

## Demedikalizasyon (Tıp Dışılaştırma)

Şeyma PARLAK<sup>1</sup>, Ramazan ERDEM<sup>2</sup>

### Demedicalization (De-Medicalisation)

#### Extended Summary

The demedicalization movement emerged because of the reactions to the use of medicine as a means of social control and the medicalization of most processes in human life. These reactions are directed towards situations perceived as excessive medicalization. Medicalization, on the other hand, refers to describing a problem or condition in medical terms, adopting a medical framework to understand a problem or condition, and using a medical intervention to produce a solution for that problem or condition. The orientation of medicalization to the pharmaceutical sector and the concerns about the expansion of the social control area of medicine were the factors that triggered the demedicalization movement. Demedicalization is defined as a process in which the problem defined as medical is regulated or changed so that it is no longer seen as a medical problem. At the same time, demedicalization can also be defined as "a concept that expresses the fact that the subjects, which were within the scope of medical issues for a certain period, whose framework was drawn with medical terminology and for which medical prescriptions were presented, cease to be the subject of medicine over time and are increasingly deprived of medical interest". Demedicalization and medicalization are seen as a two-way process. For a clearer understanding of demedicalization, how and at what levels demedicalization takes place should be examined. In this study, it is aimed to give theoretical information about the demedicalization movement, its concept, the realization levels of demedicalization and to present a conceptual framework on the subject. In terms of understanding the historical, social, and cultural aspects of medical issues, the concept of demedicalization offers a perspective to the discussions.

**Key Words:** Medicalization, Demedicalization, De-medicalisation

#### Giriş

Tarihsel süreç incelendiğinde gücü elinde bulunduran tıp mesleği toplumun en önemli meselelerinden olan sağlık ve hastalıkların sınırları üzerinde söz sahibi olmuştur. 1960-70'lerde birtakım sorunların tıbbi çerçevede ele alınmasını sağlayacak gelişmeler meydana gelmiştir. Son 60-70 yılda, doğum ve ölüm gibi

<sup>1</sup> Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, parlaksyma@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, raerdem@yahoo.com

doğal yaşam olayları, yaşlanma, menstrüasyon gibi biyolojik süreçler, öğrenme güçlüğü ve fiziksel görünüm problemleri gibi yaygın insan sorunları ve sapma biçimleri dâhil olmak üzere çok çeşitli fenomenler tıbbileştirilmiştir. Sapmanın tıbbileştirilmesi, normatif olmayan görünümün (obezite, çekici olmama, kısalık gibi), inancın (zihinsel bozukluk, ırkçılık gibi) ve davranışların (içme, kumar gibi) tıbbi yargı alanına girdiği süreci ifade etmektedir (Sonika and Amarjeet, 2015: 8).

Medikalizasyon kavramı ile açıklanan bu durum zamanla bazı tıbbi, sosyal, politik tepkileri üzerine çekmiş ve kendisine karşıt bir hareketi de beraberinde getirmiştir. Demedikalizasyonun gerçekleşmesi için medikalizasyon mevcut olmalıdır. Bu çalışmada demedikalizasyon hareketine, kavramına, demedikalizasyonun gerçekleşme seviyelerine yönelik teorik bilgiye yer verilmekte ve konuya ilişkin kavramsal bir çerçeve sunulması amaçlanmaktadır.

### **Demedikalizasyon Hareketi**

Demedikalizasyonun henüz kesin bir tanımlaması olmamasına rağmen, belirli bir durumun, kimliğin veya aktivitenin tıbbi formülasyonuna meydan okumak için dışarıdan tıbbi uygulamadan yükselen bir sosyal hareketle başladığı görülmektedir. Medikalleştirmenin hem direnci hem de sınırlamaları demedikalizasyona yol açabilmektedir (Ayuandini, 2017: 62). Tıbbın niteliği ve gücü göz önüne alındığında, tıbbi tanımlara ve kontrole meydan okuyan bir tür organize hareketten sonra genellikle demedikalizasyon sağlanır (Conrad, 1992: 226). Sağlığın bir hak olarak ele alınması, hastalığın tıbbi ve sosyal bağlamda değerlendirilmesi önemli kavramsal değişimlerin zeminini oluşturmuştur. Değişen bu bakış açısı, demedikalizasyon için en güçlü itici gücü oluşturmaktadır (Fox, 1977: 21).

