

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINA İLİŞKİN
BİLGİ VE TUTUMLARIN
TOPLUMSAL ETKENLER
AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**ZEYNEP HALE KELEŞ
2501131005**

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEDA GÜVEN**

İSTANBUL-2019



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ



YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : Zeynep Hale KELEŞ Numarası : 2501131005

Anabilim Dalı /
Anasanat Dalı / Programı : Sosyoloji Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Seda GÜVEN

Tez Savunma Tarihi : 01.07.2019 Saati : 11:00

Tez Başlığı : "Ağız ve Diş Sağlığına İlişkin Bilgi ve Tutumların Toplumsal Etkenler Açısından İncelenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 36. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ'NE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Prof. Dr. Yusuf ADIGÜZEL		Kabul
2- Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin BALCI		Red
3- Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ali AKYURT		Kabul
3- Dr. Öğr. Üyesi Seda GÜVEN		Kabul
4- Dr. Öğr. Üyesi Elif KIRAN		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1- Dr. Öğr. Üyesi Ayşen ŞATIROĞLU		
2- Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Güven AVCI		

ÖZ

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞINA İLİŞKİN BİLGİ VE TUTUMLARIN TOPLUMSAL ETKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ ZEYNEP HALE KELEŞ

Toplum sağlığının geliştirilmesi ve sağlıktaki eşitsizliklerin giderilmesi amacıyla yapılacak çalışmaların amacına ulaşabilmesi sağlık sorunlarının ardında yatan sosyal faktörlerin anlaşılması ile mümkündür. Ağız sağlığı, sağlıklı dişlere sahip olmaktan öte bireysel ve toplumsal olarak sağlıklı olmanın ve yaşam kalitesinin bir göstergesidir. Bu nedenle sağlıklı toplum hedefine ulaşmak için ağız sağlığının sosyal belirleyicilerinin bilinmesi ve bu konuda farkındalık yaratılması gerekmektedir.

Bu çalışma kamu ve özel sektöre ait ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurumlara başvuran hastaların ağız ve diş sağlığına ilişkin tutum ve davranışları ile bunları etkileyen sosyal belirleyicilerin anlaşılmasını amaçlamaktadır. Nitel araştırma yöntemiyle 20 katılımcı ile yapılan derinlemesine görüşmelerde katılımcıların sağlık hastalık algısı, yaşam tarzı-ağız ve diş sağlığı ilişkisi, sağlık bilgisi edinme yolları, diş tedavisi ve diş tedavi kurumu ile ilgili tecrübe ve tercihleri incelemiştir.

Çalışmada elde edilen verilere göre katılımcıların diş tedavisi ile ilgili kurum tercihlerinde güven unsuru öne çıkmaktadır. Güven unsuru yapılacak tedavinin niteliği ile ilgili olduğu kadar ekonomik kaygılarla da ilgili olmakta ve bireylerin kurum tercihini etkilemektedir.

Çalışmada ağız sağlığının belirleyicilerinin genel sağlığın sosyal belirleyicileri ile benzer olduğu, ancak ağız bakım alışkanlıklarının kazanıldığı erken yaşam dönemi, aile ve okulun etkisi ile beslenme alışkanlıklarının ağız sağlığı açısından genel sağlığın sosyal belirleyicilerine göre daha önemli olduğu görülmüştür. Ağız ve diş sağlığı ile ilgili olarak erişkinlerin en önemli bilgi kaynağı internettir. Bilgi edinmenin yanı sıra toplumda estetik uygulamaların artan talebinde ve tüketim alışkanlıklarının yönlendirilmesinde de internet ve kitle iletişim araçlarının etkisi yadsınamayacak boyuttadır. Bu nedenle internet ve kitle iletişim

araçlarının sağlığın sosyal belirleyicileri içinde ayrı bir başlık olarak incelenmesinin faydalı olacağı görölmektedir.

Anahtar Kelimeler: sağlık hastalık olgusu, sağlık sosyolojisi, toplum, sağlığın sosyal belirleyicileri, ağız diş sağlığı, diş hekimliği

ABSTRACT

**ANALYSIS OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES RELATED TO
ORAL AND DENTAL HEALTH IN TERMS OF SOCIAL
FACTORS**

ZEYNEP HALE KELEŞ

Studies which focus on improving public health and eliminating the inequalities in health can reach their aim on the condition that the social factors lying behind health problems are understood. Beyond having healthy teeth, oral health is an indicator of individual and social health and quality of life. Therefore, social determinants of oral health should be known and awareness towards this should be raised in order to achieve the goal of a healthy society.

The aim of this study is to understand the attitudes and behaviors of patients applying to public and private oral and dental institutions and their social determinants. During in-depth interviews conducted with 20 participants with qualitative research method, the participants' perception of health and disease, the relationship between lifestyle and oral health, ways of acquiring health knowledge, and their experiences and preferences of dental treatment and dental care institutions.

According to the data obtained in the study, the trust factor stands out in the preferences of the institutions regarding dental treatment. The element of trust is related to the economic concerns as well as the quality of the treatment and affects individuals' institution choices.

In this study, it has been observed that the determinants of oral health are similar to the social determinants of general health; however, the early life period in which oral care habits are acquired under the guidance of family and school, has been detected to be more important for oral health than the social determinants of general health. Internet is the most important source of information of oral health for adults. In addition to obtaining information, the impact of the internet and mass media on the increasing demand of aesthetic practices in the society and on the manipulation of consumption habits is undeniable. Therefore, it would be useful to

examine the internet and mass media as a special topic within the social determinants of health.

Keywords: Health/Disease phenomenon, sociology of health, society, social determinants of health, oral health, dentistry

ÖNSÖZ

Başarılı bir diş hekimi olmak için tıbbi bilginizin yanı sıra biraz mühendislik bilgisine sahip olmanız ve hastalarınıza kendilerini mutlu hissedecekleri gülüşler kazandırmanız için de sanatsal bir yönünüzün olması gerekmektedir. Ancak meslek hayatım boyunca bu konulara odaklanırken aslında bunların ötesinde uğraşlarımız olduğunu da fark ettim. Bizim ilgi alanımız insanlardı ve şifa dağıtmaya çalıştığımız insanların sosyal ve psikolojik arka planları vardı. Bunu göz ardı ederek yapılacak sağlık hizmetinin eksik kalacağını, aslında adını koymamış olsak da meslektaşlarımla mesleğimizin bu yönünü devamlı tartışıyor olduğumuzu gördüm. Bu düşünceler bir sağlık profesyoneli olarak kendimi sosyal bilimler alanında geliştirmem konusunda motive etti.

Tez çalışmamın kendi alanımla ilişkili olmasının avantajını yaşamakla beraber farklı bir disiplinden gelmemin zorluklarını da yaşadım. Diş hekimliğinin somut çıktılara dayanan ve bu açıdan mesleki tatminin yüksek olduğu bir bilim dalı olması benim sosyal bilimlerin uzun vadeye yayılan çıktılarına adapte olmamı zorlaştırdı. Bu süreçte bana ve tezime inanan, beni yüreklendiren, destekleyen ve benim için tez danışmanlığının ötesinde kazandığım bir dost olarak nitelendirdiğim saygıdeğer danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Seda Güven'e teşekkürlerimi sunarım.

Sosyoloji eğitimim boyunca sosyal bilimlerin kendine has dinamikleri olduğunu gördüm. Burada öğrendiklerimle düşünce ufkumun genişlediğini ve hayata bakışımда yeni pencerelerin açıldığını fark ettim. Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. İsmail Coşkun olmak üzere İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Bölümü'nün tüm değerli öğretim üyelerine;

Tez çalışmam için değerli vakitlerini ayırıp sorularıma içtenlikle cevap veren katılımcılara;

Veri toplama sürecinde katılımcılarla yaptığım görüşmeler için bana imkanlarını sunan İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı başkanı Prof. Dr. İlknur Özcan'a ve Özel MOS Dental Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği yetkililerine;

Eğitimim süresince sosyoloji bölümünde kurduğumuz ve ömür boyu sürmesini arzu ettiğim dostlukları ve katkıları için doktora öğrencileri Şefika Aydın, Yasemin Aydın, Seran Demiral, yüksek lisans öğrencisi Nihal Açık el ve bölümdeki tüm asistan ve öğrenci arkadaşlarıma;

Uzun yıllardır devam eden arkadaşlığımız boyunca fikirlerine önem verdiğim, akademik çalışmalar yapmam konusunda beni teşvik eden ve tez çalışmam esnasında da benden yardımını esirgemeyen meslektaşım dış hekimi Hayrunnisa Avcı'ya;

Çok iyi bir akademisyen olacağına inandığım ve bu konudaki görüşlerine değer verdiğim sevgili kardeşim Tanyu Yağmur Turgut'a;

Aldığım kararları destekleyen ve benimle gurur duyan aileme;

Evliliğimiz boyunca her konuda olduğu gibi akademik çalışmalarım da beni destekleyen, bana yol gösteren, başarılarımla mutlu olan ve karşılıksız sevgisi ile hayatımı güzelleştiren sevgili eşim Prof. Dr. İbrahim Keleş'e teşekkür ederim.

İstanbul, 2019
Zeynep Hale Keleş

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ.....	vi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SOSYOLOJİSİ VE AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI

1.1. Sağlık Sosyolojisi.....	11
1.1.1. Biyomedikal Model.....	14
1.1.2. Sosyal Model.....	17
1.1.3. Sağlık Sosyolojisinin Tarihsel ve Kuramsal Arka Planı	21
1.2. Sosyolojik Yaklaşımlar Açısından Sağlık ve Hastalık.....	25
1.2.1. Yapısal-İşlevselci Yaklaşım.....	25
1.2.2. Çatışmacı Yaklaşım.....	28
1.2.3. Sosyal İnşacılık Yaklaşımı	30
1.2.4. Etkileşimci Yaklaşım	32
1.2.5. Postmodern Eleştiri	34
1.3. Ağız ve Diş Sağlığı	40
1.3.1. Ağız Diş Sağlığı ve Genel Sağlık İlişkisi.....	40
1.3.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri	42
1.3.3. Ağız ve Diş Sağlığının Toplumsal Boyutu	46

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ VE AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI

2.1. Aile ve Erken Yaşam.....	60
2.2. Eğitim.....	64
2.3. Meslek, Çalışma Şartları ve İşsizlik.....	66
2.4. Gelir Düzeyi	69

2.5. Gıda	71
2.6. Stres.....	74
2.7. Kentleşme ve Ulaşım	76
2.8. Kültürel Norm ve Değerler	79
2.9. Toplumsal Çevre ve Sosyal Destek.....	83
2.10. Sosyal Dışlanma.....	86
2.11. Toplumsal Cinsiyet	88
2.12. Küreselleşme	93
2.13. Ölçme ve Kanıtlara Dayandırma.....	96
2.14. Sağlık Sistemi ve Sosyal Güvence.....	97

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK-HASTALIK OLGUSU AÇISINDAN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI: BETİMLEYİCİ BİR ANALİZ ÇALIŞMASI

.....	101
3.1. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Farkındalık Düzeyi.....	101
3.1.1. Ağız ve Diş Sağlığının Genel Sağlıkla İlişkisi.....	102
3.1.2. Ağız ve Diş Sağlığını Koruma ve Hastalıkları Önleme	104
3.2. Yaşam Tarzı, Alışkanlıklar, Tüketim Kalıpları ve Ağız-Diş Sağlığı	108
3.2.1. Ağız ve Diş Sağlığı-Beslenme İlişkisi.....	108
3.2.1.1. Günlük Beslenme ve Kahvaltı Alışkanlığı	110
3.2.1.2. Gün İçindeki Atıştırmalar, Beslenme Sıklığı	111
3.2.3. Ağız Bakımı Alışkanlıkları	112
3.2.4. Tüketim Davranışlarını Etkileyen Faktörler.....	114
3.3. Toplumsallaşma Sürecinde Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Bilgi Edinme Yolları.....	118
3.3.1. Aile ve Okulun Etkisi: Çocukluk, Gençlik Yaşamı.....	118
3.3.2. Erişkin Hayatta Ağız ve Diş Sağlığı İle İlgili Bilgi Edinme Yolları.....	123
3.4. Ağız ve Diş Sağlığı Açısından Sağlık Hastalık Algısının İnşası	126
3.5. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Ağız Diş Sağlığı	129
3.5.1. Ekonomik Durum	129
3.5.2. Eğitim Seviyesi.....	132
3.5.3. Toplumsal Çevre	134

3.6. Diş Tedavisiyle İlgili Deneyimler ve Tercihler.....	136
3.6.1. Erken Yaşam Deneyimleri	136
3.6.2. Diş Hekimine Başvuru Nedeni	138
3.6.3. Estetik Uygulamalara Bakışı	139
3.6.4. Diş Hekimine Başvuru Sıklığı.....	142
3.6.5. Diş Tedavisine Karar Verme Süreci: Değişen Hasta Rolü.....	144
3.7. Diş Hekimi ve Kurum Seçimini Etkileyen Faktörler	149
SONUÇ	156
KAYNAKÇA.....	166
EKLER.....	187

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

Çev. : Çeviren

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

Ed. : Editör

FDI : Dünya Diş Hekimleri Birliği

IADR : International Association for Dental Research (Uluslararası Diş
Araştırmaları Birliği)

s. : sayfa

v.d. : ve diğerleri

GİRİŞ

Sağlık ve hastalık olgusu tarih boyunca doğumundan ölümüne kadar insanoğlunun yaşamının bir parçası olmuştur. İnsan yaşamının bu denli önemli bir parçası olan sağlık hastalık olgusu kaçınılmaz olarak toplumsal değişimlerden etkilenmiştir. Bu etki öylesine güçlüdür ki toplumların inanç sistemlerine ve kültürel yapılarına bağlı olarak hastalıklara ve acıya yüklenen anlam ve tutumlar farklı olmaktadır.¹ Her bir toplumun hastalık hakkındaki değer yargısı, hastalığa bakış açısı ve hastalıkları tedavi şekli o toplumun kültürel özelliklerini yansıtmaktadır.² Elbette ki kültür değişirken sağlık ve hastalık algısına yüklenen anlamlar da değişmektedir. Sağlık sosyolojisinin gelişim serüveni bile tek başına sağlık hastalık olgusuna yüklenen anlamların nasıl değiştiğini göstermektedir.

İnsanların yaşamında önemli bir yer tutan sağlık ve hastalık olgusu sağlık sosyolojisi bir disiplin olarak bilim dünyasında yer almadan önce de sosyal psikologlar, antropologlar ve ekonomistler tarafından farklı boyutları ile incelenmiştir.³ Sosyoloji alanında ise 19.yy'da sosyal tıp veya tıbbın sosyolojisi gibi kavramların kullanılmaya başlandığı ve sağlık ve hastalık olgusunun sosyolojinin alanına girdiği görülmektedir. Sağlık sosyolojisinin bağımsız bir disiplin olarak bilim dünyasında yer alması İkinci Dünya Savaşı sonrasında ABD'de 1940'ların, Avrupa'da ise 1950'lerin sonuna rastlamaktadır.⁴ Burada fark yaratan gelişme sağlık ve hastalık olgusu açısından toplumsal yaşantıları da kapsayıcı bir anlayışın ortaya çıkmasıdır.

¹ Rahmi Dirican ve Nazan Bilge, **Halk Sağlığı**, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2. Bs., 1993, s. 217-218.

² Melike Kaplan, "Sağlık Ve Kültür'ün Buluştuğu Alan: Tıbbi Antropoloji", **Cyprus International University, Folklor/Edebiyat**, C. XVI, No.64, 2010, s. 225-235.

³ Zafer Cırhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 2012, s.13.

⁴ Seda Güven "Türkiye'de Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları," **Sosyoloji Dergisi**, C.III, No:29, 2014, s.127-153.

Günümüzde sağlık sosyolojisi ile ilgili yapılan akademik çalışmalar incelendiğinde genel olarak bu çalışmaların sağlık-hastalık olgusunun algılanışı, hasta memnuniyeti, hasta-hekim ilişkileri, sağlık kurumları ve sağlık politikaları gibi alanlarda yoğunlaştığı görülmektedir. Yapılan araştırmalarda da vurgulandığı gibi sağlık ve hastalık olgusu toplumun sosyo-ekonomik yapısı ile yakından ilişkilidir. Dünyada toplumsal eşitsizlikler her alanda olduğu gibi sağlık alanında da kendini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre ekonomik ve sosyal politikalar bir çocuğun hayatta kalıp kalmayacağı, iyi yetişip yetişmeyeceği, iyi bir yaşam sürüp sürmeyeceği ya da yaşamının erken son bulup bulmayacağı konusunda belirleyici olmaktadır.⁵ Bu nedenle toplum sağlığının geliştirilmesi ve sağlık alanında eşitsizliklerin giderilmesi amacıyla alınacak tedbirler ve yapılacak çalışmaların amacına ulaşabilmesi ancak bu sosyo-ekonomik faktörlerin anlaşılması ile mümkün olacaktır. Bu faktörler “sağlığın sosyal belirleyicileri” olarak adlandırılmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri insanların doğdukları, yetiştikleri, yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları şartlardır. Sağlık ve toplum ilişkisinin anlaşılmasında sağlığın sosyal belirleyicileri önemli yol göstericilerdir.⁶

DSÖ sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili önemli çalışmalar yapmaktadır. Konuyla ilgili çeşitli konferanslar düzenlemekte ve bu çalışmaların sonuçlarını raporlar halinde kamuoyu ile paylaşmaktadır. Bunun yanı sıra University College London Uluslararası Sağlık ve Toplum Merkezi'nde çalışan araştırmacılar yıllar içinde sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili büyük bir bilgi birikimi edinmişlerdir. DSÖ'nün Avrupa Şehir Sağlığı Bölge Ofisi konuyla ilgili kişi ve kurumların bu bilgi birikiminden faydalanmak için girişimlerde bulunmuştur. Bu girişim sonucunda 1998 yılında Michael Marmot ve Richard G. Wilkinson'un “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri: Katı Gerçekler” kitabı yayınlanmıştır. Kitabın en önemli amacı sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili kanıta dayalı bilginin yaygınlaştırılmasıdır.

⁵ Özgür Topkaya, “Sosyal Politika Bağlamında Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C.XXI, No:2, 2016, s.707-22.

⁶ World Health Organization, “Key Concepts”, http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf , (Çevrimiçi) 15.05.2017.

Konuyla ilgili literatüre büyük katkısı bulunan yazarların daha sonra yayınladığı birçok bilimsel makalenin yanı sıra ülkemizde de 2009 yılında “Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” kitabının çevirisi yayınlanmıştır.

DSÖ’nün dünya çapında sağlıklı toplumlara ulaşılması hedefi genel sağlıkta olduğu gibi ağız ve diş sağlığı alanında da iyileştirmeler yapılmasıyla mümkündür. Genel kanının aksine ağız ve diş sağlığı vücudun sadece bir bölgesini etkilememektedir, aksine genel sağlığın en önemli bileşenlerindendir. Ağız sağlığı sağlıklı dişlere sahip olmaktan daha öte bireysel ve toplumsal olarak sağlıklı olmanın ve yaşam kalitesinin bir göstergesidir.⁷ Ağız ve diş hastalıkları dünya genelinde en yaygın kronik hastalıklar arasında yer almaktadır. Bu hastalıklar görülme sıklığının fazla olması, bireyler ve toplum üzerinde etkisinin fazla olması ve tedavi maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle bir halk sağlığı problemidir.⁸

Dünya çapında genel sağlıkta olduğu gibi ağız ve diş sağlığı konusunda da eşitsizlikler vardır. 2008 Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’na göre toplumlardaki ağız sağlığı alanındaki eşitsizlikler de birçok faktöre bağlıdır. Bu nedenle sağlıklı toplum hedefine ulaşmak için ağız sağlığının sosyal belirleyicilerinin bilinmesi ve bu konuda farkındalık yaratılması gerekmektedir. Bu da genel sağlıkla ilgili sosyal belirleyicilere odaklanması ve bu çerçevede ağız sağlığının sosyal belirleyicilerini inceleyen bilimsel araştırmalar yaparak gerekli bilgi birikimine ulaşılması ile mümkündür.⁹

⁷ Donald L Patrick v. d., “Reducing Oral Health Disparities: A Focus on Social and Cultural Determinants”, **BMC Oral Health**, C. I, No: 4, 2006. s

⁸ Aubrey Sheiham, “Oral Health, General Health and Quality of Life”, **Bulletin of the World Health Organization**, C. LXXXIII, No: 9, 2005, s. 644-644., Türk Periodontoloji Derneği, <http://www.turkperio.org/haber-detay/agiz-genel-saglik-iliskisi-22.html> (Çevrimiçi) 28.11.2018.

⁹ Commission on Social Determinants of Health, “Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on The Social Determinants of Health”, **Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**, Geneva, World Health Organization, 2008., Patrick, a. y.

I. Tezin Amaç ve Önemi

Bu tez çalışmasının amacı ağız ve diş sağlığına ilişkin tutum ve davranışları anlama, anlamlandırma ve ağız ve diş sağlığından yola çıkarak sağlığın sosyal belirleyicilerini somutlaştırmaktır.

Sağlık sosyolojisi alanında yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde sağlığın sosyal belirleyicilerinin uluslararası ve ulusal alanda bazı çalışmalara konu olduğu görülmektedir. Ancak bu çalışmaların birçoğu genel sağlık alanına odaklanmaktadır. Ağız sağlığının sosyal belirleyicileri ile ilgili yurt dışında yapılmış bazı çalışmalar olmakla beraber bu konuda ülkemizde yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sağlık-hastalık algısı toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Bu nedenle sağlığın sosyal belirleyicilerinin de her toplumda farklı şekilde etki etmesi beklenmektedir. Özellikle genel sağlık sorunları ile karşılaştırıldığında daha fazla ihmal edilmekte olan ağız sağlığının sosyal belirleyicileri ile ilgili ülkemizde yapılmış bir çalışma olmaması nedeniyle çalışmamızın ülkemizdeki sağlık sosyolojisi alanındaki literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Ülkemizde ağız ve diş sağlığı hizmeti özel sektöre ve kamuya ait kurumlarda verilmektedir. Kamu kurumlarında bu hizmet büyük oranda sosyal güvence kapsamında verilmekte, özel sektörde ise tedavi ücretlerinin tamamı hasta tarafından karşılanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında tedavi kurumunun seçiminde sosyal belirleyicilerin etkisi olduğunu düşünülebilir. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların kurum seçimi esnasında karar mekanizmalarına etki eden faktörlerin sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olan sağlık sistemi ile ilgili ipuçları vereceğini düşünmekteyiz. Bu nedenle çalışmamızı ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kamu ve özel sektöre ait iki farklı kurumda gerçekleştirdik.

II. Araştırma Soruları

Çalışmamızda sağlık kurumlarına başvuran hastaların ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi ve bilinç düzeyi, davranış biçimleri, yaklaşımları ve bunların sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilişkisi aşağıdaki sorular çerçevesinde çözümlenmeye çalışılacaktır.

Öncelikle sağlık hastalık olgusu açısından ağız ve diş hastalıklarının katılımcılar tarafından genel sağlıkta olduğu gibi bir hastalık algısı oluşturup oluşturmadığı ve bir sağlık arayışına yol açıp açmadığı anlaşılmaya çalışılacaktır.

Ağız ve diş hastalıkları yaşam tarzıyla önemli ölçüde ilişkilidir. Bu çerçevede katılımcıların yaşam tarzlarıyla ilgili bilgi edinilerek yaşam tarzının ağız ve diş sağlığı ile ilişkisi konusundaki farkındalıkları anlaşılabacaktır. Bunun yanı sıra ağız ve diş sağlığına ilişkin bilgi düzeyi bireylerin yaşam tarzlarını ve dolayısıyla ağız ve diş sağlıklarını etkilemektedir. Özellikle erken yaşam döneminde ailede ve okulda alınan eğitim kişinin gelecekteki hayatını etkilemektedir. Erişkinlik döneminde ise bireylerin bilgi edinmeleri kendi çabalarıyla gerçekleşmektedir. Tüm bu dönemlerde ağız ve diş sağlığı ile ilgili hangi kaynaklardan ne düzeyde bilgi alındığı toplumumuzda ağız sağlığının sosyal belirleyicileri ile ilgili bize ipuçları verecektir.

Katılımcıların günümüze kadar edindikleri bilgiler ve ağız diş sağlığı ile ilgili tecrübeleri onlarda kendi ağız sağlıklarına dair bir algı oluşturmaktadır. Bundan dolayı katılımcıların gözünden ekonomik durum, eğitim ve sosyal çevrenin kendi ağız ve diş sağlıklarına etkisinin yorumlanması yine toplumumuzda sağlığın sosyal belirleyicilerinin ağız ve diş sağlığına etkisi hakkında bilgi sunacaktır.

Çalışmamızın katılımcıları herhangi bir ağız diş sağlığı sorunu nedeniyle sağlık kurumuna başvuran hastalardan oluşmaktadır. Bir sağlık arayışı içinde olan bu katılımcıların diş hekimine başvuru nedenleri, daha önceki diş tedavisi deneyimleri, diş tedavi uygulamaları hakkındaki görüşleri ve tercihleri, tedavilerini yaptıracakları kurum tercihlerine etki eden faktörler bizim özellikle ağız sağlığının sosyal belirleyicilerinden sağlık sistemi ve sosyal güvence ile ilgili güncel bilgi edinmemizi sağlayacaktır.

III. Sınırlılıklar

Çalışmamızın alan araştırmasını gerçekleştirdiğimiz kamu kurumuna genel olarak düşük ve orta gelirli kesim başvurmaktadır. Görüşmeleri gerçekleştirdiğimiz özel sektöre ait ağız ve diş sağlığı polikliniği ise ağırlıklı olarak toplumun orta kesimine hitap eden bir kuruluştur. Çalışmamızda üst gelir seviyesine ait grupların tercih ettiği bir ağız ve diş sağlığı polikliniğinde de görüşmeler yapmak için müracaatımız olmuştur. Ancak bu kuruluştan bize katılımcı yönlendirilmesi

olmadığından dolayı üst gelir seviyesine hizmet veren bir kuruluşa başvuran hastalarla görüşme imkanımız olmamıştır.

IV. Araştırma Yöntemi

a. Araştırma Modeli

Strauss ve Corbin nitel araştırmaları istatistiki prosedürlerle ya da diğer nicelleştirme araçlarıyla ulaşılamayan bulgular üreten araştırmalar olarak tanımlamaktadır.¹⁰ Nitel araştırma insanların deneyimlerini ve içinde yaşadıkları dünyayı yorumlama ve anlamalarına odaklanan bir sosyal sorgulama biçimidir. Bu araştırma yöntemi ile araştırmacı katılımcıların bakış açılarına, değerlerine ve inançlarına geniş bir bakış açısı sunmayı amaçlamaktadır. Nitel araştırmanın temeli, toplumsal gerçekliğe yönelik yorumlayıcı yaklaşımda yatmaktadır. Nitel araştırmacı tarafsızlığını koruyarak olayları doğal ortamlarında incelemekte ve olayları insanların kendilerine getirdikleri anlamlar açısından anlamlandırmaya veya yorumlamaya çalışmaktadır.¹¹ Böylece araştırmacı incelediği grup veya bireyler için nelerin anlamlı veya önemli olduğunu ya da onların gündelik yaşamı nasıl deneyimlediklerini öğrenebilmektedir.¹²

Nitel araştırma nicel araştırma yöntemlerine göre araştırmacıya farklı stratejilerin ve yöntemlerin bir arada kullanılması esnekliğini sunmaktadır. Araştırmacı nitel yöntemlerle araştırmaya nelerin fayda sağlayabileceği ve verileri elde etmede hangi tekniklerin kullanılacağına ilişkin geniş bir aralıkta çalışma yapabilmektedir.¹³ Nitel araştırmada amaç verilerin sayısal olarak analiz edilmesi değildir. Bu araştırma yönteminde temel olarak betimsel ve gerçekçi bir çalışma

¹⁰ Anselm Strauss, Juliet Corbin, **Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques**, Thousand Oaks, Sage Publications, 1998, s.10-11.

¹¹ Marie C. Hoepfl, "Choosing Qualitative Research: A Primer for Technology Education Researchers," **Journal of Technology Education**, 1997, C IX, No:1, s.49.

¹² Lawrence W. Neuman, **Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar**, I. Cilt, Çev. Sedef Özge, Ankara, Yayınodası, 2013, s.131.

¹³ Keith F. Punch, **Sosyal Araştırmalara Giriş: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar**, Çev. D. Bayrak, H.B. Arslan ve Z. Akyüz, Ankara, Siyasal Kitabevi, 2005, s. 142.

çerçevesi içinde bireylerin görüşlerinin ve yaşam tecrübelerinin doğrudan aktarılması önemlidir.¹⁴ Nitel araştırmalarda veri toplama ve analizde başlıca araç araştırmacıdır. Araştırmacının anlayışını sözlü ve sözsüz iletişimle yayabilmesi, süreç esnasında anlaşılmayan noktalara anında müdahale edip bilgi verebilmesi, yorumların doğruluğu ile ilgili katılımcılara danışabilmesi ve tepkileri kontrol edebilmesinden dolayı bu araştırma yöntemi sosyal bilimlerde sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir.¹⁵

Yukarıda açıkladığımız nedenlerden dolayı çalışmamızda nitel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Araştırmamızda nitel araştırma geleneği içerisinde yer alan ve katılımcıların tecrübelerinin, kanaat ve tutumlarının, duygu ve düşüncelerinin detaylı bir şekilde ortaya konulabilmesi açısından verimli bir teknik olan derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır.

b. Çalışma Grubu

Nitel araştırmanın amacı istatistiksel olarak örneklem üzerinden evrene yönelik bir genelleme yapmak değildir. Bu nedenle nitel araştırmalarda genellikle olasılıksız örnekleme yöntemlerinden yaygın olarak kabul gören amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmaktadır. Bu yöntemde araştırmacı keşfetmek, anlamak, iç görü kazanmak için konu ile ilgili ayrıntılı bilgi edinebileceği kişilerden oluşan bir çalışma grubu seçmektedir.¹⁶

Bu araştırmada çalışma grubu ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sektöre ait Özel MOS Dental Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği ve kamuya ait İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'ne diş tedavisi için başvuran hastalar arasından oluşturulmuştur. Başvurulan kurumun birisinin kamu kurumu diğerinin ücret ödenerek hizmet alınan özel bir kurum olmasının farklılıkları ortaya çıkarması açısından önemli olacağı düşünülmüştür. İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği

¹⁴ Ali Yıldırım, Hasan Şimşek, **Nitel Araştırma Yöntemleri**, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2016, s. 48.

¹⁵ Merriam B. Sharan, **Nitel Araştırma, Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber**, Çev.Selahattin Turan, İstanbul, Nobel Akademik Yayıncılık, 2013, s. 15.

¹⁶ Yıldırım ve Şimşek, **Nitel Araştırma Yöntemleri**, s. 118., Sharan, **Nitel Araştırma, Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber**, s. 76.

Fakültesi üniversite hastanesi olması dolayısıyla diğer kurumlarda çözilemeyen sorunları olan hastalar buraya sevk edilebilmektedir. Katılımcıların tedavi kurumunu seçme kararlarını etkileyen sosyal faktörleri daha iyi belirlemek amacıyla üniversite hastanesine sevk ile gelen hastalar katılımcı olarak seçilmemiştir. Katılımcılar seçilirken zengin bir içeriğe ulaşabilmek amacıyla çeşitlilik gözetilmiş ve farklı meslek, eğitim ve cinsiyetlerdeki genç erişkinler seçilmiştir.

c. Veri Toplama Aracı ve Süreci

Nitel araştırmalarda katılımcıların iç dünyasına girerek konuyla ilgili bakış açısını anlamak için derinlemesine görüşme tekniği kullanılmaktadır. Görüşme katılımcıların belli bir konuda duygu ve düşüncelerini anlatma etkinliği olarak tanımlanabilir. Bu yolla araştırılan konu hakkında bireyin deneyimleri, tutumları, düşünceleri, niyetleri, yorumları, zihinsel algıları ve tepkileri gibi bilgilere ulaşılması hedeflenmektedir. Derinlemesine görüşme tekniğinde araştırmacı öncelikle hazırladığı konu başlıkları ve sorularla görüşmeyi başlatmaktadır. Bu görüşme tekniğinin araştırmacıya sağladığı en önemli avantaj görüşme esnasında soruların sırasının ve soruluş biçiminin değiştirilebilmesi, soru listesinde yer almayan ancak cevaplandırıldığı takdirde araştırma açısından önemli veri sağlayabilecek soruların sorulmasına imkân tanınmasıdır. Biz de çalışmamızda elde etmek istediğimiz verilere ulaşmakta en uygun yöntem olduğunu düşündüğümüzden dolayı derinlemesine görüşme yöntemini tercih ettik. Çalışmamızda görüşmeler için hazırlanan açık uçlu soruların akıcı olmasına, soruların anlaşılır ve birbiri ile ilişkili olmasına, görüşmenin araştırmanın amacının dışına çıkmayacak soruları içermesine dikkat edilmiştir. Gerekliğinde katılımcılara alternatif sorular sorularak konuyla ilgili ayrıntılı bilgi edinilmeye çalışılmıştır.¹⁷

Diş tedavisi için İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ve Özel MOS Dental Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği'ne gelen hastalardan belirlediğimiz kriterlere uyanlara ön bilgilendirme yapılmış ve katılmayı kabul eden kişilerle aynı gün

¹⁷ Zeki Karataş, "Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri," **Sosyal Hizmet E- Dergi, Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi**, C.I, No:1, 2015, s. 62-80.

görüşme yapılmıştır. Katılımcılara İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanan onam formu imzalatılmıştır. Görüşmeler dışarıdan gelebilecek yönlendirme ve etkilere kapalı ortamda gerçekleştirilmiş, ses kayıt cihazı ile kaydedilmiş ve ardından deşifre edilerek yazılı hale getirilmiştir.

Amaca yönelik örneklemede örneklemin büyüklüğü elde edilen bilgiler göz önünde bulundurularak belirlenir. Seçilen örneklem birimlerinden yeni bilgi elde edilemediğinde doygunluk derecesine ulaşılmış demektir ve bu aşamada yeni örneklem seçimi son bulur.¹⁸ Bizim çalışmamızda da planlandığı şekilde 20 kişiyle yapılan görüşmeler sonucunda doygunluk noktasına ulaşılmıştır. 25 Şubat – 3 Nisan 2019 tarihleri arasında yapılan görüşmeler 20 dk ile 47 dk arasında sürmüş ve toplamda 666 dk görüşme yapılmıştır. Görüşme yapılan bireylere ilişkin demografik bilgiler Ek 1’de verilmiştir.

d. Verilerin Analizi

Çalışmamız nitel bir araştırmadır. Nitel araştırmalarda veri analizinin amacı yapılan görüşmelerde katılımcıların söylediği ile araştırmacının gördüğünü birleştirmek ve yorumlamaktır. Bu nedenle verilerin analizi tümevarımsal olarak yapılmaktadır. Veri analizi bir anlam verme süreci olarak da nitelendirilebilir. Buradaki temel amaç bu verilerden yola çıkarak araştırma sorularına cevap bulmaktır.¹⁹

Veri analizinde en önemli nokta verilerin dikkatlice tekrar tekrar okunmasıdır. Bu şekilde ilk bakışta farkedilmeyen ancak katılımcı için önemli olan noktaları anlamak mümkün olmaktadır.

Çalışmamızda nitel veri analiz yöntemlerinden betimsel analiz yöntemi kullanılmıştır. Betimsel analizde araştırmacının verileri daha önceden belirlenmiş

¹⁸ Sharan, **Nitel Araştırma, Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber**, s. 79.

¹⁹ A. e., s. 76.

temalara göre özetlenerek yorumlanır. Veriler düzenlenirken araştırma sorularının ortaya koyduğu temalar ve görüşme esnasında sorulan sorular dikkate alınır.²⁰

Çalışmamızda görüşmeler esnasında kaydedilmiş olan ses kayıtları deşifre edilerek yazılı metin haline getirilmiştir. Bu yazılı metin defalarca okunmuş, notlar alınmış, ortaya çıkan düşünce ve başlıklar not edilmiştir. Görüşme formundan yola çıkarak verilerin hangi temalar altında düzenleneceği belirlenmiştir. Veriler belirlenen bu temalara göre kodlanmış ve kategorilere ayrılmıştır. Bu kategorilerde birçok özgün örneği kapsayan ve birbiriyle ilişki kuran kavramsal öğelerin biraraya getirilmesi hedeflenmiştir.²¹ Katılımcıların görüşlerini vurgulamak amacıyla ifadeler değiştirilmeden doğrudan alıntılara yer verilmiştir. Bulgular, hazırlanan tematik çerçeve doğrultusunda tanımlanmış ve yorumlanmıştır.

²⁰ Yıldırım ve Şimşek, **Nitel Araştırma Yöntemleri**, s. 244.

²¹ Sharan, **Nitel Araştırma, Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber**, s. 173.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SOSYOLOJİSİ VE AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI

1.1. Sağlık Sosyolojisi

Sağlık kavramı 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Yalnızca hastalık ya da sakatlık durumunun olmayışı değil; ruhen, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. Bu tanım sayesinde ilk kez fiziksel ve ruhsal sağlığa ek olarak sosyal refahın genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğu, çünkü sağlığın sosyal çevre, yaşam ve çalışma koşullarıyla yakından bağlantılı olduğu vurgulanmıştır.¹ Daha sonra 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde düzenlenen 1. Uluslararası Sağlığa Teşvik Konferansı'nda kabul edilen Ottawa Sözleşmesi bu tanımı bir adım daha ileriye götürmüştür. Ottawa Sözleşmesi sağlığın ancak insanların sevdiği, çalıştığı gündelik yaşam alanları ve çevre bağlamında gerçekleşebileceğini belirtmiş ve bu şekilde sağlığın sosyal belirleyicilerinin önemine vurgu yapmıştır.²

Sağlık dendiğinde ilk anda biyolojik bir çağrışım aklımıza gelmektedir. Ancak DSÖ'nün sağlıkla ilgili tanımlarından da anlaşıldığı üzere sağlığın biyolojik bir yönü olmakla beraber sağlık olgusu toplumdan bağımsız düşünülemez. Günümüzde sağlığın sosyal ve kültürel yanı da olduğu kabul edilmiştir. Bu nedenle sağlığın sosyal belirleyicilerinden ve sosyolojinin bir alt dalı olan sağlık sosyolojisinden bahsedilmektedir.³ Sağlık sosyolojisi sağlık ve hastalık olgusunu etkileyen sosyal nedenleri ve sonuçlarını incelemektedir. Sağlık sosyolojisinin merkezinde sağlık ve hastalık olgularının toplumsal kökenlerinin olduğu ve bu

¹ World Health Organization, “Frequently Asked Questions” <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> (Çevrimiçi) 21.11.2018.

² U Ottawa Faculty of Medicine, https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Promotion_e.htm#Ottawa_Charter (Çevrimiçi) 21.11.2018.

³ Ömer Aytaç, Muzaffer Çağlar Kurttaş, “Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi”, *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, C.XXV, No:1, 2015, s. 231-250.

olguların sadece biyolojik, psikolojik nedenlerle açıklanamayacağı düşüncesi yatmaktadır. Bu nedenle sağlık, hastalık olgusunun ve sağlık sisteminin sadece tıbbın ilgi alanı değil, bir bütün olarak toplumsal sistemin parçaları olduğu düşünülmektedir.⁴ Çünkü bir toplum içine doğan ve hayatının her aşamasında toplumla etkileşim halinde olan bireylerin sağlık ve hastalık durumları da toplumsal faktörlerden etkilenmektedir. Aynı zamanda sağlık sorunlarına çözüm arayan sağlık profesyonelleri de toplumun bir parçasıdır. Bunların yanı sıra tıp alanında gerek insan vücudunu ve hastalık etkenlerini tanıma gerekse teknoloji alanındaki hızlı gelişmeler ancak toplumun doğru çözümlenmesiyle daha faydalı hale gelebilir. İşte bu noktada sağlık sosyolojisinin önemli bir işlevi vardır.

Sağlık sosyolojisi sözünü ettiğimiz işlevini günümüzde etkin bir şekilde yerine getirmektedir. Geçmişte kullanılan ve günümüzde yerini “Sağlık ve Hastalık Sosyolojisi” kavramına bırakan medikal sosyoloji sağlık sosyolojisi alanında sınırlı açıklamalar yapmıştır. Sağlık sosyolojisi ise gerek konu alanlarının çeşitliliği gerekse disiplinler arası çalışma imkânının genişlemesiyle toplum ve sağlık ilişkisinin çözümlenmesinde önemli katkılar sunmaktadır.

Geniş bir araştırma alanı olan sağlık sosyolojisi kültürlerin, kurumların ve organizasyonların bireysel inançları, davranışları ve sosyal etkileşim kalıplarını nasıl etkilediğini inceleyerek bu yapıların toplumun fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerindeki etkisini anlamaya çalışmaktadır. Bunların yanı sıra teknik, örgütsel, ekonomik ve etik yönleri olan sağlık sektörünün işleyişi ile de yakından ilgilenmektedir. Sağlık profesyonelleri ile hasta ilişkilerini anlamak için bu sektörün her yönüyle incelenmesi gerekmektedir. Bu çok yönlü bakış açısı ile doktor, hemşire gibi klinisyenler, araştırmacılar, yöneticiler ve hastalar arasında sağlıklı bir iletişim kurulması mümkün olmaktadır.⁵

⁴ John Germov, **Second Opinion an Introduction to Health Sociology**, Ed. by. John Germov, 5. bs., Australia, Oxford University Press, 2014, s.3., Richard Thomas, **Society and Health Sociology for Health Professionals**, New York, Kluwer Academic/Plenum Publisher, 2003, s. 8.

⁵ Raimundas Kaminskas, Zilvinas Darulis. “Peculiarities of Medical Sociology: Application of Social Theories in Analyzing Health and Medicine,” **Medicina (Kaunas)**, 2007, C. XLIII, No:2.

Sağlık sosyolojisinin bir diğer çalışma alanı da bireylerin kendilerini hangi durumda hasta olarak tanımladığı ve hastalıkların üstesinden nasıl geldiğinin incelenmesidir. Toplumun hastalıklara karşı tutumu, toplumda hastalıkların nasıl dağılım gösterdiği (epidemioloji), tedavi imkânları, sağlık kurumları, sağlık çalışanları ve sağlığa ilişkin toplumsal düzenlemeler gibi konular, sağlık ve hastalık üzerinde etkisi olduğu bilinen yoksulluk, işsizlik, evlenme, boşanma, ölüm gibi sosyal olgular, meslek, yaşanan çevre gibi faktörler de sağlık sosyolojisinin inceleme alanı içinde yer almaktadır.⁶

Çağdaş toplumlarda hastalıklardan ölüm nedenlerinin akut hastalıklardan kronik hastalıklara geçişi de sağlık sosyolojisinin önemini artırmıştır. Çünkü kronik hastalıklar sosyal davranışlar ve yaşam koşullarıyla yakından ilişkilidir. Bu nedenle kronik hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilemeleri için bu faktörlerin analiz edilmesi gerekmektedir.⁷

Bu etkenler göz önüne alındığında sağlık konusu sadece biyolojik kökenli bir olgu olmaktan çıkarak sosyal bilimler ve özelde sosyolojinin çalışma konusu haline gelmiştir. Öyle ki artık sağlığa ilişkin biyolojik kökenli açıklama ve yaklaşımlar yerini sosyal bir bakış açısıyla yapılan açıklamalara bırakmıştır.

Sağlık ve hastalık olgusuna ilişkin araştırmalarda öncelikle sağlığın biyomedikal modeli benimsenmiştir. Fakat zaman içinde alana sosyal bilim dalında yapılan katkılarla biyomedikal modele çeşitli eleştiriler getirilmiş ve bunun sonucunda sağlığın sosyal modeli geliştirilmiştir. Bu durum sosyal bilim dalındaki gelişmelerle paralellik içindedir.

⁶ Cırhınlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, s. 16., Sezgin Kızılcıkelik, **Türkiye'nin Sağlık Sistemi**, İzmir, Saray Kitabevleri, 1995, s. 16., Thomas, **Society and Health Sociology for Health Professionals**, s. 10.

⁷ William C. Cockerham, "Medical Sociology and Sociological Theory" **The Blackwell Companion to Medical Sociology**, Ed. William C. Cockerham, Great Britain, Blackwell Publishers Ltd, 2001, s.4.

1.1.1. Biyomedikal Model

Sağlığa medikal, ya da günümüzdeki kullanımıyla biyomedikal yaklaşımda insan bedenine sadece biyolojik açıdan yaklaşılmaktadır. Beden bozulduğunda tamir edilebilen bir makine gibi görülmektedir. Bu görüşe göre hastalık ve sağlık nesnel belirtiler üzerinden tanımlanmakta ve bilimsel bir yaklaşımla tıbbi tedaviler uygulandığında sağlıklı bedene kavuşulabileceği düşünülmektedir.⁸

Biyomedikal model modern toplumlara ait bir yaklaşımdır. Aydınlanma dönemi öncesinde sağlık, hastalık gibi fenomenleri açıklamakta din önemli bir işleve sahipti. İnsanlar dünyada olup bitenleri “ilahi müdahale” ile açıklamaktaydı. 18. ve 19. yüzyıllarda sosyal, politik ve entelektüel alanlarda yaşanan değişimler sağlık ve hastalık olgusuna yaklaşımda da değişikliklere neden olmuştur. Bu dönemden itibaren dünyayı anlamak ve açıklamakta Tanrı’nın yerini bilim almış, akıl ve bilimin yükselişi sayesinde dünyaya ve dolayısıyla hastalık ve sağlığa ilişkin dogmatik, mistik ve geleneksel yaklaşımlar reddedilmiştir. Böylece doktorların tıp ve sağlık konuları ile ilgili objektif değerlendirmeler yapabilecekleri düşünülmeye başlanmıştır.⁹

Biyomedikal yaklaşıma göre hasta bedenler “tıbbi bakış”ı benimseyen eğitilmiş tıp uzmanlarınca tedavi edilmelidir. Şifacılar gibi bilimsel yöntemlerle yetiştirilmemiş kişiler tarafından tedavi uygulanması uygun bulunmamaktadır. Hastaların tedavisi ancak eğitilmiş, etik kurallara bağlı ve tarafsız bir şekilde nesnel verilerin ışığında hareket eden hekimler tarafından gerçekleştirilmelidir.¹⁰ Tıp profesyonelleri 19. yüzyıldan itibaren bu şekildeki pozitivist ve bilimsel bir bakış açısıyla birçok teşhis ve tedavi yöntemleri geliştirmişlerdir. 1800’lerin sonunda ortaya atılan mikrop kuramı ile hastalıkların arkasında belirlenebilir bir neden olduğu ve bu nedenin ortaya çıkarılması ile hastalığın tedavi edilebileceği düşünülmüştür.

⁸ Anthony Giddens, **Sosyoloji**, Çev. (8.bölüm) İsmail Yılmaz, İstanbul, Kırmızı Yayınları, 2012, s. 303.

⁹ Mark Walsh, **Foundations in Nursing and Health Care: Introduction to Sociology for Health Carers**, Ed. By. Lynne Wiggins, UK, Cengage Learning EMEA, 2004, s. 35.

¹⁰ Giddens, **Sosyoloji**, s. 303., Walsh, **Foundations in Nursing and Health Care: Introduction to Sociology for Health Carers**, s. 37.

Bu yaklaşım hastayı bireyden ziyade beden olarak görmekte ve diğer etkenlerden yalıtılarak incelenebilecek bir nesne durumuna indirgemektedir. Bu yaklaşım 20. yüzyılda da hakimiyetini devam ettirmiş ve sağlık ve hastalık olgusu üzerinde doktorların tam bir denetim kurmasını sağlamıştır.¹¹

Tıpta hastalık anahtar bir kavramdır. Tıp profesyonellerinin odaklandığı temel konu hastalıkların teşhis ve tedavisidir. Hekimler biyomedikal yöntemleri, bilimsel bilgi ve teknikleri kullanarak nesnel bir şekilde hastalık belirtilerini doğrudan gözlemlemekte ve ölçmektedir. Günümüzde tıp alanında kabul gören yaklaşım hastalıkların fizik muayeneler, uygulanan testler, biyopsiler ile teşhis edilerek ilaçlar ve geliştirilmiş diğer tekniklerle tedavi edilebildiği inancıdır.¹² Hastalığın insan sağlığını sadece biyolojik olarak etkileyen bir süreç olduğu iddiasındaki biyomedikal model hastalık süreçlerinin sosyal davranış veya etkilerden bağımsız olarak gelişen bireysel bir süreç olduğunu öne sürmektedir. Kabul edilmelidir ki biyomedikal model hastalıkların anlaşılmasında ve etkili tedavilerin bulunmasında büyük bir ilerlemeye imkan vermiştir. Ancak sağlığın sosyal belirleyicilerini ve bireyleri etkileyen psikolojik faktörleri ihmal ederek sağlık ve hastalık olgusunun karmaşıklığını göz ardı etmesinden dolayı 1960'ların ortalarından itibaren eleştirilere maruz kalmıştır. Örneğin enfeksiyon hastalıklarının yakın temas ile bulaştığı bilinmektedir. Fakat toplumda hastalık enfekte bireylerle temas halinde olan herkese bulaşmamaktadır. Bu durum hastalığın nedenselliğinin biyomedikal modelin öngördüğünden daha karmaşık olduğunu ve muhtemelen bireyin hastalığa yatkınlığını etkileyen fiziksel durum, beslenme ve stres gibi birçok etkenin de rol oynadığının düşünülmesine yol açmaktadır.¹³ Epidemiyolog Thomas McKeown Avrupa'da 19. ve 20. yüzyıllarda bulaşıcı hastalıklardan ölüm sıklığının azaltılmasında ilaçların iddia edilen

¹¹ Walsh, **Foundations in Nursing and Health Care: Introduction to Sociology for Health Carers**, s. 34.

¹² A.e., s. 35.

¹³ John Germov, "Imagining Health Problems As Social Issues" **Second Opinion an Introduction To Health Sociology**, Ed. by. John Germov, 5. bs. Australia, Oxford University Press, 2014, s.12., Walsh, **Foundations in Nursing and Health Care: Introduction to Sociology for Health Carers**, s. 37., Kevin White. **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**, Great Britain, SAGE Publications Ltd., 2002, s.37.

etkinliğinin abartıldığı göstermiştir. McKeown ölüm oranlarının azaltılmasında tıbbi müdahalelerden ziyade sanitasyon* ve beslenme şartlarının iyileştirilmesinin rol oynadığını belirlemiştir. Bazı sosyologlar da bu etkinin sadece hayat şartlarının iyileştirilmesinden değil, aynı zamanda işçilerin ücretlerindeki düzelmeler ve sosyal sınıflar arasındaki ilişkilerde ortaya çıkan değişimler gibi sosyal faktörlerin de rol oynadığına dikkat çekmişlerdir. Bu tür örnekler bize sosyal faktörlerin hastalık olgusunda ne denli etkili olduğunu hatırlatmaktadır.¹⁴

Sağlıkta biyomedikal modelin bir diğer açmazı da tüm hastalıkların biyolojik ve patolojik faktörlerle açıklanabileceği ve tedavi edilebileceği şeklindeki indirgemeci yaklaşımdır. Tıp biliminin gelişmesi ile insan biyolojisi gittikçe daha küçük özelliklerine; organlardan hücrelere, moleküllere ve son olarak genlere kadar incelenmeye başlanmıştır. Hastalıkların nedeninin anlaşılması ve tedavisi için insan bedeninin gittikçe daha küçük birimlerine odaklanması hastalık olgusuna bütüncül yaklaşımdan uzaklaşmasına neden olmuştur. Hastalığın merkezine biyolojik, hücresel, moleküler ve genetik faktörlerin alınmasıyla tıp, hastalığın psikolojik ve çalışmamızın merkezinde olan sosyal yönlerini göz ardı etmiştir. Böylece hastalık deneyimi toplumla ilgisiz bir alanda meydana gelmiş gibi algılanmaya başlamıştır. Bu durum sadece hasta bireyin iyileşmesi için büyük öneme sahip olan sosyal destek ağlarının önemini dışlamakla kalmamış, aynı zamanda bireyin fiziksel ve zihinsel sağlığını etkileyen yoksulluk, kötü çalışma koşulları ve ayrımcılık gibi sosyal faktörlerin oynadığı rolü de göz ardı etmiştir.¹⁵

Sağlığa biyomedikal yaklaşım sağlık çalışanları tarafından yaygın olarak kabul edilen bir yaklaşım olmakla beraber toplumların sağlık ve hastalık konusundaki tarihi, toplumsal ve kültürel arka planlarını göz ardı etmektedir. Her bir

* Sanitasyon: Çevre koşullarını sağlığa elverişli duruma getirme, sağlıklı yaşam için gerekli önlemleri alma, çevre hijyeni.

¹⁴ Peter Morral, **Sociology And Health An Introduction**, 2.bs., ABD, Taylor & Francis Group, 2009, s.19., Walsh, **Foundations in Nursing and Health Care: Introduction to Sociology for Health Carers**, s. 44.

¹⁵ Germov, "Imagining Health Problems As Social Issues" **Second Opinion an Introduction To Health Sociology**, s.13.

toplumun kendine has dinamikleri vardır. Özellikle batı toplumlarında baskın ve güçlü bir şekilde benimsenen biyomedikal yaklaşım sağlığa bütüncül bir şekilde yaklaşmamakta ve bu nedenle toplumların sağlık sorunlarının çözülmesinde yetersiz kalmaktadır. Tıp biliminin ortaya çıkışının uzun bir tarihi arka planı vardır. Günümüze kadar gerçekleştirilen sağlık hizmetleri insanoğlunun sağlık ve hastalık hakkındaki kültürel yaklaşımları ile zaman içinde geliştirilmiştir. Modern tıp sağlığa medikal bir yaklaşımda bulunurken toplum sağlığını korumak ve iyileştirebilmek için sağlığa ve hastalığa modern tıptan önceki yaklaşımların tarihsel bağlamını, sağlık ve hastalığın sosyal bağlamını göz ardı etmemelidir. Bu gerçeklerin anlaşılması ile biyomedikal model gerek tıp mesleğinin içinde olanlar gerekse dışındakiler tarafından eleştirilere maruz kalmış ve sağlıkta toplumu merkeze alan sosyal modelin ve toplumcu sağlık anlayışının geliştirilmesine yol açmıştır.

