi manipülasyon ajanları yoluyla nasıl inşa ettiklerini ve yeniden inşa ettiklerini incelemektedir. Bu süreçte de doktorun ve hastanın etkileşim sürecinde kullandığı tüm ajanlar, jestler, mimikler, kelimeler gibi, dikkate alınmaktadır (Adak 2002: 185).

Sağlık sosyolojisinin sosyal inşacılık çalışmalarının en önemli örneği Foucault'un "Kliniğin Doğuşu" çalışmasında görülebilir.

Sağlık sosyoloji içerisinde halk bilgisi olarak tanımlanan yaklaşım ise, sıradan insanların hastalık, sağlık ve önleme konusundaki düşüncelerinin ve inanışlarının bireylerin hastalık karşısında almış oldukları tavırların farklılaşmasına neden olduğu anlayışından hareket eder. Sıradan bireylerin bu konudaki düşüncelerinin çalışılması hastalık davranışının farklılaşmasındaki nedenlere dair ampirik kanıtlar sağlamaktadır. Bireylerin sahip olduğu inanışlar gündelik hayat pratiklerini de etkilemektedir. Hastalık konusundaki inanışlar bireyin gündelik yaşam rutinini nasıl sürdüreceğini, ne gibi önlemlere başvuracağını belirlemektedir. Hastalık karşısında bireyin vaziyet alışları bu inanışlar çerçevesinde belirlenmektedir. Bireylerin davranışlarının temelinde inanç ve değerler yatmaktadır, dolayısıyla hastalığa ilişkin inanışlar bireyin sosyal hayatta, hastalığa karşı geliştirdiği tutumu da etkilemektedir. Bundan sonraki aşama, Durkheim'in bakış açısıyla benzer bir biçimde, hastalık ve sağlığa dair kolektif bilincin ne olduğudur. Toplum içerisindeki bireylerin tavırları genel toplumsal anlayışa ışık tutar. Herzlich (1973), sağlık sosyolojisinde bio-psikososyal yaklaşımın, hastalar üzerinde yapılan ampirik çalışmalarla benlik ve toplum arasındaki ilişkiyi dikkate alan teoriler arasında bir köprü kurduğunu belirtir. Ona göre, sağlık ve hastalığa ilişkin bireysel inanışlar bireylerin içinde yaşadıkları toplum ve kültürün ifadeleridir. Bu ifadeler patoloji ve etioloji hakkındaki tıbbi bilgileri içerseler de genellikle belli bir kültürel özerkliğe de sahiptirler ve toplumun hastalık ve sağlığa dair tanımlamalarını içerirler (Aktaran Gabe 2004:135-136).

Herzlich (1973) halk bilgisine dair iki temel argüman ileri sürmektedir. Bunlardan ilki; halk düşüncesinin modern bilginin işlevselliğine yapışıp kalmış ilkel bilgiler olmadığı, aksine kültür ve toplum anlayışının merkezinde yer alan karmaşık bilgi kümeleri ve kavramsallaştırmalar olduğudur. İkincisi de halk bilgisinin iki anahtar boyutu olduğudur. Halk bilgisi bir yanda, bireylerin kendilerinin, ailelerinin ve hatta daha geniş olarak içinde yer aldıkları toplumun hastalık ve sağlığa ilişkin tanımlamalarını anlama çabasıyla gündelik hayatın zorunlu risklerine ilişkin sağlam ampirik yaklaşımları içerirken, diğer yandan da ampirik çalışmaların çok daha ötesinde anlama dair araştırma olanaklarını gözler önüne sermektedir.

Sağlık sosyolojisi içerisinde hastalığı, sağlığı ve hastayı ele alan yaklaşımlar farklı sınıflandırmalara tabi tutulsa da burada ele alınanların temel yaklaşımlar olduğu söylenebilir.

Araştırmamız açısından önemli olan, hastalığın ve sağlığın algılanışını, her toplumun sosyal ve kültürel özelliklerine göre değişen değer yargıları olarak değerlendirmektir. Bu bağlamda, hastalık ve sağlık kavramlarına atfedilen anlamlar toplumlar arasında farklılaştığı gibi aynı toplumda zaman içerisinde farklılaşabilir ve hatta aynı toplumda aynı zamanda farklı bireyler ve gruplar arasında da farklılıklar gösterebilir. Bunun en temel nedeni daha önce ifade etmiş olduğumuz “normal” ve “anormal” kavramsallaştırmalarının farklı şekillerde tanımlanmasıdır. Bu kabuller çerçevesinde daha önce “halk bilgisi” olarak tanımladığımız ve sıradan insanların sağlık ve hastalık tanımlamaları üzerine çalışan yaklaşımın yapmış olduğu çalışmalar önem kazanmaktadır.

Halk bilgisi yaklaşımı içerisinde yapılan çalışmalar, hastalığın daha çok dışsal faktörlü olduğu yani yaşam koşulları, yaşam tarzı, kent yaşamı gibi faktörlerin bir ürünü olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Ancak hastalığın içsel faktörlerle de şekillenen bir yapısı olduğu tanımlamasına da rastlanmıştır (Scambler 1991:34). Kısacası, hastalık ya da sağlık, sadece fizyolojik ve biyolojik bir süreç olarak algılanamaz. Hastalık ve sağlık aynı zamanda kendisi üzerinden tanımlanan bireyin, kültürel ve psikolojik süreçlerinden etkilenen ve bu süreçleri etkileyen bir konumdadır. Dolayısıyla, hastalık sosyal olarak inşa edilen bir süreçtir ve bireylerin sosyalizasyon sürecinde edindiği algılamaları ve anlamları ifade eder. Bu bağlamda da hastalık hali, bireyin içinde yaşadığı çevrenin ya da genel

anlamda toplumun, hangi belirtileri hastalık olarak tanımladığı çerçevesinde şekillenmektedir.

Bu nedenle, bireylerin normal/anormal tanımlamaları çerçevesinde şekillenen hastalık /sağlık tanımları, toplumsal süreçler içerisinde farklılaşmalar göstermektedir. Buna bağlı olarak da akıl hastalığı tanımının da farklı zaman-mekan ve dönemlerde farklı şekillerde tanımlandığı, kaynağının ve çözümünün ne olduğuna dair açıklamaların çeşitlendiğini söyleyebiliriz. Araştırmamız açısından akıl hastalığı kavramının değişen tanımsal içeriğini ele almak önemli olduğu için bundan sonraki bölümde kavramın değişen yüzü ve içeriği ortaya konmaya çalışılacaktır.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### AKIL HASTALIĞI VE DELİLİĞE İLİŞKİN ANLAYIŞIN TARİHSEL DÖNÜŞÜMÜ

Batı kültüründe “akıl hastalığı” kavramsallaştırması tarihsel süreç içerisinde farklılaşmış ve zamanla tıbbın bir nesnesi haline gelmiştir. Batı’da değişen bilim anlayışı ve değişen sosyal hayat formları bağlamında değişiklik gösteren “akıl hastalığı”, çağdaş bilim anlayışı içerisinde toplumdaki soyutlanması gereken ve tıbbın sosyal kontrol işlevini üstlenmesiyle “kapatılması” gereken bir konuma bürünmüştür.

Çalışmanın bu bölümünde Ortaçağ’dan günümüze değişen sosyal hayat pratikleri ve bilimsel dönüşümler ışığında, tıbbın ve özellikle psikiyatri biliminin değişen anlamı çerçevesinde “akıl hastalığı” kavramı ele alınacak ve bu dönüşümün nasıl anlamlandırıldığı, toplumsal olarak akıl hastalığı kavramsallaştırmasının sosyolojik boyutu ortaya konmaya çalışılacaktır.

#### 3.1. ANTİKÇAĞ’DA AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK

İlkel çağlarda hastalıklar, doğaüstü güçlere ve kötü ruhlara bağlanarak açıklanırken, hastalıkların iyileşmesinin de bu ruhların kovulmasıyla gerçekleşeceği inancı hâkimdir. İlkel çağlarda insanlar, açıklayamadıkları her şeyi Tanrısal olarak algılamış ve o şekilde açıklama yoluna gitmişlerdir. Akıl hastalığı da bu temelde açıklanmıştır (Öztürk 2004:1).

Mısır, İbrani ve Yunan uygarlıklarının gelişimiyle birlikte, düşünme, gözlem yapma ve olaylar arasında sebep-sonuç ilişkileri arama döneminin başladığı söylenebilir. Toplumsal ihtiyaçlardan kaynaklanan bu yaklaşım zaman içerisinde sağlık alanında da benzer açıklamaları beraberinde getirmiştir. Hastalıklar artık, kötü ruhların sebep olduğu, Tanrısal bir ceza olma konumundan çıkartılmış, sebep-sonuç ilişkileriyle açıklanmaya başlanmıştır. Bu dönemde akıl hastalıklarının da benzer şekilde açıklandığı görülmektedir; Hipokrat, akıl hastalığını da diğer hastalıklarla beraber, doğal etkenlerle açıklama yoluna



gitmiştir. Histeri, melankoli gibi, bugün hala kullanılan kavramlar o dönemde Hipokrat tarafından literatüre kazandırılmıştır. Bu döneme kadar kutsal bir hastalık olarak tanımlanan “epilepsi”nin de bir beyin hastalığı olduğu savunularak, hastalıkların açıklanmasına bilimsel bakış açısının getirilmesi sözkonusu olmuştur. Hipokrat’tan sonra da Eflatun, Aristo, Aesculapiades, Cicero ve Soranos gibi filozoflar da akıl hastalıklarının doğal olaylarla açıklanmasına katkıda bulunmuşlardır. Bu dönemde Erasmus (2004) “Deliliğe Övgü” adlı eserinde akıl hastalarına karşı toplumdaki mevcut olumsuz yargıların dışında bir “delilik” kavramsallaştırması geliştirmiş ve deliliği bilgelik olarak tanımlayarak övgüler dizmiştir. Bu anlamda da akıl hastalığı toplumda daha kabullenici ve insancıl yaklaşımlarla değerlendirilmeye başlanmıştır.

Ancak hastalıkları bilimsel yöntemlerle açıklama yolunda gelinmiş olan bu nokta Ortaçağ’da yeniden büyüsel nitelikli açıklamalara dönmüştür.

### **3.2. ORTAÇAĞ’DA AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK**

Ortaçağ Avrupa’sında “deli”yi ve kavramsal düzlemdeki konumunu tanımlamadan önce bu dönemin sosyal yapısına ve bilimsel düşünce temeline göz atmak doğru olacaktır.

Ortaçağ olarak tanımladığımız dönem genel olarak 5. yüzyıl ile 15. yüzyılın sonları arasındaki tarihsel süreci ifade etmektedir, ancak etkilerinin 17. yüzyıla kadar sürdüğünü de belirtmek gerekir.

Roma İmparatorluğu’nun kalıntıları üzerine inşa edilen Batı Ortaçağ dünyası, barbar istilalarıyla farklılaşan ve kaynaşan bir Roma enkazı görüntüsü çizmiştir. Feodalitenin tarihi olarak adlandırılan Ortaçağ Avrupa sosyal yapısı ve buna bağlı olarak da gelişen kilise kültürü bu dönemdeki bilimsel düşüncenin gelişimine de etki etmiştir (Le Goff 1999:15-29).

Batı Ortaçağı özgür düşünceye kapalı, dogmaların hakim olduğu ve kilise figürünün baskın bir otorite aracı olarak karşımıza çıktığı bir dönem olarak tanımlanabilir. Bu anlamda Batı Ortaçağını tanımlamak için “barbarlık ve bilgisizlik”, “karanlık” ve “skolastik” ifadelerinin kullanılması anlaşılmalıdır. Baskın olan teolojik öğreti sosyal hayatta olduğu kadar bilimsel alanda da egemendir.

Bu anlamda baskın bir mekanizma altında “mevcut durumu muhafaza etmek, mucizevi bir şekilde erişilmiş dengeyi bozabilecek her türlü değişmeden kaçmak” (Hazard 1973:3) çağın düşünce biçimi olarak tanımlanabilir (Aktaran Arda 1993:21).

Batı dünyasının “Karanlık Çağ” olarak adlandırılan bu döneminde tıp alanındaki açıklamalar da farklılaşmış, bilim dünyasına yeniden büyüsel açıklamalar egemen olmuştur. Bu farklılaşmanın temelinde Kilise’nin kendi varlık koşulunu Antik çağın, sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasi mirasının yok edilmesine bağlamış olması yatmaktadır. Bu dönemde gelişmiş kilise doktrini, yaşamsal zevklerden uzak durmak olarak tanımlanabilir. Bu anlamda mutluluk, Tanrı’da ve onun öğretilerinde aranmalıdır. İnsan daima şeytanın tehdidi altındadır ve bu tehditte korunmanın tek yolu Hıristiyanlığın temel prensiplerine dayanmaktan geçmektedir. Bu anlamda kilise, barbarların kendilerine taşıdığı pagan felsefesine karşı da bir savaş açmış durumdadır. Amaç, barbar kitlelerin kilise öğretilerine boyun eğmesini sağlamaktır. Çünkü kültürel birikimleri, inançları, özgün halk kültürleri ve bizim açımızdan önemli olan ampirik tıp bilgileriyle Hıristiyan dünyasını tehdit eden bu kitleler istenilen düzenin sağlanmasını tehdit etmektedirler. Ortaçağ sosyal hayatı ve baskın kilise otoritesi barbar kavimlerin sahip olduğu bu tıbbi bilgileri göz ardı ederek, bu bilgilere dayalı tedavi yöntemlerini “şeytanın işi” olarak adlandırmış ve cezalandırma yoluna gitmişlerdir. Bu tür tedavileri uygulayanlar “cadı” olarak tanımlanmış ve çeşitli işkencelere maruz bırakılmışlardır (Arda 1993:23). Karanlık Çağ olarak adlandırılan bu dönem aynı zamanda cadı avına çıkılan bir dönem olarak da karşımıza çıkmaktadır.

Ancak belirtmek gerekir ki halk tıbbını tamamen ortadan kaldıramayan kilise, aynı zamanda ondan bir takım öğeleri kendi dini inancı içerisine yerleştirerek kendi mistisizmini yaratmıştır. Böylece hastalık kavramsallaştırması aynı zamanda mistik bir görünüm kazanmıştır. Bazen Tanrı’nın bir sınaması bazen de Hıristiyanlık öğretilerinden sapmaya karşı bir ceza olarak yorumlanmış olan hastalık, aynı zamanda bir şeytanın ya da cinin ya da kötü ruhun insanın bedenine girmesiyle açıklanmıştır. Bu açıklama kendisini tedavide kutsal simgelerin kullanılması olarak göstermiştir. Kötü ruhun insan bedeninden

kaçması ancak bir takım dini ritüellerle mümkündür, bu yüzden de haç, dua, kilise çanı gibi bir takım dini göstergeler hastalıkların tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Bunun yanı sıra kötü ruhların bedenden kovulması için işkenceye de başvurulduğu çok sık görülmüştür. Temel amaç “şeytan kaçtırmaktır” (Arda 1993:120-125).

Kilise bu konuda otoritesini, kurduğu Engizisyon aracılığıyla uygularken -ki ilk kuruluş amacı Hıristiyanlık öğretisinden sapan dinsel sapkınları cezalandırmaktır- aynı zamanda geniş halk kitlelerinin de desteğini almıştır.

Bu bağlamda Ortaçağ'ın ilk dönemlerinde akıl hastaları içine kötü ruhun girdiği, şeytan tarafından esir alınmış kişiler olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda bu dönemde akıl hastalarının toplum dışına atılarak zaman zaman şiddetli işkencelere maruz bırakıldıkları da ifade edilmektedir. Özellikle büyücülere ve cadılara yapılan işkence kurumsallaştığı engizisyon aracılığıyla toplumun her alanına yayılmıştır. Engizisyon tarafından suçlanan bireylerde özellikle şeytanın işaretinin arandığı belirtilmektedir. Bu işaret vücudun herhangi bir yerinde bulunan ben, siğil ya da bir leke olabilmektedir. Bunun yanı sıra kişinin vücudunda herhangi bir işaret bulunmadığında, aranan vücutta kan akmayan bir bölgenin varlığıdır ya da kişinin acıya duyarlılığı olup olmadığının test edilmesidir. Bu çerçevede akıl hastası olarak nitelenen bireylerin de bu uygulamalarla karşılaştıkları söylenebilir (Scott 2003: 111-114).

Ortaçağ'da büyücülükle ve cadılıkla eş tutulan delilik, engizisyon mahkemelerinin bir diğer ilgi alanı haline gelmiştir. Engizisyon egemen ahlak anlayışına karşı olan, ya da karşı olduğu başkalarınca iddia edilen kâfirler, cadılar ve büyücülerin kimler olduğunu göstermekle sahip olduğu iktidarı kullanmaktadır. Görevi sözü edilen bireylerin “davranışlarını düzeltmektir” (Szasz 2007:101-104).

Ortaçağ'da tek bir delilik nosyonundan söz etmek mümkün değildir. Ortaçağ'ı dönemselsel olarak farklılaştırdığımızda değişen bilim anlayışı çerçevesinde farklı delilik konumlarına tanık olmamız mümkündür. İlk dönem işkencelere maruz kalan ve “cadı”larla bir tutularak içerisine kötü ruhun girdiği bireyler olarak tanımlanan akıl hastaları, kötü muamelelerle karşılaşmışlardır. Ancak Ortaçağın sonlarına doğru, değişen sosyal, kültürel ve ekonomik hayat, insana verilen

değeri ön plana çıkartmış ve akıl hastalarının konumunu da farklılaştırmıştır. Şöyle ki; artık akıl hastası coğrafi açıdan bir yere bağlı olmayan, yersiz, yurtsuz, mülkiyeti ve aidiyeti olmayan başıboş biri olarak tanımlanmıştır. Her köyün bir delisi vardır, evli değildir, kendine has bir dili ve oyun kuralları vardır. Kabul edildikleri, karınlarını doyurdukları, bakıldıkları destek gördükleri bir toplum içinde yaşamlarını sürdürmelerine izin verilmektedir. Aynı şekilde hareket özgürlükleri de vardır. Tehlike boyutu söz konusu olduğunda kent sınırları içerisine alınmasalar da barındıkları küçük evlerin varlığı söz konusudur ve hareketli kitleler olarak değerlendirilmektedirler (Foucault 1992).

Aynı zamanda Ortaçağ'da Avrupa'sının son dönemlerinde "soytarı" yani toplumda statü sahibi bireylerin söyleyemediklerini söyleyebilen kişi, marjinal olan birey akıl hastası statüsüyle eşleştirilerek de değerlendirilmiştir. Soytarı deli olandır ya da deliliği taklit eden. Bu bağlamda delilik sorumsuz bir hakikat olarak tanımlanmaktadır. Söylenemeyen hakikatleri statüsüne dayanarak söyleyebilen kişidir. (Foucault 1994: 222).

Bu bağlamda, Ortaçağ'da tek tip bir delilik nosyonu olmadığını söylemek mümkündür. Ortaçağ toplumları delilik durumu bağlamında deli nosyonuyla meczup nosyonunu birbirinden ayırmışlardır, ancak deliliği meczupluk halinin daha geniş bir kategorisine gönderme yapmak için kullanmışlardır. Meczupluk, kutsal bir ifade tarzı olarak düşünülmüştür ve doğa üstü güçlerle bilinçsiz bir biçimde ilişki içerisinde olan bireyler olarak tanımlanmıştır (Tekelioğlu 1999:39). Ortaçağ'da akıl hastalığı sıradan insan yaşamından soyutlanması gereken bir şey olarak görülmezken Rönesans ile birlikte (15. yüzyıl), kurumsallaşmış bir alıkoyma gerekçesi oluşturmuştur. Ancak belirtmek gerekir ki bu alıkoyma sadece akıl hastalığına değil, toplumun üretici normlarına uymayan bireylerin tamamına uygulanmıştır (Foucault 1994:215-219).

Akıl hastalığının Ortaçağ'daki konumundan kopuşu, artık bireylerin kent yaşamı içerisindeki düzenlerine dair asayiş sorunu çerçevesinde değerlendirilmesinden kaynaklanmaktadır. Ortaçağ'da deliye gösterilen konukseverlik Rönesans'la birlikte yerini alanın dışına itilmeye bırakmıştır. Deli, artık toplumsal mekan için

bir tehdittir. Rönesans döneminde deliliğin aldığı konumu anlatan en önemli gösterge Bosch'un "Deliler Gemisi"<sup>2</sup> olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **3.3. RÖNESANS'TAN KLASİK ÇAĞA DEĞİŞEN AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK ALGISI**

Kilisenin artan şiddet uygulamalarına ve dogmatik yapısına karşı gittikçe artan tepkiler ve toplumun aristokratik kesiminin dünyadaki bilimsel gelişmelerle teması Avrupa'da sanat ve felsefede olduğu kadar bilimsel düşüncede de büyük bir kültürel devrimin başlamasına öncülük etmiştir (Öztürk 2004:3).

1500-1600'lerde yaşanan bilimsel devrimle birlikte bilim dünyasında pek çok değişim yaşanmıştır. Bu değişim, bilimin her dalını etkilemekle kalmamış, araştırma yöntemlerini, hedefleri, felsefi anlayışı ve bilimin toplumda oynadığı rolü de etkilemiştir. Bu dönüşüm 14. yüzyılda İtalya'da başlayan, "Rönesans" olarak bilinen değişimin bir yan ürünü olarak değerlendirilebilir.

Rönesans'ın doğuşunda Arap dünyasının ve Eski Yunan düşünürlerinin eserlerinin tercüme edilmiş olmasının çok büyük etkisi vardır. Bu etki, Ortaçağ düşün dünyasının toplum üzerindeki baskıcı gücünün kırılmasına yol açmıştır. Klasik eserlerin çevirileri klasik öğretinin hümanist yönünü canlandırarak kültürel hayatı etkisi altına almıştır. Böylece kültürel hayat dinî sembolizmin ötesine taşınmıştır. Dinin sekülerleşmesi insanın kültürel ve fiziksel evreni tanımasını hızlandırmıştır (Ronan 2003:301-346).

15. yüzyıl Antik çağın keşfiyle beraber dünyanın yeniden keşfedilmesinde etkili olmuştur. Yeni deniz yollarının ve dünyanın yeni bölgelerinin keşfi pek çok alanda yeni gelişmeleri de beraberinde getirmiştir.

Rönesans'ın hümanist etkisi ve yenedünyanın keşfiyle kilisenin dogmatik yapısının kırılması toplumda akıl hastalığının konumunu da farklılaştırmıştır.

Ortaçağ'da toplumsal alanın içerisinde yer almasına izin verilen ancak yerleşim alanlarının dışında tutulan bir hastalık olarak cüzzam ve Engizisyon tarafından kâfirlik olarak nitelenen ve sorgulanan büyücülük 15. yüzyılda yerini akıl hastalığına terk etmiştir (Szasz 2007:19). Delilik ya da deliler tıbbi bir tanımlama

---

<sup>2</sup> Bakınız Ek.2.

içermeden, 18. yüzyıla kadar toplumsal alan içerisinde yer alan ancak ayrılmış mekânlarda yaşama hakkı bulan bir konumda olmuşlardır. Delinin bu konumu, yaşanan mekânın yerlisi olup olmamaya bağlı olarak değişmektedir. Mekanın yerlisi olanların yaşam alanları içerisinde özgürce dolaşmalarına izin verilirken, yabancıların mekan dışına itilmesi ve hatta o zaman deli gemileri olarak adlandırılan gemilerle uzak kıyılara gönderilip, oralara terk edilmesi söz konusu olmuştur (Foucault 1992:25-27). Keşfedilen yeni topraklar ıssızlıkları ve yaşam olanakları açısından delilere uygun görülmüştür. Ancak gemilerle başka yerlere taşınan deliler, zaman içerisinde taşındıkları kent alanlarının yerlileri arasına da karışmışlardır. Yönetim, bu dönem için, delileri koruma altına alma ya da onlara yardım edenlere destek olma rolünü de üstlenmiştir. Gidilen yerin yerlisi olmama ve gelen yabancıların mahiyetinin bilinmemesi delinin konumunu yeni geldiği toplum açısından belirlemektedir. Yabancı, tanımlandıktan sonra yerli halk arasında dışlanmaktadır (Işık 2001:40).

16. yüzyılda akla ilişkin bir biçim haline gelen delilik akıl ile karşılıklılık içerisine girmiştir. Doğruyu gördüğüne inanan insan, kendisinin her şeyin ölçüsü olduğu fikrine sahiptir. Dünyaya dair sahip olduğuna inandığı bilginin varlığı kendi varlığı ile özdeşleşmiştir. Çevrede gözlenen gerçekle birlikte mevcut görüntülerin özünü keşfedememek, yani varlığın özüne ilişkin sorgulamalar insan aklının boşluğunu göstermektedir ki bu da insan zihnini Tanrıya yönlendirmektedir. Varlığın özüne ulaşabilmek delilikle özdeşleşmektedir. Görünüşün geçici ve kısmî gerçeği insan zekâsının sınırlarını aşmaktadır. Şeylerin karanlık yanını keşfedebilmek ise onun deliliğinin bir işaretidir. İnsan dünyadaki görüşleri ve bunların tanrısal özleri arasındaki çelişkiyi görebilmelidir. Dünyadaki her şey varlığının içinde kendi zıttını da barındırmaktadır. Görünen içinde gerçeğini saklar, önemli olan gerçeği yani içinde taşıdığı, doğasında varolan çelişkiyi bulabilmektir. Dolayısıyla insan akli da akılsızlığıyla, başka bir ifade ile deliliğiyle varolur ve onun çelişkisi de budur. Delilik de ancak aklın varlığıyla kendini gerçekleyebilir, onun çelişkisi de akıldır. Bu anlamda akıl ve delilik bir karşılıklılık ilişkisi içerisindedir. Dünyadaki şeyler ancak kendi çelişkileriyle varolabilirler, ne zaman bu çelişkiden el ayak çekilir işte o zaman delilik durumsal olarak ortaya çıkar. Delilik, kendini Tanrının

meçhul iradesine terk etmektir, delinin misyonu sonu bilinmeyi aramak olarak belirlenmiştir. Bu anlamda Tanrıya ulaşma çabaları ya da kendini Tanrı gibi görme gayreti deliliğe maruz kalmanın tam da kendisidir. 16. yüzyılda insan akli bilgeliğe nazaran delilikten oluşmaktadır. Yani delilik ancak bir akla atfen varolmaktadır. Ancak bu aklın varlığı, deliliği bir an için ortaya çıkartmasına ve kendini dağıtan deliliğin içinde kaybolmasına bağlıdır. İşte bu anlamda akıl ile delilik sürekli olarak birbirine bağlı ama birbiriyle çelişik olarak varolabilir (Foucault 1992:54-58). Anlaşılacağı gibi, her ikisi de bir yandan birbirlerini reddederken bir yandan da birbirlerinden güç almaktadırlar.

16. yüzyılda ikisi birbiri cinsinden tanımlanan akıl ve delilik karşısında, delilik daima aklın biçimlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Onun ancak aklın alanı içinde anlam ve değeri vardır. Dolayısıyla delilik ve akıl biçimleri arasında görmezden gelinemeyecek kadar büyük oranda benzerlikler vardır. Bu benzerlikler aynı zamanda kaygı verici boyutlarda olarak değerlendirilir. Bunun nedeni de aklın en üst noktasında deliliğe ulaşması kaygısıdır. Aklın en keskin unsurları olarak değerlendirilen tutkunun şiddeti, imgelerin canlılığı ve zihnin kendine dönmesi delilik alanına ait olarak değerlendirilir. Bu anlamda delilik akıl tarafından kuşatılmıştır ve onun alanı içerisine dahil edilmiştir. Aklın bir biçimini yansıtan delilik akla içkin bir hale gelmiştir. Bir anlamda, aklın gücünü ve kendine olan güvenini yansıtan bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır (Foucault 1992: 58-60).

Akıl ile delilik arasındaki bu ilişki deliliğin iki farklı kavramsallaştırmasını mümkün kılmıştır: Çılgın delilik ve bilge delilik. Çılgın delilik akla özgün bir deliliğin varlığını reddederken; bilge delilik aklın deliliğini kabul edip onun kendi alanına nüfuz etmesine izin vermektedir (Foucault 1992: 62).

Ancak 17. yüzyıl Kartezyen dualizmi deliliği aklın sınırlarının dışına taşımıştır. 17.yüzyılın başlarından itibaren deliliğin bir akıl hastalığı olarak algılanmasının örgütlenmeye başladığını söyleyebiliriz. Ayrıca bu dönemde delinin ya da akıl hastasının gündelik hayatın içinde yer alması, hoşgörüle karşılanması anlayışı yerini, delinin tecrit edilmesi gerektiği anlayışına bırakmıştır. Delilerin kapatılması anlayışı dönemin genel kapatma anlayışının bir sonucu olarak görülebilir. Bu süreçte kurumsal psikiyatrinin ortaya çıkışı ve kontrolü

sağlayacak otorite olarak da ruh doktoru figürünün gelişimi sözkonusu olmuştur (Szasz 2007:34-35).

Bu bağlamda da Engizisyon ve cadı avıyla oluşturulmuş tablo yerini ruh doktoru ve akıl hastası arasındaki ilişkiye bırakmıştır. Halk sağlığı üzerine kurulmuş olan yeni toplumsal düzende bu düzeni bozanlar akıl hastaları olarak tanımlanmıştır (Szasz 2007:44).

Bu süreçte de toplumsal ayrımcılık toplumun hemen her kesiminde istenmeyenlere uygulanan bir mekanizma olarak kendisini göstermektedir. Bu daha sonra “Büyük Kapatma” olarak adlandırılacak süreci getirmiştir. (Foucault 2003: 150-151).

17. yüzyıl toplumu delilik karşısında hoşgörüsüz bir tavır takınmıştır. En küçük toplumsal birimler içerisinde bile delinin varlığı kabul edilemez olmuş, dışlanmaya ve kapatılmaya başlanmıştır. Bunun nedenini Foucault, kapitalizmin gelişmesine bağlamaktadır. Kapitalist sistem aylak, çalışmayan ve sistemin üretimine hizmet etmeyen bir nüfus kitlesinin varlığına hoşgörüyü bakamaz. Kapitalizmin etkisiyle ortaya çıkan kapatma kurumlarının temel işlevi sadece delileri değil, çalışamayan durumda olanları, meslek sahibi olmayanları, aylakları, müsrifleri, fahişeleri vb. kapatmaktır. Kısaca günümüzde asosyal olarak adlandırılabilir olanları, ekonomik normlara göre örgütlenmenin önünde engel teşkil edenleri deli olarak nitelemek ve onları kontrol altına almak. Böylece deli ilk kez toplum karşısında anormal olarak ve dışlanması gereken olarak tanımlanmıştır. O zamana kadar marjinal ama topluma dahil edilen deli, hem marjinal hem de istenilmeyen olarak etiketlenmiştir. Kapitalizmle birlikte ekonomik normların gelişimi ve bunun dışında olanların dışlanması büyük bir kapatılma mekanizmasını devreye sokmuştur. Ancak kapatmanın amacı iyileştirmek değildir. Yani deli olanları normal yaşama kavuşturmak gibi bir gaye söz konusu değildir. Çalışmadığı için kapatılanlar yeni bir çalışma disiplini içerisine dahil edilmektedirler (Foucault 2003: 155-156).

Foucault bu bağlamda öncelikle 17. yüzyıldan günümüze kadar olan dönemde delilik ve sanayi tipi toplum arasında bir ilişki arayışına ve belirlemesine gitmiştir. Buradan hareketle öncelikle, Fransa’da oluşturulan Genel Hastane mekanizmasını inceleme nesnesi olarak ele almıştır.



Genel Hastane “her cins, köken ve yaştan, hangi nitelik ve soydan ve hangi durumda olurlarsa olsunlar sağlam veya sakat, hasta ve nekahet halinde, tedavisi mümkün veya mümkün olmayan” tüm Parisli fakirlere ayrılmış evlerin toplamından oluşmaktadır. Delilerde bu evlerdeki yerlerini almaktadırlar. Ancak belirtmek gerekir ki Genel Hastane tıbbi bir nitelik taşımamaktadır, daha çok Fransa’daki monarşik düzenin bir yürütme kurumu işlevi gören yarı adli bir yapıya sahiptir. Krallığın emriyle Fransa’nın tamamına yayılan Genel Hastane kendini Kilisenin etkisinden uzak tutmaya çalışmıştır. Ancak Kilise her ne kadar bu sistemin dışındaymış gibi gözüke de kendisine bağlı yardım kurumlarını ve örgütlerini Genel Hastanenin işleyişine uygun olarak ıslah etme yoluna gitmiştir (Foucault 1992: 83; Işık 2001:40-41; Szasz 2007:45-47).