Fox (1977), demedikalizasyonun Amerikan toplumunda gerçekleştiğini, 1960'lardan beri Amerikan tutum ve davranışlarındaki değişikliklerden önemli ölçüde etkilendiği öne sürmektedir. Demedikalizasyon, çeşitli bireyler ve gruplar tarafından "aşırı medikalizasyon" olarak algılanan durumlara yönelik tepkilerden oluşur. Bu karşı eğilimin en önemli belirtilerinden biri ise, toplumda sürekli büyüyen "hastalık" anlayışından doğan sonuçlara ilişkin artan endişedir. Ortaya çıkan bu görüş, sağlık ve hastalık, normallik ve anormallik, akıl sağlığı ve delilik olarak tanımlananların bir toplum, kültür ve tarihsel dönemden diğerine ne ölçüde değiştiğini vurgulamaktadır ve bu sebeple "hasta", "anormal" ve "deli" gibi tıbbi tanı kategorileri evrensel, objektif veya her zaman güvenilir değildir (Fox, 1977: 17). Toplumun demedikalizasyonunun, hastalığa karşı daha az kaderci ve bireysel bir tutum, artan kişisel ve toplumsal sağlık desteği ve sağlığın profesyonel tıbbi bakım olduğu kadar iyi yaşamın ve iyi toplumun bir sonucu olduğuna dair yaygın bir kanaat gibi toplumsal değişimlere bağlı olduğuna inanılmaktadır (Fox, 1977: 21).

1970'lerde, medikalizasyon sarkacının ilaç sektörlerine doğru çok fazla savurulmasıyla (Sonika and Amarjeet, 2015: 10), tıp mesleğinin sosyal kontrol yetkilerinin çok kapsamlı hale geldiği endişesiyle medikalizasyondan uzaklaşmaya doğru bir demedikalizasyon hareketi meydana gelmiştir (Weiss and Lonquist, 2016: 205). Demedikalizasyon hareketi, Aaron Antonovsky'nin 1979'da verdiği

"Salutogenesis" kavramıyla daha da desteklenmektedir. Salutogenez modeli, zihin-beden sisteminin gücüne ve sağlık sorunlarının tıptan arındırılmasına vurgu yapmaktadır (Sonika and Amarjeet, 2015: 10).

### **Demedikalizasyon Kavramı**

Demedikalizasyon kavramı literatürde ilk olarak Fox (1977) tarafından kullanılmış olsa da yaygın olarak kullanılan tanımı Conrad (1992: 224) tarafından verilmiştir. Ona göre demedikalizasyon "*artık tıbbi tanımını korumayan bir sorun*" olarak ifade edilmektedir. Tıbbi yargı altındaki bir durum veya yaşam sürecinin artık tıbbi bir sorun olarak görülmeyecek şekilde düzenlendiği veya değiştirildiği bir süreçtir. Bazı görüşlere göre, hekimler yerine tıbbi yardımcıların (örneğin ebeler veya asistan hekimler) kullanılmasının demedikalizasyonu temsil ettiğini öne sürülmüştür (Fox 1977, Strong 1979). Fakat bu görüş, demedikalizasyonun profesyonellikten uzaklaşma ile karıştırılmasına sebep olmaktadır. Demedikalizasyon sürecinin ilk aşamada hekimlerden diğer sağlık profesyonellerine terk edilerek başladığı, son aşamada ise tamamen tıbbi alanın dışına atılmasıyla gerçekleştiği düşünülebilir. Bu kapsamda demedikalizasyon şu şekilde tanımlanabilir: "*Demedikalizasyon (tıp dışılaştırma), belli bir dönem tıbbi konular içinde kalmış, çerçevesi tıbbi terminoloji ile çizilmiş, çözümüne yönelik tıbbi reçeteler sunulmuş konuların zamanla tıbbin konusu olmaktan çıkmasını ve tıbbi ilgiden gittikçe yoksun bırakılmasını ifade eden bir kavramdır.*"