1.1.2. Sosyal Model

Günümüzde sağlığın üç tür tanımı yapılabilmektedir. Bunlardan ilkinine göre sağlık herhangi bir hastalık veya sakatlığın olmamasıdır. İkincisi bireyin sadece hastalık veya sakatlığının olmaması değil aynı zamanda günlük yaşamın tüm zorluklarıyla başa çıkabilme becerisinin olmasıdır. Bir diğer tanıma göre ise sağlık bir denge durumudur. Sağlıklı olmak bireyin kendi içinde ve kendisi ile sosyal ve fiziksel çevresi arasında bir denge halinin olması durumunu ifade etmektedir.¹⁶

Biyomedikal model bu tanımlamalardan ilkinini esas almakta ve sağlığın negatif tanımını ön plana çıkarmaktadır. Sosyal modelin ise diğer tanımlamaları esas aldığını ve sağlığın pozitif tanımlamaları üzerinde yoğunlaştığını söyleyebiliriz. Bu bağlamda sadece biyolojik göstergeler değil fiziksel, zihinsel ve sosyal unsurlar da sağlıklı olmanın göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Sosyal model hastalığın biyolojik kökenlerini tamamen dışlamamakla beraber siyasi, ekonomik, sosyal, psikolojik, kültürel ve çevresel etkenlerin sağlığı etkilediğinin göz ardı edilmemesi gerektiğini

¹⁶ Norman Sartorius, “The Meanings of Health and its Promotion,” **Croat Med J.**, C. XLVII, No.4, 2006, s.662–664.

savunmaktadır.¹⁷ Biyomedikal model hastalıkları tedavi etmek üzerine yoğunlaşmakta iken sosyal model sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanmaktadır. Bu kapsamda hastalıklar için risk oluşturan ve hastalığa neden olan stresli çalışma, ayrımcılık gibi toplumsal faktörler üzerinde durmakta ve özellikle sınıf, cinsiyet, etnisite ve mesleğe dayalı farklı sosyal gruplara yönelik sağlık eşitsizliklerinin altını çizmektedir. Sosyal model hastalıkların doğa, biyoloji ya da bireysel yaşam tarzı tercihleri dışında sosyal örgütlenmeden nasıl üretildiğini inceleyerek hastalıkların farklı şekilde anlaşılabilceğini, tedavi edilebileceğini ve deneyimlenebileceğini göstermeye çalışmaktadır.¹⁸ Sosyal model toplumun genel sağlığını geliştirmeye yönelik her türlü çabanın, yoksulluk, istihdam olanakları, işyeri sağlığı ve güvenliği, kültürel farklılıklar gibi genel yaşam ve çalışma koşullarını ele alması gerektiğini savunmaktadır. Sosyal model hastalığın tedavisine yönelik çabalar ile beraber hastalığın önlenmesine de eşit bir öncelik vermekte ve sağlık eşitsizliklerini azaltmayı amaçlamaktadır.¹⁹ Bu açılardan değerlendirildiğinde sağlık sosyolojisinin gelişiminde sosyal modelin büyük etkisi olduğu görülmektedir.

Sağlığın sosyal modeline göre hastalık doğanın biyolojik bir ürünü olan sosyal bir süreç olarak düşünülmelidir. Hastalık ve sağlık doğanın statik kategorileri değildir, bunlar devam eden sosyal yaşam süreçlerinin bir parçasıdır.²⁰ Buna göre sosyal sorunlar karmaşık bir sebep-sonuç ilişkisinde birbirlerine bağlı olmalarından dolayı çözümleri de aynı şekilde birbirinden bağımsız düşünülemez demektir. Toplumun kültürel yapısı kişinin hastalık semptomlarına dair algısını şekillendirmektedir. Kültürel ve tarihsel koşulların değişmesi ile bu algılar da değişebilmektedir.²¹ Bireylerin içinde bulunduğu sosyo-kültürel ve ekonomik durum

¹⁷ İnci Çınarlı, “Stratejik Sağlık İletişiminin Sağlığın Tıbbileştirilmesindeki Rolü”, **İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi**, Sayı: 43, Güz 2016, s. 206.

¹⁸ White, **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**, s. 4.

¹⁹ Germov, “Imagining Health Problems as Social Issues” **Second Opinion an Introduction to Health Sociology**, s.18.

²⁰ White, **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**, s. 4.

²¹ Burhan Baloğlu, “Sağlık ve Sosyal Sınıflar,” **Sosyoloji Konferansları Dergisi**, C.XXXI, 2005, s.145-160.

onların sağlık ve hastalık olgularını farklı algılamalarına, bu konudaki duyarlılıklarının farklı olmasına neden olmaktadır. Bu nedenle bireyin hastalığını kabullenme durumu, bu konudaki yardım talepleri ve hastalığının toplum tarafından gördüğü tepki de farklılaşmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, AIDS, şizofreni gibi hastalıklara sahip bireyler toplumsal damgalanmaya maruz kalabilmektedirler. Kimi zaman kronik hastalığı olan bireyler de çalışma yükümlölüklerini ve eş, baba veya arkadaş rolünü yerine getirememelerinden dolayı fiziksel olarak kendilerini kötü hissedebilmekte ve sosyal olarak dışlandıklarını düşünebilmektedirler.²²

Sosyo-kültürel alandaki farklılaşmalar bireyleri, sağlık kurumunu ve elbette ki toplumda sağlıkla ilişkisi olan diğerkurumları da etkilemektedir. Bu bağlamda sosyoloji birer sosyal kurum olan aile, eğitim, din, siyaset sistemi gibi yapıları incelerken sağlık sosyolojisi de toplumun sağlık ihtiyaçlarına cevap vermek için geliştirilmiş olan sağlık kurumlarını incelemektedir. Sağlık sosyolojisi toplumsal ve kültürel yapı ile sağlık ve hastalık arasındaki nedensellik ilişkilerini kurmaya ve buradan da genellemelere ulaşmaya çalışan teorik ve uygulamalı bir bilim dalıdır.²³ Sağlık sosyolojisinde makro ya da mikro çalışmalar yapmak mümkündür. Örneğin doktor-hasta ilişkileri, “hasta” olarak etiketlenme gibi konuların incelendiğı alan mikrososyoloji olarak adlandırılır. Buna karşılık, “makro” olarak adlandırılan sosyoloji sağlık alanının büyük, sıklıkla yapısal yönlerine odaklanmaktadır. Makro düzeydeki sosyoloji, sosyal yapı bağlamında insanın sosyal davranışlarını ve insan dünyasının sosyal örgütlenmesini analiz etmeyi amaçlar. Sosyal yapıların varlığı ve etkisine dair farkındalık ve duyarlılık, sosyolojik olarak sağlık ve hastalık deneyimi hakkında düşünmenin önemli bir parçasıdır. Örneğin, bir şekilde toplumun sınıf, cinsiyet veya etnik köken açısından yapılanmasıyla ilgili sağlık ve hastalık deneyimi nedir, bu nasıl kendini gösterir şeklindeki sorular sosyal yapıyı anlamaya yönelik sorulardır. Bu açıdan makrososyoloji sağlığın sosyal modeli ile örtüşür ve bu alana katkı sağlar.²⁴

²² Thomas, **Society and Health Sociology for Health Professionals**, s.6.

²³ Kızılçelik, **Türkiye’nin Sağlık Sistemi**, s. 16.

²⁴ A. e., s.16.

Sağlığın sosyal modeli hasta olma deneyimi ile ilgilendiği kadar tıbbi hizmet veren profesyonellerin sosyal durumlarının da toplum sağlığıyla ilişkisine dikkat çekmektedir.²⁵ Sağlık hizmetlerine ilk bakışta bu alanın son derece teknik bir alan olduğu düşünülmekte ve sosyal faktörlerin bu alanda oynadığı etkin rol gözden kaçırılmaktadır. Aslında klinik araştırmalara, doktor-hasta ilişkilerine veya cerrahi protokollere rehberlik eden kurallar birer sosyal durumdan kaynaklanır ve sosyal varlıklar tarafından düzenlenir. Sağlık profesyonelleri mesleklerini her ne kadar sahip oldukları etik değerlerle yapmaya çalışsalar da onlar da yaşadıkları toplumun birer üyesidir. İçinden geldikleri toplumsal tabaka ve kültürel alt yapıları tedavi yaklaşımlarının farklılaşmasına neden olmaktadır. On yıllar boyunca tıbbi gücün erkeklerin egemenliğinde olması, farklı etnik gruplara ait hastalara farklı tedavi yaklaşımları uygulanması, yaşlı hastalara daha iyi sağlık hizmeti verilmesi yerine tedavilerinin geçiştirilmesi gibi örnekler sosyal faktörlerin sağlık çalışanlarının davranışına yansımalarının birer örnekleridir.²⁶

Bunların yanı sıra sosyal modelin yine teknik bir alan olduğu düşünülen bilimsel bilginin üretilmesine dair de eleştirileri vardır. Buna göre objektif gerçekler olarak görülen bilginin aslında toplumsal süreçlerin ürünü olup, toplumun baktığı şeyi nasıl görmesi ve nasıl yorumlaması gerektiğinin bilimsel toplulukların yönlendirmesi ile olduğu ve bunun biyolojik değil politik bir konu olduğu iddia edilmektedir.²⁷

Sağlıkta biyomedikal modelin dönüşümü, sosyal modelin gelişimi ve sağlık sosyolojisi ilişkisi için sağlık sosyolojisinin kısa tarihine ilişkin değerlendirme faydalı olacaktır.

²⁵ White, **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**, s. 39.

²⁶ Thomas, **Society and Health Sociology for Health Professionals**, s.4.

²⁷ Temmuz Göncü Şavran, **Toplumsal Eşitsizlikler Ve Sağlık: Eskişehir’de Sosyolojik Bir Araştırma**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir, 2010, s.34.

1.1.3. Sağlık Sosyolojisinin Tarihsel ve Kuramsal Arka Planı

Sağlık sosyolojisi bir disiplin olarak bilim dünyasında yer almadan önce de sağlığın ve hastalık olgusu araştırılmaktaydı. Sosyal psikologlar, antropologlar ve ekonomistler tarafından konu farklı boyutları ile incelenmekteydi.²⁸ Ancak ilk dönemlerde sosyal bilimler alanında yapılan çalışmalarda biyomedikal modelin hakimiyeti görülmekteydi. Yukarıda da kısaca değindiğimiz üzere modernizmle birlikte önceleri özellikle tıp çevrelerinde ağırlıklı olarak biyomedikal yaklaşım kabul görmekteydi. Bu dönemlerde biyomedikal yaklaşım sosyal bilimler alanını da etkilemiştir. Ancak daha sonra sosyal bilimler alanında çalışan bilim insanları tarafından sağlık ve hastalık olgusuna ilginin artması sonucunda sağlığın sosyal modeli ortaya çıkmış ve günümüzde biyomedikal model yerini tıp çevreleri de dahil olmak üzere ağırlıklı olarak sosyal modele bırakmıştır. Günümüzde sağlık sosyolojisinin yaklaşımı sağlığın sosyal modelini esas almaktadır.

Sağlık sosyolojisinin gelişimine kısaca göz atılacak olursa klasik dönemde kimi isimlerin sosyolojinin temel konularının birçoğu hakkında önemli katkıları olduğu görülmektedir. Ancak bu dönemde sağlık ve hastalık olgularının sağlık sosyolojisi bağlamında ele alınmadığı görülmektedir. Bununla beraber sağlık alanı sosyal alandan bağımsız düşünölemeyeceği için sağlık ve hastalık olguları sosyolojik çalışmaların içinde dolaylı olarak yer almıştır. Örneğin Durkheim “*İntihar*” adlı kitabında genel kabulde biyolojik kökenlerle açıklanan intihar olgusunu toplumsal sebeplerle açıklamaya çalışmıştır. Durkheim intihar araştırmasında Avrupa toplumlarında toplumsal bütünleşme ve düzenin intihar oranlarıyla ilişkisini ortaya koymaya çalışmıştır. Ancak burada da Durkheim'ın sosyolojisinin temel problemi aslında intihar eylemi değil, sosyolojinin bireysel davranışlar hakkında psikolojik ve felsefi açıklamalara veya kabullere dayanmayan özerk ve bağımsız bir ilgi alanı olduğunu ispatlamaktır. Bununla birlikte bu araştırma daha sonra yapılan intihar

²⁸ Cirhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, s.13.

araştırmaları için teorik bir temel oluşturması ve bu araştırmaların modern sosyolojik depresyon analizi için bir ereve sağlaması yönüyle çok önemlidir.²⁹

Marx'ın yabancılaşma kuramında da bireylerin ruhsal rahatsızlıklarının sebebinin sosyal ve ekonomik sebepler olabileceği üzerinde durulmuştur. Friedrich Engels, “İngiltere’de İşçi Sınıfının Durumu ve Konut Sorunu” eserinde işçilerin yaşam koşullarının sağlık ve hastalık üzerindeki etkisine değinmektedir. Sanayileşmenin ortaya çıkardığı toplumsal ve çevresel koşulları tanımlayan Engels’e göre bu koşullar politik ekonominin örgütlenme biçimi sonucunda oluşmuştur. Engels kitabında sanayileşmenin emekçileri nasıl kaçınılmaz olarak hastalıklara neden olan koşullarda yaşamaya ve çalışmaya zorladığını açıklamış, hastalık ve ölüm üreten bu koşulların toplumsal bir devrimle değiştirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Kitapta işçilerin sağlığının enfeksiyon hastalıkları, çevresel toksinler, beslenme ve gıda temini sorunlarından kaynaklanan hastalıklar, alkolizm, meslek hastalıkları, iş kazaları gibi faktörlerden dolayı tehdit altında olduğunu tesbit etmiştir. Engels hastalıkların hijyenik şartların olmayışı, riskli çalışma koşulları, ocuk emeğine bağımlılık, olumsuz barınma koşulları, yetersiz beslenme ve yoksullukla karakterize yaşam koşullarının ürünü olduğunu savunmaktadır. Engels bu olumsuzlukların asıl olarak kapitalist üretim biçiminden kaynaklandığını ne sürerek sağlığın sosyal boyutuna da dikkat çekmiş olmaktadır.³⁰

Sanayi devrimiyle birlikte Avrupa’da sağlık istatistikleri tutulmaya başlanmış ve bu istatistiklerde sosyal sınıflar arasındaki ölüm oranlarının farklı olduğu grlmştir. Bu durum hastalıklarla yoksulluk ilişkisini ortaya çıkarmış ve sağlığın sosyal faktörlerden etkilendiğinin belirgin bir göstergesi olmuştur.³¹ Yine 19. yüzyılda bazı araştırmacılar o yıllarda tedavisi olmayan enfeksiyon hastalıklarının

²⁹ Bryan S. Turner, **Tıbbi G ve Toplumsal Bilgi**, ev. Ümit Tatlıcan, Bursa, Sentez Yayıncılık, 2011, s.16.

³⁰ Germov, “Imagining Health Problems as Social Issues” **Second Opinion an Introduction to Health Sociology**, s.10.

³¹ Güven, a. y.

yoksulluğa bağlı yaşam koşullarıyla ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır.³² Bu araştırmacılar tıp doktoru John Snow 1854'te Londra'da meydana gelen kolera salgınının aynı su pompasından su alan bölgelerde yayıldığını tesbit etmiş ve pompanın değiştirilemesini sağlayarak salgının durmasını sağlamıştır. Bu vak'a hastalığın yayılmasını anlamak ve önlemek anlamında sosyal faktörlerin öneminin anlaşılması noktasında önemli bir örnek olarak görülmektedir.³³

19.yy'da sosyoloji alanında sosyal bir bilim olarak tıp, sosyal tıp ve tıbbın sosyolojisi şeklinde üç kavram telaffuz edilmeye başlanmıştır. Bir terim olarak sağlık sosyolojisi kavramı ise ilk olarak 1894'te Charles McIntire tarafından sağlıkta sosyal faktörlerin önemini anlatan "*The Importance of the Study of Medical Sociology*" isimli makalede kullanılmıştır. 1902 yılında Elizabeth Blackwell "*Essays in Medical Sociology*" isimli tıp eğitimi, tıbbın kadınlar üzerindeki etkisi gibi konulardaki yazılarını içeren çalışmasını "Sağlık Sosyolojisi" başlığıyla yayınlamıştır.³⁴ 1927'de Bernard Stern tarafından yayınlanan "*Social Factors in Medical Progress*" isimli çalışma ise sağlığa sosyolojik bakış açısıyla yaklaşmasıyla sağlık sosyolojisi alanına bir açılım getirmiştir. Bu tarihlerden sonra sağlığın toplumsal yönü daha sistematik olarak incelenmeye başlanmıştır.³⁵

Sağlık sosyolojisinin bağımsız bir disiplin olarak bilim dünyasında yer alması İkinci Dünya Savaşı sonrasında ABD'de 40'ların, Avrupa'da ise 50'lerin sonuna rastlamaktadır. Bu yıllarda daha çok uygulamalı sosyoloji alanında çalışmalar yapılmaktaydı. 1951 yılında Parsons "*Sosyal Sistem*" isimli, sağlık sosyolojisinin teorik yapısına büyük katkıda bulunan kitabını yayınlamıştır. Talcott Parsons Weber, Durkheim ve Freud'dan etkilenecek kaleme aldığı eserinde sağlığı ve hastalığı bir fenomen olarak ele alarak incelemiş, hekim rolü, hasta rolü gibi kavramları tanımlamıştır.³⁶

³² Germov, "Imagining Health Problems as Social Issues" **Second Opinion an Introduction to Health Sociology**, s. 9.

³³ A.e., s. 10.

³⁴ Güven, a. y.

³⁵ Aytaç ve Kurttaş, a. y.

³⁶ Güven, a. y.

Parsons'dan sonra 70'lere kadar sağlık sosyolojisi alanında fazla bir gelişme olmazken 70'lerden sonra bu alanda verimlilik, sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik bağlamında yeni tartışmalar başlamıştır. Sosyologlar eleştirel bir bakış açısıyla sağlık organizasyonlarını ele almışlardır. Eleştirilerden en önemlilerinden biri Ivan Illich'e aittir. Illich 1975'te günümüzde hala tartışılmakta olan "Ortodoks Tıp" teriminden bahsetmiş, modern tıbbın insanları iyileştirmek yerine hastalığa yol açtığını öne sürmüştür. Illich'e göre tıbbi tedaviler hastaların durumunu daha da kötüleştirmekte, hatta tedaviye bağlı yeni sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Toplumsal olarak da tıp giderek birçok alana el atmakta ve yapay talepler yaratmaktadır. Illich insanların gündelik hayatla ilgili sorunlarına tıbbi açıklamalar getirilmesiyle insanların sorunlarla baş edebilme yeteneklerinin köreltildiğini düşünmekte ve bu nedenle tıbbın etkinlik alanının daraltılması gerektiğini savunmaktadır.³⁷ Bir başka eleştiri olarak bu yıllarda Eliot Freidson tarafından getirilmiştir. Freidson "*Profession of Medicine*" isimli sağlık profesyonellerinin baskın pozisyonlarına dikkat çeken ve insancıl bir yaklaşımı olmadığını savunan bir kitap yayınlamıştır. Bu tartışmalar 80'lerden sonra postmodernist bakış açısıyla tıbbi güç ve otorite bağlamında devam etmiştir.

Sağlık sosyolojisinin tarihi gelişim sürecine bakıldığında sağlık ve hastalık olgusu ile ilgili birbirinden farklı, hatta kimi zaman karşıt sosyolojik teoriler üretildiği görülmektedir. Farklı teorisyenler sağlık ve hastalık olgusuna kendi perspektiflerinden açıklamalar getirmeye çalışmıştır.³⁸ Zaman zaman bazı sosyolojik paradigmlar daha ön plana çıkmıştır. Örneğin 1950'lerde Parson'un işlevselciliği, 1960'larda etkileşimcilik, 1970'lerde Marksizim ve feminizm, 1980'lerde ise postmodernizmin etkisi sosyoloji çevrelerinde daha kabul görmekteydi. Fakat bu kronolojik sıralama bilimsel gelişmenin doğrusal süreci neticesinde sosyolojik paradigmların değişmesi anlamında değildir. Yani bir paradigmanın önceki paradigmanın hataları ve eksikliklerinden kaynaklanan nedenlerle geliştirilmiş daha

³⁷ Giddens, *Sosyoloji*, s. 304.

³⁸ John Germov, "Theorising Health: Major Theoretical Perspectives in Health Sociology" **Second Opinion an Introduction to Health Sociology**, Ed. by. John Germov, 5. bs. Australia, Oxford University Press, 2014, s. 24.

doğru olan bir görüş sunduğu anlamına gelmemektedir. Aynı tarihlerde yazan sosyologların tamamı aynı perspektifle yazmadıkları gibi ülkeler, sosyoloji bölümleri arasında da farklılıklar gözlemlenmektedir.³⁹ Farklı sosyolojik yaklaşımlar tıbbi bilginin ve hastalığın sosyal nedenlerinin rolünü farklı yönlerden açıklamaya çalışmakta, kimi zaman birbirleriyle çelişmekte, kimi zaman ise birbirlerini tamamlamaktadırlar. Örneğin Marksist yaklaşımlar hastalığın üretilmesinde ve dağıtılmasında ekonominin nedensel rolünü ve tıp bilgisinin sınıf yapısını sürdürmede oynadığı rolü vurgulamaktadır. Parsons'un işlevselciliği ise sosyal uyumun sağlanmasında tıbbın rolünü vurgulamakta, hasta rolünü tanımlamakta ve tıbbın sosyal kontrol işlevine dikkat çekmektedir.⁴⁰

1.2. Sosyolojik Yaklaşımlar Açısından Sağlık Ve Hastalık

1.2.1. Yapısal-İşlevselci Yaklaşım

Yapısal işlevselcilik olarak bilinen işlevselci perspektifin öncü teorisyenleri Emile Durkheim, Talcott Parsons ve Robert Merton'dur. ABD'de popüler olan yapısal işlevselcilik geniş çaplı sosyal süreçlere odaklanmaktadır. Buna göre toplum yaşayan bir organizmadır ve bu organizmayı oluşturan her bir parça gördüğü işlev sayesinde bu organizmanın hayatiyetine katkıda bulunmaktadır.⁴¹ Amerikan sosyolojisinde hakim bir figür olan Talcott Parsons yapısal işlevselci yaklaşımın önemli teorisyenlerinden olup Sosyal Sistem (1951) kitabının da yazarıdır.⁴² Parsons yapısal işlevselci teoride sistem kavramını temel almaktadır. Ona göre toplumdaki düzeni sürdürmenin ideal aracı iktidar değildir.⁴³ Toplum düzenini devam ettirmenin ideal yolu işbirliğini vurgulayan kültürel bir sistem geliştirmektir. Bu sistem uyum ve dengeye dayalı bir sistemdir ve varlığını bireylerin toplumun norm ve değerlerini

³⁹ Dawid Wainwright, **The Changing Face of Medical Sociology**, Ed. by. David Wainwright, India, C&M Digital Pvt Ltd, Chennai, 2008. s. 3.

⁴⁰ White. **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**, s. 6.

⁴¹ Zeki Arslantürk ve Tayfun Amman, **Sosyoloji**, İstanbul, Çamlıca Yayınları, 2014, s. 484.

⁴² George Ritzer, **Klasik Sosyoloji Kuramları**, Çev. Himmet Hülür, Ankara, De Ki Basım Yayım Ltd. Şti, 2011, s. 456.

⁴³ A. e., s.465.

içselleştirmeleri sayesinde sürdürür.⁴⁴ Parsons'a göre insanlar toplumda kendilerini kısıtladıkları bir konuma yerleştirdikleri zaman toplum düzeni daha iyi işler. Kafalarındaki ortak değerler sayesinde yoldan çıkıp çıkmadıklarını belirleyebilir ve ortak kültürel değer sistemi sayesinde tekrar uyum sağlayabilirler.⁴⁵

Parsons kapitalist ve sosyalist toplumlardaki farklı profesyonellerin rolleriyle de ilgilenmiş, analizlerine hekim hasta ilişkilerini de dahil etmiştir. Sağlık sosyolojisi alanında önemli çalışmalar yapan Parsons hasta rolü kavramını ortaya koymuştur. Bu çalışmaları nedeniyle Parsons tıbbi sosyolojinin babası olarak da kabul edilmektedir.⁴⁶

Parsons'a göre günümüz toplumunun yalnızca ekonomisi kapitalisttir, çıkar ilişkisine dayalı olmayan bazı toplumsal kurumlar sayesinde toplum kapitalist bir toplum özelliği taşımamaktadır. Bu kurumlar mesleklerdir. Bu mesleklerin başında etiğe ve özgeciliğe dayanan tıp mesleğinin geldiğini savunan Parsons bu tür kurumların piyasa rekabetini kırarak sosyal sistemin istikrarlı olarak devam etmesini sağlayan bir işlevi olduğunu belirtmektedir.⁴⁷ Parsons bir sistem olarak tanımladığı toplumda her bireyin bir rol üstlendiğini ve bu sistemin işlevini sorunsuzca devam ettirebilmesi için kişilerin üstlendikleri rolü içselleştirip kusursuz bir şekilde oynamaları gerektiğini düşünmektedir. Buna göre hastalık da bireylerin toplumdaki rollerini yerine getirmelerini engelleyen normalden sapma durumudur ve sistemin işleyişinin devam edebilmesi için uzman yardımıyla bunun düzeltilmesi gerekmektedir.⁴⁸ Parsons, hasta olmanın öncelikle biyolojik ya da psikolojik bir durum değil, bir toplumsal rol olduğunu, neyin hastalık sayıldığının, nasıl tedavi edileceğinin kültür ve toplumsal roller tarafından belirlendiğini, insanların

⁴⁴ Arslantürk ve Amman, **Sosyoloji**, s. 487., Germov, "Theorising Health: Major Theoretical Perspectives in Health Sociology" **Second Opinion an Introduction to Health Sociology**, s. 27., Ritzer, **Klasik Sosyoloji Kuramları**, s. 466.

⁴⁵ Alan Swingewood, **Sosyolojik Düşüncenin Kısa Tarihi**, 3. bs., Çev. Orhan Akınhay, İstanbul, Agora Kitaplığı, 2010., s. 255.

⁴⁶ Kaminskas ve Darulis, **a.y.**, Cockerham, "Medical Sociology and Sociological Theory", The Blackwell Companion to Medical Sociology, s. 5.

⁴⁷ Talcott Parsons, **The Social System**, Taylor and Francis e-Library, (2005 [1951]), s. 289-292.

⁴⁸ Kızılçelik, **Türkiye'nin Sağlık Sistemi**, s. 65., Turner, **Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi**, s. 51.

hastalıkları hakkında seçim yapabildiklerini ve hastalığa bürünebildiklerini düşünmektedir.⁴⁹ Parsons'a göre insanlar bazen sosyal görevlerinden kaçmak için de hastalık rolüne bürünebilirler, bu nedenle bunun kontrol altına alınması gerekmektedir.⁵⁰ Bu açıdan değerlendirildiğinde tıbbın hastalıkların tedavisinin yanı sıra bireylerin sapma eğilimlerini düzenleyen sosyal bir fonksiyona da sahip olduğunun düşünüldüğü görülmektedir.⁵¹

Parsons'a göre, hasta rolü bir dizi hak ve sorumluluğu içermektedir. Hasta olduktan sonra, bireylerin ebeveyn, çalışan veya öğrenci gibi normal sosyal rollerinden muaf tutulması hakkıdır. Fakat hasta rolüne bürünmek ancak tıbbi teşhis ve tedavi ile meşrudur. Örneğin öğrenciler öğrencilik, çalışanlar işçi rollerini yerine getirmeme durumlarını desteklemek için tıbbi raporlar vermek zorundadırlar.

Daha önce de belirttiğimiz gibi Parsons'a göre hekimlik gibi uzman mesleklerin mensupları kar amacıyla değil topluma hizmet amacıyla hareket etmektedir. Hekimler hastaların sağlıklarını geri kazanmalarından sorumludur. Hekimler herkese eşit olarak davranmalı, tarafsız bir şekilde kendi rolünün gerektirdiği sosyal norm ve değerlere bağlı olmalı, hastaların kolektif çıkarlarını ön planda tutmalıdırlar. Hekim-hasta rolü asimetrik bir ilişki şeklindedir. Hasta kendini iyileştirecek olan güçlü, statü sahibi ve eğitilmiş olan sağlık profesyonellerine güvenmeli ve onların tavsiyelerine harfiyen uyarak iyileşme yükümlülüğünü yerine getirmelidir.⁵²

Parsons'un hasta rolü ve hastalık ile ilgili görüşlerinde eleştirilen bazı noktalar vardır. Bunlardan biri toplumda bireylerin doktora başvurmaları ile ilgilidir. Bireyler herhangi bir rahatsızlık hissettiği halde doktora başvurmayabilmekte veya kendini rahatsız hissetmesine rağmen bu somut bir hastalığın göstergesi olmayabilmektedir. Bu durumda hasta olmasına rağmen doktora gitmediği için teşhis koyulmamış bireyler sağlıklı mı kabul edilecektir sorusu gündeme gelmektedir.

⁴⁹ Parsons, **The Social System**, s. 294.

⁵⁰ A. e., s. 321.

⁵¹ Baloğlu, a. y.

⁵² White, **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**, s. 33., Turner, **Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi**, s. 50.

Bunun yanı sıra Parsons'un sisteminde doktor ve hasta rolleri ideal olarak tanımlanmıştır. Fakat gerçekte ne tüm doktorlar tamamen etik davranıp tüm objektifliği ile hastaya yaklaşabilmekte ne de tüm hastalar kendilerinden beklenen şekilde doktora tam bir güven içinde teslim olup onun önerilerini harfiyen yerine getirebilmektedir. Aslında doktor ve hasta arasında güç, bilgi ve statü açısından çatışma olma ihtimali hiç de az değildir.⁵³ Doktorun hastasına karşı sınıf, cinsiyet ve statü ayrımı yapmadan eşit muamele etmesi gerçek hayatta beklenemeyecek bir durumdur. Birçok araştırma hastaların statüsüne, eğitim durumuna, cinsiyetine ve mensup olduğu etnik gruba bağlı olarak göre doktorların onlara yaklaşımlarının farklı olduğunu göstermektedir.⁵⁴ Bütün bu eleştirilere rağmen hasta rolü kavramı Parsons'un teorik anlamda sağlık sosyolojisine yaptığı önemli bir katkı olarak yerini korumaktadır.

1.2.2. Çatışmacı Yaklaşım

Çatışma teorileri kendi içinde farklı görüşler barındırmakla beraber temelde kökenini Marx'ın tarihi materyalizm ve diyalektik metod kavramlarından alan bir düşünce sistemidir. Toplumu canlı bir organizmaya benzeten ve uyum içinde yaşamanın toplumun vazgeçilmezi olduğunu savunan yapısal-işlevselci yaklaşımın aksine çatışmacı teoriler toplumu organik bir bütün olarak görmemektedir. Toplum yapısında doğal olarak bulunan çatışmanın kaçınılmaz ve gerekli olduğunu ve çatışma unsurunun sosyal değişimin kaynağı olduğu savunulmaktadır.⁵⁵ Marksizm kapitalist toplumların burjuvazi ve işçi sınıfı arasındaki çıkar çatışması ekseninde şekillendiğini iddia etmektedir.⁵⁶

Marksist yaklaşıma göre kapitalist toplumlarda hem hastalıkların üretimi hem de ele alınış şekli ekonomik çıkarlar belirlemektedir. Buna göre hastalıkların çıkış nedeni sosyal örgütlenmedir. Bu nedenle bireye odaklanan ve onu suçlayan bir

⁵³ A. e. s.56.

⁵⁴ A. e. s.58.

⁵⁵ Arslantürk ve Amman, **Sosyoloji**, s. 497.

⁵⁶ Germov, "Theorising Health: Major Theoretical Perspectives in Health Sociology" **Second Opinion an Introduction to Health Sociology** s. 27.

yaklaşım doğru değildir. Özellikle yüksek karlılık hedefine ulaşma arayışı ile işçilerin sömürülmesi tehlikeli iş ortamları ve kötü yaşam koşullarını yaratmakta ve bu durum işçi sınıfı arasında daha yüksek mortalite* ve morbidite* oranlarına neden olmaktadır.⁵⁷ Örneğin Engels alkolizme neden olan faktörlerin de bireyin psikodinamiği ile ilgili olmadığını, bunun sebebinin sanayi kentlerinin sefaleti olduğunu iddia etmektedir. Gecekondu mahallelerinde yaşamak, yetersiz beslenmek, ani ölüm riski ve fakir bir yaşam sürmenin insanları içki içmeye yönelttiğini düşünmektedir.⁵⁸

Politik-ekonomik yaklaşım olarak da kabul edilen Marksizm tıp alanını kapitalizmle ilişkisi üzerinden açıklar. Buna göre günümüz toplumunda tıp hem ekonomik hem de ideolojik bir role sahiptir.⁵⁹ Kapitalist toplumların kar arayışı hastalıkları üretmekte ve bunun sonucunda hastalanan kurbanlar yine bu durumlarından kendileri sorumlu tutularak suçlanmaktadır. Dahası hastalığın tedavi edildiği yolun kendisi de kapitalist toplumun bir parçasıdır. Tıp topluma hizmetten ziyade kapitalist sistemi destekleyen bir yaklaşımda bulunmakta, teknolojinin kullanımı ve kimi tedavi yöntemleri gereksiz de olsa sırf kar amacıyla desteklenmektedir. Aynı zamanda tıbbi bilgi aslında kapitalist sistemin bir ürünü olan hastalıkları doğal ve biyolojik göstererek hastalıkların ekonomik nedenlerini gizlemek ve bunu depolitize eden bir ideolojik araç olarak kullanılmaktadır.⁶⁰

Waitzkin ise gerçekte yüksek maliyetli teknolojik tedavilerin sağlık ihtiyaçlarımız açısından rasyonel olmadığını, bunların rasyonel olduğu düşüncesinin kapitalist sistemin kârlılık hedefleri açısından değerlendirildiğinde mümkün

* Mortalite: Genel populasyon içinde belli bir hastalığa bağlı ölüm oranı.

* Morbidite: Özel bir grup içinde ve belirlenmiş bir zaman diliminde belli bir hastalığa yakalanan ve tanı konulan hastaların oranı.

⁵⁷ A. e., s. 28.

⁵⁸ White, **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**, s. 89., Mohammed Ratoubi Alanazi, Mansour Moklif Alanzi, "Critical Review of Different Sociological Perspectives Toward Conceptualization of Management of Health Services", **International Multispecialty Journal of Health**, C. II, No:8, 2016.

⁵⁹ Aytaç ve Kurttaş, a. y.

⁶⁰ White, **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**, s. 8.

olduğunu savunmaktadır. Navarro'ya göre de sağlık kurumlarının bazı ideolojik işlevleri vardır. Bu kurumlar temelde toplumsal olan sorunları belli ölçüde sağlık bakımı sağlayarak, bireysel düzeye aktarmakta ve böylece statükoyu meşrulaştırmaktadırlar.⁶¹ İkinci olarak sağlık hizmetlerini hastane bakımı ve ilaç tüketiminden ibaret görerek kapitalist üretim tarzını yeniden üretmektedir. Son olarak kapsamlı bir istihdam alanına sahip olan tıp alanında yöneticilerin sağlık hizmetleri sorumluluğunu üzerlerine almaları neticesinde tıp doktorları proleterleşmekte ve mesleki statüleri zarar görmektedir.⁶²

Relman da “Tıbbi-endüstriyel kompleks” olarak adlandırdığı bir yapıdan bahsetmektedir. Buna göre toplumda bireylerin ücretsiz olarak erişebildiği hizmetler azaltılmış ve sağlık hizmetleri ancak satın alınarak erişilebilir hale getirilmiş, yani metalaştırılmıştır. 70’lerden sonra da sermayenin küreselleşmesi ve devletlerin küçülmeye çalışmasının bir sonucu olarak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sağlık sektöründeki metalaşmayı hızlandırmıştır.⁶³

Çatışmacı yaklaşımın bazı görüşlerinin günümüzde sağlık alanında yaşanan sorunların tespiti noktasında halen geçerliliğini koruduğu görülmektedir.

1.2.3. Sosyal İnşacılık Yaklaşımı

Sosyal inşa kuramının önemli teorisyenlerinden David S. Gochman’a göre insan yaşamının tüm yönleri gibi sosyal sorunların da yaratıcısı insandır.⁶⁴ Bir durumun sosyal sorun olarak kabul edilmesi insanların onu anlamlandırmaları ve ona bir değer yüklemeleri sonucu oluşur. Sosyal sorunlar kimi grupların belirli ortamları ahlaki olarak algılamaları ve tanımlamaları ile var olur. Bunların birer sorun haline gelmeleri birileri tarafından kötü ve yanlış olarak yorumlanmaları ve çeşitli tepkilere maruz kalmalarına bağlı olarak gerçekleşir.⁶⁵

⁶¹ Şavran, **Toplumsal Eşitsizlikler Ve Sağlık: Eskişehir’de Sosyolojik Bir Araştırma**, s. 27.

⁶² Aytaç ve Kurttaş, **a.y.**

⁶³ Şavran, **Toplumsal Eşitsizlikler Ve Sağlık: Eskişehir’de Sosyolojik Bir Araştırma**, s. 27.

⁶⁴ Baloğlu, **Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık**, s.12.

⁶⁵ Nurşen Özçelik Adak, **Sağlık Sosyolojisi; Kadın ve Kentleşme**, İstanbul, Birey Yayıncılık, 2002, s. 184.

Sosyal inşacılık kuramı üzerinde çalışan sosyologlar Berger ve Luckmann'ın görüşleri de sağlık sosyolojisine önemli katkılar sağlamıştır. Çalışmaları hastalık kavramının biyolojik alanın yanı sıra sosyal alanın da kapsamına girmesinde etkili olmuştur. Berger ve Luckmann'a göre hastalığın nedenleri sadece fiziksel değil aynı zamanda sosyal de olduğu için hasta bireyin hastalığa ve ağrıya ilişkin duygu ve düşünceleri de anlaşılmalıdır.⁶⁶

Bu yaklaşım tıbbi araştırmalar, sağlık kurumlarının organizasyonu, ağrının nasıl anlaşıldığı, konuyla ilgili uzmanlık ve politik etkilerin algılanışı, ifade edilmesi ve yeniden inşasıyla ilgilenmektedir. Sosyal inşacılık araştırmacı ve doktorların hasta ilişkilerini önemli bir araştırma alanı olarak görmektedir. Buna göre doktor hasta etkileşimi esnasında doktorun seçtiği kelimeler, jest ve mimikler hastayı etkilediği gibi hasta da sadece konuşarak değil sağlığı, anlama gücü ve sosyal altyapısıyla da doktoru etkilemektedir. Bu etkileşim esnasında karşılıklı olarak değişen beklenti ve davranışlar sonucunda doktor dil ve davranışını hastaya adapte etmektedir.⁶⁷

Sosyal inşa kuramına göre hastalığın nedenleri sadece fiziksel değil aynı zamanda sosyal de olduğu için hasta bireyin hastalığa ve ağrıya ilişkin duygu ve düşünceleri de anlaşılmalıdır.⁶⁸ Aslında hastalık bireyin toplumsallaşma sürecinde sahip olduğu algıları yansıtmaktadır. Bu açıdan hastalık algısı inşa edilir. Toplumun kültürel yapısı kişinin semptomlara dair algısını şekillendirmektedir. Bu nedenle hastanın ağrıya ilişkin duygu ve düşünceleri de incelenmelidir.⁶⁹ Zaman içinde bu algıların değişimine etki eden kültürel ve tarihsel koşullar meydana gelmiştir. Bu alanın incelenmesi de tarihsel inşacılık yaklaşımı çerçevesinde yapılmaktadır.⁷⁰

Toplumsal inşacılık yaklaşımı bilimsel gerçeklik olarak görülen bilgilerin aslında toplumsal süreçlerin ürünleri olduğunu savunmakta ve toplumun baktığı şeyi nasıl görmesi ve yorumlaması gerektiği bilgisinin bilimsel toplulukların

⁶⁶ Burhan Baloğlu, **Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık**, İstanbul, Der Yayınları, 2006, s.12.

⁶⁷ Adak, **Sağlık Sosyolojisi; Kadın ve Kentleşme**, s. 185.

⁶⁸ Baloğlu, **Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık**, s.12.

⁶⁹ Adak, **Sağlık Sosyolojisi; Kadın ve Kentleşme**, s. 185.

⁷⁰ Baloğlu, **A. y.**

yönlendirmesi ile yerleştğini ve bunun biyolojik değil politik bir konu olduğunu iddia etmektedir. Tıp alanında baskın görüşlerin dışında kalan görüş ve tedavilerin dışlanması da bunu doğrular görünmektedir. Bartley'e göre bilimsel topluluklar profesyonel ve teknik çıkarları nedeniyle bilimsel düşüncenin gelişimini kendi istedikleri yöne çevirmektedir. Tıbbi bilgi ve teknolojiler nesnel ve değerden bağımsız uygulamalar değildir ve toplumsal bir kontrol işlevine sahiptir. Bilimsel gelişmelerin kabul görmesi deneysel sonuçların göstergelerinden çok sonuçların pazarlanabilmesi ile ilgili olmaktadır.⁷¹

Tıbbın günümüz toplumunda sahip olduğu toplumsal kontrol mekanizması işlevini yürütmesini sağlayan bir araç da medikalizasyondur. Medikalizasyon önceden tıbbi sayılmayan alanların sağlık profesyonelleri tarafından tıplaştırılmasıdır. Bu sayede tıp profesyonelleri kendi politik görüşleri doğrultusunda toplumda günlük hayatın normal kabul edilen sorunlarını tıbbi sorun olarak kavramsallaştırmakta, normalin ve hastalığın tanımını yapmakta ve bunlara çözüm önerileri getirmektedir. Bu şekilde tıbbın toplum üzerindeki kontrol mekanizması artmaktadır.⁷²

1.2.4. Etkileşimci Yaklaşım

Sembolik etkileşimcilik psikoloji geleneğinden gelen bir Amerikan sosyoloji ekolüdür. Bu yaklaşımın gelişmesinde Charles H. Cooley, William I. Thomas ve George H. Mead'ın önemli etkileri vardır.⁷³ Mead, insanları ve toplumsal düzeni tamamlanmış olgular değil, olma sürecindeki olgular olarak değerlendirir. Mead, bireyin toplum denilen bu örgütlenmenin bir üyesi haline nasıl geldiği sorusuyla ilgilenir.⁷⁴ Bu yaklaşım toplumsal ilişkilerin semboller üzerinden kurulduğunu ileri

⁷¹ Şavran, **Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık: Eskişehir'de Sosyolojik Bir Araştırma**, s. 34.

⁷² Walsh, **Foundations in Nursing and Health Care: Introduction to Sociology for Health Carers.**, s.42., Antonio Maturo, "Medicalization: Current Concept and Future Directions in a Bionic Society", **Mens Sana Monogr**, C. X, No: 1, 2012, s.122–133.

⁷³ Arslantürk ve Amman, **Sosyoloji**, s. 493.

⁷⁴ Margaret M. Poloma, **Çağdaş Sosyoloji Kuramları**, Çev. Hayriye Erbaş, Ankara, Gündoğan Yayınları, 2010, s. 223.

sürmektedir. Buna göre semboller varlığın zihindeki görüntüsünü ifade etmektedir ve kültürel etkileşimler nedeniyle semboller farklı kültürel etkilere maruz kalmakta olan bireylerde farklı şekilde algılanabilmektedir. Örneğin domuz etinin sevildiği bir toplumda yetişen bireyle domuzu pis olarak kabul eden bir toplumda yetişmiş bireyin zihnindeki domuz sembolü farklı olmaktadır.⁷⁵

Bu yaklaşıma göre sosyal eylemler fertlerin bu eylemlere yükledikleri anlamlarla şekillenmektedir. Bireye vurgu yapan sembolik etkileşimcilere göre belirli bir nesnel durum bireylerde değişik öznel yorumlara yol açmaktadır. İnsanlar sürekli bir oluş halinde olduklarından sosyoloji “kurum”, “yapı” gibi kavramlarla durağanlaştırılmamalıdır. Çünkü insanla birlikte toplum da sürekli bir oluş halindedir ve “birlikte eylem” gibi içinde süreklilik ve değişimi barındıran kavramlarla tanımlanmaları daha doğru olmaktadır. Sözgelimi “aile kurumu” yerine fertlerinin sürekli farklı yönlerle evrilmesinden dolayı durağan olmadığı düşünülen “aile birlikteliği” kavramını kullanmaktadırlar. Bu nedenle toplumsal rollerin basit şekilde tanımlarının yapılması da mümkün değildir.⁷⁶

Benlik kavramı üzerinde de duran Mead benliği “bireysel benlik” ve “sosyal benlik” olarak ikiye ayırmıştır. Sosyal benlik sosyal çevrenin kişi hakkındaki düşüncelerini ifade etmekten bireysel benlik kişinin gerçekte kendisi hakkındaki düşüncelerine işaret etmektedir. Cooley’in “ayna-benlik” olarak tanımladığı kavram da bireyin kendisiyle ilgili çevreden aldığı mesajların kendi benliğindeki yansımaları ifade etmektedir.⁷⁷

Hastalık veya sakatlıkla karşı karşıya olan birey için bu yeni durum benlik algısının yeniden anlamlandırılması sürecine yol açmaktadır. Bireyin hastalığını öğrendiğinde bunu kabullenmesi, kronik hastalıklarda bunu yaşamının bir parçası haline getirmesi, hastalığını başkalarına anlatması ve başkalarının onların hastalıklarını nasıl algıladıklarına dair düşünceleri hep bu yeniden anlamlandırma sürecinde yaşanan duygusal sorunlardır. İnsanların çoğu için sıradan olan günlük

⁷⁵ A. e., s. 495.

⁷⁶ A. e.

⁷⁷ A. e., s. 496., Swingewood, *Sosyolojik Düşüncenin Kısa Tarihi*, s. 285.

aktiviteler hasta bireyler için riskler ve belirsizliklerle doludur. Bu durumların onlara getirdiği zorluklarla baş etmek için stratejiler geliştirmek zorundadırlar. Bir yandan hayatını sürdürmeye çalışırken bir yandan da bu yeni durumdan dolayı toplumsal etkileşimlerin değişen bağlamı kişinin benlik algısındaki dönüşümleri hızlandırabilmektedir. Günlük yaşamın yardımlaşma, anlayış gibi doğal etkileşimleri hastalık durumunda farklı yorumlanabilirler. Örneğin hasta gerçekten yardıma ihtiyaç duymaktadır ama başkalarına bağımlı görünmek istemeyebilir. Ya da hastaya şefkat duyan bir kişi bu duygularını dile getirmekten çekinebilmektedir.⁷⁸

Sembolik etkileşimcilik yaklaşımının kuramsal temelini zayıf olduğu ve bu yaklaşımda siyaset ve ekonomi gibi değişkenlerin göz ardı edildiğinden dolayı sosyal değişmeyi tam anlamıyla açıklayamadığı öne sürülmektedir.

1.2.5. Postmodern Eleştiri

Postmodernizm modernleşmeden sonra gelen bir döneme işaret etmekte ve modernitenin büyük anlatılarının ve ilerlemeci tarih anlayışının geçerliliğini yitirdiği tezini savunmaktadır.⁷⁹ Postmodernizmin temel özelliklerinden biri, sosyal dünyaya dair tek ve kapsamlı açıklamaların tasarlanması veya sunulması girişimlerinin reddedilmesidir.⁸⁰ Buna göre hiçbir teori tümüyle tutarlı ve bütünsel açıklamalar sunamaz. Turner bu iddiayı taşıyan tüm bütünsel açıklamaların birer masaldan ibaret olduğunu savunmaktadır.⁸¹ Tek bir tanıma sığdırılamayacak çeşitlilikteki postmodern düşünce modernizme bir eleştiri ve alternatif geliştirmeye yönelik çabaların tümünü kapsamaktadır. Aydınlanma düşüncesinin akıl ve bilime atfettiği kutsiyeti sorgulayan postmodernizm farklılığa, çeşitliliğe, şüpheciliğe, göreceliğe ve yerel bilgiye öncelik tanıyan yeni bir adalet vizyonu sağlamak iddiasındadır.⁸² Modernitenin

⁷⁸ Giddens, **Sosyoloji**, s. 313.

⁷⁹ Giddens, **Sosyoloji**, s. 152.

⁸⁰ Walsh, **Foundations in Nursing and Health Care: Introduction to Sociology for Health Carers**, s. 29.

⁸¹ Bryan S. Turner, **Oryantalizm, Postmodernizm Ve Globalleşme**, Çev. İbrahim Kapaklıkaya, İstanbul, Anka Yayınları, 2002, s.184.

⁸² Arslantürk ve Amman, **Sosyoloji**, s. 438.

rasyonaliteye fazla önem vermesi nedeniyle insan aklının kalıplara sıkıştırıldığını savunan Feyerabend'e göre postmodern dönemde tek bir yönteme indirgenen araştırma geleneği terk edilmeli, insanoğlu binlerce yıllık geleneklerinde var olan farklı rasyonaliteleri de yakalayabilmelidir.⁸³

Postmodern düşünce mimari, sanat, felsefe alanında olduğu gibi bilim ve tıp alanında da eleştirel bakış açısına sahiptir. Geleneksel olarak sağlık çalışanlarının benimsedikleri sosyal bilim teorileri bir dizi "evrenselci" fikre dayanmaktadır. Yani insanların ihtiyaçlarının evrensel olduğu, belirli yaşam aşamalarında benzer sağlık deneyimlerine ve sağlık hedeflerine sahip oldukları kabul edilmektedir. Postmodernizm bu evrensel varsayımların artık yetersiz olduğuna dikkat çekmektedir.⁸⁴

Modernizmin bilgi edinme yollarına eleştiride bulunan postmodern düşünce insanların akıl yoluyla doğa hakkında Tanrı gibi kesin bilgiye ulaşabileceği düşüncesinin aklın kendisinin dogma haline gelmesiyle sonuçlandığını iddia etmektedir. Bu dönemde deney ve gözlem yoluyla edinilen bilgiler tartışılmaz gerçekler olarak kabul edilmiş, her bir konunun tüm ayrıntısını bilen uzmanlar dönemi başlamıştır. Modernizmin ilerlemeci tarih anlayışının sonucu olarak kesin bilgiye ulaşmak suretiyle toplumdaki kaostan ve kilisenin dogmaları gibi insanlar üzerinde tahakküm sahibi olan kurumların ortadan kalkacağı öngörülmüştür. Bu gibi iktidar alanlarının ortadan kalkması ile insanoğlunun özgürleşeceği ve kendilerini daha yaşanılır bir dünyanın beklediği düşünülmüştür. Fakat özellikle iki dünya savaşında uzmanların eseri olarak nitelendirilebilecek yöntem ve silahlar nedeniyle yüzbinlerce insanın yaşamını kaybetmesi sonucunda modernizmin hedeflerinin gerçekleşmediği görülmüş ve bilimsel bilgi yoluyla ulaşılabilecek doğruların kesinliğine, insanoğluna mutluluk getireceği düşüncesine ve uzmanların önerilerine karşı kuşku duyulmaya başlanmıştır. Buna göre bu dönemde kilisenin iktidarından kurtulan toplumlar artık bilim insanlarının ve uzmanların tahakkümüne girmişlerdir. 20.

⁸³ Cirhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, s. 89.

⁸⁴ Walsh, **Foundations in Nursing and Health Care: Introduction to Sociology for Health Carers**, s. 29.

yüzyılın başlarında başlayan bu durum yüzyılın sonlarına yaklaşırken çok daha fazla dile getirilmeye ve taraftar bulmaya başlamıştır.⁸⁵

Diğer alanlarda olduğu gibi sağlık ve tıp alanında uzmanlaşma günlük hayatın doğal akışı içinde yer alan tıbbi bakım hizmetlerini hastanelere taşımış ve uzmanların gözetimi altına sokmuştur. Postmodern düşünceye göre tıbbi alandaki uzmanlaşma bilimsel bilgiye sahip olan profesyoneller ile kendilerine mutlak itaatte bulunması beklenen hastalar arasında asimetrik bir ilişki oluşturmaktadır. Buna göre hastalık uzmanlar tarafından yapılan testler, tetkikler ile nesnel bir şekilde belirlenebilmektedir. Hastanın öznel deneyimleri ancak doktorlar tarafından desteklendiği takdirde bir öneme sahiptir. Bu durum bireylerin hastalıklarına, dolayısıyla kendi bedenlerine karşı yabancılaşmalarına yol açmakta ve bu yabancılaşmanın artması da sağlık profesyonellerinin daha fazla güçlenmelerine neden olmaktadır.⁸⁶

Postmodern düşünce tıbbi bilginin çok genelleştirilmiş bilgiler olduğunu, neredeyse tüm dünyada öğrencilere aynı bilgilerin öğretildiğini ve tek tipleştirildiğini öne sürmektedir. Modern tıbbın kendini alternatifsiz olarak benimsetmesinin alternatif bilgilerin üretilmesinin de yolunu kapattığını iddia etmektedir.⁸⁷ Postmodern dönemde ise bilimsel bilgiye olan kuşkulu yaklaşımın artması, postmodern düşüncenin eseri olan ucu açık ve belirsiz bilgi anlayışının yaygınlaşmasının tıbbi alanda da yansımaları olmuştur. Farklı bilgi edinme yollarının ve farklı tıbbi pratiklerin yeniden gündeme gelmesi ile alternatif tıp olarak adlandırılan geleneksel tedavi yöntemleri bireyler tarafından yeniden tercih edilir olmuştur. Bu eğilimler klasik tıbbi tedavi yöntemlerinden tamamen uzaklaşmaya neden olmamış, aksine hastaların her iki tedavi yöntemlerine birden yönelmeleri ve

⁸⁵ Fuat Man, Ali Balcı. "Postmodern Dönemde Modern Bir Pratik Olarak Sağlık", <http://www.uli1.sakarya.edu.tr/ali/manbalci.pdf>, (Çevrimiçi) 29.01.2019.

⁸⁶ A. y.

⁸⁷ Zafer Cırhinlioğlu, "Toplumsal Açıdan Sağlık ve Sağlığa Postmodernist Yaklaşımlar", **Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, C.I, No: 8, 2004.

alternatif tıp uygulamalarının modern tıp pratiklerinin uygulandığı kurumlarda yer almasıyla sonuçlanmıştır.⁸⁸

Postmodern dönemde hastalık kavramına toplumda gelişen tüketim kültüründen kaynaklanan bir yaklaşımla bakılmaktadır.⁸⁹ Sağlık sorunlarına çözüm getirmek modern dönemde rasyonel ve geleneksel bilimin temsilcileri olan hekimlerin sorumluluğunda iken postmodern dönemde bireyler kendi sağlıkları ile ilgili daha fazla sorumluluk sahibi olarak görülmektedir. Sağlıklı yaşam modern dönemde olağan ve istenen bir durum iken postmodern toplumlarda ancak gerekleri yerine getirildiği takdirde elde edilebilecek bir olasılık olarak değerlendirilmektedir.⁹⁰

Postmodern toplumun ana karakteristiği medyanın ve dolayısıyla reklamın gücünün artması, modanın topluma yön vermesi ve evrensel standartlaşmaya doğru yol alınmasıdır. Bun göre postmodern çağda insanların görüş ve inançları medyanın onlara sunduğu imajlar çerçevesinde şekillenmektedir. Gerçeklik diye algıladıklarımız aslında bize sunulmuş olan kurgulardır. Tüketim odaklı bu çağda medyanın gücü ile moda toplumda bir baskı unsuru olmakta ve modaya uymamak toplumsal olarak dışlanmayı göze almak anlamına gelmektedir. Moda ve tüketim birbirini tamamlayan bir döngüye sahiptir. Keyifli ve hareketli olan bu döngüye girmek işlevselliğin sonunun mu geldiği sorusunu da beraberinde getirmektedir.⁹¹

Postmodern dönemde sağlık alanı reklam ve tüketim kültürünün etkisi altında şekillenmektedir. Toplumun tanınmış simaları üzerinden sağlık, güzellik formları pazarlanmaktadır. Şişmanlık hastalıklarının en büyük sebeplerinden biri olduğundan dolayı bireylerin formda olmak, bunun için spor yapmak, dengeli beslenmek gibi görevleri vardır. Bunun için diyetisyenler, spor merkezleri hizmet vermeye hazırdır. Tüketiciler sağlığını kaybetme ve buralara harcama yapma arasında tercihe

⁸⁸ Walsh, **Foundations in Nursing and Health Care: Introduction to Sociology for Health Carers**, s.43.