Kilise ve monarji arasında bir işbirliği ve gizli bir rekabet doğrultusunda gelişen kapatma sadece Fransa ile sınırlı kalmamış ve Avrupa’nın neredeyse tamamına yayılmıştır. Bu anlamda mevcut kapatma kurumları, siyasal, dinsel, ekonomik ve ahlaki anlamların tamamını bünyesinde barındıracak şekilde işletilmiştir. Avrupa’nın büyük bir kısmına yayılan bu kurumların işleyişleri farklılaşsa da toplum içerisindeki statüleri hep aynıdır. Bu anlamda tarih içerisinde gelişen düşkün yurtları, kapatma evleri ve bu tip kurumlar Klasik Çağın getirisi olarak nitelendirilebilir. Örneğin; ıslahhaneler ilk olarak Fransa’dan önce Almanya’da 1805 yılında kurulmuştur (Szasz 2007:47). İngiltere’de ise 16. yüzyılın sonunda serserilerin cezalandırılması ve fakirlerin barınması için her bölgede bir kapatma kurumunun kurulması yasalaştırılmıştır. Bu yasa daha sonra, 17. yüzyılın başında, bu tür kurumların açılmasını yeni bir örgütlenmeye tabi tutacak bir biçimde ve sorumluluğun bölge savcılarına verilmesini kapsayacak şekilde genişletilmiştir. İngiltere’de kurulan bu ıslahevleri (house of correction) istenilen işleyişi ve yürütmeyi sağlayamayınca 17. yüzyılın ikinci yarısında bu ıslahevleri yerine çalışma evleri (workhouse) kurulmuş ve sayıları hızla artmıştır. 18. yüzyıl boyunca Avrupa’yı birer kapatma ağı haline getiren bu kurumlar suçluları, aile huzurunu bozanları, hırsızları, serserileri ve meczupları aynı duvarlar arasına sıkıştırmıştır. Klasik Çağda delilik de bu kapatma kurumlarının öznesi haline gelmiştir (Foucault1992: 88-89).

Baskının ve ahlak anlayışının onaylanması temelinde gelişen bu uygulamalar, toplumsal kontrol mekanizması olarak Engizisyonun yerini, kurumsal psikiyatrinin aldığı gösteren önemli delillerdir.

Artık kendi varoluşuna karşılık veremeyen, fakir, sefil, çalışmayan insan, Ortaçağ'ın hiç tanımadığı yepyeni bir yüz kazanmıştır. Sefaletin ortadan kaldırılması ve ahlaki olarak cezalandırılması işlevlerini yürüten kapatma kurumlarının hızla çoğalması "Büyük Kapatma" dönemini başlatan süreç olarak karşımıza çıkmaktadır.

Büyük kapatma, kendisini bir asayiş sorunu olarak tanımlamaktadır. Klasik dönem anlayışı içerisinde asayiş, çalışabilir olmaya karşılık gelmektedir. Bu anlamda kapatmayı gerekli kılan şey çalışma zorunluluğudur. Genel Hastane'nin ortaya çıkış amacına baktığımızda, esas amaç; düzensizliğin kaynağı olarak tanımlanan aylaklık ve dilencilik önlenmesidir. Bu amaç çerçevesinde kent sınırları içerisinde çalışmayanlar, aylaklar ve dilenciler toplatılmakta ya da sınır dışarısına atılmaktadırlar. Bu tür çözümlerin yerine şimdi kesin bir çözüm olarak dışlama yerine kapatmaya işlerlik kazandırılmıştır. Ekonomik bunalım dönemlerinde devreye sokulan kapatma kurumları 18. yüzyılın ikinci yarısına kadar, bu işlevlerini sürdürmüşlerdir. Bunalım dönemleri dışında ise kapatmanın farklı bir anlamı vardır. Bu da, baskı altına almak olarak yorumlanabilir. Kapatılmış olanları toplum refahı için çalıştırmak, ucuz emek elde etmek ve olası ayaklanmalara karşı toplumun düzenini koruma altına almak (Foucault1992:99-104).

Kısaca, Klasik Çağ kapatmayı iki temel amaç için kullanmıştır: İlki; işsizliği emmek ya da başka bir ifade ile işsizliğin neden olduğu toplumsal sorunları ortadan kaldırmak. İkincisi; ücretlendirmeleri ve ücret hadlerini dengelemek.

17. yüzyılda bu amaçlar için kurulmuş olan kapatma kurumları, işlevlerini tam olarak yerine getiremediklerinden 19. yüzyılın başında, tamamıyla delilere terk edileceklerdir. Oysa ki, delilik kapatma olgusunun en başından beri aylaklarla aynı muameleye sokulmuş ve ortak çalışma alanlarındaki yetersizlikleri dolayısıyla daha görünür hale gelmiştir. İşte deliliğin kapatılması ve kitlelerle birlikte kurumlara dahil edilmeye başlamaları 17. yüzyılda gerçekleşmiştir.

### 3.4. MODERN DÖNEMDE AKIL HASTALIĞI VE DELİLİK

17. yüzyıl boyunca kendini gösteren kapatma, 18. yüzyılın ikinci yarısından sonra bir kırılmaya uğramış ve deliliğin konumu da buna bağlı olarak değişmiştir. 1789 Fransız devriminden hemen sonra 1792 yılında, İngiltere ve Fransa'da yaşanan ve delilerin bir hasta olarak tanımlanmasına yol açan olaylar zincirinde öncelikle, Klasik Çağ'da işsizlerin, yaşlıların, sakatların ve akıl hastalarının -iş göremez, işe yaramaz olanların- maruz kaldığı büyük kapatılma ortadan kalkmıştır. Bunun sonucu olarak da hapishanelerin kapıları açılmış ve hapishane/hastane ayrımı gündeme gelmiştir. Fransa ve İngiltere'de eş zamanlı olan bu kırılma, daha önce bir hastalık olarak düşünülmeyen akıl hastalığının artık suçlulardan ya da yaşlılardan farklı bir konumda olduğunu kabul eden ve deliliği tıbbileştiren bir anlayışın ürünü olarak değerlendirilmiştir (Foucault 2003: 214). Foucault Avrupa'da deliliğin tanımsal içeriğinin bu şekilde açıklanmasına eleştirel yaklaşmakta ve hatta karşı çıkmaktadır. Eleştirdiği ya da karşı çıktığı ilk nokta, delilerin suçlularla aynı konumda tanımlanmasıdır. Bu dönemde kurumsal psikiyatri "delilerin kendilerine ya da başkalarına zarar verebilecekleri" ihtimaline dayanarak onları suçlu muamelesine tabii tutmuştur. Böyle bir ilişkinin kurulmuş olması kapatma yasalarının bireyin hasta ya da sağlıklı olması üzerinden değil, tehlikeli olup olmaması üzerinden işlediğini de göstermektedir (Szazs 2007:49-50). İkinci karşı çıkış noktası ise, 1792'den itibaren deliliğin eski statüsünden kurtulmuş olduğu ve daha önce suça yatkınlık olarak değerlendirilen deliliğin, artık tamamıyla bir hastalık olarak değerlendirileceği kabulüdür. Ona göre, toplumların farklı doğaları ve işleyiş biçimleri olmasına rağmen tüm toplumlar için geçerli olan evrensel bir delilik statüsünden söz etmek mümkündür. 16. yüzyıldan 19. yüzyıla kadar olan dönemde deliliğin statüsünde meydana gelen değişiklikler esas öze dokunulmadan gerçekleşmiştir. Bu anlamda Foucault bu değişimin nasıl bir öz değişikliği olmadığını ortaya koyarken etnolojik statüyü oluşturan şeyi bulmak yoluna gitmiştir (Foucault 2003: 215-216).

Foucault (2003: 218), etnologların tanımladığı ve toplumların dışarıdakiler olarak nitelendirdikleri marjinal insan kategorilerini saptamada toplumlarda

varolan 4 dışlama sistemi olduğuna dikkat çekmiştir. Bu 4 dışlama sistemini şu şekilde tanımlamaktadır.

- a. Ekonomik üretim temelinde bir dışlama sistemi. Her toplumda üretim sistemi içerisinde yer almayan ya da almak istemeyen insanlar vardır. Bunlar üretim sistemine dayalı toplumda dışlamaya tabi tutulan kişilerdir.
- b. Toplumun üretimi yani aile karşısında da marjinal olan bireyler söz konusudur. Bu süreç içerisinde yer almayanlar da bir dışlamaya tabi tutulurlar. Bu anlamda aile sistemi karşısında marjinal kişilerin olmadığı toplum yoktur (aile kurmak istemedikleri için bekar olanlar ya da buna mecbur oldukları için bekar olanlar gibi)
- c. Söylem ya da sembol üretim sistemi karşısında dışlananlar. Her toplumda sözleri toplumun geri kalanından daha değerli kabul edilen ya da daha değersiz kabul edilen bireyler vardır. Bu anlamda toplumda sözlerin değer ya da değersizliğine dayandırılan bir dışlama sistemi her zaman mevcuttur.
- d. Son dışlama sistemi oyun karşısında işleyen sistemdir ki burada her toplumda oyun karşısında diğerleriyle aynı konumu paylaşmayan insanların varlığı söz konusudur. Bunlar oyundan dışlanmışlardır.

Her toplumda bu dışlama sistemlerinde yer alan bireyler varsa o zaman tüm bu sistemlerin hepsinden aynı anda dışlanan bireylerin de var olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. İşte Foucault tüm bu sistemlerin hepsinde dışlanmış olan insan kategorisini deli diye adlandırmaktadır. Avrupa toplumlarının her aşamasında bu 4 dışlama sisteminin tümünden de dışlanmış olan birey kategorisi delilerdir. Bu bağlamda Ona göre geçmişte ya da günümüzde Avrupalı ya da Japon delinin ortak noktası bu 4 dışlama sisteminin hepsinden dışlanmış olmasıdır. Dolayısıyla deliliğe dair tanımsal değişim öze ilişkin değildir.

Daha önce de ifade ettiğimiz gibi, 17. yüzyılda ortaya çıkan “Büyük Hapsetme” Descartes’in tanımlamasına atıfla “Usdışı” olarak tanımlanan öznelerin yani “deli”lerin toplumsal pratikten dışlanmasını amaçlayan “Us” ve “Usdışı” arasındaki karşıtlık ve ayırım temelinde işlemektedir. Klasik çağda toplumsal yaratık olan insanoğlunun ussal yeteneklere sahip ve buna göre davranan

olarak tanımlanması, deliyi usdışı alanın içerisine yerleştirmektedir. Bu anlamda da modern öznenin kurulması ve mutlakiyetçi devlet anlayışının çözülmesi sürecinde hapsedme pratiği etkin bir rol oynamıştır.

18. yüzyıl boyunca kapatmanın varlık nedeni; kamu ahlakını ve kamu düzenini bozanların hayatlarını ve vicdanlarını düzene sokmak olmuştur. Bu anlamda kapatma, otoriter bir biçimde toplumsal bir mutluluk efsanesi yaratmayı temsil eder görünmektedir. Kapatma; mükemmel bir toplum yaratılması sürecinde kendisini dinle eşdeğer görüp ona göre işleyen asayişin en önemli simgesidir (Foucault 1992:118-119). Toplumun genel ahlakı ile uyumsuz olan davranışlar ve adetler kişilerin hem kendilerine hem de özellikle genel topluma zarar verdiği anlayışıyla dışlanmış ve bulaşıcı bir hastalık görünümünde sunulmuştur (Szasz 2007:53). Bununla bağlantılı bir anlayışla, delilik de 19. yüzyılda artık usdışılıkla değil toplumsal/çevresel etmenlerle özdeşleştirilmeye başlamıştır (Tekelioğlu 1999:51-52).

Hapsedme pratiği toplumsal düzenin sağlanması ve refahın yeniden oluşturulması sürecinde kendisini kamu ahlakının farklı biçimlerine farklı şekillerde adapte etmiştir. Bu bağlamda Foucault ortaya çıkan 3 kamu ahlakı bölümünden söz eder; cinsellik, din ve genel kamu ahlakı (Foucault 1992:127; Tekelioğlu 1999:43-44).

Cinsellik; temelde burjuva aile yapısının değerlerini koruma altına almak amacıyla ona uygun şekilde tanımlanmıştır ve onun dışında kalan tüm cinsel tanımlamaları "ahlakileştirme" gayretine bürünmüş bir zührevi hastalıklar kategorisinin tanımlanmasına yol açmıştır. Dolayısıyla, bu yeni ahlaki tanımlama dışında kalanlar hapsedme söyleminin özneleri olarak karşımıza çıkmıştır. Burjuva ailesinin yarattığı aile kurumu akıl çemberinin sınırlarını belirlemektedir. Deli ise bu çemberi bütün olasılıklarıyla tehdit eden kişidir. Aile içinde aile kurallarının önceliğini vurgulayan aileye içkin duyarlılık; mevcut aile düzenine ve çıkarına uygun olmayan her şeyi akıl bozukluğu olarak dışlamaktadır. Sefahat, gizli ilişkiler, utanılacak evlilikler kapatma nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Önemli olan burjuva ailesinin istekleridir. Kurallar aile içerisinde çizilmiştir. Cinsellik bu sınırlar içerisinde yaşandıkça akla uygundur yoksa dışlanır (Foucault 1992: 137-138).

Kısaca ifade etmek gerekirse, aile içi ilişkiler genel kamu ahlakıyla, kamu düzeniyle ilgilidir. Toplum düzeni aile düzeniyle özdeştir ve aile düzenine saldırı, topluma saldırı olduğu gibi akıl bozukluğu alanını da doğrudan ilgilendirmektedir.

Din; burjuvazinin yeni ahlakı tarafından dünyevileştirilmiştir. Kilise ve devlet otoritesine karşı her türlü eylem cezalandırma pratiği içinde kendisine yer bulmuş ve “usdışı” olarak nitelendirilmiştir. Dolayısıyla “usdışı” olarak nitelendirilen bu suçları işleyenler hapsedilmeyi hak etmektedir. Kutsala karşı yapılan tüm saygısızlıklar kapatma nedeni olarak tanımlanmıştır. Dine hakaret zihin bozukluğunun bir göstergesi olarak düşünülmüştür (Szasz 2007). Foucault (1992:140-143), bu algının delilikle özdeşleştirildiğini belirtir. Klasik dönem için delilik doğal bir durum olarak algılanırken moderniteye geçişte delilik “usdışılıkla” özdeşleştirilmiştir.

Hapsetme pratiğinin beraberinde getirdiği bir diğer kategorik tanımlama da ahlaksızlardır. Foucault, ahlaksız; “tutkular sistemi ve özgür düşünce arasında kurulan yeni ilişkilere” ait bir özne olarak tanımlamıştır (Tekelioğlu 1999:44). Düşüncenin baskı altına alınmasını gerektiren durumlar dışında hareket edenler, düşüncelerini özgürce ifade edenler, ahlak sınırını aştıklarında kapatılmaktadırlar. Gereğinden fazla serbestlik ve toplumda mevcut adetler dışında davranmak ahlaksızlık olarak tanımlanmaktadır. Adetlerdeki serbestlik, tutkunun dışı vurumu akıl bozukluğu alanının yeni öznesi olmuştur. Gönülden gelen arzulara karşı koymayan, bunları dışı vuran özne ahlaksızlık alanı içerisinde akıl sınırları dışında tanımlanmaktadır (Foucault 1992: 146-151). Ahlaksızlık da tıpkı delilik gibi, “usdışı” alanı içerisine dahil edilmiştir. Usdışı özneler olarak tanımlanan deliler ve diğerleri üzerinde hapsetme pratiği aracılığıyla toplumsal bir kamu ahlakı algısı oluşmuştur.

Artık akıl bozukluğu, insanın duyuları, arzuları, doğasının en serbest, baskı altına alınmamış biçimlerinden oluşan gerçeğin alanına ait olarak tanımlanmaktadır. Bu anlamda akli bozuk olanlar toplumun tanıdığı ve soyutladığı tiplerdir; sefil, savurgan, eşcinsel, büyücü, intihar eden, adetleri serbest olan. Böylece akıl bozukluğu ya da delilik toplumsal kurallardan sapma ile tanımlanmaya başlanmıştır.

Bu anlamda, çağdaş delilik deneyiminin temelleri; suçtan, cinsel sapkınlığa, büyüye, adet serbestliğine, tutku çılgınlığına uzanan bir kalabalıkla atılmıştır. “Kapatılması uygundur” denenler akıl bozukluğu alanına, deliliğe, dahil edilmişlerdir.

Sonuç olarak, 17. yüzyılda gelişen hapsedme pratiğiyle “delilik” toplumsal sistem için bir tehlike olarak algılanmaya başlamıştır. Hasta statüsüne ve aynı zamanda toplumsal sistem için zararlı statüsüne yerleştirilen “deli”nin hapsedme pratiği içerisindeki konumu doktorlarında bu sistem içerisine dahil olmasını ve psikiyatri pratiğinin bir toplumsal denetim mekanizması ya da “kamu hijyeninden sorumlu denetçiler” olarak tanımlanmasını getirmiştir (Szasz 2007:54-57). Kendilerine atfedilen misyon çerçevesinde doktorlar kendilerini daha çok kamu ahlakından sorumlu olarak görüyorlardı ve bu bağlamda da “tehlikeli” olan her şeyi tanımlamak ve hapsedmek onların kontrolünde olmalıydı. Bu anlamda Foucault’ya göre hapsedme şartlarını belirleyen şey, “tehlike” ve “kamu bakışı” yani toplumsal duyarlılıktı. Bu anlamda hapsedme öznesi açısından yargılayıcı toplumsal deneyimin iki eksenine vardı: İlki; hukuk öznesi olan kişinin yükümlülükleri ve deneyimleridir ki bu modern disiplinler için bir sapma noktası olarak tanımlanır. İkincisi de; toplumsal bir varlık olarak birey deneyimidir. Bu anlamda artık psikiyatri 19. yüzyılda kendisini normal anormalden kesin olarak ayırılmasına dayanan ikircikli bir patolojik bakış ekseninde tanımlanmaya başlamıştır. Dolayısıyla delilik de yasal zemin dışında özel bir kurum, psikiyatri, içerisinde normalleştirmeye tabi tutulmuştur. (Tekelioğlu 1999:48).

Dolayısıyla bu sistem yani kapatma pratiğinin gelişimi normal olanı normal olmayandan ayıran bir ikili karşıtlık pratiğini işler hale getirmiştir. Ancak yavaş yavaş delilik ve herkes gibi olmamak gibi fenomenler hastalıkla eşleştirilmeye ve tıbbin alanına dahil edilmeye başlanmıştır. Deliliğin tıbbileştirilmesi, varlığın genelinin tıbbileştirilmesinin sadece bir parçası olarak düşünülmekteydi. Normal olanı anormal olandan ayırmaya çalışmak aynı zaman da bir tür iktidarı uygulama biçimi olarak düşünülmelidir. Bu anlamda da hem belirli durumların tıbbî kavramlar çerçevesinde tanımlanması hem de sosyal normlara bağlılığı artırmak amacıyla davranışları kontrol altına alma çabası tıbbin iktidarını ilan

eden tıbbileştirmenin iki boyutu olarak karşımıza çıkmaktadır (Reisman 1987:103).

Tıbbileştirme Conrad (1992:210) tarafından “bir soruna tıbbî olarak bakma, onu tıbbî kavramlarla tanımlama, sorunu anlamak için tıbbi bir çerçeve uygulama ve sonuç olarak onu tedavi etmektir” şeklinde tanımlanmıştır.

18. yüzyıldaki tıbbi pratik deliliği artık bir semptombilim yani gözlenebilir davranışlar üzerine temellendirmeye başlamıştır. Bu noktada Foucault birkaç tip sorunsalın varlığından söz etmektedir (Tekelioğlu 1999:51). Bunlardan ilki; delilik biçimlerinin, hastanedeki hasta insanların davranışlarının gözlemlenmesiyle saptanacak patolojik göstergeler içinde tanımlanması sorunudur. Çünkü hastane sistemi içerisindeki koşulların yetersizliği ve buralarda bulunan insanlara yönelik acımasız davranışlar, mevcut sistem içerisindeki bireylerin kolaylıkla “delirmesine” olanak sağlayacak biçimde örgütlenmiştir. İkinci sorunsal; deliliğin biyolojik sistem içerisine yerleştirilmesi sorunudur. Çünkü O’na göre “deliliğin somut biçimlerine” ilişkin bir yaklaşım oluşturduğumuz anda, fiziksel nedenler, farklılıkların temel ögesi haline gelmektedir.

Bir diğer sorun da dönemin tıbbi pratik yaklaşımlarından doğan sorunlardır ki bununla bağlantılı bir diğer sorun da mevcut tıbbi pratiğe yöneltilen eleştirilerden doğan sorunlardır.

Psikiyatrinin ortaya çıkışı ve amacı başlangıçta kendisini tıbbi işlevle sınırlandırmamış, bir toplumsal düzen yaratma amacıyla toplumun geneline yayılma ihtiyacını taşımıştır (Szasz 2007:54). Yani toplumun her yerinde karşılaşılan sorunları çözme görevini kendinde görmüştür. Kendilerini kamu sağlığını korumakla görevlendiren psikiyatrlar topluluğu, kargaşa, tehlike anlamına gelen her şeyin denetlenmesi ve kontrol altına alınması gerektiği inancıyla 19. yüzyıl psikiyatrisinde “tehlikeli” olan kapatılır” anlayışını benimsemişlerdir. Onlar için önemli olan sadece başkaları için tehlikeli olmak değildir, kişinin kendisi için de tehlikeli olması başlı başına bir müdahale alanı olarak görülmektedir. Bu ihtiyaç çerçevesinde psikiyatri delilerin kapatıldığı mekanları (tımarhane) iki amaçla kullanmıştır. Bunlardan biri; ileri boyuttaki



rahatsızlıkları tedavi etmek, ikincisi de kendisine bir hastane görüntüsü vererek bilimselliğini görünür kılmaktır (Foucault 2003: 118-119)

Bu noktada denebilir ki; psikiyatri kişileri “normalleştirmenin” ve iyileştirmenin” tüm iktidarına sahip olmuştur (Foucault 2003: 134).

Psikoloji ve psikiyatri bilimleri delilik kavramının modern olmayan ve modern dönemlerdeki farklılaşmasını beden ve ruh arasındaki kartezyen ayırım doğrultusunda şekillendiğini belirtir. 17. ve 18. yüzyıllarda delilik beden ve ruh ayırımının olmadığı bir toplumsal algı çerçevesinde tanımlanmıştır. Bu nedenle de deliliğin tedavisinde doğrudan bedene yönelik müdahaleler ön plandadır. Beden sağlıklı olursa ruh da sağlıklı olur anlayışına dayalı bir tedavi mekanizması işletilmektedir. Modern tıp anlayışının gelişimiyle birlikte ya da başka bir ifadeyle beden ve ruh ayırımına dayalı kartezyen ayırışma anlayışı benimsendiğindeyse, bedene yönelik müdahaleler yerine ruhun iyileşmesine yönelik müdahalelere geçilmiştir.

Özetle Foucault, Akıl hastanesinin ortaya çıkmasına neden olan 3 tarihsel aşamadan söz etmektedir:

1. Hapsetme pratiğinin gelişimi ve tıbbi söylemle teması
2. Hapsetme sistemi içerisinde deliliğin, ekonomik anlamda çalışabilirlik kabiliyeti temelinde yeniden tanımlanması
3. Deliliğin toplumsal refah ve yardım düşüncesi temelinde ele alınması.

Bu anlamda tarihsel olarak hastane reformunda delilik tedavisi ayrı bir kurumu gerektiren bir kavramsallaşmaya tabi olmuştur. Delilerin ayrı bir kurum içerisinde ıslah edilmesi delilik kavramının bilimsel anlamda gözlemlenmesini de beraberinde getirmiştir. Bu anlamda delilik tıbbî söylemin tek nesnesi haline gelmiştir.

Modern delilik deneyimi, daha öncede belirttiğimiz gibi, beraberinde “doktor”un iktidarını getirmiştir. “Doktor” stratejik bir konum edinmiştir. Çünkü akıl hastanesi artık burjuva toplumunun değerlerinin simgelandığı, yapılarının ön plana çıkarıldığı bir yapıya sahiptir. Burjuva değerleri doğrultusunda iyileştirilmesi gereken bir “hasta” söz konusudur. Bu anlamda yeni bir öze yani “hasta, yeni bir gerçek rejimi yani akıl hastanesinin uyguladığı programlar ve gerçeğe sahip yeni bir özne yani “doktor” ya da “psikiyatrist” sahip oldukları yeni niteliklerle

ortaya çıkmıştır. Delilik bu bağlamda değerlendirildiğinde, hastanın kendi benliği karşısında bir yabancıya dönüşmesi olarak tanımlanır. Dolayısıyla delilik bireyin kendi gerçekliğiyle olan ilişkisi temelinde tanımlanmıştır. Dolayısıyla öne çıkan 3 önemli alandan söz edebiliriz: İnsan, insanın gerçekten sapması ve insanın gerçekliği... (Tekelioğlu 1999:59-60).

Klasik tıp söylemi de böyle bir öznellik alanına eklemlenmiştir. Bu bağlamda da delilik deneyiminin iyileştirilmesinde modern tedavi yöntemlerine geleneksel tedavi yöntemleri de eklemlenmiş olmaktadır. Bu bağlamda modern delilik söylemi iki kutuplu bir yapıda eşzamanlı bir eğilimle değerlendirilmektedir. Bunlardan ilki; deliliği ve usdışını toplumsallaştırma yönünde hümanist bir eğilim, diğeri de delilik deneyimi üzerinde bir üst bakış kurmak için koruyucu bir eğilim. Her iki eğilimde modern delilik söyleminin gelişimine eş zamanlı olarak eşlik etmişlerdir.

#### Modern Delilik Deneyiminin İki Karşıt Eğilimi:

Hümanist / Olumsal Eğilimler	Koruyucu Olumsuz Eğilimler
Deliliği öteki akıl dışı durumlardan ayırt etmek için	Deliliği doğruya döndürmek için ona özel, ayrıcalıklı bir alan açmak için
Hastaneyi tıbbî bir muayene fikriyle kurmak	Deliyi "tıbbî" hastaneye kapatmak için
Deliliği günlük yaşamın gerçeğinde normalleştirmek için	Deliliği kaçınılmaz determinizmlerin sonuçlarından biri olarak tanımlamak için
Bireyin "anormal" biçimlerde de kendini ifade hakkını kabul etmek için	"Sapkın" davranışı tespit etmek için tıbbi bir tespit aracı bulmak için
Deliliği mutsuz bilincin ve tutarsız yaşam değerlerinin bir sonucu olarak tanımlamak için	Toplumsal yaşamı moral çelişkilerde tanımak için
Deliliği biricik bir deneyim olarak kategorize etmek için	"Sapkınlığı" uyumlu toplumsal değerlerle karşılaştırmak için
Sanatsal alanda uç biçimlerde de delice ve sapkın ifadelerde bulunabilmek için bir alan açmak amacıyla	Yaşamı "gerçek" ve "gerçek olmayan" şeklinde ayırıp sanatsal/edebî alanı "gerçek olmayan" alana iliştmek için

Kaynak: "Michel Foucault ve Sosyolojisi", Orhan Tekelioğlu, Bağlam Yayınları, 1999,s.61.

Buna karşılık, 19. yüzyıl ve 20. yüzyıl arasındaki dönem psikiyatrinin tehlikeli bireylerin tanımlanmasındaki yardımcı patolojik eğilimleri belirlediği bir süreç olmuştur.

Modern toplumun ortaya çıkardığı yeni iktidar anlayışında birey, sürekli olarak, belirlenmiş normal davranış standartlarına yönlendirilmiştir. Bu normalleştirilmiş disiplin anlayışı bireylerin içselleştirdikleri bir süreç olarak kendini göstermiştir.

Bu anlamda dışarıdakiler marjında yer alanların başında deliler ya da akıl hastaları gelmektedir (Foucault 2003: 216). Toplumun genel kural ve normlarına uyanların kendilerini bu toplumun düzenleyicileri olarak tanımlamaları ancak ve ancak kendilerinden olmayan dışarıdakilerin varlığına bağlıdır.

Artık 20. yüzyılda eleştirilenler toplumun dışladığı akıl hastaları değil, bilgi ve otoritelerini içinde yer aldıkları kurumu desteklemek ve “sapmış” bireyleri patolojik hale getirmek için kullanan doktorlar, akıl hastalığı noktasında da psikiyatristlerdir (Nye, 2003:115-116).

Tıbbileşmeye yöneltelen eleştirilerde Foucault ile benzer bir biçimde Illich (1995:41) de kimin “sağlıklı” ya da “hasta” olduğuna karar veren mekanizma olarak iktidarını ilan eden tıbbi pratiği eleştiriye boğmaktadır. Ona göre tıp, “sapma”yı tanımlama ve onu meşru kılma gücünü elinde bulundurmaktadır. Bu güç Szasz (2007)’ın işaret ettiği bir tehlikeye dikkat çekmeyi gerektirir. Kimin “akıl hastası” ya da neyin “akıl hastalığı” olarak tanımlanacağı gücünü elinde bulunduran psikiyatristin engellenemez iktidarı ve kendisine biçmiş olduğu toplum polisliği.

“Sapan” davranışı tanımlama iktidarını elinde bulunduran tıp ve psikiyatri bilimleri kendilerine bir sosyal kontrol alanı yaratmışlardır. Bu durum, tıbbi kuralların sadece olanı değil olması gerekeni de belirlemesine yol açmıştır (Reisman 1987:104).

Başka bir ifadeyle, pozitivistik psikiyatri sosyolojideki temel kabuller paralelinde olguların değer-bağımsız anlayışla ele alınması gerektiği görüşünü benimseyerek, akıl hastalığını neden-sonuç ilişkileri temelinde değerlendirmektedir. Bu da psikiyatrinin tıp camiasında bağımsız bir otorite olarak algılanmasına neden olmuştur. Pozitivizm, gözlemlerin nesnel olarak yapılabileceğini, kuramların doğa bilimlerinde olduğu gibi aynı nedensel belirleyiciler temelinde kurulabileceğini varsaymaktadır. Bu kabulde pozitivist psikiyatri de özenli ve yansız bir şekilde hasta üzerinde gözlemler yapmayı amaçlamıştır. Hasta bir dizi temel değişkene indirgenirken, hastalık da

gözlemlenebilir bulgulara dayandırılarak açıklanmaya çalışılmıştır. Psikiyatrideki bu kabuller ve gelişim çizgisi psikoloji ve sosyolojide geliştirilen tezlerle yakından ilişkilidir. Dolayısıyla, bu temelli psikiyatri Durkheimci gelenekle bağlantılı olarak geçerli açıklamalara ulaşma gayretinde olmuştur. Tek yasal açıklama biçiminin, insan hayatını yöneten kuralların doğayı yönetenlerle aynı karakterde olması anlamında, nedensellik olduğu düşünülür (Ingleby, 2001:110-115).

Psikiyatrinin değer-yansızlığını eleştiren en önemli isim olan Szasz çalışmalarında ruh hastasının saptığı/ihlal ettiği normları tespit etmiştir. Ona göre, psikiyatri “yaşam sorunlarıyla” ilgilenmelidir. Yaşam sorunlarının temelinde de toplumun mevcut kurumları arasındaki gerilimler yatmaktadır. Bu çerçevede Szasz, ruh hastalığı üretiminin toplumsal mekanizmalarını parçalara ayırmıştır. Onun yazdığı psikiyatri tarihi, tıbbın normalleştirici bir toplumda nasıl işlev gördüğünü ortaya koymaktadır. Ona göre, tıbbın her yere yayılmış olan genel etkinliği toplumsal bir işlev haline gelmiştir. Bunu sağlayan şey ise onun bilimsel kuruma dahil olmasıdır. Tıp, toplumsal kontrol mekanizması olarak işlev gördüğü gibi disipline edici etkiye de sahiptir (Szasz, 2001:172-180).

Bu noktada Szasz (2007: 67-72) psikiyatristlerin her durumu akıl hastalığı olarak tanımlama gücüne dikkat çekmektedir. Psikiyatrist, hastanın korkularını, şüphelerini belirti olarak kaydederken; hastanın işbirliğine yanaşmaması ya da tedaviyi reddetmesi durumunu da “akıl hastalığı” belirtisi olarak tanımlamaktadır. Bu durum modern psikiyatrinin her davranışı “anormal” olarak tanımlayabileceğini ya da her insanı “akıl hastası” olarak niteleyebileceğini göstermektedir. Szasz, psikiyatrinin deliyi “hasta” olduğuna inandırdığını belirtmektedir.

Psikiyatrist aynı zamanda hasta üzerinde silinemez bir damga bırakır. Akıl hastalığını teşhis eder, hastayı kapatır, serbest bırakır; ancak koyduğu damgayı geri alma gücü yoktur. Bu durumda önemli olan deliyi hasta konumundan çıkartmaktır (Szasz, 2001:172-180).

Modern hastalık kavramının hastalığı bireyden bağımsız bir “varlık” olarak tanımladığı süreçte akıl hastalığı da bireylerin yakalandığı ya da kaptığı bağımsız bir varlık olarak tanımlanmıştır. Bu anlamda da kişi ihmal edilmiştir.

Kişinin ihmali onun çevresiyle olan ilişkilerinin, kültürel özelliklerinin ve etkileşim süreçlerinin ihmali anlamına gelmektedir. Dolayısıyla aslında tüm alanlar için geçerli olan bireyin toplumsal bağlam içerisinde onu yaratan ve dönüştüren bir özne olarak düşünülmesi, hastalıklarının tanımlanması sürecini de etkilemektedir.