Demedikalizasyonun gerçekleşebilmesi için bir sorunun tıbbi terimlerle tanımlanmaması ve tıbbi tedavilerin uygun çözümler olarak görülmemesi gerekmektedir. Örneğin, doğum, meslekten olmayan görevlilerin olduğu bir aile olayı olarak tanımlandıysa, kronik sarhoşluk bir eğitim sorunu olarak yeniden oluşturulduysa veya menopoz, herhangi bir tıbbi müdahale için uygun olmayan bir doğal yaşam olayına dönerse demedikalizasyonun gerçekleştiği söylenebilir (Conrad, 1992: 224-225). Demedikalizasyonu etkileyebilen birçok faktör söz konusudur. Eve götürülen gebelik testi gibi bazı teknoloji türleri bir dereceye kadar demedikalizasyonu sağlayabilir. Ayrıca kişisel bakıma yönelik artış tıbbi kontrolü zedelemektedir. Kamu politikasındaki veya sigorta geri ödeme uygunluğundaki değişiklikler de demedikalizasyonu etkileyebilmektedir (Conrad, 1992: 226). Bunların yanı sıra sağlık profesyonellerinin desteğinin eksik oluşu, tıbbi otoritenin aşınması, tıbbileştirilmiş grupların (örneğin kadınlar) gücünün artması, tedavilerin mevcut olmaması ve kârsız olması, tıbbileştirmeye karşıt etiyolojilerin keşfedilmesi, tıbbi bakım maliyetleri ve sigorta kapsamına ilişkin sınırların mevcudiyeti medikalizasyonu sınırlandıran ya da potansiyel olarak tersine çevirme eğiliminde olan faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (Carpenter, 2010: 616).

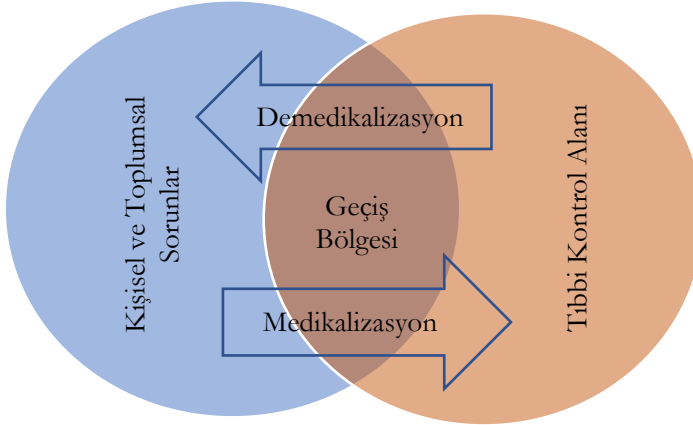
Golden (1999: 270), demedikalizasyonun, tıbbileştirmenin tersi olarak değil, her biri ayrı ve oldukça tartışmalı olan, tıbbin azalan kültürel otoritesini ve sosyal hastalıkları teşhis etme gücünün diğer mesleklere ve otoritelere verilmesini simgeleyen tarihsel bir süreç olarak değerlendirilmesi gerektiğine dikkat çekmektedir. Bir kez "hasta" olarak etiketlenen bir davranış veya durumun doğal veya normal olarak tanımlandığı süreç olarak da tanımlanan demedikalizasyon,

“tıptan arındırma”, “tıptan uzaklaştırma” kavramları ile de ifade edilebilir (sociologydictionary.org, 2021). Bu çalışmada kavrama Türkçe karşılık olarak “tıp dışılaştırma” önerilmektedir.