⁸⁹ Baloğlu, a. y.

⁹⁰ Cırhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, s. 90.

⁹¹ Abdullah Özbolat, "Postmodern Dönemde Bedenin Tüketim Temelinde Yeniden İnşası", **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi**, www.Esosder.Org, C. X, No:38, 2011, s.317-334.

zorlanmaktadır. Bu düşünce hastalandığında doktora vermektense parayı sağlıklı kalmak için harca şeklinde sloganlaştırılmaktadır. Illich bu yaklaşımı “yeni dolandırıcıların seyyar satıcılığı” olarak nitelendirmektedir. Bu süreçte kadının naifliği ve kırılganlığı yerine fiziksel olarak aktif, sportif kadın imajı yüceltilmektedir.⁹²

Ivan Illich’in tıp mesleği ile ilgili başka eleştirileri de vardır. Illich için tıp mesleği hem bireysel olarak hem de toplum için son derece zararlıdır. Tıbbi müdahaleler, ilaçların yan etkileri modern zamanların en hızlı yayılan, salgın şeklindeki hastalık ve ölüm nedenidir.⁹³ İyatrojenik etki olarak adlandırılan bu durum hekim veya sağlık personelinin tanı veya tedavi işlemleri sırasında ortaya çıkan istenmeyen etkileri ifade etmektedir.⁹⁴

Illich iyatrojenik etkiyi üç şekilde ele almaktadır. Birincisi klinik iyatrojenik etki olarak tanımladığı, aldıkları ilaç veya geçirdikleri ameliyattan, bakım ve tedavilerindeki hatalardan ve hastanede yakalanılan enfeksiyonlar nedeniyle hastalarda oluşan fiziksel ve duygusal hasarı içerir.⁹⁵

İkincisi sağlık uygulayıcılarına karşı artmış olan malpraktis davaları nedeniyle sigorta şirketlerine tazminat ödemek zorunda kalmamak için hekimlerin defansif tıbbı yönelmeleriyle ilgilidir. Yetersiz teşhis ve tedavi uygulamak suçlamasıyla karşılaşmamak için mesleğini daha güvenli bir alanda uygulamak isteyen hekimler gereksiz biyopsiler, görüntüleme yöntemleri, tahliller yaptırmakta, bunların sonuçlarına göre de gereksiz ilaç kullanımı ve operasyonlar yapılmaktadır.⁹⁶ Bu dönemde tıbbın elinde tuttuğu güç sayesinde insanlar sadece ilaçlara değil, tıp mesleğine de bağımlı hale gelmektedir. Böylece sosyal iyatrojenez denilebilecek bir durum olan, sadece hastalıklarımızı değil aynı zamanda kişiler arası çekişme, çocuk

⁹² A.y.

⁹³ Ivan Illich, **Sağlığın Gaspi**, Çev. Süha Sertabiboğlu, 2. bs., İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 2011, s. 36.

⁹⁴ Türk Cerrahi Sözlüğü, <http://www.turkcerrahi.com/tip-sozlugu/iatrojenik/> (Çevrimiçi) 7.11.2018.

⁹⁵ Illich, **Sağlığın Gaspi**, s. 27.

⁹⁶ A. e., s. 30.

yetiştirme pratikleri, cinsel yetersizlikler, mutsuzluklar ve yaşam tarzı seçimlerimizin yan etkilerini sıralamak için de doktorları kullanma eğilimi artmaktadır.⁹⁷

Bu dönemde tıbbi söylem insan kültürünün altyapısına ve içeriğine sızarak tıbbi olmayan alanlar medikalleşme yoluyla birer sapma olarak tıbbın alanına girmektedir. Bu bağımlılıklar tıp mesleğini son derece güçlü kılmıştır. Doktorlar modern zamanların kendilerinden şüphe duyulmayan kutsal liderleri haline gelmişlerdir.⁹⁸ Illich klinik ve sosyal iyatrojenezin insan hayatının her alanında tıbbi otorite yerleşmesine yol açtığını, bireyin özerk karar verme becerisini yitirdiğini öne sürmekte ve hayatlarımızı nasıl organize ettiğimize dair tıbbi müdahalenin bu son ürününü kültürel iatrojenez olarak tanımlamaktadır. Kültürel iyatrojenez bireyi güçsüzleştirmekte ve insanlar yaşamları hakkında kişisel kararlar veremez duruma getirmekte ya da acı, ıstırap ve ölümü yaşamın kaçınılmaz bir parçası olarak deneyimleyemeyen duruma getirmektedir. Dolayısıyla, insanlar kendi insanlıklarından, doğalarından ve gerçekliğinden ayrılmaktadırlar.⁹⁹

Postmodern dönemde beden kendisine mahkum olunan bir kalıp olmaktan çıkmış istenildiğinde değiştirilmesi olası bir alana dönüşmüştür. Bireyler kendilerine pazarlanan güzellik anlayışı çerçevesinde beğenmedikleri yerlerini estetik ameliyatlar, kozmetik uygulamalarla değiştirebilme özgürlüğüne sahiptirler. Artık bu dönemde yaşlanma hayatın olağan bir döngüsü olarak düşünülüp kabullenilmekten çıkmıştır. Yaşlanma mümkün olduğunca geciktirilmeli, yaşlanmanın izlerini ortadan kaldırmak için önünde duran tüm seçeneklerden faydalanılmalıdır. “insan hissettiği yaştadır” yaklaşımı yaşlıların kendi kuşaklarının kültür anlayışını reddetmelerinin bir göstergesi olmaktadır. Yaşlılar kendi yaşlarının gereği olarak giymeleri beklenen kıyafetleri, takıları değil de genç kuşağın giyim kuşam kültürünü tercih etmektedirler. Medyanın da etkisiyle yaşlar arasındaki farklar ve sınırlar kaldırılmaya çalışılmaktadır. Bu hedefe ulaşmak, sağlıklı bir vücuda sahip olmak ve sağlığı tehdit eden risklerden uzaklaşmak için bireyler gerekli harcamaları yapmak zorundadır.

⁹⁷ A. e., s. 81.

⁹⁸ A. e., s. 39.

⁹⁹ A. e., s. 87.

Yani postmodern dönemde hedeflenen amaçlara ulaşmak ancak tüketim toplumunun bir parçası olmakla mümkündür.¹⁰⁰

Postmodern düşünce her ne kadar modern tıp uygulamalarına eleştirel bir bakış açısı getirmiş olsa da insanların sağlık sorunlarının çözülebilmesi için hala modern tıbbın uygulamalarına ihtiyaçları vardır. Bu nedenle sağlık alanında hali hazırda moderniteden vazgeçilmesinden söz edilemeyeceği ve günümüzde modern ve postmodern dinamiklerin birlikte işlemekte olduğu bir toplum yapısından söz etmenin mümkün olduğu belirtilmektedir.¹⁰¹

1.3. Ağız ve Diş Sağlığı

1.3.1. Ağız Diş Sağlığı ve Genel Sağlık İlişkisi

Ağız ve diş hastalıkları dünya genelinde en yaygın kronik hastalıklar arasında yer almaktadır. Bu hastalıklar dişlerin çürümesi, diş çevre dokularını ilgilendiren hastalıklar ve bunlara bağlı oluşan diş kayıpları, ağız ve boyun bölgesindeki kanserler, ağız mukozası hastalıkları ve çene yüz travmaları gibi hastalıklardır. Ağız ve diş hastalıkları dünya genelinde görülme sıklığının fazla olması, bireyler ve toplum üzerinde etkisinin fazla olması ve tedavi maliyetlerinin yüksek olması nedeniyle bir halk sağlığı problemidir.¹⁰²

Ağız ve diş sağlığı genel kanının aksine vücudun sadece bu bölgesini etkilememektedir. Aksine genel sağlığın en önemli bileşenlerindendir. Ağız sağlığı sağlıklı dişlere sahip olmaktan daha öte bireysel ve toplumsal olarak sağlıklı olmanın ve yaşam kalitesinin bir göstergesidir.¹⁰³ Ağız ve diş sağlığı genel sağlıktan bağımsız değildir. Ağızdaki enfeksiyonlar sadece ağız içini etkilememekte, bakterilerin toksik

¹⁰⁰ Cirhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, s. 91.

¹⁰¹ A. e., s. 95.

¹⁰² Aubrey Sheiham, “Oral Health, General Health and Quality of Life”, **Bulletin of the World Health Organization**, C. LXXXIII, No: 9, 2005, s. 644-644., Türk Periodontoloji Derneği, <http://www.turkperio.org/haber-detay/agiz-genel-saglik-iliskisi-22.html> (Çevrimiçi) 28.11.2018.

¹⁰³ Donald L Patrick v. d., “Reducing Oral Health Disparities: A Focus on Social and Cultural Determinants”, **BMC Oral Health**, C. I, No: 4, 2006.

ürünlerinin kan dolaşımına katılmasıyla bireyin genel sağlığını da etkilemektedir. Yapılan çalışmalar diş eti iltihabına sahip bireylerde bazı sistemik hastalıkların gelişme riskinin arttığını göstermiştir. Artan bu riskin tıbbi risk faktörlerinden bağımsız olduğu ve diş eti iltihabının şiddetiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmalar sonucunda diş eti iltihabının diyabet, kalp-damar hastalıkları, ateroskleroz, bazı solunum sistemi hastalıkları ile ilişkili olduğu,¹⁰⁴ kadınlarda meme kanseri riskini artırdığı¹⁰⁵ ve dişeti hastalığı olan hamile kadınların erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme ihtimalini artırdığı saptanmıştır.¹⁰⁶

Ağız sağlığının ihmal edilmesinin olumsuz etkileri kısa sürede kendini göstermemektedir. Dişlerde çürük oluşması veya dişeti hastalığının gelişmesi zaman alan bir süreçtir. Bu nedenle bu durum ile ilgili kişisel farkındalığın gelişmesi ancak hastalık ilerleyip kişiye fiziksel rahatsızlık verdiğinde oluşmaktadır. Bu rahatsızlıkların ardından oluşan farkındalık sonucunda ağız bakım alışkanlıklarının değiştirilmesi kişinin sorununun çözümünde yeterli olmamakta ve oluşan hastalıkların tedavi edilmesi gerekmektedir.

Dişler ağızda çiğneme, konuşma ve estetik olmak üzere üç temel fonksiyona sahiptir. Ağıza alınan yiyecekler dişlerle koparılıp çiğnenmeye başlar ve ağız ortamındaki enzimler sayesinde de sindirim başlamış olur. Konuşma işlevi ağızdan çıkan seslerin dişler ve çevre dokular sayesinde harf, hece ve kelimelere dönüşmesiyle gerçekleşir. Dişlerde ve çevre dokularda oluşan problemler ve dişsizlik konuşma bozukluklarına yol açmaktadır. Bunların yanı sıra dişlerin varlığı ağız ve yüz estetiğinin ayrılmaz bir parçasıdır.

¹⁰⁴ Gülser Kılınç, Türkan Günay, “Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri”, **Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Tıp Fakültesi Dergisi**, C.XXIV, No.3, 2010, s.132., Türk Periodontoloji Derneği, <http://www.turkperio.org/haber-detay/agiz-genel-saglik-iliskisi-22.html> (Çevrimiçi) 28.11.2018.

¹⁰⁵ Jo L. Freudenheim, v. d. “Periodontal Disease and Breast Cancer: Prospective Cohort Study of Postmenopausal Women.”, **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.**, C.XXIV, No:1, 2016, s. 43-50., Jun Shao, v. d., “Periodontal Disease and Breast Cancer: A Meta-Analysis of 1,73,162 Participants”, **Front Oncol.**, C.XII, No:8, 2018, s. 601.

¹⁰⁶ Amare Teshome, Yitayeh Gelaw, “Relationship Between Periodontal Disease and Preterm Low Birth Weight: Systematic Review”, **The Pan African Medical Journal**, C.XXIV, No:1, 2016, s.215.

Diş çürüğü diş sert dokularının yıkımı ile karakterize olan bir hastalıktır. Bu şekilde diş yapısının bütünlüğü bozulmakta ve diş madde kaybına uğramaktadır. Diş çürüğünün oluşmasını kolaylaştıran bazı bireysel faktörler bulunmaktadır. Bunlar sistemik hastalıklar, dişlerin morfolojik yapısı, diş dizisindeki pozisyonu, tükürüğün yapısı gibi faktörlerdir. Bu gibi kolaylaştırıcı unsurlar olmasına rağmen diş çürüğünün oluşması için dört faktörün birarada bulunması gerekmektedir. Bunlar diş doku, bakteriler, çürük yapıcı gıdalar ve zamandır. Yani dişlerin çürüyebilmesi için ağızda belirli gıdaların ve çürük yapıcı bakterilerin belirli sürede bulunması gerekmektedir. Diş fırçalama, diş ipi kullanımı vb. ağız bakım uygulamaları ile çürük yapıcı besinlerin dişlerin üzerinden uzaklaştırılması ile çürük oluşumu ve dişeti hastalıkları engellenebilmektedir. Bu da ağızdaki en önemli iki hastalık olan diş çürüğü ve dişeti hastalığının ortaya çıkmasında bireysel sorumluluğun önemini göstermektedir.¹⁰⁷ Diş çürüğü gibi engellenmesi büyük oranda mümkün olan bir hastalığın dünyadaki en yaygın kronik hastalık olması bu bireysel sorumluluğun yerine getirilememesi ile yakından ilişkilidir. Bu sorumluluğun yerine getirilmesi ise ancak ağız diş sağlığı ile ilgili farkındalığın oluşması ile mümkündür. Bu farkındalığın oluşması bireylerin eğitim ve kültürel durumu, sosyo-ekonomik statüsü, yaşam koşulları gibi faktörlere bağlıdır.¹⁰⁸

1.3.2. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Tarihte diş tedavilerinin M.Ö. 7000 yıllarında yapılmaya başlandığı bilinmekle beraber ¹⁰⁹ diş hekimliğinin bağımsız bir meslek olarak ortaya çıkışı 18. yüzyılda gerçekleşmiştir. Ülkemizde de modern diş hekimliğine geçiş 19. yüzyılda başlamıştır. Önceleri tıp eğitimiyle beraber yürütülen diş hekimliği hizmetleri 28

¹⁰⁷ Mayooran Balakrishnan, Robin s. Simmonds, John R. Tagg, “Dental Caries is a Preventable Infectious Disease”, **Aust Dent J**, C. XLV, No:4, 2000, s.235- 45., Ole Fejerskov, Edwina Kidd, **Dental Caries. The Disease and Its Clinical Management**, 2. bs., Copenhagen, Blackwell Munksgaard, 2008, 210-5.

¹⁰⁸ Michael G. Marmot, R. Bell, “Social Determinants and Dental Health”, **Adv Dent Res**, C. XXIII, No: 2, 2011, s. 201-206.

¹⁰⁹ Türk Diş Hekimleri Birliği, “Diş Hekimliği Tarihçesi”, http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=22 , (Çevrimiçi) 30.11.2018.

Ekim 1909'da Dişçi Okulu'nun kurulmasıyla bağımsız bir disiplin olarak eğitim sisteminde yer almıştır. 1928'de çıkan "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun"'un 30. maddesi dişhekimliği uygulama yetkisini yalnızca Dişhekimliği Okulu'ndan mezun olanlara vermektedir. Bu kanun ile hem diş hekimliği mesleği bir disiplin altına girmeye başlamış hem de diş hekimliği eğitiminin gelişimi hızlanmıştır. 2010 yılında kanunun 29. maddesinde yapılan değişiklikle "Diş tabibi insan sağlığına ilişkin olarak dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunması, hastalıkların ve düzensizliklerin teşhisi, tedavisi ve rehabilite edilmesi ile ilgili her türlü mesleki faaliyeti icra etmeye yetkilidir" şeklinde tanımlanmıştır. Günümüzde ülkemizde 63 tanesi eğitim vermekte olan 86 diş hekimliği fakültesi bulunmaktadır.¹¹⁰

DSÖ 1987'de ağız diş sağlığı hizmetinin iki amacı olması gerektiğini belirtmiştir. Bunlardan birincisi insanların yaşam tarzını etkileyerek ağız diş sağlığı düzeyini iyileştirmek, geliştirmek ve hastalıkları önlemek, ikincisi de var olan hastalıkları olabildiğince erken teşhis ederek tedaviyi hastalığın ilerlemesini durdurmaya yönelik olarak uygulamak şeklindedir.

DSÖ, Dünya Diş Hekimleri Birliği (FDI) ve Uluslararası Diş Araştırmaları Birliği (International Association for Dental Research-IADR) 1999 yılında ağız ve diş sağlığı açısından ulaşılması gereken 2020 hedeflerini belirlemiştir. Buna göre ağız diş sağlığındaki problemlere karşı korunma programlarının geliştirilmesi ve bu konuda etkin olacak hizmetlerin başlatılması ve desteklenmesi kararı alınmıştır.¹¹¹ DSÖ 2003 yılında da Dünya Ağız Sağlığı Raporu'nda konuyla ilgili stratejisini açıklamıştır. Bu strateji ağız hastalıklarının önlenmesi ve ağız sağlığının iyileştirilmesi programlarının sağlık risklerinin ortaklığı nedeniyle genel sağlığa ilişkin iyileştirme programları içine entegre edilmesi şeklindedir. Ağız hastalıklarının da kapsamı içine alındığı DSÖ Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Genel Sağlığın İyileştirilmesi Bölümü ortak risk temelli bir yaklaşım uygulamaktadır. Buna göre kronik hastalıkların dünya çapında giderek artan şekilde sağlığı tehdit etmesi şekerli

¹¹⁰ A. e.

¹¹¹ Martin Hobdell, v. d., "Global Goals for Oral Health", *Int. Dent J*, C. V, No: 5, 2003, s.285-8.

yiyeceklerin aşırı tüketilmesi, tütün kullanımı gibi yaşam biçimlerine ve sağlıksız ortamlara bağlıdır. Ağız hastalıklarının oluşması da bu faktörlerden etkilenmektedir. Bu faktörler arasında yetersiz hijyen koşulları, temiz su kaynaklarına ulaşımındaki güçlükler nedeniyle ağız bakım alışkanlıklarının sağlanamaması ve flor eksikliği de sayılmaktadır.¹¹²

DSÖ'ne göre yaşam biçimi kişinin sağlık risklerinden kaçınma ya da onları kabul etme şeklindeki bireysel kararlarından çok yaşam koşullarıyla davranış biçimleri arasındaki ilişkiden doğan bir sosyokültürel fenomendir. Ortak risk faktörlerine sahip hastalıklara teker teker yaklaşarak koruyucu ve önleyici müdahale ve sağlık eğitimi çalışmaları kısa süreli sınırlı başarılar elde etmekte fakat sağlıktaki sorunların giderilmesine yardımcı olmamaktadır. Benzer şekilde ağız ve diş hastalıklarını ele alan çalışmalar dar, sınırlı ve ağız vücudun diğer parçalarından ayırarak planlanmaktadır. DSÖ bu yaklaşımın değiştirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu nedenle DSÖ ağız ve diş sağlığının geliştirilmesinin diğer sağlık programlarıyla entegre edilmesine önem vermekte ve ağız sağlığını genel sağlığın ayrılmaz bir parçası ve yaşam kalitesinin belirleyici bir faktörü olarak kabul etmektedir.

Avrupa'da Daha İyi Ağız Sağlığı Platformu'nun "Avrupa Ağız Sağlığı Durumu 2012" verilerine göre son 30 yılda diş çürüklerinin yaygınlık ve şiddetinde önemli düşüşler elde edilmiş olmasına rağmen ağız hastalıkları Avrupa'da önemli bir halk sağlığı sorunudur ve ağız sağlığındaki eşitsizlikler önemli boyuttadır. Platform pek çok üye ülkede ağız sağlığının ulusal toplum sağlığı programlarına entegre edilmemiş olmasına dikkat çekmektedir. Platform AB sağlığını yönlendiren otoritelere AB politikalarında 2020 için ağız sağlığında bu sorunları gidermeye yönelik bağlayıcı maddeler koyulması ve ağız sağlığındaki eşitsizliklerin azaltılması yönünde öneride bulunmuştur.¹¹³

¹¹² Türk Diş Hekimleri Birliği, "Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Yeni Yaklaşımlar", http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/basin_icerik.php?yer_id=5&id=64C, Çevrimiçi, 17.06.2018.

¹¹³ The Platform for Better Oral Health in Europe, "The State of Oral Health in Europe; Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe",

Bu çerçevede Türkiye için de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2013-2017 stratejik planında şu hedefler belirlenmiştir:

- 1) Koruyucu diş sağlığı hizmetlerinin kullanımını artırmak
- 2) Koruyucu diş sağlığı programını iyileştirmek ve uygulamak
- 3) Koruyucu diş sağlığı hizmetlerinin önemi konusunda farkındalık oluşturmak için toplumda rol model olan kişilerin destek vereceği etkinlikler düzenlemek
- 4) Koruyucu diş sağlığı hizmetlerinin önemi konusunda farkındalık oluşturmak için özel gün ve haftalarda etkinlikler düzenlemek.¹¹⁴

Yukarıda görüldüğü üzere gerek dünyada gerekse ülkemizde toplumun ağız ve diş sağlığını iyileştirmenin ancak koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılması ile mümkün olacağı kabul edilmiş ve buna yönelik hedefler belirlenmiştir. Bununla beraber bir yandan toplumda var olan ağız ve diş sağlığı sorunlarının çözümü için tedavi edici hizmetlerin sunulması da bir zorunluluktur. Ülkemizde diş hekimliği alanında ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetler verilmektedir. Koruyucu uygulamalar için diş hekimine başvuru alışkanlığı yaygınlık kazanmamıştır. Diş hekimine başvuru nedenleri arasında ilk sırayı ağrı şikayeti alırken herhangi bir şikayeti olmayanların başvuru sıklığı %9 olarak görülmektedir.¹¹⁵ Benzer şekilde bir araştırmada da “Mecbur kalmadıkça diş hekimine gitmem” diyenlerin oranı da %84,4 olarak belirlenmiştir.¹¹⁶

Ülkemizde ağız ve diş sağlığı hizmetleri Sağlık Bakanlığı’nın taşra hizmet birimlerinden hastaneler (diş hastaneleri dahil), ağız-diş sağlığı merkezleri ve semt poliklinikleri ile ilçe devlet hastaneleri tarafından verilmektedir. Üniversitelerde ağız

<http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf> , (Çevrimiçi) 28.11.2018.

¹¹⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013 – 2017, <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/9843,saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf>, (Çevrimiçi) 28.11.2018.

¹¹⁵ İnci Oktay, Gülçin Bermek Saydam, Ferda Doğan, “Sıfır çürük hayal mi?”, **Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi**, No: 79, Ek/Bilecik Projesi, 2004.

¹¹⁶ Osman Hayran, v.d., “Sağlık Bakanlığının ve SSK Tarafından Verilen Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma ve Hasta Memnuniyeti Araştırması”, **Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları Araştırma Dizisi 2**, 2000.

ve diş sağığı hizmetleri diş hekimliğı fakülteleri, hastaneler ve ağız-diş sağığı polikliniklerinde verilmektedir. Özel sektörde ise hastaneler (diş hastaneleri dahil), ağız-diş sağığı merkezleri ve poliklinikler tarafından verilmektedir.

2017 verilerine göre Türkiye’de 31.684 diş hekimi hizmet vermektedir. Bu diş hekimlerinin %55’i serbest çalışmakta, %31’i Sağlık Bakanlığı, %12’si diş hekimliğı fakülteleri %2’si de diğer kurumlarda hizmet vermektedir. Ülkemizde diş hekimi başına 2.551 hasta düşmektedir.¹¹⁷ 35-44 yaş aralığındaki bireylerin %75,8’inin ağızda en az bir çürük diş bulunmaktadır. Türkiye’de diş hekimine gitme sıklığı yılda 0,9 iken Avrupa’da yılda 5 kez olduğu görülmektedir.¹¹⁸

2016 yılı verilerine göre ülkemizde kişi başına düşen diş macunu tüketimi yılda 89 g’dır. Macun tüketimi 2007 yılında Almanya’da 457, ABD’de 400 g olmuştur. Türkiye’de diş fırçası kullanımının da kişi başına yılda bir adet olduğu görülmektedir.¹¹⁹ Doğru bir ağız bakımı yapabilmek için diş fırçasının 3-4 ayda bir yenilenmesi gerekmektedir. Bu da yılda 3 veya 4 diş fırçası satın alınması anlamına gelmekte iken yılda bir adet fırça kullanımı ağız bakım alışkanlıklarımız hakkında bir fikir vermesi açısından önemlidir.

1.3.3. Ağız ve Diş Sağlığının Toplumsal Boyutu

Günümüzde iletişim araçlarının ve sosyal medyanın yaygınlaşması toplumun her konuda olduğu gibi ağız ve diş sağığı ile ilgili bilgi ve verilere de kolaylıkla ulaşmasını mümkün kılmaktadır. Bilgiye ulaşmanın kolaylığı insanların yaşamlarını ilgilendiren konularda bilinçlenmesine neden olmaktadır. Bununla beraber yapılan araştırmalar erişkinlerin ağız ve diş sağığı algılarının cinsiyet, yaş, sosyo-ekonomik statü, eğitim, medeni durum ve kentte yaşam süresi gibi sosyo-demografik

¹¹⁷ Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2017 Nüfus Sayım Sonuçları, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 (Çevrimiçi) 25.05.2019.

¹¹⁸ Türk Diş Hekimleri Birliği, “Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili”, 2004. http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=96, (Çevrimiçi) 28.11.2018.

¹¹⁹ Türk Diş Hekimleri Birliği, “Diş Macunu ve Fırça Kullanım Oranları”, http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=148, (Çevrimiçi) 28.11.2018.

faktörlerden etkilendiğini göstermiştir.¹²⁰ Örneğin diş fırçası, diş macunu ve diğer diş bakım ürünlerinin satın alma kararını özellikle genç yaş gruplarında birinci sırada marka, ikinci sırada beyazlık/estetik beklentiler belirlemektedir.¹²¹

Günümüzde hasta-hekim ilişkileri Parsons'un tanımladığından çok farklı yürümektedir. Parsons'un tanımladığı hasta rolüne göre hekime başvuran hastalarla doktorları arasında hiyerarşik bir ilişki söz konusudur. Hasta hekimin tavsiye ettiği tedaviyi sorgulamadan kabul etmek ve bir an önce iyileşme görevini yerine getirmek için onun tavsiyelerine harfiyen uymak zorundadır. Ancak günümüzde ağız ve diş sağlığı ile ilgili çeşitli kaynaklardan edindikleri ön bilgilerle diş hekimine başvuran hastaların beklentileri, tedaviye katılımları farklı olabilmektedir. Hekimin hasta için uygun tedaviyi seçmesi ve hastanın bunu sorgulanmadan kabul etmesi birçok nedenden dolayı mümkün olmamaktadır. Günümüzde olduğu gibi geçmişte de hastaların diş hekimlerine en sık başvuru nedenleri ağrı şikayetidir. Ancak önceki yıllarda tedavi seçenekleri kısıtlı idi ve ağrıya neden olan dişin tedavisi genellikle dişin çekilmesi şeklinde olmaktaydı. Fakat diş hekimliğindeki gelişmeler sonucunda hastaya uygulanabilecek tedavi seçeneklerinin artmış olması ve bu tedavilerin maliyet unsurunun da önemli olması tedavi yönteminin seçiminde hastanın katılımını zorunlu kılmaktadır. Ayrıca bazen de hastanın bir şekilde varlığından haberdar olduğu ve kendisine uygulanması talebiyle geldiği tedavi şekli kendi ağız ve diş sorununu çözmekte uygun bir seçenek olmayabilmektedir. Bu nedenle hasta için hangi tedavi seçeneklerinin uygun olduğunun diş hekimi tarafından açıklanması gerekmektedir.

Hastaların tedavi seçenekleri ile ilgili katılımcı olmalarının diş hekimleri tarafından desteklenmesinin bir başka gerekliliği daha sözkonusudur. Hekimler

¹²⁰ Kadriye Bahtışen Peker, "Kentli Erişkinlerde Ağız Diş Sağlığı Algısı ve Sağlık Davranışının İncelenmesi", Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2005.

¹²¹ Şeyma Bohur, "Diş Fırçası ve Diş Macunu Dışında Kalan Ağız Bakım Ürünlerinin Satın Alınmasına İlişkin Tüketici Davranışlarının İncelenmesi", Yayınlanmamış Bitirme Tezi, İstanbul, 2011.

malpraktis* uygulamaları nedeniyle bazı hukuki sorunlarla karşılaşabilmektedir. Kanunen hastalara tedavileriyle ilgili başlarına gelebilecek tüm olumsuzluklarla ilgili bilgilendirme yapılması gerekmektedir. Tedavinin tüm risklerinin açıklandığı “aydınlatılmış onam formu”nun hastaya imzalatılması için hekim hastasına bu bilgileri aktarmak zorundadır. Bu şekilde tedavinin avantaj ve dezavantajlarını öğrenen hasta aslında bir bakıma riski de paylaşmaktadır. Bununla beraber yapılacak tedavinin belirlenmesinden sonra tedavinin başarısı hasta hekim arasında hiyerarşik ilişkinin korunmasıyla mümkün olmaktadır. Hasta hekiminin önerilerine ne kadar uyarsa tedavinin başarılı olma şansı o oranda yüksek olmaktadır.

Parsons’a göre hekimlik mesleği kar amacı güdülmeden topluma hizmet amacıyla yapılması gerekmektedir.¹²² Ancak günümüzde her ne kadar tüm hekimler gibi diş hekimleri de hastalarının sağlığına kavuşması için tüm bilgi ve becerilerini kullanmakta ise de gelişmiş teknolojinin hastalara sunulabilmesi yüksek maliyetlerle mümkün olmaktadır. Özellikle diş hekimliği alanında çok hızlı bir şekilde yeni cihaz ve ürünler geliştirilmektedir. Uzun süren eğitim hayatlarının ardından hastalarına en iyi tedavileri uygulamak isteyen diş hekimleri yaptıkları yüksek maliyetli yatırımları karşılayabilecek bir gelire sahip zorundadırlar. Bu da hekimlerin ekonomik imkanları daha yüksek olan hasta grubunu hedeflemelerine veya yeni ürün ve teknolojileri geniş kitlelere tanıtarak talep oluşturmaya çalışmalarına yol açmaktadır. Burada çatışmacı yaklaşımı benimseyen Relman’ın “Tıbbi-endüstriyel kompleks” olarak bahsettiği yapının gerçekliği görülmektedir.¹²³ Relman’ın da dikkat çektiği üzere bu dönemde bazı sağlık hizmetlerinde olduğu gibi yüksek maliyetli diş hekimliği hizmetlerinin de toplumun tüm kesimlerine ücretsiz olarak ulaştırılması mümkün olmamaktadır. Bu ancak maliyeti bireysel olarak karşılanarak ulaşılabilen bir hizmet olmaktadır. Waitzkin de yüksek maliyetli bu teknolojik tedavilerin sağlık

* Malpraktis: Hekimin tıbbi girişim sırasında deneyimsizlik, bilgisizlik veya özensizlik sonucu oluşan zarar.

¹²² White, **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**, s. 33.

¹²³ Şavran, **Toplumsal Eşitsizlikler Ve Sağlık: Eskişehir’de Sosyolojik Bir Araştırma**, s. 27.

ihtiyaçlarımız açısından rasyonel olmadığını belirtmektedir.¹²⁴ Nitekim günümüzde gelişmiş ülkeler dahil olmak üzere dış tedavilerinde devletin sağladığı sosyal güvencenin tüm tedavi seçeneklerini karşılamadığı görülmektedir. Birçok ülkede estetik amaçlı tedaviler ve yeni teknoloji ürünü yüksek maliyetli tedaviler devlet tarafından karşılanmadığı gibi özel sigorta şirketleri de dış tedavileri için yüksek prim ödemeleri istemektedir. Toplumun tüm tedavi ihtiyaçları göz önünde bulundurulduğunda ve teknolojinin bu kadar hızlı geliştiği bir dünyada devletin bu tür tedavilerin tamamına kaynak ayıramaması oldukça anlaşılır bir durumdur.

Postmodern dönemin karakteristik özelliklerinden olan reklam ve tüketim kültürü sağlık sektörünü de etkisi altına almıştır. Bu dönemde genç ve güzel görünmek insanların en önemli arzusudur. Büyük oranda piyasa koşullarına göre şekillenmekte olan sağlık sektörü de insanların bu zaaflarından faydalanmakta ve talep oluşturmaya yönelik faaliyetlerde bulunmaktadır. Ülkemizde kanunlarımız sağlık sektöründe reklama izin vermemektedir. Sosyal medyanın denetlenebilirliği sınırlı olduğundan dolayı hekimlerin bu mecrada reklam yaptıkları veya hasta potansiyellerini artırmak amacıyla tedavilerle ilgili bazı promosyonlar yaptıkları görülmektedir. Bunun yanı sıra kitle iletişim araçlarında açık bir şekilde reklam yapılması mümkün olmamaktadır. Bunun sonucu olarak hekimlerin sosyal medya ve radyo, televizyon gibi kitle iletişim araçlarında bilgilendirme adı altında örtülü reklam yapmaları söz konusu olmaktadır. Bazen hekimler televizyon kanallarında yapılan sağlık programlarına katılmak için belirli ücretler ödemektedir. Bu noktada sağlık konuları ile ilgili bilgilendirme ile talep yaratma amacının ayırtedilmesi güçleşmektedir. Sağlığın piyasa koşullarına göre şekillendiği bu dönemde bazen sağlık kurumlarına başvurular artık hasta değil müşteri olarak görülmektedir. Aslında bir açıdan bu çok yanlış da değildir. Burada medikalizasyondan bahsetmek mümkündür. Çünkü sağlık kurumlarına başvuranların bir kısmı gerçekten hastalık nedeniyle başvurmamaktadır. Hayatın normal kabul edilen sorunlarının tıbbi sorun olarak kavramsallaştırması ile oluşturulan yapay talebin etkisiyle tıbben ihtiyaçları olmayan işlemleri yaptırmak üzere buralara başvurmaktadırlar.

¹²⁴ A.e.

Diş hekimliği alanı da sağlık alanındaki bu yaklaşımdan uzak değildir. Bazı diş hekimlerinin web sitelerinde veya medyada kendilerini eğitim sistemimizde yer almayan “estetik diş hekimi” şeklinde bir ünvanla tanımladıkları görülmektedir. Elbette diş hekimliği estetik yönü yüksek olan bir hekimlik alanıdır. Diş hekimliğinin birçok uzmanlık alanı estetik uygulamalarla iç içedir. Ancak hekimlerin mesleklerinin estetik yönünü ön plana çıkarmaları aslında tıbben gereklilik olmayan bazı uygulamalara ilişkin talep artırmaya yönelik bir çaba olarak değerlendirilebilir. Artık medyada gülüş tasarımı, dişeti estetiği, pembe estetik, diş beyazlatma gibi kavramlar sıklıkla duyulmaya başlanmıştır. Bu tür bilgilendirmelerin yarattığı talep artışı sonucunda diş hekimlerine estetik taleplerle başvurular da artmıştır. Hastaların bir kısmını dişlerine estetik amaçla protez yaptırmak, mücevher taktırmak veya dişlerini beyazlatmak isteyen bireyler oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra önceki yıllarda daha çok çocuk yaştaki hastalara yapılan ortodontik tedaviler yetişkinlere de yaygın bir şekilde uygulanmaya başlamıştır. Bu estetik talebin artmasının yanı sıra günümüzde ortodontik tedavi imkanına ulaşılabilirliğin de kolaylaşmasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca on yıllar öncesinde sadece estetik amaca yönelik olduğu için pahalı olarak görülen ortodontik tedaviler veya estetik uygulamalar ancak ekonomik düzeyi yüksek kesimler tarafından yapılmaktaydı. Düşük gelir düzeyindeki aileler çocuklarına devlet kurumlarında uzun bekleme süreçleri sonucunda veya dişlere tıbbi olarak ortodontik tedavi yapılmasının zorunlu olduğu durumlarda şartlarını zorlayarak yaptırmaktaydı. Fakat günümüzde estetiğe artan talep sonucunda orta seviyede ekonomik şartlara sahip kesimler de şartlarını zorlayarak estetik amaçlı tedaviler yaptırmaktadır. Diş hekimliği hizmetlerine başvuru nedenlerinin farklılaşması sonucunda sadece estetik uygulamalar için hekime başvuran hastaların talep ve beklentileri hasta hekim ilişkisinin sınırlarını zorlayabilmektedir. Bazen hastalar estetik beklentilerine odaklandıklarında gerçek diş sorunlarını göz ardı etmektedir. Hekim bir yandan hastanın taleplerini karşılamaya çalışmakta aynı zamanda ağız ortamının uyum ve bütünlüğünü bozmayacak, hastanın temel fonksiyonlarını yerine getirmesine engel teşkil etmeyecek uygulamalar yapmaya çalışmaktadır. Bu da kimi zaman hasta- hekim ilişkisinde çatışma alanları oluşturmaktadır.

Diş hekimliğı ile ilgili yapılan estetik uygulamalar genellikle kişinin kendini daha iyi hissetmesi amacıyla yaptırılmakla beraber bazı çevrelerde ünlü ve medyatik hekimlere dişini yaptırmış olmak bir statü göstergesi olarak da görölmektedir. Kimi zaman doğal görünümlü dişler yerine hastalar Holywood gülüşü olarak adlandırılan abartılı büyüklükte bembeyaz dişler yaptırmak istemektedir. Toplumun bir kesimi ihtiyacı olan temel diş sağlığı hizmetini almakta güçlük çekmekte iken bir kesiminin dişlerine çok para harcamış olduğunu göstermeye çalışması sağlık alanındaki eşitsizliklerin ağız ve diş sağlığı alanındaki bir göstergesi olmaktadır.



İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ VE AĞIZ-DİŞ SAĞLIĞI

Sağlık ve hastalık olgusu sağlığın sosyal modelinde değindiğimiz gibi toplumun sosyo-ekonomik yapısı ile yakından ilişkilidir. Toplum sağlığının geliştirilmesi amacıyla alınacak tedbirler ve yapılacak çalışmaların amacına ulaşabilmesi ancak sağlığı etkileyen bu sosyo-ekonomik faktörlerin anlaşılması ile mümkün olacaktır. Bu faktörler “sağlığın sosyal belirleyicileri” olarak adlandırılmaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir. Bunun yanı sıra bu faktörler sadece sağlığı etkilememekte, kimi zaman birbirlerini de etkileyebilmektedir. Yani sosyal alanda yaşanan bir olumsuzluk diğer bir olumsuzluğu da tetiklemekte ve var olan sağlık sorunlarının derinleşmesine yol açmaktadır.

Sağlığın sosyal belirleyicileri insanların doğdukları, yetiştikleri, yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları şartlardır. Bu şartlar ekonomik ve sosyal politikalar ile politik olgular tarafından şekillenmektedir.¹ Söz konusu belirleyiciler daha sağlıklı bir toplum yaratılması amacıyla politika yapıcıların kararları doğrultusunda yeniden tasarlanabilir ya da yenileri oluşturulabilir. Sağlıklı bir toplumsal hayatın sürdürülebilirliği için sosyal politikalar büyük önem taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre sağlığı olumsuz yönde etkileyen faktörler ve sağlığa ulaşabilirlikteki dengesiz dağılım “doğal” bir sürecin sonucu değil kötü sosyal politikalar ile adil olmayan ekonomik düzenlemelerin birleşiminin bir sonucudur.² Günümüzde refah düzeyi yüksek ülkelerde dahi toplumun gelir düzeyi düşük kesimlerindeki bireyler hastalıklara daha fazla maruz kalmakta ve beklenen yaşam süreleri toplumun zengin

¹ World Health Organization, “Key Concepts”, http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf , (Çevrimiçi) 15.05.2017.

² Commission on Social Determinants of Health, “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health”, **Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**, Geneva, World Health Organization, 2008.

kesimlerinden daha kısa olmaktadır.³ Bu önerme sağlık hakkından yararlanma açısından toplumsal farklılıklara ve toplumsal eşitsizliklere dikkat çekmektedir.

1978 yılında yayınlanan Alma Ata Bildirgesi'ne göre dünyada yüz milyonlarca insan kabul edilemez sağlık koşullarında yaşamaktadır. Bu nedenle sağlığa ve sağlık hizmetlerine ilişkin yeni yaklaşımların geliştirilmesi gerekmektedir. Bu yeni yaklaşım varlıklılarla yoksullar arasındaki uçurumun kapatılması ve sağlık kaynaklarının daha eşit bir dağılıma kavuşturulmasını öngörmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ekonomik ve sosyal politikalar bir çocuğun hayatta kalıp kalmayacağı, iyi yetişip yetişmeyeceği, iyi bir yaşam sürüp sürmeyeceği ya da yaşamının erken son bulup bulmayacağı konusunda belirleyici olmaktadır. Refah düzeyi yüksek ya da yoksul bir toplumun gelişmişliği nüfusunun sağlığının kalitesi, sosyal kapsamdaki sağlık hizmetlerinin ne kadar adil dağıtıldığı ve sağlık konusunda bireylere sağlanan güvenceler ölçüsünde değerlendirilmektedir.⁴ İfade edilen bu ölçütler makro politikalarla ilgilidir. Aynı zamandan bireylerin erken yaşamlarından başlayarak tüm yaşamlarını kapsayacak biçimde sağlığın sosyal belirleyicileriyle de ilgilidir.

Dünya Sağlık Örgütü sağlığın sosyal belirleyicilerini şu şekilde sınıflandırmaktadır:

- 1) Erken Yaşam
- 2) Küreselleşme
- 3) Sağlık Sistemi
- 4) Ölçme ve Kanıtlara Dayandırma
- 5) Kentleşme
- 6) Çalışma Şartları
- 7) Sosyal Dışlanma
- 8) Sosyal Güvence

³ Richard Wilkinson, Michael Marmot, **The Social Determinants of Health: The Solid Facts**, Ed. Richard Wilkinson, Michael Marmot, 2. bs., Copenhagen, WHO Regional Office of Europe, 2003, s. 7.

⁴ Özgür Topkaya, "Sosyal Politika Bağlamında Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi", **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C.XXI, No:2, 2016, s.707-22.

9) Toplumsal Cinsiyet⁵

2002 yılında da Kanada York Üniversitesi'nde düzenlenen “Yaşam Süresince Sağlığın Sosyal Belirleyicileri” (Social Determinants of Health Across the Life-Span) isimli konferansta sosyal belirleyicilere eğitim faktörü de eklenmiştir.⁶

2003 yılında Marmot ve Wilkinson ise sağlığın sosyal belirleyicilerini on başlık altında incelemişlerdir.⁷

- 1) Sosyal Tabaka
- 2) Stres
- 3) Erken Yaşam
- 4) Sosyal Ayrımcılık
- 5) Çalışma Şartları
- 6) İşsizlik
- 7) Sosyal Destek
- 8) Bağımlılık
- 9) Gıda
- 10) Ulaşım

Dünya çapında genel sağlıkta olduğu gibi ağız ve diş sağlığı konusunda da sağlığın sosyal belirleyicileri etkilidir. Sağlıklı bir topluma ulaşma hedefi ağız sağlığının iyileştirilmesinden bağımsız düşünülemez. Bunun için de öncelikle bu konuda hangi alanda eksikliklerin olduğunun tesbiti ve bunlardan korunma yöntemlerinin bilinmesi gerekmektedir. Bunları yapabilmek konu ile ilgili farkındalık yaratılması, bilimsel araştırmalar yapılarak gereken bilgi birikimine ulaşılması ile mümkündür. Ancak elde edilen bu bilgi birikimi ile harekete geçilerek sağlık alanında toplumsal bir iyileştirme yapılabilir.⁸ Elbette tam bir iyileşmeden

⁵ World Health Organization, Social Determinants of Health, http://www.who.int/social_determinants/themes/en/ , (Çevrimiçi) 17.05.2017.

⁶ Dennis Raphael, Toba Bryant, Ann Curry-Stevens, “Toronto Charter Outlines Future Health Policy Directions for Canada and Elsewhere”, **Health Promotion International**, C. XIX, No. 2, 2004, s. 269–273.

⁷ Wilkinson ve Marmot, **The Social Determinants of Health: The Solid Facts**.

⁸ Patrick, a. y.

bahsedebilmek için sađlđđın sosyal belirleyicilerinin iyi bilinmesi gerekir. Sađlđđın sosyal belirleyicilerinde sosyo-ekonomik faktörler temel başlıkları da oluşturur.

Günümüzde küresel olarak milyarlarca insan tedavi edilmeyen diş çürüklerinden muzdariptir. Diş çürüğü dünyada en yaygın, şiddetli diş eti hastalığı da en sık görülen altıncı hastalıktır. Sosyo-ekonomik faktörler genel sađlđđı etkilediği gibi ağız ve diş sađlđđını da etkilemektedir. Bunların yanı sıra baş ve boyun kanserleri gibi hastalıkların tedavisine, fissür örtücü* ve flor uygulamaları gibi koruyucu diş hekimliği hizmetlerine erişimde de toplumsal farklılaşmaya baalı eşitsizlikler olduğu görülmektedir.⁹

Sağlıkta biyomedikal yaklaşımın ağırlıkta olduğu dönemlerde sağlık profesyonelleri sistemik hastalıklarda olduğu gibi ağız ve diş hastalıklarının nedenlerini ve çözümünü de bu hastalıkların biyolojik ve davranışsal boyutunu ön plana çıkararak anlamaya çalışmaktaydı. Biyomedikal modele göre ağız ve diş hastalıklarının nedeni ağız bakım alışkanlıklarının yetersizliği, çürük yapıcı gıdaların tüketimi, sigara ve alkol kullanımı, floridlerin kullanılmaması ve diş sađlđđı hizmetlerine başvurulmamasıdır. Ancak insanlar bulundukları ortamdan tecrit edilmiş halde yaşamamaktadır. Bu biyolojik ve davranışsal etkilerin arkasında yatan çevresel ve ekonomik birçok faktör bulunmaktadır. Sağlıkta biyomedikal modelden uzaklaşıp sosyal modelin benimsenmesi ağız ve diş sađlđđı sorunlarının azaltılmasında biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyal faktörlerin de gözönünde bulundurulması gerektiğini ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle toplumun ağız ve diş sađlđđının geliştirilmesi ve sağlıktaki kimi eşitsizliklerin ortadan kaldırılması için sağlık profesyonelleri mikro düzeyde, sağlık organizasyonları ve politika yapıcılar

* Fissür örtücü: Diş çürüklerini önlemek amacıyla dişlerdeki çukurcuklara uygulanan reçine esaslı materyallerdir.

⁹ Bruce A. Dye, Li Xianfen, Gina Thornton-Evans, “Oral Health Disparities as Determined by Selected Healthy People 2020 Oral Health Objectives for The United States, 2009-2010”, **NCHS Data Brief.**, No. 104, 2012, s. 1–8., Murray W. Thomson, “Social Inequality in Oral Health”, **Community Dent Oral Epidemiol.**, C. XL, No:2, 2012, s. 28–32.

ise makro düzeyde olmak üzere sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanmak durumundadır.¹⁰

Ağız ve diş sağlğının bozulması kişinin sahip olduğu sistemik hastalıklara, bu hastalıklara bağlı olarak kullanılan ilaçlara, uygun olmayan beslenmeye veya koruyucu ağız bakımının olmamasına bağlı olarak gerçekleşmektedir. Tüm bu sayılan etkenler sağlğın sosyal belirleyicilerinde belirtilen faktörlerle bağlantılıdır. Özellikle yaşlılar ve çocuklar arasında diş çürüğü ve dişeti hastalıklarında artış görülmekte ve bu da hastalğın nedenlerinin kontrol altına alınamadığını göstermektedir.¹¹ Erken yaşamda ağız ve diş sağlğı problemleri ailenin bilgi düzeyiyle ve elbette ki sosyo-ekonomik durumuyla bağlantılıdır. Çünkü diş ve dişeti hastalıklarından korunmak beslenmenin düzenlenmesi, ağız bakım alışkanlıklarının edinilmesi ve ağız hijyeninin sağlanması ile mümkün olmaktadır. Ağız ve diş hastalıklarından bu tür kişisel çabalarla korunabilmenin mümkün olması bir yandan sevindirici bir durum olmakla beraber bunun bilincinde olmayan kişiler için de büyük bir risk alanı oluşturmaktadır. Bu konuda belirli bir bilinç düzeyine ulaşılması ve ağız bakım alışkanlıklarının edinilmesi ise çocukluk yaşamındaki koşullarla yakından ilişkilidir.¹²

Ağız ve diş hastalıklarının yaygınlığı, tedavi hizmetlerine ulaşımdaki zorluklar ve ağız sağlğı okur-yazarlığının düşük olması sosyal, politik, davranışsal

¹⁰ Richard Watt ve Poul Eric Petersen, “Periodontal Health Through Public Health – The Case for Oral Health Promotion”, **Periodontology** 2000, C. LX, No:1, 2012, 147–155., Michael Marmot, Martin John Shipley, Geoffrey Rose, “Inequalities in death – specific explanations of a general pattern?” **Lancet**, C.CCCXXIII, No.: 8384,1984, 1003–6., Wael Sabbah v. d., “The Role of Health-Related Behaviors in The Socioeconomic Disparities in Oral Health”, **Social Science & Medicine**, C. LXVIII, No: 2, 2009, s. 298-303., FDI, Oral health and the United Nations Political Declaration on NCDs. A guide to advocacy, http://www.fdiworldental.org/media/9465/oral_health_and_un_political_dec_on_ncds.pdf. (evrimii) 31.01.2019., FDI. Policy Statement Non-Communicable Diseases Adopted by the FDI General Assembly: 31 August 2012 – Hong Kong. <http://www.fdiworldental.org/media/11291/Non-communicable%20diseases-2012.pdf>. (evrimii) 31.01.2019.

¹¹ Thomson, a. y.

¹² Masoud Eisa Khajelou, Vahideh Zarea Gavvani, Mohammad Asghari Jafarabadi, “The Effect of Social Determinants on Oral Health Knowledge and Patient’s Bill of Rights”, **Dent Med Probl.**, C. LV, No: 2, 2018, s. 191-5.

ve tıbbi birçok nedene bağlıdır.¹³ Sistemik hastalıklarda olduğu gibi diş ve dişeti hastalıklarının da toplumdaki dezavantajlı kesimlerde görülmesi daha olasıdır.¹⁴ Bu durum refah seviyesi yüksek olan ülkelerde de farklı değildir. ABD, Kanada, İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde de düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kesimlerin diş ve dişeti hastalıklarına daha fazla yakalandıkları ve tedavi imkanlarına ulaşmalarının daha kısıtlı olduğu gösterilmiştir.

Bununla beraber yapılan birçok araştırma ağız ve diş sağlığının sadece yoksullukla ilişkili olmadığını, eğitim düzeyi, gelir, yaş, meslek, sosyal sınıf, yaşam alanı, kimi ülkelerde ırk ve etnik köken gibi sosyal faktörlerin de ağız ve diş sağlığının düzeyi ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir.¹⁵ 18-64 yaş arasındaki benzer sosyo-ekonomik durumdaki erişkinlerde yapılan bir çalışmada da sosyal güvenlik ve sağlık sigortası, düşük okuryazarlık düzeyleri, dişhekimliği hizmetlerinden faydalanma ve yüksek tütün tüketimi gibi diğer davranışsal

¹³ Marisol Tellez, Avi Zini, Saskia Estupiñan-Day, Social Determinants and Oral Health: An Update, **Curr Oral Health Rep**, C.I, No: 3, 2014, s.148–52.

¹⁴ Michael Marmot, Kevin Fenton, “Foreword”, **Social Inequalities in Oral Health: From Evidence to Action**, Ed. Richard G. Watt, v.d., England, UCL, 2015, s.4., Soren Jepsen, v. d., “Prevention and Control of Dental Caries and Periodontal Diseases at Individual and Population Level: Consensus Report of Group 3 of Joint EFP/ORCA Workshop on The Boundaries Between Caries and Periodontal Diseases”, **J Clin Periodontol**, C. XLIV, No: 18, 2017, s. 85–93.

¹⁵ Vahid Ravaghi, Carlos Quiñonez C, Paul J., “The Magnitude of Oral Health Inequalities In Canada: Findings Of The Canadian Health Measures Survey”, **Community Dent Oral Epidemiol.**, C. XLI, No: 6, 2013, s. 490-98., Wael Sabbah, v.d. “Social Gradients in Oral and General Health”, **J Dent Res**, C. LXXXVI, No: 10, 2007, s.992-96., F. Schwendicke, v. d., “Socio-Economic Inequality and Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis”, **J Dent Res**, C. XCIV, No:1, 2015, s.10-18., Georgios Tsakos, v. d., “Social Gradients in Oral Health in Older Adults: Findings from The English Longitudinal Survey of Aging”, **Am J Public Health**, C. CI, No:10, 2011, s.1892-99., Simone de Melo Costa, v. d., “A systematic review of socio-economic indicators and dental caries in adults”, **Int J Environ Res Public Health**, C. IX: No: 10, 2012, s. 3540-74., C.C. Guarnizo-Herreño, v. d., “Socio-Economic Position and Subjective Oral Health: Findings for The Adult Population in England, Wales and Northern Ireland”, **BMC Public Health**, C. IX, No:14, 2014, s. 827., J. Y. Lee ve Kimon Divaris, “The Ethical Imperative of Addressing Oral Health Disparities: A Unifying Framework”, **J Dent Res**, C. 93, No: 3, 2014, s. 224-30., Loc G. Do, “Distribution of Caries in Children: Variations Between and Within Populations”, **J Dent Res.**, C. XCI, No: 6, 2012, s. 536–43.

faktörlerin dişeti ve diğer ağız hastalıkları için önemli risk faktörleri olduğu gösterilmiştir.¹⁶

Bireylerin ağız bakım alışkanlıklarını kazanması öncelikle ailede kazanılan becerilerdendir. Ailenin yaşadığı ortam, ekonomik düzeyi, eğitim durumu, yerleşik bir düzeninin olması gibi sosyal belirleyiciler ailedeki erişkinlerin olduğu gibi çocukların da ağız bakım alışkanlıklarını kazanmasında etkili olmaktadır. Bu tür konularda dezavantajlı koşullara sahip bireylerin ağız bakım alışkanlıklarını edinmemeleri sonucunda ağız ve diş sağlıklarını korumaları da mümkün olmamaktadır.