Tıbbın ve psikiyatristin “hasta” üzerindeki iktidarının sonlandırılması ancak hasta konumundan çıkarılmayla mümkün olur. Bu da bireyin toplum ile karşılıklı ilişki içerisinde olan bütüncü bir yaklaşımla değerlendirilmesi ve anlam dünyasının bu ilişki içerisinde inşa edildiği süreçlerin ortaya çıkarılmasıyla mümkün olabilir. Ancak o zaman bireyi rahatsız hissettiren ve psikiyatristin damgalamasından kaçınmasına olanak sağlayacak durumların anlaşılması mümkün olabilecektir. Bu bağlamda her şeyin psikiyatrik “sapma” etiketine dahil edilebileceği bir güç alanının kırılması kültürel özelliklerin ele alınmasıyla mümkün görünmektedir. Dolayısıyla akıl hastalığının bireylerin içinde yaşadıkları toplumun kültürel unsurları çerçevesinde anlam kazanan normal/patolojik tanımlamalarından hareketle ele alınması önemlidir.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ

#### 4.1. HASTALIK VE SAĞLIK KAVRAMLARININ TANIMLANMASI

Her toplumda insanlık, hastalık olgusuyla karşı karşıya kalmış ve hastalıkla mücadeleyi, değer yargılarıyla, inançlarıyla, gelenek-görenekleriyle, dünya görüşü ve sahip olduğu teknolojiyle gerçekleştirmiştir. Bu anlamda hastalık ve sağlığa ilişkin inanç ve tutumlar da farklılaşmıştır. Bir toplumda tıbbi açıdan patolojik görülen bazı durumlar başka toplumlarda normal olarak kabul edilebilmektedir.

Araştırmamıza katılan 45 görüşmeciye, hastalık ve sağlık kavramlarını nasıl tanımladıklarını analiz edebilmek amacıyla 4 açık uçlu soru yöneltilmiştir. Bu sorular; “Kendinizi ne zaman hasta hissedersiniz?” ve “Ne zaman tam anlamıyla sağlıklı olduğunuzu düşünürsünüz?”, “Hasta olduğunuzu düşündüğünüz zamanlar sadece fizyolojik olarak kendinizi iyi hissetmediğiniz zamanlar mıdır? Yani grip, soğuk algınlığı gibi durumlar dışında hasta gibi hissettiğiniz durumlar var mıdır?” ve “Hasta olduğunuzu düşündüğünüzde ilk olarak ne yaparsınız?” sorularıdır.

Bireylerin hastalık tanımlamaları iş, yaş, medeni durum gibi sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Ayrıca yapılan analizler sonucunda sağlık tanımlamaları da yapmış oldukları hastalık tanımlamaları ve başvurdukları tedavi yolları ile paralellik göstermektedir. Yapılan araştırmada bireylerin başvurdukları çareler kendi hastalık tanımlamalarına göre farklılaşmaktadır. Bu çerçevede görüşmecilerimizin hastalık ve sağlık tanımlamaları, başvuru çareleri ve sonuçları bakımından dört ana kategori altında değerlendirilebilir. Bunlar, bedensel aktivitelerde güçsüzlük, belirgin semptomlar, psikolojik duyu durumları ve sosyal ilişkilerde yaşanan sorunlar olarak tanımlanabilir. Bu dört ana kategori, hastalığa verilen karşılıklar ve sağlık tanımlamalarıyla ilişkileri çerçevesinde yorumlanmıştır.

#### 4.1. 1. Bedensel Aktivite Güçlüğü

Araştırmamıza katılan görüşmecilerin bir kısmı, hastalığı “yorgunluk, bitkinlik, halsizlik” gibi durumlar çerçevesinde tanımlamışlardır. Görüşmecilerin iş ve çalışma tempoları ile hastalık tanımlamaları arasında bir ilişki vardır. Görüşmecilerimizden bir kafede garsonluk yapan Yunus;

*“Çok yorgun, halsiz düştüğüm zaman. Mesela ben bir gün başım ağrısın bilmiyorum hayatta başım ağrımaz. Çok halsiz, yorgun bir insan olduğum zaman hastayım derim.”*

ifadesini kullanmış ve aslında fizyolojik olarak kendini tam anlamıyla verimli hissetmediği süreci hastalık olarak tanımlamıştır. Aynı görüşmecimiz böyle durumlarda “...doktora gitmem...,ne yaparım antibiyotik alırım ya ağrı kesici alırım yani bir de dinlenmeyi isterim, kafamı dinleyeceğim yerlere giderim” diyerek, profesyonel destekten ziyade halk arasında bilinen yaygın metodları kullanmayı ve kendisini dış dünyadan soyutlayarak kendiyile kalıp dinlenmeyi tercih ettiğini ifade etmiştir. Görüşmecimiz aynı zamanda “...dinamik kalktığımda, koşabildiğim zaman, kendimi iyi hissettiğim zaman iyi kalktım bugün” açıklamasıyla da sağlık tanımlamasını bedensel aktivitelerini yerine getirebilmekle ilişkilendirmiştir.

Bir diğer görüşmeci Şebnem;

*“Hafta içi hergün hasta olarak hissedebilirim kendimi çok yoğun çalıştığım için, genelde saat üçten sonra kendimi hasta hissediyorum ve sinirsel olarak hasta olduğumu da görüyorum yani. Aşırı yorgunluktan kendimi hasta hissediyorum yani”*

ifadesinde yoğun çalışma temposunu kendisini hasta hissetmesinde etkin bir unsur olarak görmektedir. Bankacılık yapan Şebnem’in bu tanımlaması, gündelik hayat içerisinde bireylerin yaşamış oldukları yoğunluğun, stresin ve iş dünyasına özgü özelliklerin bireysel tanımlamaları farklılaştırabileceğine dair iyi bir örnektir. Yoğun iş temposu içerisinde bir yandan fiziksel performansını korumaya çalışarak bir yandan da moral durumunu dengelemeye çalışan birey, zaman zaman içinde bulunduğu ortamdan uzaklaşma yoluna zaman zaman da bir takım ilaçlara başvurma yoluna gitmektedir. Şebnem bu durumu “Novalgine içiyorum hemen ağrı kesici alıyorum ya da bir süreliğine o ortamdan uzaklaşmaya çalışıyorum” ifadesiyle dile getirmiştir. Bu bağlamda da yoğun iş

temposu içerisinde çalışan bireylerin sağlık tanımlamaları da çalışmaya ara verdikleri ya da tatilde oldukları, kendilerine vakit ayırarak dinlendikleri zamanlar çerçevesinde tanımlanmaktadır. Sağlıklı hissettiği dönemi;

*“Ya belli oluyo mesela dün çok hastaydım 1,5-2 arası çok kötüydüm”*  
 Niye: *“Çok yoğundu, müşterinin biri geliyo biri gidiyo, hepsi ayrı telden, kimseyi memnun edemiyosun bu da seni geriyor”*  
*“Ama bu sabah çok iyiydim. Daha neşeliydim, espri yapıyodum, devamlı müşterilerle görüştüğüm için onlarla daha iyi diyalogdaydım. Bilmiyorum yani şu nedenden diyemem ama haftasonu yaklaştığından mı belki yataktan iyi kalktığım içindir”*

şeklinde tanımlayan Şebnem, iş temposunun yoğunluğuyla, sağlıklı olma arasında negatif bir ilişki kurgulamıştır. Şebnem’in *“müşterinin biri geliyo biri gidiyo, hepsi ayrı telden, kimseyi memnun edemiyosun bu da seni geriyor”* ifadesi çalıştığı sektörün insan ilişkilerine dair beklenti ve talepleri nedeniyle görüşmecinin bedensel aktivite güçlüğü yanında zihinsel bir aktivite güçlüğü yaşadığını da söylenebilir. Sektörel anlamda müşteri-çalışan ilişkilerinin müşteri memnuniyeti üzerine kurulduğu bankacılık, çalışanlarının sürekli “memnun etme” ye dayalı bir zihinsel rahatlık sahibi olmalarını da onlardan beklemektedir. Bu da bireyler üzerinde bir gerilime neden olmaktadır.

Bu noktada yine çok yoğun iş temposunun kendisini hasta hissetmesine neden olduğunu belirten Serdar;

*“Ya hergün birbirinin aynı o yüzden ancak tatildeyken sağlıklıyım diyebiliyorum. Çünkü yorgunluk olmuyo, tüm gün yatıyorsun, kafan boş oluyo, işe gitmediğim zaman sağlıklıyım diyorum”*

ifadesiyle hastalık-sağlık arasındaki ilişkiyi tamamıyla işiyle açıklama yoluna gitmiştir. Yoğun iş temposunun kendisini bitkin ve rahatsız hissetmesine neden olduğunu *“çalıştığımız işten dolayı çok yorgun düşünüyoruz akşamları çok kendimi rahatsız hissediyom tabii artık, her tarafım ağrıyor”* şeklinde dile getiren, güvenlik görevlisi olarak çalışan, Tayfun, hastalığı bedensel güçsüzlüğün yanı sıra ağrı gibi belirgin semptomların varlığı olarak da tanımlamıştır. Bu süreçte kendisini sağlıklı hissetmek için de yatıp dinlenmeyi tercih ettiğini *“yatıp dinlenirim, ilaç kullanmayı sevmiyorum, yatarım”* sözleriyle ifade etmiştir.

Bireylerin çalışma hayatında olması, yoğun bir iş temposuna sahip olmaları onların hastalık tanımlamaları üzerinde etkilidir. Ancak çalışmayan, daha genç yaşlarda öğrenci statüsünde bulunan görüşmecilerin de benzer tanımlamalar



yaptıkları görülmüştür. Bu görüşmecilerin bir günlerini nasıl geçirdikleri gözlemlendiğinde genellikle yoğun bir sosyal hayatın içinde yer aldıkları, bir takım sosyal kulüplerde aktif görevlerde buldukları görülmüştür. Dolayısıyla çalışma hayatında olmayan ancak bu tarz gönüllü aktivitelerde ve üyeliklerde bulunan gençlerde de hastalık tanımlaması “bitkinlik, fiziksel yorgunluk” temaları içermektedir. Görüşmecilerden 22 yaşında bir üniversite öğrencisi olan Emin, dahil olduğu bir sosyal kulüpteki faaliyetler nedeniyle bir gününün çok yoğun geçtiğini ifade etmiş ve *“bitkin olduğumda, yorgun olduğumda, fiziksel olarak bitkinsem”* şeklinde bir hastalık tanımlamasına gitmiştir.

Hastalığı bedensel güçsüzlük teması çerçevesinde tanımlayan diğer görüşmecilerimizin ifadelerinden bazıları da şöyledir:

*“...genelde yorgun olduğum dönemlerde vücudumun sağlıklı olmadığını hissedirim”.* (Pervin)

*“Yorgun olduğum zaman, mutsuz olduğum zaman hasta hissedirim kalkmak bile istemem. Grip gibi falan tarzı fizyolojik durumlarda hasta olduğumu ise düşünmem. Sadece aşırı yorgun olduğumda hastayım derim”.* (Erdinç)

Genel olarak değerlendirildiğinde “yorgun olduğum zaman” ifadesini kullanan bireyler, günlük hayatta bedenlerini ve zihinlerini işlerine ve günlük yaşam rutinlerine yoğunlaştırdıklarından akşam saatlerinde enerji kaybına uğradıklarını ve bedensel olarak hiçbir aktiviteyi yerine getirecek gücü kendilerinde bulamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu anlamda hastalık tanımlamaları bir yandan biomedikal tıp literatürünün hastalık tanımlamasıyla benzerlikler gösterirken bir yandan da bütüncü yaklaşım olarak tanımlayabileceğimiz psikososyal tıp anlayışı içerisinde de değerlendirilebilir. Klasik tıp literatürü hastalığı “bir işlev bozukluğu, fonksiyonların yerine getirilememesi ve çalışamayacak durumda olmak” şeklinde tanımlamaktadır. Psikososyal modelde ise sağlıklı olmak; bedensel, zihinsel ve sosyal tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde de bireylerin zihinsel ve bedensel yorgunluk hallerini hastalık olarak tanımlamaları daha bütüncü bir yaklaşımla kavramı tanımladıklarını gösterebilir. Bu tanımlamada günümüzde kol gücüne dayalı mesleklerden ziyade zihinsel güce dayalı mesleklerin ağırlıklı olmasının etkili olduğu da tartışılacak bir nokta olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hastalık tanımlamasını “yorgun olduğum zaman” şeklinde ifade eden görüşmecilerin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesine bakıldığında, bu görüşmecilerin 7’si erkek, 6’sı kadındır. 5’inin üniversite mezunu, 5’inin lise mezunu, 2’sinin ortaokul mezunu ve 1’inin de ilkokul mezunu olduğu, yaş ortalamalarının 30,61 olduğu ve 6 kişinin Ankara, 5 kişinin İstanbul ve 2 kişinin de İzmir’de ikamet ettiği görülmektedir. Değişkenler açısından bir değerlendirme yapıldığında, yaş ortalaması dikkate alındığında görüşmecilerin genç yaşta olanlarının “yorgunluk” ifadesini kullanmaları dikkat çekicidir. Özellikle iş hayatı içerisinde yer alan genç nüfus günlük hayatın yarattığı stres ve çalışma ortamının yoğunluğu nedeniyle gün sonunda kendilerini bitkin ve halsiz hissetmektedirler. Büyük şehirlerin yoğun iş temposu ve yaşanan mekân ile çalışılan mekân arasındaki uzaklık bireylerin bu duyguları geliştirmesinde bir başka etken olarak değerlendirilebilir.

Bireylerin başvurdukları çarelerin farklılaşabildiğini bunun da genel hastalık algısıyla ilişkili olduğunu daha önce belirtmiştik. Bu durumda bedensel aktivite güçlüğü teması altında başvurulan çareler; halk arasında yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemlerini kullanmak, fiziksel aktivitelere ara vermek ve dış dünyadan kendini soyutlayarak kendi başına kalmak olarak karşımıza çıkmaktadır.

#### **4.1.2. Fiziksel Semptomlar**

Araştırmaya katılan görüşmecilerin bir kısmı hastalık tanımlamalarını “başım, ağrıdığı, midem bulandığı v.b. zaman” olarak ifade etmişlerdir. Hastalığı bu şekilde tanımlayanların genellikle erkek görüşmeciler olduğu, bu yönde tanımlama yapan kadın görüşmecilerin de orta yaş üstünde oldukları görülmüştür.

Görüşmecilerin hastalığa verdikleri tepkiler de bu çerçevede farklılaşmaktadır. Belirgin fiziksel semptomlar çerçevesinde hastalık tanımlamasına giden görüşmecilerin profesyonel destek almaktansa halk arasında yaygın olarak bilinen, isim yapmış bir takım ilaçları kullanmayı tercih ettikleri görülmektedir. Örneğin görüşmecilerimizden Erdem hastalık ve sağlık tanımlaması yanında

hastalık karşısında almış olduğu tavrı birbiriyle örtüşen bütünleyici bir doğrultuda şöyle tanımlamıştır:

*“Genelde yani sadece belli imgeler, başım ağrıdığı zaman, midem bulandığında, başım döndüğünde ufak tefek hastalıklarda hasta diyebiliyorum ama daha büyüklerini görmediğim için”*  
*“Genelde haplara başvuruyorum yani çoğunlukla halk arasında kullanılan aspirin, vermidon ne bileyim onları alıyorum”*  
*“kendimi iyi hissettiğim zaman, ağrım sızım yoksa o zaman sağlıklıyım diyorum”*

Benzer şekilde Erol hastalığı “ağrı” merkezli, sağlığı da “ağrının olmama hali” olarak tanımlarken gene yaygın olarak bilinen ilaçlara başvurduğunu şöyle ifade etmiştir: *“ilaç alıyorum genelde, ağrı kesici, evde ne varsa işte”*.

Bireylerin hastalık karşısında takınmış oldukları bu tavır kültürel unsurların bir yansıması olarak düşünülebilir. Bireyler kulaktan kulağa aktarılan tıbbi çarelere başvurarak, hastalıklarına çözüm aramaktadırlar. Temel amaç ise ağrıyı bir an önce bedenden dışarıya atmaktır. Ağrının bedenden en kısa sürede uzaklaştırılması modern tıpçıların en önemli kabullerinden birisidir (Illich 1995:93-107). Modern tıp anlayışına göre, ağrının dışarıya atılması bedene yabancılaşmak anlamına gelmektedir. Bu da ruh –beden ayırımına dayanan kartezyen anlayışın bir ürünüdür (Williams ve Bendellow 2000:135, Aktaran Cirhinlioğlu). Modern tıp anlayışı çerçevesinde sosyalleşen bireyler de benzer şekilde ağrıyı bir an önce bedenden uzaklaştırma yoluna gitmektedirler. Bunu yaparken de modern tıbbın önerdiği ve yaygın kullanımda olan ağrı kesicilere başvurumaktadırlar.

Hastalık tanımlamasını *“bi yerim böyle çok ağrıdı mı, ağrı duyduğumda”* ifadesiyle dile getiren Cavide'nin hastalık tanımlaması yukarıdaki görüşmecilerimizin tanımlamalarıyla benzerlik gösterirken, hastalık karşısındaki tutumu onlarınkinden tamamen farklıdır. Cavide;

*“bir yerim ağrıdığında beynimi mümkün olduğu kadar ağrımiyo ağrımiyo diye kendimi telkin yapıyorum, çok zor durumda kalmadıkça ağrı kesici kullanmam”*

diyerek ilaç kullanmaya karşı olan tavrını ortaya koymuştur. Görüşmeciye ilaç kullanmayı neden tercih etmediği sorulduğundaysa *“ilaçlara güvenmiyorum, bir sürü şey söyleniyor, yok zararlıymış gibi”* yanıtı alınmıştır. Görüşmecimizin bu ifadesi postmodernist bilim insanlarının sağlık sektörüne ilişkin eleştirileriyle

örtüşmektedir. Günümüzde yapılan pek çok araştırma göstermiştir ki ağrı kesiciler faydalı olmadıkları gibi hayatı tehdit edici olabilmektedirler. Ayrıca ağrı kesicilerin üretici firmalar yoluyla sermayeleşmesi ve iyileştirmeden çok para kazanmaya yönelmesi söz konusudur. Bu anlamda da Illich (1995:28-30)'ın sağlık sektörüne ilişkin eleştirileri halk arasında da yaygınlaşmış ve bireylerin modern tedavi yöntemlerinden kaçınmalarına neden olmuştur diyebiliriz.

Benzer şekilde katılımcılardan İsmet; *“Fizyolojik ise...otlarıma başvuruyorum.”* ifadesiyle doktorlardan çok, kendi bilgisine güvendiğini vurgulamıştır. Kişiyile yapılan görüşmenin gözlem notlarına göre de doktorlara karşı bir güven problemi içerisinde olduğu, mevcut sağlık politikaları içerisinde kendisini hastane sistemi içine dâhil etmek istemediği sonucuna varılmıştır. Ayrıca katılımcı sahip olduğu bitkisel tedavi kitaplarına her durumda başvurduğunu ve otlara doktorlardan daha fazla güvendiğini ifade etmiştir. Kendisini ne zaman hasta hissettiği ve böyle bir durumda ne yaptığı sorulduğunda bu katılımcı;

*“Hiç hissetmem. Hiç hasta olduğumu düşünmem. Mesela grip falan olduğumda kendimi telkin ederim bir, kendimin şifalı bitkiler konusunda iddialı olduğum bazı karışımlarım var onları alırım ve onlarla antibiyotik gibi şeyleri ekseri, vitamin gibi şeyleri pek almam, otlarıma güvenirim. Onları da kırık olduğum zaman mesela bazen vücudumun üşütmeye mütevellit herhangi bir şey konusunda mesela boğazım ağrıdığı zaman boğazımın ağrısını, bademciklerimin şişeceği zaman vücudumun böyle bir şeyini hissederim ne derler ona böyle bir çatallanma olur bunun için hemen tuzlu su gargarasını yaparım. Şeyle beraber karbonatla karıştırırım. Ondan sonra hemen hanıma derim ki benim evde devamlı bulunur, nedir bunlar, mesela zencefil, havlıcan, ıhlamur gibi otları karıştırırım ve gün boyunca onları içmeye çalışırım ve ikinci gün ertesi gün bakarım ki o kırıklığım gitmiştir”.*

demektedir. Katılımcının herhangi bir ağrı durumunda bile kendini hasta hissetmemesini postmodernist bir bakışla ağrının öznel olmasıyla açıklayabiliriz. Postmodernistlere göre ağrı her bedende farklıdır ve onlara göre ağrı, kültür, akıl ve beden kesişmesinden ortaya çıkmaktadır. Bu katılımcı için ağrı, hastalanmaya dair küçük bir işaret, bedenden atılması gereken bir acı olarak görülmemektedir. Bu anlamda da katılımcı modern tıptan ziyade ağrıyı daha önemsiz bir olgu olarak gördüğünü söyleyebileceğimiz alternatif tıba başvurmaktadır. Bu ifadesinden de anlaşılacağı gibi herhangi bir fizyolojik bozukluk karşısında bile kendini hasta hissetmediğini belirterek bunun nedenlerini de başvurduğu “şifalı” bitkilerle açıklamıştır. Katılımcı her ne kadar

kendini hasta hissetmese de kendisinde zaman zaman fizyolojik zaman zaman da psikolojik bir takım rahatsızlıklar hissettiğini belirten şu ifadeyi kullanmıştır:

*“Mesela çalıştığım zamanlar, moralim bozuk olduğu zamanlar daha doğrusu. Tabii o zaman insanın bazı sinirsel pozisyonları oluyo, devamlı düşünüyösün mesela geceleyin uyuyamıyosun. İşte bu gibi durumlarda ertesi gün uyandıığım zaman bazı ruhsal rahatsızlık hissediyö gibi oluyorum mesela.”*

Dolayısıyla katılımcımızın kendini hasta hissetmemesi o duyguyla başa çıkmada kullandığı bir yöntem olarak kendisini göstermektedir. Çünkü;

*“Fizyolojik ise yukarıda dediğim gibi otlarıma başvuruyorum. Ama ruhsal sıkıntıyla o zaman spor yapıyorum. Tahmin ediyorum stresimi o yönde atmaya çalışıyorum. Onun haricinde telkin yoluyla kendimi rahatlatmaya çalışıyodum ama rahatlanabiliyo muydu rahatlanmıyodu. Ama bunun yanında da doktora gidip ruhsal ilaç aldığımı ruh bozukluğunu giderecek ilaç aldığımı hatırlamıyorum”.*

*Neden: “Bizim toplumumuzda hoş karşılanmaz hem o kadar kendimin halledemeyeceği şeyler değillerdi. Olsa da gidemem herhalde kimse anlamaz, iyi bakmaz. Hem aileden hem çevreden çekinirim yani aslında gitmek lazım ama...hem bunlar bilinen sıkıntılar, işte işte yaşanan gerilimler, evde olan bazı anlaşmazlıklar hani moral bozukluğu ve tabii zaman zaman maddi sıkıntılar”*

ifadesiyle katılımcı her ne olursa olsun bu duyguyu kendi başına halletmeye çalıştığını ifade etmiştir. Hem fizyolojik hem de ruhsal rahatsızlık sürecinde doktora başvurmayı düşünmemiştir. Katılımcımız ruhsal rahatsızlık sürecinde doktora başvurmama nedenini daha çok çevreden gelecek tepkilerden çekinme olarak açıklamıştır. Ancak geçirdiği bir rahatsızlık dolayısıyla doktora gitmek zorunda kaldığını belirtmiş ve yaşam biçimini de onun tavsiyeleri doğrultusunda yeniden düzenlediğini ifade etmiştir. İsmet’in yukarıdaki ifadesinden de anlaşılacağı gibi bireylerin zaman zaman kendi başlarına buldukları çareler onların bedenlerinde bir takım rahatsızlıklara neden olabilmekte ve bir uzman yardımına ihtiyaç duymalarına neden olabilmektedir.

*“Beyin kanaması geçirdim, tansiyona bağlı olarak bu beyin kanamasından sonra koşuyu bıraktım yürüyüşe başladım belki o daha evvelden koştuğumun ki o zaman bazı kiloluklarım vardı, koşudan dolayı ayaklarımda, dizlerimde bazı sıkıntılarım olabiliyodu. Onu da işte bazı arkadaşlarıma sormak veya bi fizik tedavi uzmanlarına sormak suretiyle, verdiği bazı hareketler var onları yaparak onları yenmeye çalışıyorum”.*

Ülkemizdeki mevcut sağlık politikaları nedeniyle ve doktorların tavırları nedeniyle eleştirel düşüncelere sahip olduğunu ifade eden Hasan da ilaç

kullanmadığını ancak kendisini tedavi edebileceği başka yollar aradığını şu şekilde dile getirmiştir:

*“İlk olarak kendim, çeşitli şekilde tedavi etmeye çalışırım kendimi, özellikle pek ilaç kullanmayı sevmiyorum, doktora gitmek bayağı bir zulümdür benim için yani eğer kotarabilirsem kendim halletmeye çalışıyorum yani bu aslında bir şekilde tembellik değil yani gerçekten sıkıntılı hastane hasta işte ordaki hastalar ve doktorlarla muhatap olmak çok da hoşuma gitmiyor doğrusu.”*

Bireylerin başvurmak zorunda oldukları sağlık sisteminin uygulamış olduğu prosedürler ve hastane sisteminde yaşanan aksaklıklar bir yandan bireylerin sağlık sisteminden yararlanma konusundaki kararlarını etkilerken, bir yandan da bireylerin alternatif tedaviler yaratmalarını teşvik etmektedir. Aynı zamanda bireylerin geçmiş deneyimlerinden edindikleri hasta-hekim ilişkilerinde yaşananlar da bireylerin bu süreçteki kararlarını etkilemektedir.

Bunun yanısıra görüşmecilerin profesyonel destek almayı tercih ettikleri durumlar genellikle, kendi başlarına bir çare üretmediklerinde ya da rahatsızlıklarının bilinen yöntemlerle giderilememesinde görülmektedir. Ayrıca, modern tıp tarafından teşhisi konulmuş bir hastalığı olan bireylerin de bu yolu tercih ettikleri görülmektedir.

Hastalıkları yaşlarına ve yaşadıkları koşullara bağlayan görüşmecilerden Ümit bu durumu halledilebilecek ve çözüme kavuşturulacak bir “aksaklık” olarak tanımlamıştır. Bu bağlamda da kendisini “hasta” hissetmediğini ifade etmiştir. Ümit’in;

*“Fizyolojik olarak kendimi hasta hiçbir zaman hissetmiyorum ama olan bir aksaklıkta da ki bir kez oldu çok çabuk kendimi kanalize edip o işi hallettim. Doktorların teşhisiyle tiroid hastası olduğum ortaya çıktı ve bunun hemen ameliyatla halledilmesi istendi ve ben hemen iki ay içerisinde bunları halledip bitirdim”.*

şeklindeki ifadesi, hastalık sürecini yaşam döngüsünü etkilemeyen bir durum olarak tanımladığını göstermektedir. Ancak belirgin bir fizyolojik hastalığın varlığında da başvurduğu mekanizmanın profesyonel destek olduğunu açıkça ifade etmektedir.

Aynı görüşmeci sağlık konusundaki düşüncelerini ifade ederken aslında fizyolojik rahatsızlıkları pek hastalık saymadığını daha ziyade, psikolojik olarak tanımlanabilecek olumsuz duygu durumlarını hastalık olarak tanımladığını şu sözleriyle ortaya koymaktadır:

*“Ailemle beraber olduğum zaman çok neşeli, sağlıklıyım derim, ama yalnızken bıkkınlık zaman zaman olabiliyo.*

*Bıkkınlık derken: Yani hayatın getirilerinden, stres, günlük işlerin rutini, ailemde yaşanan bazı sıkıntılar ne bileyim hayattan bıkkınlık işte”*

Dolayısıyla bireyler belirgin fizyolojik bozuklukları olabilecek rutin gelişmeler olarak tanımlayıp, hastalık olarak nitelendirmezken yaşadıkları duygu dalgalanmalarını hastalık olarak değerlendirme eğiliminde olabilmektedirler. Ancak görüşmecilerin her iki durum karşısında almış oldukları tavırlar ve başvurdukları çözüm yolları göz önünde bulundurulduğunda rutin gelişmeler olarak tanımlanan fizyolojik bozuklukları da “hastalık” olarak tanımladıkları söylenebilir. Ancak başvurdukları çareler farklılaşabilmektedir.

Görüşmecilerden Fevzi özellikle yaşının (61) bir getirisi olarak gördüğü “hastalık” durumunu;

*“Ah işte tam zamanı hastayım mesela ben şimdi. Doktora yeni gittim. Anlattım ağrılarım vardı, zaman zaman kalbimde böyle, kolum ağrıyordu, nefesim falan daralıyordu. Kalp damarlarına baktılar, varmış bir şeyler işte. Tam zamanında sordun kızım. Hastayım işte doktorlar da söyledi dikkat etmem lazım olmuş artık. Yaş geçmiş bizden her yerimiz ağrıyor. Bak hastalıklar da çıkıyor. Başka ne diyeyim ki ben bu yeter herhalde”*

biçiminde açık bir şekilde tanımlamıştır. Burada dikkati çeken en önemli konu bireyin hastalık sürecini yaşıyla ilişkilendirmiş olmasıdır. Ayrıca görüşmeciye hastalığının temel nedenini ne olarak gördüğü sorulduğunda alınan yanıt doğrudan “yaş” olmuştur. Ayrıca “sağlıklı olma” konusunda da “oo çok zaman oldu böyle ohhh bugün iyiyim diyemeyeli. Gençken aldırılmazdım, hastayım demezdim şimdi sağlıklıyım diyemiyorum” demektedir.

72 yaşında olan bir diğer görüşmeci Gülten;

*“Vallahi hastalık moral bozucu bir şey ve ben tam hastalık içindeyim ne tarafıma bakarsanız dökülüyorum. Ağrıdan geceleri uyuyamıyorum. Bu gece mesela nasıl dizlerim tuttu uyuyamadım ağrıdan. Dizler için doktor ameliyat diyor. Bende bel kayması var ameliyat diyor gözlerde katarakt var, retinada kırışma var ameliyat deniyor. Yani tutulacak tarafım yok bir de şey geçirdim bu arada 2 Aralıkta Allah vermesin beyin damarlarında tıkanma olmuş geceleyin 6-7 saatlik sol tarafımda felç durumu oldu. Allaha şükür şu an, şimdilik bir şey yok ama fakat doktor risk altındasınız dikkat edin diyor. Yaşlılık hepsi bütün hastalıklar o zaman oluyo. Yaşlılık zor.”*

diyerek, kendisinde tanımlanmış, teşhisi konulmuş hastalıkları yaşıyla doğru orantılı olarak değerlendirirken aynı zamanda “yaşlılık zor” ifadesini de kullanarak yaşlılığa ilişkin anlamlandırmasını da ortaya koymuştur. Yaşlılıkta

fiziki bakımdan sağlıklı olmanın önemini vurgulayan çalışmalar, zor yaşlılığı tanımlayan gösterenleri sağlık durumu, ekonomik güvence ve kaynaklara ulaşılabilirlik olarak ortaya koymaktadır (Görgün Baran 2003:125-126). Bunun yanı sıra görüşmeci sağlıklıyı da ağrı ve sızılarının olmaması biçiminde ifade etmektedir.

*“Yani ağrım sızım olduğunda düşünürüm hasta olduğumu yoksa öyle hastalık hastası bir kişi değilimdir halihazırda bile bu kadar şeyim olmasına rağmen pek üzerinde durmuyorum kader ne ise o olur diyorum pek üzerinde durmuyorum. İşte tabii o zaman insan daha mutlu oluyor ağrısı sızısı olmayınca hayata bakışı daha bir başka türlü oluyor. Hayata bağlanmak istiyor, ağrın sızın olunca “amannn” diyorsun bir tarafa çekiliyorsun ağrılarınla sızılarınınla baş başa kalıyorsun.”*

Yaş ilerledikçe sağlık sorunlarının ve vücudun çeşitli bölgelerinde ortaya çıkan çeşitli komplikasyonların artmasıyla birlikte aynı zamanda yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler de sağlık tanımlamalarını farklılaştırmaktadır. Görüşmeciler bu durumu yaşlılık sürecinin doğal bir sonucu olarak değerlendirmektedirler. Bu değerlendirmeyi görüşmecilerden Alaaddin'in ifadesi açık bir şekilde ortaya koymaktadır:

*“ Ellerim ağrıdığında, ayaklarım tutmuyo bazen artık, iş yapamıyorum yani, bir yerden biryere gidemiyorum kolay kolay bu hastalık işte benim için. Yaşlanıyoruz belki de. Gençken yoktu böyle şeyler, yaş ilerledikçe başlıyor işte.”*

Alaaddin *“valla gençken sağlıklıyım diyebiliyodum ama şimdi ağrılarım daha azsa ancak biraz daha iyiyim diyebiliyorum”* diyerek sağlığı da yaşa bağlı olarak tanımlamaktadır.

Yaşlılık olgusuna ilişkin sağlık alanındaki çalışmalar son yıllarda hız kazanmıştır. Bedensel açıdan yaşlılığa özgü sağlık sorunları iki grupta toplanabilir. Bunlar:

1. Yaşlılıkta ortaya çıkan hastalıklar
2. Yaşlılıktan artan hastalıklar (damar ve kalp sistemiyle, iskelet-kas sistemiyle ve beyinle ilgili olanlar) (Bekaroğlu 1991)

Çalışmamızda görüşmecilerin yaşlılık olgusuna dayandırarak yapmış oldukları hastalık tanımlaması bu iki gruptan hastalıkları da kapsamaktadır.