Demedikalizasyon her zaman özgürleştirici değildir ve bu süreçte hastalıktan mustarip insanlar için seçeneklerin azalmasına neden olabilir (Rosenbaum, 1995). Dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, sorunun nasıl tanımlandığı ve ne tür müdahalelerin uygun görüldüğüdür. Medikalizasyonun, demedikalizasyonu önemli ölçüde geride bıraktığı öne sürülse de bunu çift yönlü bir süreç olarak görmek önemlidir (Conrad, 1992: 226). İronik bir şekilde, toplumda hem medikalizasyon hem de demedikalizasyon aynı anda meydana gelebilmektedir (Weiss and Lonquist, 2016: 205). Demedikalizasyonu ele alan çalışmalar bu durumu destekler niteliktedir. Bu çalışmalarda, medikalizasyonun ve demedikalizasyonun eşzamanlı gerçekleştiğini öne süren bir eğilim söz konusudur. Bu çerçevede Lowenberg ve Davis (1994) bütüncül sağlık olgusunu ele alırken, Burke (2011) cinsel kimlik bozukluğunun, Halfmann (2012) kürtajın, Torres (2014) emzirmenin eş zamanlı olarak medikalize ve demedikalize edildiğini göstermektedir.

Medikalizasyon ve demedikalizasyon ilişkisini Şekil 1’deki gibi ifade edebiliriz.

**Şekil 1.** Medikalizasyon ve Demedikalizasyon



Tıp, insan yaşamını kaliteli ve uzun kılmayı amaçlarken zaman zaman kişilerin yaşamlarını kontrol etmeye doğru yönelmektedir. Tıbbi kontrol alanı medikalizasyon ve demedikalizasyonun alanını ve ilişkisini belirlemektedir. Kişisel veya toplumsal bir sorun veya durumun tıbbi çerçevede tanımlanması ve buna yönelik tıbbi müdahalenin uygulanması medikalizasyonu ifade ederken, tıbbi olarak tanımlanmış bu sorun veya durumların tıbbi çerçeveden uzaklaştırılması demedikalizasyonu ifade etmektedir. Bir diğer ifadeyle, kişisel veya toplumsal sorunlar tıbbi kontrol alanına dâhil oldukça medikalleşme meydana gelirken, tıbbi kontrol alanında tanımlanan sorunlar, kişisel veya toplumsal bir sorun hatta sorunun da ötesinde kişisel veya toplumsal bir durum haline geldikçe de demedikalizasyon gerçekleşmektedir. Yaşamın tüm

süreçlerinin tıbbi çerçevede ele alınmasına gösterilen tepkiler ve demedikalizasyon çalışmaları, şekilde gösterilen geçiş bölgesinde faaliyetlerini sürdürmeye çalışmaktadır. Medikalizasyon-demedikalizasyon tartışmaları bu gri alanda meydana gelmektedir. Tıbbın kontrol alanı genişlemeye devam ederken medikalizasyon-demedikalizasyon tartışmaları da devam edecektir. Bu ilişkinin ve demedikalizasyonun daha anlaşılır olabilmesi için medikalizasyonun nasıl ve hangi seviyelerde gerçekleştirildiğine yer verilmektedir.

Yaygın olarak kabul gören medikalizasyon tanımı Conrad (1975: 12) tarafından, "davranışı tıbbi bir problem veya hastalık olarak tanımlamak ve tıp mesleğine bir tür tedavi sağlaması için yetki verme veya ruhsat verme" şeklinde ifade edilmiştir. Bu tanım daha sonra geliştirilmiş ve medikalizasyon şu şekilde vurgulanmıştır Conrad (1992: 211):

“Medikalizasyon, bir sorunu tıbbi terimlerle tanımlamayı, bir sorunu tanımlamak için tıbbi bir dil kullanmayı, bir sorunu anlamak için tıbbi bir çerçeve benimsemeyi veya bu sorunu 'tedavi etmek' için tıbbi bir müdahale kullanmayı içerir. Bu, tıp mesleğini içeren ya da içermeyen, tıbbi sosyal kontrole ya da tıbbi tedaviye yol açabilen, tıp mesleği tarafından kasıtlı olarak genişleme ile sonuçlanabilen sosyokültürel bir süreçtir.”