Yine ağız sağlığının korunmasında düzenli diş hekimi kontrolü çok önemlidir. Bu şekilde oluşan sorunlar erkenden teşhis edilerek düşük maliyetlerle tedavi edilebilmektedir. Ancak ekonomik yetersizlikler, ağız diş sağlığı bilincinin olmaması veya sağlık kuruluşlarına ulaşmadaki zorluklar gibi sosyo-ekonomik nedenlerden dolayı tedavi edilemeyen bu sorunlar büyümekte ve ileriki aşamalarda gereken tedavilerin maliyetleri de artmaktadır. Bu durum zaten ekonomik güçlükler içinde olan bireylerin diş tedavilerini yaptırmalarını daha da zorlaştırmaktadır. Bu faktörler gözönünde bulundurulduğunda sosyal devletin güçlü olmasının özellikle toplumdaki dezavantajlı kesimlerin ağız ve diş sağlığının geliştirilmesinde büyük önemi olduğu görülmektedir.

Sistemik hastalıklar ile ağız ve diş hastalıklarına neden olan sosyal belirleyiciler birbirlerine benzerdir. Ortak biyolojik, davranışsal, psikososyal, çevresel ve sosyoekonomik risk faktörleri hem genel sağlık hem de ağız ve diş sağlığındaki eşitsizlikleri üretmektedir.¹⁷ Örneğin sigara kullanımı genel sağlık sorunlarına yol açtığı gibi dişeti hastalığı, baş, boyun ve ağız kanserlerinin

¹⁶ Barbara Bloom, v. d., “Oral health status and access to oral health care for U.S. adults aged 18-64: National Health Interview Survey”, **Vital Health Stat**, C.X, No. 253, 2012, 1-22.

¹⁷ Tim J. Newton, Elizabeth J. Bower, “The Social Determinants of Oral Health: New Approaches to Conceptualizing and Researching Complex Causal Networks”, **Community Dent Oral Epidemiol**, C. XXXIII, No: 1, 2005, s. 25-34., Poul Erik Petersen ve Stella Kwan, “Equity, Social Determinants and Public Health Programmes – The Case of Oral Health”, **Community Dent Oral Epidemiol**, C. XLIX, No: 6, 2011, s. 481 –487., Scott L. Tomar, “Social Determinants of Oral Health and Disease in U.S. Men”, **Journal of Men’s Health**, C. IX, No:2, 2012, s. 113-9.

gelişmesinde de bir risk faktörüdür.¹⁸ Bu tür kanserler sigara ve alkol kullanan kişilerde hem daha sık görülmekte hem de prognozu daha kötü olmaktadır. Bu maddelerin kullanımı aynı zamanda daha kötü çevresel koşullarda yaşayan düşük gelirli kesimlerde daha yaygındır. Yine bu kesimler sağlık hizmetlerine erişimde de dezavantajlı grupları oluşturmaktadır.¹⁹ Erken teşhisle tedavi edilebilecek bu hastalıkların sağlık erişimindeki zorluklar nedeniyle vaktinde teşhis edilemesi hem hastalığın ilerlemesine hem de ileriki aşamalarda tedavi ve bakım maliyetinin artarak kişisel ve sosyal güvenlik sistemine daha fazla yük getirmesi sözkonusu olmaktadır.²⁰

2008 Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu'na göre toplumlardaki ağız sağlığı alanındaki eşitsizlikler kalıcıdır ve genel sağlıkta olduğu gibi birçok faktöre bağlıdır. Bu faktörler birbiri ile ilişkili ve karmaşık bir yapıdadır. Bu nedenle genel sağlıkla yakın ilişki içinde olan bu yapıyı ele almak ve anlamak için genel sağlıkla ilgili sosyal belirleyicilere odaklanmak gerekmektedir.²¹

Yukarıda değindiğimiz üzere ağız sağlığı toplumsal statü ve yaşam tarzı ile yakından ilişkilidir. Biz de çalışmamızda ağız sağlığının sosyal belirleyicilerini bu faktörleri göz önünde bulundurarak yaptığımız sınıflandırma altında inceleyeceğiz;

- 1) Aile ve erken yaşam
- 2) Eğitim
- 3) Meslek, çalışma şartları ve işsizlik
- 4) Gelir düzeyi

¹⁸ Watt ve Petersen, a. y., Poul Erik Petersen, Pierre C. Baehni, "Periodontal health and global public health", **Periodontology** 2000, C. LX, No:1, 2012, s. 7–14.

¹⁹ Charles Moore, Rueben C. Warren, Rueben C., S. D. Maclin, "Head and Neck Cancer Disparity In Underserved Communities: Probable Causes And The Ethics Involved", **J Health Care Poor Underserved**, C. XXIII, No: 4, 2012, s. 88– 103.

²⁰ Michael P. Rethman, v. d. "Evidence-Based Clinical Recommendations Regarding Screening For Oral Squamous Cell Carcinomas", **JADA**, C.141, No: 5, 2010, s. 509–20.

²¹ Commission on Social Determinants of Health, "Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on The Social Determinants of Health", **Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**, Geneva, World Health Organization, 2008.

- 5) Gıda
- 6) Stres
- 7) Kentleşme ve ulaşım
- 8) Kültürel norm ve değerler
- 9) Toplumsal çevre ve sosyal destek
- 10) Sosyal dışlanma
- 11) Toplumsal cinsiyet
- 12) Küreselleşme
- 13) Ölçme ve kanıtlara dayandırma
- 14) Sağlık sistemi ve sosyal güvence

2.1. Aile ve Erken Yaşam

Bireyin hayata ilk gözlerini açtığı toplumsal grup ailedir. Toplumdan topluma farklılık gösteren aile kurumu tarih boyunca da değişmiştir. Aile kurumundaki en önemli değişikliklerden biri sanayi devrimiyle yaşanmıştır. Sanayi devrimiyle birlikte geniş aile yapısının çekirdek aileye doğru dönüştüğü görülmüştür.²² Bu dönüşüme rağmen aile kurumunun temel işlevleri olarak sayılan kimi özellikleri değişmemiştir. Aile kurumunun temel işlevi kadın ve erkeğin toplumsal olarak kendilerine verilmiş rolleri yerine getirebilecekleri ortamı sağlamak, cinsel beraberliği meşru bir zemine oturtmak, çocukların yetiştirilmesi için uygun ortamı sağlamak ve toplumun kültürel birikimini gelecek nesillere aktarmak olarak tanımlanabilir. Bunların yanı sıra ailenin eğitim, sağlık, ekonomik faaliyetler, toplumsal denetim, eğlenme, dinlenme ve güvenlik gibi alanlarda da önemli bir işlevi olduğu düşünülmektedir.²³ Ancak çekirdek aileye geçişle beraber ailenin saydığımız kimi işlevleri farklı kurumlar tarafından yerine getirilmeye başlanmıştır. Buna karşın ailenin kültürlenme işlevi hala en etkin biçimde aile tarafından yerine getirilmektedir. Toplumun kültür birikimi, değerler ve davranışlarının yeni nesillere aktarılması

²² İhsan Sezal, “Toplum ve Aile”, **Sosyolojiye Giriş**, Ed. İhsan Sezal, İstanbul, Beta Basım A. Ş., 2012, s. 138.

²³ **A. e.**, s. 144.

büyük oranda ailede gerçekleşmektedir.²⁴ Aynı zamanda sağlık-hastalık olgusuna ilişkin davranış kalıpları, tutumlar ve deneyimler de ailede şekillenmektedir.

Erken çocukluk dönemi bireylerin ileriki hayatlarını etkileyen en önemli gelişim dönemidir. Fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak sağlıklı büyüyen çocukların tüm yaşamları boyunca ruhsal ve fiziksel sağlıkları da daha iyi olmakta, toplum içinde kendilerini sosyal anlamda daha iyi hissetmekte, obezite, kalp hastalığı gibi durumlara maruz kalma ihtimalleri, suça karışma oranları daha düşük olmakta ve ekonomik hayata katılımları da daha yüksek olmaktadır.²⁵ Erken çocukluk döneminin iyi geçirilmesi ancak ebeveynlerin yaşam koşullarının iyi olması, ailenin sağlık ve eğitim düzeyinin yüksek olması ile mümkündür. Çocukluk çağında sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması ve buna bağlı olarak yetersiz eğitim yetişkinlikte sigara ve alkol gibi madde bağımlılığı, yetersiz beslenme ve düşük gelirle ilişkilendirilmektedir.²⁶

Erken çocukluk dönemi genel sağlığın yanı sıra bireyin ağız ve diş sağlığının da temellerinin atıldığı dönemdir. Ağız ve diş sağlığının korunmasında en önemli faktör olan ağız bakım alışkanlıkları çocukluk döneminde ailenin yönlendirmesiyle edinilmektedir. Bu alışkanlıkların edinilmesi ailenin yaşam koşulları ve bu konudaki bilinç düzeyi ile yakından ilişkilidir. Erken çocukluk döneminde ağız ve diş sağlığı bilincinin oluşmaması, ağız bakım alışkanlıklarının edinilmemesi veya farklı sosyo-ekonomik nedenlerden dolayı ağız sağlığının yeterince korunamadığı durumlarda çocuğun ileriki yaşamında da ağız ve diş sağlığı sorunları yaşanması olasılığı artmaktadır.²⁷

²⁴ A. e., s. 148.

²⁵ World Health Organization, Social Determinants of Health: Early Child Development, http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/, (Çevrimiçi) 17.05.2017.

²⁶ Michael Wadsworth ve Suzie Butterworth, “Erken Yaşam”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, ss.45-71.

²⁷ Marcio Da Fonseca, David M. Avenetti, “Social Determinants of Pediatric Oral Health”, **Dent Clin North Am.** C. LXI, No: 3, 2017, s. 519-32.

Diş çürüğü çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıktır. Astımdan beş kat, saman nezlesinden yedi kat daha sık görülmektedir. 1989'da Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir araştırmada, çocukların akut diş problemleri nedeniyle yılda 51 milyon ders saatini kaybettikleri bildirilmiştir. Ağız diş sağlığının bozuk olması nedeniyle okul başarısının düşmesi ileriki yaşamda istihdam olanaklarının azalmasına, düşük özgüven ve sosyal izolasyon gibi olumsuz sonuçlara yol açmakta ve toplumdaki eşitsizliklerin artmasına neden olmaktadır.²⁸

Çocukluk dönemindeki diş çürükleri özellikle yaşanan çevre, ailenin yapısı, beslenme şartları, sosyo-ekonomik durum gibi faktörlerin anlaşılmasıyla kontrol altına alınabilecek sosyal, politik, davranışsal ve tıbbi bir sorundur.²⁹ Yapılan araştırmalara göre çok fakir bölgelerdeki çocuklar ve gençlerin daha zengin mahallelerde yaşayanlardan daha kötü genel ve ağız sağlığına sahip olduğu,³⁰ düşük gelirli ailelerin çocuklarında ağız sağlığının daha kötü ve tedavi edilmemiş çürük sayısının daha fazla olduğu gösterilmiştir.³¹ Yine ABD'de 3-9 yaş arası çocuklarda yapılan bir araştırmada yoksulluk seviyesinin altında yaşayan çocuklarda tedavi edilmemiş çürük sayısı bu seviyenin üzerinde yaşayanlara göre belirgin şekilde düşük çıkmıştır.³² Bunların yanı sıra göçmen ailelerin çocuklarının da ekonomik nedenlerden dolayı diş tedavi hizmetlerine erişimlerinin kısıtlı olduğu ve bu nedenle bu çocukların ağız ve diş sağlığındaki bozukluk nedeniyle yaşam kalitelerinin düştüğü belirlenmiştir.³³ Erken çocukluk dönemindeki beslenme yetersizliği de

²⁸ Marmot ve Fenton, "Foreword", **Social Inequalities in Oral Health: From Evidence to Action**, s. 4., Meryem Tekçiçek, "Okul Sağlığı Programlarında Ağız Diş Sağlığının Önemi ve Kapsamı", **Halk Sağlığı Günleri III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu**, 08-09 Eylül 2014, Ankara.

²⁹ A. I. Ismail, Woosung Sohn, "A Systematic Review of Clinical Diagnostic Criteria of Early Childhood Caries", **J Public Health Dent**. C. LIX, No:3, 1999, s. 171-191.

³⁰ David Williams, Aubrey Sheiham, Richard Watt, "Oral Health Professionals and Social Determinants", **Br Dent J.**, C. 214, No:9, 2013, s. 427.

³¹ Da Fonseca ve Avenetti, **a. y.**

³² Dye, Xianfen ve Thornton-Evans, **a.y.**

³³ Elisha Riggs, v. d., "Hard to reach communities or hard to access services? Migrant mothers' experiences of dental services", **Aust Dent J.**, C. LIX, No:2, 2014, s.201-7.

çocukların bağışıklık sisteminin zayıflamasına ve diş çürüklerine karşı immünolojik mücadelenin yetersiz kalmasına neden olmaktadır.³⁴

Bunların yanı sıra altı aylıktan itibaren sürmekte olan süt dişleri ağız sağlığı açısından oldukça önemlidir. Çocuğun beslenmesinin çok önemli olduğu bu dönemde sağlıklı süt dişleri çiğneme fonksiyonunu sağlayarak beslenmeye yardımcı olmakta, konuşma gelişimini sağlamaktadır. Ayrıca süt dişleri bulundukları yer itibariyle gelecek olan daimi dişlerin yerini tutmakta ve sürerken onlara rehberlik etmektedir. Sürme rehberliği gibi önemli bir rol üstlenmesi nedeni ile süt dişlerinin değişme zamanına kadar ağızda sağlıklı bir şekilde fonksiyon görmesi gerekmektedir. Bu dönemde çocuğun hem ağız bakımı yeterli bir düzeyde yapılmalı, hem de nasıl olsa düşecek düşüncesiyle çürük süt dişlerinin tedavisinden kaçınılmamalıdır. Ayrıca çocuklarda altı yaşında süt azıların arkasından altı yaş dişleri olarak adlandırılan ilk daimi dişler sürmeye başlamaktadır. Bu daimi dişler ömür boyu ağızda kalacak olan birinci büyük azı dişidir. Kimi zaman ebeveynler tarafından süt dişi zannedilmekte ve çürüdüklerinde tedavisi ihmal edilebilmektedir. Bu dişlerin ve süt dişlerinin erken kayıpları estetik sorunlara, beslenme problemlerine, konuşma bozukluklarına, psikolojik sorunlara, ileride geçici veya kalıcı diş çapraşıklıklarına, dişlerde kapanış bozukluklarına yol açabilmektedir.³⁵

Görüldüğü gibi erken çocukluk döneminde yaşanan ağız ve diş sağlığı sorunları çocukların ileriki yaşamlarını fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan etkilemekte ve bu sorunların yaşanmasında çocuğun yetiştiği ailenin yapısı ve yaşam koşulları önemli bir rol oynamaktadır.

³⁴ Thyciana Rodrigues Ribeiro, v. d., “Caries Experience, Mutans Streptococci and Total Protein Concentrations in Children with Protein-Energy Under Nutrition”, **Aust Dent J.**, C. LIX, No:1, 2014, s.106-13.

³⁵ Özlem Martı Akgün, Serkan Görgülü, Ceyhan Altun, “Süt Dişlerinin Önemi Ve Erken Çocukluk Çağı Çürükleri”, **Smyrna Tıp Dergisi**, C. I, No: 1, s. 49-52., Clarice S. Law, “Management of Premature Primary Tooth Loss in The Child Patient”, **J Calif Dent Assoc.** C. XLI, No: 8, 2013, s. 612-8., Suchitra Nelson, v. d., “Do Baby Teeth Really Matter? Changing Parental Perception and Increasing Dental Care Utilization for Young Children”, **Contemp Clin Trials**, C. LIX, 2017, s. 13–21.

2.2. Eğitim

Toplumsal hayatta eğitim ile bilgi ve becerilerin kuşaktan kuşağa aktarılması hedeflenmektedir. Toplumda belirli nitelikteki insan gücüne sahip olunması ve bireylerin istenilen davranışları kazanmaları, istenmeyen davranışların ise önlenmesi eğitim ile sağlanmaktadır. Eğitim durumu bireylerin toplumsal statülerini belirleyerek toplumsal yaşamdaki eşitsizliklere de etki etmektedir.³⁶ Toplumda eğitim düzeyi yüksek bireyler daha iyi gelir getiren işlerde çalışmakta, dolayısıyla daha iyi konutlarda yaşayabilmekte, gerekli hijyen şartlarına sahip olabilmekte, beslenme konusunda daha fazla seçeneklere sahip olmakta ve hastalandıklarında daha iyi sağlık hizmeti alabilmektedirler.³⁷

Eğitim sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olmakla beraber sağlık üzerinde farklı mekanizmalarla etki etmektedir. Eğitim düzeyi ailelerin sosyo-ekonomik durumlarını etkilemekte, eğitim yoluyla kazanılan bilgi ve beceriler bireylerin bilişsel düzeylerine yansımakta, sağlık hizmetlerine erişimlerini ve sağlık iletişimlerini etkilemektedir. Bu bilgi ve davranışlar doğru beslenme alışkanlığının kazanılması, fiziksel aktivitelerin teşvik edilmesi, günlük hayatta sağlık riski oluşturacak davranışlardan kaçınma, hastalandıklarında sağlık hizmeti aramadaki eğilimleri gibi alanları içermektedir. Eğitim düzeyi düşük aileler kendi sağlıklarıyla ilgili yetersiz bilgi ve davranışa sahiptirler. Bu tür ailelerin çocuklarını büyütürken onlara yeterli sağlık koşullarını sağlayamadıkları gibi ileriki yaşamlarında sağlık davranışlarını etkileyecek bilgi ve davranış düzeyine getirmekte de yetersiz kalmaları beklenmektedir.³⁸

Bireylerin sağlık ve sağlığın korunması, geliştirilmesi ile ilgili konularda bilgi kaynaklarına ulaşma, bilgiyi okuma ve anlama, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırmaya yönelik doğru kararlar verme ve uygulama ile ilgili istekleri ve kapasiteleri

³⁶ Veysel Bozkurt, **Değişen Dünyada Sosyoloji: Temeller Kavramlar Kurumlar**, 6. bs., İstanbul, Ekin Basım Yayın Dağıtım, 2011, s. 279., Algin Okursoy, **Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2010, s.32.

³⁷ Sabahattin Tekingündüz, Aysu Kurtuldu, Türkan Işık Erer, “Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik”, **Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C. VIII, No: 4, s. 32-43.

³⁸ A. y.

“sağlık okur yazarlığı” olarak adlandırılmaktadır. Sağlık okur yazarlığının geliştirilmesi genel eğitim düzeyi ile yakından ilişkilidir. Genel eğitim düzeyi arttıkça sağlık okur yazarlığı ile ilgili bilgi ve beceri düzeyi de artmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmada başarılı olmak için toplumun sağlık okur yazarlığı düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir. Bu da ancak erken çocukluk döneminden başlamak üzere hem okul döneminde hem de erişkinlikle yaşam boyunca alınan eğitimlerle mümkün olmaktadır.³⁹

Ağız ve diş hastalıklarının yaygınlığı başka birçok faktörden etkilendiği gibi bireylerin sağlık okur yazarlığı ile de ilişkilidir.⁴⁰ Diş ve dişeti hastalıklarının da içinde bulunduğu bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunabilmek bireylerin yaşam şekillerinde ve sağlık davranışlarında değişiklik yapmaları ile mümkündür.⁴¹ Toplumsal düzeyde ağız ve diş sağlığının genel sağlıktan daha az önemli olduğuna dair bir yanlışlık vardır.⁴² Bu algının artadan kaldırılması noktasında sağlık okur yazarlığı kritik öneme sahiptir. Sağlık okur yazarlığının zayıf olması bireylerin ağız-diş sağlığının ve ağız bakım alışkanlıklarının öneminin farkında olmamalarına, dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişim talebinin de düşmesine neden olmaktadır.⁴³ Bu da bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve artan diş tedavi maliyetleri ile de toplum üzerinde finansal olarak bir yük oluşturmaktadır.⁴⁴

Eğitimin toplumsal düzeyde en yaygın olarak verilebildiği alan okullardır. Okullaşma sayesinde çok fazla sayıda çocuğa kolay ve etkili biçimde ulaşılabilirlik mümkün olmaktadır. Bu nedenle genel sağlık ve özelde ağız ve diş sağlığı okur yazarlığının geliştirilmesi okullardan başlamalıdır. Okulların toplumun tüm kesimlerindeki öğrencileri kapsaması sosyal adalet açısından da önem taşımaktadır.

³⁹ Khajelou, Gavvani, Jafarabadi, **a.y.**, Bilir, **a. y.**

⁴⁰ Tellez, Zini, Estupiñan-Day, **a.y.**

⁴¹ Bilir, **a. y.**

⁴² Lisa E. Bress, “Improving Oral Health Literacy - The New Standard in Dental Hygiene Practice”, **J Dent Hyg.**, C. LXXXVII, No: 6, 2013, s. 322–9.

⁴³ IOM (Institute of Medicine), **Advancing Oral Health in America**, Washington, DC, The National Academies Press; 2011, s.8., Khajelou, Gavvani, Jafarabadi, **a.y.**

⁴⁴ Bress, **a. y.**

Ülkemizde 6 yaştan itibaren çocukların ortalama %97'si ilköğretimde okumaktadır. Ağız ve diş sağlığı bilincinin yerleştirilebilmesi için müfredatta ders konularının ağız boşluğu, diş ve çevre dokularının sağlığı ile ilgili bilgiler içermesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra çocuklar okul döneminde öğretmenlerini örnek aldığından dolayı öğretmenlerin tutum ve davranışları çocukları etkilemektedir.⁴⁵ Okullarda gerek öğretmenlerin gerekse öğrencilerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi ve becerilerinin artırılması çalışmaları uzun vadede toplumun ağız ve diş sağlığı sorunlarının çözümünde en etkili yöntemdir.⁴⁶

2.3. Meslek, Çalışma Şartları ve İşsizlik

İnsanların toplum içindeki sosyal konumlarını belirleyen en önemli faktör meslek ve iş yaşamıdır. Bireylerin yeteneklerini sergiledikleri ve geçimlerini sağladıkları bir işe sahip olmaları onların psikolojik olarak doyuma ulaşmalarını sağlamakta, kendine güven ve saygısını pekiştirmekte ve toplumsal aidiyet duygusunu geliştirmektedir. Elverişsiz çalışma koşulları ve işsizlik bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını tehdit etmektedir.⁴⁷ Bazı çalışmalara göre ise kişinin eğitim düzeyi ve yetenekleri açısından kendini gerçekleştiremediği düşük nitelikli işlerin fiziksel ve psikolojik sağlığını koruması için yeterli olmadığını görüşmüştür. Kimi zaman tatminkar olmayan işler bireyleri işsizlik kadar depresyona sürükleyebilmektedir.⁴⁸ Toplum yaşamında mesleklerin farklı statüleri bulunmaktadır. Prestijli bir meslek grubunda bulunmak kişinin özgüvenini artırmakta

⁴⁵ Sağlıkın Teşviki Ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı, “Halkın Sağlık Eğitimi Aylık Faaliyet Raporu”, Ankara, 2008.

⁴⁶ Hüseyin Cumhur Çelik, “Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezine Müracaat Eden Hastaların Koruyucu Ağız Ve Diş Sağlığı Hakkında Bilgi Düzeyleri (Denizli Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği)”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2013.

⁴⁷ World Health Organization, Social Determinants Of Health: Employment Conditions, http://www.who.int/social_determinants/themes/employmentconditions/en/, (Çevrimiçi) 27.05.17.

⁴⁸ Mel Bartley, Jane Ferrie, Scott M. Montgomery, “Sağlık ve Emek Piyasası Dezavantajı: İşsizlik, İş Yokluğu ve İş Güvencesizliği”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, s. 107.

iken toplumun çeşitli açılardan olumsuz bakış açısına sahip olduğu meslek sahiplerinin benlik saygısı düşebilmektedir.⁴⁹

Endüstri devrimi sonrasında iş yaşamının değişikliğe uğramasıyla çalışma şartları ile sağlık arasında belirgin bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Endüstriyel işlerde çalışmak üzere kentlere göç eden insanlar kötü koşullarda uzun saatler boyunca çalışmak zorunda kalmışlardır. Düşük ücretle çalışan bu işçiler sağlıksız ve kalabalık ortamlarda yaşamak zorunda kalmış, buna eşlik eden kötü beslenme sonucunda da birçok sağlık riskiyle karşılaşmış, bulaşıcı hastalıklara yakalanmışlardır. Bu yıllarda Avrupa salgın hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalmıştır. Bu soruna çözüm üretmek üzere 1851 yılında Paris'te düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı'ndan bugüne çalışma şartlarının sağlığa olan olumsuz etkilerini bertaraf etmek üzere işçi sağlığı çalışmaları devam etmektedir.⁵⁰

Günümüzde iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesine ilişkin birçok hukuki düzenleme yapılmaktadır. Buna rağmen uzun çalışma saatleri, yetersiz ücret politikaları, sağlıksız ve güvensiz çalışma şartları nedeniyle iş hayatı bireylerin sağlıkları üzerinde belirleyici olarak etkisini sürdürmektedir.⁵¹

Çalışma koşullarının yanı sıra araştırmalar işsizliğin de sağlık üzerine olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir. İşsiz olan kadın ve erkeklerde hastalık ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. İşsizliğin bireylerde psikolojik sağlığın bozulmasına neden olduğu da tesbit edilmiştir. Bu etki bireylerin diğer sağlık koşullarından bağımsız olarak gelişmekte ve yeniden iş sahibi olmakla tersine çevrilebilmektedir.⁵² Bununla beraber insanlar henüz işsiz kalmamış olsalar dahi iş hayatlarının tehlikede olduğunu gördüklerinde kendilerini güvensiz hissetmekte ve iş

⁴⁹ Yıldız, Selver, “Kişilik ve Meslek Seçimi Arasındaki İlişki ve Bir Uygulama”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 2001, s. 87.

⁵⁰ Topkaya, a. y.

⁵¹ Demirbilek, S. Ve Pazarlıoğlu, M. V., (2007), Türkiye’de İş Kazalarının Oluşumunda Etkili Olan Faktörler: Ampirik Bir Uygulama, **Finans Politik & Ekonomik Yorumlar**, c.44, s.509, ss.81-91.

⁵² Bartley, Ferrie, Montgomery, “Sağlık ve Emek Piyasası Dezavantajı: İşsizlik, İş Yokluğu ve İş Güvencesizliği”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, s. 99.

güvencesizliğinden kaynaklanan bu baskı onların ve ailelerinin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.⁵³ Ancak yapılan araştırmaların sonucuna bakarak işsizlik ve sağlık arasında direkt bir nedensellik ilişkisi kurmak kolay değildir. Örneğin hasta olanlar işlerini kaybetmeye daha eğilimli olabilirler ve yeni bir iş bulmaları daha zor olabilir. Düşük eğitim seviyesi gibi başka sağlık risklerine sahip bireylerin de iş sahibi olma şansları daha düşük olmaktadır.⁵⁴ İşsizlik ve sağlığın bozulmasıyla ilgili ilişkide yoksulluk da önemli bir belirleyicidir. İşsiz bireyler veya düşük ücretli işlerde çalışan kişiler yoksullaşmakta ve bu da beslenme, uygun konutlarda yaşama veya sağlık hizmetlerine ulaşımında yetersizliklere neden olarak sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir.⁵⁵

Meslekler de sağlık açısından farklı riskler taşımaktadır. Bazı meslekleri yapan kişilerde belirli hastalıklar daha fazla görülmektedir. Meslek hastalığı olarak tanımlanan bu hastalıklar diş çürüğünden kansere kadar farklı hastalıklar olabilmektedir. Kömür madeninde çalışanlar, iyonize radyasyona maruz kalanlar, elektromanyetik alanlardan yayılan iyonize olmayan radyasyona maruz kalanlar, ürün ve böceklerle mücadele ilaçlarına, kanser yapıcı kimyasal maddelere maruz kalanlarda çeşitli sistemik hastalıklar görülmekte, diş hekimi, hemşire, polis memuru, öğretmen gibi uzun süre ayakta kalmayı gerektiren mesleklerde varis, yine diş hekimlerinde çalışma pozisyonundan kaynaklanan kas ve iskelet sistemi hastalıkları daha sık gözlemlenmektedir. Kanla teması olan işlemler yapan diş hekimleri, cerrahlar, hemşireler gibi sağlık mensuplarında kesilme ve yaralanmalar daha sık olabilmekte ve bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski daha fazla olmaktadır. Bazı araştırmalar polis, hemşire ve hostes gibi gece nöbetleri olan mesleklerde çalışan kadınların meme kanserine yakalanma oranının yüksek olduğunu göstermiştir. Diş teknisyenlerinin protez dişlerin imalatı esnasında çeşitli metal tozlarını solumaları sonucu silikozis denilen ve ölümcül olabilen bir hastalığa yakalanmaları de olasıdır.

⁵³ Wilkinson ve Marmot, **The Social Determinants of Health: The Solid Facts**, s. 20.

⁵⁴ Bartley, Ferrie, Montgomery, “Sağlık ve Emek Piyasası Dezavantajı: İşsizlik, İş Yokluğu ve İş Güvencesizliği”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, s. 100.

⁵⁵ **A.e.**, s. 102.

Bunların yanı sıra ağır ve riskli işlerde çalışan işçilerin de iş kazalarına uğrayarak hayatlarını kaybetme veya sakat kalma ihtimalleri olmaktadır. Ayrıca iş hayatının getirdiği yoğun stres de sağlığı olumsuz olarak etkileyen bir faktör olmaktadır. Toplumda meslek hastalıkları söz konusu olduğunda bazı mesleklerin sistemik hastalıklara neden olduğu bilinmekle beraber bazı mesleklerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili de belirli riskler taşıdığı konusunda farkındalığın düşük olduğu görülmektedir. Örneğin pastane imalathanelerinde çalışanlar havaya yayılan un ve şeker nedeniyle yaygın diş çürüklerine sahip olabilmekte, nefesli sazlar çalanlarda ön dişlerde aşınmalar oluşabilmekte, yüzme sporu yapanlarda dişlerde erozyon adı verilen aşınmalar oluşabilmektedir. İmalatında kurşun bileşiklerinin kullanıldığı sektörlerde çalışan kişilerde çeşitli sistemik sorunların yanı sıra kurşun zehirlenmesinin bir göstergesi olan ve dişetlerinde Burton çizgilenmeleri olarak adlandırılan mavimsi mor çizgilenmeler oluşmaktadır.⁵⁶

2.4. Gelir Düzeyi

Toplumsal hayatta bireylerin yaşamını sürdürebilmesi için temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi gerekmektedir. Bu ihtiyaçların karşılanabilmesi için gerekli olan, bireyin iş karşılığında veya yatırımlarından düzenli şekilde elde ettiği paraya gelir denir. Gelir ve sağlık arasındaki ilişki genellikle yoksulluk üzerinden tartışılmaktadır. Yoksulluk farklı şekillerde tanımlanabilmekle beraber toplumda yoksul olarak tanımlanan kesimlerin sağlık alanında büyük oranda dezavantajlı kesimi oluşturdukları görülmektedir. Yapılan araştırmalarda gelişmekte olan ülkelerde gelir düzeyinin artması ile çocuk ölümlerinin azalması yönünde güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür.⁵⁷

⁵⁶ Baloğlu, A. y., Johnni Hansen, "Night Shift Work and Risk of Breast Cancer", **Curr Environ Health Rep.**, C.IV, No:3, 2017, s. 325-39., Türkiye Meslek Hastalıkları Rehberi, <http://www.meslek Hastaligi.net/dis-hekimi/> (Çevrimiçi) 09.01. 2019., izmiralternatif.com, Diş Teknisyenlerinde Görülen Meslek Hastalıkları, <http://www.izmiralternatif.com.tr/haberdetay/dis-teknisyenlerinde-gorulen-meslek-hastaliklari/> (Çevrimiçi) 09.01. 2019.

⁵⁷ Lant Pritchett ve Lawrence H. Summers, "Wealthier is Healthier", **Journal of Human Resources**, C. XXXI, No.4, 1996, s. 841-68., Serap Çoban, The Relationship among Mortality Rates, Income and

Temel yaşam ihtiyaçlarını karşılayamamak olarak tanımlanan mutlak yoksulluk en zengin ülkelerde bile görülmektedir. Göreceli yoksunluk ise ülkenin ortalama gelirine sahip kesimlerinden daha düşük düzeyde gelir sahibi olmak anlamına gelmektedir.⁵⁸ Sosyo-ekonomik durum göstergelerinden gelir, sınıf, ev sahibi olma, eğitim gibi kriterlerin hangisi kullanılırsa kullanılsın sosyo-ekonomik olarak kötü durumda olanlar sağlık açısından da kötü durumda olmaktadır.⁵⁹

Yoksulluk sağlık ilişkisi öncelikle öncelikle beslenme açısından değerlendirilebilir. Düşük gelirli ailelerde hele ki çocuk sayısı fazlaysa yeterli ve dengeli besin öğeleri yerine karın doyurmaya yönelik, besin değeri düşük, ucuz gıdalar tüketilmektedir.⁶⁰ Bu gıdalar besleyici değerlerinin düşük olmasının yanı sıra çürük yapıcı özelliklerinin fazla olmasından dolayı ağız ve diş sağlığı açısından da olumsuz etkiye sahiptirler.

Yoksulluk sadece gelir ve satın alma gücü açısından değil toplumdaki fırsat ve hizmetlere ulaşım açısından da dezavantaj sağlamaktadır. Bu hizmetler öncelikle eğitim ve sağlıktır. Yoksulluk eğitim olanaklarına erişim yönünde bir engel teşkil etmektedir. Eğitim düzeyinin düşük olması yüksek gelir getirecek işlere sahip olmayı zorlaştırmakta, sağlık okur yazarlığı gibi yaşam kalitesini artıracak bilgiye ulaşmalarına engel olmaktadır.⁶¹ Kısacası eğitim, sağlık ve gelir arasında güçlü bir ilişki vardır.

Sağlığın sosyal belirleyicileri birbiri ile yakından ilişkilidir ve birbirlerini etkilemektedir. Gelir düzeyinin düşük olması bireysel olarak sağlık durumunun bozulmasına neden olabildiği gibi sağlık hizmetlerine erişimi de olumsuz

Educational Inequality in Terms of Economic Growth: A Comparison between Turkey and the Euro Area. MPRA Paper No. 13296, 2008, University Library of Munich, Germany.

⁵⁸ Wilkinson ve Marmot, **The Social Determinants of Health: The Solid Facts**, s.17.

⁵⁹ Shaw, Dorling, Smith, “Yoksulluk, Toplumsal Dışlanma ve Azınlıklar”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, s. 231.

⁶⁰ Ayşe Baysal, **Beslenme**, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2004, s. 13.

⁶¹ Coşkun Can Aktan ve İstiklal Yaşar Vural, “Yoksulluk: Terminoloji, Temel Kavramlar Ve Ölçüm Yöntemleri”, **Yoksullukla Mücadele Stratejileri**, Ed. Coşkun Can Aktan, Ankara, Hak-İş Konfederasyonu Yayınları, 2002.

etkilemektedir. Gelirin azalması ve buna bağılı olarak yaşam standartlarının değışmesi sonucu beslenme bozuklukları, kazalar, ruhsal bozukluklar, bulaşıcı ve salgın hastalıklar daha fazla görölürken sosyal güvenlik kaybı yaşanmakta, özel sağıık hizmeti satın alabilme gücü düşmekte, kamu sağıık hizmetlerine talep artmaktadır.⁶²

Gelir düzeyinin sağıık durumu ile ilişkisi ağıız ve diş sağıığı açısından da geçerlidir. Gelir düzeyinin kötü olması bir yandan ağıız ve diş sağıığını olumsuz etkilemekte iken diğier yandan ağıız ve diş sağıığı hizmeti alımında da bu kesimlere bir dezavantaj sağlamaktadır. Özel sektörde yüksek olan diş tedavi maliyetleri hastaların kamu kurumlarına talebini artırmakta ve buralardaki yığılmalar kamuda verilen ağıız ve diş sağıığı hizmetinin niteliğini düşürebilmektedir.

2.5. Gıda

Yeterli ve dengeli beslenme sağııklı olmanın en önemli gereklerindendir. Vücut için gerekli olan besin maddelerinin alınamaması sonucunda beslenme yetersizliğine bağılı sağıık sorunları görölümekte iken dengesiz ve kötü beslenme de farklı sağıık sorunlarına yol açmaktadır. Sağııklı gıdaya erişim birçok faktöre bağılıdır. Ekonomik faktörlerin nitelikli gıdaya erişimde önemli bir etkisi vardır. Bununla beraber eğitim, tüketim kültürü, kentleşme ve bunun getirdiğı hızlı yaşam tarzı, stres gibi faktörler de tüketilecek gıdaların tercihi konusunda belirleyici olmaktadır.

Kentleşme ile değışen yaşam tarzınının da etkisiyle gıda tercihleri farklılaşmıştır. Günümüzde enerji yoğunluğu yüksek yağ ve şeker tüketiminin artması ve hareketsiz yaşam obeziteye neden olmaktadır. Yine dengesiz beslenme

⁶² Türk Tabipleri Birliğı Halk Sağıığı Kolu, “2001 Ekonomik Krizinin Toplum Sağıığı Üzerine Etkileri”, <https://drive.google.com/file/d/0B4wRXhXoSSYiRjNjcGZ5YWxEbk/view> (Çevrimiçi) 24.05.2019.

kalp ve damar hastalıkları, diyabet, kanser, diş çürüğü gibi hastalıklara yol açabilmektedir.⁶³

Ağız ve diş sağlığı için sağlıklı beslenme tarzı, sigara, alkol kullanımı ve yetersiz ağız bakımı en önemli risk faktörleridir. Beslenmeye bağlı etkenler beslenme alışkanlıkları, beslenme sıklığı ve alınan gıdaların özellikleridir. Çürük riski açısından besinler karyojenik (çürük yapıcı), kariostatik (diş çürüğüne katkısı olmayan) ve antikaryojenik (çürük önleyici) olarak sınıflandırılmaktadır. Karyojenik besinler fermente olan karbonhidratlar içeren gıdalardır. Tüm gıdaların çürük yapıcı etkileri aynı değildir. Alınan besinin çeşidi, formu (sıvı, katı olması veya yavaş çözünmesi), içerdiği besin öğeleri, diğer besin ve içeceklerle beraber yenmesi, ağızda kalma süresi ve tüketme sıklığına bağlı olarak çürük yapıcı etkisi değişmektedir. Sıvı besinler katı besinlere oranla ağızdan daha çabuk temizlenir ve dişe tutunma kapasiteleri daha azdır. Dolayısıyla daha az çürük aktivitesine neden olurlar. Alınan gıdaların sıklığı da çürük açısından önemlidir. Sık alınan karyojenik gıdalar miktarı aynı olsa dahi daha az sıklıkta alınanlara göre daha fazla çürük oluştururlar.

Diş çürüğüne katkısı olmayan besinler “kariostatik” olarak değerlendirilir. Özellikle protein içeriği yüksek besinler (et, balık, yumurta vb.), yağlar, yüksek posalı besinler (çiğ sebze ve meyveler) ve yağlı tohumlar (yer fıstığı, ceviz vb.) gibi yağ içeriği yüksek ve fermente olan karbonhidrat içeriği olmayan veya çok az olan besinler kariostatik özelliktedir. Antikaryojenik (çürük önleyici besinler) ise süt ürünleri gibi kalsiyum ve fosfor içeriklerinden zengin besinlerdir.⁶⁴

Dişlerde görülen bir diğer sorun ise diş erozyonudur. Diş erozyonu bakterilerin etkisi olmaksızın dişin asidik maddelerle teması sonucu oluşan geri dönüşümsüz olarak diş minesinin yıpranmayla oluşan doku kaybıdır. Diş erozyonu özellikle sitrik asit ve fosforik asit içeriği yüksek olan gazlı içecekler ve meyve sularının aşırı tüketiminden kaynaklanmaktadır. Gazlı ve şekerli meyve sularını

⁶³ Wilkinson ve Marmot, **The Social Determinants of Health: The Solid Facts**, s.26.

⁶⁴ Kadriye Peker, Gülçin Bermek, “Diş Çürüklerinin Etyolojisinde ve Önlenmesinde Fermente Olabilen Karbonhidratların Önemi”, **İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi**, C. XLII, No: 3-4, İstanbul, 2008, s. 1-9.

günde bir veya daha fazla tüketen çocukların bu içecekleri daha az tüketen çocuklara göre iki kat daha fazla diş erozyonu problemi yaşadığı belirlenmiştir.⁶⁵ Yanlış beslenmenin yanı sıra yeteriz beslenen bireylerde dişeti hastalıklarının hızlı bir şekilde ilerlemektedir. Dişi çevreleyen kemiğin ve yumuşak dokuların sağlığını koruyabilmesi için yeterli vitamin ve minerallerin alınması gerekmektedir.

Gıda ticareti dünya ticaret hacminde büyük yer tutmaktadır. Bireylerin sosyo-ekonomik yapısı gerek gıdaya ulaşım anlamında, gerekse besin değeri yüksek gıdaları tüketme eğiliminde önemli bir belirleyici olmaktadır. Ekonomik düzeyi düşük bireyler ucuz, besleyici değeri az olan işlenmiş gıdalara yönelmektedir.⁶⁶ Son yıllarda hem yüksek hem de orta gelirli ülkelerde diş çürüğü ve dişeti hastalıklarında önemli derecede artış meydana gelmiştir. Düşük gelir seviyesine sahip birçok ülkede meydana gelen ekonomik gelişmeler halkın ekonomik seviyesinin bir miktar artışına neden olmuştur. Bunun sonucu olarak bu toplumlarda gıdaya ulaşım kolaylaşmış, rafine şeker tüketiminde ve buna bağlı olarak de diş çürüklerinde artış meydana gelmiştir.⁶⁷

Toplumun gıda ihtiyacının sağlıklı bir şekilde karşılanabilmesi öncelikle politika yapıcılarının sorumluluğundadır. Sağlıklı bir toplum için sürdürülebilir tarımın ve yerel gıda tüketiminin desteklenmesi, toplumun tüm kesimlerinin sağlıklı gıdaya erişiminin sağlanması, sağlıklı beslenme bilgi ve kültürünün ailelere ve okul çocuklarına aktarılması gerekmektedir.⁶⁸ Özellikle okullaşma sağlıklı beslenme bilgi ve kültürünün çocuklara aktarılması için en uygun ortamlardandır. 1996-2001 yılları arasında Bilecik ilinde okul çocuklarının ağız ve diş sağlığı düzeylerinin artırılması amacıyla yapılan çok yönlü çalışmada beş yılın sonunda programa katılan çocukların

⁶⁵ Eda Köksal, “Ağız Diş Sağlığında Beslenmenin Önemi: Okul Sağlığında Ağız Ve Diş Sağlığı”, **Halk Sağlığı Günleri III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu**, 08-09 Eylül 2014, Ankara.

⁶⁶ Da Fonseca ve Avenetti, **a. y.**

⁶⁷ Marmot ve Fenton, “Foreword”, **Social Inequalities in Oral Health: From Evidence to Action**, s.3.

⁶⁸ Wilkinson ve Marmot, **The Social Determinants of Health: The Solid Facts**, s.27.

çürük sayılarının kontrol grubundan anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür.⁶⁹ Ancak günümüzde okullardaki hem fiziksel şartlar hem de öğretmenlerin bu konudaki bilgi düzeyi çocuklarda davranış değişikliğine neden olabilecek kadar sistemli bir programın uygulanmasına izin vermemektedir. Okullardaki önemli bir diğer sorun çocukların okuldaki beslenmelerinde tükettikleri gıdaların çeşitliliğidir. Aile denetiminin de olmadığı okul beslenmesi yakın tarihe kadar kontrolsüz şekilde yürümekteydi. Dengesiz beslenme sonucunda toplumda obezite ve buna bağlı sağlık sorunlarının artması okul beslenmesinin denetim altına alınması gerektiğinin bir göstergesi olmuştur. Çocukların doğru gıda seçeneklerine ulaşması açısından okul kantinlerinde satılan gıdalar ile ilgili yasal düzenlemeler ve denetimler yapılmaya başlamıştır.

Politika yapıcılar için bu işin en zorlu yanı muhtemelen yiyecek, içecek ve alkol endüstrilerinin faaliyetlerini düzenlemektir. Sigara ile ilgili olarak mevzuatta yapılan düzenlemeler tütün endüstrisinin ürün tasarımı, pazarlama ve satış stratejileri açısından aşırılıklarını azaltmakta çok başarılı olmuştur.⁷⁰ Ancak toplumun daha sağlıklı, uygun fiyatlı ve kabul edilebilir seçimler yapabilmesi ve bilinçli kararlar vermelerini sağlamak için gıda ve alkol endüstrisi ile ilgili daha birçok şeyin yapılması gerekmektedir.⁷¹

2.6. Stres

Stres kavramını günümüzdeki anlamında ilk kullanan Hans Selye, farklı uyaranların canlılarda ortak değişikliklere yol açtığını fark etmiş ve bu konuda birçok deney gerçekleştirmiştir. 1950 yılında stresi vücudun değişim karşında verdiği özgül olmayan cevap olarak tanımlamış ve bedenin verdiği bu tepkiye “Genel Uyum

⁶⁹ Gülçin Bermek, “Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Düzeyinin Artırılması Amaçlı Bilecik İli Uygulama Projesi”, **Halk Sağlığı Günleri III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu**, 08-09 Eylül 2014, Ankara.

⁷⁰ World Health Organisation, WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organisation; 2003, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf;jsessionid=557E724D5486062D09FB40807049C66C?sequence=1> (Çevrimiçi) 01.02.2019.

⁷¹ Richard G. Watt, “Social Determinants of Oral Health Inequalities: Implications for Action”, **Community Dent Oral Epidemiol.**, C.XL, No:2, 2012, s. 44–8.

Sendromu” adını vermiştir.⁷² Stresin birçok tanımı yapılmış olmakla beraber yaygın olan anlamıyla stres kavramı zarar veren etkenlere karşı organizmada ortaya çıkan olumsuz değişiklikleri anlatmaktadır.⁷³

Stres canlıları beklenmedik olarak gelişen durumlara karşı harekete geçiren ve gelecekte olabilecek tehlikelere karşı da canlı tutan fizyolojik bir olgudur. Stres iç kaynaklı veya dış kaynaklı olabilmektedir. Bireyin aile, iş çevresi, arkadaşları veya devlet kaynaklı olarak maruz kaldığı baskı ve istekler dış stres kaynaklarıdır. İç stres kaynakları ise hırs, rekabet gibi bireyin kendi kişisel özelliklerinden kaynaklanan strestir. İç stres kaynakları genellikle dış stres kaynaklarından daha etkilidir. Stres farklı etkilerden kaynaklansa da organizmanın verdiği biyolojik tepki aynıdır.⁷⁴

Bireyler ani stres yaratan faktörlere karşı olumlu başa çıkma mekanizmaları geliştirebildiğinde performansı artmakta ve stresi olumlu bir şekilde kullanmaktadır. Stresin uzun süre devam etmesi ve başa çıkma mekanizmalarının yetersiz olduğu durumlarda ise bireylerde zihinsel, duygusal ve biyolojik olarak olumsuzluklar görülebilmektedir.⁷⁵ Depresyon, enfeksiyona eğilim, diyabet, hipertansiyon, ateroskleroz, kalp hastalıkları gibi birçok hastalığın nedenleri arasında stres önemli bir risk faktörü olarak yer almaktadır.⁷⁶ Hamilelikte strese maruz kalan anneler düşük doğum kilosuna sahip bebekler dünyaya getirebilmektedir.⁷⁷ Diş hekimliğinde bruksizm olarak adlandırılan sıklıkla geceleri oluşan diş sıkma ve diş gıcırdatma

⁷² Rabia Önem Akçakaya, Selime Çelik Erden, “Stres ve Stresle Baş Etmede Psikiyatrik Yaklaşım”, **Turkish Family Physician**, C.V, No :2, 2001, s. 18-25., İbrahim Balcıoğlu, “Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi”, **İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 9, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi**, No: 47, Aralık 2005, s. 09-12.

⁷³ Balcıoğlu, a. y.

⁷⁴ Meltem Öney Özkaya, Volkan Akın, Tuğba Ekinci, “Stres Düzeylerinin Çalışanların İş Doyumu Üzerine Etkisi Celal Bayar Üniversitesi Çalışanları Üzerine Ampirik Bir Araştırma”, **Yönetim Ve Ekonomi**, C. XV No: 1, 2008, 163-180.

⁷⁵ Akçakaya ve Erden, a. y.

⁷⁶ Eric Brunner ve Michael Marmot, “Sosyal Yapı, Stres ve Sağlık”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, s.41.

⁷⁷ Richard W. Wilkinson, “Biz ve Başkaları-İyi Günde Kötü Günde: Savunmasızlık ve Eşitsizlik”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, s. 391.

alışkanlığı da büyük oranda stres kaynaklıdır. Bu alışkanlık sonucunda diş yüzeylerinde aşınmalar, yaygın ağrılar ve çene eklemi problemleri oluşabilmektedir.⁷⁸

Sağlığın sosyal belirleyicileri birbirleriyle etkileşim halindedirler. Stres faktörü de diğer faktörlerden ayrı düşünülemez. Örneğin kentleşmenin getirdiği birçok sorun doğrudan veya dolaylı olarak strese neden olabilmektedir. Özellikle büyük şehirlerde geçim sıkıntısı, iş stresi veya işsizlik, trafikte geçiilen uzun saatler strese neden olmaktadır. Toplumsal yapının çözülmesi veya toplumsal dışlanma nedeniyle yaşanan olumsuzluklar bireylerde strese neden olarak sağlıkları üzerinde olumsuz etkiye yol açarken sağlığın bozulması ile bireylerin iş hayatı, aile ilişkileri de olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu durumlarla karşılaşan bireylerde stres düzeyi daha da artmakta ve bir kısır döngü içine girilmektedir. Bu gibi nedenlerden dolayı sağlık sorunları sanayileşmiş ülkelerde bu tür zorluklarla mücadele eden alt sosyal tabakalarda daha da artmaktadır.⁷⁹

2.7. Kentleşme ve Ulaşım

Sanayi devrimi sonrasında çalışmak üzere köylerden kentlere yoğun bir işçi göçü başlamıştır. Kentleşme ile birlikte yoğun göç alan şehirlerde düşük gelir düzeyindeki topluluklar yeterli konut şartlarına sahip olamamaktadırlar. Sağlığın diğer belirleyicilerinde olduğu gibi kentleşme ile sağlık arasındaki ilişki de farklı belirleyicilerle etkileşim halindedir. Kent yaşamı beraberinde hava kirliliği, gürültü, ulaşım zorlukları, stres gibi olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Büyük kentlerde bireyselleşmenin artmış olması beraberinde toplumsal dayanışmayı sağlayan insanların aile, komşu gibi sosyal destek kurumlarından yeterince faydalanamamasını getirmektedir. Olayın bir başka boyutu ise hızlı kentleşmenin sonucu olarak ortaya çıkan ya da pekişen yoksulluk, eğitimsizlik, sosyal dışlanma gibi faktörlerin konut şartlarını etkilemesidir.

⁷⁸ Daniele Manfredini, “Current Concepts of Bruxism”, **Int J Prosthodont**, C.XXX, No: 5, 2017, s. 437–8.

⁷⁹ Brunner ve Marmot, “Sosyal Yapı, Stres ve Sağlık”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, s. 41.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre az gelişmiş ülkelerde mimari yapıların niteliği ile insan sağlığı arasındaki ilişki giderek bozulmaktadır. Dünya genelinde kırsal kesimde bir milyar ve kentsel kesimde 600 milyon kişi, suyu ve hijyen şartları yetersiz ve sağlık yönünden sakıncalı konutlarda ve şartlarda yaşamlarını sürdürmeye çalışmaktadırlar.⁸⁰ Ekonomik açıdan zor durumda olan bireyler sağlıklı konutları karşılayabilecek bütçeye sahip değillerdir. Küçük evlerde kalabalık nüfusun barınması, temiz suya erişimin kısıtlı olması ve atıkların hijyenik şekilde konutlardan uzaklaştırılamaması bulaşıcı hastalıklara zemin hazırlayabilmekte, psikolojik anlamda doyum sağlamayan konutlarda oturanlar mental sağlıkları açısından olumsuz etkilenebilmektedirler.⁸¹

Konutların barınma şartlarını belirleyen bazı nitelikler vardır. Şehir planlamaları yapılırken çevre ile uyumlu ve sağlık için risk oluşturmeyen konutların üretimi hedeflenmelidir. Bunlar konutun sağlamlığı, sahip olduğu teknik ve çevresel özellikleri, bulunduğu bölgedeki barınma yoğunluğu, sahip olduğu oda sayısı ve hane halkının sosyal statüsü gibi faktörlerdir. Sağlıklı konut teknik anlamda uygun olmanın yanı sıra hava ve gürültü kirliliği veya sanayi atıklarının ulaştığı bölgede yer alması gibi bireyleri sağlık riskine maruz bırakan ortamlarda yer almamalıdır. Ayrıca konutun yer aldığı bölgede otopark, yeşil alan ve oyun alanı gibi altyapıların yer alması, komşuluk ilişkilerini güçlendirecek çevre düzenlemelerine yer verilmesi de sağlık üzerinde belirleyici olmaktadır.⁸²

Kentleşme insanların barınma şartlarını zorlaştırdığı gibi bir yandan da ulaşım ile ilgili birtakım olumsuzluklar yaratmaktadır. Modern dünyada insan hareketlerinin artmasıyla çok çeşitli ulaşım seçenekleri gündeme gelmiştir. Ulaşımın sağlık üzerine etkisi direkt ve indirekt yollarla gerçekleşmektedir. Ulaşım kazalar,

⁸⁰ Rahmi Dirican, **Sağlığı Etkileyen Önemli Fiziksel etmenler ve Bunların Zarar Vermesini Önleme Yöntemleri, Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)**, 2. bs., Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993.

⁸¹ Can Öner, "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi", **Türkiye Klinikleri J. Fam Med Special Topics**, C.V, No: 3, 2014, s.15-8.

⁸² Okursoy, **Türkiye'de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi**, s. 39.

hastalıklar ve fiziksel aktivite yoluyla direkt olarak sağlığı etkilerken sosyal etkileşim yoluyla da indirekt olarak etkilemektedir. Motorlu taşıt kullanımı yerine yürümek ve bisiklet kullanımı sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Günlük fiziksel aktivitenin artması kalp hastalıkları, bazı kanser türleri, diyabet, obezite, depresyon gibi birçok hastalıktan korunma ve var olan hastalıkların seyrinin iyiye gitmesi yönünde faydalı olmaktadır. Bu tür aktiviteler ulaşımı sağlamanın yanı sıra sosyal etkileşimi de artırarak sağlığı olumlu yönde etkilemektedir.