Hastalık tanımlamasını klasik biyomedikal model çerçevesinde yapan bireylerin cinsiyet, yaş, yaşanılan yer ve eğitim durumu açısından dağılımı ise şöyledir: Bu



görüşmecilerin 6'sı kadın 8'i erkektir. Yaş ortalamaları 47.16 olarak hesaplanmıştır. Eğitim durumlarına baktığımızda ise görüşmecilerin 7'si üniversite mezunu, 3'ü lise mezunu ve 2'si ortaokul, 2'si de ilkokul mezunudur. Yaşanılan yer göz önüne alındığında 7 görüşmeci İstanbul'da, 6 görüşmeci İzmir'de ve 1 görüşmeci de Ankara'da yaşamaktadır. Değişkenler açısından bakıldığında yaş önemli bir değişken olarak dikkat çekmektedir. Bireylerin yaş ortalamaları artıkça hastalık durumunu fizyolojik bozukluklarla tanımladıkları dikkat çekicidir. Bireylerin biyolojik yapıları göz önüne alındığında yaşın ilerlemesiyle birlikte vücut fonksiyonlarındaki yavaşlamalar ya da aksaklıklar dikkat çekecek boyutlara ulaşmaktadır. Bu anlamda da bireyler karşılaştıkları biyolojik rahatsızlıklarla baş etmek ve profesyonellerden yardım almak zorunda kalmaktadırlar. Bu anlamda da hastalık kavramsallaştırmaları genç nüfusa göre farklılık göstermektedir.

#### 4.1.3. Psikolojik Duygu Durumları

Hastalık tanımlamasını genellikle "moralim bozuk ya da üzgün olduğum zaman" kodları çerçevesinde yanıtlayan katılımcılar özellikle aile içi ilişkilere, yaşam koşullarına dikkat çekmişlerdir. Bu tanımlamada bireylerin özellikle cinsiyetlerinin önemli olduğu görülmüştür. Kadın katılımcıların büyük bir kısmı pek açık olmasa da, bir biçimde hastalık tanımlamalarında bu vurguyu yapmışlardır.

Üzüntü ve moral bozukluğu olarak tanımlanan durumlarda katılımcıların özellikle yakın aile üyeleriyle ilişkilerinde yaşadıkları sıkıntıları vurguladıkları görülmüştür. İlişkilerdeki olumsuzluklar, aile üyelerinden herhangi birinin yaşadığı problemler araştırmamıza katılan bireylerin kendilerini mutsuz ve hasta hissetmelerine yol açmaktadır. Yakın ilişkilerdeki sorunlar gündelik hayat rutinini olumsuz yönde etkilemektedir. 57 yaşında olan Meral yaşadığı durumu şu şekilde ifade etmiştir:

*"Hastalık derken, ruhsal bozukluk mu, stresli gergin durumlar mı yoksa sancılı zamanlar mı diye düşünüyorum...Ben üzüldüğüm sıkıldığım zamanlar çok hasta gibi olurum. Diyelim ki eşimle kavga ettim veya kardeşlerimden birine çok canım sıkıldı o zaman çok hasta gibi olurum, karşımdaki de anlar zaten hemen."*

Neden öyle olduğunuzu düşünüyorsunuz? *“Böyle bir şey yapamam, elim kolum bağlanır. Yüzüm düşer hemen. Gerilirim, hissedirim bunu, böyle ne yapacağını bilemez gibi dolaşıp dururum evin içinde. Mesela eşimle kavga ettiysem uyuyamam, kızarım ama dedim ya ne bileyim hiçbir şey yapamaz olurum işte. Ya sorun varsa hayatımda hiç iyi değilimdir, mutlu değilimdir çünkü”*

Bu ifadesinde katılımcı aslında “sancılı zamanlar” kavramını, fizyolojik anlamda bir ağrı ve sancı durumunun varlığına işaret etmek için kullanmıştır. Ancak kendisi için önemli olanın psikolojik açıdan iyi hissetme ve ev içi ilişkiler olduğunu vurgulayarak, aile kurumuna verdiği önemi işaret etmiştir. Görüşmecinin kendini hasta hissetme hali ailede yaşanan sorunlarla paralellik göstermektedir. Ayrıca, stres vurgusu da yaparak aile içi ilişkilerde yaşanan sorunların üzerinde baskı yarattığını ve kendisini olumsuz etkilediğini vurgulamak istemiştir.

Bireylerin karşı karşıya kaldıkları (sosyal) problemler karşısında almış oldukları tavırlar ve problemlerle başa çıkmada yetersiz kalmaları, hastalık tanımlamalarını psikolojik duygu durumları çerçevesinde yapmalarında etkilidir. Aynı şekilde bu görüşmeciler sağlıklı olmayı da mutluluk kavramı çerçevesinde tanımlamayı tercih etmişlerdir. Örneğin Meral “Kendinizi ne zaman sağlıklı hissedersiniz?” şeklindeki sorumuza şu şekilde yanıt vermiştir:

*“Kendimi mutlu hissettiğim zamanlar, problem olmadığı zamanlar, çocuklarımda ailemden herhangi bir sorun olmadığı zamanda kendimi mutlu, iyi hissedirim ama şu ara değilim. Çünkü her şeyden önce çok böyle ölüm korkusu var birkaç senedir bende, bu da kendimi hasta hissetmeme neden oluyor. Hep bir yardım alıyım diye düşündüm ama bir türlü gerçekleştiremedim. Psikolojik yardım almayı çok istedim ama bir türlü hayata geçiremedim.”*

Ölüm Korkusu niye: *“Tam bilmiyorum aslında ama günümüzde etraftan o kadar şey duyuyoruz ki kötü olaylar, sanki bunlar da benim başıma gelecekmiş gibi hissediyorum. Bir de benim torunum hasta 2,5 yaşında lösemi. Belki onu kaybetme korkusu ve ölümün bu kadar yakın olabileceği beni de böyle düşündürüyor. Bazı hastalıklar hem bende hem eşimde olan daha önce olmayan bilmiyorum ki belki yaş artık yaşlanıyoruz, ölüme yaklaşıyoruz ondan.”*

Yardım almayı neden gerçekleştiremediniz? *“Olmadı, belki hayatımdaki yoğunluklardan kendime zaman ayıramadım. Belki de çekindim. Bilmiyorum ki hani ‘almalıyız’ diyoruz ama bunu hayata geçirmek o kadar kolay olmuyor. İnsanlardan çekiniyosun, ailenden çekiniyosun, onları üzmemek istemiyosun”*

Görüşmecimizin bu ifadesi hayatın yaşanan yeni bir evresinin, karşılaşılan olağan dışı durumların, yaşamdaki ani değişikliklerin bireylerin duygu

durumlarını nasıl etkilediğini çok açık bir biçimde göstermektedir. Katılımcı bir yandan yaşlanma sürecine girdiğini düşünerek, bir yandan da çevresinde yaşanan olumsuzlukları kendinde de olabilecek potansiyel tehlikeler olarak görerek yaşamaktadır. Ayrıca genel olarak hissettikleri ve yaşantıların getirdiği ölüm korkusuyla baş etmede profesyonel yardım alma fikrini geliştirmiş olsa da ailesinin üzülmelerini istemediği hem de çevresinin kendisinde “psikolojik” bir rahatsızlık olduğunu düşünmesini istemediği için yardım almayı geciktirmektedir.

Meral, kendisini hasta olarak tanımladığı durumlarda başvurduğu çareyi “*Zamana bırakırım, zamanla geçecektir diye düşünürüm*” şeklinde ifade etmiştir. Bu da katılımcının psikolojik destek almayı geciktirmek için kullandığı bir yöntem olarak düşünülebilir. Aynı zamanda da aile içi ilişkilerde yaşanan sorunlarda en iyi çarenin “zamana bırakmak” olduğu inancının da hakim olduğunun bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

Yaşadığı ölüm korkusunu çevresindeki orta yaş üstü ve yaşlı bireylerin ölüm olaylarına ve dolayısıyla yaşlılığa bağlayan Meral (57), kendisini de “yaşlı” olarak tanımlamaktadır. Kendisini “yaşlı” olarak tanımlayan katılımcının aile içinde yaşanan sorunları, çocuklarının problemlerini hastalık nedeni olarak göstermesi de bu çerçevede değerlendirilebilir.

Psikolojik durumuna dayalı olarak hastalık tanımlaması yapan bir diğer katılımcı oldukça genç yaşta evlenip (16), çocuk sahibi olmuş olan 20 yaşındaki Zeynep’tir. Zeynep hastalık tanımlamasını;

*“Üzgün olduğum zaman, eşimle tartıştığımda, çocuğum hasta olduğunda, ağladı mı. Ben öle çok hastalanan biri değilim, yani bi çok üzülürsem hastalanıyom. Üzüntü hasta ediyo beni. Etrafımdakiler iyi mi ben de iyi oluyom, onlar kötüyse, hastaysa, üzüntülüyse ben de hastalanıyom, kendim hasta hissediyom”*

şeklinde ifade etmiştir. Geleneksel değerlere sahip bir ailede yetişen ve çocuk denecek yaşta evlendirilen Zeynep, içinde doğup büyüdüğü değerler çerçevesinde hastalık tanımlamasını aile içi ilişkilere ve huzura dayandırmaktadır. Geleneksel ailede aile içi ilişkiler ve bağlılık büyük önem taşımaktadır. Akrabalık bağlarının kuvvetli olduğu geleneksel aile yapısında gelenek ve göreneklere bağlılığın yanı sıra aile üyeleri arasında sevgi bağının kurulması da önemlidir. Bireylerin gündelik hayatta kullandıkları kavramlara

geçmişteki öğrenmelerine dayanarak anlamlar atfettiği düşünülürken Zeynep'in sağlıklı olmayı aile içi huzura bağlaması anlamlı görülmektedir. Ayrıca Zeynep'in aile içi huzura yapmış olduğu vurgu kadının aile içi rolleri çerçevesinde de yorumlanabilir. Aile içinde kadın aile üyelerinin bakımını kendine görev edinmiş ve bu bakımdan sorumlu tutulmuştur. Zeynep'in bu rolü içselleştirmiş olmasının da sağlıklı olmayı "aile içi huzur" bağlamında tanımlamasında etkili olduğu söylenebilir.

Ayrıca Zeynep'in hastalık karşısında başvurduğu çare de yine aile üyelerinin "iyi olmalarını" sağlamak üzerine kurulmuştur. Zeynep;

*"Etrafımdakilerin iyi olmasını sağlamaya çalışırım. Oğlum hastaysa ona bakıp iyi olmaya çalışırım, üzgünse mutlu olmaya çalışırım, karşımdakini neşelendiririm, ne biliyim gönüllerini eylerim"*

ifadesiyle de aile içi rollerini ne kadar içselleştirdiğini bir kez daha ortaya koymaktadır. Çare yine kendisi dışındaki etkenler tarafından yaratılmaktadır. Aile üyelerinin iyi olması onun iyi olması demek olduğundan kendine yönelik bir tasarrufta bulunmayan Zeynep yine kendisi için gereken çözümü ailede aramaktadır.

Aile değerlerinin önemli olduğu ve geleneksel değerlerin aile hayatındaki etkisinin devam ettiği toplumumuzda karşılaştığı toplumsal baskılar, aile bireylerine karşı duyduğu sorumluluklar karşısında hastalık tanımlamasını kendi iç huzuru çerçevesinde tanımlayan ve boşanmış bir anne olan Erinç de benzer şekilde bir tanımlamaya gitmiştir:

*"Hasta olduğum zamanlar keyfimin bozulduğu, canımın sıkıldığı, huzurumun kaçtığı zamanlar aslında. İçimin daraldığı zamanlar. Bu huzursuzluk daha çok kendi içinde tabii kendi özel yaşamıma dair tabii yani işle ilgili sıkıntılarda benim huzurumu etkileyecektir ama daha çok kendi iç hayatıma ilişkin, bu nedir; bu annem babamdır, daha çok çocuğumdur veyahutta kendi yaşamımla ilgili özel yaşamımla ilgili sıkıntılardır; ha bazen bunları göğüsleyecek gücüm olur ama bazen bunlar çok böyle peşpeşe geldiği zaman göğüsleyemem bunları, ama bunlar dediğim gibi benim birincil ilişki alanıma dahil insanlarla ilgilidir."*

Görüşmecinin ifadesinden de anlaşılacağı gibi zaman zaman yaşanan huzursuzluklar ve mutsuzluklar bireylerin sağlık ve hastalık tanımlamalarını etkilemektedir. Dolayısıyla gündelik hayatlarında karşılaştıkları sorunlardan ziyade iç hayatlarındaki sorunlar kendilerini sorgulamalarına ve hasta

hissetmelerine neden olabilmektedir. Bu durumda da başvurdukları çare kendi iç dünyalarına yönelmek olarak karşımıza çıkmaktadır. Erinç'in ifadesinde olduğu gibi;

*"...Bunu bir şekilde çözümlenmeye, nedenini ilk önce kendi içimde analiz etmeye çalışırım... Farkındalığının düşük olmadığını iddia ederim, dolayısıyla bunun nedenlerini kendi içimde analiz edip onu çözümlenmeye ve dediğim gibi yapabileceğim atacağım adımlarla çözebileceğim durumlarsa bu adımları tasarlamaya ona yönelik eylemeye çalışırım diyim yani".*

9 kadın görüşmeci özellikle aile içerisinde anne-baba ya da çocuklarla ilgili herhangi bir durumun kendilerini üzgün ve dolayısıyla hasta hissetmelerine neden olduğunu ifade etmiş ve bu durum çözümlene kadar da bu sürecin devam ettiğini belirtmişlerdir.

Ayrıca kadın görüşmecilerin özellikle regl ve/veya menopoz dönemlerinde kendilerini daha hassas ve psikolojik olarak rahatsız hissettikleri gözlemlenmiştir. 48 yaşında, bir kadın görüşmeci olan Sermin bu düşüncesini şu şekilde ifade etmiştir:

*"Ruh durumuma bağlı, o gün yataktan kalkıyorum ruh durumuma bağlı veya bir önceki gün geçirdiğim duruma göre beni etkiliyor. Her şey yolundaysa sağlıklıyım diyorum ama tabii kadın olduğumuz için özel durumlarımız olabiliyo o zaman bir rahatsızlık hissediyorum etkileniyorum bi de tabii psikolojik durumlar da etkiliyorsa arkadan o günü rahatsız geçiriyorum"*

Bu durumda görüşmecinin rahatlamak ve kendini bu durumdan kurtarmak için başvurduğu çare, yalnız kalmak ya da kendisini anlayabileceğini düşündüğü yakın bir arkadaşla bu durumunu paylaşmak olarak tanımlanmaktadır.

Sermin'in söylediklerine benzer bir biçimde hem aile içi ilişkilerde yaşanan sorunlara hem de özel günlerinde yaşadığı sıkıntılara bağlı olarak kendisini hasta hissettiğini ifade eden Zerrin de durumunu şu şekilde tanımlamıştır:

*"Aslında çok öyle hastayım falan diye düşünmem ama genellikle bir şeye üzülmişsem hani ne bileyim böyle evde bir sıkıntı olmuşsa, eşimle, çocuğumla ilgili bir şey varsa o zaman hasta olduğumu düşünürüm ve o sıkıntı geçene kadar da düzelemem. Bazen de işte kadınların belli dönemleri vardır ya o zaman çok gergin olurum, keyifsiz olurum, mutsuz olurum o zaman da hastayımdır".*

Kadınlara özgü yaşanan sıkıntılarda regl dönemlerinin yanı sıra kadının menopoza girmesi de çeşitli sorunların yaşanmasını beraberinde getirmektedir.

Erken menopoza girdiğini, bu konuda sıkıntı yaşadığını ve yaşadığı sıkıntılar süresince kendisini “hasta” hissettiğini ifade eden Esin de bu konudaki tanımlamasını şu sözlerle dile getirmiştir

*“Ya menopoz oldum erken ben. O zaman bayağı kötüydü. Böyle içim sıkılırdı, evde duramazdım, hep böyle üzgün olurdum. Herkes bana karşı gibi gelirdi, sanki bir şeyim eksilmiş gibi ve herkes de bunu biliyormuş gibi. O yüzden hep hastaydım. Eve de yansırıdı bu. O dönem bayağı zor geçti erken oldum ya bayağı sıkıntılıydı. O zaman dışında hastayım diye düşünmedim hiç.”*

Esin’in bu ifadesinde kültürel olarak kadın olmaya atfedilen anlamlardan birini de görmek mümkündür. Kadının regl olması doğurganlığının devam ettiğinin bir göstergesidir. Ancak regl döneminin sona ermesi olarak tanımlanan menopoz sürecinde kadının artık anne olma özelliğini yitirmesi söz konusudur. Kadının doğurganlığının sona ermesi anlamına gelen bu yeni süreç, kadının kendisini “eksik” olarak görmesini de beraberinde getirebilmektedir. Dolayısıyla kadın hem hormonlarında meydana gelen değişimlere uyum sağlamak hem de kendisini yeniden tanımlamak zorunda kalmaktadır. Bu bağlamda da kadınların bu süreç içerisinde kendilerini “hasta” hissetmeleri aslında daha çok toplumsal tepkilerle ilgilidir.

Bedensel rahatsızlıkları psikolojik rahatsızlıkların bir sonucu olarak tanımlayan görüşmecimiz Figen’in söyledikleri bu sürecin cinsiyetle de ilişkili olduğunun altını çizmekte, diğer bir deyişle hastalık tanımlamalarının cinsiyet temelinde bir farklılaşma yarattığı yolundaki düşünceleri yansıtmaktadır:

*“Her zaman insanlar psikolojik olarak çok çabuk rahatsızlanıyor. Bedensel hastalıktan daha çok psikolojik hastalıklar kişide görülüyor. Eğer moralim bozuk olduğu zaman, bir şey yapmakta isteksizlik hissettiğim zaman o zaman “Figen bugün durman gerekiyo” diyorum. Nasıl mesela gribal bir enfeksiyon geçiriyomuşsun gibi o dönem bir nekahetin olması gerekiyoken o gün mutlaka kendime bir dinlenme veririm. Çünkü ikinci gün o konuda daha çok çalışma yani daha rahatsızlıklarım ağırlaşabilir diye, çünkü özellikle kadın olduğum için, duygular çok yoğun yaşandığı için ve insanlar çok hızlı hareket ederek, çok hızlı değişiklikler yaşarken o değişiklikleri ben çabuk algılayabilen bir insanım ve çabuk etkileşebiliyorum, etkilenebiliyorum. Hızlı değişiklikler ve birden bire farklılaşmalar ya da böyle küçük kurallar ben de şey yapabiliyor biraz denge bozulabilir, denge bozulmasını da sevmiyorum ve ondan sonra küçük küçük duygusal sıkışmalar olabiliyor. O aralar ara veriyorum yoksa hastalık oluşturabilirim”.*

Figen kendisini böyle hissettiği durumlarda *“Figen bugün durman gerekiyo”* diyerek dinlenmek istediğini ve bu isteğini yerine getirecek şartları sağladığını ifade etmiştir.

Anlaşılacağı gibi psikolojik duygu durumlarına dayalı olarak hastalık tanımlaması yapan bireylerin başvurdukları çare ne ilaç kullanımı ne profesyonel destek almaktır. Bireyler bu durumda zamana bırakma, yalnız kalma, yakın biriyle paylaşma ya da dinlenme yollarına başvurumaktadırlar. Bu durum, psikolojik durumların bireyin kendisinden kaynaklandığı ve yine kendisi yoluyla çözülebileceği anlayışı olarak yorumlanabilir.

Hastalık tanımlamasını psikolojik duygu durumları çerçevesinde yapan katılımcıların çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesine bakıldığında, bu katılımcıların 9’u kadın, 3’ü erkektir. 2’sinin üniversite mezunu, 5’inin lise mezunu, 3’ünün ortaokul mezunu ve 2’sinin de ilköğretim mezunu olduğu, yaş ortalamalarının 42.58 olduğu ve 5 kişinin Ankara, 5 kişinin İzmir ve 2 kişinin de İstanbul’da ikamet ettiği görülmektedir.

#### **4.1.4 Sosyal İlişkilerde Yaşanan Sorunlar**

Katılımcılardan bazıları da kendilerini sosyal ilişkilerinde sorun varsa hasta hissettiklerini ifade etmişlerdir. Burada dikkati çeken nokta, aile içi ilişkilerin yanı sıra bireylerin gündelik hayatta etkileşimde oldukları diğerleriyle de ilişkilerini dikkate almalarıdır. Ayrıca burada bireyin hem sosyal hem ekonomik ilişkiler içerisinde kendisini nasıl konumlandığı da hastalık ve sağlık tanımlamalarında rol oynamaktadır.

Katılımcılardan Erkan, okul, aile, arkadaş çevresiyle ilişkilerinde sorun yaşadığında kendisini “hasta” hissettiğini ve eve kapandığını şöyle dile getirmiştir.

*“Üzüntülüysen, kafamı bir şeye taktıysam, kız arkadaşımınla kavga ettiysen, derslerim kötü gidiyorsa, arkadaşlarımdan biriyle anlaşamadıysam. O zaman hiçbir şey yapasım gelmiyo, yatıp kalayım istiyorum, ne dışarı çıkasım ne evde oturasım geliyo, deli gibi oluyorum yani böyle olunca hasta olduğumu biliyorum. Moralim çok etkiliyo yani beni, kimseyle bir sorunum yoksa o zaman iyiyim sağlıklıyım maşallah”.*

Erkan'ın çevreyle olan ilişkilerinde yaşadığı sorunlar kendisini hasta hissetmesine neden olurken, bir diğer katılımcı olan Mustafa daha çok iş ilişkileri çerçevesinde bir tanımlama yapmıştır.

*“İş yerinde sıkıntım varsa, borcum, alacağım varsa, alacağımı alamadıysam, daha genel yani işlerle ilgili sıkıntı yaşıyosam bu eve de yansıyo, hanımla kavga ettiğim oluyo iş yüzünden o zaman tabii hiç iyi hissetmiyorum kendimi böyle zamanlarda. Genelde hep işle ilgili bütün sorun. İşler iyiyse ben de iyiyim. Yoksa hasta falan olmam öyle. Bu ilişkiler beni hasta ediyö işte”.*

Burada bireylerin maddi açıdan yaşamlarını sürdürmeleri için işle ilgili sorumluluklarını yerine getirmelerinin önemli olduğunu vurgulamak gerekmektedir. Mustafa'nın vermiş olduğu bu tanımlamada aile üyelerine ve iş ilişkilerine vermiş olduğu önemi görmemiz mümkündür. Bu bağlamda görüşmecimiz sahip olduğu sorumluluklar çerçevesinde kendisinden bekleneni veremediğinde kendisini “hasta” hissetmektedir.

Bir diğer görüşmecimiz de kendisini hayatta yalnız olarak tanımlamakta ve sosyal ilişkilerdeki güçsüzlüğünü hastalıkla eşleştirmektedir. Ömer;

*“Genelde hastayım desem. Ama hani bu şey değil belli bir hastalığım var gibi değil, benimkisi psikolojik genelde herhalde. Bu yaşta (39) hala bekarım ve bu beni sıkıyor, evlenmek istiyorum evlenemiyorum, güvenemiyorum da. Kimseye güvenemiyorum sadece kadınlara değil yani. Hem yalnız kalmak istemiyorum hem arkadaşlarımla sorun yaşıyorum çünkü güvenemiyorum. O zaman da hasta oluyorum işte. Yalnızlık, kimse yok böyle, kaçırıyorum herkesi”.*

şeklindeki ifadesinde “hasta olmayı” tamamen sosyal ilişkiler bağlamında tanımlama yoluna gitmiştir. Çevreyle ilişkilerinin çok zayıf olması, kimseye güven duymaması ve uzak durması kendisini yalnızlığa iterken bir yandan da bu yalnızlıktan çıkmak istemektedir. Öte yandan Ömer, sorunu kendisinde gördüğüne yönelik ifadeler kullanmışsa da genel olarak başkalarına yönelmektedir. Sağlıksız bir ilişkiler ağı içerisinde olduğunu söylerken bunu çözmek için herhangi bir çaba sarf etmediği gözlemlenmiştir.



## 4.2. NORMAL / ANORMAL DAVRANIŞ ANLAYIŞLARI

Görüşmecilere normal/anormal tanımlamalarını belirleyebilmek amacıyla; toplum içerisinde ve gündelik hayatta normal/olumlu bakılan ve kendilerine anormal/olumsuz gelen davranışların ve aynı zamanda da genel içerisinde anormal/olumsuz bakılan ancak kendilerine normal/olumlu gelen davranışların neler olduğu sorulmuştur. Bu çerçevede görüşmecilerimizin normal / anormal davranış tanımlamalarını belirleyebilmek için görüşmecilere üç soru sorulmuştur. Bunlar; “Günlük hayatımızda çevremizde yani ailemizde, arkadaş ve tanıdıklarımızda ya da sokakta, çarşıda, v.s. çok değişik davranış biçimleri ve tepkilerle karşılaşmaktayız. Bunları düşündüğünüzde size normal gelmeyen davranışlara örnek verebilir misiniz? (örneklerde tam olarak neyin normal gelmediğinin açıklanması istenecek)”, “Etrafınızda bazı kişilere normal gelen ama size normal gelmeyen davranış, tutum, tepki gözlemliyor musunuz? Örnek verir misiniz” ve “Etrafınızdaki kişilere anormal gelen ama size anormal gelmeyen davranış, tutum, tepki gözlemliyor musunuz? Örnek verir misiniz” sorularıdır.

Görüşmelerin deşifrelerinden hareketle bireylerin genellikle normal / anormal ayrımını toplumsal davranış kuralları, dini, ahlaki kuralların ve geleneklerin varlığı, toplumsal statü ve roller arasındaki uyumsuzluk, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, şiddet ve literatürde özellikle akıl hastalığına yönelik yapılan tanımlamalar çerçevesinde yaptıkları görülmüştür.

### 4.2.1. Toplumsal Davranış Kuralları

Görüşmeciler gündelik hayatta karşılaştıkları ve kendilerine “normal” gelmeyen davranışların bir kısmını genel olarak içinde yaşadığımız toplumun genel davranış kuralları çerçevesinde tanımlamışlardır. Topluluk içinde uyulması gereken kurallar gelenekler tarafından belirlendiği gibi bir takım yasa, tüzük ve yönetmeliklerle de belirlenmektedir. Gündelik hayatta bireylerin içinde yer aldıkları ortamlar gereği uymaları gereken bir takım yazılı ve sözlü kurallar vardır. Bu kurallar dışında hareket eden bireylere resmi bir takım yaptırımlar uygulandığı gibi toplumsal yaptırımlar da uygulanmaktadır ki bunların başında

etiketleme gelmektedir. Araştırmamızda görüşmecilerin yapmış oldukları tanımlamalardan hareketle toplumsal kurallara uymayan bireyleri “normal olmayan” olarak tanımladıkları gözlemlenmiştir.

Görüşmecilerden bir alışveriş merkezinde çalışan Erdinç, bir müşteri tarafından gerçekleştirilen ve kendisi için “normal” olmayan bir davranışı şu şekilde ifade etmiştir.

*“...Burada kapanış saat 22:00'da. Anons yapıldığında dükkânlar toplanmaya başlar. Geçen gün bir olay olmuştu burada. Yemek yiyo mesela beyefendi birden bağırmağa başladı toplanılır mı, temizlik mi yapılır diye. O zaman bütün millet ona deli gözüyle bakmıştı burada belki normal insandır ama işte yani kurallar dışında bağırıyor, insanlar yapmaları gerekeni yapıyor ama beyefendi bağırıyor, çağırıyordu. Ben mesela kesin sorunu var dedim. Çünkü buranın bir kuralı var ve herkes bunu bilir çalışanı da geleni gideni de”*

Burada dikkat çeken belirlenmiş kuralların olduğu yerlerde bireyin kendiliğinden kurallara uyması ve sorgulamadan kabul etmesi yönündeki beklentidir. Bu durum gerçekleşmediğinde bireyin normal tanımlaması dışında tutulabildiği görülmektedir. Ayrıca çalışma ortamı içerisinde her bireyin uymak zorunda olduğu bir takım kurallar ve statüleri uyarınca sergilemek zorunda oldukları roller vardır. Bu örnekte müşteriden beklenen, tanımlanmış kurallara uyması ve “müşteri gibi” davranmasıdır.

Ayrıca görüşmecilerden bankada çalışan ve zamanının büyük bölümünü müşterilerle geçiren Şebnem de:

*“İki sene önce falandı bir kadın geldi, kadına gayet normal bir şekilde işlem hatta kredi kartı yatırıyoruz, kadın konuşuyo ben gayet iyiyim ve yani olabildiğince nazik davranıyorum ondan sonra kadın biranda bana bağırmağa başladı, hiçbir şey yok ama buna benim diğer arkadaşlarımda şahit ve kadın bağırıyor bağırıyor bana ve gitti. Yani ben anlam veremedim yani hepimiz böyle baktık kaldık, işlemde sorun olan bir şey yok sorun olan bir şey olsa diyecemki tamam sinirlendi ama böyle şeyler çok oluyo. Çünkü streslerini böyle çıkarıyorlar.”*

diyerek sosyal etkileşim sürecinde bireylerin karşılıklı olarak uymak zorunda oldukları kurallar ve beklentiler dışında davranıldığında duruma “anlam verme” güçlüğü yaşamıştır. Müşteri-çalışan ilişkisinde beklenen roller ile sergilenenler arasında uyumsuzluk yaşandığında bir sorun olduğu fikri insanların zihinlerinde oluşabilmektedir. Dolayısıyla insanlar gündelik hayatta özellikle iş ilişkilerinde beklenilenin aksi bir durumla karşılaştıklarında bunu “anormal” bir durum olarak

değerlendirmektedirler. Çünkü oluşmuş olan bir takım davranış kalıpları kırılmaya uğramıştır.

Görüşmecilerden Zeynep ise, bireylerin topluluk içinde uyması gereken kuralların varlığına dikkat çekerek;

*“Mesela otobüs ya da dolmuşta sıra oluyo biri geliyo biniyo, sıraya geçmiyo dolmuşa biniyo. Bu kişi normal davranmıyo bence çünkü herkes sıra bekliyo onunda beklemesi lazım, o da insan orda sıra bekleyenler de insan. Ayrıca böyle araçlarda, kalabalıkta böyle bir ortamda cep telefonuyla bağır bağır konuşanlar var, kavga edenler var, bunlarda tuhaf bence, kesin bir şeyleri var diyorum”*

demekte, toplumun genelinin benimsediği davranışları benimsediğini, aykırı durumları yadırgadığını ve bu insanları “normal” bulmadığını ortaya koymaktadır. Onun için önemli olan bir durumda orada bulunan insanların çoğunluğunun sergilediği ve genel kabul görmüş davranışlardır. Benzer şekilde görüşmecilerden G. Hüseyin’in de belirttiği gibi;

*“Toplum içinde yaşıyorsan onun kurallarını kabul etmek zorundasın, öyle olmak zorundasın, toplum eğer bir şekilde bunu kabul etmişse siz de uymak zorundasınız”*

kabulü, görüşmecilerin büyük bir kısmında yaygındır. Bir diğer görüşmeci olan Erdem bireylerin davranışlarını normal / anormal ayırımına tabi tutarken onların görünüşlerine de önem verdiğini ifade etmiştir.

*“Normal insanın yapacağı davranışlar vardır bunun dışında bana normal gelmez. Mesela kıyafet olabilir, yırtık pırtık mesela saç sakala karışmış birinin akıl hastası olabileceğini düşünebilirim.”*

Dolayısıyla toplum içerisindeki davranışlar kadar görünüş de bireylerin değerlendirmelerinde önemli rol oynamaktadır. Toplum içerisinde yaşayan bireylerin uygun giyiniş ve görünüşleri de toplum kurallarınca belirlenmiştir. Giyim kuşam tarzları gün içi zamana ve mekâna göre düzenlenmiştir. Evde, okulda, iş yerinde ve dahil olunan pek çok farklı yaşam alanlarında insanların giyim tarzları farklılaşmaktadır.

Benzer şekilde toplum içerisinde bireylerden beklenen davranışlardan bir tanesi de kalabalık içerisinde bulunulduğunda etraftaki bireyleri rahatsız etmeyecek şekilde konuşmaktır. Görüşmecilerden 28 yaşındaki işletmeci Pervin, kalabalık içinde yüksek sesle konuşan ve gereksiz samimiyetlerde bulunan insanların

davranışlarını “tuhaf” bulduğunu ifade ederken, aynı zamanda kendi “normal” tanımlamasının ipuçlarını da vermektedir.

*“Mesela birinin bir ortamda otururken aşırı kahkaha atması, o bana tuhaf gelir, yüksek sesle konuşması, topluluk içerisinde konuşulmayacak konuları konuşması, kadın – erkek ilişkilerinde mesela gereksiz samimiyetler toplum içinde bana “tuhaf” gelir. Ortama göre “normal” olmak lazım, daha mantıklı.”*

Bu görüşmecinin ifadesinde de yine toplum kurallarına bağlı bir birey olmanın önemi vurgulanmaktadır. İçinde yetiştiği kültürün genel kabullerini, norm ve değerlerini benimsemek gerektiğini de belirten Pervin; “Herkesin benimsediği değerler benim için geçerlidir” diyerek bu konudaki görüşünü daha net bir biçimde ortaya koymuştur.