Medikalizasyon çeşitli seviyelerde gerçekleşmektedir. Conrad ve Schneider (1980: 75-76) tipolojisinde kavramsal, kurumsal ve hekim-hasta etkileşimi olmak üzere üç düzeyden bahsetmektedir. Kavramsal düzeyde mevcut problemi düzenlemek veya tanımlamak için tıbbi bir kelime (veya model) kullanılmaktadır. Bu durum elit tıp seviyesinde, bazen tıp dışı grupların tıbbi tanımları ve açıklamaları benimsemesi şeklinde ortaya çıkabilir. Tıp mesleğinin sadece küçük bir bölümü medikalizasyon sürecine dâhil olabilmektedir. Burada önemli olan tıbbi bir anlayışın benimsenmesidir. Kurumsal düzeyde, kuruluşlar uzmanlaştığı herhangi bir program (alkolizm programları gibi) veya bir soruna tıbbi bir tanım ve yaklaşım benimsemektedir. Tıbbileştirmenin meşrulaştırılması için hekimler gereklidir. Birkaç hekim, bu kuruluşlarda resmi denetçiler olabilmekte, devlet çıkarlarını gözetebilmekte fakat teşhis-tedavi süreçlerine dahil olmamaktadır. Hekim-hasta düzeyinde ise hekim bir sorunu tıbbi olarak tanımladığında (yani ona tıbbi bir teşhis koyduğunda) veya bir hekim "sosyal" bir sorunu tıbbi olarak tedavi ettiğinde (örneğin mutsuz bir aile hayatı için sakinleştirici reçete etmek) tıbbileştirme gerçekleşir.

Halfmann (2011:188), Conrad ve Schneider'in tipolojisini temel olarak söylemlere odaklanması yani bir problemin tıbbi bir kelime veya model aracılığıyla kavramsallaştırılması ve tanımlanmasına odaklanması ve bu tipolojinin makro, mezo ve mikro analiz seviyeleri arasında örtük bir ayrım içermesinden dolayı eleştirmektedir. Halfmann (2011:190-191) tipolojisini, söylemler, uygulamalar ve kimlikler bağlamında makro, mezo ve mikro analiz seviyelerinde inceleyerek tıbbileştirmenin bu boyutları ile analiz düzeyleri arasında katı ayrımlar oluşturmaktan ziyade analitik bir ayrım ortaya koymaya çalışmaktadır (bkz. Tablo 1 ). Makro, mezo ve mikro göreceli terimlerdir ve

birçok olay birden fazla analiz düzeyinde ortaya çıkmaktadır. Makro düzeyde toplumsal sorunlara ilişkin söylemler, devlet bürokrasileri, mahkemeler, yasama organları, şirketler, piyasalar, üniversiteler, dergiler, vakıflar, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve medya gibi ulusal ve uluslararası kuruluşların mevzuat, karar, rapor ve tartışmalarında yer almaktadır. Orta düzeyde, bu tür söylemler işyerleri, hastaneler, sağlık grupları, bakım evleri, okullar, sosyal hizmet kurumları ve hapisaneler gibi yerel ve bölgesel kuruluşların misyon beyanlarında, raporlarında, reklamlarında, politikalarında ve prosedürlerinde ortaya çıkmaktadır. Mikro düzeyde, bu tür söylemler, hizmet sunucular ve müşteriler arasındaki yüz yüze etkileşimde ortaya çıkmaktadır. Danışanlar da bu söylemleri kendi öz yönetimlerinde kullanmaktadır. Sosyal sorunların yönetiminde biyomedikal uygulamalar ve teknolojiler daha yaygın hale geldiğinde tıbbileştirme artmaktadır. Bu uygulamalardan bazıları ölçüm, normalleştirme, gözetim, risk değerlendirmesi, sağlık sigortası kapsamı, muayene, laboratuvar testleri, görüntüleme, hijyen, cerrahi ve ilaç ve tıbbi cihaz kullanımını şeklindedir. Söylemlerde olduğu gibi, bu uygulamalar da makro, mezo ve mikro analiz seviyelerinde bulunabilmektedir. Hekimleri, biyomedikal araştırmacıları, hastaneleri, sigorta şirketlerini, ilaç ve cihaz üreticilerini, tıp okullarını ve meslek birliklerini içeren biyomedikal aktörler ve kimlikler sosyal sorunları ele almada daha yaygın, güçlü veya belirgin hale geldiğinde tıbbileştirme artmaktadır. Makro düzeyde, biyomedikal aktörler, devletlere, şirketlere, üniversitelere, vakıflara, medyaya liderlik edebilir veya tavsiyelerde bulunabilir. Orta düzeyde, biyomedikal örgütsel formların ve kimliklerin yaygınlığı ve hekimlerin ve örgütlerdeki diğer biyomedikal aktörlerin gücü ile tıbbileşme artmaktadır. Mikro düzeyde, hekimler ve diğer biyomedikal aktörler (hemşireler, tıp teknisyenleri) daha yaygın olduğunda ve sağlayıcılar ve müşteriler biyomedikal kimlikler oluşturduğunda veya tanımlandığında tıbbileştirme artmaktadır. Tüm bu çerçevede demedikalizasyon için de işlemedir.