Dünyada her yıl milyonlarca kişi trafik kazalarında hayatını kaybetmekte veya yaralanmaktadır. Ölümcül trafik kazaları çoğunlukla motorlu taşıtların karıştığı kazalardır. Motorlu taşıt trafiğinin yoğunluğu yol güvenliği açısından da endişelere neden olmakta ve yürümek ve bisiklete binme gibi sağlıklı ulaşım alternatiflerinin kullanımını sınırlamaktadır.⁸³ Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırmaya göre trafik yoğunluğunun düşük olduğu ortamlarda sosyal bağların daha fazla olduğu ve kişi başına düşen tanındık ve arkadaş oranının anlamlı bir biçimde fazla olduğu ortaya çıkmıştır.⁸⁴

Özellikle büyük şehirlerdeki yoğun motorlu taşıt trafiği hava kirliliğine neden olmaktadır. Bu da solunun yolu hastalıklarına yol açmaktadır. Araçlardan salınan atık parçacıkların akciğer hastalıklarının birinci derecede sebebi olduğu ve bunlara orta derecedeki maruziyetlerin erken ölümlerle ilişkili olabileceği gösterilmiştir. Karayolu ulaşımının yanı sıra havayolu taşımacılığının çok yaygınlaşması ile iklim değişikliklerinin sorumlusu olan sera etkisi gaz emisyonlarının en hızlı kaynağı olan CO² emisyonunun da artması söz konusu olmakta ve yine bu da insan sağlığı için olumsuz bir durum yaratmaktadır.⁸⁵

Özellikle büyük şehirlerde işyerleri ve okulların genellikle ikamet edilen bölgelerden uzak olması çalışan ve okuyan kesimin bazı öğünlerini ev dışında geçirmelerine neden olmaktadır. Günün en önemli öğünü olan kahvaltı birçok kişi

⁸³ Öner, a. y.

⁸⁴ Donald Appleyard ve Mark Lintell, "The Environmental Quality of City Streets: The Residents' Viewpoint", **Journal of the American Institute of Planners**, C.38, No: 2, 1972, s. 84-101.

⁸⁵ Mark McCarthy, "Ulaşım ve Sağlık", **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, s. 154-72.

tarafından evde yapılmamakta, karbonhidrat ağırlıklı hazır gıdalar ile geçiştirilmektedir. Öğlen yemeği de genellikle en ekonomik olacak şekilde sağlıksız fast food türü yiyeceklerle geçirilmektedir. Beslenme açısından bir değer taşımayan bu gıdaların takviye edilmesi için gün arasında yine hem besin değeri düşük olan hem de diş çürüğü riskini artıran atıştırılmalıklar tüketilmektedir. Bu şartlar altında diş fırçalama gibi ağız bakım ihtiyaçlarının yerine getirilmemesi de ağız ve diş sağlığı üzerinde olumsuz bir etki yaratmaktadır.

Kentleşmenin ve yoğun göçün getirdiği sorunlardan bir diğeri de sağlık ve diş hekimliği hizmetlerine erişimdeki zorluklardır. Kırsal kesimde yaşayan insanların sağlık merkezlerine erişimlerinin kısıtlılığı bilinen bir sorun olmakla beraber kentlere göç edenlerin de farklı nedenlerle sağlık hizmetine ulaşımı zorluklar içermektedir. Bunlardan ilki özellikle metropollerdeki nüfus yoğunluğunun fazla olması nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurmak ve randevu almanın başlı başına bir sorun teşkil etmesidir. İkincisi kente göç edenlerin daha çok kentin az gelişmiş bölgelerinde yaşamaları sağlık merkezlerine ulaşımında engel teşkil etmektedir. Sosyal güvenceleri sağlık kuruluşlarındaki tedavilerini kapsadığı durumlarda dahi kimi zaman ulaşım için harcanan para bu kesimlerin bütçesine yük getirebilmektedir.⁸⁶ Buralarda yaşayanlar için diş hekimleri tarafından tavsiye edilen altı aylık diş kontrollerini yaptırmak mümkün olmadığı gibi diş tedavilerinin birçok seans randevu gerektirmesi nedeniyle kimi zaman bu randevuların takibi de zorlaşmaktadır. Bunların yanı sıra ekonomik olarak kötü durumda olan bu kesimin kötü konutlarda yaşamaları genel hijyen şartlarında olduğu gibi ağız ve diş sağlığı için gerekli olan ağız bakım alışkanlıklarını yerine getirmelerini de güçleştirmektedir.

2.8. Kültürel Norm ve Değerler

Kültür kavramını Tylor “Bilgi, inanç, sanat, ahlak, hukuk, örf ve adetlerden ve insanın toplumun bir üyesi olarak elde ettiği bütün yeteneklerden oluşmuş

⁸⁶ Tewarit Somkotra, Palinee Detsomboonra, “Is There Equity in Oral Healthcare Utilization: Experience After Achieving Universal Coverage”, **Community Dent Oral Epidemiol**, C.XXXVII, No:1, 2009; s. 85–96.

karmaşık bir bütüne kültür denir” şeklinde tanımlarken R. Linton kültürü “Bir topluma ait tüm hayat biçimidir” şeklinde özetlemiştir.⁸⁷ Bu tanımlar asıl olarak her toplumun kendine has özellikleri olduğuna vurgu yapmaktadır. Dinamik bir yapıya sahip olan kültür, semboller aracılığıyla öğrenilerek kuşaktan kuşağa aktarılmakta ve bir toplumu diğerlerinden ayıran bir değer sistemi oluşturmaktadır.⁸⁸

Toplumda zaman içinde kültürel anlamda değişiklikler olmaktadır. Bu değişiklikler toplumun yaşam ve düşünce tarzında, üretim ve tüketim eğilimlerindeki farklılaşmalar olarak kendini göstermektedir. Toplumların benimseyip geliştirdiği ve kuşaktan kuşağa aktardığı gelenek, görenek, töre, inanç gibi kuralların bazıları da sağlıkla ilgilidir. Bu anlamda sağlık ve hastalık kavramları da evrensel kavramlar olmakla beraber her kültürde farklı şekilde algılanmaktadır. Her bir toplumun hastalık hakkındaki değer yargısı, hastalığa bakış açısı ve hastalıklar için seçilen tedavi şekli o toplumun kültürel özelliklerini yansıtmaktadır.⁸⁹ Sağlık kültürü toplumdaki bireylerin hayatı yaşama, kutlama, hayatta mutlu olma, acı çekme ve ölme biçimiyle ilgilidir. Sağlıklı bir topluma ulaşmak için bireylere sağlık bilgilerinin verilmesi yeterli değildir. Toplumun sağlıkla ilgili değerleri kavrama, yaşam biçimlerini geliştirme, öz değerlendirme yapabilme gibi temel becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.⁹⁰ Bu becerilerin topluma kazandırılması ise özellikle sağlık personeli ve sağlık eğitimcilerinin o toplumun kültürel yapısını anlaması ile mümkün olmaktadır.⁹¹

Kültürel yapıya bağlı olarak hastalıklara ve acıya yüklenen anlam ve tutumlar farklı olabilmektedir. Kimi toplumlarda hastalıktan dolayı acı çekmek veya ölmek

⁸⁷ Naci Bostancı, “Toplum ve Kültür”, **Sosyolojiye Giriş**, Ed. İhsan Sezal, İstanbul, Beta Basım A. Ş., 2012, s. 111.

⁸⁸ Bozkurt Güvenç, **İnsan Ve Kültür**, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2003, s. 43.

⁸⁹ Melike Kaplan, “Sağlık Ve Kültür’ün Buluştuğu Alan: Tıbbi Antropoloji”, **Cyprus International University, Folklor/Edebiyat**, C. XVI, No.64, 2010, s. 225-235.

⁹⁰ Nursen Bolsoy ve Ümran Sevil, Sağlık-Hastalık Ve Kültür Etkileşimi, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. IX, No. 3, 2006, s.78-87.

⁹¹ Selma Öncel, Kültürel Yapı İle Sağlık-Hastalık İlişkisi, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. XIII, No.1-3, 1997, s.177-184.

dinsel bir anlam taşıyabilir.⁹² Ya da sıradan bir baş ağrısı nedeniyle gününü yatakta geçirmek isteyenler olabildiği gibi bunu hiç sorun etmeden günlük hayatını yaşayan bireyler olabilmektedir. Toplum fertleri ait olduğu kültürün tepki ve tutumlarını benimser. Örneğin ağrıya karşı kültürel tutum da çocukluktan itibaren yakın çevreden öğrenilmektedir. Çocuklukta ailenin hastalığa karşı aşırı hassasiyet veya kanıksama şeklindeki tepkileri ileriki yaşamında kişinin ağrı konusundaki tutumunu şekillendirmektedir.⁹³ Bir başka farklı kültürlerden insanların yaşadığı ABD’de hastaneye başvuran hastalar arasında yapılan bir araştırmada Anglo-Sakson kökenli hastaların sabırla muayene sıralarını beklediği görülmekte iken Akdeniz kültüründen gelen hastaların bağırıp çağırarak kendilerine acilen bakılmasını talep ettikleri, hizmetleri sorguladıkları görülmüştür.⁹⁴

Bir toplumda sağlıkla yakından ilgili olan yeme içme alışkanlıkları, temizlik anlayışı, giyim ve barınma tarzı da kültürel değerlere göre şekillenmektedir. Yeme içme ve ağız bakım alışkanlıkları ağız ve diş sağlığını etkileyen önemli faktörlerdendir. Diş çürüğüne neden olan gıdaların sevildiği ve sık tüketildiği toplumlarda diş çürüğü sıklığının artması beklenen bir durumdur.

Temizlik anlayışı da kültürel olarak farklılık göstermektedir. Diş bakımının kişisel temizliğin temel bir ögesi olarak kabul edildiği kültürlerde ağız ve diş sağlığının daha iyi düzeyde olması beklenmektedir. Bunun yanı sıra inanç sistemleri de kültürü etkilemektedir. Örneğin İslam dininde Hz. Muhammed’in “Eğer ümmetime zorluk vermeyecek olsaydım her abdest aldıklarında misvak kullanmalarını emrederdim. (Buhari, Müslim)” şeklindeki tavsiyesi İslam kültürüyle yetişmiş bir kişinin diş sağlığına önem vermesine yol açacaktır.

⁹² Rahmi Dirican ve Nazan Bilge, **Halk Sağlığı**, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2. Bs., 1993, s. 217-218.

⁹³ Orhan Türkdoğan, **Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi**, İstanbul, Milli Eğitim Bakanlığı Yay., 1991, s.20.

⁹⁴ Zafer Cırhinlioğlu, “Toplum ve Sağlık”, **Sosyolojiye Giriş**, Ed. İhsan Sezal, İstanbul, Beta Basım A. Ş., 2012, s.308.

Kültürel yapı sağlık hizmeti arayışında da etkili olmaktadır. Günümüzde modern tıp yaygın bir uygulama alanı bulmakta ve toplumsal anlamda kabul görmektedir. Ancak toplumun kültürel pratikleri içinde geçmişten bugüne gelen geleneksel tedaviler de halen sağlık arayışının bir parçası olarak yer almaktadır. Hastalıklardan korunma ve hastalıkların iyileştirilmesinde geçmişte sık tekrar eden olaylar ve bunların sonucunda kazanılan tecrübeler, dinsel, büyüsel yorumlamalar ve bunların kuşaktan kuşağa aktarılmaları halk hekimliğinin doğmasına ve süregelmesine neden olmuştur. İnanç sistemleri de kültürel pratikleri etkilemektedir. Halk hekimliğinde hastalık deyimi, insanın sağlık durumundaki bozuklukların yanı sıra nazar değmesi gibi insanlardan gelebilecek kötü etkilere ve cin, peri gibi görünmeyen varlıkların neden olabilecekleri türlü sakatlıklara kadar pek çok kavramı kapsamaktadır.⁹⁵ Geleneksel tedavi teknikleri içinde, evde hazırlanan ilaçlar, yiyecekler, merhemler, masajlar, banyolar, kupa çekme, sülük uygulama gibi uygulamalar sayılabilir. Büyü söz konusu olduğunda ise türbe ziyaretleri, seromoniler, bazı nesneleri koruyucu amaçla kullanma, muska-kağıt yazdırma, okutma gibi yöntemler izlenmektedir. Halk hekimliğinde her teknik belirli bir değer oryantasyonuna, inanç ve bilgiler sistemine göre düzenlenmiştir.⁹⁶ Özellikle sağlık hizmetinin yaygın olmadığı geçmiş yıllarda Anadolu’da usta-çırak ilişkisiyle yetişmiş kırık-çıkıkçılar, sünnetçiler, iğneciler, dişçilik yapan berberler ve ebeler topluma sağlık hizmeti vermişlerdir.⁹⁷ Diş sağlığı hizmetleri açısından genellikle berberlerin yaptığı tedavi ağrıyan dişlerin çekilmesi şeklinde olmaktaydı. Diş sorunlarının ağrı odaklı olarak değerlendirilmesi nedeniyle diş çekimi uzun yıllar toplumsal olarak en kesin tedavi şekli olarak kabul görmüştür. Diş hekimliği alanındaki gelişmelerin ülkemizde de uygulanması ile zaman içinde dişlerin ağızda kalmasını sağlayan tedavi seçenekleri hastalara sunulmaya başlanmıştır. Ancak diş çekiminin en kesin tedavi olduğu yönündeki geçmişten gelen kültürel anlayış

⁹⁵ Sevgi Şar, “Anadolu’da Rastlanan Halk Hekimliği Uygulamalarına Genel Bir Bakış”, **38. İcanas Uluslararası Asya Ve Kuzey Afrika Çalışmaları Kongresi**, Ankara-Türkiye, 10-15 Eylül 2008, s. 1163-1178.

⁹⁶ Türkdoğan, **Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi**, s. 46.

⁹⁷ Şar, **a. y.**

nedeniyle bu tedavi seçeneklerine hastalar tarafından uzun yıllar şüpheyile bakılmasına neden olmuştur.

2.9. Toplumsal Çevre ve Sosyal Destek

İnsanların içinde yaşadıkları toplumsal çevre birçok açıdan olduğu gibi sağlığı da etkilemektedir. Toplumsal çevre ve sağlık ilişkisi sosyal destek kavramı üzerinden tartışılmaktadır. Sosyal destek “bireye önemsendiğini, sevildiğini, iletişim ve karşılıklı ödevler içeren bir toplumsal ağa ait olduğunu bildiren bilgi” olarak tanımlanabilir.⁹⁸ Sosyal destek sistemi sosyal, politik ve ekonomik nitelikli farklı bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin en yakınında olan aile çevresi, arkadaşları, öğretmenleri, iş arkadaşları, komşuları, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile bireyin içinde yaşadığı toplum gibi faktörler o bireyin sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Her bireyin içinde yer aldığı sosyal ilişkiler ağının yapısı, genişliği ve ilişkilerin niteliği medeni durum, çalışma durumu gibi birçok faktöre göre farklılıklar gösterebilir. Sosyal destek sistemini oluşturan belli bir sözleşme ile önceden belirlenmiş amaçlar değildir. Sosyal destek ağlarının temel özelliği benzer koşulları ya da sorunları paylaşan bireylerin sıkıntılarını paylaşma, sorunlar ile baş etme ya da sorunları çözme amacıyla oluşturduğu ilişkiler bütünü olmasıdır. Bu ilişkileri oluşturan amaçlar birbirine destek olma, paylaşma, yardım etme, dayanışma gibi insani değerlerdir.⁹⁹

Sosyal destek sistemleri, bireylerin yaşamlarına olumsuz olarak etki eden bazı faktörleri ortadan kaldırarak ya da etkisini azaltarak bireyin dayanma gücünü artırmaktadır. Sosyal destek duygusal, bilgi ve araçsal destek şeklinde olmaktadır. Özellikle hastalık durumunda eş, aile fertleri, arkadaşlar tarafından sağlanan duygusal destek sevilme ve değer verilme olarak algılanmakta, yalnızlık duygularını azaltmakta, benlik saygısını güçlendirmektedir. Bilgi desteği hastalık durumunda o

⁹⁸ Stephen A. Stansfeld, “Toplumsal Destek ve Toplumsal Birlik”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, s.173.

⁹⁹ Yaprak N. Yurtseven, “Sosyal Destek Ağları: Cebeci Hastanesi Örneği”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2003, s. 60.

alandaki uzmanların bilgi ve tavsiye desteği olup hastalıkla baş etme ve hastalığın yönetiminde kontrol duygusunu artırarak etkili olmaktadır.¹⁰⁰ Araçsal destek ise günlük yaşam problemlerinin çözümünde gündelik işlere yardım, maddi destek gibi uygulamaları içermektedir. Yapılan araştırmalar sosyal desteğin bireylerin sağlığı üzerinde büyük faydaları olduğunu ve toplumdan soyutlanmanın kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilediğini göstermiştir. Bu araştırmalar sosyal destek sisteminin bireyin sosyal ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinde, zor durumlarla başa çıkabilmesinde güçlü bir kaynak olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmacılar intihar düşüncesi içinde olan bireyler, alkolikler, hasta çocuğu olan anneler, kanser tanısı konmuş çocuklar gibi gruplarda yaptıkları çalışmalarda sosyal desteğin bireylerin sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğunu gözlemlemişlerdir.¹⁰¹

Yapılan araştırmalarda sosyal desteğin kalp krizi ve felç geçiren hastalıklarda prognozu* olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir. Toplumdan izole olarak yaşayan erkeklerde kalp krizi sonrası ölüm riski daha yüksektir. Bir başka araştırmada evli olmayan ve bir dert ortağı olmayan bireylerin kalp krizini takip eden beş yıl süresinde hayatta kalma oranının belirgin şekilde düşük olduğu gösterilmiştir. Felç geçiren hastalarda da duygusal destek varlığının ve toplumsal bütünleşmenin iyileşme sürecinde olumlu etkileri görülmüştür. Sosyal desteğin romatoid artrit gibi engellilik yaratan ve ağrılı olan hastalıklarda ikincil depresyonu önlediği ve engelliliği sınırladığı ortaya konulmuştur. Bunların yanı sıra yapılan çalışmalara göre duygusal desteğin kanser, AIDS gibi kronik hastalıklarda bağışıklık sistemi üzerinde olumlu etkisi olabileceği de düşünülmektedir.¹⁰² Yapılan araştırmalar dindarlığın ve manevi duyguların güçlü olmasının da sağlığı olumlu etkileyen bir sosyal belirleyici

¹⁰⁰ S. Vicki Helgeson ve Sheldon Cohen, "Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational and Intervention Research", **Health Psychology**, C. XV, 1996, s. 135-148.

¹⁰¹ İbrahim Yıldırım, "Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliliği Ve Geçerliliği", **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, C. XIII, 1997, s. 81-87.

* Prognoz: Bir hastalığın muhtemel gidişatını kestirmek, bir hastalığın ve tedavi rejiminin muhtemel sonucunu tahmin etmek.

¹⁰² Stansfeld, "Toplumsal Destek ve Toplumsal Birlik", **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, s.182.

olduğunu göstermektedir. Örneğin kalp ve damar hastalığına sahip dindar bireylerin hayatta kalma oranlarının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır.¹⁰³

Sosyal desteğin sağlıkla ilişkili olarak en etkin olduğu yapıların başında aile kurumu gelmektedir. Medeni durum ve sağlık ilişkisi üzerine yapılan araştırmalar evliliğin sağlık açısından bazı avantajlar getirdiğini göstermektedir. Evli olanların bekarlara göre yaşam başarısı, psikolojik ve fiziksel sağlık, yaşam beklentisi ve mutluluk gibi alanlarda avantajlara sahip olduğunu görülmektedir.¹⁰⁴ Araştırmalara göre evli erkek ve kadınlar sağlıklarına daha özen göstermekte, sağlık hizmetlerine daha az ihtiyaç duymaktadır ve bu bireyler arasında uzun dönemli hastalık oranları da düşük olmakta ve daha uzun yaşamaktadırlar.¹⁰⁵ Bunların yanı sıra evlilik kurumundaki sosyal desteğin ağız ve diş hastalıkları üzerine de olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir. Aynı yaştaki bir grup üzerinde yapılan araştırmada eğitim durumu, gelir seviyesi gibi faktörlerin yanı sıra medeni durumun da dişeti hastalıkları ve diş kaybıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir.¹⁰⁶

Sosyal desteğin bireysel faydalarının yanı sıra toplumsal bütünleşme tüm toplum için olumlu etkiler yaratabilmektedir. Toplumun farklı kesimleri arasında oluşan karşılıklı güven ve saygı toplumdaki insanların sağlıklarına saygıyı da beraberinde getirmektedir. Toplumsal birlik toplu etkinliklere katılımın yüksek olması ve uyumlu toplumsal ilişkileri anlatmaktadır. Bu tür toplumlar aynı zamanda daha eşitlikçi toplumlardır. Toplumsal birliğin sağlık üzerindeki olumlu etkilerini destekleyen birçok kanıt vardır. Güçlü sivil toplumları olan kentlerde bebek ölümlerinin düşük olması, Rusya’da 1970, 1980’lerdeki toplumsal karışıklık dönemlerinde özellikle toplumdan daha izole olan boşanmış erkekler arasında ölüm oranlarının yüksek olması bu düşüncüyü destekleyen birkaç örnektir. Toplumsal

¹⁰³ Yoichi Chida, Andrew Steptoe, Lynda H. Powell, “Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review”, **Psychother Psychosom**, C. LXXVIII, No: 2, 2009; s. 81–90.

¹⁰⁴ Kathleen A. Lamb, Gary R. Lee, Alfred Demaris, Union Formation and Depression: Selection and Relationship Effects, **Journal of Marriage and Family**, C. LXV, No.4, 2003, 953–962.

¹⁰⁵ Kristi Williams ve Debra Umberson, “Marital Status, Marital Transitions, and Health: A Gendered Life Course Perspective”, **Journal of Health and Social Behavior**, C. XLV, No.1, 2004, 81–98.

¹⁰⁶ Sabine Buchwald v. d. “Tooth Loss and Periodontitis by Socio-Economic Status and Inflammation in A Longitudinal Population-Based Study”, **J Clin Periodontol.**, C.XL, No: 3, 2013, s. 203–11.

bütünleşme etnik ve kültürel açıdan benzer yapıdaki insanların bir arada yaşadığı ortamlarda, komşuluk ilişkilerinin iyi olduğu mahallelerde daha yüksek seviyede olmaktadır.¹⁰⁷

Toplumların bir bütün olarak sağlığının iyileştirilmesi bağlamında ekonomik ve mali politikaların toplumsal bütünleşmeyi etkileyen önemli faktörler olduğu ve gelir eşitsizliğini artıran politikaların sağlık eşitsizliklerini artırma eğilimi getirdiği de gözden kaçırılmamalıdır.¹⁰⁸

Toplumsal bütünleşme ve sosyal desteğin sağlık üzerine olumlu etkisi olduğu gibi toplumsal destek mekanizmalarından faydalanamayan ve sosyal dışlanma yaşayan bireylerin de sağlığı olumsuz olarak etkilenmektedir.

2.10. Sosyal Dışlanma

Sosyal dışlanma belirli insan gruplarının topluma ve sosyal hayata tam olarak katılmalarına engel olan ilişkisel süreçler olarak tanımlanmaktadır. Sosyal dışlanma eşitsiz güç ilişkileri çerçevesinde ekonomik, siyasi, sosyal ve kültürel olmak üzere dört ana alanda gerçekleşir. Bu durum farklı seviyelerde etkileşim kurularak yürüyen dinamik ve çok boyutlu süreçlerden oluşmaktadır. Bu süreçler bireysel, hane halkı, grup, toplum ve küresel seviyelerde gerçekleşebilmektedir. Sosyal dışlanma makro düzeyde uygun eğitim, eşit istihdam fırsatı, kültürel ve toplumsal cinsiyet anlayışları etrafında gerçekleşmekteyken mikro düzeyde de gelir, mesleki statü, sosyal ağlar, ırk, cinsiyet, din etrafında gerçekleşir.¹⁰⁹

Yoksulluk kimi zaman sosyal dışlanma ile birlikte var olmakta ve sağlık için önemli bir risk faktörü ve erken ölümlerin sebebi olmaktadır. Yoksulluk sıklıkla kötü beslenme, aşırı kalabalık, nemli, iklimlendirmesi bozuk ev ortamlarını beraberinde getirmektedir. Bu şartlar birçok hastalık için ortam hazırlamakla beraber bu tür ev ortamları yangın ve ev kazaları riskini de artırmaktadır.¹¹⁰

¹⁰⁷ Stansfeld, “Toplumsal Destek ve Toplumsal Birlik”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, s.189.

¹⁰⁸ Stansfeld, “Toplumsal Destek ve Toplumsal Birlik”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, s. 194.

¹⁰⁹ http://www.who.int/social_determinants/themes/socialexclusion/en/ (Çevrimiçi):06.06.17

¹¹⁰ A. e. s. 232.

İşsizler, azınlık durumunda olan bazı etnik gruplar, engelliler, mülteciler ve evsizler sosyal dışlanmaya en fazla maruz kalan kesimlerdir. Bu kesimlerin içlerinde ise hamileler, bebekler, çocuklar ve yaşlılar en dezavantajlı grubu oluştururlar. Mültecilerin göç etmelerinden sonraki dönemlerde ölüm riskleri artış göstermektedir. Savaşlardan kaçan insanlar sıklıkla yoksullaşarak yoksulluğun sağlık risklerine maruz kalmakla beraber bu duruma eşlik eden travma, aile, iş, arkadaşlar gibi sosyal çevre kaybı, yeni ortama uyum sağlamak gibi birçok sorunla yüz yüze gelmektedir. Bu da onların fiziksel ve ruh sağlıkları üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır.¹¹¹

Sosyal dışlanmaya uğramak kişilerin eğitim öğretim, toplumsal hizmetlere ulaşım ve vatandaşlık hizmetlerinden faydalanmalarını da kısıtlayarak sosyal ve psikolojik anlamda zarar görmelerine, sahip oldukları mali imkanları kaybetmelerine ve sağlıklarının bozulmasına neden olmaktadır. Uzun müddet boyunca sosyal dışlanmaya maruz kalan bireylerde sağlık sorunları artmakta, özellikle kalp hastalıklarına daha fazla yakalanmaktadır. Aynı zamanda bu bireylerde ayrılık ve boşanma, engellilik, madde bağımlılığı gibi sorunların görülme oranı da artmaktadır.¹¹² Sağlıkla ilgili sosyal dışlanma damgalanma ile de kendini göstermektedir. Örneğin AIDS gibi bazı hastalıklara sahip bireyler damgalanarak toplum dışına itilmektedir.¹¹³

Sosyal dışlanmaya uğrayan bireyler sağlık hizmetlerini alırken de dezavantajlı durumda olabilmektedirler. Yoksul ve kimsesiz hastalar sağlık hizmeti almak için daha uzun süre beklemekte, küçümsenerek kötü muamele görebilmekte, daha yüzeysel muayene olabilmekte ve özellikle kısıtlı kaynakların varlıklı hastalar için ayrıldığı durumlarda daha yetersiz tedaviler alabilmektedirler.¹¹⁴

¹¹¹ A. e., s. 243.

¹¹² Wilkinson ve Marmot, **The Social Determinants of Health: The Solid Facts**, s.17.

¹¹³ Mary Shaw, Danny Dorling, George Davey Smith, “Yoksulluk, Toplumsal Dışlanma ve Azınlıklar”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, s.239.

¹¹⁴ Okursoy, **Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi**, s. 27.

Bu nedenle toplumdaki dezavantajlı kesimlerin genel sağlıkta olduğu gibi ağız ve diş sağlığı ile ilgili olarak da desteklenmesi gerekmektedir. Toplumsal hayata katılımda zaten dezavantajlı bir durumda olan bu kesimlerin ağız ve diş hastalıkları nedeniyle hissettikleri rahatsızlık, ağrı, ağız fonksiyonlarında kısıtlılık gibi nedenlerle sosyal ve ekonomik hayatlarının daha da olumsuz etkilenmesi söz konusu olmaktadır. Bu durumda olan bireylerin ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması ile yaşam kaliteleri artacak ve sosyal eşitsizliğin azaltılması sağlanması mümkün olacaktır.¹¹⁵

2.11. Toplumsal Cinsiyet

İnsanlar biyolojik ve genetik açıdan kadın ve erkek olmak üzere iki cinsiyetten birine aittir. Bu iki cinsiyeti ayıran onların üreme sistemleridir. Anatomik ve hormonal yapılarına göre birey bu cinsiyetlerden birine ait olur. Kadın ve erkeği tanımlamada diğer bir faktör de kadın ve erkeğin değişik kültürlerdeki tanımlamalarıdır. Buna gender yani toplumsal cinsiyet denilmektedir. Toplumsal cinsiyet biyolojik farklılıklardan kaynaklı olarak değil kadın ve erkek olarak toplumun bizi nasıl gördüğu, nasıl algıladığu, nasıl düşündüğu ve nasıl davranmamızı beklediğini anlatan bir kavramdır. Bu kavram kadın ve erkeklerin sosyal olarak belirlenen rol ve sorumluluklarını ifade eder. Biyolojik cinsiyetin aksine toplumsal cinsiyet farklılığı sosyal yapılandırma sonucu olduğuğundan dolayı roller değiştirilebilir.¹¹⁶

Toplum içinde yaşayan bireylerin toplumsal rol ve davranışları kültür içinde oluşmaktadır. Yeni doğan bir bebeğin biyolojik bir cinsiyeti vardır ama toplumsal cinsiyeti yoktur. Toplumsal cinsiyet kavramının içeriği toplum tarafından kurgulanan normlarla belirlenmekte ve bu normları sosyalleşme sürecinde öğrenmektedir. Çocuk büyürken toplum içindeki kurallar ve davranış modelleri ile şekillenir. Aile gibi birincil sosyalleşme ve arkadaş grupları, okul, sosyal çevre gibi ikincil sosyalleşme

¹¹⁵ Watt, a. y.

¹¹⁶ Ayşe Akın, Simge Demirel, “Toplumsal Cinsiyet Kavramı Ve Sağlığa Etkileri”, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, C.XXV, No:4, 2003 Özel Eki, s. 73-82.

yolları ve medya aracılığıyla toplumsal cinsiyet rolleri öğrenilir. Cinsiyete dayalı normlar ve değerler kadın ve erkek arasındaki farklılıkları vurgulamakla beraber toplumsal eşitsizlikleri de beraberinde getirmektedir. Eşitsizlikler kültüre ve zamana göre farklılık göstermektedir ve sürece dayalı bir özelliğe sahiptir. Toplumsal cinsiyet farklılığı içinde birtakım olumsuzlukları barındırmakla beraber cinsiyet norm ve değerlerinin sabit olmaması, zaman içinde gelişebilir ve değişebilir olması bu alanda var olan eşitsizliklerin giderilebileceği ihtimalini de taşımaktadır.¹¹⁷

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığına dair iki kavram dikkat çekmektedir. Bunlar toplumsal cinsiyette eşitlik (gender equality) ve toplumsal cinsiyette hakkaniyettir (gender equity). Toplumsal cinsiyette eşitlik fırsatları kullanma, kaynakların ayrılması ve kullanımında, hizmetleri elde etmede bireyin cinsiyeti nedeniyle herhangi bir ayrımcılığa uğramaması demektir. Toplumsal cinsiyette hakkaniyet ise kadın ve erkeğin farklı ihtiyaçları ve güçlerinin olduğu, bu farklılıkların belirlenerek iki cinsiyet arasındaki dengeyi düzeltecek şekilde gerekenlerin yapılması anlamına gelmektedir.¹¹⁸

Toplumsal cinsiyet algısı nedeni ile kadın ve erkek farklı varlıklar olarak kabul edilmekte ve her birinin kendine ait imkanları, rolleri ve sorumlulukları olduğu kabul edilmektedir. Birçok toplumda kamusal alanda çalışma ve politika erkeklerin doğal işi, ev işleri ve aile ile ilgili özel alanlar da kadınların doğal işi olarak görülmektedir. Toplumsal cinsiyet ayrımları hem kadınların hem de erkeklerin yaşamını şekillendirmekle beraber farklılıktan daha fazla anlam taşır. Öyle ki bazı toplumlarda kadın olmak erkek olmaya göre kadınların kaynaklara daha az ulaşmasını ve sahip olmasını haklı gösterir. Bu eşitsizlik en belirgin olarak gelir ve servet dağılımında kendini gösterir. Bugün dünyadaki yoksulların % 70'ini kadınlar oluşturmaktadır. Bu durum yoksulluğun feminizasyonu olarak tanımlanmaktadır ve hem zengin hem de fakir ülkelerde mevcuttur. Bu çalışma yaşamında kadınların eşit

¹¹⁷ Deniz Sezgin, "Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme", **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, C. XVIII, No:1, 2015, s. 153-86.

¹¹⁸ Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu, "Türkiye'de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık" Rapor, 07 Mart 2008, http://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=667233fa-9232-11e7-b66d-1540034f819c , (Çevrimiçi) 01.02.2019.

olmayan durumunu ve ev içindeki düşük statülerini de yansıtan bir göstergedir. Kadınlar erkeklere göre daha az çalışma imkanı bulurken, çalışan kadınların kazancı ise erkeklerin kazancının ortalama 3/4'ü kadardır. Dünyadaki taşınmaz malların çoğunluğu erkeklere aittir. Bütün bunların yanında toplumsal cinsiyet ayrımcılığıyla ilgili olarak kadının yaşamına ve kadın olmaya kültürel yönden daha az değer verilmesi de söz konusu olmaktadır. Kadınlara ait olduğu düşünülen ev işleri ücretli olarak yapılan işten daha az değerli sayılır. Kadınların eğitim alanında da dezavantajları olmaktadır. Okuma yazma oranları tüm dünyada kadınlarda daha düşüktür. Kadınlar toplumsal temsil noktasında da dezavantaj yaşamaktadır. Toplumun yarısını oluşturmalarına rağmen kadınların parlamentolarda temsil oranı erkeklere oranla daha düşük olmaktadır. Toplumsal cinsiyet rollerinin kadınlara olduğu kadar erkeklere de olumsuz yansımaları olmaktadır. Toplumun erkeklerin güçlü olması yönünde kendilerine biçtiği rol nedeniyle ailenin geçimini temin etmesi beklentisi erkeklerde fiziksel ve mental sağlıklarını bozacak ölçüde uzun sürelerde çalışmalarına neden olabilmektedir. Benzer şekilde güçlü olmaları yönündeki sosyal beklenti, erkeklerin ihtiyaçları olduğu durumlarda yardım aramalarını güçleştirmektedir.¹¹⁹

Toplumsal cinsiyete bağlı rol ve beklentilerinin etki ettiği ve beraberinde getirdiği eşitsizlikler sağlık alanında da göze çarpmaktadır. Sağlık ve toplumsal cinsiyet arasında görünmeyen ve ayrılmayan bir bağ vardır. Toplumlar arasında farklılıklar görülmekle beraber, genel olarak kadınların doğumda beklenen yaşam süresi daha uzundur.¹²⁰ Yaşam süresinin uzun olması yaşam süresi boyunca daha fazla hastalık riskiyle karşılaşmaya neden olmakta ve yaşamın ileriki dönemlerinde yaşamın sağlık açısından niteliğinin de önem kazanmasına neden olmaktadır. Toplumsal cinsiyet bağlamında daha zayıf cinsiyet olarak değerlendirilmelerine rağmen kadınların biyolojik olarak yaşam boyunca daha güçlü olduğu görülmektedir.

¹¹⁹ Akın ve Demirel, a. y.

¹²⁰ Tesse Pollard, Susan Brin Hyatt, **Sex, Gender and Health: Integrating Biological and Social Perspectives**, Ed. by. Tesse Pollard, Susan Brin Hyatt, UK, Cambridge University Press, 1999, s. 1-17.

Örneğin erkek fetüslerde daha fazla spontan düşük ve ölü doğumla karşılaşmaktadır. Erişkin dönemde ise, kadınlar menopoz dönemine kadar kalp hastalıkları gibi bazı hastalıklar açısından biyolojik bir avantaja sahiptir. Yapılan son araştırmalara göre ise belirli patojenlere karşı duyarlılığı ve bağışıklığın gelişmesinde cinsiyet ile ilgili farklılıklar tesbit edilmeye başlanmıştır. Bu araştırmaların sonuçlarına göre sonu osteoporoz, diyabet, hipertansiyon, romatoid artrit ve çoğu immün bozuklukları kadınların erkeklerden daha fazla yaşaması ihtimal dahilindedir.¹²¹

Sonuç olarak kadın ve erkeklerin biyolojik cinsiyeti ve üremeye ilişkin fizyolojik yapılarının farklılığının dışında toplumsal cinsiyet rolünden kaynaklanan ve sağlıklarını olumsuz etkileyen faktörler da mevcuttur.¹²² Kadın sağlığı hizmetlerinde bütüncül bir yaklaşım yerine, genellikle doğurganlık dönemine odaklanmış geleneksel bir yaklaşımın hakimiyeti vardır. Bu yaklaşım ana-çocuk sağlığı sorunlarının yoğun yaşandığı ve anne ve bebek ölümlerinin yüksek olduğu bölgelere uygun bir yaklaşım olmakla beraber doğurganlık çağında olmayan kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunları ihmal edilebilmektedir.¹²³ Kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliğine bağlı olarak üreme ve genel sağlıklarını olumsuz etkileyen faktörler eğitim ve çalışma hayatında fırsat eşitliğinin olmaması, kendileriyle ilgili karar verme ve seçme özgürlüklerinin kısıtlanması gibi faktörlerdir. Bu faktörlere bağlı olarak kadının toplumsal statüsü daha düşük olmakta ve bu da sağlık hizmetlerinden faydalanma oranlarını düşürmektedir. Dünya genelinde paranın kontrolü erkeklerde olduğundan zengin ülkelerde dahi gelir düzeyi düşük gruplarda kadınlar erkeklerden daha düşük sağlık hizmeti almaktadır. Sağlık bakımına ulaşmada tek olumsuzluk finansal faktörler değildir. Gelenek ve kültürlerin de bunda etkisi vardır. Örneğin kadının kültürel sebeplerle yalnız dışarı çıkmasının uygun bulunmadığı veya kadın sağlık çalışanlarının olmadığı durumlarda erkeklere tedavi olmaktan kaçınılması nedeniyle kadınlar sağlık bakımına ulaşamayabilirler.

¹²¹ Akın ve Demirel, a. y.

¹²² Sezgin, a. y.

¹²³ Sezgin, a. y.

Bunun yanı sıra özellikle eğitim düzeyi düşük kadınlarda daha sık rastlanabilen özgüven eksikliği de kadınların talep etme yeteneklerini kısıtlayabildiği gibi aynı zamanda kadının kendisine olan saygısını da azaltarak kadının kendi vücudunu tanıyarak sağlık bakımı ihtiyaçlarını doğru bir şekilde saptamasını engeller.¹²⁴

Kadına yönelik şiddet de sıklıkla kadının toplumsal statüsünün düşük olmasından kaynaklı bir insan hakları sorunudur. Şiddet gören kadınlarda fiziksel ve ruh sağlığı sorunları, intihar, yaralanmalar, kronik ağrı belirtileri, depresyon, ve anksiyete bozuklukları gibi sağlık sorunları görülebilmektedir.¹²⁵

Erkekler içinse toplumsal cinsiyet rolleri güçlü olmayı ve evin geçimini sağlamak görevini kendisine verdiği için para kazanmak için daha fazla risk almalarına ve mesleki nedenlere bağlı ölümlerden daha fazla etkilenmelerine neden olmaktadır. Aynı zamanda erkekler kadınlara oranla din ve diğer kısıtlamalardan daha özgür büyümektedirler. Bu da özellikle akranları tarafından gerçek bir erkek olarak kabul edilmelerini kolaylaştıran tehlikeli ve zararlı alışkanlıklara ilgilerini artırmaktadır. Erkeklerin kaynaklara ulaşma imkanlarının daha fazla olması tehlikeli maddelerle karşılaşmaları ve kullanmaları riskini artırmaktadır. Dünyanın pek çok ülkesinde genç erkeklerin genç kadınlara göre trafik kazası ve şiddetten dolayı ölüm riski daha yüksektir. Yaşamın ilerleyen evrelerinde ise erkekler arasında görülen erken ölümlerin büyük bölümü kalp hastalıklarından kaynaklanmaktadır. Bu yalnızca biyolojik nedenlerden değil aynı zamanda erkeklerin risk alma davranışlarının fazla olmasından da kaynaklanmaktadır. Örneğin sigara içme oranı erkeklerde daha yüksek olmasından dolayı akciğer kanserine yakalanma oranları daha yüksek olmakta veya riskli mesleklerde erkeklerin çalışma oranı daha fazla olduğundan mesleki risklerden kaynaklanan hastalık ve ölüm oranları da erkeklerde daha fazla olmaktadır.¹²⁶ Yukarıdaki değerlendirmeler doğrultusunda toplumsal cinsiyetin sağlığın sosyal belirleyicileri bağlamında önemli bir değişken olduğunu görmekteyiz.

¹²⁴ Akın ve Demirel, **a. y.**

¹²⁵ Türk Tabipleri Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu, **a. y.**

¹²⁶ Akın ve Demirel, **a. y.**

2.12. Küreselleşme

Küreselleşme kavramına dair birçok tanım yapılmaktadır. Bu tanımların ortak bir noktada buluşmaması farklı ideolojilerin ve dünya görüşlerinin bakış açılarından kaynaklanmaktadır.¹²⁷ Ekonomik bakış açısıyla yapılan genel bir tanıma göre küreselleşme ulusal ekonomilerin dünya piyasalarıyla bütünleşmesi ve karar süreçlerinin dünya piyasalarının dinamikleriyle belirlenmesidir.¹²⁸ Bu süreçte ulus devletler politikalarını uluslararası ekonominin belirlediği kurallar doğrultusunda yapmaktadırlar. Küreselleşme piyasa egemenliği, özel girişimcilik, verimlilik, esneklik, bireycilik gibi değerlerin etrafında şekillenmektedir. Bu sistemin toplumsal alanda en büyük etkisi sosyal hizmetlerin üretim ve dağıtımında olmaktadır. Önceleri devlet eliyle verilen kamu hizmeti sunumunda devlet sadece bir aracı konumuna indirgenmiş ve sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik hizmetleri piyasa ekonomisi mantığıyla yeniden organize edilmiştir. Bu faaliyetler özel sektöre ve “üçüncü sektör” adı verilen sivil toplum kuruluşlarına devredilmiştir.¹²⁹

Ekonomik alanın yanı sıra küreselleşmenin görüldüğü bir diğer alan teknoloji alanı olmuştur. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin gelişmesi sonucunda dünya çapında bilginin dolaşımı kolaylaşmış bunun yanı sıra dünyadaki hakim güçlerin kültürel değerlerini dünyanın geri kalanına aktarımı da mümkün olmuştur.¹³⁰ Bu açıdan bakıldığında küreselleşme daha geniş anlamda endüstriyel genişlemeye ve kitle iletişim araçlarının yaygınlaşmasına paralel olarak siyasal, kültürel ve ekonomik düzeydeki çok yönlü toplumsal ilişkilerin dünya çapında yaygınlaşması olarak tanımlanabilmektedir.¹³¹

¹²⁷ Okursoy, **Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi**, s. 45.

¹²⁸ İpek Özkal, “Türkiye’de Sağlık ve Küreselleşme”, **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, C.III, No: 11-12, 2002, s. 46-9.

¹²⁹ Özkan Yıldız, “Küreselleşme, Sağlık ve Toplum”, **Gaziantep Tıp Dergisi**, 2008, s. 30-34.

¹³⁰ Ertugrul Tarcan, “Küreselleşmenin Sağlık Üzerine Etkileri ve Sağlık İşletmelerinin Küreselleşme Süreci”, **Yönetim**, C. XII, No: 39, Mayıs - 2001, s. 29-43.

¹³¹ Okursoy, **Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi**, s. 45.

Dünya çapında bilginin, malların, teknolojinin dolaşımının artmasıyla birlikte küreselleşmeyi refaha ulaşmanın bir yolu olarak görenlerin yanı sıra siyasal, ekonomik ve hatta sağlık sorunlarının sorumlusu olarak görme eğiliminde olanlar da vardır.¹³² Yine aynı sebeplerden dolayı Batı'nın kültürel değerlerinin dünyanın tüm bölgelerine hızla ulaşmasının mümkün olmasıyla bu değerlerin diğer insanlara kolaylıkla empoze edilmesi söz konusu olmaktadır. Bu etkileşim sayesinde insanların benzer kalıplara girmesini sağlayan küreselleşme kimine göre sanal sömürgeleştirme olarak nitelendirilmektedir.¹³³ Küreselleşme ile birbirine yaklaşan dünya toplumları bir yandan bütünleşirken diğer yandan bu yakınlaşma farklılıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır.

Tüm ekonomik ve siyasal süreçleri etkileyen küreselleşmenin sağlık alanında da yansımaları olması kaçınılmazdır. Bu yansımalar toplumsal yaşama bazı olumlu etkiler yapmakla beraber birçok risk ve olumsuzluğu da beraberinde getirmektedir. Ekonomik büyüme ve teknolojideki gelişmeler nedeniyle ortalama yaşam süresinin uzaması insan sağlığına olumlu bir etki olarak değerlendirilmektedir.¹³⁴ Sağlık alanındaki yeni tedavi, teknoloji ve stratejiler hakkındaki bilgiler hızla dünya geneline yayılabilmektedir.¹³⁵ Bu sayede daha önce tedavisi mümkün olmayan bazı hastalıklar tedavi edilebilir hale gelmiştir. Bununla beraber yeni düzende artan mal ve insan hareketleri ile AIDS, kuş gribi gibi yeni bulaşıcı hastalık salgınları görülmekte, tütün ve uyuşturucu kullanımı sınırlar ötesine daha kolay yayılabilmekte, ozon tabakasının delinmesi gibi çevresel riskler artmakta, toksik atıklar yoksul ülkelere taşınmaktadır. Daha önce az gelişmiş ülkelerin sorunu sayılan

¹³² Günther G. Schulze ve Heinrich W. Ursprung, "Globalisation Of the Economy and The Nation State", **The World Economy**, C. XXII, No: 3, 1999, s. 293-352.

¹³³ Claudio Schuftan, **Equality in Health Economy Globalisation, Development in Practise**, C. V, 1999, 610-4.

¹³⁴ Tarcen, **a. e.**

¹³⁵ Ronald Labonte ve Ted Schrecker, "Globalization and Social Determinants of Health: Introduction and Methodological Background", **Globalization and Health**, C. III, No: 5, 2007, s. 1-15.

bulaşıcı hastalıklar artık gelişmiş ülkelerde de görülmekte, kronik hastalıklar yayılma eğilimi göstermektedir.¹³⁶

Bu dönemde her ne kadar sağlık alanındaki gelişmeler hastalıkların tedavi olanaklarını artırmış olsa da bu imkanlar gerek ülkeler arasında gerekse ülkelerin kendi içlerinde insanlara adil olarak ulaşmamaktadır. Küreselleşmenin sosyal ve çevresel şartları erozyona uğrattığı, zengin ve fakirler arasındaki uçurumun derinleştiği görülmektedir.¹³⁷ Sağlık alanında en büyük olumsuz etki toplumun en dezavantajlı kesimi olan yoksullar, kadınlar ve çocuklar üzerinde olmaktadır. Devletin sağlık hizmetlerindeki rolünün azalmasıyla koruyucu sağlık hizmetleri sahipsiz kalmaktadır. Daha önce devlet eliyle sunulan sağlık hizmetlerinin özel sektöre devredilmesi ile tedavi maliyetlerinin artması söz konusu olmakta ve bu durum dezavantajlı kesimlerin sağlık hizmetlerine ulaşımının önünde ciddi bir engel oluşturmuştur.¹³⁸

Küreselleşmenin getirdiği bu tür sorunlar yine küreselleşmenin bir ürünü olan hızlı iletişim kanalları sayesinde örgütlenen gönüllü kuruluşlar sayesinde çözüm yönünde bir baskı oluşturulmasını sağlamaktadır. Bu dönemde sahneden çekilen devletin yerini sivil toplum örgütleri almaya başlamıştır. Bu kuruluşlar bir taraftan çevresel risklerin kontrol edilmesi, ilaç fiyatlarının düşürülmesi yönünde yönetimler üzerinde baskı oluşturmakta, bir taraftan dezavantajlı kesimlere sağlık hizmeti götürerek sağlık alanındaki eşitsizliğin giderilmesi yönünde çalışmalar yapmaktadırlar. Bütün bu çabalara rağmen önlem alınmadığı takdirde devletin sağlık hizmetlerinden elini çekmeye başlaması ile dezavantajlı kesimlerin özelleştirilen sağlık hizmetlerinden daha az yararlanması, işsizlik ve yoksulluğun artışına paralel

¹³⁶ Osman Hayran, “Küreselleşme Ve Sağlık İlişkileri”.

<http://www.sdplatform.com/Dergi/6/Kuresellesme-ve-saglik-iliskileri.aspx> , (Çevrimiçi) 28.05.17.

¹³⁷ Stephen Bezručka. “Culture and Medicine Is globalization dangerous to our health?”, **West J Med.**, C. 172, No: 5, 2000, s. 332-4.

¹³⁸ Labonte ve Schrecker, **a. y.**

olarak yaşam koşullarının bozulması ve tüm bunların sonucu olarak çeşitli sağlık sorunlarında artış olması kaçınılmazdır.¹³⁹

2.13. Ölçme Ve Kanıtlara Dayandırma

Toplum sağlığını üst düzeye taşımak ve sağlıktaki eşitsizlikler ile mücadele etmek için politik müdahaleler gerekmektedir. Sağlığa etki eden sosyal belirleyiciler tek başlarına güçlü birer kanıt oluşturmazlar. Politika belirleyicilerin karar mekanizmalarının doğru bir şekilde işleyebilmesi için sağlıkla ilgili verilerin toplanması ve değerlendirilmesinin en doğru şekilde yapılması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü bu konuyla ilgili metodolojiler geliştirilmesi yolunda çalışmalar yapmaktadır.¹⁴⁰

Günümüzde tıp ve sağlık bilimleri alanında çok sayıda bilimsel çalışma yapılmaktadır. Aynı konuda birbirinden bağımsız yapılmış çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlara ulaşılabilmektedir. Bilgi sunan kaynakların hepsi kanıt sunmalarına rağmen kanıt düzeyleri farklılık göstermektedir. Bu bilgi yığını yorumlamak ve yeni araştırmalarda kullanabilmek için kapsayıcı ve güvenilir nitelikte üst çalışmalara ihtiyaç vardır. Kanıta dayalı bilgi uygulamaları belirli bir konuda yapılan araştırmaların analizini sağlayacak ve elde edilen bilgilerin etkin bir şekilde kullanılmasına imkan verecek rehberler oluşturmaktadır.¹⁴¹

Kanıta dayalı sağlık politikası oluşturulurken vazgeçilmez iki temel unsur hakkaniyet ve erişilebilirliktir. Karar verme süreçlerinde bilimsel veriler kadar toplumun değer yargıları, hukuki, kültürel ve sosyal yapısı dikkate alınmalı ve politik karar tecrübelerine göre toplumun sağlık politikaları şekillendirilmelidir.¹⁴²

¹³⁹ Hayran, “Küreselleşme Ve Sağlık İlişkileri”, <http://www.sdplatform.com/Dergi/6/Kuresellesme-ve-saglik-iliskileri.aspx> , (Çevrimiçi) 28.05.17.

¹⁴⁰ World Health Organization: Social Determinants of Health: Measurement and evidence, http://www.who.int/social_determinants/themes/measurementandvidence/en/ (Çevrimiçi) 01.02.2019.

¹⁴¹ Eda Köse Uysal, Nazan Özenç Uçak, “Tıp Akademisyenlerinin Kanıta Dayalı Bilgi Gereksinimleri ve Bilgi Arama Davranışları”, **Bilgi Dünyası**, C.XIV, No: 1, 2013, s. 37-61.

¹⁴² Gamze Bayın, Yasemin Akbulut, “Kanıta Dayalı Yaklaşım Ve Sağlık Politikası”, **Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi**, C. I, No:2, 2012, s. 115-132.

Ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi ile ilgili politikalar yapılırken de ülke düzeyinde diş çürüğü, dişeti hastalığı gibi ağız ve diş hastalıklarının mevcut durumunu gösteren verilerin elde edilmesi gerekmektedir. Ancak bu veriler ışığında ağız ve diş sağlığının geliştirilmesi ile ilgili eğitim programları, koruyucu uygulamalar ve tedavi hizmetlerinin akılcı ve hakkaniyetli bir şekilde yapılması ve ağız ve diş sağlığı ile ilgili toplumsal eşitsizliklerin ortadan kaldırılması mümkün olacaktır.¹⁴³

2.14. Sağlık Sistemi ve Sosyal Güvence

Günümüzde sağlık alanında büyük bilimsel gelişmeler kaydedilmiştir. Sahip olunan bilgi birikimi ve ileri teknoloji yeni tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine, yeni ilaçların keşfedilmesine imkan tanımıştır. Bununla beraber bu imkanlar toplumsal eşitsizlikler nedeniyle zengin ülkelerde dahi toplumun bütün kesimlerine eşit oranda ulaşamamaktadır. Bu nedenle sağlık sistemlerinin tasarlanması, işletilmesi ve finanse edilmesi sağlığın güçlü bir belirleyicisi durumundadır. Sağlık sistemleri sağlığın belirleyicisi olarak birçok etki alanına sahiptir. Öncelikle eşitlikçi bir sağlık sistemi hastalıklardan korunma ve onları tedavi etmekle kalmayıp bunun ötesinde genel bir toplumsal fayda sunmaktadır. Böyle bir sağlık sistemi insanların yaşam şartlarını iyileştirmekte, hastalıklara karşı kendilerini savunmasız hissetmelerini engelleyerek kendilerini güvende hissetmelerini sağlamaktadır. Toplumdaki dışlanmış kesimler, yoksullar, kadınlar, engelliler gibi dezavantajlı gruplara ulaşabilen bir sağlık sistemi bu bireylerin ihtiyaçlarını karşılamakla kalmayıp bu yolla toplumsal bütünleşmenin tesis edilmesine de katkıda bulunmaktadır. Bir toplumda yaşayan bireylerin hastalandıklarında bakım alacaklarına dair hissettikleri güven hükümetler için de toplumsal ve politik destek oluşturabilmektedir.¹⁴⁴

¹⁴³ Bahar Güçiz Doğan, Saaadet Gökalp, “Türkiye’de Diş Çürüğü Durumu ve Tedavi Gereksinimi 2004”, **Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi**, C.XXXII, S.2, 2008, s. 46.

¹⁴⁴ Who Commission on The Social Determinants of Health, “Challenging Inequity Through Health Systems”, Lead authors Lucy Gilson, Jane Doherty, Rene Loewenson and Victoria Francis, **Final Report Knowledge Network on Health Systems**, June 2007.