Pervin’in görüşlerine benzer görüşleri 51 yaşındaki Cavide’de de görmemiz mümkündür. Cavide, topluluk içerisinde uyulması gereken kuralların genellikle gençler tarafından ihlal edildiğini belirterek, bu konudaki düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

*“Mesela gençlerin yaptığı bazı hareketler, sokakta yüksek sesle konuşuyorlar, çok aşırı yani ben böyle şey yapmıyorum bir de gençlerin yaptığı çok aşırı normal olmayan hareketler de var. Mesela kimisi böyle 3-4 dakika ağızdan ağza öpüşüyo mesela tamam bir yanağından öpersin yani ama bu normal değil yani topluluk içinde. Artı kimileri kılık kıyafetine dikkat etmiyorlar. Bana teşhircilik gibi geliyo yani normal değil. Mesela kimisinin tüm göğüsleri çok az kapalı oluyo, tüm göğüsleri dışarıda oluyo, güzel giyinsin ama, o kadarı da normal değil işte”*

Bireylerin toplum içerisinde yaşarken en fazla uyum göstermeye çalıştıkları kurallar en basit olanlardır. En basit olarak tanımlanan görgü kuralları vb. ihlal edildiğinde bu kuralları ihlal eden bireylerin ciddi bir yadırgamayla karşılaştıkları gözlemlenebilir. Bireyler toplum içerisinde “utanç verici” durumlara düşmeme gayreti ve çabası içerisinde olma eğilimindedirler. Bireylerin genellikle yaygın olarak kabul edilmiş sosyal normları ihlal etmelerine duyulan bireysel tepkiler olarak tanımlanan “breacking experiments”, Harold Garfinkel’in etnometodolojik çalışmalarından biri olan asansör deneyiyle test edilmiştir. Ona göre, insanlar gündelik yaşam rutinlerinde yerine getirdikleri davranışları sorgulamadan uygular ve kuralları kabul ederler. Bunun dışında hareket eden bireyler gördüklerinde de onları dışlama eğiliminde ya da “akıl hastası” olarak niteleme eğiliminde olurlar. Asansör deneyinde Garfinkel, araştırmacıların asansöre sırtları kapıya dönük olarak binmelerini sağlamış ve diğer insanların bu gözlem

karşısındaki tavırlarının incelemiştir. Bireyler asansöre binmekten kaçınmış ya da asansördeki bireyleri “anormal” olarak nitelendirme eğilimi göstermişlerdir (Garfinkel 1963).

Araştırmamızda yukarıda verilen örnekler çerçevesinde, görüşmecilerin “anormal” olarak tanımladıkları durumların basit görgü kuralları çerçevesinde değerlendirilebileceği görülmüştür.

#### 4.2.2. Dini, Ahlaki Kurallar ve Gelenekler

Katılımcılar “normal” davranış tanımlamalarını yaparken içinde yaşadıkları kültürün ahlaki değerleri, gelenekleri ve dini kuralları dışında hareket etmemeyi bir gösterge olarak değerlendirmişlerdir. Bu çerçevede katılımcılardan Erdinç, Müslüman bir ülkede ramazan ayında oruç tutulmamasını “normal” karşılamadığını ve tutmayanlara “iyi” gözle bakmadığını ifade ederken, ailesinin kendisini bu değerler çerçevesinde yetiştirdiğini, değerlerine sahip çıktığını ve çıkması gerektiğini şu sözlerle belirtmiştir:

*“Mesela anne-babanın yanında bacak bacak üstüne atmam ben, bazı insanlar “normal” karşılığı rahat karşılıyo o da herhalde aileden gelen bir şey. Aslında bunu yapan insanları yadırgamam o onun ailesiyle arasından gelen bir şey ben yapmam ama ona göre normal bana göre normal değil çünkü bu. Mesela ben balık tutmayı çok severim, ramazanda orucumu falan da tutarım. Mesela balığa gittiğim zaman orda pek çok insan da balık tutuyo ramazan ayında mesela içki içiyolar o çok çok anormal geliyo bana, onları gördüğümde hemen kalkıyorum gidiyorum”.*

Bu söylediklerinin ardından anormal davranış için “Aslında düşününce inanç dışı, gelenek dışı şeyleri diyebiliriz” demektedir. Gelenekler ve ahlakî değerler açısından farklı önemli bir örnek de Zeynep’in ifadesinde görülebilir:

*“Mesela bizim köyde bir aile var, kadınları böyle erkeklerle selamlaşmazlar, mesela misafir bir erkek gelir ellerini uzatmazlar, yemek çıkarmazlar, bir şey getirmezler. Evde genç erkek varsa o yapar yoksa olmaz, mesela bu bence normal değil”.*

Verilen bu örnek diğer örnekten farklı olarak geleneklere ve dine bağlılığın aşırı olmasının da normal olarak tanımlanamayacağına işaret etmektedir.

İnançlara ve geleneklere uygunsuz davranmak dışında katılımcıların büyük bir kısmı toplum içinde veya gündelik hayatta bireylerin birbirlerine karşı küfürlü konuşmalarını da “normal olmayan” bir tavır olarak değerlendirmişlerdir.

Katılımcılar küfürlü konuşmanın ahlak sınırlarının dışında kaldığını ancak gündelik hayatta çok sık karşılaştıkları için bunun artık “normalleştiğini” ifade etmektedirler. Bu konuda görüş bildiren katılımcıların kadın olması, küfür etmenin erkek egemen bir toplumda erkeğe özgü bir durum olması yorumunu yapmamıza da olanak sağlamaktadır. Türkiye’de erkekler arasında gündelik dilde küfürlü konuşmak oldukça yaygındır. Ayrıca pek çok durumda bir statü göstergesi olarak da kabul edilir. Erkeğin küfürlü konuşması istenen ve onaylanan bir durumdur. Kadınlar açısından ise onaylanmayan bir davranış ve konuşma biçimidir. Katılımcılardan Füsün bu konudaki düşüncesini şu şekilde ifade etmiştir:

*“...Herkes birbirine küfür ediyö bir kere, taksiiye biniyosun taksici giden arabalara küfrediyö, arabaya biniyosun, özel arabaya, kendimizden olsun bir başkasından olsun o ona küfrediyö “bunlar normallik mi?”, değil saygısızlık ve ruhsal bir bozukluk bence.”*

Görüşmeci küfürlü konuşmanın normal olmadığını belirtirken aynı zamanda artık bunun toplumun genelince yaygın biçimde kullanılmasının “normalleşme” için bir temel sağladığını ve bireylerin ailelerinden almış oldukları eğitimin de bu konuya yaklaşımlarını farklılaştırdığını ifade etmektedir:

*“Mesela bazı aile arkadaşlarımızın çok küfürlü konuşması, bana yanlış gelmişti. Çünkü ben anneme hiçbir zaman hakaretili konuşmadım. Bizim ailede o kadar belden aşağı küfür eden kimse olmadı. Belden aşağı açık saçık konuşan insan olmadı, ben kardeşimle canım ciğerim hiç birbirimize daha böyle hikaye bile anlatmadık ama bu başka ailelerde normal karşılanabiliyo ama şimdi bir 10 sene sonra sürekli bir arada olunca etrafta da o kadar yaygın olunca kabullendim.”*

Bireylerin neyi ya da kimi normal kabul edeceklerinin önemli ölçüde geçmiş yaşantı ve öğrenmeleriyle ilgili olduğu söylenebilir. Sosyalizasyon süreci içerisinde birey, içinde yer aldığı her ilişki biçiminde yeniden sosyalleşmektedir. Bu anlamda da bireylerin zamanla “normal olmayan” davranış kalıplarına ilişkin düşünceleri ve tanımlamaları farklılaşabilmektedir.

Ancak toplumun genelinde açık saçık konuşmak ve küfür etmek ahlaksızlık göstergesi olarak tanımlandığından görüşmecilerimiz de bu tavır ve davranışları “normal olmayan” olarak nitelendirmişlerdir. Benzer şekilde Cavide karşılaştığı bir olay karşısındaki düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

*“3-4 yıl önceydi, alışverişe gidiyordum. Bir serviste böyle ilkokul dört ya da beşe giden servisci çocuklar böyle şey yapıyodu. Ben kaldırımdan*

*gidiyodum o çocuklar bana camdan çok kötü el hareketleri yaptılar, laf ettiler. Yani ben o zaman tüylerim diken diken oldu. Dedim ki ya daha dörde beşe giden çocuk ben kaldırımdan gidiyorum bana neden kötü el hareketi, küfür yapsın yani. Yani şu yaşımda bile yani şuan bile sana göstermeye, söylemeye yani ben çekinirim. Bu beni çok düşündürdü, normal olmadıklarını, sorunlu olduklarını düşündüm, çok üzüldüm yani böyle...”*

Türkiye’de geçerli ahlak kuralları ve gelenekleri büyüklere karşı saygılı, terbiyeli olunması gerekliliğini vurgular ve bireyler küçüklüklerinden itibaren bu anlayış çerçevesinde yetiştirilirler. Görüşmeci ailede yaşanan farklılaşmanın ve ebeveyn-çocuk ilişkisinde yaşanan değişimin bu anlayışı değiştirdiğini şu sözlerle ifade etmiştir:

*“Düşündüm, dedim yani aileleri hiç ilgilenmiyo herhalde. Terbiye vermemişler, büyüklere yani düşün kaç yaş hani böyle davranılmaz. Hem nerden öğreniyolar bunları belki televizyon yani ama ailede de var bence. Anne-baba ilgilenmiyo, bırakıyo kendileri iş-güçte, çocuk ne yapsın arkadaştan falan herhalde.”*

Büyüklere saygısızlık, küfür ve kötü davranışlar sergileme dışında görüşmecilerimiz “insanların birbirlerini kandırmalarını, bencillik yapmalarını, kıskançlığı, kıyaslamada bulunmalarını, başkalarının fikirlerini kendi fikirleri gibi sunmalarını, riyakârlık yapmalarını, çıkar ilişkileri içinde olmalarını, kendilerinden başkalarını küçük görmelerini, birbirlerini aldatmalarını” da ahlakî olmayan davranışlar içinde tanımlayarak “normal” bulmadıklarını ifade etmişlerdir.

Görüşmecilerden Füsün insanların birbirlerini kandırmalarını, aldatmalarını bir ruhsal bozukluk olarak tanımladığını başka bir ifadeyle “normal” olmayan davranış olarak nitelediğini şu sözleriyle dile getirmiştir:

*“Sokaklarda yaşıyosun. Otobüse biniyosun farklı kişilikler, taksiye biniyosun taksici geçen gün çarptı işte beni o da bir ruhsal bozukluk. Adam resmen paramı çaldı şoför, benden fazla para aldı, verdiğim parayı sakladı ikinci defa verdim .”*

Bir başka görüşmeci, eşinden ayrılmış ve çocuğuyla birlikte yaşayan Erinç, eşlerin ya da sevgililerin birbirlerini aldatmalarını “anormal” olarak tanımlamış ve kadın-erkek ilişkilerinde aldatmaya dikkat çekmiştir.

*“Evli insanların rahatlıkla evliyken başka insanlarla birlikte olabilmesi, aldatma bu o kadar anormal ki o kadar yaygın ki artık normalleşmiş, benim için böyle bişey sözkonusu değil, çünkü bu öncelikle kendimi aldatmaktır, kendime yalan söylemektir ondan sonra tabii seçtiğim insana birlikte*

*olduğum insana yalan söylemektir, başta zaten kişinin kendine yalan söylemesi ya da söyleyebilmesi bir anormalliktir, başkasına haydi haydi yapar.”*

Erinç, öncelikle bireylerin birbirlerini aldatmalarına vurgu yaparken aslında bunun kendini aldatmak olduğunu belirtip daha kişisel bir soruna dikkat çekmiştir. Kişilerin kendini aldatmasının bir sorun olarak tanımlanması gerektiğine dikkat çekerken bunun aynı zamanda bir kişilik bozukluğu göstergesi olduğu için “anomali” işareti olduğunu belirtmiştir.

Görüşmeciler aynı zamanda insanların “bencil olmalarını, riyakâr olmalarını ve kendilerini üstün görmelerini” de ahlak kuralları dışında tanımlamışlar ve bu bireylerin “normal” olmadığını ifade etmişlerdir. İsmet bu konuda özellikle, çocukları olan yaşça büyük bireylerin bencilliklerini uygun bulmadığını şu sözleriyle ifade etmiştir:

*“Eşi ölmüş bu kadın olsun erkek olsun, eşi öldükten sonra çocukları da olan bir insan hele hele çocukları evlenmemişken, çocuklarının tahsili bitmemişken, yeniden evlenmesini, yeni bir yuva kurmasını, çocuklarına rağmen yuva kurmasını normal bulmuyorum. Bence bu insanın sorunu var diye düşünüyorum. Kendiyle ilgili bence. Çünkü bu bize göre ters, bizim toplumumuzca uygun değil.”*

Aile değerlerine, çocuğun aile için önemine dikkat çeken bu ifade, çocuk sahibi bireylerin öncelikle çocuklarını düşünerek yaşamaları gerektiğini, geleneklerimizin ve kültürün bunu gerekli kıldığını bu anlamda da “bencillik yapan” bireylerin geleneksel değerlerden sapmış olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır. İnsanların öncelikle kendilerini düşünmelerini bencillik olarak tanımlayan ve bunu “normal” olmayan bir durum olarak niteleyen bir diğer görüşmecimiz Erdem de bu konudaki düşüncelerini şu şekilde dile getirmiştir:

*“Çoğunlukla insanlar kendi çıkarları için önce yaşıyo, herkes önce ben diyor sonra karşı taraf ikinci planda. Benim görüşüm böyle yani bencillik...insanın önce kendini düşünmesi bana ne bileyim pek normal gelmiyo”*

Neden peki?

*“Yani mesela insanlar kendinden önce etrafını düşünmeli, ona göre davranmalı, rahatsız eder miyim, üzer miyim, kızdırır mıyım, mesela. Çünkü biz tek başımıza yaşamıyoruz ki. Etrafımızda bir sürü insan var, aile var, akraba var, diğer insanlar var değil mi?”*

18 yaşında bir genç olan bu görüşmeci, “topluluk halinde yaşayan ya da başka bir ifadeyle toplum içinde yaşayan bireyler diğerlerini dikkate almalı ve ona göre davranmalı” ön kabulüne dikkat çekerek, aynı zamanda insanların hayatlarında



yapmış oldukları tanımlamalarda öğrenmelerinin ne kadar önemli olduğunu da göstermektedir. Bu bağlamda her iki örneğin aynı olguya işaret ettiğini görebiliriz. Burada önemli olan içinde yaşanılan toplumda alınan kararlar ve yapılan eylemler başkalarını da etkilediği için bağımsız hareket edilemeyeceğidir.

Bu noktada Batılı toplumların aksine Türkiye’de çevreyi duygusal olarak içselleştirmeye yönelik bir tutumun olduğunu söyleyebiliriz. Erdem’in ifadesinde yer alan “*rahatsız eder miyim, üzer miyim, kızdırır mıyım*” cümlesi Batılı anlamda bir “birey” anlayışının olmadığını göstermektedir. Geleneksel anlamda birincil ilişkilerin hâkim olduğu toplumlarda bireyler tavır ve davranışlarını biçimlendirirken topluluğun genelini dikkate almaktadırlar. Bireysel çıkarlardan ziyade toplumun çıkarları ön planda tutulduğundan toplum içerisindeki davranışlar toplumsal kurallar çerçevesinde şekillendirilir.

Bu konuda insanların bencillik ile birey olma arasındaki farkı ve sınırı bilmediğini belirterek kendisinin de bu konuda toplum adına bir rahatsızlık taşıdığını belirten Hasan ise görüşlerini şu sözlerle ifade etmiştir:

*“Benim için normal olmayan şey insanların kurallara uymamak adına müthiş özverili tavırlarıdır”.*

*“Ya örneğin şu sıraya uymama, mesela orda bir sıra yapılıyor ben şuncuyum buncuyum deyip de sıranın önüne geçme. O anlamda bizde öyle bir sıkıntı var herhalde biz birey olmakla bencilliği müthiş bir şekilde karıştırıyoruz, toplum içinde birey olabiliyorsun, o toplumun kendi kurallarına saygı göstermeden. Bir tek bencillik düzeyinde hep, bencillik bizde bireycilik zannediliyor herhalde mesela bu. O anlamda ... bir bayanın o kuyruğa hiç aldırış etmeden kafadan PTT’de telefon ödeme sırasında gidipte bankoya yaklaşması beni o anda çıldırtan ve müdahale edilmesi gereken bir şeydir. Orda şöyle bir eleştiri getirebiliriz; o kadın olma kisvesiyle yani o anlamda kendinde bir dokunulmazlık hissederek o hareketi yapmayı kendine yakıştırabiliyor bu da bence anormal bir durum”*

Hasan bu noktada bireylerin bencilliği birey olmakla karıştırmasının yanı sıra verdiği örnekte toplumsal cinsiyet bağlamında kadına atfedilen bir takım rolleri de söz konusu ederek bencilliğin kadınlar tarafından yapıldığı alt okumasına yol açmaktadır. Görüşmenin ilerleyen aşamalarında kadının sahip olduğu ikincil konumun yıkılamamış olduğunu ve hala zihinlerinde yarattığı kategorilerle varlıklarını sürdürdüklerini ve kadının muhtaç ve mağdur olduğu anlayışıyla hareket edildiğini belirten görüşmeci kendisine yöneltilen “Peki ya erkekler?”

sorusuna ise; erkeklerin de farklı alanlarda erkeklik rollerini ön plana çıkardıklarını ve benciliklerini bu alanlarda ortaya koyduklarını belirtmiştir:

*“Mesela trafikte kurallarla alakalı, en ufak bir şeyde mesela insanlarımız o anlamda da yine benzer bir şekilde burada da erkekler çoğunlukta müthiş bencil bir şekilde yaşıyoruz. Trafikte bu en fazla ortaya çıkan noktalardan biri, belli bir kurallar zinciri üzerinden gitmek zorunda olan bir sistem ve bunu bir şekilde delerek kendini tatmin etmek, kendini düşünmek en çok erkeklerin yaptığı bir iş”.*

Görüşmecinin farklı cinsiyetler üzerinden yaptığı bencilik ve “anormallik” tanımlamasında ortak bir nokta dikkat çekmektedir: “Kuralların varlığı” ve “kurallara uygun davranmak” dolayısıyla görüşmecinin “normal” anlayışı toplumsal kurallar çerçevesinde tanımlanabilir. Bu anlamda her iki ifadesinde de görüşmeci toplumsal kuralların birey olma adına hiçe sayılmasına değinmiştir. Ancak kuralların yıkılmasının cinsiyetler temelinde farklılaştığını ifade etmesi de önemlidir.

Daha önce de ifade ettiğimiz gibi görüşmeciler “riyakârlığı, kıskançlığı ve kendini üstün görmeyi” de “anormal” olarak tanımlamışlardır. Görüşmecilerden Meral’in bu bağlamdaki ifadesi şöyledir.

*“Mesela bazı arkadaşlarımda bazı davranışları var ki bence o davranışlar “normal” değil. Mesela kıskançlık boyutuna varan örnek vereyim. Küçük iki çocuğu böyle iki torunu yani birbiriyle mukayese etmesi gibi veyahutta üç yaşındaki bir çocuk için “çok kibirli, çok gururlu, çok kendini beğenmiş bir çocuk” yakıştırmaları yani bana göre bunlar normal değil. Aslında iki büyük için yapıyo belki de bunları ama söylemiyo yüze gülüyo ama çocuk üstünden arkadan konuşuyo riyakârlık yapıyo bence. Bir de kendi düşüncesini değil, çocuklarının ona empoze ettiği şekliyle bazı fikirleri kendi fikriymiş gibi anlatması başkalarına işte baskı şeklinde uygulamaya kalkması normal değil. Kendi olması lazım insanın değilse sorun var, normal değil bence bunlar”*

#### **4.2.3. Toplumsal Statü ve Roller Arasındaki Uyumsuzluk**

Çalışmamızda özellikle kişinin “yaşına uygun” davranmadığı durumlarda yadırgandığı görülmüştür. Katılımcılardan İsmet, yaşına uygun davranmayan bireylerin “anormal” olarak nitelenebileceğini gösteren şu ifadeyi kullanmıştır:

*“Yaşlı insanların kendilerinin açık saçık gezmelerini, kendini aşırı genç hissettirmek istemesini, topluma genç göstermek istemesini bu türlü tezahürde bulunmasını anormal buluyorum. Yani insan hem yaşının gereğini giyinmeli hem yaşının gereğini hissettirmeli ama günümüzde artık*

*bu kavramlar değişik şekilde görünüyor. Mesela bir genç kadının yaşlı bir kadınla beraber olduğu zaman yaşlı kadının o genç kadından daha genç görünmek istediğini hissediyorum ve onun için sanki o değil öteki gençmiş gibi hareketlerde bulunuyor. Bu da normal değil bence”*

- Ne gibi hareketler mesela örnek verebilir misiniz?

*“En basiti saçlarını, kıyafetini öne çıkarıyor ya da ne bileyim böyle yaşına gitmeyecek işte davranışlar, gülmeler, çocuk çocuk şeyler, yani görünce anlıyorsun”*

- Peki bu davranış sizce sadece kadınlarda mı var yoksa erkeklerde benzer davranışlar sergiliyorlar mı?

*“Aslında özellikle kadınlarda var bence erkeklerde pek gözlemedim ama bazı ünlü yaşlı erkeklerde var o da normal bence göz önündeler çünkü. Ama ben çevremde pek görmedim erkekler için yani. Daha çok kadınlarda menopoza girdikten sonra oluyo bence bunlar”*

- Erkeklerde de antropoz dediğimiz bir dönem var. Bu dönemde kadınlara benzer şeyler yaşamıyorlar mı sizce?

*“Belki yaşıyorlar ama onlarınki kadınlar kadar göze batmıyor”*

Katılımcının ifadesinde yer alan “bazı ünlü yaşlı erkeklerde var o da normal bence göz önündeler çünkü” statü ile normallik arasındaki ilişkiyi oldukça net bir biçimde ortaya koymaktadır. Sanatçılık statüsü, sıradan bireylerde “anormal” olan davranışı “normal”leştirmektedir. Szasz (2007:27)’in da belirttiği gibi, toplumumuzda uyuşturucu bağımlıları ya da eşcinseller toplumda “anormal” olarak tanımlanırken, ünlü oldukları için hayranlık duyulan kişiler hiçbir şekilde normlardan sapmış olarak düşünülmezler. Benzer şekilde de Nobel Ödülü kazanmış bir kişi de “anormal” olarak düşünülmez. Çünkü statü ve normallik arasında kurulmuş bir denge söz konusudur.

Bunun yanı sıra katılımcılardan Nilgün de bireylerin statü ve rolleri arasındaki daha genel bir uyumsuzluğa dikkat çekmiştir.

*“Kişiler yaşına ve konumuna uygun davranmıyo mesela hemen dikkat çekiyo. O zaman bir anormallik var herhalde diye düşünüyorum. Ne bileyim mesela, yaşını başını almış bir erkek kendinden daha genç bir kadına böyle ne bileyim askıntı olabiliyo, laf atıyo bakıyosun hani böyle efendi görünümlü, takım elbiseli falan böyle ama yaptığı şey görünümüyle uymuyo. Ya da böyle mevki sahibi olmuş bir kadın ya da erkek fark etmez aslında da böyle sanki daha çocukmuş gibi davranıyo. Bunun gibi çok örnek olabilir”*

Burada da cinsiyetten ziyade toplum içerisinde sahip bulunulan yere uygun davranmamaya dikkat çekilmiştir. Önemli olan bireyin sahip olduğu, yaş, konum, gibi unsurlardır. Dolayısıyla toplumumuzda yaşa, cinsiyete ve mesleğe

göre tanımlanmış davranış beklentilerinin sergilenmemesi bireylerin diğerleri tarafından tanımlanışını etkileyebilmektedir.

Benzer bir diğer görüş Hüseyin'in ifadesinde de izlenebilir:

*“Mesela bazen görüyorum 70-80 yaşına gelmiş bir kadın süsleniyo, püsleniyo, aşırı makyaj etekler falan bana normal gelmiyo bu, insanlar yaşlarına konumuna göre davranmalı mesela. Ya da işte burada mesela insanlar sabahtan akşama kadar okey oynuyo, kağıt oynuyo, boş boş oturuyo yav sen yaşını başını almışsın artık ne bileyim bırak oyunu gazete oku, kitap oku, çalışabilcek gücün varsa çalış burada ne yaparsın”*

Anlaşılacağı gibi toplum içerisinde bireylerin doğdukları andan itibaren toplumda sahip oldukları statülerine bağlı olarak tanımlanmış rolleri vardır. Statü ve rol arasındaki ilişki oldukça önemlidir. Dolayısıyla belli bir yaşa gelmiş bireylerin içinde buldukları yaşa göre davranmaları beklenir.

Bireylerin tanımlanmış rol kalıpları dışında hareket etmeleri onların diğerleri tarafından “anormal” olarak nitelenmesine neden olabilmektedir. Bu bağlamda “normal”/“anormal” tanımlamalarının yapılmasında bireylerin toplumda belirlenmiş davranış örüntüleri çerçevesinde eylemde bulunup bulunmadıkları önemli görülmektedir.

Toplumsal statü kavramı kültürel ayırım ve farklılıkları vurgulayan ve bunları gösteren pratikleri içermektedir. Bu nedenle de statü, hayat tarzı, yani giyim konuşma ve davranışsal vaziyet alış gibi kültürel pratiklerin bütünlüğü olarak kavramsallaştırılabilir. Bu kavramsallaştırma çerçevesinde statü ve rol arasındaki ilişki aynı zamanda tabakalaşma sisteminin temel gösterenlerine işaret eder. Bireylerin toplumsal sistem içerisindeki konumları bir yandan beğenileriyle şekillenirken bir yandan da statüleriyle kurdukları uyumla eşleştirilir. Dolayısıyla, statü ve rol arasındaki uyum aynı zamanda bireyin toplumsal tabakalaşma sistemi içerisindeki yerini özümsemesiyle de eşdeğerde tutulur.

#### **4.2.4. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği ve Şiddet**

Görüşmecilerden bazıları da toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan rol tanımlamalarını ve bu tanımlamalar çerçevesinde gerçekleşen şiddeti “anormal” olarak tanımlamışlardır.

Görüşmecilerden Gülhan tüm bu açıklamaları bir arada bulunduran şu ifadeyle toplumsal cinsiyet eşitsizliğine, şiddete ve kadının konumuna dikkat çekmiştir:

*“Ben açıkçası kadının ikinci plana atılması ya da hala evrilmeye çalışılması bunu eskiye göre çok daha aştık ama aşamadığımız şeyler var açıkçası ama erkeğin kadına şiddet uyguluyo olması, bu üniversite mezunu da olsa hala çok normal karşılanıyo bazıları tarafından. Ya da iki flört eden çiftin evlilik öncesi birlikte oluşu mesela eğer erkek bunu yapıyorsa ona normal bakılışı kız birlikte olduysa ardından konuşulması gibi hiç enterese etmeyen şeylerin gündeme geliyo oluşu ya da ne bileyim eşlerden ikisi de çalışıyorsa eve geldiği zaman erkek adam iş yapar mı şey tarzı karısı çalışıyo olsa da eve geldiğinde kılını kıpırdatmayanlar var ona ben normal bakmıyorum. Normal karşılayanları da normal bulmuyorum”*

Görüşmecilerden Tayfun da şiddete ve kadının toplum içinde neleri yapıp neleri yapmaması gerektiğine dikkat çekmiş, bir yandan kadına karşı şiddeti normal bulmadığını ifade ederken, bir yandan da toplumsal olarak kadına atfedilen rolleri ve değerleri içselleştirdiğini ortaya koymuştur. Tayfun;

*“Bir tane bayanın tek başına sokakta sigara içmesi bence çok normal değil. Ama bi başkasına sorduğunuzda normal olabilir, kadın da eşittir erkek de biz zaten buna karşı gelmiyoruz doğrudur ama bence normal değil bu davranış kadın için. Ya da mesela şiddet, insanların şiddetine karşıyım mesela eşime hiçbir zaman gözünün üstünde kaşın var dememiştirimdir, bizim insanlarımız derler ya dayak hayvana atılır hayvana bile atarken düşünür yani insan onun için şiddet ne kadar karşındaki ne kadar haksız olsa da dayak çözüm değildir”.*

kadına karşı uygulanan şiddeti normal görmediğini belirtse de ifadesindeki “karşısındaki ne kadar haksız olsa da” cümlesiyle zaman zaman şiddeti onaylayabileceğini gösteren bir alt okumaya imkan vermiştir. Ayrıca ifadedeki “kaşının üzerinde gözün var” deyimini de kültürel olarak geçerli bir neden olmaksızın anlamı taşımaktadır. Bu bağlamda ifadenin genelinden şiddetin nedensiz olmasının onaylanmadığı sonucu da çıkabilmektedir.

Temelde şiddete duyduğu tepkiyi ve şiddet uygulayanlara ilişkin görüşünü ifade eden Erinç ise bireylerin birbirlerinin hayatlarına müdahalelerini ve bunu toplumsal konumlarına ve aile içindeki statülerine dayandırmalarını da normal bulmadığını belirtmiştir:

*“Mesela şiddet kesinlikle, şiddet eylemleri bana kesinlikle normal gelmiyor, bu dayak da olabilir, sözel şiddet, hakaret de olabilir. Bunlar kesinlikle normal gelmiyor bana, aslında bir şekilde bu da tahakküm yani ne bileyim cinsel istismarda bunun içine girebilir kesinlikle bunlar bana normal gelmiyor. Tahakküm mesela birinin biri üstünde kurduğu kim olursa olsun bu da bana normal gelmiyor. Yakın aile üyelerimden birinin benim üzerimde*

*benim yaşantım üzerinde söz hakkı sahibi olması, benim attığım adımlara, verdiğim kararlara müdahale etmesi, beni yargılaması bence normal değil. Bende onun kendisine ilişkin bir takım sorunları olduğu izlenimi uyandırıyor ve bu da normal değil bence”.*

Toplumun bireylere yaşları, konumları, cinsiyetlerine dayalı olarak bazı roller biçmiş olmasını bir şekilde onaylamadığını ve bunları eleştirdiğini belirten görüşmeci, genel olarak geleneklerin şekillendirdiği yaşam biçimlerini ve bunlara uymayı günümüz koşullarında normal bulmadığını da şu sözlerle dile getirmiştir:

*“Gelenekler yani çok büyük bir kısmı buna hani zaten doğudaki töreleri onlar uç bir kısım ama genelde toplumun kadına ve erkeğe yüklediği rollerde tamamen böyle. Kadının yeri evidir işte daha çok evin işlerini ve çocuk bakımını üstlenir ve zaten evlilik kurumuna yüklenen anlamda tamamen benim yüklediğim anlamın çok dışında bir anlam yani burada bir birliktelik sözkonusu, öbüründe ise neslin devamı yani çocuk yapmak ondan sonra evin erkeğinin eve para getirmesi o anlamda bir hani sevgiye, aşka, duygusal temelin çok da önemsenmediği bir boyutu”.*

Genel olarak toplumsal cinsiyet rolleri açısından bir açıklama yapan Erinç, bir yandan mevcut cinsiyet rollerinin tanımlanışını eleştirirken ve kadın ile erkeğe atfedilen rollerin artık normal karşılanamayacağını ifade ederken, aşağıdaki ifadeyle de yaşanan toplumsal değişimlerle ve kültürel yayılmayla birlikte farklılaşan rol tanımlamalarını da onaylamadığını ve bu tanımsal değişikliklerin sadece erkekler için gerçekleşmesini uygun bulmadığını belirtmektedir.

*“Onun dışında tabii hepsinin demesek de artık büyük bir kısmının giderek karşı cins ilişkilerinin yozlaşması söz konusu pek çok insan için normal gelebilir yani erkeğin cinsel gereksinimlerini karşılamak için gününbirlik ilişkiler yaşaması ve bu erkek camiasında son derece normaldir ama bence değil”*

Görüşmecilerden Hasan ise tam tersi bir anlayışla bir kadına yönelik olarak erkeğin uyguladığı şiddeti normal bulmadığını çünkü kadınlara karşı anlayışlı ve nazik davranılması gerektiğini belirtmiştir. Şiddete ve özellikle de kadına karşı şiddete tepkili olduğunu belirterek;

*“Hastanede sıraları düzenleyen banko görevlisi var. Genç bir çocuk geldi, uzun iri bir çocuk, bankodaki bayanla münakaşaya başladılar. Sorun şu; babasına kötü muamele yapıldığından şikayetçiydi çocuk ve onun bankodaki görevli tarafından muayene edilmemesi cezasıyla kovulduğunu söylüyodu. ‘Sen bunu yapamazsın’ diyodu ve ‘senin şimdi gelir burada ağzını burnunu dağıtır döverim’ diyodu. Şimdi bir kadına karşı hani herkesin ortasında ‘camı atlar seni döverim’ falan demek bana esasında çok anormal bir davranış geldi. Hatta, şeyi sorguladım, gençlik nereye*

*gidiyo bu nasıl iştir ... orda bir sürü insanız bu kadar pervasızca gelip de 'seni döverim' diyebiliyor dedim. Sonra da şeyi düşündüm bu töre cinayetleri falan, o kadar rahat uygulanabiliyo ki. Karşı cinse işte nazik olucaz, tamam olabilir babasına karşı öyle bir sorun yaşamış olabilir ama o yani babasının böyle bir sorun yaşammasının sonucunda bu sorunu çözmek bu yolla olmaz. Evet o bayan şikayet edilebilir, daha böyle farklı şekilde uyarılabilir, ama böyle 'ben seni şimdi bu camdan atlar, ağzını burnunu dağıtır bir güzel döverim falan demenin hiçbir manası yoktur bence orda çok anormal bir tavır vardı ama işte bu günümüzde bu normalleştiriliyo da bir yandan. Çünkü kimse orda 'kardeşim sen ne yapıyosun' demedi. Ben ne yaptım, ... çok sert bir bakış atarak yanlış bir şey yaptığına dair mesaj vermeye çalıştım. Sonra bir başka kadın müdahale etti, 'tamam hadi sakin ol' şeklinde müdahale etti... Bu anormal bir tavidir bence. Bunun hem bir kadına yapılmış olması hem de şiddet olması anormaldi. Kadına karşı şiddet apayrı bir kategori, şiddet ayrı bir kategori. Ama insanlar şiddeti kendi içlerinde de barındırıyorlar. Yani, insanlık tarihi savaşlarla doludur, ancak burada kadına karşı bilinçli şiddet daha ürperten bir şey".*

şiddeti toplumsal olarak normalleştirilen bir olgu olarak tanımlamaktadır. Ayrıca görüşmecinin son ifadesi de özellikle dikkat çekicidir. Burada kadına karşı bilinçli olarak bir şiddet kullanıldığı görüşü vurgulanmıştır. Görüşmecinin daha sonraki ifadelerinde –ki bu daha önceki alıntılarda yer almaktadır- kadının toplumdaki mağdur konumunun devamlılığının sorgulanması gerektiği de vurgulanmıştır.