**Tablo 1.** (De) Medikalizasyonun Seviyeleri ve Boyutları

	<b>Makro</b>	<b>Mezo</b>	<b>Mikro</b>
	Ulusal ve uluslararası kuruluşların mevzuatı, kararları, raporları ve tartışmaları devlet bürokrasileri, mahkemeler, yasama organları, şirketler, piyasalar, üniversiteler, dergiler, vakıflar, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve medya gibi	İşyerleri, hastaneler, sağlık grupları, klinikler, bakım evleri, okullar, sosyal hizmet kurumları ve cezaevleri gibi yerel ve bölgesel kuruluşların misyon bildirileri, raporları, reklamları ve prosedürleri	Sunucular (tıbbi ve tıbbi olmayan) ve müşteriler arasında yüz yüze iletişim ve fiziksel temas, müşteri öz yönetimi
<b>Söylemler</b>	Biyomedikal sözlükler, modeller ve tanımlar- semptom, sendrom, hastalık, hastalık, bulaşma vb.		
<b>Uygulamalar</b>	Biyomedikal uygulamalar ve teknolojiler- test, ölçüm, normalleştirme, gözetim, risk değerlendirmesi, sigorta kapsamı, muayene, laboratuvar testi, görüntüleme, hijyen, cerrahi, ilaç, tıbbi cihazlar vb.		
<b>Kimlikler (ve aktörler)</b>	Bireysel ve kolektif biyomedikal aktörler- hekimler, biyomedikal araştırmacılar, hastaneler, sigorta şirketleri, tıbbi gruplar, ilaç ve cihaz üreticileri, tıp okulları, meslek birlikleri vb.		

**Kaynak:** Halfmann, 2011: 190

Aynı olgunun farklı ülkelerde ve aynı zamanda benzer süreçlerden geçerek medikalize edilmesine rağmen, farklı zamanlarda ve kapsamlarda demedikalize edilebilmesinden yola çıkan Carpenter (2010), ABD ve Büyük Britanya bağlamında erkek sünnetini ele alarak demedikalizasyon dinamikleri hakkında bilgi vermektedir. Britanya'da, demedikalizasyonun itici gücünü oluşturan tıp camiasının desteğinin eksikliği ve ulusal bazda maliyetleri ve zorunlu uygulamaları sınırlayan bir sağlık sigortası sisteminin olmasıdır. Yıllar sonra, tıp camiasının önemli bir bölümü klinik ve finansal nedenlerle sünneti desteklemeye devam etmesine rağmen, ABD'li doktorların sünnete olan ilgilerinin azalması kısmi demedikalizasyonu teşvik etmiştir. Sigortaların maliyet düşürücü önlemleri ve taban aktivistlerinin eleştirileri demedikalizasyonda önemli rol oynamıştır. Britanya'da sünnet karşıtı aktivistlerden ziyade devlet aktörleri ve tıp seçkinleri daha etkili rol oynamıştır. Böylelikle (de)medikalizasyon farklı seviye ve

boyutlarda gerçekleşmiştir.