Sosyal güvenlik sistemleri, sosyal devlet anlayışının gereği olarak bireylere sosyal güvenlik garantisi sağlama işlevine dayanmakta ve nitelikleri ülkelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeylerine göre farklılıklar göstermektedir. Sosyal güvenlik kavramı “bireylerin ve ailelerin ekonomik ve sosyal risklerle karşılaşmaları durumunda gereksinim duydukları destek ve dayanışmanın kamu programları aracılığıyla kurumsallaştırılmasıdır” şeklinde tanımlanmaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri primli ve primsiz modeller olarak iki farklı şekilde görülmektedir. Primli modeller istihdama dayalı olarak sosyal sigorta sistemleridir. Primsiz modeller ise yararlanıcıların herhangi bir biçimde katkı sunmadığı, devletin yoksulluğa karşı geliştirdiği destek mekanizmalarıdır. Sosyal yardımlar ise primsiz ödemeler ve genel yardımlar olarak gerçekleştirilmektedir. Yaşlılık, özürlülük aylıkları primsiz ödemeler, ayni ve nakdi olabilen genellikle düzensiz geçici yardımlar ise genel yardımlar içinde yer almaktadır.¹⁴⁵

Sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti nedeniyle toplumun tüm kesimlerinin bu hizmetlerden yararlanabilmesi ancak bu alanda sosyal güvenlik mekanizmalarının varlığı ile mümkündür. Refah düzeyi yüksek toplumlarda dahi bu maliyetleri karşılayamayacak uzun dönemli işsizlik, yeni yoksulluk, sosyal dışlanma, yaşlı nüfusun artması, aile yapısının değişmesi ve modernleşmenin getirdiği sosyal sorunlara bağlı olarak artan sayıda dezavantajlı kesimler bulunmaktadır. Bu tür sorunlar niteliği gereği sosyal sigorta sistemi ile karşılanmaya elverişli olmadıklarından tarihsel süreçte sosyal sigortalardan daha önce keşfedilmiş fakat sosyal devlet anlayışının yerleşmesiyle giderek terkedilmiş olan sosyal yardım sistemi ve sosyal hizmetler günümüzde tekrar gündeme gelmeye ve önem kazanmaya başlamıştır. Toplumdaki tüm kesimlerin eşit sağlık hizmetine

¹⁴⁵ Ülker Şener, Yoksullukla Mücadelede Sosyal Güvenlik, Sosyal Yardım Mekanizmaları ve İş Gücü Politikaları, TEPAV (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı) Politika Notu, 2010, https://www.tepav.org.tr/upload/files/1271313906r3055.Yoksullukla_Mucadelede_Sosyal_Guvenlik.pdf (Çevrimiçi) 26.05.2019.

erişebilmeleri için sağlığın önemli bir belirleyicisi olan sosyal güvencenin tüm bireyleri kapsayacak şekilde yapılandırılması gerekmektedir.¹⁴⁶

Tüm dünyada ağız ve diş tedavileri maliyeti yüksek tedavi hizmetlerinden biri olup genellikle sosyal güvence kapsamında olmamaktadır. Hatta özel sağlık sigortalarının genel sağlık sorunları için sundukları poliçeler ağız ve diş sağlığını içermemekte, bunun için ek poliçelerin satın alınması gerekmektedir. Bu nedenle özellikle ağız ve diş sağlığındaki eşitsizliklerle mücadelede etkin sağlık politikaların oluşturulması ve tüm toplumu kapsayan bir sosyal güvenlik sisteminin kurulması gerekmektedir.

Ülkemizde sosyal güvenlik sistemi diş tedavilerini ağırlıklı olarak kapsamaktadır. Ancak bu sistemin adil ve toplumun ağız ve diş sağlığı düzeyini yükseltecek şekilde işletilmesi sağlık profesyonellerinin yeterli katılımına bağlıdır. Nihai noktada sağlık hizmeti veren sağlık profesyonellerinin yeterli katılımı olmadan bunların başarıya ulaşması mümkün değildir. Öncelikle sağlık politikalarını oluşturan ve sağlık kuruluşlarında çalışan yöneticiler sağlığa ayrılan kaynakların ve sağlık istihdamının akılcı olarak kullanılmasında sorumluluk sahibidir.¹⁴⁷ Örneğin ülkemizde önceki yıllarda özel sağlık kuruluşları ve yerel yönetimler tarafından okullarda diş sağlığı taramaları yapılmaktaydı. Bu taramalar öğrencilerin diş muayenelerinin yapılması, bazen de buna ek olarak diş sağlığının öneminin anlatılması ve diş fırçalama yönteminin öğretilmesi şeklinde olmaktadır. Ancak yapılan araştırmalar bireylere doğru bilgi aktarımının davranış değişikliğine neden olabilmesi için yeterli olmadığı, bunun için farklı yollar izlenmesi gerektiğini göstermiştir. Bilgi aktarımıyla sağlanan bilişsel değişikliğin içselleştirilerek davranış değişikliğine neden olabilmesi için bireylere ait davranışsal, fiziksel ve psikolojik faktörler ile içinde yaşadığı toplumun ekonomik, çevresel ve sosyal faktörlerin bilinerek farklı stratejiler izlenmesi gerektiğini göstermiştir.¹⁴⁸ Bu açıdan

¹⁴⁶ Okursoy, **Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi**, s. 50.

¹⁴⁷ Williams, Sheiham, Watt, **a. y.**

¹⁴⁸ Kadriye Bahtışen Peker, “Kentli Erişkinlerde Ağız Diş Sağlığı Algısı ve Sağlık Davranışının İncelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2005., Soren Jepsen, v. d., **a. y.**

bakıldığında okullarda yapılan bu diş taramalarının bilimsel çerçeveden uzak olduğu ve gerek maddi kaynakların gerekse hekimlerin işgücünün yerinde kullanılmadığı görülmektedir. Ağız ve diş sağlığı bilincinin yerleştirilmesi amacıyla 2012 yılında Türk Dişhekimleri Birliği'nin “Ağız sağlığını geliştiren okullar” projesi başlatılmıştır. Gönüllülük esasıyla yürütülen bu proje birçok ilde uygulanmıştır. Bu projede öğrenci, öğretmen, veli eğitimleri ve anketleri yapılmış, 1. Sınıf öğrencilerinin ağız içi muayeneleri yapılarak flor vernik uygulanmıştır.¹⁴⁹ Bu ve benzer projeleri gerçekleştirmek için Türk Dişhekimleri Birliği ve dişhekimleri odalarının toplum ağız sağlığı komisyonları tarafından diş hekimlerine eğitim verilerek “Eğitmen Diş hekimleri” yetiştirilmiştir. Buna benzer şekilde bilimsel ve akılcı olarak yapılan projeler sayesinde ülke kaynakları doğru kullanılarak ağız ve diş hastalıklarından korunma bilincinin yerleştirilmesi mümkün olabilmektedir.

Toplumsal olarak ağız ve diş sağlığındaki eşitsizlikleri azaltmak için diş hekimliği eğitiminde de sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili farkındalık oluşturmak gerekmektedir. Diş hekimliği öğrencileri sadece teknik olarak yetkin uzmanlar değil, aynı zamanda ağız ve diş sağlığı alanındaki eşitsizlikleri artıran sosyal, ekonomik ve çevresel faktörleri anlayan ve bu durumu düzeltmek için inisiyatif almayı benimseyen bir hassasiyete sahip olarak yetiştirilmelidir.¹⁵⁰

Bu bölümde genel olarak sağlığın ve özelde diş sağlığının sosyal belirleyicilerine değindik. Şimdi ise ağız ve diş sağlığının sosyal belirleyicilerinin toplumsal yaşam pratiği içindeki rolünü ve görünümünü tartışacağız.

¹⁴⁹ Ankara Diş Hekimleri Odası, Haberler, Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi İlk Pilot Okulda Başladı, <https://www.ado.org.tr/tr/haberler/sagligi-gelistiren-okullar-projesi-ilk-pilot-okulda-basladi> (Çevrimiçi) 26.05.2019.

¹⁵⁰ Raman Preet, “Health Professionals for Global Health: Include Dental Personnel Upfront!”

Glob Health Action, C. VI, No. 10, 2013., Michael L. Rowland, Canise Y. Bean, Paul Casamassimo, “A Snapshot of Cultural Competency Education in US Dental Schools”, **J Dent Educ**, C. LXX, No. 9, 2006, s. 982-90.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK-HASTALIK OLGUSU AÇISINDAN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI: BETİMLEYİCİ BİR ANALİZ ÇALIŞMASI

Çalışmamızda diş tedavisi için İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine başvuran 10, özel bir ağız ve diş sağlığı polikliniğine başvuran 10 kişi olmak üzere toplam 20 kişi ile görüşülmüştür. Derinlemesine görüşmeler 25 Şubat 2019 – 3 Nisan 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu bölümde yaptığımız görüşmelerde katılımcıların sorularımıza verdikleri cevapların çalışmamızın başında belirlediğimiz temalar çerçevesinde betimleyici bir analizi yer almaktadır.¹

3.1. Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Farkındalık Düzeyi

Sağlıklı birey olabilmenin yolu sağlık ve hastalık hakkında yeterli farkındalık düzeyine ulaşılmasından geçmektedir. Ağız ve diş sağlığına ilişkin bilgi düzeyi bireylerin ağız ve diş sağlığına yaklaşımının niteliğini de belirlemektedir. Bu konuya ilişkin bilgi düzeyinin yetersiz olması ağız ve dişte yaşanan problemlerin bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmemesine ve ciddi bir sorun yaşayana kadar doktora gidilmemesine neden olmaktadır. Sağlık-hastalık olgusu açısından incelendiğinde ağız ve diş sorunlarının hastalık olarak tanımlanması ve genel sağlıkla ilişkisinin bilinmesi bu hastalıkların ciddiyetini anlamaya neden olarak toplum sağlığı açısından bireyleri onlardan korunmaya teşvik eden bir unsur olmaktadır. Diş problemleri bir hastalık olarak görülmediği takdirde diş sağlığını koruma ve bunun sürekliliğini sağlama konusunda aşama kaydedilememektedir. Bu nedenle genel sağlık ve ağız ve diş sağlığı arasındaki ilişkinin iyi tanımlanması gerekmektedir. Biz de çalışmamızda öncelikle katılımcıların bu konudaki farkındalıklarını, kısacası ağız ve dişleri ile ilgili problemlerini hastalık olarak algılayıp algılamadıklarını öğrenmeye çalıştık.

Görüştüğümüz katılımcıların birçoğu ağız ve diş sağlığı konusunda bir problem yaşayana kadar bu konu üzerine odaklanmamıştır. Ancak özellikle ağız ve

¹ Katılımcılara ait demografik bilgiler Ek 1’de yer almaktadır.

diş sağıkları ile ilgili yaşadıkları sorunların yaşam kalitelerini etkilemesinden dolayı bir sağık kuruluşuna başvurmaları bunu bir hastalık olarak kabul ettiklerini göstermektedir.

Katılımcıların ağız ve diş sağığı ile genel sağık ilişkisi hakkında bir farkındalıkları olmasına rağmen bu düşünceleri genellikle belirli bir kaynaktan alınan sistematik bilgilerden kaynaklanmamaktadır. Katılımcılar o güne kadar farklı yollarla edindikleri bilgilerle bu konuda fikir yürütmekte ve vücudun bir bütün olduğundan yola çıkarak ağızdaki sorunlarla vücudun diğer bölümlerinin birbirini etkileyebileceğini varsaymaktadırlar. Yani bu görüş genellikle katılımcıların genel sağık bilgilerinden veya yaşadıkları öznel deneyimlerinden kaynaklanmaktadır.

3.1.1.Ağız ve Diş Sağığının Genel Sağıkla İlişkisi

Görüşmecilerin birçoğı fikir yürüterek veya çeşitli kaynaklardan duydukları bilgileri yorumlayarak ağız ve dişlerimizdeki herhangi bir sorunun vücudumuza etki edebileceğini düşündüklerini ifade etmişlerdir.

“O kadar bir bilgim yok ama etkileyebilir. (...) olabilir yani ağızdaki dişteki ağı bir yere vurabilir. Başka bir bilgim yok.” K5

“Evet bence mideyi çok etkileyebilir. Ağızdaki bakterileri direkt olarak yutuyoruz. Ve eski dönemlerde de atalarımızın bu tarz hastalıklar meydana gelebiliyormuş tamamen ağızdaki mikroplardan. Onun için etkiler diyorum.” K11

“Ben genelde insan vücudundaki sistemin bir bütün olduğunu düşünüyorum. Yani sadece diş ya da sadece romatizma ya da sadece dizimiz ağııyor gibi değil de. Bu sağığımızda, sistem içinde bir hata varsa error veriyorsa sistemin tamamı etkileniyordur.” K9

“Bazı sağık sorunlarına sebep olabildiğini biliyorum ağızdaki şeylerin. Onların dışında çok detaylarını bilmiyorum ama... (...) En uç noktada kalp sağığına kadar etkilediğini öğrenmiştim. Onun dışında da hani ağız sağığını bozduğunuz zaman zaten bakteri oranında artış olduğu için yutağı ve mideyi falan da etkiliyordu. Başka da çok fazla bir şey bilmiyorum.” K14

“Yani genelde vücudumuzun herhangi bir rahatsızlığı dişimizi etkilemez ama dişimizin bir rahatsızlığı vücudumuzun herhangi bir bölgesini etkiler diye tahmin ediyorum.” K18

“Yani mideyle alakalı olabilir, sinüzit olabilir ağız ve diş ile ilgili nefes borusuyla alakalı bir sıkıntı yaşarsak olur. Veya kalple alakalı bir sorun olursa sıkıntı olur. (...) Yani kalple alakalı kalpte herhangi bir sıkıntı varsa heralde diş etlerinde sıkıntı oluyor öyle duydum. Mideyle alakalı bir sıkıntı olursa asitle alakalı sıkıntılar yaşıyoruz onu duydum, zaten sinüzitle alakalı bir şey yaşarsak ağız kokusu olabilir onu duydum genel olarak böyle.” K16

“Olduğunu düşünüyorum. Bazı rahatsızlıkların dişten kaynaklı olduğuna denk geldim izlediğim tv programlarında. (...) Kulak ağrısının dişten kaynaklandığını, bazı baş ağrılarının dişten kaynaklandığını duydum. K15

Sağlık hastalık algısının oluşmasında bizim yaşam boyu edindiğimiz deneyimler önemlidir. Katılımcıların bazılarının bu konu ile ilgili görüşünün öznel deneyimlerinin yansımaları olarak oluştuğu görülmektedir.

“Yani vardır bence. Çünkü mesela en basitinden dişimiz ağrıdığına direk başımıza vuruyor falan ne bileyim farklı sağlık problemleri ortaya çıkabiliyor bunun sonucunda. (...) Yani diş çok ağrıyan insanlar genelde kulağım ağrıyor başım ağrıyor diyor veya kulak iltihabına kadar çıkıyor çok duydum. Bu da ayrı bir problem belki ameliyata kadar gidebiliyor.” K12

“(...) mesela ben yıllarca çok iyi bilirim kulağım ağrıyor diye beni doktora götürdüler aslında fark ettim ki dişim ağrıyormuş dişimin ağrısı kulağıma vuruyormuş kulağım başıma vuruyormuş falan filan biz hep kulak burun boğaza gittik halbuki dişteymiş sorun öyle bir sorun yaşamıştım ama yani...” K18

“Şu an tedavi gördüğüm şu dişim 3 ay önce ağrımaya başlamış apse yapmış baya sıkıntılı bir apse. Bu benim yememi içmemi günlük yaşantımı araç kullanmamı her şeyimi etkiledi. Dolayısıyla yani diş genel sağlığın belki de en önemli unsurlarından bir tanesi olduğunu düşünüyorum.” K17

“Mideyle bir ilişkisi var. Mideden gelen şeyin ağız kokusu yaptığını oraya bağlantısı olduğunu biliyorum azıcık. O kadar çok hastaneye gelip gittikçe insan neler öğreniyor.” K6

Görüşmecilerin vücudumuzdaki bir hastalığın ağız ve diş sağlığımızı etkilemesi konusundaki bilgilerinin de çoğunlukla öznel deneyimlerinden kaynaklandığı görülmektedir.

“Olduğunu düşünüyorum. Çünkü yaşadım bunu birebir. (...) Çocukken iki ay boyunca dizimdeki korkunç bir ağrıya uyanıp ağlıyordum geceleri. Doktora gittik. (...) Dişinde çürük var. Dişteki çürük bütün organlara sirayet eder. Senin de dizine vurmuş dedi ilaç verdi. Bu yüzden diş sağlığı ile organların etkilendiğini düşünüyorum. Büyük çapta

bir araştırma yapmadım. Ama olacağını düşünüyorum. (...) Yiyecekler buradan öğütülüp geçiyor, Tat algımız da ağzımızda sonuçta.” K8

“Benim uzun yıllar sivilcelerim vardı. Mesela bu ağrı karaciğerdeki yağlanmadan dolayı yüzümde sivilceler çıktı. Bu da olabilir vücuttaki genel bir rahatsızlıktan dolayı ağzımızda rahatsızlık olabilir.” K5

“Aslında yoktu ama benim 18 yaşında bir hastalığım çıktı FMF diye. Ailevi akdeniz ateşi diye geçiyor, ilaç kullanmaya başladım. 18 yaşına kadar ne çürüğüm vardı ne diş hassasiyetim hiçbir şeyim yoktu ama o ilacı kullandıktan sonra yavaş yavaş bozulmaya başladı. Çürükler oluştu, bir kanal tedavisi oldum falan bu tarz şikayetlerim var. (...) Bunu araştırmıştım. Karaciğerde bir rahatsızlık varsa eğer dişin içerisinde bir çürüme meydana gelebiliyormuş bunu sonradan dışarı vuruyormuş.” K11

“Bence vardır. Benim hatırlıyorum küçükken ateşim falan çıktığında mesela hatırlıyorum ağzımın içinde kabarcıklar olurdu. Ya da midemiz yanmaya başladığında salya falan bir şeyler oluyor. Etkilediğini düşünüyorum birbirlerini.” K4

3.1.2.Ağız ve Diş Sağlığını Koruma ve Hastalıkları Önleme

Sağlık-hastalık olgusuna bütüncül olarak bakılacak olursa öncelikle üzerinde durulması gereken nokta koruyucu uygulamalardır. Günümüzde temel sağlık hedefi hastalığın gelmeden önce önlenmesidir. Vücudu etkileyen bazı sistemik hastalıkların önlenebileceği noktasında toplumda genel bir kabul vardır. Özellikle kitle iletişim araçları ve sosyal medyanın etkisiyle beslenmenin ve fiziksel aktivitenin sağlığımızın korunması yönünde olumlu etkisinin olduğu, sigaranın çeşitli hastalıklara yol açacağı konusunda bir farkındalık oluşmuştur. Ülkemizde bulaşıcı hastalıklardan korunmak amacıyla bebeklikten itibaren aşı yapılması da toplum tarafından benimsenmiş bir koruyucu hekimlik uygulamasıdır.

Son yıllarda dünya çapındaki kuruluşların yaptığı çalışmalar sonucunda genel sağlıkta olduğu gibi ağız ve diş sağlığı alanında da koruyucu hizmetlerin yaygınlaşması için çeşitli hedefler belirlenmiştir. Bu kuruluşlardan Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa’da Daha İyi Ağız Sağlığı Platformu’nun belirlediği hedeflere benzer şekilde Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı’nın 2013-2017 yılları için yayınladığı stratejik plan koruyucu diş sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını

hedeflemektedir.² Bu kuruluşlar toplumun ağız ve diş sağlığını iyileştirmenin yolunun ancak koruyucu hizmetlerin yaygınlaştırılması ile mümkün olacağı üzerinde durmaktadır. Ancak ağız ve diş sağlığı söz konusu olduğunda sağlık-hastalık olgusuna ilişkin genel kabullerin etkisiyle koruyucu hizmetlerin yetersiz kaldığı görülmektedir. Çünkü katılımcıların ağız ve diş sağlığı bağlamında sorun olarak nitelendirdikleri temel problem diş çürüğü ve bu sorunu önleme yolu da diş fırçalamaktır. Ağız bakım alışkanlıklarının, özellikle diş fırçalamanın diş çürüğünden korunmadaki etkisinin farkında olunması olumlu bir durum olmakla beraber katılımcıların bunun dışındaki uygulamalar hakkında yetersiz bilgi sahibi olduğu görülmektedir.

“Tabi kesinlikle, şeker çikolata bunlardan uzak durmak lazım benim başıma gelen mesela fındık fıstık çok tüketmekten dişlerimin bir kısmını o şekilde rahatsızlık oldu, Trabzonluyum oralarda hep dişte kırılıyor. Dişlerimizi sürekli düzenli fırçalamamız gerekiyor bu şekilde dikkat edersek korunabiliriz.” K18

“Düzenli fırçalanırsa önlenir, çocukluktan itibaren düzenli fırçalamaya alışkanlık kazanılırsa.” K13

“Bence korunabiliriz. (...) Düzenli fırçalar, bakımını yaparsak olmaz diye düşünüyorum.” K7

“Tabi ki. (...) Çürüğün olmasındaki faktörlerden en büyük sebebi ağız hijyeninin yeterli olmamasından kaynaklandığını düşünüyorum. Eğer dişlerimizi düzenli fırçalarsak ağız hijyenine dikkat edersek çürümenin olmayacağını demeyeyim de çok daha gecikeceğini tahmin ediyorum. (...)” K20

K9 diş fırçalamanın yanı sıra diş ipi kullanmanın gerektiğini de belirtmektedir;

“Önlenebilir olduğunu öğrendik çocukluğumuzdan beri. (...) Diş fırçalamayla önlenebilir. Günde 2 defa 3 defa fırçalamayı hiç olmazsa 1 kere fırçalamayı öğrendik. Diş fırçalarının girmediği yerlerde mutlaka diş ipleriyle mutlaka temizlenmesi

² The Platform for Better Oral Health in Europe, The State of Oral Health in Europe; Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe, <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf> , (Çevrimiçi) 28.11.2018., T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013–2017, <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/9843,saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf>, (Çevrimiçi) 28.11.2018.

gerektiğini öğrendik. Bunların önlediğini biliyoruz. Ama çok farklı kalıtsal şeyler vardır onu bilmiyorum. Ama önlenabilir diye cevap verebilirim. K9

K12 diş çürüklerinden korunmak için kişisel ağız bakımının yanı sıra belirli aralıklarla diş hekimi kontrolünün yapılması gerektiğini düşünmektedir;

“Bakım yapabiliriz dişlerimize belli başlı zamanlarda doktorlardan randevu alarak kendimizi kontrol ettirebiliriz.” K12

Katılımcıların bir kısmı ise genetik faktörler gibi bizim elimizde olmayan bazı nedenlerin diş çürüğüne neden olabileceğini ve tamamen engellememizin mümkün olmadığını belirtmişlerdir.

“Evet. Erken tedaviyle önlenabilir. (...) Biraz da genetik faktörler de var ne kadar fırçalarsa fırçalasın diş çürüğü olabiliyor.” K2

“Bence önlenabilir. (...) Kendimizi o şekilde koruduğumuz zaman bence birçok hastalığı da eğer genetik bir sıkıntımız yoksa önüne geçilir diye düşünüyorum.” K17

“Tamamen önlenabilir değil (...) İlla fırçalarım hatta annem babam genç kızken de ben böyle oğlum kadarken hep dişçideydim ve hala dişçideyim. Sürekli bu kız dişlerine bakıyor da bu kadar sorun yaşıyor diyorlardı. Bilmiyorum genlerde olabilir” K19

Katılımcıların dişeti hastalıklarına dair bilinç düzeylerinin diş hastalıklarından daha da az olduğu görülmektedir. Katılımcıların ağız ve diş sağlığı sorunları ile ilgili genel olarak diş çürüklerini dile getirdiklerini belirtmiştik. Bunda diş çürüklerinin daha fazla deneyimlenen bir hastalık olması etkili olabilir. Diş çürükleri erken yaştan itibaren popülasyonu daha yüksek oranda etkilemekte ve ağrıya neden olabilmektedir. Bireylerin yaşam kalitesini etkileyen bir durum söz konusu olduğundan bu konudaki farkındalığın daha yüksek olabileceğini düşünmekteyiz. Dişeti hastalıkları ise yavaş ilerleyen hastalıklardır, o nedenle bu hastalıkla ilgili farkındalık daha ileriki yaşlarda oluşmaktadır. Ancak dişeti hastalığının ilk aşaması ağız hijyeninin zayıf olmasından kaynaklanan gingivitis adı verilen basit dişeti hastalığıdır. Bu hastalığın en bariz belirtisi dişeti kanamasıdır. Çoğunlukla diş fırçalamanın düzenli olarak yapılması ile kendiliğinden iyileşmektedir.

Katılımcıların dişeti hastalıkları ile ilgili farkındalıkları az olduğundan dolayı bu hastalığın önlenmesi konusundaki bilgilerinin de sınırlı olduğu ve varsayımlara dayandığı görülmektedir.

“Bilmiyorum eşimde var dişeti problemi o da dişlerini yaptırmıştı ama onun şu an sorunu da var diş etlerinde. Ağız kokusu falan da yapıyor. Önlenebilir mi bilmiyorum. Eşimde gördüğüm kadarıyla henüz önlenemedi.” K15

“Bilmiyorum. Diş etinden de baya sorun yaşadım ama bilmiyorum.” K19

“Diş eti hastalıklarıyla ilgili bilgim yok, heralde diş fırçalarsak bakterileri öldürürsek dişlerimizi fırçalayarak faydası olur heralde öyle bir şey başımıza gelmez.” K18

Katılımcıların diş eti hastalıkları ile ilgili bilgilerinin de yine öznel deneyimlerinden kaynaklandığı görülmektedir.

“Önlenir. Benim önlenmişti. Gitmiştim çok küçükken dişçiye ama şey diş etlerim şişmişti. Diş ipi kullanmamı önermişlerdi bana. Biraz kanayacak dişlerin korkma demişlerdi. Ve tropik meyve tadında bir jel vermişlerdi. Olmazsa da keseceğiz azıcık demişlerdi. Hiç gerek kalmadı” K4

Diş eti hastalıklarından korunma ile ilgili katılımcılar sağlığın sosyal belirleyicilerinden stress faktörü üzerinde de durmaktadırlar.

“Onla ilgili çok bir bilgim yok, sadece dişleri sıkmanın ve yine stresin etkili olduğunu biliyorum.” K14

“Onu bilmiyorum. (...) Diş hastalığından şöyle korunabilir miyiz bilmiyorum ama kullandığımız macunların içinde bazı maddeler var. Diş eti rahatsızlığına yakalanmamak için kafein ürünleri almamak gerekiyor, stres yapmamak gerekiyor en başında. En önemlisi o. Başka bir şey bilmiyorum.” K1

Diş çürüğü ve dişeti hastalıklarıyla ilgili koruyucu önlemler arasında diş hekimi tarafından yapılan uygulamalar da bulunmaktadır. Diş çürüğünü önlemek için kullanılan en yaygın koruyucu önlemler fissür örtücüler ve flor uygulamalarıdır. Bunun yanı sıra dişeti hastalıklarından korunmak amacıyla hekim tarafından profesyonel diş temizliği yapılmaktadır. Katılımcıların diş çürüğü ve dişeti

hastalığından korunmak amacıyla diş hekimi tarafından yapılan bu tür uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmektedir.

3.2. Yaşam Tarzı, Alışkanlıklar, Tüketim Kalıpları ve Ağız-Diş Sağlığı

Yaşam tarzı sağlığın sosyal belirleyicilerinden biridir. Yaşam tarzı ifadesi beslenmeden boş zamanları geçirmeye varıncaya kadar pek çok alanı kapsamaktadır. Ayrıca meslek ve gelir gibi diğer sosyal belirleyicilerin de etkisindedir. Yani yaşam tarzı sosyo-ekonomik statünün bir yansıması ve sonucudur. Ağız ve diş sağlığının korunmasında en önemli faktörlerden biri beslenme alışkanlıklarıdır. Yaşam tarzımıza bağlı olarak beslenme alışkanlıklarımız da şekillenir. Çocukluktan başlayarak hayatın tüm dönemlerinde beslenmede seçilen gıdaların ağız ve diş sağlığı üzerinde çeşitli etkileri olmaktadır. Beslenmede seçilen gıdaların yanı sıra beslenme sıklığı, ara öğünlerdeki atıştırmalar da ağız ve diş sağlığını etkilemektedir.

3.2.1. Ağız ve Diş Sağlığı-Beslenme İlişkisi

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olan gıda konusunun toplumsal bir boyutu olmakla beraber beslenmede seçilen gıdalar bireysel tercihlerle şekillenmektedir. Diş çürüğü açısından katılımcılar sağlıksız gıdaların tüketiminin zararlarına dikkat çekmektedir. Katılımcıların çoğunluğu şeker, çikolata vb. tatlı yiyeceklerin diş çürüğüne neden olduğunu bilmektedir. Ancak diş çürüğüne neden olan gıdalar sadece tatlı gıdalar değildir. Fermente olan karbonhidratlar olarak adlandırılan bazı tahıllar, ekmekler, patates gibi nişastalı besinler, kraker ve cips gibi gıdalar da diş çürüğüne neden olmaktadır. Katılımcıların bu gıdaların diş çürüğüne etkisi ile ilgili bir bilgileri olmadığı görülmektedir.

Bunun yanı sıra katılımcılar asitli içeceklerin diş çürüğüne neden olduğunu düşünmektedir. Aslında asitli içeceklerdeki asit direkt olarak diş çürüğüne neden olmamakta, bu içeceklerin aşırı tüketiminde diş yüzeylerinde erozyon adı verilen çürüksüz aşınmalara neden olabilmektedir. Bu içeceklerin diş çürüğüne yol açması yine içerdikleri yüksek şeker oranından kaynaklanmaktadır.

“Çikolata falan dişlerimizi çürütür bize hep öğretiler. (...) Ama özellikle dişleri şekerin haricinde çürütecek bir şey duymadım. (...) Annem bana küçükken şey derdi oğlum elma ye dişlerine iyi gelir derdi.” K9

“Tatlı, kola, aşırı tatlı şeyler. (...) Yalnız ben tatlı bu tarz şeyleri çok fazla tükettiğimden dolayı sağlıklı bir diş yapım var ve yediğimiz içtiğimiz etki ediyor.” K5

“Şekerli gıdalardan uzak durmak gerekir diye düşünüyorum. (...) Asitli içecekler zararlı onun haricinde.” K15

“Kesinlikle etkisi var. Asitli yiyecekler içeceklerin ardından dişlerimizi temizlemezsek minelerimiz zarar görebilir.” K11

“Asitli içecekler. Sigara, kahve falan. (...) İkisinin de leke yaptığını biliyorum. Sıcak, soğukların diş minelerinin ayrı etkilediğini biliyorum.” K4

Katılımcılar beslenmenin ağız ve diş sağlığı ile ilgisi kapsamında kalsiyumdan zengin beslenmeye de vurgu yapmaktadırlar.

“Mesela çocukların özellikle genel sağlık açısından süt peynir yoğurt yumurta et falan yemelerine çok dikkat ediyorum. Özellikle kalsiyum içeren şeyler.” K19

“Bir söylentiye göre gebelerde kalsiyum eksikliğinden diş çürüyor. (...) Çok da bildiğim bir şey değil aslında ama (...) Vardır ya kemikte güçlendirici şeyler var ya belki dişleri de güçlendiriyordur yani diye düşündüm bir an.” K13

“Sadece dişimi etkileyecek gıdaları çok çok bilmiyorum ama mantıklı düşünmem gerekirse kalsiyum ağırlıklı olarak gerektiğini düşünüyorum. İşte nedir? Peynir, yoğurt süt ürünleri” K4

Sağlıklı beslenme konusunun önemine dikkat çeken katılımcıların genellikle beslenmede çürük yapıcı gıdalara özelleşmedikleri, bütüncül olarak sağlıklı beslenme konusundaki hassasiyetlerini belirttikleri görülmektedir. Bunun yanı sıra genellikle sağlıklı gıdaların çürük yapmayacağına dair bir kanının olduğu görülmektedir.

“Açıkçası özel olarak diş sağlığı için dikkat etmiyorum ama doğal beslenmeye çalışıyorum. Ama diş odaklı olarak ekstra bir şeyim yok. En fazla şunu söyleyebilirim sert bir şey yerken dikkat ediyorum işte o yani... Dişle ilgili başka bir hassasiyetim pek yok.” K14

“Ben öyle görüyorum yani doğal olan hiçbir ürünün dişlerimize zarar vereceğine inanmıyorum ama tamamıyla bu paketli ürünlerin hepsinin dişimize zararlı olduğuna inanıyorum. (...) Öyle abur cubur yemelerine fazla müsaade etmiyoruz dışardan gelmediği sürece. Çocuklar da çok fazla yemedikleri için benimsemiyorlar diyorlar onun yerine et yiyelim onun yerine yoğurt yiyelim, doğal olan ürünleri daha fazla şey yapıyorlar.” K16

“Ne kadar doğru yanlış bilmiyorum ama tamamen kendi fikrim. Dengeli beslenemiyorsak vaktinde beslenme, gerekli şeyleri zamanında alabilme işte meyvesini, sebzelerini gerekli dozajda almazsak bu da dişe yansıyacaktır elbette. Bütün sistem olarak bakınca tabi ki etkilenecektir.” K9

3.2.1.1. Günlük Beslenme ve Kahvaltı Alışkanlığı

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri kentleşmedir. Kentleşme ulaşımdaki sorunları da beraberinde getirmektedir. Büyük şehirlerde ikamet edilen bölgeler işyerlerine ve okullara uzak mesafelerde olabilmekte, buna bağlı olarak öğrencilerin ve çalışanların kentlerdeki yaşam tarzı gün içinde bazı öğünlerini dışarıda geçirmelerine yol açmaktadır. Ayrıca ulaşım süresini gözönünde bulunduran bireyler erken saatte evden çıkmakta ve günün en önemli öğünü olan kahvaltıyı dışarıda yapmak durumunda kalmaktadır. Türk halkının geleneksel kahvaltısı oldukça sağlıklı bileşenlerden oluşmaktadır. Ancak ev dışında yapılan kahvaltı genellikle çürük potansiyeli yüksek karbonhidrat ağırlıklı pastane ürünlerinden oluşmaktadır.

Katılımcıların bazıları evde kahvaltı etmeyi önemsemelerine rağmen ulaşımda geçirecekleri süreden dolayı erkenden yola çıktıklarını, bu nedenle kimi zaman ev dışında kahvaltı etmek durumunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Ortaya çıkan tabloyu değerlendirmek gerekirse kentsel yaşam tarzının kahvaltı gibi alışkanlıkları azalttığı ve geleneksel diyebileceğimiz yemek alışkanlıklarının yerini hızlı yenilen hazır gıdalara bıraktığı görülmektedir.

“Şöyle, ben evlenmeden önce kalkacağız sabahleyin sabah saat altıda kahvaltı hazırlayacağız işe gideceksin diye düşünüyordum. Onu hiçbir zaman yapamadık. O tamamen bir ütopya. Öyle olmuyor zaten biliyorsunuz. (...) Uzak 45 dakika falan sürüyor. (...) İstanbul trafiği falan (...) Dolayısıyla kahvaltı günleri Cumartesi ve Pazar günleri. (...) Hazır günlük sandviçler satılıyor.” K1

“Genellikle değişebiliyor. Okulda oluyor, evde oluyor. O güne göre değişiyor. (...) Evde evet ama dışarı çıktığımda kantinde ne varsa poğaça vs.” K5

“Bazen. Evde kahvaltı yapmadığım zamanlarda poğaça, börek tarzı.” K2

3.2.1.2. Gün İçindeki Atıştırmalar, Beslenme Sıklığı

Diş çürüğüne etki eden bir faktör de beslenme sıklığıdır. Gün içerisinde çürük yapıcı gıdaların sık alınması diş çürüğü sıklığını artırmaktadır. Katılımcıların ara öğünlerde atıştırdıkları gıdaları incelediğimizde çürük yapıcı gıdalar tüketenler olduğu gibi bilinçli olarak sağlıklı atıştırmalıkları tercih ettiklerini belirten katılımcılar olmuştur. Ancak genellikle bu seçimlerinin özellikle diş sağlığını koruma odaklı değil, genel olarak sağlıklı beslenme hedefinden kaynaklandığı anlaşılmaktadır.

“Yeni yeni bilinçlenmeye başladım, dikkat etmeye çalışıyorum. Ama çok mu dikkat ediyorum, hayır çok dikkat edemiyorum maalesef ki. (...) Aslında sabah düzgün kahvaltı yaparım ama abur cuburu çok severim evet, buldum mu hiç affetmem. (...) Evet genelde yemekten sonra mutlaka bir tatlı, tatlı olmasa çikolata bisküvi yiyorum maalesef ki zararlı olduğunu bildiğim halde. (...) Yeni başladım dediğim gibi bir sorun yaşadığımdan beri dikkat etmeye başladım, tabi daha önce bu kadar dikkat etmiyordum böyle.” K18

“Oluyor bazen. (...) Tatlıyı sevdiğim için gofret tarzı şeyleri sevdiğim için tüketiyorum evet. (...) Fırçalama imkanım olmuyor ama çalkalıyorum ağızımı.” K8

“Ara sıra atıştırma oluyor. (...) Bisküvi olabilir, çikolata, kek tarzı şeyler. (...) kolayı genellikle şekerli tüketmeye çalışıyorum. Ama çayı az da olsa şekerli içiyorum. (...) Genellikle kalori. Sonuçta asit var. Diş için zararlı. Her ikisi de zararlı ama kalori olarak.” K5

“Çikolata veya bisküvi tarzı.” K2

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin sağlık üzerine ayrı ayrı etkileri olduğu gibi birbirlerini de etkilediklerini belirtmiştik. Burada gıda ile meslek ve çalışma şartlarının ilişkisi görülmektedir. Katılımcılar günlük beslenme tarzlarının sağlıksız olmasının meslekleri ve çalışma şartlarıyla ilişkili olduğunu belirtmektedir.

“Mesleğim itibarıyla yani düzensiz ötesi düzensiz besleniyoruz. Çünkü hani öğlen geldi hadi öğlen yemeğimizi yiyelim yok. İş ne zaman bitti o zaman yiyoruz. Belki öğün atlıyoruz belki iki öğün atlıyoruz. Sonra birden yükleniyoruz. Ertesi gün hiçbir şey yiyemiyoruz. Allak bullak.” K17

“Ben tek başıma yaşadığım için ilk başta bir kahveyle gözümü açıyorum. (...) Kahve sigara yapıyorum ondan sonra hemen kendimi dışarı atıyorum çünkü saha çalışanıyım. Sahada hemen bir kafeye oturup omlet sabah kahvaltısında ya mantarlı omlet ya karışık omlet ya peynirli omlet neyse.” K13

3.2.3. Ağız Bakımı Alışkanlıkları

Ağız ve diş sağlığını korumak için bireysel olarak alınacak önlemlerin başında kişisel ağız bakım uygulamaları gelmektedir. Bunların en önemlileri diş fırçalama ve diş ipi kullanımıdır. Toplumda ağız ve diş sağlığını korumak için yapılması gerekenler söz konusu olduğunda akla ilk olarak diş fırçalama alışkanlığı gelmektedir. Katılımcıların günlük diş fırçalama sıklığı ile ilgili farklı bilgilere sahip oldukları görülmektedir. Genellikle günde 2 veya 3 kez fırçalamaları gerektiği bilgisine sahip olan katılımcıların çoğu bunu yapma gayretinde olduklarını ifade etmişlerdir.

“Dişlerimizi günde en az 2 kez düzenli olarak fırçalamalıyız. Diş bakımımızı yapmalıyız. Toplum önem vermiyor ama önemli gerçekten. (...) Uygulamaya çalışıyorum.” K2

“Yani reklamlarda günde en az 3 defa fırçalayın diyorlar. (...) Ben genelde sabah ve akşam fırçalamayı tercih ediyorum. Öğlen de çok fazla kahve içtiğim zaman fırçalıyorum arada ama (...) İki defa yeterli diye düşünüyorum” K1

“Bilgi olarak bizim çocukluğumuzda günde 3 defa deniyordu ama herhalde o biraz daha düştü şu anda diye biliyorum. 2’ye kadar düştü diye biliyorum. Yani ben günde 1 defa fırçalıyorum. Akşamları fırçalayabiliyorum. (...) Sabah çünkü kahvaltı etmediğim için anlamsız oluyor yani. Akşamdan temizlenmiş gibi oluyor.” K14

Katılımcıların bazıları ise yaşam tarzlarından dolayı diş fırçalamayı unutup aksatabilmektedirler.

“Bence günde üç kere fırçalamak lazım. (...) Ben sabah akşam fırçalıyorum. Fırçalamaya çalışıyorum çocuklardan dolayı insan bazen untabiliyor.” K7

“İki defa biliyorum sabah akşam. (...) Akşamları yatarken. (...) Evet unutmazsam.” K10

Katılımcılar dişlerini düzenli olarak fırçalamayı aksatmalarının nedeni olarak sağlığın sosyal belirleyicilerinden çalışma şartlarına da vurgu yapmaktadır. İş yerinde diş fırçalamak için uygun ortamın olmaması veya çağımızda iş hayatının yoğunluğu nedeniyle oluşan aşırı yorgunluk bunlardan bazılarıdır.

“Bence olması gereken günde 3 defa en doğrusu ama işte yapabiliyor muyuz, ben maalesefki sabah ve akşam fırçalamaya çalışıyorum yani günde iki defa.” K18

“Valla ben sabah akşam fırçalıyorum dersem yalan olur. (...) Düzeni unutulabiliyor veya akşam yatarken fırçalarım diyorum yattığım yerde uykuya kalıyorum, yorgunluktan es geçmiş olabiliyorum. Ama şeye dikkat ediyorum akşam fırçalamadıysam sabah kesin fırçalıyorum ya da sabah fırçalamadıysam akşam kesin fırçalıyorum.” K20

Uluslararası tır şöförü olan katılımcı ise dişlerini günde iki kez fırçalaması gerektiğini düşündüğünü ancak mesleği nedeniyle uzun yolda ancak iki üç günde bir fırçalayabildiğini ifade etmektedir.

“(...) Ama şu an da işim gereği ne zaman fırçalıyorum. Her akşam dersem yalan olur. İki günde bir üç günde bir ne zaman fırsat bulursam yani bu benim işimle alakalı. (...) Tabi tabi evde normal rutine giriyor.” K17

Ağız ve diş sağlığının korunması için diş fırçalamanın yanı sıra diş ipi kullanımı da önerilmektedir. Katılımcıların diş ipi uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi farklılık göstermektedir. Aralarında diş ipini hiç duymadığını belirtenler olduğu gibi bu işlemin öneminin farkında olan katılımcılar da vardır.

“Yok duymadım.” K7

“Biliyorum duydum ama hiç kullanmadım. (...) Kullanmadım hiç.” K19

“Diş fırçalarının girmediği yerlerde mutlaka diş ipleriyle mutlaka temizlenmesi gerektiğini öğrendik.” K9

Katılımcılar arasında düzenli diş ipi kullanımının diş fırçalamaya oranla çok daha düşük olduğu görülmektedir. Katılımcıların çoğu diş ipi kullanımından doktor

veya eczacı tavsiyesiyle haberdar olmuştur. Sağlığın geliştirilmesinde sağlık sisteminin ve sağlık profesyonellerinin önemi büyüktür. Sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri de sağlık profesyonellerinin sağlık hizmeti sunmalarının yanı sıra kendilerine ulaşan bireylere sağlık eğitimi vermeleridir. Diş ipi kullanımının ağırlıklı olarak sağlık profesyonellerinden öğrenilmiş olması bu sektörün önemini gösteren güzel bir örnektir. Ancak diş ipi kullanımının düşük bir düzeyde kalmasının sağlığın sosyal belirleyicilerinden erken yaşam döneminde bu alışkanlığın ailede öğretilmemesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

“Diş hekimim vermişti. Onu da bir süre kullandım. Sonra duruyor hala. Devamlılığım yok. (...) Ya evet şey hani uğraştırıyor.” K5

“Evet. Dişleri çok sık olanlara öneriyorlar doktorlar. Ama her şeyden sonra yine de kullanın diş fırçasının giremediği yerler oluyor diyor. (...) Doktordan.” K6

“Diş temizlemek için onu da kullandım zamanında. (...) Doktorum vermişti bana neden vermişti hatırlamıyorum. Diş taşı vardı bende sanırım diş ipi kullandım bir ara sonra bitti kullanmayı bıraktım. (...) Diş etlerini çekiyor gibi geldi bana.” K10

3.2.4. Tüketim Davranışlarını Etkileyen Faktörler

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden gelir düzeyi, meslek, eğitim seviyesi gibi faktörler tüketim alışkanlıklarını da etkilemektedir. Günümüzde ağız bakım ürünleri ekonomide büyük bir pazar payına sahiptir. Bu ürünlerin başlıcaları diş fırçası, diş macunu, ağız çalkalama suları ve diş ipidir. Piyasada ağız ve diş sağlığına yönelik farklı içerikte, farklı fiyat aralığında ürünler bulunmaktadır. Bu ürünler marketler, eczaneler ve kozmetik mağaza zincirlerinde satıldığı gibi internet yoluyla da satın alınabilmektedir. Katılımcılar alışverişlerini bu kanallardan yapmaktadır. Diş fırçası tercihlerinde ağırlıklı olarak diş hekiminin tavsiyesi ve kendi deneyimlerinin etkili olduğu görülmektedir.

“Eczanedeysen denk gelirse oradan da gözüme takılırsa, marketten de alabiliyorum.” K9

“Marketten. (...) Biri tavsiye etmedi. Kullandım, hoşuma gitti.” K10

“Marketten alıyorum. (...) Aslında çok denedim. Çok ince fırça var tüy gibi, işte araları temizlediğini yine yorumlardan falan bakmışım ama bu sefer diş taşı yapmaya başladı şimdi elektrikle şarj edilebilir olanından kullanıyorum. (...) Evet diş fırçasını deneyerek.” K11

“Orta yumuşaklıkta olanı söylüyorlar ama ben bir süredir elektrikli fırça kullanıyorum. Daha iyi temizlediğini düşünüyorum.” K8

“Marketlerden ya da kozmetik satan yerlerden. (...) Normalde ben çok sert fırçalar sevmiyorum yumuşak dokulu seviyorum onu kullanıyordum. H... bey (diş hekimi) bana bir fırça önerdi. Onu aldım çok memnunum.” K15

“Şimdi fırça seçiminde en son H... hocam (diş hekimi) bir şey söyledi, ona geçtik konu kapandı yani.” K14

Katılımcıların çoğu ağız bakım ürünlerini satın alırken fazla pahalı ürün gruplarını tercih etmediklerini, marka seçimi yapmadıklarını belirtmektedirler. Bu durum sağlığın sosyal belirleyicilerinden gelir düzeyi ile ilişkilidir. Diş fırçası ve diş macunu seçiminde fiyatın bir belirleyici olduğu görülmekle beraber tek kriterin bu olmadığı, aynı zamanda ürünün işlevselliğinin de gözetildiği görülmektedir. Sonuç olarak seçimin genellikle fiyat-kalite dengesine göre yapıldığı görülmektedir.

“Ben şimdi öğrenciyim öğrenci bütçesinde göre daha uygun olanını seçiyorum. Fiyat tabi önemli ama sağlıklı olması daha önemli.” K12

“Fırça ve macunları çoğunlukla marketten alıyoruz. (...) Şeylere çok dikkat ediyoruz çok pahalı ürünler almıyoruz genellikle, iki tane bir arada olanları tercih ediyoruz bazı misafirler için de aldığımız için.” K1

“Hem fiyat hem de kalite olarak biraz daha üst seviye olduğunu düşünüyorum. 4 liralık oluyor 15 liralık oluyor bunlar arasında mutlak fark vardır. Bir iki fark olsa rekabet olur. 15 liralık arasında rekabet değil kalitedir diye düşünüyorum.” K5

“Marketten alıyorum. (...) Açıkçası bu konu hakkında pek yeterli bir bilgim yok. (...) Fiyatına da, markasına da bakıyorum. Orta bir şekilde kararlaştırıyorum.” K2

“Marketten. (...) Daha önce aslında fiyatına göre alışveriş yapıyordum. (...) düşük maliyetine göre (...) Önceden öyleydi (...) fırçaladığım zaman ağzımı yakıyordu. Bununda diş etlerime zarar verdiğini düşündüm.” K10

“Benim için işlevi önemli. Fiyatı ucuz olup bir işe yaramadıktan sonra benim için bir şey ifade etmiyor.” K6

“Fiyat önemli. Bir tanesine bakıyorsunuz 15 lira falan diyor. Diğerleri 5 lira falan diyor. Ona da güvenemiyorsunuz. Çok ortalama yerlerde kalan aynı zamanda da klinik şeyi varsa onu daha çok tercih ediyorum.” K9

“Yani marketten alıyorum. Girdiğim bir yerden bakıyorum, seçiyorum. (...) Fiyata falan bakıyorum. Uygunsa alıyorum. (...) Uygun fiyatlı olanı alıyorum. Aslında marka seçmiyorum. (...) Kendi keseme uygun olanı.” K7

“Yok tamamiyle fiyat odaklı.” K16

Katılımcılar ağız bakımı ürünlerini seçerken genellikle reklamların bir kulak aşinalığı oluşturduğunu ancak satın alma kararını verirken reklamların etkisi altında kalmadıklarını ifade etmektedir.

“Genelde eşim yapıyor (...) İşin aslı benim eşim fiyatına göre yüksek olanları seçiyor, ne kadar pahalı olursa o kadar iyidir diye alıyor. Ama bizim için kulak aşinalığı, reklamlar da etki ediyor. Bana sorarsak ben üzerindeki açıklamaları dikkate alıyorum.” K18

“En son aldığımı eczaneden aldım, iyi bir markaymış. Diş beyazlatma özelliği varmış. Genelde marketten alıyorum. (...) Ben parasına hiç bakmıyorum onların. (...) Gittim 70 tl diş macunu için verdim, gerçekten işe yarıyor yani. Arkadaşlarım kullanmıştır işe yaramıştır öyle kullanmışımdır yani yoksa ben reklamlara falan hiç inanmıyorum.” K13

Görüşmelerimiz esnasında katılımcılar diş macunları ile ilgili olarak kimi çekinceleri olduğunu dile getirmişlerdir. Bazı katılımcılar diş macunlarındaki kimyasal maddelerden rahatsızlıklarını ifade etmektedir. Bu maddeler arasında diş çürümelerini önlemekte en önemli madde olduğu kanıtlanmış olan florürün de bulunması ilginç bir durumdur. Florürlerin diğer tüm maddeler gibi güvenli bir kullanım dozu vardır ve diş macunlarına da kontrollü olarak eklenmektedir. Gerek kitle iletişim araçlarında gerekse diş macunu reklamlarında florürün diş çürüklerinden korumadaki etkisi diş hekimleri tarafından yıllardır dile getirilmektedir. Ancak bazı katılımcılar özellikle içinde florür olmayan diş macunlarını kullanmak istemektedir.

“Neye dikkat ediyorum? (...) Ben şeyi çok aradım. Florürsüz. (...) Florür maddesinin insan zihnindeki etkisini öğrendikten sonra hep aradım ama bulamadım.” K9

“Macunu da daha çok naturel olan, florür olmayan, paraben olmayan daha doğal olanlardan tercih ediyoruz. Şu anki kullandığım macun mesela benim aloe veradan yapılmış içinde katkı maddeleri yok, alkol yok birazcık daha pahalı ama alırken gönül rahatlığıyla kullanıyoruz. Fiyatı önemsemiyoruz.” K20

“Diş macunumu da florürsüz olanı seçiyorum. Ve mümkün olduğu kadar içerisinde SLS gibi bazı maddeler var. Onların olmadığı macunu seçmeye çalışıyorum. (...) Bildiğim kadarıyla sağlığa zararlı bir madde. Yutuluyor sonuçta. Onu bildiğim için florürsüz olanı söylüyor doktorlar daha iyi olacağını söylüyorlar. Onu seçmeye çalışıyorum. (...) Okuyorum. Bazı röportajlarda, bazı konuşmalarda duyduğum için florür kullanmamaya çalışıyorum.” K8

“Sıklıkla florürsüz, parabensiz olan şeyler. (...) Evet ama çok zor bulmak florürsüz olan diş macununu.” K4

“Yani diş macunlarını özellikle çok tasvip etmiyorum ve çok küçük kullanmama rağmen rahatsız oluyorum, daha doğal bir çözüm üretmediler herhalde ben öyle biliyorum. Ondan dolayı bundan çok rahatsızım.” K16

“(...) bizler biraz daha doğal olsun, sağlıklı olsun dişlerimize iyi gelsin diye bir yerde bulduk tamamen doğal ve güzel de kokuyor onu bulduk onu kullanıyoruz. (...) Tadı kokusu aynı zaten diğer diş macunlarıyla. Bunun daha çok nasıl söyleyeyim kimyasal içeriği daha az ve bu kanıtlanmış belgelerle falan güvenli olduğu için tercih ediyoruz.” K12

Küreselleşen dünyada zaman zaman farklı tüketim trendleri oluşmakta ve yaygın iletişim ağları sayesinde bu trendler tüm dünyaya yayılmaktadır. Günümüzde yükselen trend doğal ürünlerdir. Hastalıkların yaygınlaşmasının doğal yaşamdan uzaklaşılması nedeniyle olduğu görüşünün büyük ölçüde kabul görmesi doğal ürünler pazarının tüketim kültüründe etkisini göstermesine yol açmıştır. Bu pazar her ne kadar doğallık vurgusu ile kendini gösterse de küresel olarak piyasa ekonomisinin gereklerine göre hareket etmektedir. Burada sağlığın sosyal belirleyicilerinden olan küreselleşmenin diş sağlığı ile ilgili etkisi görülmektedir. Sağlık profesyonelleri tarafından kullanımı desteklenen florürün kullanımının zararlı olduğuna ilişkin bilimsel bir dayanağı olmayan bu bilginin yayılması küreselleşen dünyanın iletişim imkanları ile gerçekleşmektedir. Bu anlamda öncelikle florürlerin kullanımı ile ilgili olarak gerek kitle iletişim araçlarında gerekse sosyal medyada spekülasyon haberler

yapılmakta, insanları korkuya sevkeden videolar yayınlanmaktadır. Bu şekilde yapılan yayınlar sonucunda toplumda bu maddelerin zararları olduğu bilgisi kanıksanmakta ve ardından tüketiciler doğal ürün arayışına girmektedir.

Bu noktada sağlığın sosyal belirleyicilerinden bir diğeri olan sağlık sistemi içinde yer alan sağlık profesyonellerinin rolü de gündeme gelmektedir. Bu durum doğal ürünler tüketiminin pazarlanması ile ilgili olduğu kadar sağlık profesyonellerinin florürün dış çürüklerini önlemedeki etkisini topluma yeterince anlatamamış olmasından da kaynaklanmaktadır.

3.3. Toplumsallaşma Sürecinde Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Bilgi Edinme Yolları

Erişkin bireylerin kendi sağlıklarına dair sahip oldukları bilgi, farkındalık ve alışkanlıklar erken çocukluk döneminden başlayarak şekillenmektedir. Bu birikimin temeli çocukluk döneminde birincil sosyalleşmede ailede, ikincil sosyalleşme döneminde ise okulda atılmaktadır. Erişkinlikte ise bireyler eğitim ve kültürel durumlarına göre farklı bilgi edinme yollarına başvurmaktadır. Bu yollar kitle iletişim araçları, internet, sosyal medya, seminerler gibi toplumun geneline yönelik bilgi kaynakları olabildiği gibi sağlık profesyonelleri ile kurulan birebir ilişkiler yoluyla da sağlık bilgisine ulaşılabilir.