Kadın-erkek ilişkileri sözkonusu olduğunda görüşmeciler eşitsizliğin kadının aleyhine işlediğini ve bunun günümüzde hala onaylanan bir tutum olduğunu vurgulamışlar ve bunun günümüz şartlarında normal olamayacağını belirtmişlerdir. Örneğin görüşmecilerden Esra, yaşadığı ortamın yaşanan kültürel ve toplumsal değişmelere rağmen bu konuda oldukça katı olmaya devam ettiğini ve bu anlamda da toplumsal bir anomali durumunun bulunduğunu şu sözleriyle ifade etmiştir:

*"Küçük bir yerde yaşıyoruz, herkes birbirini tanıdığı için kadın-erkek ilişkileri çok fazla hoş karşılanmıyor. Hala kız bir yeredir erkek bir yeredir, bir arada olamazlar. Bu çok anormal çünkü burası bir sahil kasabası, insanlar denize giriyor, tatil yapıyor. Ayrıca İzmir gibi bir yerde yaşıyorsunuz, ama ne yazık ki bu böyle. Geçenlerde bikiniyle deniz kenarında dolaşan bir kıza saldırdılar burada, ya sahil yeri adı üstünde ama günahmış. Bu işte anormal, onu yapan kişi de anormal bence".*

Esra'nın ifadesinde toplumdaki hakim kurumlarda yaşanan dönüşümün de bireyler üzerinde etkili olduğunu sonucunu çıkarabileceğimiz ipuçları bulunmaktadır. Esra'ya bunun nedenini nasıl açıkladığı sorulduğunda;

*“Şu an hakim olan din ya da işte hükümetin tavrı bence. Daha önceden böyle şeyler hiç olmazdı burada ama son zamanlarda, din adına günah diye bir sürü şeyler olmaya başladı. Sokakta laf atmalar, bazı yerlerin camlarını kırmalar falan. Alan buldular ve saldırganlaştılar ama bu normal değil. Güçlü hissediyorlar şimdi”*

sözleriyle karşılık vermiştir. Bu anlamda da hâkim siyasetin bireylerin davranışlarında ve tutumlarında etkili olduğu söylenebilir. Türkiye’de iktidarın muhafazakâr olarak nitelendirilen bir partide olması ve İslamî söylemin toplumsal hayatın her alanına yayılmaya başlaması muhafazakârlığın öncelikle aile temelinde, buna bağlı olarak da “namuslu” kadın kavramsallaştırması temelinde işlediği düşünüldüğünde baskıcı bir tavır almaktadır. Ailenin korunmasına ve kutsallığına duyulan inanç, aile değerlerinin baskıcı bir biçimde işletilmesini, kadının toplumdaki konumunu ve erkek karşısındaki duruşunu belirlemektedir. Muhafazakârlıkla beslenen tutuculuk, toplumsal rollerin sergilenmesinde özellikle de kadının toplum içerisindeki tavır ve davranışlarının belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu bağlamda da toplum içerisinde kadının giyimi, erkeklerle olan ilişkisi “namus” bağlamında değerlendirilmektedir. Din ve muhafazakârlık arasındaki bağ bu yöndeki tutucu tavırları da beslemektedir. Bu noktada da toplumun bir kesimi tarafından diğerine uygulanan sosyal şiddetin ve eşitsizliğin varlığı dikkat çekmektedir.

Görüşmecilerden Gülhan ise herkesin gözü önünde uygulanan şiddete ve bunun karşısında duyarsız kalan insanlara yönelik değerlendirmesinde şiddeti ve şiddete karşı duyarsızlığı “anormal” olarak tanımlamıştır.

*“Adana’da bir adam karısını yolun ortasına yatırmış karısını sevgilisini hatırlamıyorum bıçağıyla saldırıyor, bakmıyo orasına burasına neresine gelirse saplıyo ve içim kaldırmadı ve ben o adama kesinlikle normal olmadığını düşünüyorum böylesi bir hareket yapan gerçekten kafayı yemiş diyebileceğim bir tip, bu tarz bir davranış beni böyle düşündürür. Bu düzeyde bir şiddet ve etraftaki insanların dikkate alınmaması normal değil. Ben şiddetin tümüne karşıyım basit bir tokat atmadan tutunda kişiyi hastanelik komalık eden şiddetin her türlüsüne karşıyım bir de bunu herkesin gözü önünde şov yaparcasına yapması bu adam kafayı yemiş diye düşünüyö insan gerçekten”.*

Görüşmecilerin ifadelerinden de anlaşılacağı gibi mevcut kalıp yargılar, egemen roller ve normalleştirilmiş şiddet farklı biçimlerde de olsa eleştiriye ve farklı anlamlandırmalara sahiptir. “Normalleştirilmiş, sıradanlaşmış ya da gündelik yaşamın parçası haline gelmiş” şiddet, Steenkamp’ın (2005:254) “şiddet kültürü”



olarak tanımladığı ve şiddetin günlük hayatta ortaya çıkan sorunları ve kişiler arası ilişkileri düzenleme ve çözüme yöntemi olarak kabul görmesinin yaygınlaşması olarak tanımlanabilir. Toplumda şiddet kullanımını meşru kılan ve varolmasını sağlayan değerlerin nasıl yaratıldığı önemlidir. Bu çerçevede de şiddetin sergilenmesi ya da gündelik hayatın bir parçası olarak sunulması, görünür kılınması onun “normalleşmesinde” etkindir.

Bu anlamda bireylerin yaşayışları, hayat beklentileri ve öğrenmeleri anlam dünyalarını yaratmada etkilidir. Bireylerin anlam dünyalarında siyasetin, sahip olunan ideolojinin de etkili olduğunu söylemek mümkündür. Bireylerin kişiliklerinin oluşmasında ve gelişimde onların sahip oldukları yaşam görüşlerinin, ideolojilerinin etkisi vardır. Kişilik bir yandan içine doğulan toplumun ya da grubun sahip olduğu değerler ve kültürel unsurlar tarafından oluşturulurken bir yandan da hakim olan ideoloji tarafından şekil kazanır. Ancak bunun karşılıklı bir süreç olduğu unutulmamalıdır. Yani toplum kişiliğinin oluşumunda etkenken, her bir kişilik de toplumun dönüşümünde bir etkindir. Dolayısıyla bireylerin anlam dünyalarının yaratılmasında bireyin hayat karşısında nerede durduğunun, hayata hangi çerçeveden baktığının önemi büyüktür. Hayat duruşu ve yaşam karşısında takınılan tavır diğerlerine ilişkin yargıları da şekillendirmektedir. Görüşmeciler kendileri için normal ya da anormal tanımlarken, gündelik hayatta karşılaştıkları, birebir ya da doğrudan yaşadıkları olaylar üzerinden açıklama yapmışlardır. Genel olarak değerlendirildiğinde eğitilmiş olan kesimin, özellikle şiddet, toplumsal cinsiyet rolleri ve eşitsizlik temelinde bir “anormal” tanımlaması yoluna gittikleri görülmüştür. Ayrıca bu biçimde tanımlama yapanların yaşlarının da genç ve orta yaş grubundan olduğunu belirtmek de önemlidir. Küreselleşme, bilgi çağı olarak adlandırılan günümüzde genç ve orta yaş nüfusun diğer toplumlarla olan temasının artması ve bilimsel yayınları takip etme, hakları konusunda bilgi sahibi olabilme imkanlarının artması cinsiyet eşitsizliği temelindeki tartışmaların bu yaş gruplarında fazla olmasının nedenlerinden bazıları olarak yorumlanabilir.

#### 4.2.5. Literatür İle Benzerlik Gösteren Tanımlamalar

Araştırmamıza katılan bireylerin bazıları da doğrudan literatürdeki akıl hastalığı tanımlamaları içerisine girebilecek anormal tanımları yapmışlardır. Örneğin Emin, takıntılı olan insanların kendisi için “normal” insanlar olmadığını belirtmiş ve onları hasta kategorisi içerisine yerleştirmiştir.

*“Mesela yani yolda yürürken çizgilere basmamaya dikkat eden insanlar vardır. Yani bazen hepimiz yapabiliriz ama çok da o çizgilerin önemi yoktur basarsın ama o insanlar basmak istemez. Mesela bu bence farklı bir şey olabilir başka, ne bileyim her şeyin çok düzenli olması, simetrik illa, çok anormal düzeyde her şey mükemmel olmalı diye düşünülmesi, bunlar çok normal şeyler değil bence, ilk aklıma gelen diye düşünüyorum. Başka ne olabilir, aklıma gelmiyor şu anda ama. Birinin kendi kendine konuşması mesela normal değil bence, yani yakın zamanlarda yolda yürürken karşılaşıyorum bir anda böyle kendi kendine konuşuyor, kişi kendi kendine zihninde konuşabilirken, kendi kendine bütün sorularına cevap verebilirken ya da en azından vermeye çalışıyosun neden dışa vursun ki. Dışa vurması bir sıkıntıdır benim için, ama dediğim gibi yani insan kendi kendine sessizce sağlıklı bir şekilde konuşabiliyorsa ya da birisi yolda yürürken insanlar herkes sessiz bir anda birinin bir konuya yorum getirmesi bana ne bileyim garip geliyo, içinde söyleyebilirken niye dışa vursun”.*

Meral ise kendisinden verdiği bir örnekle diğer bireylerin kendisini “anormal” olarak tanımladıklarını bunun nedeninin de temizlik takıntısı olduğunu belirtmiştir. Kendisinin zamanla karşı karşıya tepkiler sayesinde bu huyundan vazgeçtiğini ya da kısmen vazgeçtiğini belirtmiştir:

*“Şimdi o kadar kalmadı anormal titizdim, anormal hastalık halindeydim tabii başkalarına çok ters geliyordu, benim için çok olağandı ama onlara ters geliyordu. Hatta görevdeyken bir paşamızın hanımı vardı bir gün dedi ki bana “imkan olsa kantindeki bütün temizlik malzemelerini kaldırırım”, “yeter ki sen bütün gün böyle kazınma diye”. Bana çok normal geliyordu ama onları rahatsız ediyodu. Mesela benim bir arkadaşım bana dedi ki “annemi sana getiremedim” bundan bir 15 sene önce. “Neden” dedim, “yaşlı dedi bir şey düşürür koltuğa yerken veya yere senin ne kadar üzüleceğini biliyorum o durum karşısında biliyorum ve yaşamamak için annemi sana hiç getirmedim” ki ben çok üzüldüm ona böyle bir duyguyu hissettirdiğim için. Bunun gibi böyle birkaç şey daha arkadaşlarımdan yaşadım”.*

Bunların dışında iki görüşmeci de insanların kendilerini sağlıklı bulmalarını ve sağlıklı tanımlamalarını “anormal” bulduklarını ifade etmişlerdir. Bir eczacı olan Figen bu konudaki görüşünü aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

*“Mesela insanların kendilerini çok sağlıklı bulması çok normal değil, çünkü hepimizde ben dahil, hepimizde hastalık oluşturacak bir çok etken var fakat biz bunu normal görüyoruz. Bu bence bir hastalık çünkü eğer kabul etsek hepimiz birbirimizi daha da artıya döndürmeye uğraşırız, dünyada herkes*

*kendini normal kabul ettiği için eksiye gidiş var, dünya bir kere eksiye gidiyor bunu öyle görüyorum. Ayrıca mesela çok zarif, çok narin 'ben herkesle her şeyi paylaşıyorum' diyen insanın karşıdaki insanı paylaşırım derken onu kendi hükmü altına almaya çalışmaları var ya da 'ben her şeyi çok iyi yaparım', iyi yaparım derken insanın orda bir narsistliği ortaya çıkıyo kendini beğenmesi çıkıyo ve orda egolar başlar".*

Figen'in ifadesindeki "dünya eksiye gidiyor" söylemi ve bunun nedeninin herkesin kendisini "sağlıklı" olarak tanımladığı değerlendirmesi, görüşmecinin kendisinin bu şekilde düşünmediğine vurgu yapmasıyla kendine ait "normallik" tanımını ortaya koymaktadır. Görüşmeci "normal" olanın herkes gibi düşünmemek olduğunu vurgularken; kendisini diğer bireylerden farklılaştıran yönüne de dikkat çekmektedir.

Bir diğer katılımcı olan üniversite öğrencisi Serdar da modernitenin tek tipleştirici söylemine ve bu söylemin bireylerde yarattığı "normallik kabulü" anlayışına eleştirisini şu sözlerle ifade etmiştir:

*"Sağlıklı olmak eğer normal olmaksızın bu da aslında iyi bir durum değil yani herkesin her olaya benzer tepkiler vermesi sonucunu doğurur ki bu da aslında çok iyi bir durum değil, tek tip bir hayat formu oluşturur, bu da sağlıksız bir durumdur bence".*

Katılımcının "herkesin her olaya benzer tepkiler vermesi..., tek tip bir hayat formu" ifadesi modernitenin düzen ve ilerleme anlayışı temelinde tek tip birey yaratma projesine bir eleştiri olarak düşünülebilir. Modernite, mevcut toplumsal kontrol araçları yoluyla düzen ve ilerlemenin önünde engel oluşturacak tüm bireysel varoluşlara karşı bir tavır sergilemektedir. Toplumsal sistemin işleyişini bozacak her engel toplumdan dışlanması gereken unsurlar olarak tanımlanır ki bireyler de buna dahildir. İlerlemeyi sağlayacak olan gelişmelerin yavaşlamasına neden olacak ya da gelişmeyi engelleyecek bireyler –çalışmayanlar, aylaklar, suçlular ve akıl hastaları- sistemin dışına atılmalı ya da sistemin mevcut kurumlarına dahil edilerek dönüştürülmelidir. Bu anlayışın sonucu herkesin birbirine benzediği bir toplum yapısının kurulmasıdır. Bu noktada farklılıklar istenmez. Aslında bu görüş Gruen (2003)'in "Normalliğin Deliliği" adlı eserinde de ortaya konmaktadır. Katılımcının bu ifadesi herkesin normal olarak nitelendirilmesine yol açacak toplum beklentisi bu eserde eleştirilmekte, mevcut düzeni sorgulamadan kabul eden, iktidara boyun eğen bireylerin deliliği vurgulanmaktadır.

### 4.3. AKIL HASTALIĞINA İLİŞKİN TANIMLAMALAR

Araştırmaya katılan görüşmecilerin akıl hastalığına ilişkin kavramsal tanımlamalarını tespit edebilmek amacıyla onlara öncelikle akıl ve ruh hastalığı arasında herhangi bir fark olup olmadığı sorulmuştur. Daha sonra görüşmecilerimizin verdikleri yanıtlara bağlı olarak her iki kavram arasında fark olduğunu ifade eden görüşmecilerimize bu farkı nasıl tanımladıkları sorulurken; fark olmadığını ifade eden görüşmecilerimize de neden olmadığını açıklamalarına yönelik soru sorulmuştur. Bu soruların ardından görüşmecilerimizin tanımlamalarını daha derinlemesine analiz etmek amacıyla tüm görüşmecilerimize verdikleri cevap doğrultusunda akıl hastalığının/ruh hastalığının nedenlerine ilişkin görüşlerinin alınabileceği bir soru yöneltilmiştir.

Araştırmamıza katılan 45 görüşmeciden 34'ü (%75.55) akıl hastalığı ve ruh hastalığı arasında fark olduğunu ifade etmişlerdir. Farklılık bulunduğunu ifade eden bu görüşmecilerimizin eğitim, yaş ve cinsiyet bakımından önemli bir değişiklik göstermediği görülmüştür.

Akıl ve ruh hastalığı kavramlarının farklı şekillerde tanımlanmasında bireylerin akıl ve ruh kavramlarına atfettiği anlamların etkili olduğu söylenebilir. Yapılan görüşmelerde bireylerin akıl kavramını "düşünme", "zeka", "beyin", "bilinç" gibi kavramlarla eşleştirdiği, ruh kavramını ise daha çok "duygu", "sinir", "denge", "moral" gibi kavramlarla eşleştirdikleri görülmüştür. Bu çerçevede de yapılan tanımlamalarda farklılaşma, tedavi olanaklarının varlığı, nedenleri ve çevreyle olan ilişkiler açısından değerlendirilmiştir. 11 görüşmecimiz ise akıl ve ruh hastalığı arasında herhangi bir fark olmadığını belirtmişlerdir.

#### 4.3.1. Akıl ve Ruh Hastalığı Farklılığı Temelinde

##### 4.3.1.1. Tedavi İmkanları

Bu konuda görüş bildiren görüşmecilerimiz, akıl ve ruh hastalığının birbirinden tedavi imkanının olup olmaması temelinde farklılaştığını belirtmişlerdir. Temel farklılığın bu noktada olduğunu belirten görüşmecilerimizin hastalığın nedenlerine ilişkin görüşleri de farklılık göstermektedir.

Görüşmecilerimizden akıl ve ruh hastalığı kavramlarının farklı şeyleri ifade ettiğini belirten Gülhan temel farklılaşmayı tedavi edilebilir olma ya da olmama temelinde açıklamaktadır.

*“Ruh hastalığı yani psikolojik bir insanın bir problemi var diye düşünüyorum bilmiyorum yanlış düşünüyö olabilirim ama depresyon geçiriyodur ama bir şeye morali bozuktur şeydir bir takım rahatlama yöntemleriyle ya da psikiyatra giderekten rahatlayabilir bu çözümü olan bir şey diye düşünüyorum açıkçası. Ama akıl hastalığı beyindeki bir takım şeylerin zarar görmesi ya da akli dengesinin yerinde olmaması, kendi bilinci dışında istemeden bir harekette bulunabilir ya da çevresindeki insanlara istemeden zarar verebilir ama bu dediğim gibi bilinci dışında olan bir şey ama diğeri geçici bir süreç, doğru kişiye gittiği zaman düzelebilecek bir şey”*

Temelde ikisinin birbirinden farklı olduğunu belirtirken Gülhan, hastalıkların nedenini de moral bozukluğu ve bilinç dışı hareket etme olarak tanımlamış ve bunların kalıcı ve geçici olmak üzere farklılaştığını belirtmiştir. Burada önemli olan bir diğer husus, aslında bireylerin kafalarında yaratmış oldukları kavram ikiliklerinin gerçekte varolmadığıdır. Gülhan hastalıkların nedenlerine ilişkin sorumuza şu yanıtı vermiştir:

*“İkisinin de temelinde aslında stres, sinir bozukluğu ya da yaşadığı bir takım şeyler vardır mutlaka. Ruh hastalığının birtakım karşılaştığı işte küçük üzüntüler ya da kafasına taktığı şeyler olabilir ama diğerinin ya çok birikmiş bir üzüntünün ya da çok ani bir üzüntüden dolayı olabileceği diye düşünüyorum. Mesela çok büyük bir acı olması lazım birden aklını yitirmesi için. İşte birisinin aniden evladını kaybetmesi ya da çok sevdiği canından bir parçasını yitirmesi ya da bir kaza anında kendisinin araba kullanıyo oluşu ya da istemeden bir insanın canına kast etmesi, şok geçirmesi ya da altından kalkamayacağı bir üzüntüyle karşılaştığı zaman olabileceğini düşünüyorum akıl hastalığını. Diğeri şiddeti daha az diye düşünüyorum tedavi edilebilir bir şey”.*

Gülhan burada akıl ve ruh hastalığını ayrıştırdığını ifade ederken bir yandan da her ikisinin de nedeninin aynı olduğunu söylemektedir. Nedeni ve kökeni aynı olan bir hastalığı şiddetine bağlı olarak farklılaştırmaktadır. Bu görüşmecimiz açısından farklı olarak tanımlanan akıl-ruh hastalığı kavramları özünde aynı nedenler olan sadece şiddeti bakımından farklılık gösteren olgulardır. Dolayısıyla hastalıklara verilen kültürel karşılıklar o hastalığın tanımlanmasında önemli rol oynamaktadır. Hastalığı yaratan nedenler aynıdır ancak hastalığın seyri ve şiddeti bireyden bireye farklılık göstermektedir. Çünkü buradaki ifadeye

göre bireyin durumunu oluşturan koşulların etki alanları da birbirinden farklıdır. Kültürel olarak nedenlere atfedilen anlamlar değişmektedir.

Gülhan, “normal” “anormal” tanımlamasına ilişkin olarak sorduğumuz soruya verdiği yanıtta her türlü şiddeti “anormal” olarak tanımladığını belirtmiş ve şiddet uygulayan bireylerin de hasta olduğunu ifade etmiştir. Bu bağlamda “Çevrenizde akıl hastası olduğunu düşündüğünüz birisi oldu mu?” sorumuza verdiği yanıt, “anormal” tanımlamasıyla paralellik göstermekte, ruh-akıl hastalığı kavramsallaştırmasına ilişkin tanımlamasına da netlik kazandırmaktadır.

Gülhan;

*“Düşündüğüm birisi oldu, eşine şiddet uygulayan birisi için bunu düşündüm. Kesinlikle bir yardıma hatta tedaviye muhtaç diye düşünüyorum kendisi hakkında, eşine ve çocuklarına karşı davranışından dolayı böyle düşünüyorum. Babalık görevini yerine getiremediği için eşine karşı da şiddet uyguluyo ve eşine karşı görevlerini de yerine getiremediği için tabii”.*

Bir diğer görüşmecimiz Erdem ise akıl hastalığının doğuştan olduğunu ve tedavisinin mümkün olmadığını düşünmektedir:

*“Ruh hastalığı bence geçebilecek bir hastalık, doğuştan olduğunu sanmıyorum sonradan yani, mesela hayatında bir takım zorluklarla karşılaşmışsa olabilecek hastalıklardır ruh hastalığı, yaşam standartlarıdır nedeni. Ailesine bakamayan, sorumluluk sahibi, bu sorumluluğun farkında olan, evine ekmek götüremeyen kişiler yakalanır. Ama akıl hastalığı tedavisi mümkün olamayan bir şeydir. Akıl hastalığı Allah vergisidir”.*

Tedavinin yanı sıra nedenlerine ilişkin bir farklılaşmanın da olduğu ifadeden net bir biçimde görülmektedir. Erdem, ruh hastalığının nedenlerini bireylerin yaşam standartlarında yaşanan değişimlere ayak uyduramama hali olarak tanımlarken, akıl hastalığını doğuştan gelen Allah vergisi bir durum olarak değerlendirmiş ve kadercilik temelinde bir açıklama yoluna gitmiştir.

Aynı doğrultuda bir değerlendirme yapan İsmet de ruh hastalığını insanların sıkıntıları temelinde açıklamıştır.

*“Mesela ruh hastalığı, insanların belli bir konuda takıntılarıdır, ufak ufak takıntılar onda bazı sıkıntılar yaratır, bu bana o şahısla ilgili ruh hastalığını düşündürür. Ama delilik kavramı, insanın yapmış olduğu hareketleri kontrol edememe durumunda yani kendinde olmayan bir kontrolsüzlükten dolayı, tanrının verdiği ...bir hastalık demek fayda var”.*

Bu temelde ruh hastalığının nedenlerini de kişinin yaşantısına bağlamaktadır.

*“Bazı eksikliklerin olduğunu hisseden bir insan bazı konularda kendini yetersiz görüyodur... kendini dışa vuramıyodur, içine kapanıyo olabilir ve*

*bu durumda aşağılık kompleksine kapılmak suretiyle sıkıntılı durumlarda hissettirebilir yani. Bunlar kişinin kendisiyle ilgili olabileceği gibi çevresiyle de ilgili olabilir. Mesela yapmak istediğini çevresi ona yaptırtmıyo olabilir, çevresi ona baskı uyguluyo olabilir, çevresinin uyguladığı baskıdan dolayı kendisini sıkıntıda hissedebilir, bu durumda yapmak istediklerini yapamadığı için kabuğuna çekilme durumu olabilir, içine kapanabilir... Dışarıya açılmaz, açılmayınca da çevreyle alakasını keser, kendisini yalnızlığa itmiş olabilir.*

İsmet'in "Çevrenizde akıl hastası olduğunuzu düşündüğünüz birisi oldu mu?" sorusuna vermiş olduğu yanıt da bu görüşünü desteklemektedir.

*"Aşırı sinirliliği, aşırı takıntısı, olaylara tepkisi. Mesela hiç doktora gitmek istemezdi, kendisinin hasta olduğunu kabul ederdi ama doktora gitmezdi "ee ne olacak" derdi. Zamanla ikna etmek suretiyle doktora gitmesini sağladım, doktora gittikten sonra bazı emareleri değişti. Kendisinin bazı ruhsal hastalıkları vardı, ruhsal derken bu sinirsel herhalde beyinle ilgili bir rahatsızlığıydı. Ondan sonra doktora gitti, doktora gittikten sonra ilaçlarını aldı, haplarını aldı ve şu anda eskisi gibi. Takıntısı olmayan, çok az da olsa bazı sinirlilik halleri gösterebilen ama bir evvelkine göre davranışları %99 diyebileceğim değişikliğe uğradı. Hem ailesel yönden, hem kişisel yönden hem de çevreye uyum yönünden. Mesela dışarı çıkmaya korkardı, ... bayılmaları vardı hatta 15 günde bir veya haftada bir ani bayılmaları bu bayılmaların sonucunda kendisi hiç hatırlamama ne yaptığını bilememe gibi durumları vardı. Şimdi 1,5 yıldır tedavi görüyo hiç böyle bir bayılma yaşamadığını söylüyo, ikincisi çevreden uzak kimseyle görüşmeyen, konuşmayan, evinden rahatsız olan, kendisini ruh hastası gibi gören bir insandı. ... Teşhisi konmuş bir akıl hastası olarak değerlendirebiliriz. Bunun dışında çevremde ruh hastası olduğunuzu düşündüğüm biri var. O arkadaşım değil, ... baldızım. Tahmin ediyorum hala da öyle bir takıntıları var, ama bunlar onların yaşadığı travma neticesinde olan bir şey, maddi bir travma. O durumda da herkesin yaşayabileceği bir olay. ...hala takıntılarının, rahatsızlıklarının olduğunu görüyorum. Mesela arada sırada durup dururken ağlıyo. Ama birbirimizi arada sırada gördüğümüz için fazla gözlemim yok, ancak içini açtığında bir de çevresine konuştuğu zaman görüyorum yani bunları".*

Anlaşılabileceği gibi görüşmecimiz burada akıl ve ruh hastalığını birbirinden hem nedenleri bağlamında hem de tedavileri bağlamında ayırmaktadır. Bir kişinin ilaç kullanması, tepkilerinin değişmesi ve hastalığının bilincinde olması o kişinin akıl hastası olduğunun göstergesi olarak tanımlanmaktadır.

Bir diğer görüşmecimiz olan G. Hüseyin, farklılaşmayı tedavi olanağı temelinde açıklarken ruh hastalığını "sinir hastalıkları" olarak tanımlamış, akıl hastalığını ise tedavi edilemeyecek boyuttaki bir "beyin rahatsızlığı" olarak tanımlamıştır.

*"Sinir benim tahminime göre farklı oluyo yani akıl daha farklı yani. Sinir gelip geçicidir yani bir anlık bir şeydir ama akıl hastalığı bence kalıcı boyutları vardır. Sinir geçicidir bir anlıktır ama akıl hastalığında yatmanızı*

*gerekiyo bazen tedavi olmanız gerekiyo ama çok da tedavisi olmuyo. Sınırda de belki böyle tedavi görmeniz gerekebiliyo ama kendinize hakim olabileceğiniz yerlerde olabiliyo ve iyileşme şansınız var. Ötekinde yok”.*

Benzer şekilde görüşmecilerimizden Sevcan da akıl ve ruh hastalığını hastalığın seyri ve tedavi edilebilirlik olanakları bakımından değerlendirmiştir ve akıl hastalığını beyinde meydana gelen bir takım bozukluklarla tanımlamıştır.

*“Ruh hastalığı şöyle nasıl anlatayım, akıl hastalığı iyice çok ileri derecede olan bir beyin bozukluğu. Ruh hastası ben şey olarak değerlendiriyorum yani bir olay ya da bir şeyden dolayı insanın psikolojisinin bozulması, bir olaya bağlıyorum yani. Akıl hastalığında da bir şey var ama bu olay değil bence bozukluk, tedavi edilemeyecek derecede bir şey olarak görüyorum, olduğunu düşünüyorum”.*

Sevcan'ın akıl ve ruh hastalığına ilişkin yapmış olduğu tanımlama “normal” kavramsallaştırmasıyla da örtüşmektedir. Sevcan bireylerin belli sıkıntıları olduğunda bunları dışa vurmalarını ve insanların birbirlerini kırmalarını “anormal” gördüğünü belirtmiş ve insanların sıkıntıları olduğunda doktora (psikologa) gitmeleri gerektiğini ifade etmiştir.

*“Genellikle iş çevremde görüyorum, insanlar gerek işten gerek dışarıdaki yaşantısından kaynaklanan ani patlamalar yapıyorlar, çok büyük kavgalar çıkaracak şeyler. Sıkıntıları var belli diye düşünüyorum ama o zaman karşındakini bu kadar kıracak bir şey yok, tedavi görsün, bir psikologa gitsin.”*

Bu ifade de anlaşılmaktadır ki gündelik hayatta insanların karşı karşıya kaldıkları, ekonomik sorunlar, aile, iş vb. gibi dâhil oldukları sosyal gruplar içerisinde yaşadıkları problemler ve bunların dışavurumları onların ruh hastası olabileceği düşüncesini bireyler üzerinde yaratmaktadır. Ancak akıl hastalığı Sevcan'a göre bu kategoride değerlendirilemez, o daha ileri safhada bir durumdur.

Akıl ve ruh hastalığının tedavi olanakları temelinde farklılaştığını belirten görüşmecilerimizin nedenlere ilişkin açıklamalarının da birbirinden çok farklılık göstermediği görülmüştür. Tüm görüşmecilerimiz ruh hastalığını, daha çok yaşamda karşılaşılan güçlükler, ekonomik nedenler, ailevi sorunlar olarak açıklarken; akıl hastalığını doğuştan gelen bir bozukluk olarak tanımlama eğiliminde olmuşlardır.



#### 4.3.1.2. Nedenleri Temelinde Ortaya Çıkan Farklılaşmalar

Akıl ve ruh hastalığı farklılığını nedensel temelde açıklayan görüşmecilerimiz akıl hastalığını beyin fonksiyonlarında meydana gelen ya da kalıtsal olarak nesilden nesile aktarılan bir bozukluk olarak tanımlamışlardır. Ruh hastalığını ise bir önceki açıklamada olduğu gibi yaşam koşulları, gündelik hayatta yerine getirdikleri düzenliliklerde karşılaşılan sıkıntılar sonucu oluşan bir durum olarak açıklama yoluna gitmişlerdir.

Görüşmecilerimizden Füsün yaşadığı yoğun üzüntülerden dolayı “ruh hastası olduğunu” ifade etmiş ve akıl hastalığının kendi durumundan nasıl farklılaştığını açıklamaya çalışmıştır.

*“Bambaşka şeydir. Ruh hastalığını açıklayabilirim çünkü ben depresyon geçirdim. Depresyon geçirdiğimde de üst üste büyük olaylar yaşadım. Annemin hastalığı, kalabalık, yorgunluk, ondan sonra da damadım hastalandı ve öldü. Ben bunları kaldıramadım, kaldıramadığım zamanda ruhen bozuldum. O da sıkıntılar yaptı bende bir takım sıkıntılar yaptı, onu anlatmak çok zor, birazcık daha böyle doktorlar anlıyo da ben anlayamıyorum. O sıkıntı anlatılacak bir şey değil. Toplum içine girdiğin zamanda sıkıntı oluyo, kalabalığa girdiğin zamanda sıkıntı oluyo bak şimdi anlatırken bile o sıkıntı halini yaşadım. Allah kimseye vermesin gece uyuyuyodum, gece sıkıntılarım vardı ve sonra Ankara'ya tayin olduk o zaman berbat bir ev bulduk, o evle beraber patlak verdi tabii ben de tam ne olduğunu bilmiyodum, doktora gittim. Doktor dedi ki “benlen bir ilgisi yok, tamamen bir depresyon olayı” dedi. Gittik doktora gittik 8 ay ilaçları tedavi gördüm ve çok büyük farklılıklar var. Yani akıl hastalığıyla depresyonu veya panik atağı artık ayırabiliyorum. Akıl hastalığı çok farklı bir olay olduğunu düşünüyorum, akıl hastası tedavi olmayan bir şey olduğunu söylüyorlar”.*

- Sizce nasıl bir şey peki örnek verebilir misiniz?