Medikalizasyon eleştirisi ve demedikalizasyonun savunulmasıyla beraber, belirli koşulların hastalık olarak değerlendirilmesine yönelik bazı somut adımlar atılmıştır. Bunlardan biri gebeliği bir hastalık olarak ve doğumu, kadın doğum uzmanının hâkim olduğu "teknolojik" bir tıbbi-cerrahi olay olarak tanımlamasına karşı yapılan feminist protestodur. Bu görüş, son yıllarda birçok orta sınıf çiftin doğal doğum için gösterdiği tercihe ve ebeliğin yeniden canlanmasına katkıda bulunmuştur. Bu örnek aynı zamanda müttefik bir hareketi, yani tıbbi bakım için bazı sorumluluğu ve onun üzerindeki yetkiyi hekimden, tıbbi ekipten ve hastaneden hastaya, aileye ve eve kaydırmaya yönelik artan bir eğilimi göstermektedir (Fox, 1977: 18-19).

Dikkate değer iki tane daha demedikalizasyon örneği vardır. Bağımsız yaşam hareketi, engelli insanların yaşamlarında, tıbbi varlığın büyük bir bölümünü hem gereksiz hem de verimsiz olduğunu ve stabilize engellilerin yönetimini öncelikle kişisel bir mesele olarak kabul etmektedir. Yalnızca ikincil olarak tıbbi bir konu olarak değerlendirmektedir (Dejong 1983; akt. Conrad, 1992). Engelliliği demedikalleştirmek için, engelliliğin tanımını yeniden şekillendirmek de dâhil olmak üzere engelli kişilerin bağımsız olarak ve tıbbi bakımla minimum temasla yaşayabilecekleri ortamlar ve durumlar oluşturmak üzere aktif olarak çalışılmaktadır (Conrad, 1992: 225).

Kadınların cinsel ve üreme uygulamaları üzerinde belirgin etkisi olan kadın sağlığı hareketi, sağlık piyasasında tüketici hareketinin büyümesi, hekim-hasta ilişkilerinin daha eşitlikçi tarzlarının ortaya çıkması ve belki de en önemlisi, bütünsel sağlık yönelimlerinin nüfus boyunca yayılması çağdaş toplumdaki önemli demedikalleşme eğilimlerinin göstergesi olarak bahsedilen gelişmelerden sadece birkaçıdır (Lowerberg and Davis, 1994: 579-580). Demedikalizasyonun, emzirme (Torres, 2014), sünnet (Carpenter, 2010) gibi durumlarda da meydana geldiği görülmektedir. Tedavi hizmetlerinden ilki olan kendi kendine bakım (self-care), hastanın güçlendirilmesi gibi kavramlar demedikalizasyon süreçlerini daha da genişletecektir.

## Sonuç

Bazı sorun ve süreçlerin tıbbileştirilmesi ile artan sağlık hizmetleri tüketimi birçok problemi ortaya çıkarmış ve bu problemlere yönelik tepkiler karşıt hareketi oluşturmuştur. Kimi görüşlere göre Hipokrat'ın "Hasta için en azı en iyisidir." anlayışının yeniden canlandırılması gerekmektedir. Kişilerin ilaçlar olmadan iyileşebilme becerisi göz ardı edilmemelidir. Hastalıkların çoğunu iyileştirmek veya önlemek için demedikalizasyon kavramına daha fazla odaklanılmalıdır. Demedikalizasyon, hastaların güçlendirilmesini sağlayacak ve rutin problemlerle ilgilenmek yerine karmaşık vakalara odaklanabildikleri için uzmanların zamandan tasarruf etmesini sağlayacaktır. Ayrıca, mevcut hastanelerin, toplum katılımı yoluyla sağlığı teşvik edici bir ortam yaratmasına ve personel ve halkın sağlıklı yaşam tarzını benimsemesine yardımcı olacaktır. Dolayısıyla bu yaklaşım, uzun vadede sadece hastalara değil, aynı zamanda hastanelere de yardımcı olacaktır



(Sonika and Amarjeet, 2015: 10).