3.3.1. Aile ve Okulun Etkisi: Çocukluk, Gençlik Yaşamı

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden erken çocukluk dönemi bireylerin ileriki hayatlarını etkileyen en önemli gelişim dönemidir. Erken çocukluk döneminin iyi geçirilmesi ancak ebeveynlerin yaşam koşullarının iyi olması, ailenin sağlık ve eğitim düzeyinin yüksek olması ile mümkündür.³ Ağız ve diş sağlığının korunmasında en önemli faktör olan ağız bakım alışkanlıkları çocukluk döneminde öncelikle birincil sosyalleşmede ailede edinilmektedir. Bu dönemdeki diş çürükleri yaşanılan çevre, aile yapısı, beslenme şartları, sosyo-ekonomik durum gibi

³ Wadsworth ve Butterworth, “Erken Yaşam”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, ss 45-71.

faktörlerden etkilenmektedir.⁴ Bu alışkanlıkların ailenin yeterli bilinçte olmaması veya yaşam koşullarındaki olumsuzluklar nedeniyle çocuğa öğretilmediği durumlarda bireylerin ağız sağlığı hayat boyunca olumsuz etkilenebilmektedir.⁵

Katılımcılardan çocukluk yıllarını köyde geçiren ve ilkokul üçüncü sınıfa kadar eğitim alabilmiş olan iki katılımcı bu konuda ailelerinden kendilerine bir bilgi aktarımı olmadığını, anne ve babalarının diş fırçalarının olmadığını, erişkin yaşlara kadar kendilerinin de diş fırçalarının olmadığından dolayı dişlerini fırçalayamadıklarını ifade etmişlerdir.

“Hatırlamıyorum ama köy yerinde öyle bir şey (diş fırçası, diş fırçalama) yoktu hocam. (...) Yoktu. Köylük yerde yoktu.” K3

“Yoktu. (...) Evlendiğimden beri başladım. Babamın, annemin durumu olmadığı için öyle bir şey yoktu. (...) Söylesek de alamayabilirdi.” K7

Çocukluğunu köyde geçiren katılımcı da küçüklüğünde ailesinde fırçalama alışkanlığının olmadığını ve o yaşlarda kendisinin de diş fırçasının olmadığını ifade etmektedir.

“Hiç yoktu, onlar tamamiyle tuz kullanıyorlardı, ben görmedim. (...) Yok yok, hiç öyle bir şey yok.” K16

Bu üç katılımcı da çocukluklarını kırsal kesimde geçirmişlerdir ve o dönemde diş fırçalarının olmadığından bahsetmektedirler. Sağlığın sosyal belirleyicilerinde bahsettiğimiz gibi sağlığın geliştirilmesi yaşanan çevre ve ailenin eğitim durumu ile yakından ilişkilidir. Ailelerinin eğitim durumları da düşük olan bu katılımcıların kırsal kesimde yaşamanın dezavantajını yaşadıkları gözlemlenmektedir.

Buna benzer şekilde yine bazı katılımcılar ailelerinde diş fırçalama alışkanlığı olmadığını ve kendilerine de dişlerini fırçalanması yönünde bir telkin verilmediğini ifade etmektedir. Ancak katılımcılar kendi deneyimlerinden yola çıkarak ailede

⁴ Ismail AI, Sohn W. A systematic review of clinical diagnostic criteria of early childhood caries. J Public Health Dent. 1999;59: 171–9

⁵ Da Fonseca ve Avenetti, a. y.

gerçekleşen birincil sosyalleşmenin önemini farketmişlerdir. Bu nedenle kendi çocuklarının bu eksikliği yaşamamaları için onların eğitimine hassasiyet göstermektedirler.

“Valla annem babamı pek fırçalarken hatırlamıyorum, annem zaten vefat etti babam da çok fazla fırçalamazdı. Baktığın zaman çürükleri, implant gerektirecek bir diş eksiklikleri falan yoktu. (...) Bizimkiler çok fazla dişlerine bakmamışlardı belki ama dişlerine çok zarar verecek gıdalar tüketmedikleri için vasat değil de orta civarındaydı. Bize bir eğitim verme gibi durumları yoktu tabii. Biz çocuklarımıza şimdi eğitim veriyoruz, diş fırçası, kum saati falan oyun gibi göstererek o şekilde alıştırmaya çalışıyoruz. (...) Onu hissettiğimiz için biz bu tarafa daha fazla ağırlık veriyoruz. Bizden sonraki nesle bizde eksik aman onların eksik kalmasın diye belki de gereğinden fazla özen gösteriyoruz.” K20

Ailelerinden diş bakımı ile ilgili herhangi bir telkin almamış olan katılımcıların bu alışkanlıklarını sosyalleştikten ve iş hayatına adım attıktan sonra edinmeleri sağlığın sosyal belirleyicilerinden sosyal çevrenin sağlık davranışındaki etkisini göstermektedir.

“Şöyle küçükken, çocukken yok. (...) şu anda var. Neden var? Sorunla karşılaşmışsın yaş büyümüş artık bir sosyalleşmen var biraz da işin kozmetik tarafı var. Ama çocukluktan aşlanmış bir şey yok maalesef. (...) İlk birincisi çalışmaya başlıyorsunuz. İş hayatında kozmetik olarak dişlerimizi fırçalamamız gerekiyor.” K17

Katılımcıların bazıları ebeveynlerinin düzenli diş fırçalama alışkanlıkları olmasa da çocuklarının dişlerini fırçalamasını önemsediklerini ve bu alışkanlığı edinmeleri için çaba gösterdiklerini belirtmektedir.

“Derlerdi. Hani derler ya kendileri yapmasalar da çocuklar yapın. (...) Onlar da tabi ki yaşadığı için dişlerinize aman bakın kıymetini bilin. (...) Ben zaten çocukluğumdan beri hassasım önem veriyorum ailemin falan böyle sıkıntıları olduğu için benimki de öyle olsun istemiyorum.” K6

“(...) Ama fırçaladıkları zamanları da görüyorum illa ki. Her gün fırçalamıyorlar çünkü. (...) Karıştılar. Fırçalayın dişlerinizi kaybetmeyin diye bir baskı vardı. Deneyebildiğim kadarıyla bende uygulamaya çalıştım açıkçası” K2

“Fırçalamamı söylüyorlardı sürekli. Diş fırçamız ve macunumuz vardı sürekli söylüyorlardı.” K8

Katılımcılar çocuklukta diş fırçalama alışkanlıklarının edinilmesinde anne ve babanın telkinlerinden bahsetmekle beraber ifadelerinden annenin rolünün daha baskın olduğu anlaşılmaktadır.

“Onlar da günde bir defa fırçalardı. Babam belki biraz daha anneme göre kaytarıyor diyelim. Ama fırçalar o, günde bir defa falan fırçalar. (...) Aileden aldım. (...) Ya klasik bir yatmadan önce dişlerimizi bir fırçalama süreci oluyordu, dişlerinizi fırçalayın falan oluyordu. (...) Söylüyorlardı, dişlerin çürümesin diye falan olabilir yani.” K14

“Annem fırçalardı. Babam da ağır aksak, çok iyi fırçaladıklarını düşünmüyorum. (...) Ben annemden öğrendiğimi hatırlıyorum. Abime de öğrettiklerine inanıyorum ama abim doğru düzgün fırçalamazdı. (...) Tabi annem gösterdi zaten.” K4

“Evet dört kız kardeşiz. Dördümüzün dişleri de maşallah iyidir. Annem özellikle çok özen gösterir. Babamın biraz zayıf ama annemin çürüğü bile yoktur, 55 yaşında. (...) Evet evet anneden. Bir de bir ablamız vardı daha çok küçükken şeker yemişti dişleri baya çürümüştü öyle korkmuştuk yani. Hep bana fotoğrafını gösteriyordu şeker yersen dişlerini fırçalamazsan ablanınki gibi olursun diye.” K13

“Evet, annemle babam hem düzenli olarak fırçalar hem de bize düzenli olarak fırçalarken tam öğrenene kadar hatta kız kardeşimle benim başımda beklediklerini hatırlıyorum. Nasıl fırçayı kullanmalıyız gibisinden. Ailem gerçekten eğitime çok önem verirdi.” K9

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden birisi de kültürel norm ve değerlerdir. Toplumun kültürel normları sağlıkla ilişkili birçok alışkanlığı etkilemektedir. Ağız bakım alışkanlıkları da kültürel yapının etkisiyle şekillenmektedir. Diş fırçalama alışkanlığını edinmesi için ebeveynlerinin özenli davrandığını anlatan katılımcı babasının yetiştiği kültürün onun ağız bakım alışkanlıklarına olan etkisinden bahsetmektedir.

“Düzenli fırçalıyorlardı ya. Annemin çok etkisi vardır, özen gösterdi öğretmeye. (...) Evet babam Almanya’da yetişmiş bir süre. Orada Türkiye’deki gibi değil o disiplini çok iyi almış, yani o yüzden fırçalar yani babam atlamaz.” K11

Katılımcılar görüşmelerde ağız bakım alışkanlıklarının kazanılmasında çekirdek ailedeki ebeveynlerinin veya geniş aile tipinde de beraber yaşadıkları aile büyüklerinin etkisinden bahsetmişlerdir. Katılımcıların anlatımlarından aile efradının

sadece telkinlerinin değil davranış tarzlarının da alışkanlıkların yerleşmesinde etkili bir faktör olduğu görülmektedir. Örneğin, geniş aile tipinde büyüyen katılımcının dişlerini düzenli fırçalaması ile ilgili “bu alışkanlığı kendim edindim” şeklinde ifadesi olmuştur. Ancak görüşme esnasında ailece sağlıklarına dikkat etmelerine vurgu yapması kendi sağlık bilincinin oluşmasında ailesinin yaşam tarzının da etkili olduğunu göstermektedir.

“Biz ailecek dişlerimizden problemliydik, genetik diş bozukluğu. Bu yüzden hepimiz doktor kontrolüne geldik. Babaannem çok dikkat eder biz ailece titiziz biraz sağlığınıza çok dikkat ederiz. Annem fırçalar, kardeşim de tel takıyor o da fırçalar, babam da öyle hepimiz dikkat ederiz. (...) Ben kendimi bildim bileli fırçalarım aslında ileride bir sıkıntı yaşamıyım diye. Birisinden görüp de fırçalamadım yani. Zaten benim dişlerim küçükken çok şeker yediğim için çürüktü sürekli fırçalama ihtiyacı hissettim bir daha o ağrıyı çekmeyeyim diye kendi kendime geliştirdim bu alışkanlığı.” K12

“Ben teyzelerimle büyüdüm annem çalıştığı için onlar da bu konuda çok hassastı onlardan da öğrendim.” K11

Ağız ve diş sağlığı bilinci birincil sosyalleşme olan aileden sonra ikinci sosyalleşme olan okulda alınan bilgilerle gelişmektedir. Özellikle sosyo-kültürel nedenlerden dolayı çocukların ailede yeterli ağız ve diş sağlığı bilincini alamadığı durumlarda okullarda alınan eğitimin önemi daha da fazla olmaktadır.

“Okulda anlatılıyordu diş fırçalamamızla ilgili. Annemiz, babamızdan bir şey duymadık zaten.” K7

Katılımcıların bazıları ailede aldıkları ağız ve diş sağlığı eğitimine ek olarak okullarındaki bazı eğitim faaliyetlerinden bahsetmişlerdir. Bunlar öğretmenlerinin verdiği bilgiler ve okula dışardan gelerek eğitim veren sağlık profesyonellerinin verdiği eğitimlerdir.

“Ortaokuldayken ve ilkokuldayken sürekli geliyorlardı, diş sağlığı için bakıyorlardı. Lisede de aynı şekilde ama üniversitede olduğunu düşünmüyorum. (...) Şöyle, ilkokuldayken hemşireler ve doktorlar gelmişti. Her sınıfa belli başlı hemşire sayısı dağıtılmıştı, onlar da tek tek ilgilenmişlerdi. Mesela bizim bir günümüz komple ağız diş bakımıyla geçmişti, öyle hatırlıyorum. Ortaokulda seminer verilmişti, lisede de aynı şekilde seminer verilmişti.” K12

“Daha sonrasında ortaokulda derslerde falan vermişlerdi. (...) Devlet okulu, Anadolu İmam Hatip Lisesiydi. Orda şey olmuştu yani bir dersimiz vardı, dersin adını hatırlamıyorum ama hani detaylı olarak diş fırçasını nasıl kullanacağımıza dair konuştuğumuzu hatırlıyorum.” K14

“Fırçalama şekillerini göstermişlerdi. Yumurta şeklinde fırçala demişlerdi. (...) Öğretmenlerim.” K10

“Okuldayken almıştım. (...) Dışarıdan gelmişlerdi. (...) Çok faydalı olduğunu düşünmüyorum açıkçası (...) İlkokul çocuğu bunu pek bir dikkate almaz ama benim aklımda kalmış.” K2

Yatılı Kur'an kursunda okumuş olan katılımcı da diş fırçalama alışkanlığını burada edindiğinden bahsetmektedir.

“Yurtta kalıyordum orada edindim alışkanlığı. Gece olunca hocalar teşvik ediyordu fırçalamaya, sabah olunca da aynı şekilde. (...) Hocamız da anlatıyordu. Şöyle olun falan diye eğitmek amaçlı dikkat edin vs.” K19

Aile ve okulun yanı sıra okul öncesi ve okul dönemindeki çocukların hayatında televizyon programları da önemli bir yer tutmaktadır. Çocuk programları ve çizgi filmler çocukların zihin dünyasının şekillenmesinde etkili olmaktadır. Bu durum ağız ve diş sağlığı eğitimi için de geçerlidir. Bazı katılımcılar bu dönemde izledikleri televizyon programlarının ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgilenmelerini sağladığını belirtmişlerdir.

“Seyrettiğimiz çizgi filmlerde, çocuk programlarında da olurdu. (...) Benim çocukluktan hatırladığım bir çizgi film var o çok etkilemişti bizi. O dönem vücudumuzu tanıyalım diye şey vardı. Orası çok etkiliyordu. Ağızın içini gösteriyorlardı. Hatırlıyorum.” K8

“O zamanlar kamu spotları vardı. Bugün kamu spotu diyorlar. O aman TRT 1 tek kanal. Diş nasıl fırçalanır gibi programlar vardı. (...) Ailemden ve o zamanki medyadan tek kanallı medya devlet tarafından bilgilendirilmiştik.” K9

3.3.2. Erişkin Hayatta Ağız ve Diş Sağlığı ile İlgili Bilgi Edinme Yolları

Günümüzde erişkinlerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili bilgi edinme yolları farklılık göstermektedir. Küreselleşen dünyada medya ve internet büyük bir iletişim

ağı oluşturmaktadır. Günlük hayatın akışı içinde ancak dış sağlığı ile ilgili sorun yaşadıklarında bilgi edinme yolları arayan katılımcılar internetten, sosyal medyadan veya televizyon programları, reklamlar yoluyla bilgi edinmekte olduklarını belirtmişlerdir. Sağlığın sosyal belirleyicilerinden sosyal çevrenin de bilgi edinmekte bir rolü olduğu görülmektedirken katılımcılardan bazıları da dış sağlığı ile ilgili bilgileri doktorlarından almakta olduklarını ifade etmektedir.

“İnternetten alıyorum.” K19

“İnternetten. (...) Ben tv hiç seyretmem.” K4

“İnternete yazdığınız zaman çıkıyor zaten her şey.” K2

“İnternetten, çevremden arkadaşlarımdan falan.” K11

“Sosyal medyadan, tv’den, kamu spotu geçiyor ya bazen. Oralardan.” K8

“İnternetten. (...) Yani şöyle olumsuz yönleri değil de olumlu yönlerini kullanmaya çalışıyorum. Hastalık geldiğinde öncesinde bir ön bilgi almaya çalışırız ama doktor gibi değil. Doktora gidince de ben bunu böyle gördüm demiyorum sinirleniyorlar. (...) Yani şöyle yaşıyorum 32 olduğu için orta yaş değilim aslında çok fazla tv izlemiyorum. Artık yeni mecra, yeni dünya, yeni dijital çok fazla olduğu için telefondan her şeyi oradan takip ediyorum. Gazete okumayı da ben grafikerim okumayı isterim tabi ama o da dijitalle döndüğü için internetten okuyoruz genelde.” K1

“İnternet, sosyal medya, köşe yazıları, gazeteler kullanılmaya başladıkça insanlar dış vakalarını paylaşmaya başladıkça insan daha çok bilinçleniyor.” K20

“İnternetten bakıyorum. Hastalığıma göre ne yapmam gerektiğini. O tarz. Genel olarak öyle bir bilgi alıyorum.” K6

“İnternetten tabi. Zaten merak ettiğim her şeyi yazıyorum çıkıyor oradan öğrenebiliyorum direkt.” K13

“Eskiden koca karılar vardı şimdi de koca internet var. Kötü taraflarını alıyorlar. Oradan duyuyorlar.” K1

“İnternet üzerinden genellikle. Makaleler veya bu durumu yaşamış kişiler. (...) Buraya gelmeden önce 20’lik dış sorunuyla geldim. Gelmeden önce araştırdım. Ağrısı

için. Bir de ders çalıştığım için önemli benim için. Bir an önce çektireyim. Ağrımı da çekeyim dedim. (...) Bir de diş hekimim.” K5

“Gitmedim de sonradan seminerleri yayın yapıyorlar ya internetten o şekilde kendim araştırarak dinledim. (...) Televizyonda sağlık programları oluyor oraya bazen çıkıyorlar, dinlendiğim kadarıyla denk geldiysem eğer dinlemeye çalışıyorum.” K12

“İnternetten bakıyorum. Bazen de polikliniklere muayeneye gidiyorum. Yani burası benim geldiğim üçüncü yer. (...) Yok televizyondan gördüğüm hiçbir şeye inanmıyorum. (...) Maalesef (...) İnternetten (...) Yani kısmen bütün yorumlara falan bakıldığı zaman o şekilde araştırma yapıyorum.” K10

“Gittiğim diş doktorundan öğrenmeye çalışıyorum. (...) Evet. Televizyondan gördüğüm zaman takip ediyorum.” K7

“Şu anki teknolojiyle internetten araştırıyoruz şuram ağrıyor işte nedendir diye bir ön bilgi oluyor ama genelde internetten ziyade direkt doktoruma giderim çünkü diş çok hassas bir şey öyle düşünüyorum.” K18

Katılımcılara göre internette ağız ve diş sağlığı ile ilgili herhangi bir konuda araştırma yaparken dişlere yapılan estetik uygulamalarla da karşılaşılması toplumda estetik işlemlere karşı olan talebi artırmaktadır.

“Gülüş tasarımı (...) porselen kaplama zirkonyum kaplama gibi bu tarz şeyler çıkıyor karşıma. (...) Orada görmeseydim aklıma gelmezdi.” K5

“Reklam anlayışının kazandırdığı bir laf. Gülüş tasarımı diyorlar bir de resim koyuyorlar. İnsanların ilgisini çeker açıkçası. (...) Bilinçaltına işliyor. Reklam her zaman reklamdır.” K2

“Belli bir yaşa kadar var, bir görsellik tutkunları var onları gördükten sonra benim dişim niye öyle parlamıyor diye bir talep oluşturabilir ama belli bir yaştan sonra zannetmiyorum. Yani mesela ben bir an önce hayatımı daha hızlı idame ettirmek için uğraşıyorum. Daha hedefe odaklı olan şeyleri düşünüyorum.” K16

“Sadece diş olarak bakmıyorum ben gençlere baktığınız zaman hepsi birbirine benziyor gibi geliyor. Dudaklara dolgu kaşlarda dövme, burun ameliyatı çok yaygın. Gençlerde yarış gibi bir şey oldu. O yaptırdı ben de yaptırayım. Medya da etkiliyor. Angelina Jolie dudağı, Hollywood yanağı falan gençler yaptırıyor. (...) Ama çok da fazla insanın gözüne sokmaya başlıyorlar. Bir ara sıfır bedenler çıkmıştı gençler yememeye başlamıştı onun gibi bir şey. Çok önemli ama fazlası da bir yerden sonra zarar olmaya başlıyor. Gençlerin beynine işlemeye başlıyor. Bizler gereksiz görüyoruz.” K15

“Ya bakmadığım için hissetmiyorum ama muhakkak oluyordur reklam dünyası o şekilde işliyor çünkü. Yani talep uyandırma şeyi kesinlikle yani. Hani genelde klasiktir gülişünüzü düzeltin falan filan bütün bunlar talep uyandırma yani.” K14

“Aslında oluşturabilir çünkü mesela dişleri bozuk bir insan bunun farkındadır ama çok umursamıyordur sonra televizyonda o insanlar dediğiniz işlemleri söylediği zaman kendini sorgulayabilir insan.” K12

3.4. Ağız ve Diş Sağlığı Açısından Sağlık Hastalık Algısının İnşası

Herhangi bir nedenle sağlık kurumlarına başvuru sonucunda yapılan tetkikler sonucunda ortaya çıkan nesnel veriler ile bireyler doktorlar tarafından hasta veya sağlıklı olarak nitelendirilmektedir. Ancak hastalık algısı aynı zamanda öznel bir deneyimdir. Kimi insan ciddi sağlık sorunları olduğu halde bunu ciddiye almayabilmekte, kimisi için ise küçük sorunlar güçlü bir hastalık algısına neden olabilmektedir. Ağız ve diş sağlığı için de aynı durum söz konusudur. Bu bağlamda ağız ve diş sorunlarının çözümü noktasında öncelikle bu sorunların algılanış şekli önemlidir. Hastalığın algılanış şekli bireyin çözümle ilgili tutum ve davranış şeklini de belirlemektedir.

Bu nedenle biz de katılımcıların kendi ağız ve diş sağlıkları ile ilgili algıları hakkında bilgi edinmek için öncelikle “Sizce sağlıklı dişler nasıl olur, nasıl görülür” sorusunu yönelttik.

Katılımcıların sağlıklı diş algısı ağırlıklı olarak ağızda çürük olmaması, dişetlerinin kanamaması, ağız kokusu olmaması gibi faktörlerde yoğunlaşmaktadır. Bu sayılan faktörler sağlıklı dişlerin en temel kriterleridir. Bu açıdan bakıldığında katılımcıların ağız ve diş sağlığına dair algılarının bilimsel gerçeklerle örtüştüğü görülmektedir.

“Çürüğü olmayan, fırçaladığında kanama yapmayan dişler diye düşünüyorum.” K8

“Bence çürük olmayandır. Çürük olmayan diş sağlıklıdır.” K7

“Kanamayan diş sağlıklıdır. (...) Kanadığı zaman sağlıksızdır.” K3

“Bence çürük olmayan, düzenli sırası olan diş yani. Çok bir şeyi yok benim için. Çürük olmayan ve düzenliyse benim için sağlıklı diştir.” K5

“Sağlıklı diş zaten kendini belli eder. Gerek diş eti mesela diş eti çekilmesi varsa pek sağlıklı değil. Görüntü açısından, şekil açısından, hassasiyet açısından da. Genel olarak çürük olmayacak. Bu şekilde.” K2

“Sağlıklı diş demek güzellik demek bence. Güzel görünmesi. Diş çürük değilse zaten güzel görünüyorsa.” K19

“Bence sağlıklı dişler güzel görünür. Şöyle söyleyim, dişler sağlıklı olduğu zaman nefes kokmaz, bakımlı olur. Bakıldığı zaman görülür zaten, konuşurken dikkat çeker çürük olmaz.” K12

“Tabi en temelde o zaten, ağrı yapmaması çürük olmaması” K14

Sağlıklı diş algısında katılımcılar tarafından beyazlık ve parlaklık da bir kriter olarak ifade edilmiştir. Dişlerin rengi sağlıklı olmasıyla direkt olarak ilişkili olmasa da katılımcıların beyazlığı sadece renk olarak değil, temizlik ve çürüksüzlük olarak da algıladıkları görülmektedir.

“Görselde bembeyaz, ıslıl ıslıl bir şey hayal ettim öyle deyince. Çok öyle temiz dişler efendime söyleyeyim. Sağlıklı diş belki kokusuz bir nefes demek geliyor şu an aklıma. (...). İkincisi evet nefes kokusu çok önemli mide kaynaklı da olabilir ama daha çok dişlerde de bir sıkıntı olduğunda nefes kokar. Biz hepimiz bundan endişe ederiz. Bilirsiniz. Sürekli toplum içerisinde yaşadığımız için. Onun dışında aklıma çok gelen bir şey yok hani. Sadece bunlar geliyor sağlıklı diş, ağız sağlığı deyince.” K9

“Bence sağlıklı diş beyaz olmalı kesinlikle. Ve ağız kokusu olmadığı sürece benim için sağlıklıdır.” K11

“Diş eti pembe olan, diş rengi beyaz olan. Ortodonti tedavisinden yeni çıkmış gibi düzgün, simetrik dişlerdir.” K20

“Bembeyaz. (...) Böyle gülünce diş etlerimin gözümediği, daha temiz olduğu belli olan lekesiz dişler. Genelde ben çok insanlarla muhatap oluyorum. Ağız kokusu varsa benim için bitmiştir. (...) Bazı insanların ağız gerçekten daha kötü kokuyor. Çürük falan çok etkili. Acı bir iltihap kokusu gibi. (...) Sigara ve kahvenin de çok etkili olduğunu düşünüyorum.” K4

“Beyaz dişler gelir. (...) Sorun olmayan diş yani çürük olmayan diş” K10

“Benim için dişlerin tam olması, ağızda görüntü olarak tabi biraz parlak olması, lekesiz olması gibi ilk bakışta bunlar geliyor aklıma. Ve sonuçta dişlerini fırçalayan insan, dişleri tam olan insan bakımlı sağlıklı oluyor diş.” K18

“Sağlıklı diş benim kendimce bir kere kişiye rahatsızlık vermeyen hiçbir şekilde aczetmeyen parıl parıl parlayan (...) bu aklıma geliyor.” K16

Görüşmelerimizde katılımcıların sağlıklı diş algılarına göre kendi ağız ve diş sağlıklarının mevcut durumunu değerlendirmelerini istedik. Ardından ağız ve diş sağlığının iyi olmadığını düşünen katılımcılara bugüne kadarki hayatınızda ne gibi farklılıklar olsaydı daha iyi bir diş sağlığınız olurdu sorusunu yönelterek ağız ve diş sağlığının sosyal belirleyicileri ile ilgili görüşlerini almaya çalıştık.

Katılımcılar bu değerlendirmelerinde ağız ve diş sağlıklarını etkilediğini düşündükleri faktörlerden ve pişmanlıklarından bahsettiler. Katılımcıların en sık yakındıkları konu çocukluklarında daha iyi bir ağız ve diş sağlığı bilincinin oluşmaması ve bu nedenle diş fırçalama alışkanlığını edinememiş olmalarıdır.

Bunun dışında dişlerinde oluşan sorunları ihmal edip erkenden tedavi ettirmemeleri ve dişlerini çektirme yoluna gitmiş olmalarıdır. Katılımcıların beslenme alışkanlıkları ile ilgili yakınmaları olduğu da görülmektedir.

“Orta. (...) Bir kere çocukluğumuzda diş sağlığı ile alakalı hiçbir eğitim görmedik, o olsaydı belki değişik olurdu. Bir de çocukken daha çok çikolatadır daha paketli gıdalar tükettiğim için o olmasaydı daha iyi olurdu. Bir de düzenli fırçalasaydım daha iyi olurdu.” K16

“Şu an kötü. (...) Ağız ve diş olarak kendimi kötü olarak değerlendiriyorum. (...) Küçükken daha bilinçli olsaydım böyle olmazdı. Olsaydı da daha az seviyede olurdu sağlıklı olurdu diye düşünüyorum.” K5

“Bize çok fazla öğretilmedi, şimdi birazcık daha iyi, internetin olması, televizyon. Bizim zamanımızla şimdiki zamanı kıyasladığımız zaman şimdiki çocuklar çok daha şanslı. Ben bazen görüyorum televizyonda ağız diş sağlığıyla ilgili kahramanlar var işte çürükler geliyor dişe yerleşiyor işte kahraman geliyor onları kovuyor falan üç yaşındaki oğlum bile onu idrak edebiliyor şu an o bilinci bir şekilde. Sosyal medya, televizyon ve diğer basın yayın organlarıyla bir şekilde öğretiliyor. Bizim öyle bir şansımız yoktu, biz dişçiye gidince yaşayarak öğrendik. Küçüklükten bu bilinç verilmiş olsaydı sıkıntı olmazdı yani.” K20

“Şu an çok da kötü diyemem aslında biraz diş etleri sıkıntısı olmasa bence iyi yani. (...) Yani şunu diyebilirim keşke fırçalasaydım küçükken keşke çok fırçalasaydım diyebilirim yani.” K10

“Yani aslında çok sorun yaşamadım diş konusunda ama yine de daha az yaşayabilirdim kesinlikle bence ailenin çok büyük etkisi var.” K18

“Kötü. (...) Şimdiki aklım olsaydı çürümesini hiç beklemezdim. Dolgu yaptırırdım. Bakımını yaptırırdım. Boş vere vere bu hale geldi. (...) Aynen ihmal ettiğim için böyle oldu.” K7

“Orta. (...) Kanadığı, ağrı yaptığı için. Sızlıyor. (...) Düzgün fırçalasaydım, düzgün doktora gitseydim. İlerlemeden.” K3

“Bence orta. (...) İnce kılı fırçayla fırçalamazdım kesinlikle, diş taşı yaptı çünkü çok rahatsızım şu an. Ve daha önceden giderdim doktora galiba yani rutin kontrollere giderdim en azından dişimin çürümesini beklemezdim.” K11

3.5. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Ağız Diş Sağlığı

Günümüzde her ne kadar ağız ve diş sağlığını etkileyen biyolojik faktörler büyük ölçüde açıklığa kavuşmuş olsa da biyolojik faktörleri etkileyen sosyal faktörler bilinmediği sürece toplum sağlığı daha iyi seviyelere getirilemeyecektir. Sağlıkta biyomedikal yaklaşımdan uzaklaşıp sosyal modele yönelinmesi ile hastalıkların arkasındaki toplumsal nedenlerin ortaya çıkarılması gerektiği düşüncesi ön plana çıkmıştır. Başka bir deyişle “hastalıkların nedeninin nedeni” bulmak için sosyal nedenlerin oynadığı rol bilinmelidir. Bu açıdan katılımcılarımızın ekonomik durumun, eğitim seviyesinin ve toplumsal çevrenin ağız ve diş sağlığına etkisi olup olmadığı hakkındaki görüşleri önemlidir.⁶

3.5.1. Ekonomik Durum

Ekonomik faktörler ağız ve diş sağlığının sosyal belirleyicileri içinde birçok diğer belirleyiciyi de etkilemesi açısından önemli bir yere sahiptir. Bireylerin ekonomik durumları en fazla sağlık hizmetlerinden yararlanma esnasında fark

⁶ Oral Health and the Social Determinants of Health, <https://www.fdiworldddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-health-and-the-social-determinants-of-health>

yaratmaktadır. Diş tedavileri maliyeti yüksek tedaviler arasında yer almaktadır ve seçilen kurum, tedavi şekli, kullanılacak malzeme çoğunlukla ekonomik faktörlerle ilişkilidir. Bu nedenle katılımcıların çoğu tedavi hizmetleri açısından ekonomik durumun diş sağlığını etkilediğini belirtmektedir.

“Bence biraz etkiliyor. (...) Para olmadığı zaman insan gidip gelemiyor.” K7

“Kız kardeşimin dişlerinde yamukluk vs yok ama çok sigara içiyor çok sararmış ama maddi durumu olmadığından yaptıramıyor. Kızıyorum bazen rencide ediyorum. Ya şunu içme bu kadar git dişlerini yaptır böyle durma. Ben nasıl yaptırayım diyor falan. Tabi ki etkiliyor yani.” K19

Katılımcılar ekonomik nedenlerle tedavilerini geciktirdiklerini ifade etmektedir.

“Etkiliyor. (...) Benim maddi durumum iyi olsaydı daha önce tedavisini yapacaktım bir sene önce.” K3

Ekonomik gücü olmayan katılımcılar kamu sektöründen ücretsiz hizmet alabilmektedir. Ancak bu kurumlardaki randevu alma zorluğu ve uzun bekleme sürelerinin yine tedavilerinin gecikmesine neden olduğu görülmektedir.

“Parası olan yaptırır parası olmayan da çektirir. Ya da devlet hastanesine gidip aylarca sıra bekleyenler de var. Maddiyata da bakıyor iş.” K15

“Diş sağlığına bu ortodontiyi de koyarsak eğer insanların bütçesi yetmiyor. Yani herkes bizler kadar belki şanslı değil. (...) Dişinden memnun olmayıp bu tedaviyi yaptıramayan o kadar çok insan var ki. Kardeşim de diş telliydi, özele getirmeyecektim devlete gittim en başta üç yıl bekleyeceksin dediler. Hadi biz özele geldik yaptırdık ama yaptıramayan o kadar çok fazla ki. Maddi durum tabii etkiler.” K13

“Bence etkiler, çünkü diş teli pahalı biraz ki zaten arkadaşlarımdan duyduğum kadarıyla bazı diş doktorları dolarla çalışıyormuş dolar da günümüzde biraz pahalı. Bu yüzden insanların bütçesini çok etkilediğini düşünüyorum. Şöyle oluyor yani o zaman parası olmayan dişleri yaptırmamasın gibi birşey çıkıyor ortaya. (...) Mesela belki doktor kontrolüne gidemeyebilir. Diş doktorları dediğim gibi çok pahalı, devlette randevu aldığı zaman bir iki ay sonrasına veriliyor, o zamana kadar kim bilir neler olacak. Bu yüzden etkiliyor bence.” K12

“Ekonomik durum çok iyi değilse eğer Türkiye şartlarında Türkiye’de şu anda ciddi anlamda ekonomik belirsizlik var. Ailelerin de bütçelerinde sıkıntı var. İnsanlar belki

check-up yaptırmak gibi dişiniz ağrımadan gelip doktora baktırırsanız insanlar bunu es geçebilir. Erteleyince de şimdi başlayacak minik üç tane dolgu belki 6-7'ye çıkacak o yüzden ekonomik bağlantıyla diş sağlığının arasında ilişki var. Diyeceksiniz ki bu hizmeti size devlet de veriyor, devlete gittiğiniz zaman adam size 7 ay sonraya randevu veriyor, zaten periyot 6 ayda bir. Orada çok ciddi bir abukluk var, sen 6 ayda bir diş hekimine gözükmek lazım gözükeyim diye karar verdiğin zaman 7 ay sonraya gün veriliyor.” K20

“Eğitim de etkili ama ekonomi daha önemli. Çok iyi bir doktor bulabilirsiniz ama ekonominiz iyi diş yaptırmaya müsait değildir veya normal bir devlet hastanesi ile özel hastane arasında bile inanılmaz fark var bundan dolayı ekonomi daha ön planda.” K16

Ağız ve diş sağlığının korunması için bireysel olarak yapılabilecek en temel uygulama dişlerin düzenli olarak fırçalanmasıdır. Katılımcıların çoğu temel diş bakımı için gerekli olan diş fırçası ve diş macununa sahip olmak açısından ekonomik durumun etkili olmayacağı görüşünü savunmaktadır. Diş fırçalama alışkanlığının ekonomik nedenlerden etkilenmediğini, bunun bilinç düzeyi ile ilgili olduğu vurgulamaktadırlar.

“Diş fırçalamanın ekonomiyle hiçbir alakası yok. Tamamen alışkanlık, bilinç.” K17

“Yani ekonomik durum diş sağlığını bence yüzde belki 20 etkiler. Dişlerinizi yaptıırken tabii ki etkiler paranıza göre dişlerinizi yaptırabilirsiniz ama sağlıklı dişlerinize bakmak için çok da etkileyeceğini düşünmüyorum, diş fırçası diş macunu کافی. Herkes bir fırça bir macun alabilir.” K18

“Çok fazla değil yani etkilemez çok bir şeyi yok zaten diş sağlığının. Fırçalamanın şeyi yok. (...) Yani. İnsanlar o kadar alkole sigaraya her şeye para veriyor. Ona da vermesi gerekiyor. Yani bu bizim sağlığımız. Onları kendine zarar için kullanıyorsun bunları sağlığın için kullanacaksın.” K10

Katılımcılar diş fırçalama konusunda ekonomik nedenlerin öne sürülmesinin gerçekçi olmadığını, bunun bir bahane olduğunu öne sürmektedir.

“Yani hani sonuçta bir diş fırçası zaten hani az önce konuştuk 3 ay-6 ay kullanılabilen bir şey ki fiyatları da çok ucuz (...) hani diş sağlığı için ekonomiyi bahane etmek biraz kaçamak bir cevap olur diye düşünüyorum.” K14

“Alabilir. Fedakarlık yapmak lazım. Kendine özen göstermek kendi sağlığını düşünen bir insan 30 liralık fırça almak yerine 10 liraya alır. Önemli olan dişi temizlemek. (...)”

Alınabilir yani. Hiç yok gibi değil yani bence. Onun arkasına sığınmamak lazım.”
K15

“Bence yaşamazlar çünkü diş fırçası mesela kaliteli olmalı ama piyasada 5 liraya 10 liraya da var diş fırçaları onları tercih edebilirler. (...) Bence çok etkilemez. Bahane gibi bir şey olmuş oluyor param yok bakım yapamıyorum diye. Ama isteyen herkese bence bütçesinden belli bir miktar ayırıp bakımını yapabilir diye düşünüyorum.” K12

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden ailenin ağız bakım alışkanlıklarını edinmekteki etkisi burada da dile getirilmektedir.

“Tabi ki. (...) İyi aileden doğmuşsanız ama iyi aileden kastım şu: anne babanın maddi gelirinden durumundan bahsetmiyorum fakir de olabilir şey de olabilir ama (...) Bilinçli bir ailenin içinde olduğun zaman daha şey dolaşırsınız. Her şey para değil. (...) Diş için değil. Bir diş macunu bir fırça almak için yani tabi dünyada üç milyar kişinin battaniyesi yokmuş ama (...) Sokakta birisi abi bana diş macunu ve fırçası al dese alınır yani. (...) Son derecede çünkü bir macun, fırça alıp kullansa yeter.” K1

“Bu biraz da galiba içten gelen temizlikle alakalı bir şey aslında ama durumu olmayan insana da ne denir yani. Küçüklükten eğitimeyle de alakalı yani. (...) Ben üniversitede hiç parasız kaldığımı hatırlıyorum. Hem çalıştım hem okudum. Çok saçma bir şey ama ben sabunla bile fırçaladığımı hatırlıyordum yapacak bir şey yok çünkü komşuya diş macunu verir misiniz diyemeyeceğim için sıvı sabunu basardım fırçalardım.” K13

Katılımcılardan K16 ve K7 ise diş fırçası ve diş macunu alamayacak kadar ekonomik durumu kötü olan insanlar olabileceğini veya kırsal kesimde yaşadığından dolayı satın almakta sıkıntılar yaşayan insanlar olacağını belirtmektedir.

“Ben ekonomik düzeyi iyi olmayan insanın dişleriyle ilgileneneğine inanmıyorum. Ve çoğunlukla da ilgilenmiyorlar. (...) Elbette ki oluyordur yani bir lirayı veremeyecek insanlar da oluyor biz kendimize bakarak konuşmamamız lazım bence. Toplumsal olarak köyde diş fırçası satılacak yerler yok şehre gittiğinde unuttur mu alır mı almaz mı?” K16

3.5.2. Eğitim Seviyesi

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri eğitimidir. Eğitim seviyesi ağız ve diş sağlığı bilincini de etkilemektedir. Eğitim durumunun ağız ve diş sağlığına etkisi ile ilgili katılımcıların farklı görüşlere sahip olduğu görülmektedir. Bu farklılığın çoğunlukla eğitim seviyesine yüklenen anlamla da ilişkili olduğu göze çarpmaktadır.

Eğitim seviyesini kimi katılımcı okullaşma ile ilgili algılamakta iken kimisi de bilinç düzeyi, kendini geliştirme olarak algılamaktadır.

Eğitim seviyesi ağız ve diş sağlığını etkiler;

“Eğitim seviyesi şöyle etkiler eğitimli insan bilir ağız ve diş sağlığının önemini. Eğitimli insan için pozitif yönde bir etkileşim söz konusudur bence.” K20

“Eğitim etkiliyordur tabi temizlik alışkanlıkları bu da biraz eğitimle kazanılır. (...) Okul düzeyiyle de, aile ile de” K4

“Kuzenim mesela doktor. Sürekli fırçasıyla macununu yanında taşır. Hastanede olsun, bize geldiğinde olsun. Yemek yediğinde direkt fırçalar. Kütüphaneye gittiğimizde de mesela ben de çalışıyorum. İkişer saat aralıklarla mesela lavaboya gider fırçalardı. (...) O hassas. Kendisinin de doktor olması etkiliyor.” K5

“Olabilir. Şöyle mesela bir tıp doktoru otomatikman bir dişle ilgili de ufak tefek bilgileri de vardır. Ona göre ailesini yönlendirme yapar. Kendi çocuğunu ona göre yetiştirir. Ama mesela ben yoldayım diş sağlığıyla en fazla “alo oğlum dişlerini fırçalamayı unutma” he en fazla bu şekilde olur. Bence eğitim ve yaşam tarzı etkili bir faktördür.” K17

Eğitim seviyesi bireylerin toplumsal statüsünü ve sosyal çevresinin niteliğini de belirlemektedir. K12 eğitimin bu yönüne dikkat çekmekte ve eğitimli insanların sağlık bilincinin dolaylı yollardan da olumlu etkileneceğini düşünmektedir.

“Bence etkileyebilir çünkü nasıl söyleyeyim; okuyan bir insanın çevresi geniş olur bir sürü arkadaşı olur, onlardan da duyduğu kadarıyla, bir arkadaşı çok titiz olur çok bilgili olur diş konusunda onu uyarır ya da bir arkadaşı çok kötü durumdadır o onu uyarır. Kulaktan dolma da olsa diş bakımına onu yönlendirebilir. Çevre de etkileyebilir diye düşünüyorum ama eğitim seviyesi etkileyebilir diye düşünüyorum.” K12

Eğitimi sadece okullaşma olarak değil kendini yetiştirmek olarak değerlendiren katılımcılar gerek ailenin yönlendirmesi ile, gerekse kişinin merak duygusuyla kendini yetiştirebileceğini düşünmektedir.

“Eğitim seviyesi çok önemli, bilinçli olmak çok önemli diş sağlığı ile ilgili. Anne babalarımıza büyük iş düşüyor nasıl diyeyim bilgili ebeveyn olmak lazım, çocuklarımızı doğru yönlendirmek lazım. (...) Kesinlikle genel olarak baktığımızda çok artısı olur ama bazen eğitim seviyesi olmayan insanlar eğitim seviyesi olan

insanlardan daha bilinçli olabiliyor. Bu eğitim derken bir tek okumakla değil kendini geliştirmekte bir eğitim onunla alakalı düşünüyorum ben.” K18

“Eğitim alışkanlığı doğru alınınca biraz daha merak uyanıyor herhangi bir genel konuda, meraktan da orda öğrenme alışkanlığı oluyor. Oradan doğru etkili ama hani sonuçta bir insan eğitim almamıştır ama merakını canlı tutmuştur, yine onun için de şey olur yani.” K14

Eğitim seviyesi ağız ve diş sağlığını etkilemez;

“Sanmıyorum hayır. O yetiştirilmeyle alakalı gerçekten. Benim annem prof. bir kadın değil ama temizliğe önem veren bir kadın. Küçük çocukken bizi buna alıstırdı ben üniversite okumasaydım da aynı olurdu. Diş, ağız kokusuna karşı aşırı bir hassasiyetim olurdu yani. (...) Benim mesela patronum vardı, dişleri tuvalet taşı gibiydi ve ağzı çok kötü kokuyordu. Doktorlarımın yanına götürdüğümde diyorlardı ki şuna söyle dişlerini fırçalasın. Ki o adam da edebiyat mezunu mesela dişlerini fırçalamayan adam. Okumayla pek alakası yokmuş yani.” K13

Günümüzde bilgiye ulaşmak kitle iletişim araçları ve internet sayesinde çok kolaylaşmıştır. Küreselleşen dünyada bilginin yayılması yeri geldiğinde dakikalar, saatler içinde gerçekleşebilmektedir. İnternet kullanamayanlar da televizyon sayesinde sağlık eğitimine ulaşabilmektedir. Bu nedenle katılımcılar eğitim almamış bireylerin de sağlık bilgisine kolaylıkla ulaşabileceklerini savunmaktadır.

“Onun eğitimle alakalı olduğunu düşünmüyorum. Dişlerinizi fırçalamamızla ilgili tv’lerde duyuyoruz ama eğitimle olmaz bu iş.” K2

“Hayır etkilemez. (...) Bence etkilemez. Üniversite mezunu birisinin ağzında da oluşabiliyor çürük ilkokul mezununda da. O bir standart değil. Biraz bilgili olmak lazım. Eskiden bu kadar yaygın değildi. Şimdi tv’lerde sağlıkla ilgili çok kanal var. Bilmediğimizi oradan öğreniyoruz. (...) İnternette araştırma da yapılabilir.” K15

3.5.3. Toplumsal Çevre

Sağlığın sosyal belirleyicilerinden toplumsal çevre bireyleri farkı yönlerden etkilemektedir. Katılımcıların birçoğu insanların çevresindeki kişilerden etkilendiğini, onları örnek aldıklarını, dolayısıyla ağız ve diş sağlığı açısından da çevrelerinden etkileneceğini düşünmektedir.

“Etkiler, bence etkiler. İnsanların sosyal çevre ve sosyal statüsü, içinde bulundukları, sırf diş olarak da değil bu sağlık olarak da alkol sigara tüketilmesi arkadaş çevresi, sosyal çevre bence etkiler.” K20

“Etkilenir. Nasıl etkilenir? Mesela ben dişlerimi fırçalıyorum, evde yeğenim var. Beni görüyor a dayım dişlerini fırçalıyor. Ben de fırçalıyorum. En basit örnek veya okulda arkadaş ya da iş yerinde bir arkadaş görürsün dişleri çok güzel parlıyor. Abi hayırdır? İşte falanla fırçalıyorum şu bu falan bende yapıyım. Çevrenin kesinlikle bir etkisi vardır.” K17

“Ben fırçalıyorum siz de fırçalayın gibi bir algı yaratır. Arkadaş etkiler.” K2

Günlük hayatta insanlar yaşadıkları çevrede kabul görmek istemektedirler. Sosyal ilişkilerde görsel anlamda ilk dikkat çeken unsur olan dişler bireyin bulunduğu ortamda kabul görmesine veya dışlanmasına neden olabilmektedir. Bu noktada toplumsal kontrol mekanizmaları devreye girmekte ve ağız ve diş sağlığı açısından özellikle estetik kaygı ile bireyleri etkilemektedir.

“Etkiler, sonuçta insanın bakıldığında ağızda dişleri görülebiliyor. Ondan dolayı olduğumuz çevredeki insanlar da etkileyebilir, dişlerimize laf söyleyebilir. O söyleyince fırçalarız, dikkat ederim yediklerimize içtiklerimize, çevre etkiler tabii ki o da vücudumuzun görünen ve en önemli bir parçası.” K18

K19’un ifadelerinden görsel açıdan dişlerdeki bozukluğun çocuğunda bir çeşit toplumsal damgalanmaya neden olduğu anlaşılmaktadır.

“Tabi ki. Oğlumun mesela arkadaşları falan dalga geçiyor etrafındakiler. Çok ağrısı yok ama görsel açıdan.” K19

Bunun yanı sıra dişlerin görsel olarak güzel olması katılımcıya göre sağlıklı olduğu algısını da yaratmaktadır.

“Bence şöyle yine çevreyle alakalı. Mesela tabi ki etkiler yine en başta görsellik açısından zaten etkiler. Görseli güzel olduğu zaman sağlığı da güzel olur. İçi de dışı da kötü olur ya da. O yüzden etkiler yani. Okuyanı da çalışanı da. Eşim çalışıyor mesela bir dişi yok çok rahatsız oluyor. Toplantılara giriyorum falan acil yaptırمام lazım diyor. Çevre büyük etken.” K19

Katılımcılardan K4 de ağız ve diş sağlığını yaşanan çevre açısından değerlendirmekte ve sağlıklı dişlere sahip olmak için temizlik bilincinin olmasının önemine dikkat çekmektedir.

“Çok kötü bir muhitte de yaşıyor olabilirsin. Kötü bir evde, olanaksızlıklarla yaşıyor olabilirsin. Ama temizsindir. Bunu kendine yakıştırmıyorsundur. Üstün başın temizdir. Bizim bir yerde grubumuz var. İyiliğe uçanlar diye. Biz bazı evlere gidip ailelere kendi çapımızda yardım ediyoruz. Hep almaya çalıştığım şey diş macunu, fırçası, şampuan. Kalkıp da deodorant almam ama el sabunu alırım. Bilmiyorum insanların her şekilde kendilerine bakabileceklerini düşünüyorum.” K4

3.6. Diş Tedavisiyle İlgili Deneyimler ve Tercihler

3.6.1. Erken Yaşam Deneyimleri

Diş çürüğü çocukluk çağında en sık rastlanan kronik hastalıktır. Ağız ve diş sağlığının bozuk olması beslenme sorunlarına yol açarak çocukların bedensel gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanı sıra dişleriyle ilgili çeşitli sorunlar yaşayan çocukların okul başarısı da düşmektedir. 1989 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir araştırmada, çocukların akut diş problemleri nedeniyle yılda 51 milyon ders saatini kaybettikleri bildirilmiştir.⁷

Çalışmamızda katılımcı grubumuz 18 yaş üzeri olmasına rağmen üniversiteye hazırlanmakta olan K5 o günlerde yaşadığı diş sorununun ders çalışmasını etkilediğini belirtmektedir.

“Hatta şu an o dönemdeyim. 20’lik diş çıkıyor. (...) Bu benim ders çalışmamı etkiliyor. Benim günde 7-8 saatlik çalışma programım var. İki gündür çalışmadım. Konstranden dolayı. Ağrıdan dolayı.” K5

Yapılan araştırmalara göre çok yoksul bölgelerdeki çocuklar ve gençlerin daha zengin mahallelerde yaşayanlardan daha kötü genel ve ağız sağlığına sahip

⁷ Marmot ve Fenton, “Foreword”, **Social Inequalities in Oral Health: From Evidence to Action**, s.4., Okul Sağlığı Programlarında Ağız Diş Sağlığının Önemi Ve Kapsamı Prof.Dr. Meryem Tekçiçek. Halk Sağlığı Günleri III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu. “Okul Sağlığında Ağız Ve Diş Sağlığı” Konuşma Metinleri Ve Bildiri Özetleri, 08-09 Eylül 2014, Ankara.

olduğu,⁸ düşük gelirli ailelerin çocuklarında ağız sağlığının daha kötü ve tedavi edilmemiş çürük sayısının daha fazla olduğu gösterilmiştir.⁹

Çocuklarda süt dişleri altı aydan itibaren sürmeye başlamaktadır. Bu dişler çocuğun çiğneme fonksiyonunu sağlayarak beslenmeye yardımcı olmakta ve konuşma gelişimini sağlamaktadır. Ayrıca süt dişleri bulundukları yer itibariyle gelecek olan daimi dişlerin yerini tutmakta ve sürerken onlara rehberlik etmektedir. Bu nedenle çocukların dişlerinin çıkmaya başlamasından itibaren hem diş temizliğine başlanmalı hem de düzenli diş hekimi kontrolü yapılmalıdır. Çocuğun hiçbir şikayeti olmasa dahi yapılması gereken bu kontroller ile öncelikle çocukların diş hekimini sevmeleri ve bir sorun yaşadıklarında hekime başvuru esnasında herhangi bir tedirginlik yaşamamaları sağlanmaktadır. Bu yaşlarda diş hekimi tarafından dişlerin çürüğe karşı güçlendirilmesini sağlayan bazı koruyucu uygulamalar yapılmaktadır. Bunun yanı sıra çocuğun diş yapısındaki olabilen bir bozukluğun veya diş çürüklerinin erkenden teşhis edilip gereken tedavilerinin yapılması sağlanmaktadır.

Yukarıda bahsettiğimiz nedenlerden dolayı sağlığın sosyal belirleyicilerinden erken çocukluk dönemi çocukların tüm yaşamı boyunca ağız ve diş sağlığını etkileyen bir dönemdir. Bu dönemde ailenin ekonomik durumu, yaşam koşulları, eğitim ve bilinç düzeyi gibi sağlığın sosyal belirleyicilerinden birçoğu etkili olmaktadır. Yeterli ağız ve diş sağlığı bilinci olmayan veya imkansızlıklar içinde olan aileler çocuklarına ağız bakım alışkanlıklarını öğretememekle beraber onları diş hekimi kontrolüne de götürememektedirler.

“Yani mesela anne baba bize dişlerinizi fırçalayın derdi. Biz de fırçalardık. Dişleriniz bozuk mu değil mi, gel bir doktora gidelim demezlerdi. (...) Eğer zamanında böyle doğru bir teşhis alabilseydim belki de bu dişlerim daha düzgün olacaktı. Küçükken mesela daha mutlu olacaktım, daha çok gülecektim konuşurken falan ş’leri yuttuğumu fark ettim.” K1

“15-16 yaşlarında gittim. (...) Sorunum olmadığı için gitmemişimdir.” K2

⁸ Williams, Sheiham, Watt, a. y.

⁹ Da Fonseca ve Avenetti, a. y.

“Yok. 30 yaşına yakinken ilk diş hekimine gittim.” K6

“Hiç çürük olmadığı için hiç gitmedim.” K13

“Benim dişim bir dişimin üzerinde çıkmıştı. Süt dişim evliyken düştü. Evliyken hala süt dişim vardı. Anne babanın biraz ihmalkarlığı. Hocamız gördü süt dişim duruyor diş çıkmış damaktan. Kadın şoka girdi senin annen bunu görmüyor mu nasıl seni doktora götürmüyor falan. Oradan babama söylemiştim öyle gitmiştik. (...) Ben söyleyince ağrıyınca öyle gittik.” K19

Katılımcıların bazıları küçükken diş hekimine hiç gitmediğini belirtirken kimisi de bir sorunu olduğunda diş hekimine başvurduğunu ifade etmiştir. Herhangi bir şikayeti olmadan düzenli diş hekimi kontrolüne gittiğini veya dişlerine koruyucu uygulamalar yapıldığını belirten katılımcı olmamıştır.

3.6.2. Diş Hekimine Başvuru Nedeni

Toplumda ağız ve diş sağlığı sorunları genel sağlığa nazaran daha ihmal edilebilir bir durumdadır. Ağız ve diş sağlığının korunabilmesi için kişinin risk durumuna göre belirli aralıklarla diş hekimine başvurarak kontrolden geçmesi gerekmektedir. Yukarıda belirttiğimiz gibi toplumumuzda bu alışkanlık çocukluktan itibaren fazla gelişmemiştir. Katılımcıların diş hekimine başvuru nedenleri arasında ağrı şikayeti ilk sırada gelmektedir. Diğer katılımcıların ağrı dışında bazı şikayetleri olduğu görülmekte, diş hekimi kontrolü ile ilgili bilinç düzeyi yüksek olan bazı hastaların ise kontrol amaçlı başvurdıkları görülmektedir.