*“Şizofren var. Bizim yan komşumuz şizofrendi, deli derlerdi o zaman şizofrenmiş ama bunun tedavisi olduğunu şimdi öğrendik tabii televizyonlardan duyuyoruz. Ama o çok daha farklı bir adamdı hala da öyle yani çok da iyi durumda değil yani. Ona çıkar bağırr buna çıkar bağırr, onlan kavga eder bunla kavga eder, yani çok fazla akıl hastası insan tanımadım tanıdığım yan komşumuz vardı işte böyle bir insan”.*

Bu açıklamalarda akıl hastalığı ve ruh hastalığı arasındaki fark tedavi edilebilir olma ya da olmama bağlamında tanımlanıyor gibi görünse de, görüşmecimizin son ifadesinde akıl hastalığı olarak tanımlanan şizofreninin tedavi edildiğine dair bilgi sahibi olduğunu söylemesi önemlidir. Bu bağlamda her ikisinin de tedavi edilebilir olduğu ancak hastalığın seyrinin farklılık gösterdiği ve nedensel temele dayalı bir farklılaşma anlayışı olduğu söylenebilir.

Ayrıca Füsün'un şizofreni hastasına dair söylediklerinde bilinçsizce hareket etme vurgusu da bulunmaktadır. Öte yandan görüşmecimiz içe kapanıklığı ve duyguları bastırmayı da bir ruh hastalığı olarak tanımladığını şu sözleriyle ifade etmektedir.

*“Akıl hastası düşündüğüm hiç kimse olmadı ama ruh hastası çok yaygın. Benim kızım mesela hormonlarla ilgili bir sıkıntısı oldu sonra çok kilo aldı, insan içine çıkmamaya başladı. Herkes bizi .... annesi babası diye tanırken, çünkü çok sosyal bir çocuktum, tam tersi oldu içe kapandı, insan içine çıkmamaya başladı, insanlardan kaçır hale geldi ne oldu bu sefer fevrileşmeye başladı. Yani söylediğin şeye fevri hareket etmeye başladı ki hiç öyle bir insan değildi. Küçük kızım şimdi iki senedir daha iyi ama bu içerde kalıcı sıkıntılar bıraktı hala kalabalığa giremiyor mesela, her şeye vurduğum duymaz davranıyor. Bizim yaşamımızdaki insanlarda mesela görücü usulü evlilik çok olduğundan mutluluk olmuyo hep bir şeyleri bastırarak, bir şeyleri göstermeyerekten devam ettirdik, çok var mesela bir sürü arkadaşımız bunlar hep bizde sorunlar yaratıyor”.*

Dolayısıyla ruh hastalığı daha çok bireyin yaşadığı olayların neden olduğu bir durum gibi tanımlanmaktadır. Bu bağlamda da görüşmecimiz akıl hastalığını tedavi edilemeyen bir durum olarak görmektedir.

Akıl hastalığının beyinde oluşan bir hasar olduğu görüşünü belirten bir diğer görüşmecimiz de Pervin'dir. Pervin de ruh ve akıl hastalığını nedenleri temelinde farklılaştırmaktadır.

*“Bildiğim kadarıyla akıl hastalığı nasıl anlatıyım...şimdi ruh hastalığı dediğinizde, yaşanan olaylar, insanın geçmişi içinde bulunduğu olaylar durumlarla ilgili kendini iyi hissetmemesi ruh hastalığı bence öyle bir şey bence sinirsel ama akıl hastalığı dediğinizde o bambaşka bir şeye giriyor benim bildiğim kadarıyla hani. Ama akıl hastalığı neden olabilir diye düşününce genetik olabilir, beyinde bir hasar falan. Kişinin beyniyle ilgili bir şey olsa gerek insanın kendini ruh hastalığı daha farklı bir şey daha sinirsel kişinin ruh haliyle alakalı”*

Hastalıklar arasındaki ayrımı beyin fonksiyonlarına dayandırarak açıklayan bir diğer görüşmecimiz Sermin de aslında akıl ve ruh hastalığının farklılığı konusunda kesin bir karar veremediğini de belirtmiştir.

*“Fark var ama aşağı yukarı çok yakın birbirine diye düşünüyorum yani. O fark biraz böyle insanın psikolojik sorunlarının ortaya çıkması diye düşünüyorum. Akıl hastalığı da işte tutarsız hareketler, ne yaptığını bilememe, beyinde bir dengesizlik olduğunun göstergesi olan şeyler, beyin fonksiyonlarının düzgün çalışmaması belki de”.*

Benzer şekilde Serdar da akıl hastalığını fizyolojik bir bozukluk olarak tanımlamaktadır.

*“Sanki akıl hastalığı biraz daha insanın fizyolojisiyle ilgili bir durum gibi aynı zamanda ama ruh hastalığı biraz daha farklı gibi yani akıl hastalığı daha ilaçla tedavi edilebilir bir durumken bazı danışmanlarla çözülebilecek bir şeyken, ruh hastalığı daha insanın kendi kendine halledebileceği durum gibi hissediyorum”.*

Burada Serdar, bir yandan akıl hastalığını fizyolojik bir bozukluk olarak ruh hastalığından ayırırken bir yandan da diğer görüşmecilerimizden farklı olarak tedavi edilebileceğini, ancak ilaç ve profesyonel destek gerektirdiğini ifade etmiştir.

Akıl hastalığının beyin fonksiyonlarında yaşanan bir bozulma olarak tanımlanması, ruh hastalığının da bireylerin günlük hayatlarında yaşadıkları stres temelinde ortaya çıktığı tanımlamasını beraberinde getirmektedir. Bu noktada, akıl hastalığının daha ağır bir durum olduğu anlayışı ortaya çıkmakta, ruh hastalığı daha hafif atlatılabilir bir durum olarak görülmektedir. Görüşmecilerimizden Tayfun bu konudaki görüşünü şu şekilde dile getirmiştir.

*“Şimdi akıl hastalığı bence psikiyatriye dayanan bir şeydir, ama ruh hastalığı orda artık insanların aile içerisinde yaşadığı sıkıntılardan ,stresten ailevi konulardan da olabilir yani bence ayırdır ikisi de bence akıl hastalığı daha ağırdır”.*

Görüşmecimizin bir diğer ifadesi de bu görüşünü desteklemektedir.

*“Benim eşimle ben iki yıl boyunca çıkmıştım o arada hiçbir hastalığı yoktu, tabii ki arada eşimin annesi-babası vermemek istedi tabii ki benim eşim bu yüzden ruhsal bir hastalık psikiyatri sorunu başladı ama akılla ilgili bir problemi olsaydı ne olurdu işte evde agresif hareketleri olurdu, işte ne yaptığını bilmezdi ki bizim burada güvenlik arkadaşımızın bir eşi var geçen gün birlikte nöbet tutuyoruz beraber eşi aradı diyor saat ikide gece saat ikide niye nöbet tutuyosun diyor niye işe gittin diyor falan onun ki tamamen bence akılla ilgili bence benim mantığımla ilgili”.*

Bunun yanı sıra akıl hastalığının kalıtsal olduğunu belirten Şebnem ve Nilgün, ruh hastalığını yaşam sürecinde oluşabilen bir hastalık olarak tanımlamaktadırlar. Nilgün, ruh hastalığının ortaya çıkış nedenini aynı zamanda bireylerin “düzgün yetiştirilmemesi” olarak ifade etmiştir:

*“Akıl hastalığı aileden de gelen olabiliyor bildiğim kadarıyla şizofreni, aileden gelen kalıtsal olabiliyor. Ruh hastalığı dediğiniz zaman çevremdeki kişilerde de gördüm daha evvel daha anları anlarına uymuyor*

*ama tecrübem olmamasına rağmen benim gördüğüm kadarıyla kişilik bozukluğu diyelim, kendine güvensizlik olabiliyo. Yani aralarında böyle bir fark var. Benim düşüncem dediğim gibi akıl hastalığı aileden gelme kalımsal olabiliyor ruh hastalığı da ne bileyim aile içinde yaşanan problemlerden maddi olsun manevi olsun, daha sonra çıkabilenlerde olabiliyomuş. Ayrıca çocuklukta yaşanan bir takım problemler olabilir, ailenin tavrı, akrabaların tavrı yetiştirme tarzı çok önemli yani. Kız çocuğunu kız çocuğu gibi erkek çocuğunu erkek çocuğu gibi yetiştirirsiniz değişik davranıldığı zaman etkiler, yani görüyoruz çevremizde olmasa bile medyadan görüyoruz çok”.*

Nilgün'ün söylediklerinden de anlaşılacağı gibi, toplumun gelenek ve görenekleri dışında bir takım tutumlara sahip olmak, aktarılan toplumsal cinsiyet rollerini benimsememiş olmak, cinselliği beklenen şekilde yaşamıyor olmak, ruh hastalığı nedenleri arasında sayılmaktadır. Burada görüşmecimizin son ifadesinde üstü kapalı olarak eşcinsel bireylerin ruh hastası olarak etiketlendiği görülmektedir. Ayrıca Nilgün'ün ruh hastalığını bir kişilik bozukluğu olarak tanımladığı ve akıl hastalığından farklılaştırdığı, “Çevrenizde akıl hastası olduğunu düşündüğünüz birisi oldu mu?” sorusuna verdiği yanıtta da görülmektedir.

*“Çok seneler evvel arkadaşım vardı kişilik tutarsızlığı vardı, benim görüşüm kişilik bozukluğuydu, tedavi olduğunu da biliyorum daha evvel. Yakın zamanda da çevremizde yaşadığım yerde delikanlı bir çocuk var ruh sağlığının bozuk olduğunu zaten çevre de biliyo, tam konuşamıyo, dengesiz hareketleri var evlere girmeye kalkıyo bu da normal bir hareket değil tabii ki. Özellikle yaşlı, yalnız bayanların evine girmeye çalışıyor ama fırsat bulamadı...”*

Şebnem ise daha çok iş ortamında karşılaştığı ve sağlık/hastalık tanımlamasında vurguda bulunduğu bireysel sıkıntıları temel alarak bir farklılaşma tanımlaması yapmıştır.

*“Akıl hastalığı yani daha doğuştan olan bir şey olarak diye düşünüyorum ben ama ruh hastalığı insanın zamanla yaşadıkça meydana gelen bir hastalık. Yani çocukluğunda belki yoktu ama büyüdükçe yaşam şartlarından dolayı, karşısına çıkan insanlardan dolayı belki sinir sistemi bozuluyo belki ama akıl hastalığı daha doğuştan birşey diye düşünüyorum yani”.*

Görüşmecilerimizin yapmış oldukları bu tanımlamalar, biyolojik bozukluk ya da kalıtımsallık biyolojik temelli psikiyatriyle ilişkilidir. Bu yaklaşıma göre psikiyatrik rahatsızlıkların temelinde beyin fonksiyonlarında meydana gelen bir bozulma yatmaktadır. Biyolojik araştırmalar beyindeki bozukluğu ortaya çıkaran geni keşfederek sorunu çözecektir. Aynı şekilde psikolojik sorunları beyindeki

kimyasalların oranlarına dayalı olarak tanımlayan psikiyatrik görüş, tedavisini bu çerçevede kurmaktadır. Oysaki bu anlayışta kültürün etkisi göz ardı edilmektedir. İnsanın yaşam şartları ve koşulları hatta geçmişi onun sorunlarının yapılandırılmasında önemli rol oynamaktadır. Bu bağlamda da çözüm beyin fizyolojisinde ya da genlerde değil, yaşam biçimlerinde, toplumsal olarak kurulmuş bir dünyada yaşayan bireylerin değer ve inançlarında bulunabilir (Kirmayer 2003:145-146). Bu bağlamda da akıl hastalıklarının beyin fonksiyonlarıyla açıklanacağı anlayışının hâkim olduğu biyolojik temelli psikiyatri eleştirilmektedir, ancak görüşmecilerimizin verdiği yanıtlar göstermektedir ki bu temelli açıklamalar ve yayınlar bireylerin akıl hastalığına dair görüşlerini etkilemektedir.

#### 4.3.1.3. Çevreyle Olan İlişkiler ve Davranış Boyutu Açısından Farklılaşma

Akıl ve ruh hastalığı ayırımına dair yapılan tanımlamalarda bireylerin bilinçli ya da bilinçsiz davranıyor olmaları, çevreye zarar verip vermemeleri de bir diğer açıklama olarak karşımıza çıkmaktadır.

Görüşmecilerimizden Meral, akıl hastalığı ve ruh hastalığı arasındaki ayrımı “bilinçlilik” düzeyinde tanımlamıştır.

*“Yani akıl hastalarındaki şey hiç ne bileyim akıl yerinde değil, ne yaptığının farkında değil, bilinçsiz. Ama öbür türlü her şeyin farkında ama bir türlü engelleyemiyor”*

Buradaki tanımlama davranışsal bir temele dayanmaktadır. Ruh hastalığının bireylerin bilinç düzeyinde herhangi bir soruna neden olmadığı, davranışlarının farkında oldukları ancak kendilerine engel olamadıkları anlayışı söz konusu iken, akıl hastaları davranışlarından sorumlu tutulmamaktadırlar. Aynı görüşmecimiz hastalığın nedenlerine ilişkin yapmış olduğu açıklamada da bireylerin yaşantılarına dikkat çekmiştir. Bireyin özellikle aile ve çocukluk yaşamına yapmış olduğu vurgu kendisinin hastalık ve sağlık tanımlamasına ilişkin kabulleriyle de örtüşmektedir.

*“Ruh hastalığı çok yaşadıklarıyla ilgili bence çok sıkıntılı şeyler yaşadıysa çocukluktan itibaren o zaman içersinde iyice ruh hastası haline getirebilir insanı ama akıl hastalığı kalımsal da olabilir yani. Çevremde yaşadıklarıyla ilgili, sıkıntılı şeyler yaşıyosam onu biriktirim. Maddi sıkıntıyı problem eden bir insan değilim ama mesela çocuklarımla olan*

*ilişkilerimde, ailemle olan ilişkilerimde aşırı derecede hassas davrandığımı söylerler, onarı böyle çok biriktirim içimde çok üzülürüm ama en yakın arkadaşlarımla da paylaşıyorum”.*

Akıl ve ruh hastalığı tanımlamasını bilinçli ve bilinçli olmama temelinde yapan bir diğer görüşmecimiz olan Emin de hastalığın nedenlerine ilişkin tanımlamayı farklılaştırmaktadır.

*“Bence farklı, davranışlardan ayırabileceğimiz bir farklılık olabilir bence şöyle; yani akıl hastaları biraz daha açıkçası kontrolsüz davranışlarda bulunabiliyor ne bileyim davranışta bulunduğu onu istem dışı yapabilir, ama ruh hastaları bu davranışı biraz da farklı sonuçları olacağını bilerek yapabilir”.*

- Bir örnek verebilir misiniz?

*“Akıl hastaları birine vurduğunda onun zarar göreceğini düşünemeyebilir, ama ruh hastası vururken ya da kırarken karşısındakinin ne yapacağını hissedeceğini düşünebilir. Yani ruh hastası, düşünme kapasitesini yitirmemiş, akıl hastası ise düşünme kapasitesini yitirdiği için yaptığı davranışlardan sorumlu olmayan gibi”.*

Emin bir yandan bilinçli olma ya da olmamaya vurgu yaparken aynı zamanda bireylerin davranışlarının zararlı olup olmamasına da dikkat çekmektedir. Ona göre, ruh hastası ve akıl hastası çevresine zarar verebilir, ancak ruh hastası bu zararı bilerek davranışını gerçekleştirirken, akıl hastası davranışın sonuçlarını bilemez yani davranışının sonuçlarından sorumlu tutulmaya ehliyeti yoktur. Öte yandan, Emin’in hastalığın nedenine ilişkin yapmış olduğu tanımlama da akıl ve ruh hastalığının nedenlerinin kalıtımsal olup olmamaya açıklanabildiğini ortaya koymaktadır:

*“Akıl hastalıkları doğuştan çekilen sıkıntılarla yaşanan hastalıklarla da oluşabilir bir şey olduğunu biliyorum ya da belli bir zorlukta, nasıl diyim kendine artık beynine zarar verip illa fiziksel anlamda değil tabii oluşmuş olabilir diye düşünüyorum. Bunun haricinde ruh hastalıkları biraz daha demin ki en başa dönmek gerekirse insanların kendi davranışlarından davranışları olduğunu düşünürsek nasıl diyim hal ve tavırlarından kaynaklanıyo diyim biraz”.*

- Peki bunun nedenleri ne olabilir sence?

*“Belli ölçülerde yaşadığı baskılardan olabilir. Genel aslında yani toplumsal, ailevi baskılardan olabilir. Yani bu çok örneğin çocuğuna zarar gelmesini istenmeyen bir aile çocuğunu çok dışarı çıkarmaz, çocuk bir süre sonra bu konuda sıkıntı yaşayıp kendi ruh sağlığını etkileyebilir. İlk aklıma gelenlerden biri bu. Akıl hastalığında ise fiziksel bir darbe ya da bir anda büyük bir korku yaşayabilir akıl yitimi söz konusudur ben böyle düşünüyorum”.*

Görüşmecilerimizden Cavide de akıl ve ruh hastalığı ayrımını çevreye zarar verip vermeme temelinde açıklamıştır.

*“Ayrı şeyler benim görüşüme göre. Şimdi ruh hastası bir insan belki, onun verdiği şey zarar daha azdır ama...”*

- Peki nasıl birine ruh hastası veya nasıl birine akıl hastası dersiniz kendinizce. *“Ruh hastası olan bir insan biraz dengesiz olur yani, abuk subuk konuşmalar yapar ben öyle düşünüyorum. Fazla yani etrafı düşünmez densizlikler yapar ben öyle düşünüyorum. Yani karşıdaki insanı biraz yani daha çok üzer, yani ortalıkta bir konuşmada bir toplumda. Yani onun dengeli olmadığını, dediğim gibi yani, biraz ruh hastası olduğunu düşünürüm”*.

Cavide, yapılan görüşmenin daha sonraki aşamalarında ruh hastalığının nedenlerinin aile içi ilişkilerde aranması gerektiğini ifade etmiştir. Görüşmecimiz, hastalıkların nedenlerine ilişkin sorumuza verdiği yanıtta özellikle çocuklu ailelerde anne-baba ve çocuk arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir.

*“Bana göre büyüdüğü ortam, aile. Şimdi bazı anne babalar çocuklarıyla fazla ilgilenmiyorlar. Hani çocukların sıkıntıları oluyor onları dinlemiyorlar veya diyor ki anne baba hayır ben çocuğumu psikiyatreye götürürsem benim çocuğuma deli derler yani ben öyle düşünüyorum fakat her insanın hangi yaşta olursa olsun eğer gerekiyorsa yardım alması lazım. Çocuklarda şöyle canım eğer evde büyük kardeş varsa büyük kardeşi anne baba çok dikkatli olmalı ben yani kendi yaşadıklarımı sana söylüyorum. Ondan sonra onun dışında bazı aileler yani çocuk okuldan çıkıyor ondan sonra eve geçte gelse fazla yani ilgilenmiyor. İlgisizlik, çocuk bir tane olunca da zor oluyor yani ona da daha çok dikkat etmek lazım yani daha çok gerekiyor”*.

Bu anlamda ruh hastalığının bireylerin gündelik hayattaki ilişkilerinin bir sonucu olduğunu belirten görüşmecimiz akıl hastalığını ise şu sözlerle tanımlamıştır.

*“Akıl hastası bir insan daha kötüdür verdiği zarar. Tedavi olmadığı müddetçe akıl hastasının hastalığı çoğaldığı zaman saldırgan olur ben öyle düşünüyorum... o tür hastalarda birazda böyle kalıtımsal diyolar, Allah korusun ailede birileri varsa, genleri kaç kuşak ileride taşıyanlarda oluyomuş öyle derler”*

#### **4.3.2. Akıl ve Ruh Hastalığının Aynılığı**

Araştırmamıza katılan görüşmecilerimizden 11'i akıl ve ruh hastalığının aynı şeyler olduğunu belirtmişlerdir. Hastalığın nedenlerini de benzer açıklamalarla dile getirmişlerdir. Akıl ve ruh hastalığının, akıl ve ruh sağlığı ile bedensel sağlığın birbirinden ayrı olduğu anlayışından hareketle benzer hastalıklar

olduğunu söyleyen görüşmecilerimiz, bunun nedenlerini aile ilişkilerine, çocuklukta yaşananlara ve bazı fizyolojik nedenlere dayandırmışlardır.

Görüşmecilerimizden Erinç, bedensel sağlığın dışında bir durum olarak tanımladığı akıl hastalığının nedenlerine ilişkin şu açıklamayı dile getirmiştir:

*“Hayır çok da farklı olduğunu düşünmüyorum yani, çok da bilmiyorum konuyu ama akıl sağlığı ve ruh sağlığı sonuçta bedensel sağlığın dışında şeylerdir ha bedensel sağlığı da etkiler ama ondan bağımsızdırlar. Nedenleri ise...çocukluğa ilişkin şeyler çok önemli yaşadığı çocukluğa ilişkin, anne baba sevgisi. Temelinde ben sevgi ve güvenlik hani ilgi ve güvenlik duygularının tatmin olduğu çocukluk ortamında bunlar çok da şey olmuyo, ha tabii çok keyifli bir çocukluk geçirmiştir ondan sonraki kendi kurduğu yaşamında ergenlik sonrası yaşadığı yaşantılarda bir şekilde onun çeşitli travmalar yaşamasına yol açacaktır, ama bence kökeninde huzurlu bir aile yaşantısı geçirdiyse bu ileri ki yaşlarda yaşadığı sıkıntılarında kronikleşmesini engelleyebilecektir diyebilirim, onların üstesinden gelebilir”.*

Erinç'in aile temelli yapmış olduğu bu açıklamanın bir benzeri de Orhan'ın ifadelerinde görülebilir.

*“Böyle durumlarda genellikle şey vardır, anne- baba uyumsuzluğu. Ya anneye baba arasında bir sorun vardır ya çocuğa karşı davranışları tutarsızdır, sevgisizdir. Öğretmemişlerdir. Ya da ilgisizdirler ne bileyim işte görüyoruz etrafımızda bırakıyorlar sabahdan akşama sokağa, sonra çocukta her türlü kötü davranış. Kurallarla karşılaşınca da bocalıyo, isyan ediyö. Sonra da doktora götürüyorlar”.*

Her iki görüşmecimiz de bireylerin çevreleriyle doğru ilişkiler kuramadığı durumlarda psikolojik sorunlar yaşayabileceklerine vurguda bulunmuşlar ve bu durumda ailenin önemine dikkat çekmişlerdir. Görüşmecilerimizden Hasan ise vermiş olduğu örnekte benzer bir bakış açısını farklı bir şekilde dile getirmiştir.

*“Mesela dellenmek deniyö mesela, işte sevdiğine kavuşamayan Kibar Feyzo örneği, çok güzel kült bir filmdir biliyorsunuz Atıf Yılmaz'ın. Kibar Feyzo filminde mesela bir dellenme hali vardır, sevgilisine kavuşamamanın ızdırabıyla bir yanda bütün psikolojisi bozulan bir kişiyi kızın annesine yutturmak amaçlı bunu oynar, ve işte halk arasında bu yarine kavuşamamanın bir sonucu olarak algılanır mesela ne bileyim iş yerinde işte patronuyla olan ilişkisinden dolayı sıkıntıya düşmüş olan onu bir şekilde aşamamış olan insanlar olabilir, ne bileyim ailesinde çeşitli ilişkileri doğru kuramamış ve bunun sıkıntısını yaşayan, o baskıyı yaşayan bunlardan bahsedebiliriz herhalde”.*

Görüşmecilerimizden Erdinç de akıl hastalığını bireylerin küçüklüklerinde yaşadıkları bir takım olayların nedeni olarak tanımlamaktadır.



*“Mesela küçüklüğünden beri annesi babası olmamıştır, hep bir şeyler kötü gitmiştir. Belki herkes tarafından hor görüldüğü için psikolojik durumlara yönelmiştir o insan o şekilde düşünüyorum”.*

Erdinç'in yapmış olduğu bu tanımlama kendisinin de ruh hastalığı geçirdiğini belirten Hüseyin'in açıklamalarında görülebilir.

*“Mesela babam ben ben 12 yaşındayken ayrıldılar tahmin ederim benim nedenim o ne bileyim işte yatılı okuldasın bir hafta çıkarsın çıkamazsın ya annenin yanına ya babanın yanına gidersen cepte para yok elbise yok, onların üst üste binmesi tahmin ediyorum”.*

Akıl ve ruh hastalığının aynılığı ya da farklılığı konusunda kafasının karışık olduğunu dile getiren Çiğdem ise ikisinin köken dolayısıyla farklılaştığını düşündüğünü şu sözleriyle ifade etmiştir:

*“Ruh hastalığı biraz daha psikolojik herhalde akıl hastalığı hani biraz daha rahatsızlıktan gibi geliyo yani beyinden, sonuçta ikisi de aynı gibi ama biraz daha kökenden farklılaşıyo gibi”.*

Genel olarak bir değerlendirme yapacak olursak, araştırmamıza katılan görüşmecilerimizin büyük bir çoğunluğu akıl ve ruh hastalığını birbirinden ayrı görmektedirler. Görüşmecilerimiz tedavi olanağı, çevreyle ilişkiler, nedenler gibi konularda görüş bildirmiş olsalar da hepsinde ortak olan şey ruh hastalığının gündelik hayattaki yaşantının bir sonucu olduğu ve daha hafif bir hastalık olduğu noktasıdır. Akıl hastalığı ise daha çok kalıtsal bir hastalık olarak tanımlanmış ve beyin fonksiyonlarındaki bir bozukluk olarak açıklanmıştır. Bu bağlamda görüşmecilerimizin hastalık-sağlık tanımlamalarına baktığımızda ortak olan hastalığı bir işlev bozukluğu olarak gören biyomedikal tanımlama çerçevesinde kaldıklarıdır. Psikososyal model çerçevesinde tanımlama yapan görüşmecilerimizin de akıl hastalığı sözkonusu olduğunda biomedikal model anlayışı temelinde yanıt verdikleri görülmüştür. Hastalığı, fizyolojik bozukluklar, psikolojik duygu durumları ve sosyal ilişkilerdeki sorunlar çerçevesinde tanımlayarak birbirlerinden farklılaşan bireyler, akıl hastalığı tanımlaması söz konusu olduğunda öncelikle akıl ve ruh hastalığı ayrıştırmasına gitmişlerdir. Akıl ve ruh hastalığı kavramlarının ayrı ayrı olarak tanımlanması tıbbi modelin hastalık tanımlamasından farklılaşmayı gösteren kültürel bir özellik olarak tanımlanabilir. Aynı zamanda da tıbbi modele ilişkin açıklamaların hangi noktalarda geçerli olmadığını bir göstergesi olarak da düşünülebilir. Bu

anlamda da hastalık ve sağlığı dolayısıyla da akıl hastalığının tanımlanmasına ilişkin sosyal inşacı ve halk bilgisi temelinde yapılan çalışmalar önem kazanmaktadır.

Batı'da gelişen ve hastalık tanımlamasını Kartezyen bilim anlayışı temelinde beden ve ruh ikiliğine dayalı olarak beden üzerinden gerçekleştiren tıbbi model, beden dışında yaşanan bozulmaları akıl hastalığı tanımlaması içerisine dahil etmektedir. Görüşmecilerimizin akıl ve ruh ayrıştırmasına dayalı tanımlamaları ise Batılı anlayıştan farklı olarak akli ruhla değil, beden bir parçası olarak gördükleri beyinle özdeşleştirmeleri sonucudur.

## BEŞİNCİ BÖLÜM

### SONUÇ

Sağlık ve hastalık kavramlarının tanımlanması, “normal”, “anormal” kavramları üzerinden öncelikle tıp biliminin konusu olarak değerlendirilirken, tıbbın kendi içerisinde yaşamış olduğu çelişkiler dolayısıyla diğer disiplinlerin de çalışma alanı içerisine girmiştir.

Normal ve anormal kavramlarının tanımlanışı, öncelikle sadece tıp ve matematik bilimlerinin konusu olarak değerlendirilse de 19. yüzyıl sonlarında kurumsallaşmaya başlayan ve dönemin özellikleri nedeniyle toplumda düzen sağlamak amacıyla toplumu analiz eden sosyolojinin de tanımlamak zorunda olduğu kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu toplum olduğunda, bir arada yaşamının tek şartı toplumu bir arada tutacak kuralların düzenlenmesidir. Bu bağlamda da kuralların varlığı, normların varlığına işaret eder. Kuralların var olduğu her durumda bu kurallara uymayanların varlığı da söz konusudur. Bu bağlamda klasik toplum kuramcıları “normali”, kurallar çerçevesinde tanımlamışlar, “anormali” de kural dışılık olarak kavramsallaştırmışlardır. Ancak daha sonraları toplum karşısında insana yapılan vurgu ve insanla toplumun bir karşılıklılık ilişkisi içerisinde ele alınması gerektiği anlayışı, “normal” ve “anormal” kavramlarının tanımlanışında farklılık yaratmıştır. Pozitivist sosyolojinin bakış açısına yönelik geliştirilen eleştiriler toplum karşısında birey ve toplum-birey karşılıklılığını vurgulayan yeni bakış açılarının doğuşuna yol açmıştır. Bu eleştirilen temelinde gelişen sosyal inşacı anlayış da toplumsal düzlemde mevcut her yapının, ilişkinin ve düzenliliğin insanlar tarafından etkileşim içerisinde oluşturulduğu ve insanların atfettikleri anlamlar çerçevesinde bu yapılarda ve ilişkilerde yer aldığı anlayışıyla her şeyin bir inşa süreci olduğu temelinde daha mikro analizlere yönelmektedir. Sosyal inşacılığın temel kabulü olan her şeyin bir inşa olduğu anlayışı yaşanan kültürün bu süreçteki etkisini göz önünde bulundurmayı gerekli kılar. Bu anlayışa göre, bireylerin içinde yaşadıkları toplumun genel nitelikleri, kültürü ve yapısı onların anlamlarının inşa etme süreçlerinde etkilidir.

Normal ve anormal kavramları çerçevesinde şekillenen sağlık ve hastalık tanımları da bu inşanın bir parçasıdır. Ancak sosyal inşacı teörinin temel kabullerinin gerçeklik karşısında her durumu açıklamada yeterli olmadığı yönündeki eleştirilerinde dikkate alınması önemlidir.

İlkel çağlarda dini inanışlarla sarmalanmış olan hastalık ve sağlık anlayışı, Aydınlanma felsefesinin etkisiyle yerini beden temelli anlayışa bırakmıştır. Bu bağlamda da önceleri Tanrıların gazabı olarak nitelendirilen hastalık durumu, insan bedenini oluşturan parçalarda meydana gelen aksaklıklar ya da bozulmalar olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Ancak bu tanımlama çerçevesinde gelişen tıp biliminin, hastalıkları açıklamada yetersiz kaldığının görülmesiyle, tek nedenli açıklamalar yerini çok nedenli, çevresel ve psikolojik faktörlerin de içinde yer aldığı yeni bir tanımlamaya bırakmıştır. Kısaca, bio-medikal tıp anlayışından bio-psikososyal tıp anlayışına geçişle birlikte sağlık ve hastalık kültürel bağlam içerisinde değerlendirilmesi gereken olgular olarak değerlendirilmeye başlanmıştır.

Olguların tanımlanışındaki bu değişim, çevresel faktörler ve psikolojik faktörlerle ilgilenen bilim dallarının da alana olan ilgisini arttırmıştır. Bu gelişmeler doğrultusunda gelişen sağlık sosyolojisi de sağlık ve hastalık konusunda yeni bakış açılarının ortaya çıkmasında etkili olmuştur. Bu çerçevede sağlık sosyolojisinin çalışma alanları, bireylerin kendilerini ne zaman hasta olarak tanımladıklarını belirlemek, onlara hastalıklarla nasıl başa çıktıklarına ve çıkacaklarına dair yol gösterirken aynı zamanda da toplumun hastalık karşısında nasıl bir tutum takındığını ortaya koymak ve meslek örgütlerinin bu süreçteki işlevlerini irdelemek olarak özetlenebilir. Sağlık sosyolojisi bu konuları fonksiyonalizm, sembolik etkileşim temelinde gelişen sosyal inşacılık ve sıradan insanların bilgilerine dayalı olarak kurulan halk bilgisi perspektiflerinden değerlendirdiği gibi çatışmacı ve postmodernist perspektiften de değerlendirmektedir. Bu çalışmada sağlık ve hastalığın normal ve anormal tanımları temelinde farklılaştığı anlayışı konunun sosyal inşacılık ve halk bilgisi temelinde ele alınması sonucunu doğurmuştur. Çalışmanın ana konusu olan akıl hastalığı da bu anlatılanlar temelinde ele alınmış ve araştırmaya katılan bireylerin akıl hastalığını nasıl tanımladıkları değerlendirilmiştir.

Sonuç olarak araştırmaya katılan bireylerin sağlık ve hastalığı; bedensel aktivite güçlüğü, fizyolojik semptomlar, psikolojik duygu durumları ve sosyal ilişkilerde yaşanan sorunlar çerçevesinde tanımladıkları görülmüştür.

Bedensel aktivite güçlüğü çerçevesinde, görüşmecilerimizin hastalık tanımlamalarında gündelik hayat rutinlerinin etkisinin olduğunu söylemek mümkündür. Bu rutin yaşam döngüsü içerisinde stres en önemli faktör olarak karşımıza çıkmakta ve görüşmecilerin anlatılarında alttan alta kendini güçlü bir biçimde hissettirmektedir. Özellikle çalışma hayatının getirdiği stres bireylerin kendilerini hasta olarak tanımlamalarında önemli bir yer teşkil etmektedir. İş stresi konusunda gittikçe artan çalışmalar göstermiştir ki; iş yerinde yaşanan stres ile fizik ve ruh sağlığı arasında ilişki bulunmaktadır (Cushway ve ark. 1996, Vries ve Wilkerson 2003). Bireyin iş yerindeki fiziksel, bireysel ve kurumsal faktörler çerçevesinde yaşadığı sübjektif duygulanımlarla bireyin yaşadığı fizyolojik sorunlar arasında bir ilişki vardır (Beehr ve Newman 1978, Dua 1996).