Literatür incelendiğinde, pek çok sorunun diyet, yoga, fiziksel egzersiz, davranış terapisi gibi basit ve ucuz olan müdahaleler ile tedavi edilebileceği görülmektedir. Nygaard ve diğerleri (1996) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada, davranış terapisinin kadınlarda idrar kaçırmayı etkili bir şekilde tedavi edebileceği, perimenopozal sendromun, hormon tedavisi almak yerine sağlıklı yaşam tarzı ve yoga ile başarılı bir şekilde hafifletilebileceği (Chattha et al., 2008), kabızlığın laksatiflere başvurmadan ziyade posalı lifli besin tüketimi, sıvı alımı, egzersiz rejimi ile kolayca halledilebileceği (Ayaz and Hisar, 2014) kanıtlanmıştır. Tedavi hizmetlerinden ilki olan kendi kendine bakım (self-care) demedikalizasyon süreçlerini daha da genişletebilir.

Medikalizasyon kavramında olduğu gibi demedikalizasyon kavramında da önemli olan hangi süreçlerin hangi sınırlarda tıbbi alandan uzaklaştırılıp uzaklaştırılmaması gerektiğinin belirlenmesidir. Hastanın ve hizmet sunucunun rolünü de belirleyen bu sınırlar sorumluluk alanlarının önemli çizgisidir.

## KAYNAKÇA

Ayaz, S., & Hisar, F. (2014). The efficacy of education programme for preventing constipation in women. *International journal of nursing practice*, 20(3), 275-282.

Burke, M. C. (2011). Resisting pathology: GID and the contested terrain of diagnosis in the transgender rights movement. In *Sociology of diagnosis*. Emerald Group Publishing Limited.

Carpenter, L. M. (2010). On remedicalisation: male circumcision in the United States and Great Britain. *Sociology of health & illness*, 32(4), 613-630.

Chattha, R., Raghuram, N., Venkatram, P., & Hongasandra, N. R. (2008). Treating the climacteric symptoms in Indian women with an integrated approach to yoga therapy: a randomized control study. *Menopause*, 15(5), 862-870.

Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23 (1), 12-21

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1), 209-232.

Conrad, P. and Schneider, J. (1980). Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness.

Fox, R. C. (1977). The medicalization and demedicalization of American society. *Daedalus*, 9-22.

Golden, J. L. (1999). "An argument that goes back to the womb": The demedicalization of fetal alcohol syndrome, 1973-1992. *Journal of Social History*, 33(2), 269-298.

Halfmann, D. (2012). Recognizing medicalization and demedicalization: Discourses, practices, and identities. *Health (London, England)* 16(2), 186-207.

<https://sociologydictionary.org/demmedicalization/> Erişim: 24.02.2021

Lowenberg, J. S., & Davis, F. (1994). Beyond medicalisation-demmedicalisation: the case of holistic health. *Sociology of Health & Illness*, 16(5), 579-599.

Lowenberg, J. S., & Davis, F. (1994). Beyond medicalisation-demmedicalisation: the case of holistic health. *Sociology of Health & Illness*, 16(5), 579-599.

Nygaard, I. E., Kreder, K. J., Lepic, M. M., Fountain, K. A., & Rhomberg, A. T. (1996). Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge, and mixed urinary incontinence. *American journal of obstetrics and gynecology*, 174(1), 120-125.

Rosenbaum, M. (1995). The demmedicalization of methadone maintenance. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(2), 145-149.

Sonika, R., & Amarjeet, S. (2015). Road to Demmedicalization-need of hour in public health. *Indian J Pre Soc Med*, 6(1), 8-11.

Sonika, R., & Amarjeet, S. (2015). Road to Demmedicalization-need of hour in public health. *Indian J Pre Soc Med*, 6(1), 8-11.

St. Louis: Mosby.

Strong, P. M. (1979). Sociological imperialism and the profession of medicine A critical examination of the thesis of medical imperialism. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 13, 199-215.

Torres, J. M. (2014). Medicalizing to demmedicalize: Lactation consultants and the (de) medicalization of breastfeeding. *Social Science & Medicine*, 100, 159-166.

Weiss, G. L. and Lonnquist, L.E. (2016). *Sociology of health, healing, and illness*. Routledge. Eighth edition.