Fiziksel semptomlar çerçevesinde tanımlama yapan görüşmeciler açısından karşımıza çıkan en önemli faktör “yaş”tır. Görüşmecilerimiz içinde yer aldıkları “yaşlılık” sürecini hastalıkların bir nedeni olarak tanımlamışlardır.

Yaşlılık bir hastalık değil, insan biyolojisindeki önemli gelişmeler sonucu organizmanın verimliliğinde bir azalma süreci ve kişinin çevreye uyum sağlayabilme yeteneğinin gittikçe azalması olarak tanımlanır (Ahronheim 2000: 13). Ayrıca yaşlılık, bedensel, ruhsal ve toplumsal açıdan birçok değişikliğin bir arada yaşandığı karmaşık bir olgu olarak düşünülebilir. Dünya Sağlık Örgütü’nce yaşlılık dönemi 65 yaş ve üstü olarak açıklanmıştır (D.S.Ö 1998:7). Ancak bu sınır toplumdan topluma ortalama yaşam süresi göz önünde bulundurularak 60 yaş ve üstü olarak da değerlendirilmektedir. Birleşmiş Milletler, 1982 yılında Viyana’da düzenlenen “Dünya Yaşlılık Toplantısı”nda yaşlı grubu 60 yaş ve üzeri olarak tanımlamıştır. Ayrıca bu toplantıda yaşlanma süreci üç döneme ayrılarak değerlendirilmiştir (Terakye ve Güner 1997:95).

- a) 45-59 yaş grubu (Orta yaş)
- b) 60-74 yaş grubu (yaşlı)
- c) 75 yaş ve üzeri (ileri yaş)

Yaşlılık süreci biyolojik ve sosyal bir süreç olarak tanımlanabilmektedir. Yaşlı imgesi toplumdan topluma farklılaşmaktadır. Sokolovsky, yaşlılığın erken başladığını ve 40'lı yaşların ortalarına gelmiş olan bireylerin zihinlerinde yaşlılığa ilişkin bir takım imgelerin oluştuğunu ve bunların toplumların attığı anlamlar çerçevesinde çeşitlilik gösterdiğini belirtmektedir (Aktaran Görgün Baran 2003:124). Yaşlılık döneminin anlamlandırılmasına ilişkin yapılmış olan çalışmalardan biri olan ve genellikle geleneksel toplumlarda yaşayan 60 yaşındaki bireylerle yapılan bir çalışma yaşlı kategorisini oluşturmanın 3 ölçütü olduğunu belirlemiştir. Bunlardan ilki; sosyo-ekonomik rollerde yaşanan değişiklikler, bireyin torun sahibi olması, çalışıyorsa emekliye ayrılmış olması gibi. İkincisi; belli bir olgunluğa erişme ve manevi büyüme bağlamında değerlendirilen kronolojik gelişme ki bu dönemler araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunca 45-55 yaşları arasında başlayan bir evre olarak tanımlanmaktadır. Son olarak da bu araştırmada yaşlılığın göstergesi olarak görülen fiziksel kapasitelerde meydana gelen değişimler en düşük gösterge olarak tanımlanmıştır. Araştırmaya katılan bireyler içinde buldukları toplumun bir yaşlı imgesine sahip olduğunu belirtmişlerdir. Dolayısıyla toplumların çoğunda yaşlı olmakla ilgili pek çok tanım vardır (Görgün Baran 2003:125).

Araştırmamıza katılan 50 yaş ve üstündeki görüşmeciler kendilerini “yaşlı” olarak nitelendirmişler ve hastalık tanımlamalarını da bu çerçevede yapmışlardır.

Psikolojik duygu durumları ve sosyal ilişkilerde sorun temelinde hastalık tanımlaması yapan bireylerde dikkat çeken en önemli özellik cinsiyetleri ve yaşları olmuştur. Bu konuda görüş bildiren görüşmecilerin büyük bir kısmı kadındır ve yaşları 50 yaş ve üstüdür. Aile içi ilişkilere yapılan vurgu ve aile huzuru temelindeki açıklamalar hastalığın tanımlanmasındaki en önemli etkenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda regl ve menopoz gibi durumların kadınların hastalık tanımlamalarını etkilediği de görülmüştür.

Görüşmecilerin hastalık durumunda başvuru çaresi olarak neyi gördükleri de sağlık ve hastalığı nasıl tanımladıklarıyla ilişkilidir. Görüşmecilerimizin büyük bir kısmı aslında geleneksel tıp içerisinde değerlendirilebilecek bir yaklaşımı tercih etmektedirler. Hissettikleri bir rahatsızlık karşısında çevrelerindeki büyüklerine

ya da daha önceden benzer rahatsızlıklar geçirmiş bireylere durumlarını anlatarak çareyi onlardan beklemektedirler. Davranışsal olarak geleneksel olan bu tutum, son olarak modern tıbbın önerdiği ilaçların modern tıbbın bilgisi olmadan alınmasıyla son bulmaktadır. Doğrudan modern tıbbı başvurmayı ve profesyonel destek almayı seçen bireyler genellikle tanımlanmış ya da teşhisi konmuş bir hastalığa sahip olan, kronik hastalardır. Bunun yanı sıra modern tıbbı ve onun önerdiği tedavi yöntemlerine güvenmeyen bireylerinde geleneksel tıp içerisinde değerlendirilen alternatif tıbbi tercih ettikleri görülmüştür. Bireylerin bu tercihinde tıpta yaşanan belirsizliklerin önemli etkisi olduğu düşünülmektedir. Elde etmiş olduğumuz bu sonuçlar Türkdöğün (1991)'in çalışmasıyla da benzerlik göstermektedir. Türkdöğün (1991:82)'in çalışma sonuçlarına göre; kronik hastalıkları olan bireyler “evde bakım güç olduğundan” modern tıbbın kurumu olan hastaneye başvururlarken, diğer bireyler hastaneye karşı bir antipati duygusu taşımakta ve akrabalık sistemi, tutum, inanç ve zihniyetleri nedeniyle evde, çevreden aldıkları bilgiler doğrultusunda tedavi olmayı tercih etmektedirler.

Hastalık tanımlamalarının bireylerin “normal”, “anormal” nitelendirmeleri çerçevesinde şekillendiği anlayışıyla bakılan bu kavram tanımlamalarının da toplumsal davranış kuralları, dini, ahlaki kurallar ve gelenekler, toplumsal statü ve roller arası uyumsuzluk, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve şiddet temelinde kurulduğu görülmüştür.

Bireyler genel olarak içinde yaşadıkları toplumun genel davranış ve görgü kurallarını benimseme eğilimindedirler. Bu kurallara uymak onlar için sıradan bir durumdur. Bu kuralların varlığı sorgulanmadan kabul edilen ve aslında en basit olarak tanımlanabilecek bu kurallara uyulmaması hali yadırgamayla karşılanır. Dolayısıyla bireyler topluluk içerisinde “mahcup” olmamak, “utanılacak” bir duruma düşmemek adına bu kurallara uyma eğilimindedirler. Bu kurallara uymayan bireylerin de “anormal” ya da “tuhaf” olarak nitelendirilmesi de söz konusu olmaktadır.

Bunun dışında genel ahlak ve din kurallarına uymamanın “anormal” olarak nitelendirilmesi söz konusudur.

Toplumsal rol ve statülerdeki uyumsuzluk durumunda ise “anormal” nitelemesinin yaşla ve cinsiyetle bağlantılı olduğu görülmektedir. Toplumsal roller ve yaş arasındaki ilişkide araştırmamız açısından dönemli olan “anormal” nitelemesinin “yaşlı kadınlara” yönelik olmasıdır. Özellikle belli bir yaşa gelmiş kadınların davranışlarında gözlenen “gençleşme” isteği yakın yaşlardaki erkeklere oranla daha çok “anormal” olarak nitelenmektedir. Bunu da toplumumuzda kadına atfedilen davranış beklentileriyle açıklamamız mümkündür. Ayrıca modernitedeki yaşlı anlayışı günümüzde farklı şekilde tanımlanmaktadır. Ancak postmodern dönemde tüketim kültürüyle birlikte insan bedeni üzerinden tüketimin arttırılmasıyla yaşlanmanın geciktirilmesi üzerine yürütülen politikalar genç kalmayı teşvik etmektedir. Medya aracılığıyla aktarılan bu yeni görüş, özellikle kadın bedeni üzerinden yürütülen politikalar, modernleşme aşamasını tam anlamıyla gerçekleştirememiş olan toplumlarda tepkiyle karşılanabilmektedir. Dolayısıyla günümüzde kronolojik yaşlanma fikrinden uzaklaşan olgu, bireylerin kendilerini hangi yaşta hissettikleriyle ilişkilendirilmiştir. Bireylerin hissettikleri yaşta olmaları yönündeki destekleyici yayınlarla da yaşlılar gençlerin kültürüne ortak olmaya özendirilmektedirler. Bu da özellikle kadınlar üzerinden işletilen bir siyaset halini almıştır (Cirhinlioğlu 2004).

Bireylerin “anormal” nitelmesine tabi tuttuğu bir diğer durum da toplumda mevcut toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve şiddet olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği temelinde yapılan “anormal” tanımlaması, bu durumun özüne ilişkin olarak yapılmakta ve günümüzde varlığını sürdürüyor olması eleştirilmektedir. Ataerkil toplum yapısı çerçevesinde şekillenen cinsiyet rollerinin eşitsizlikler temelinde kurulduğu ve günümüzde bu rollerin varlığını hala sürdürdüğü gözlemlenmektedir. Erkeğin kadın karşısındaki güçlü konumu, feminist teoriler tarafından eleştirilse ve değiştirilmeye çalışılsa da bu anlayışı geniş halk kitlelerine yaymak oldukça güçtür. Özellikle şiddet temelinde kendisini gösteren cinsiyet eşitsizliği, kadını baskılayan önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmamız açısından önemli bir sonuç toplumsal cinsiyet eşitsizliği temelinde şiddete yöneltelen eleştirilerin hem kadınlardan hem



de erkeklerden gelmiş olmasıdır. Bu konuda görüş bildiren bireylerin eğitim düzeylerinin yüksek olması da önemli bir sonuçtur.

Akıl hastalığının tanımlanmasına ilişkin olarak ortaya çıkan en önemli sonuç, bireylerin öncelikle akıl ve ruh hastalığı kavramlarını birbirinden ayırarak tanımlamalarıdır. Psikiyatrist olan bir grup araştırmacının gözlemine göre, Türkiye’de akıl hastalığı ve sağlığı kavramlarının bilim çevrelerindeki ve akıl sağlığı profesyonelleri arasındaki kullanımı çeşitlilik göstermekte ve hangi kavramın kullanılacağına dair bir fikir birliği bulunmamaktadır (Özmen ve diğerleri 2004:48). Akıl sağlığı ya da ruh sağlığı kavramlarından hangisinin kullanılacağına ilişkin genel bir görüş birliğinin bulunmaması günlük dildeki kullanımı ve halk arasındaki tanımlamalarını da etkiler görünmektedir.

Akıl ruh ayırımına giden bireylerle gitmeyen bireyler arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu değişkenler bağlamında herhangi dikkat çekici bir fark bulunamamıştır. Dolayısıyla burada önemli olan bireylerin kavramlara atfettikleri anlamlar çerçevesinde bir tanımlamaya gittikleridir. Akıl daha çok bedenin bir parçası olarak görülerek, akıl hastalığı, beyinin işleyişinde meydana gelen bir aksaklık, beyin fonksiyonlarının bozulması olarak tanınmış ve bireylerin düşünme yeteneklerini yitirmeleri olarak nitelendirilmiştir. Ruh ise tamamıyla beden dışında bedenle ilgili olmayan bireylerin duygusal dünyalarına, maneviyatlarına atıfla tanımlanmıştır. Kişilerin yaşadıkları duygu çalkantılarının, derin üzüntülerin, sosyal çevreyle olan ilişkilerinin bir sonucu olarak tasarlanmıştır. Bireylerin kavramlara atfettikleri anlamların içinde yaşadıkları toplumun mevcut oluşmuş anlamları çerçevesinde şekillendiği ve ilişkilerinin de bu anlamlar temelinde inşa edildiği düşünüldüğünde toplumda kimin akıl hastası olduğu ve kimin olmadığı, toplumdaki konumu profesyonellerce biçimlenmekten çok içinde yaşadığı toplumun bireylerince tanımlanmaktadır. Dolayısıyla, kavrama dair toplumsal ve bireysel anlamlar ve tanımlamalar anlaşılardan önce önleme ya da iyileştirme gayretleri anlamsızlaşır. Bu doğrultuda kimin iyi ya da kötü, kimin hasta ya da sağlıklı, kimin “normal” ya da “anormal” olduğu kimin nerden baktığıyla ilişkilidir. Bu çerçevede de kültür tarafından biçimlenen ve anlam kazanan kavramların inşa süreçlerinin incelenmesi ya da tanımlarının ortaya konabilmesi önemlidir.

## KAYNAKÇA

- ADAK Ö. Nurşen (2002), *Sağlık Sosyolojisi: Kadın ve Kentleşme*, İstanbul: Birey Yayıncılık.
- AHRONHEIM, E.D. (2000), Aging and Geriatric Medicine, in *Cecil Textbook of Medicine*, 2nd edition, Philadelphia: Wb Saunders Company, s. 13-22.
- ALLPORT, G.W. (1969), Personality: Normal and Abnormal, Ed: H. Chiang ve A.H. Maslow, *The Healty Personality Readings*, New York: Van Nostrand Reinhold.
- ARDA, Berna (1993), *Batı Ortaçağında Hastalık Kavramı*, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.
- BARAN GÖRGÜN, Aylin (2003), Yaşlılığın Ve Yaşamın Anlamı Üzerine Niteliksel Araştırma, *II. Ulusal Yaşlılık Kongresi*, 9-12 Nisan, Denizli, s:121-139.
- BARRY, Anne-Marie (2002), *Understanding Health:A Sociological Introduction*, London: Sage Publication.
- BECKER, Howard (1963), *Outsiders*, New York: Macmillan Pub.
- BEEHR T.A, ve J.E. NEWMAN (1978), Job Stress Employee Health and Organizational Effectiveness, A Facet Analysis, Model and Literature Review, *Personnel Psychology*, 31:665 - 699.
- BEKAROĞLU, Mehmet (1991), Yaşlılık Döneminin Ruhsal Sorunları, *Aile ve Toplum Dergisi*, Sayı:1, cilt:1.
- BOTT, E. (1971), *Family and Social Network*, New York: Free Press.

- BROWN, Phil (1989) *Perspectives in Medical Sociology*, Illinois:Waveland Press.
- CANGUILHEM, George (1978) *On the Normal and Pathological*,(Çev. R. Fawcett, ed. R.S. Cohen), Dordrecht: Reidel.
- CANGUILHEM, George (1991) *On the Normal and Pathological*, (Çev: Carolyn R. Fawcett and Robert S. Cohen), New York: Zone Books.
- CİRİNLIOĞLU, Zafer (2001), *Sağlık Sosyolojisi*, Ankara: Nobel Yayınları.
- COCKERHAM, William (2007), *Medical Sociology*, 10th ed., New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- CONRAD, P. (1992), Medicalization and Social Control, *Annual Review of Sociology*, Vol:18, s: 209-232.
- CUSHWAY D., P.A. TYLER, P. NOLAN (1996). Development of Stres Scale for Mental Health Professionals, *British Journal of Clinical Psychology*, 35:279-29.
- DAVIS Phillip ve J. BRADLEY (2000), "The Meaning of Normal", *What's Normal? Narratives of Mental & Emotional Disorders*, Ed.:Carol Donley ve Sherly Buckley, Ohio: The Kent State Univ. Press.
- D.S.Ö. (1998) *Dünya Sağlık Raporu*, Genova: Dünya Sağlık Örgütü Yayınları.
- DUA, I. (1996) Development of a Scale to Assess Occupational Stres in Rural General Practitioners, *International Journal of Stres Management*, 3(2):117-129.

- DURKHEIM, Emile (1994), *Sosyolojik Metodun Kuralları*, (Çev: Enver Aytekin), İstanbul: Sosyal Yayınları.
- ERASMUS, Desiderus (2004), *Deliliğe Övgü*, (çev.Tufan Göbekçin), Ankara: Öteki Yayınları.
- EVANS-PRITCHARD, E.E. (1937), *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*, London:Oxford University Press, 1976.
- FIELD, David (1976), The Social Defination of Illness, in D. Tuckett, *An Introduction to Medical Sociology*, London: Tavistock.
- FOUCAULT, Michel (1992), *Akıl ve Akıl Bozukluğu: Klasik Çağda Deliliğin Tarihi I*, Ankara: İmge Yayınları.
- FOUCAULT, Michel (1993), *Akıl ve Akıl Bozukluğu: Klasik Çağda Deliliğin Tarihi II*, Ankara: İmge Yayınları.
- FOUCAULT, Michel (2000), *Psikoloji ve Ruhsal Hastalık*, (Çev: Muhsin Hesapçioğlu), İstanbul: Birey Yayıncılık.
- FOUCAULT, Michel (2002), *Kliniğin Doğuşu*, Çev: İnci Malak Uysal, Ankara: Epos Yayınları.
- FOUCAULT, Michel (2003), *İktidarın Gözü*, Çev. Işık Ergüden, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- FRAKE, C.O. (1977), "The Diagnosis of Disease among the Subanum of Mindanao", Ed: D. Landy, *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Antropology*, New York: McMillan, s: 183-195.

- FREIDSON, E. (1970), *Profession of Medicine*, New York: Dodd&Mead.
- FREIDSON, E. (1988), *Profession of Medicine*, 2nd ed., London: University of Chicago Press.
- GABE, J., M. BURY ve M. ELSTON (2004), *Key Concepts in Medical Sociology*, London: Sage Pub.
- GARFINKEL, Harold (1963), A Conception of, and Experiments with, 'trust' as a Condition of Stable Concerted Actions, in *Motivation and Social Interaction*, Ed. O.J. Harvey, New York: The Ronald Press, s:187-238.
- GERGEN, Kenneth J. (1999), *An Invitation to Social Construction*, London: Sage Publications.
- GLASSNER, Barry (1995) *In The Name of Health, The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, (ed. R. Bunton, S. Nettleton, R. Burrows), London: Routledge.
- GLASSNER, Barry (1995), In The Name of Health, *The Sociology of Health Promotion: Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*, ed. R. Bunton, S. Nettleton, R. Burrows, London: Routledge.
- GOFFMAN, Erving (1961), *Asylums*, New York: Doubleday and Comp.Inc.
- GOFFMAN, Erving (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, New Jersey: Prentice-Hall.
- GOOD, B. ve A. KLEINMAN (1985), *Culture and Depression Studies in the Anthropolgy and Cross-Cultural Psychiatry of Effect and Disorder*, Berkeley: University of California Press.

- GOODE, Erich (1994), *Deviant Behavior*, New Jersey: Prentice-Hall.
- GRUEN, Arno (2004), *Normalliğin Deliliği, Hastalık Olarak Gerçekçilik: İnsandaki Yıkım Üzerine Bir Kuram*, (çev. İlknur İgan), İstanbul: Çitlembik Yay.
- HACKING, Ian (1990), *The Taming of Chance*, Cambridge: Cambridge University Press.
- HACKING, Ian (1999), *The Social Construction of What*, Cambridge: Harvard University Pres.
- HACKING, Ian (2005), *Şansın Terbiye Edilişi*, Çev. Mehmet Moralı, İstanbul: Metis.
- HERZLICH, C. (1973), *Health and Illness: A Socio-Psychological Approach*, London. Academic Press.
- HOLLINGSLED, B. ve F. REDLICH, (1958) *Social Class and Mental Illness: A Community Study*, New York: Wiley.
- HOULT, T.F. (1974), *Sociology for a New Day*, New York: Random.
- ILLICH, Ivan (1995), *Sağlığın Gaspsı*, (Çev. Süha Sertabiboğlu), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- INGLEBY, David (2001), Ruh Hastalığı'nı Anlamak, Çev: Kemal Sayar (ed.), *Ruh Hastalığını Anlamak*, İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- IŞIK, Emre (2001), Batı Toplumlarında Rasyonelleşme, Tımarhanenin ve 'homo-medicus'un Doğuşu, *Toplumbilim*, Sayı:13, s: 39-48.

- JOSEPH A., ve J. B. GALLAGHER (1988), *Social Problems Issues Opinions and Solutions*, New York: McGraw-Hill.
- KIRMAYER, Laurence (2003), Kültürel Psikiyatrinin Geleceği: Uluslar arası Bir Bakış, *Kültür ve Ruh Sağlığı:Küreselleşme Koşullarında Kültürel Psikiyatri* içinde, Ed. Kemal Sayar, İstanbul: Metis Yayınları, s: 141-162.
- KURIHARA, T., M. KATO vd., (2000), Public Attitudes Towards the Mentally Ill: A Cross-Cultural study Between Bali and Tokyo, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol.54, p: 547-552.
- KURTZ, ve CHALFANT (1991), *The Sociology of Medicine and Illness*, Boston: Allyn-Bacon.
- LE GOFF, Jacques (1999), *Ortaçağ Batı Uygarlığı*, (çev. H. Güven ve U. Güven), İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.
- LITTLEWOOD, Roland (2000), Cultural and National Aspects of Stigmatization, Ed: A.H. Crips, *Every Family in The Land*”, 13 Mayıs 2002, <http://stigma.org/everyfamily/rlittlewood.html>
- LOCK, Margaret. (2000), Accounting for Disease and Distress: Morals of the Normal and Abnormal, Ed: Gay Albrecht, R. Fitzpatrick, S. Scrimshaw *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London: Sage Publication, s: 259-276.
- LOUSTAUNAU, Martha ve Elisa J. SOBO, *The Cultural Context of Health, Illness and Medicine*, Bergin & Garvey : Westport, 1997.
- McLEOD, John (1997), *Narrative and Psychotherapy*, London: Sage Publications.

MECHANIC, David (1978), *Medical Sociology*, London: The Free Press.

MISHLER, E. G., L. AMARASINGHAM vd. (1981), *Social Context of Health, Illness and Patient Care*, Cambridge: Cambridge Univ. Press.

NETTLETON, S. (1995), *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: Policy Press.

NYE, Robert A. (2003), The Evolution of The Concept of Medicalization in The Late Twentieth Century, *Journal of History of the Behavioral Sciences*, vol:39 (2), s:115-129.

OSKAY, Ünsal (1993), Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar, *Sosyoloji Dergisi*, İzmir: E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını, sayı:4

ÖZTÜRK Orhan (2004), *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları*, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi 10. Basım.

PARSONS, Talcott (1951), *The Social System*, Illinois: Tree Press.

PHELAN, Jo C. ve diğerleri (2000), Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What is Mental Illness and Is It to be Feared?, *Journal of Health and Social Behavior*, vol:41, No:2 (June), p: 188-207.

PRICE, Donald (1979), Normal, Functional and Unhealthy?, *The Family Coordinator*, vol. 28, No. 1: 109-114.

REISMAN, C.K. (1987), Women and Medicalization: A New Perspective, *Dominant Issues in Medical Sociology*, Ed. H.D. Schwartz, USA: Random House.



- RONAN, Colin. (2003), *Bilim Tarihi:Dünya Kültürlerinde Bilimin Tarihi ve Gelişmesi*, (çev. E. İhsanoğlu ve F. Günergun), 3. Basım, Ankara: Tübitak Yayınları.
- SAYAR, Kemal. (2003), *Kültür ve Ruh Sağlığı:Küreselleşme Koşullarında Kültürel Psikiyatri*, İstanbul: Metis Yayınları.
- SCAMBLER, Graham (1991), Health and Illness Behavior, in G. Scambler, *Sociology as Applied to Sociology*, Bailliere Tindall.
- SCOTT, G. Ryley (2003), *İşkencenin Tarihi*, (çev. Hamide Koyukan), 2. Basım, Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.
- SEALE, Clive (1998), Normal / Pathological, Chris JENKS (ed.), *Core Sociological Dichotomies*, London: Sage Pub.
- SEALE, C. Ve S. PATTISON (1994), *Medical Knowledge: Doubt and Certainty*, Buckingham: Open University Press.
- SMITH, Dorothy (1993), K is Mentally Ill, in D. Smith, *Text, Facts and Femininity: Exploring The Relations of Ruling*, New York: Routledge Pub.
- SNOW, I.F. (1974), Folk Medical Beliefs and Their Implications for Care and Patients, *Annals of Internal Medicine*, 31: 82-96.
- STAR, Shirley, (1955), *The Public's Ideas About Mental Illness*, Chicago: National Opinion Research Center.
- STEENKAMP, Crissie (2005), The Legacy of War: Conceptualizing a 'Culture of Violence' to Explain Violence After Peace Accords, *The Round Table*, 94(379),s: 253-267.

- SZASZ, Thomas, (2001) Yol Ayrımında Psikiyatri, Çev: Kemal Sayar (ed. ), *Ruh Hastalığını Anlamak*, İstanbul: Kaknüs Yayınları
- SZASZ, Thomas (2007), *Deliliğin İmalatı*, (çev. Gözde Genç), İstanbul: Yerdeniz.
- TAYLOR, S. ve D. FIELD, (2007) *Sociology of Health and Health Care*, 4th. Ed., UK: Blackwell Publishing.
- TEKELİOĞLU, Orhan (1999), *Michel Foucault ve Sosyolojisi*, İstanbul: Bağlam Yayınları.
- TERAKYE, G. ve P. GÜNER (1997), Kriz Potansiyeli Taşıyan Bir Dönem Yaşlılık, *Kriz Dergisi*, 5(2): 95-101.
- TILES, Mary (1993), The Normal and Pathological: The Concept of a Scientific Medicine, *The British Journal for the Philosophy of Science*, vol.44, No.4: 729-742.
- TIRYAKIAN, Edward, (1990), Emile Durkheim, *Sosyolojik Çözümlemenin Tarihi* içinde, ed. T. BOTTOMORE ve R. NİSPET, Ankara: Verso Yayınları, s: 199-250.
- TURNER, Bryan (1992), *Regulating Body:Essays in Medical Sociology*, London: Routledge.
- TURNER, Bryan (1995), *Medical Power and Social Knowledge*, London: Sage Publication.
- TURNER, Byran (2000), The History of the Changing Concept of Health and Illness:Outline of a General Model of Illness Categories, Ed: Gay Albrecht, R. Fitzpatrick, S. Scrimshaw, *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, London: Sage Publication, s: 9-23.

TÜRKDOĞAN, Orhan (1991), *Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi*, İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.

VRIES M.W ve WILKERSON B. (2003) Stress, Work And Mental Health: A Global Perspective, *Acta Neuropsych*, 15(1):1-16

WHO, (1948) *Constitution of The World Health Organization*, Genova: WHO Pub.

WEISS, Gregory ve L. LONNQUIST (1994), *The Sociology of Health, Healing and Illness*, New Jersey: Prentice Hall.

WENBERG, J. ve A. GITTELSON (1982), Variations in Medical Care among Small Areas, *Scientific American*, 246:120-133.



**10. Bu yaşıncınıza kadar yaşamanızı en çok nerede geçirdiniz?**

1( ) Büyükşehir – Metropol                      2( ) Şehir    3( ) İlçe    4( ) Köy

**11. Çocukluğunuz hep aynı yerde mi geçti?**

1( ) Evet    2( ) Hayır

**12. Kaç yıldır Ankara'da yaşıyorsunuz?****13. Çocuğunuz var mı?****Kişinin ailesine ilişkin sorular, anne-babanın sosyo-demografik özellikleri****kişinin biçimlenmesinde etkilidir bu nedenle önemlidir.****14. Anne ve babanızın eğitim durumu nedir?**

	<u>Anne</u>	<u>Baba</u>
1. Okur-yazar değil	( )	( )
2. Okur-yazar ama herhangi bir okul bitirmemiş	( )	( )
3. İlkokul mezunu	( )	( )
4. Ortaokul mezunu	( )	( )
5. Lise mezunu	( )	( )
6. Üniversite mezunu	( )	( )
7. Lisansüstü eğitim	( )	( )

**15. Anne ve babanızın mesleği nedir?**

	<u>Anne</u>	<u>Baba</u>
1( ) İlimi ve teknik meslekler, serbest meslek sahipler ve ilgili diğer meslekler (mühendis, müteahhit, teknisyen v.b.)	( )	( )
2( ) İdari personel ve Benzeri çalışanlar (memur, kütüphaneci, müdür, v.b.)	( )	( )
3( ) Ticaret ve satış personeli (tüccar, esnaf, kasap, kuaför v.b.)	( )	( )
4( ) Hizmet işlerinde çalışanlar (bekçi, şoför, santral amiri, ebe, v.b.)	( )	( )
5( ) Tarımcı, hayvancı, ormancı, balıkçı ve avcılar	( )	( )
6( ) Tarım dışı üretim faaliyetlerinde çalışanlar (işçi v.b.)	( )	( )
7( ) Evhanımı	( )	( )
8( ) Diğer.....	( )	( )

**16. Anne ve babanız şu anda nerede yaşamakta?****17. Kardeşiniz var mı? Varsa kaç kardeşiniz?****18. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?**



**31.** Etrafınızda bazı kişilere normal gelen ama size normal gelmeyen davranış, tutum, tepki gözlemliyor musunuz? Örnek verir misiniz.....

**32.** Etrafınızdaki kişilere anormal gelen ama size anormal gelmeyen davranış, tutum, tepki gözlemliyor musunuz? Örnek verir misiniz.....

**Akıl hastalığını nasıl tanımladığına ilişkin sorular**

**33.** Çevrenizde akıl hastası olduğunu bildiğiniz birisi oldu mu / var mı?

**34.** Çevrenizde akıl hastası olduğunu düşündüğünüz biri oldu mu?

**35.** Akıl hastası olarak tanımladığınız bu kişiyle ilişkinizin düzeyi ve şekli neydi?

**36.** Bu kişinin akıl hastası olduğunu düşünmenize neden olan durum ve olay neydi ve kişi nasıl bir davranış sergiledi?

**37.** Daha önce kişinin benzer bir tavır sergilediği durumlarla karşılaşmış mıydınız?

**38.** Çevrenizdeki diğer bireylerin bu konuya ilişkin görüşleri nelerdi?

**39.** Bu kişiyle ilişkiniz onun akıl hastası olduğunu düşündüğünüz zamandan sonra farklılaştı mı?

EK:2



Hieronymus Bosch, 1490-1500, Louvre Müzesi, Paris



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Ayça GELGEÇ BAKACAK  
Doğum Yeri ve Tarihi : İstanbul 25.02.1975

### Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü  
Yüksek Lisans Öğrenimi : Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı  
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce  
Bilimsel Faaliyetleri :

- “Media Discourses on Homosexuality and Managing Heterosexism in Turkey”, (Pınar Öktem ile birlikte), *Art, Culture and Public Sphere: Expressive and Instrumental Values in Economic and Sociological Perspectives*, 4-8 Kasım 2008, Venedik, İtalya.
- “Çok Paradigmalı Sosyal Bilim Alanında Sosyoloji: Yaşanan Metodolojik Sorunlar”, *I. Bilim ve Eleştiri Kongresi*, 8-9 Mayıs 2008, Gazi Üniversitesi, Ankara
- “Sapmış “Öteki” Olarak Eşcinsellik: Etiketlenen mi? Etiketleyen mi?”, (Pınar Öktem ile birlikte ), *V. Ulusal Sosyoloji Kongresi*, 19-23 Eylül 2006, Malatya
- “Husserl’in Fenomenolojisi’nin Sosyoloji’deki Yansıması: Fenomenolojik Sosyoloji”, *Felsefe ve Sosyal Bilimler Sempozyumu*, 5-7 Ekim 2005, Muğla, Vadi Yayınları, 2006.
- “Türkiye’de Özürlü Birey Olma: Temel Sosyolojik Özellikleri ve Sorunları Üzerine Bir Araştırma”, Proje Poster Sunumu, (E. Burcu, A. Öğün, P. Öktem, M. Kamanlıoğlu, R. B. Bektaş, S. Turan ile birlikte), Hacettepe Üniversitesi, Bilim Düşün Sanat Şenliği, 4-6 Ekim, Ankara, (2005).
- "Cumhuriyetin İlk Yıllarında İzlenen Kadın Politikaları Işığında Mesleklerinde İlk Kadınlar Üzerine Bir İnceleme", (Tülin İğli ile birlikte), *V. Uluslararası Atatürk Kongresi*, 8-12 Aralık 2003, Ankara, Cilt:1, Divan Yayıncılık, Ankara:2005.

**İş Deneyimi**

Stajlar :

Projeler :

- Proje Asistanı, Türkiye’de Özürlü Birey Olma: Temel Sosyolojik Özellikleri ve Sorunları Üzerine Bir Araştırma, 2004-2006.
- Proje Asistanı, Milli Mücadele Yıllarında ve Cumhuriyetin İlk Yıllarında İz Bırakan Kadınlar, 1999-2003.

Çalıştığı Kurumlar : Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü (1999 – Devam etmekte)

**İletişim**E-Posta Adresi : [abakacak@hacettepe.edu.tr](mailto:abakacak@hacettepe.edu.tr)**Tarih** : 23.12.2008