“Diş etimde çekilme oluyor. Ağrı oluyor. Biraz da bakım olsun istedim. Bir sene olmuştur gideli. O bir şey yok demişti. Diş sağlığı ne durumda, ne gerekiyor ne yapabilirim bir iyi kötü bir şey var mı? Genel kontrol amaçlı daha çok.” K6

“Şu anda bir sıkıntım yoktu aslında. İşte rutin kontrol. Sonra işte çürüklerimin olduğunu fark ettim yani ağrım yok ama ağrımamasını beklemeden tedbir almak istiyorum. (...) Evet hiç şikayetim yokken.” K11

“Benim için kontrol amaçlı oluyor, ailem için de kontrol amaçlı oluyor hani böyle illa ağrıyana kadar bekleyelim kopana kırılana kadar bekleyelim diye bir modumuz olmuyor, bir şey hissettiğimiz zaman gözükiyorum.” K20

3.6.3. Estetik Uygulamalara Bakış

Günümüzde ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurumlara başvuru nedenleri arasında periyodik diş kontrolü ya da herhangi bir sağlık sorunu olabildiği gibi bazı hastalar da estetik sorunlar nedeniyle diş hekimine başvurumaktadırlar. Ancak diş hekimine farklı sorunlar nedeniyle başvurmuş olsalar da katılımcıların çoğunun görselliğin önemli olduğu noktasında hemfikir oldukları görülmektedir.

“Ön dişimde kırık var benim. O da dolguyla yapıldı yıllar önce. Bir düzensizlik var dişimde. Biri uzun duruyor. Diş hekimim kaplama yapmamı önermişti. Düşüncem var estetik olarak dişlerin daha düzgün hale gelmesi için. (...) Önemli biraz estetik.” K5

“Yaptırdım benim diş etlerim gözükiyordu hep. Geldim Ö... beye dişetlerimi kesip biraz yukarı çektik. Damak sırtmasın diye. (...) Her açıdan. Ben kendiyile çok uğraşan biriyim. Şu dişimin arasında çok minik bir siyahlık var aynada görüyorum sürekli. Benim için estetik çok önemli. (...) Görsellik dışı güzel olan insanlar, dişlerde yiyecek kalması leke olması falan beni aşırı irrite ediyor hep böyleydin o yüzden. Genç kızken olmuştur herhalde bu hassasiyet. 13-14 yaşlarında artık görsellik ön plana çıkmıştır.” K16

Diş hekimliğinde verilen tedavi hizmetleri estetik alandan bağımsız düşünülemez. Çünkü dişler sosyal hayatta kişinin ilk göze çarpan organlarından biridir. Şekilleri, renkleri, çürük olup olmaması konuşma ve gülme esnasında karşıdakiler tarafından kolaylıkla algılanmaktadır. Bu da bireyin kendini iyi hissetmesi ve özgüveninin artması açısından önemlidir. Dişlerine estetik uygulama yaptırmış veya yaptırmayı düşünebileceğini belirten katılımcılar estetik uygulamaların sosyal hayatta insanların kendilerini daha iyi hissetmesine ve çalışma yaşamlarını olumlu yönde etkilenmesine neden olduğunu düşünmektedir.

“Yaptırdım, lamine yaptırdım. (...) Tabi tabi, biraz yamuktu bir de kırık dişlerimin köşesi. Böyle bir lamine var dediler olur dedik yaptırdım, en azından kalıcı çözüm oldu. O şekilde estetik bence önemli yani. (...) Kesinlikle, bence insanlar sadece diş açısından değil genel olarak estetiğe dikkat ediyorlar. Sürekli gün içerisinde bir sürü insanla muhatap olduğunuz için bence önemli, önemli olduğu için de estetik bir çözüm bence. Yarın öbür gün saçım dökülürse de saçımı ektirebilirim yani. (...) Yaptırmadan önce kötü bir yorum almadım ama yaptırdıktan sonra insanlar işte gülüşün değişti çok gülüyorsun falan. Genelde insanların dişleri kötüyse, gülerken bile elini ağızıyla kapatabiliyor refleks olarak. Haliyle de ben lamineleri yaptırdıktan sonra daha fazla gülüyorsunuz gibi olumlu dönüş aldım yani.” K20

“Yaptırırdım. Yaptırmak isterdim. Hatta şu an ufak yeğenlerim var. Onların hepsine diyorum tel takıyorlar hani düzene sokuyorlar falan. Ablamlar hepsine söylüyorum. (...) Sosyal hayatta her şeyi etkiler. En basit örnek söyleyeyim. Mesela ben sizinle şu an rahat rahat konuşuyorum. Farz edin ki dişlerim çarpık ortada bir dişim yok sapsarı ben sizinle daha çekinerek konuşacaktım. Bu benim sosyal hayatımı etkileyecekti. (...) Bir iş görüşmesine gittiğim zaman. Etkileyecekti. Özel hayatımda etkileyecekti yani çok büyük faktör. (...) Sosyal anlamda. Kesinlikle.” K17

“Benim mesleğimden dolayı sürekli müşteri geliyor. İnsanlar geliyor onlarla göz teması kuruyorsunuz, sürekli konuşuyorsunuz. Doğru görünmek gerekiyor. (...) Tabi. Benim konuşmuş olduğum sözün, hipotezin karşı tarafa doğru olduğunu anlatabilmem için düzgün bakıp konuşmam gerekiyor diye düşünüyorum. (...) Tabi bazı şeyleri düzgün konuşamıyorum. A.. G... gibi konuşuyorum. Tam çıkmıyor yani. Türkçe dile basılarak konuşulur ya ben onu tam yapamıyorum. Yapamadığım için hoşnutsuzum.” K1

Ortodontik tedavi gören K12 bu tedaviyi hem fonksiyonel bozukluk nedeniyle hem de estetik amaçlı olarak yaptırdığını ve bu sayede kendisini toplum içine daha iyi ifade edebildiğini belirtmektedir.

“İleride bir iş sahibi olduğum zaman insanlar için ne bileyim bir sunum yaptığımda ya da iş görüşmesine gittiğimde dış görünüşün önemli olduğunu düşünüyorum ve ağzın da güzel durması gerektiğine inanıyorum. Dediğim gibi çok önemli bence çünkü ben bir patron olsam karşımdakinin tam takım olmasını isterdim. Yani bu yüzden kendimi iletme dönük geliştirebilmek için tercih ettim. (...) Evet etkiliyordu, bazı harfleri yutuyordum. Artık kendimi daha iyi ifade edebildiğimi düşünüyorum. (...) Yok dediğim gibi konuşmamı etkiliyordu bir de yemek yerken çok fazla dilime çarpıyordu çok rahatsız ediyordu kendi açımdan da. Sadece görünüm değil yani iyi ki düzeltmişim yani iyi ki tel takmışım.” K12

K18 günümüzdeki estetik kriterlerin bireylerin toplumsal statülerini de belirlediğini düşünmektedir.

“Ben yaptırmadım ama yaptırmak isterim evet diş tedavim bittikten sonra acaba ne yapabiliriz diye doktorumla görüşeceğim. (...) Renginden dolayı, acaba ne yapabiliriz diye soracağım. (...) Kesinlikle artık öyle bir zamanda yaşıyoruz ki insanların kiloları vücut ölçüleri dişleri tenindeki şey toplumdaki statüsünü belirliyor bir nevi bence sağlıklı beslenen insanların görünüşü çok önemli.” K18

Estetik algısı göreceli bir olgudur. Kişiden kişiye değişmektedir. Estetik açıdan çok ufak sapmaları önemseyip bununla ilgili çeşitli tedavi yöntemlerine başvuran hastalar olabilmektedir.

Görsel olarak dişlerindeki çok küçük bir estetik sapma nedeniyle ortodontik tedavi gören K13 bu tedavinin sonunda istediği sonucu alamazsa daha farklı estetik uygulamalar yaptırmak istemektedir.

“Şöyle aslında, dişlerimin bir sorunu yoktu sadece ön dişim hafif uzundu ve orta çizgisi biraz daha yana kayıktı. Ben biraz daha görsel açıdan güzel dursun diye. (...) S... hoca bana tel takmayacaktı yani ben zorla istedim. (...) Evet kendim rahatsız oldum. İdeal diş uzunlu kısıtlı olmaz inci gibi olmalı diye düşündüm dedim ben taktıracam. (...) Bundan eğer ki istediğim sonucu alamazsam ondan yaptıracam. (...) ünlü bir Hollywood smile var bildiğim o benim favorim. Bir de beyazlatma var işte. O beyazlatmayı da tel takıldığı gün aldım tel çıkar çıkmaz yapalım diye.” K13

Bunun yanı sıra diş dizisindeki ufak estetik sapmaları doğallığının ve kendi özgünlüğünün bir parçası olarak gören bireyler olduğu da görülmektedir.

“Var aslında öndeki dişlerim uzun köpek dişi gibi ama ben seviyorum onları. (...) Ben doğal olan şeyi seviyorum. Kaşımın biri farklı biri farklı kuafördeki kadınlar bunu düzeltelim diyorlar, hayır ben öyle seviyorum. Diğer türlü o ifadeyi alamayacak çünkü. Şunun için tel taktıran insanlar tanıyorum küçücük bir ayırım. (...) Benim hayat kalitemi etkiliyor olsaydı, insanlar içinde ağız dolusu gülemeyecek olsaydım. Mesela dişlerin üst üste binmesi garip olması o zaman evet.” K4

Katılımcılar genellikle estetik açıdan güzel dişlere sahip olmayı istemekle beraber dişlerinin doğal bir görünüme sahip olmasını önemsemektedir.

“Estetik olarak evet konuştum H.. beyle görüntü olarak öncelikle ağızıma uygun diş olması gerekiyor. Kaba olmasın çok yapmayım diye bağırmasın daha doğal görünümlü olsun. Önceliklerim bunlar. İlla böyle çok sanatçı dişi gibi istemiyorum daha doğal.” K15

Yukarıdaki örneklerde görüldüğü gibi katılımcıların çoğu sosyal hayatlarını etkileyecek bir estetik sorunları olduğunda estetik uygulamalar yaptırmaya sıcak bakmaktadır. Bununla beraber estetiğe yönelik tedavilerin maliyeti yüksektir ve bu tedaviler kamu sektöründe de ücret karşılığı yapılmaktadır. Bu nedenle ekonomik yetersizliklerden dolayı estetik uygulamaları yaptıramadığını ifade eden katılımcılar olduğu görülmektedir.

“İnsan istiyor illa ki, her şeyi istiyor. (...) Gülümsediğin zaman dişlerin böyle öne çıksın istiyor. (...) İnsan imkan bulsa her şeyi yapar.” K3

3.6.4. Diş Hekimine Başvuru Sıklığı

Ağız ve diş dokularında oluşan sorunlar ancak ilerledikten sonra belirti vermektedir. Hiçbir şikayeti olmayan bir kişide dahi başlamış ve ilerlemekte olan sorunlar olabilmektedir. Bu sorunlar diş hekiminin yapacağı bir muayene ve gerekli durumlarda çeşitli görüntüleme yöntemleriyle belirti vermeden önce teşhis edilebilmektedir. Bu şekilde mevcut hastalıklar erkenden teşhis edilerek tedavisi yapılabilmektedir. Bu da hem hastalığın tedavisinin daha kolay olmasına hem de tedavi maliyetinin daha düşük olmasına imkan sağlamaktadır. Bu nedenle ağız ve diş sağlığının korunması için hiçbir şikayeti olmasa dahi insanların belirli aralıklarla diş hekimi kontrolüne gitmeleri gerekmektedir.

Daha önceki yıllarda düzenli diş hekimi kontrollerinin altı ayda bir yapılması tavsiye edilmekteydi. Ancak günümüzde bu genelleyici yaklaşım değişmiştir. Son yıllarda yerleşmekte olan “Tıpta hastalık yoktur, hasta vardır” anlayışı gereğince artık hastalar öncelikle bireysel çürük risk analizine tabi tutulmaktadır. Buna göre hastanın düşük, orta veya yüksek risk grubunda olmasına bağlı olarak farklı sıklıklarda diş hekimi kontrolüne çağırılması söz konusu olmaktadır. Bu kontrollerde sadece mevcut çürüklerin tedavisi yapılmamakta, hastada yeni çürüklerin oluşmasını önlemek amacıyla koruyucu uygulamalar da yapılmakta, ağız hijyeni eğitimi verilmekte ve hastalar ağız bakımlarını sağlamak konusunda motive edilmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların birçoğunun belirli periyotlarda diş hekimini ziyaret etmeleri gerektiği konusunda bir farkındalıkları olduğu görülmektedir.

“Bence diş hekimiyle ortak karar verilmesi gerekir ona biz karar veremeyiz ama gittiğimizde rutin kontrolleri bir liste oluşturarak yapılmalı.” K11

“Bakım yapabiliriz dişlerimize belli başlı zamanlarda doktorlardan randevu alarak kendimizi kontrol ettirebiliriz.” K12

Bununla beraber çoğunlukla yaşam koşullarından kaynaklanan nedenlerden kaynaklı olarak bunu uygulamadıklarını ifade eden katılımcılar genellikle şikayetleri

olduğunda diş hekimine gittiklerini belirtmektedir. Ancak bu konuda yeterince bilinçli olmamalarından dolayı bunu gerçekleştirememiş olmaktan yakınmaktadırlar.

“6 ayda bir doktora görünmemiz gerekiyor bence diş konusunda altı ay olmasa da yılda bir defa görünmekte fayda var diye düşünüyorum. (...) Ben uygulamıyordum yaklaşık iki seneden beri dişçime ayda bir defa geldiğim için fazlasıyla uyguluyorum. Bundan sonra da uygulamam büyük ihtimalle bu şekilde bilinçlendiğim için gelirim.” K18

“Valla ben sıkıntıdan sıkıntıya ama normal şartlarda bunun bir süresi var mı tam bilmiyorum. 6 ay mıdır? 3 sene midir? (...) Bence 6-7 ayda bir veya bir çürük ne kadar zamanda oluşuyor? Veya ben şimdi geldim H... abi bir kontrol etti bir daha ki belirtiler kaç ay sonra ortaya çıkar? 3 ay mı? 5 ay mı? 6 ay mı? Onun bilgisi edinilip ona göre gelinebilir. Bu da birçok şeyin önüne geçer diye düşünüyorum. (...) Evet ben şikâyetim oldukça geliyor.” K17

“6 ayda bir gidilmesi gerektiğini biliyorum. (...) Ben gelmek istedim ama araya başka şeyler girince elimden geldiğince gitmeye çalışıyorum. Dolgular da olunca çok fazla uzatmamaya çalışıyorum.” K6

Okul çağında beş çocuğu olan K19 yaşam koşullarının ve kentleşmenin getirdiği ulaşım probleminin dezavantajını yaşamaktadır.

“Şu dişim şuraya şu hale gelmeden önce belki gelebilirdim. Eğer olmasaydı hiç gelmeme gerek yok bana göre. (...) Ama şikayeti de son raddeye getirmemek geciktirmemek lazım. Ben geciktirenlerdenim. (...) Burası bana biraz uzak, çocuklar okula biri gidiyor geliyor vs. o yüzden. Yarın öbür gün derken fırsat olmuyor. Evdeki yoğunluktan. Eve geliyorsun hepsine yemek yedir vs. ev kalabalık olunca onun saatini bekle bunun saatini bekle yarın olur öbür gün olur derken kalıyor.” K19

K9 ülkemizde düzenli diş hekimi kontrolüne gidilmemesinin ekonomik kaynaklı olmadığını, bunun toplumda sağlık bilincinin olmamasından kaynaklandığını düşünmektedir.

“Bunu hiç yapmadım ama zannediyorum ki yılda bir en azından gidelim bakalım nedir durum gibi şöyle bir periyodik bir. Aracımız var arabaya bile daha çok önem veriyoruz ne doktora gidiyoruz bir şey yapıyoruz. Ama aracımızın devlet zorunlu kılmuştır aracın 10bin bakımı vardır. Arabaya 10bin bakımı yaptırıyoruz. Dünya kadar para veriyoruz. Kasko yaptırıyoruz, sigorta yaptırıyoruz. Hakikaten kendimize biz bu kadar para harcamıyoruz yani. Bunlar da çok büyük paralar değil. Bir diş hekimine gitseniz 50 lira, 100 lira bir muayene ücreti var aslında. Ama zannediyorum hep geri

plana. Sağlığımız bizim için çok ilk planda olmadığı için toplumsal olarak böyle. Bir Avrupa'da falan böyle değil.” K9

Katılımcılardan K16 ve K8 düzenli diş hekimi kontrolüne gelmemelerinin bir nedeni olarak diş hekimi korkusundan bahsetmektedir.

“Tabi ki tabi ki kesinlikle gidilmesi lazım, ben diştten korkuyorum biraz ondan dolayı. (...) Yani bence 6 ay veya 8 ay gibi rakamlarda dişçiye görünmesi lazım ama bu da ekonomiyle alakalı bir durum. Yani ekonomisi iyi olmayan insanın bunu düşünecek vakti yoktur. Ben biraz korkuyorum, diş fobim var benim en kısıdan nasıl hayatımı idame ettirebilirim onun hesabını yaparım.” K16

“Aslında dişçi koltuğu korkusu diye bir şey var. Onu yenip sıklıkla gitmek lazım. Ben takma dişin ne kadar zor olduğunu anne babamdan görüyorum. Açıkçası takma diş, takma damak kullanmak hiç istemem. O yüzden mümkün olduğu kadar orijinal dişlerimizi korumak için sıklıkla gitmek lazım. (...) Bence 6 ayda bir gitmeli hiç değilse. (...) Ben bu ara çok sık gidiyorum zaten problemlerim var dişlerimde. (...) Problem yaşamamış olsam maalesef hayır.” K8

Diş hekimi korkusu genellikle diş hekimiyle ilgili çocukluktaki olumsuz deneyimlerden veya toplumsal çevrenin diş hekimiyle ilgili olumsuz deneyimlerini abartılı şekilde anlatmalarından kaynaklanmaktadır. Herhangi bir şikayeti olmasa dahi çocuklukta düzenli diş hekimi kontrolüne gidilmesi çocukların diş hekimine alışması ve bu korkunun oluşmaması açısından önemlidir.

3.6.5. Diş Tedavisine Karar Verme Süreci: Değişen Hasta Rolü

Diş hekimliği alanında son on yıllarda çok hızlı gelişmeler olmuştur. Ülkemizde de tedavi hizmetleri gelişmekte ve modern tedaviler hekimler tarafından başarıyla uygulanmaktadır. Geçmişte gerek diş çürüğü gerekse dişeti hastalıklarından dolayı en sık uygulanan tedavi yöntemi diş çekimi olmaktaydı. Bu nedenle protez diş kullanmaya başlama yaşı çok düşüktü. Ancak ortalama yaşam süresinin uzaması da göz önünde bulundurulduğunda artık dişlerin mümkün olan en uzun süre ağızda tutulması gerektiği anlaşılmıştır. Protez yapımının maliyetinin yanı sıra özellikle yaşlılarda protezler kullanımında yaşanan sorunlar yaşam kalitesini düşürmektedir.

Dişlerine uygulanacak tedaviler ile ilgili farkındalık düzeylerini öğrenmek istediğimiz katılımcılardaki ortak görüş dişlerinin tedavisi mümkünse çektirmeyi

istememeleri olmuştur. Geçmişte diş çektirmiş olanlar da şimdi olsa tedavi ettirme yollarını arayacaklarını belirtmişlerdir. Bu durum gelişen diş tedavi imkanlarıyla birlikte toplumun diş tedavisinde koruyucu yaklaşımın belli bir ölçüde ağırlık kazandığının bir göstergesi olmaktadır.

“Tedavi, kesinlikle tedavi, son noktaya kadar tedavi düşünürüm. Kırık dişimi bile kaybetmek istemem, ben öyle biliyorum.” K16

Geçmişte dişlerini çektirdiklerinden dolayı pişman olan K15 ve K10 şu anda dişlerinin ağızda kalmasını tercih edeceklerini belirtmektedir.

“Tedavisi olduğu sürece çekilmektense üzerine gidip kurtarma yoluna gidilebilir. Genelde baktığımız zaman genelde ilk çekmeyi uygun görüyor doktorlar. O yüzden ben de yaptım aynı şeyi zamanında evlenmeden önce diş ağrısında gittiğiniz zaman hemen ilk iş çekmek oluyordu. (...) Tabi ki tedavisini yaptırırım. H... bey bazılarının tedavisini yapmaya çalıştı. Kurtarılamayacak olanları çekmek zorunda kaldı.” K15

“Aslında o hatayı yaptım burada şu an bir dişim eksik keşke onu tedavi ettirseydim çektirmeseydim diyorum. (...) Aslında şu an araştırıyorum. Ona bakılırsa gerçekten şu an onu araştırıyorum. Şu an zaten ilk gittiğim doktor dişlerimin çekileceğini söyledi. 4 tane dişimin çekileceğini köprü yapılacağını söyledi. Ben de şimdi araştırıyorum belki çekilmeden kurtarılabilir diye.” K10

K19’un ifadelerinden toplumda sorun yaşanan dişlerin tedavi edilmek yerine çekilmesinin ekonomik nedenlerden de kaynaklandığı da anlaşılmaktadır.

“Hayır hiç çektirme taraftarı değilim. Çok küçüktüm 14-15 yaşında dişçiye gidiyordum. Mesela kocaman diş arkada. Kanal tedavisi, dolgu pahalı oluyordu çekmeye göre. Mesela babam diyordu ki çekelim. Çok fazla para vermemek için. Doktor diyordu ki emin misiniz bu diş dolguyla kurtarılır çekmeyelim falan. Ben doktora çekmeyin diyordum onu çekse orada kocaman bir boşluk olacak biliyorum.” K19

K5 için ise yapılacak tedavinin uzun dönemdeki başarısı tedavi tercihini belirlemektedir.

“Burada ikilemde kalıyorum açıkçası. Kısa süre sonra aynısı olaksa çekilmeli diye düşünüyorum. Özele gittiğimizde genelde dolgu ve kanal tedavi öneriyorlar. Ben çekilip kurutulmasından yanayım. Çok hasar almışsa, güçsüz olmuşsa diş. (...) Ben de çekilmesini istemem ama kısa bir süre içerisinde değilse yine uzun bir süre

kullanabileceksem çektirmemeyi düşünürüm. (...) Aşırı güçsüzlük varsa çekilmesini isterim ama dolguyla halledilir, daha uzun süre geçiştirilirse kendi dişlerimi kullanmak daha mantıklı tabi ki.” K5

Günümüzde hasta doktor ilişkileri Parsons’un tanımladığı hekim-hasta rolünden biraz daha farklıdır. Parsons’un hekim-hasta ilişkisi asimetrik bir ilişkidir. Hekimin tedavi yöntemine kendisinin karar verdiği ve hastanın sorgulamadan bu karara uyması şeklindeki bu ilişki günümüzde kabul görmemektedir. Son yıllarda diş hekimliği biliminin gelişmesi nedeniyle ağız ve diş hastalıklarında birçok alternatif tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Hastalar bu tedavilerin avantaj ve dezavantajlarını bilmek istemektedir. Katılımcıların çoğu da doktorları tarafından dişlerine uygulanacak tedavi seçenekleri ile ilgili bilgilendirilmeyi ve kendilerine uygun olan tedavi seçeneğine beraber karar vermek istediğini belirtmektedir. Ancak katılımcılar doktorlarıyla ortak aldıkları karar sonrasında ona güvenerek kendilerini teslim ettiklerini ifade etmektedirler.

“Yok sorgulamadan mümkün değil. Alternatifleri ve her alternatifin arkasından getireceği sonuçları da net olarak duymak ve dinlemek isterim. O noktada ben derim ki bu olursa ne olur, şu olursa ne olur bakarım az riskli olana. Doktorumuzla birlikte karar veririz elbette. Ama sorgusuz sualsiz tamamını yapın, tak çekelim falan istemem. (...) Şöyle tamam o noktalara karşı merakım kenarda saklı ama doktorun eli altına girdiğimde artık o noktadan sonra güvenirim. Şey yapmam beraber ilk etapta birlikte sorgularız. Karar verdiğimiz zaman yürürüz. O zaten kendi işini bilir. O benim uzmanlığım değil. Hadi kamerayı koydun. İzliyoruz beraber belki onun için çok doğal, çok normal olan bir şey benim için çok korkunç görünebilir. Benim uzmanlığım olmadığı için güvenirim başka çarede yok.” K9

“Hangi yöntemler varsa onları dinlemek isterim, bir anda bu olsun demek beni rahatsız eder.” K16

“Çeşitlerini öğrenmek isterim. Doktor doğruyu söylüyordur tabi ama çeşit varsa seçerim.” K5

“Ne gerekiyorsa yaptan ziyade tedavi yöntemlerinin tek bir line üzerinde olduğunu düşünmüyorum. Hekimim alternatifleri paylaşsın ben o alternatiflerin üzerinden kendime yapılacak tedaviyi kendimin seçmesini isterim. Ve seçtiğim tedavinin de teyidini hekimimden alırım ben bunu seçtim ama sen ne dersin diye bir de onunla istişaresini yapmak isterim. (...) Karar verdikten sonra zaten bence hekimlik işi güven işi yani koltuktaki hasta hekimine güveniyorsa karar vereceği şey sadece belki tedavi yöntemidir o da tabi değişik faktörleri olabilir mesela yani implant yaptırabilir ama adamın kararını verirken implant fiyatının bir etkileyici rolü var. (...) Seçenekler

kesinlikle karar verildikten sonra güvene dayalıdır. Benim doktorum ne dediyse ona karar veririm yani o işi o daha iyi biliyor yani tamamen güven söz konusu olduğu için onu dinlemekte fayda vardır diye düşünüp hekimi dinlerim.” K20

“Bir seçenek hakkım olursa ve bu bana sunulursa düşünürüm tabi ki ama hani tek bir seçeneğim var bu yapılmak zorunda olursa yapılacak başka bir şey yok.” K12

“Sağlıklı değerlendirmeyi yani dinlerim, seçenekleri dinlemek isterim. (...) Mesela benim şu an burada olduğum diş ağrımadığı halde ben çürük var diye gitmişim ve yine yurtdışında olan olay. Kanal tedavisi yapıldı ki sorulmadan yapıldı ben çok üzüldüm. Hani o yüzden duymak isterim değeri birlikte değerlendirmek isterim. (...) Öyle ki muhtemelen de ağrı olmadığı için ertelemeye çalışacaktım yani ağrı olmadığı için kanal tedavisi istemezdim.” K14

Katılımcıların bir kısmı tedaviye başlamadan önce diş sorunları ve kendilerine yapılacak tedavilerle ilgili internetten araştırma yaptıklarını belirtmektedir. Bunun yanı sıra kimi katılımcının birkaç doktorla görüşerek karar vermeyi tercih ettiği görülmektedir.

“Bakarım internetten bakarım en azından ne oluyor ne bitiyor diye bakarım.” K14

“Ben zaten araştırmıştım, izlemiştim youtube’da falan. Nasıl tel takılır, dolgu nasıl yapılır diye o zaman merakım gitmişti. Çünkü tel takılırken baya beklemiştim merak etmiştim nasıl yapılıyor diye.” K12

“Evet araştırırım. Hemen internetten bakarım. Nedir ne değildir nasıl oluyor. Mesela ben tel taktırmadan önce yaprak laminayı çok araştırdım ama dişin mine tabakasını kazıdıklarından dolayı yaptırmadım. O yüzden telle doğal sonuç olsun dedim.” K13

“Şöyle bir şey var. Bir örnek vereyim. Benim çene yapım bozuk. Alt çenem S veriyor. İlk başta ben bunu araştırdım sosyal medyadan biraz bilgi sahibi oldum. İki doktora gittim. 4 üniversite hastanesi, 2 tane muayeneye. Çünkü neden? (...) Tek bir dişçiye bağlı kalmam. 3-4 kişiye sormadan normalde de doktorlara öyle. Sormadan yaptırmam.” K8

“Sorarım. Daha basit bir yöntemi var mı merak ediyorum sorarım. Ben bel fıtığı ameliyat oldum 5-6 tane doktora gittim sormak için. Onun için sorarım yani daha başka bir şeyi var mı diye.” K6

“İlk geldiğimde kesinlikle sorunun neden olduğunu öğrenmek isterim sonra da çözüm olarak birkaç tane seçenek sunmasını isterim. Duyacağım cümleler beni tatmin etmezse araştırmaya geçerim, olmazsa bir iki tane daha hekimle görüşürüm ondan sonra karar veririm ama sonuçta sürekli geldiğimiz bir doktor olduğu zaman bunu

yapıyor muyum, yapmıyorum güvendiğim için. Ne olması gerektiğini söylüyorum o da bana anlatıyor ben de olur diyorum, bu tamamen doktorunuza duyduğunuz güvenle alakalı düşüncesi çok önemli.” K18

Bunların yanı sıra katılımcılarımıza tedavileri esnasında yapılan işlemleri takip edip etmediklerini ve bunun nedenlerini sordüğümüzda katılımcıların bazıları merak ettiği için tedavi sürecini izlemeyi tercih ettiğini belirtmektedir.

“Ben çok gözlemciyimdir. Gözlem şeyim çoktur. (...) Ben yapısal olarak merak ederim. Yaparım. Gözlemlerim. (...) Hem merak ederim hem de nasıl yapıyor biri sorarsa ben görmüştüm bak böyle yapıyor diye şey yapıyorum. Bu bende var. Genelde gözlem yapıyorum.” K6

Burada daha çok güven unsurunun ön plana çıktığı görülmektedir. Hekimlerine güvenen katılımcılar hekimin ne yaptığını izleme ihtiyacı duymamaktadır. Ancak K8 geçmişte yaptırdığı diş tedavilerinde birçok olumsuz deneyim yaşamıştır. Yaşadıkları bu deneyimlerden dolayı doktorlara güveni sarsılan katılımcı yapılan işlemleri yakından takip etme ihtiyacı duymaktadır.

“17-18 yaşında ilk lazerli dolgular bana yapıldı. O zaman daha lazerli dolgu yoktu Türkiye’de. Ben ayna aldım. Tamamen izledim. Ve alet temizliği konusunda çok hassasım. Hatta kaplamalarımı yapan hastaneyi Sağlık Bakanlığı’na şikayet ettim. O kadar. Bir kaç kere ettim hem de. Sonuçta biliyorsunuz hastaneler çok temiz olmayabiliyor. Özellikle devlet hastaneleri temiz olmayabiliyor. Ama o şikayet ettiğim hastane çok pisti. Oradaki aletlerin temizliğine kadar, tek tek oturup inceleyip mesela koltuktaki oradaki lavabo oturup tükürülmek içindir. Ki tükürttürmüyorlar. Tuvaletin sonundaki lavaboya gönderiyorlar. Yutuyorsunuz. Yutturuyorlar size.” K8

“Çok dikkat ederim ve sorarım da. Ve işlemlerin nasıl yapıldığını da izlerim. (...) Evet, bundan 7-8 sene önce dişimden çok şanssızım. Dişıma kanal tedavisi uyguluyorlardı. Bir şey yaptılar. Bir hafta sonra gelin kapatalım dediler. Bir hafta zonklama çektim. Anlattım 2-3 gün öldüm diye kendileri söylemiyorlar. Ben dedim. Röntgendeki buradaki beyazlık ne? Dişimde burgulu bir şey var onu kırmışlar. Dedim bunu bana nasıl söylemezsiniz. İşte önemli bir şey değil. Bir şey olmaz herkesin başına gelebilir. Böyle bir güvensizlik duyduktan sonra bunu yapmak çok normal. (...) Çıkaramadılar da onu ben görmesem gene söylemeyeceklerdi. O yüzden ben güvenmiyorum. Bunun şununla ilgisi yok. Titiz bir insan olduğum için herkese soruyorum.” K8

3.7. Diş Hekimi ve Kurum Seçimini Etkileyen Faktörler

Ülkemizde ağız ve diş sağlığı hizmetleri kamuya ve özel sektöre ait kurumlarda verilmektedir. Kamu sektöründe bu hizmet yapılan tedavinin mahiyetine bağlı olarak tamamen sosyal güvenlik sistemi kapsamında ücretsiz olarak veya cüz'i ücretlerle yapılmaktadır. Ancak kamuya ait kurumlara yoğun bir talep olmasından dolayı randevu almak ve tedavi sırası beklemek uzun bir süreç olabilmektedir. Diğer sağlık alanlarının aksine özel sektörün diş tedavilerinde SGK anlaşması olmadığından dolayı bu kurumlara tercih eden hastalar tüm maliyeti kendileri karşılamaktadır.

Biz de çalışmamızda devlete ve özel sektöre ait kurumlara başvuran hastaların bu kurumu tercih nedenlerini, karar verme aşamasında hangi faktörlerden etkilendiğini anlamaya çalıştık.

Katılımcılardan gerek kamu kurumuna gerekse özel diş polikliniğine başvuranlar öncelikle bu kurumun iyi olduğunu düşündükleri ve güvendikleri için tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Bununla beraber güvenme nedenleri farklı olabilmektedir. Konuyla ilgili daha derinlemesine konuşulduğunda farklı faktörlerin de etkisi olduğu görülmekle beraber ilk etapta kuruma güven duydukları için başvurmaları anlaşılır bir şeydir. Çünkü örneğin her ne kadar diş hekimliği fakültesi kamuya ait bir kurum olsa da gidilebilecek tek kamu kurumu değildir. İnsanlar hele ki acil bir durum söz konusu değilse aynı statüdeki farklı seçenekleri değerlendirip güven duydukları bir kuruma başvurmayı tercih etmektedir. Doğal olarak hakkında hiç iyi şeyler duymadıkları bir sağlık kuruluşuna başvurmaları beklenmemektedir. Yani insanlar hiçbir olumlu görüşe sahip olmadıkları bir kuruma kendilerini teslim etmek istememektedir. Ancak sağlık sorunu yaşayan kişiler ilk başvurdukları kurumda tedavilerini yaptırmayabilirler. Kimi hasta farklı doktorlardan, farklı sağlık kuruluşlarından görüş almakta ve bunun sonucunda tedavisini nerede yaptıracağına karar vermektedir. Katılımcılar tedavilerini yaptırmadan önce internette bazı araştırmalar da yapmaktadır. Ancak katılımcılarımızın bu araştırmaların sonucuna göre hekim seçimi yaptıkları fazla görülmemektedir. Bu araştırmalar bireylere bir fikir vermekle beraber tedavi kurumunun seçiminde en etkili yol çevrelerindeki bu kurumlarda tedavi yaptıran kişilerin tavsiyesi olmaktadır.

“İnternette araştırma yaparım ya da çevreme sorarım onların önerilerine de kulak veririm önerdikleri doktora gitmeyi düşünürüm.” K15

“Sosyal medyaya çok güvenmiyorum, yine sordum birkaç bir yere sordum, başka dişçilere gittim falan memnun kalmadım burayı buldum buradan şimdilik memnunum Allah’a şükür. (...) Yani şöyle bir şey var ya reklam sektörünün nasıl işlediğini biraz biliyorum. Yani hani en iyi olan reklam vermiyor reklama açık olan yani burada reklam veren kişi kötü diye demiyorum yanlış anlaşılma olmasın ama reklam biraz daha böyle müşteri potansiyelini arttırmak ve büyümek için yapılan bir şey. Yani o noktada da zaten büyüme süreci riskli bir süreç, kalite düşebiliyor falan. Bildiğim kadarıyla hani daha sağlam kaynaklarla ilerlemeye çalışıyorum.” K14

Katılımcıların diş tedavilerini devlet sektöründe yaptırmak istemelerindeki ekonomik kaynaklı nedenin sadece kendi ekonomik durumlarının olmadığı, özel sektördeki ticari kaygıların kendilerinde bir güven sorunu oluşturabildiği anlaşılmaktadır.

“Eğitim araştırma hastanesi, işin uzmanları burada. Evet bütün diş hekimlerine güveniyoruz. Birincisi tabi ki maliyeti benim için en azından bu dönem gerçekten önemliydi. O bakımdan özel muayenelere göre çok daha uygun olduğunu düşünüyorum. Burada bir hemşire arkadaşımız var onun tavsiyesi üzerine aynı zamanda. Yani böyle. (...) Evet buradaki en önemli faktör burada tanıdığım yönlendirmiş olmasaydı. Kendisinin olmasından ötürü ama orada yani hiçbir tanıdığım olmasaydı evet o gözle bakalım Okmeydanı’nda da var. Olabilir tabi. (...) Devlet kurumunun benim için cazibiyeti olurdu. Çünkü gittiğiniz yerde de işin ticari boyutunun da düşünülmediğinden emin olmak istiyorsunuz bazen. Ne olurdu mesela benim bağkurum ödenmediği için ben ücretli gelmek zorundayım. Burada da ücretli, özelde de ücretli. Hangi ücretli? O zaman buradaki ücretli bu bir. Ama gücüm olsaydı zaten bağkurumu ödüyordum daha rahat ve ücretsiz tedavi olmuş olurdu. Ama yine burası olurdu çünkü işin uzmanlığı benim için teslim olduğum yer gerçekten çok mühim. (...) Yani normal fiziksel bir şey de olsaydı mide ameliyatı ya da bir şey ameliyatı. Ben yine devlet hastanesini tercih ederdim. (...) Evet, devlet kurumu olması güven veriyor. Herkes burada o işi yapmak için burada. Hiçbir maddi kaygısı, beklentisi yok. Benim burada kaybedeceğim bir tl’lik bir şey biliyorum ki dışarıda 500 lira olacak. Bu işin ticareti. Haklılardır bir şey demiyorum. Param da olsa yine de herhalde gitmezdim. O zaman da şey ön plana çıkıyor. Herkesin uzmanlığı, işi bu. Eğitim araştırma hastanesi. Benim için bu faktörler önemli. Tamamen kişisel yani.” K9

“Ben özeldense devlet şeyine güveniyorum. Özellere o kadar güvenemiyorum. (...) Gerektiğinde özellerin her şeyi tam teşkilatlı olmayabiliyor. Yeri geliyor sigortaya, devlete yönlendiriyorlar. Para için bazı şeyler yapabileceklerini düşünüyorum. Para için olmayan şeyleri yaptırıyorlar gibime geliyor. Ben öyle duyduğum ve şey yaptığım kadarıyla özelleri çok tercih etmem mecbur kalmadıkça. (...) Evet sabahtan akşama

kadar burada beklediğimi bilirim başka bölümlerde de kolay kolay gitmem yani özelliklere.” K6

“Özel bir diş doktoruna gittiğiniz zaman özel diş doktoru çok fazla hasta gelmediği için bütün parayı sizden çıkartmak istiyor aslında. Doktora ulaşma ücreti, tamam alım gücü daha aşağıda Avrupa’ya göre daha ucuz ama bizde çok pahalı. Buraya da geldiğiniz zaman şöyle bir kota koyuyorlar. Bir günde 100 tane hastaya bakmak zorundasın. Doktorla oturup da amca oğlun nereli, dişin nasıl diye sormuyor iki dakikada bakıp göndermek zorunda. Bunun hepsi çark gibi. Doktorlara ben bir şey diyemiyorum. (...) Doktora ben suç bulmuyorum o da bir tane hastayı alayım yirmi dakika boyunca bakayım der. Ama az önce gördük iki dakika içinde şuraya git, buraya gel gibi söylüyor. (...) Çapa tıp fakültesini, M...’da da var. Çok araştırdım. Referansı iyi değil dediler. Buraya iyi dediler onun için buraya geldim. (...) Şu köprüyü ben mesela A.. Ağız Diş Sağlığı Hastanesi’nde yaptırdım. Memnun olmadım. (...) Benim bir arkadaşım özele gitti yaklaşık 14, 15 bin lira para verdi. (...) Tabi ki ona uygun bütçe ayırabilsem yaptıracağım ama olmadığı için en uygun en ekonomik şekilde halletmeye çalışıyorum.” K1

Daha önce özel diş tedavi kurumlarına da başvurmuş olan K8 İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’ne gelmesinin en büyük nedeninin evine yakın olması ve buraya güvenmesi olduğunu belirtmekte iken şayet bu kadar güvendiği bir özel kurum olsa sıra beklemeden tedavi olma şansı olabileceğini ifade etmektedir.

“Hem Çapa’da oturuyorum hastanenin hemen karşısında. Ama bu değil, bir çok hastaneye gitmiş bir insan olarak Çapa’nın ne kadar köklü bir kuruluş olduğunu biliyorum doktorlarının da öyle. Diğer vakalarda çözüme ulaşılamayınca Çapa’ya gönderiyorlar biliyorum mesleğim gereği. Burada çünkü çok iyi eğitim veriliyor. Ben seviyorum Çapa Tıp Fakültesi’ni. (...) Çapa tabii ki de ücret konusu var tabi. Araştırma hastanesi olduğu için araştırma çok yapılıyor. Profesörlerin çoğu burada. Diğer yerlere nazaran çok daha uygun. Tercihim burası olur tabii ki. Ama ücretten önce araştırma hastanesi olmasının etkisi çok büyük. (...) Maddi imkanım olsa evet sıra beklemem o zaman da. (...) Evet burada da olur her şey. Evime de çok yakın ve de çocukluğumdan beri geldiğim yer.” K8

K5 de diğer nedenlere ek olarak buranın ulaşım kolaylığının da tercihinde etkili bir faktör olduğunu ifade etmektedir.

“Ailem Çapa’yı önerdi. Daha ilk yıllardan beri diş alanında buranın iyi olduğunu söyledikleri için tercih ettim. Buranın haricinde Okmeydanı’nı tercih ediyorum ama buranın ulaşımı daha kolay olduğu için tercih ettim. Genel olarak buranın, diş fakültesinin iyi olduğunu düşünüyorum. (...) Ekonomik olarak devlet. (...) Gerektiğinde özele, birçok şeyi özelde yaptırdım. (...) Diş temizliği, dolgu vs. kanal tedavi yaptırmıştım. Biraz da aciliyet vardı. Buraya randevu almaktansa uğraşmak istemedim. En son 3-4 yıl önce Okmeydanı’na gittiğimde özür dilerim 2 yıl önce

Güngören’de dişe gittim oradaki doktor Çapa’ya gitmemi söylemişti. O sebepten ötürü geldim. (...) Onun için araştırma yapmadım. Sosyal medyada genelde özeller var. Burası yıllardan beri devam eden bir yer. Bir şey olsaydı lanse edilirdi diye düşünüyorum.” K5

“İ.Ü. sonuçta köklü bir üniversite. O yüzden seçtim. (...) Tabi devlet kurumu olması önemli.” K2

“Ben şöyle olduğuna inanıyorum. Özel klinikte böyle bir şey için güvenemezdim. Sıkıştıkları zaman danışabilecekleri bir sürü insan var burada. Ve ayrıca burada eğitiliyorlar. Burada her şey var. Özel kliniğe gittiniz mi doktor orada tek başına. Her şeyi tek yapmak zorunda. Olur insanlık hali çünkü. (...) Ekonomik kaygı taşımadım. (...) Ben apandisit ameliyatı olacağım zaman hastane hastane gezdirdiler beni. İkinci gece Çapa’ya götürdüler beni. Benim ağrımı kesebilen tek hastane oldu. (...) Apandisit olduğumu orada buldular. Ve benimle çok ilgilendiler. Tek başımayım diye tek başıma odaya verdiler. Ben devlet hastanesine özel hastane muamelesi gördüm. Mahremiyetime çok önem verdiler. (...) Benim için böyle şeyler çok önemlidir.” K4

“İyi bir hastane olduğu için. (...) Evet kardeşimden duydum. (...) Sigorta için. Eşim sigortalı olduğundan benim üstüme geçmediği için baya uğraştık geldiğimiz zaman. (...) Yok burada daha iyi yapılıyor. (...) Ablalarım da gelip gidiyor. Kardeşim buraya gelmiş. (...) İyi dedi buraya yönlendirdi.” K7

“Burası daha güvenli. Ablam burada yaptırdı. M.. babam burada yaptırdı. Burası çok daha güvenli. Dişleri iyidir. (...) Onun için burayı tercih ettim. (...) Maddi durumum olsa insan bu kadar sırada beklemez. Ben geçen hafta gelmişim, çocuklar hasta Salı günü saat 8’de gelmişim saat 4’de gitmişim. Bir bardak su içememişim. Tek yol param vardı. (...) Evet ama ben özele de gittim 300 milyon verdim. Bu dişime bir sene olmadı dişim ağrımaya başladı. Bu sene üçüncü senedir hala daha acıyor çektireceğim.” K3

“Burayı seçmemi kız arkadaşım önerdi. İlla oraya git, illa oraya git üniversite daha iyidir diye o yüzden buraya geldim. (...) Yarın akşam yine bir polikliniğe gideceğim orayla da görüşeceğim. Önümüzdeki pazartesi yine Bahçelievler devlet hastanesinde randevum var ona da gideceğim. En son çare neyse onu yaptıracağım yani. (...) Yani. En çok hangisi söyleniyorsa topluluk doğrudur diye düşünüyorum. (...) İşte gittiğim ilk doktorda pek ekonomiyi engellemiyor 4 diş 6 tane dişle şey yapmayacaktı bir de devlete gideyim dedim bir de oraya gideyim ne diyecek. (...) Hangi hastane randevu düşerse oraya alabilirim.” K10

Katılımcıların devlete ait kurumlara güvenme nedenleri arasında öncelikle buraların kar amaçlı kurumlar olmadığı için kendilerine gereksiz tedavilerin yapılmayacağı inancı yatmaktadır. Bunun yanı sıra diş hekimliği fakültesinin eğitim kurumu olması nedeniyle nitelikli tedavi göreceklerini düşünmektedirler. Burada uzmanlığı olan doktorların da bulunduğunu, gerektiğinde tedavileriyle onların da

ilgileneceklerini ve bütün sorunlarının aynı çatı altında çözüleceğini düşünmektedirler.

Diş tedavisi için özel sağlık kuruluşunda görüştüğümüz hastaların büyük çoğunluğu ise bu kliniğe veya klinikte çalışan belirli bir doktora çevresinden aldığı tavsiyeler üzerine gelmektedir. Aralarında ailece bu kliniğe geldiklerini ve çocukluğundan beri tüm diş tedavilerini bu klinikte yaptırdıklarını ifade edenler olmuştur. Katılımcıların her zaman aynı doktora gelmelerinin kendilerinde bir konfor alanı yarattığı ve doktorlarına kişisel bir yakınlık duymalarına neden olduğu anlaşılmaktadır.

“Tamamıyla tavsiye. (...) Bir de yapılan şeyin ne kadar düzgün olduğunu duyduktan sonra daha rahat, güvenle geliyorsunuz.” K16

“Bizim aile doktorumuz buradaydı ve bütün ailem de burada tedavi gördü hepsi de memnun kaldığı için. Zaten küçüklükten beri buraya geldiğim için daha samimi sıcak bir ortam olduğunu düşünüyorum. Mesela S.. abla benim çocukluğumu bilir yani o yüzden burayı tercih ettim.” K12

“Erkek kardeşim yaptırdı bir de eşim bir kurumdan dolayı geldi buraya. Yani tavsiye üzerine geldim kuzenim falan gelmişti. Onunkine de bayıldım. (...) Baktım evet çok yerde araştırdım. (...) N...’ya (özel bir hastane) gittim daha evvel çok kötü oldular hem görsel hem de kırıldı sonra buraya geldim.” K19

“Tavsiyeyle geldim. Komşumun yıllardır doktoruymuş o tavsiye etti. (...) Çocuklarımı küçüklükten beri H... beye götürüyorum başkasına elletmem dişlerimi dedi ben de öyle geldim. (...) H... beyden önce 3 yere gittim ama burası daha çok kafama yattı. (...) Hem yakın olsun istedim hem de iyi yönde olumlu söylemler olunca H... beyi tercih ettim.” K15

“Tavsiye aracılığıyla. (...) Eşim, eşimin kardeşi. (...) Şöyle ki buraya gelmeden önce birkaç dişçi gezdim, devleti de denedim o arada hiçbirinde çözüm bulamadığım için orayı da denedim hani... zaman olarak süreç uzundu (...) Evet ekonomik zorluk olsaydı tabi mecburi bir durum olacaktı. Sonuçta yani diş tedavisi ucuz bir şey değil. (...) Bende biraz da o dediğim gibi o noktada o güveni oluşturmak” K14

“İş ortağım gelmişti onun tedavisi vardı doktoruma onun tavsiyesi üzerine geldim. (...) Ufak bir araştırma yaptım genelde güvenilir olması benim için önde gelen şeydi. Birkaç yerde araştırma yaptım burası daha doğru güzel geldi bana. (...) Arkadaş tavsiyesi yönlendirmelerle başka yerlere de gittim ama yani burası oldu. (...) Yok devlete gitmedim. (...) Sosyal sigortam da var özel sağlık sigortam da var tamamlayıcı. Hatta hakkım olduğu halde kendi doktoruma güvendiğim için buraya geliyorum paradan ziyade güven daha önemli geliyor.” K18

“Benim ablam daha önce burada çalışıyordu H.. abilerin yanında. S... ablaları falan tanıdığımız için aslında burayı tercih ettik o yüzden. (...) Tavsiye yani ablamın güvendiği bizim de sevdiğimiz insanlar olduğu için geldik. Zaten bir kadın kuaförünü, dışçısını kolay kolay değiştirmez.” K13

K20 kurum seçiminde ulaşımın da önemine dikkat çekmektedir.

“Birinci yakınlığı, komşuluktan dolayı. Herkes uzmanlık alanına göre, işlerini iyi yapan insanlar var gönül rahatlığıyla koltuğa oturuyorsun. Sonuçta uzman yani. Temelde bu yani. (...) Kanal tedavisi mesela iki seansta bitecek bir iş. Beş dakikalık da bir iş değil yani o yüzden ulaşım İstanbul’da en büyük faktörlerden bir tanesi.” K20

Birçoğu sosyal güvence sahibi olmasına rağmen neden devlet imkanlarından yararlanmayıp özel kurumlara başvurdıklarını sorduğumuz katılımcıların da en önemli nedenleri buraya tavsiye ile geldikleri için güven duymaları olmaktadır. Devlet kurumlarında randevu almanın ve sıra beklemenin zaman kaybına neden olması, bu kurumlarda dış hekimini seçme şansının olmaması ve hastaya ayrılan sürenin çok az olması katılımcıların özel kuruluşları seçmelerine neden olmaktadır.

“Şöyle devleti düşünmem. Mesela Gölcük’teyim ufak tefek şeyler var. Şimdi devletimizde de çok güzel hekimler var. Devletimizin hakkı da yenilmez. Gerçekten mesela Kars’ta kalmak zorunda kaldım orada hep devlet hastanesine gittim. O.. bey diye biri vardı. Genç dinamik pırıl pırıl işini çok iyi yapıyor. Mükemmel. (...) Yani ben niye devlete gitmiyorum? Hani biraz daha kaplama işleri zaman faktörü bir an önce olsun bitsin hayatımıza devam edelim. Ee devlette sıra oluyor olmuyor. Mesela gidiyorsunuz kuyruk var hekim zaten sizinle istediği gibi ilgilenemiyor bile. Hekime de bir şey söylemek yanlış haksızlık olur. Mesela burada H.. abi rahat rahat yaparken icabında B.. 5 dk. bekleyelim ilacı deme lüksüne sahipken. Tedavi onu gerektirdiği için devlet hastanesindeki hekim yapsam mı? Bu ilacın bekleme süresi var zaten o bekliyor. Stres sıkıntı mesela H.. bey güzel güzel tedavisini yaparken devlet hastanesinde bir bakıyorsun hurra kapı açılmış biz girelim mi girmeyelim mi? Adamın bütün şeyi kayboldu. Düşünce konsantrasyonu hepsi duman oldu adamın. (...) Bazı dezavantajları da var. (...) En önemlisi yoğunluk faktörü yoksa teknik ekipman işte hekim yetersiz bilgisiz ondan değil. Tamamen yoğunluk.” K17

“Devlette bu imkanların olmamasından dolayı biz buraya geliyoruz. Devlette adam dişini temizleyecek öyle bir temizliyor ki ben bunu birebir yaşadım yani böyle inanılmaz derecede, bir tane dişimi zor kurtardım dedim dur bırak yeter. Burada daha narin daha iyi. Devlette diş yaptırır mısın dersiniz yani ekonomiyle alakalı gene ama ben yaptıracağımı sanmıyorum. (...) İlgiyle alakalı, davranışla alakalı, malzemeyi kullanmayla alakalı. Bilmiyorum yani ben öyle yaşadım birebir ondan dolayı, daha önce de çok mu uzun sürdü burada demiştim ama orayı gördükten sonra burası on numara dedim.” K16

“Hiç devlet kurumuna gitmedim. Güvenemem güvenmem devlet hastanesine dolgu bile yaptırمام. (...) Bilmiyorum doktorlar sanki gelişigüzel, eltim gitmişti dolgusu düşmüştü ağrısı olmuştı vs. gitmem yani.” K19

“Durumum var ben çok bir şeyle git gel uğraşmayı sevmiyorum aylarca sürstün istemiyorum. O yüzden yakın olsun güzel olsun memnun olayım bizim için önemli olan o. (...) Devlete hiç bakmadım. Başka bir şey için gittiğimde gördüm devlet hastanesinin dış bölümü. Bana çok yatmadı. İçerde birden fazla hasta hepsinin başında doktor olması vs. görüntü olarak hoşuma gitmediği için tercih etmem.” K15

“Bildiğim kadarıyla çok sıra var. (...) Ulaşımı zor diye biliyorum. Hizmete ulaşmak zor diye biliyorum.” K14

“Devlette dişimi yaptırdım. (...) Çok memnun değilim hatta ağrılarını da çekiyorum bazen onun. Burayı da eşimin ailesi geliyor, tavsiye üzerine gelmiş oldum. (...) Burada seçeneklerimiz oluyor. Dolgumuzun rengine kadar seçebiliyoruz. Devlette onlara mahkum gibi oluyoruz.” K11

“Devlettekilerin yaptıkları işleri gördüm tanıdıklarımın hiç kimse memnun değil bu birinci faktör. Ayrıca oradaki arkadaşların uzman statüleri yok. Mesela bir kanal yaptıracam ama orda uzmanı yapmayacak. Bu şekilde yani. Doktor seçme şansınızın orada düşük olması ki seçtiğiniz doktorun da işini doğru düzgün yapıyor olmasının sorgulanması, bunları üst üste koyduğunuz zaman yolunuzun düşmeyeceği bir yer oluyor. (...) Evet kesinlikle referans olarak özelde daha sağlam oluyor.” K20

Katılımcılarla ağız ve diş sağlığının toplumsal boyutunu anlamaya yönelik olarak yaptığımız görüşmelerde ağız ve diş sağlığının tıbbi boyutunun yanı sıra toplumsal boyutunun ne denli önemli olduğu görülmektedir. Ağız ve diş sağlığına ilişkin olarak gerek sağlık hastalık olgusu açısından gerekse bu hastalıklardan korunma veya tedavi hizmetleri açısından günlük yaşamda deneyimlenen her bir unsurun bir toplumsal boyutu olduğu ve sağlığın sosyal alandan bağımsız olarak değerlendirilemeyeceği anlaşılmaktadır.

SONUÇ

Sağlık sosyolojisi alanında ülkemizde yapılmış olan az sayıdaki çalışmada genel sağlık üzerine yoğunlaşmıştır. Hatta ağız ve diş sağlığı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmadığını da belirtmek gerekir. Çalışmamıza başlarken temel çıkış noktası da bu eksiklik olmuştur. Bu çalışmada sağlık sosyolojisi açısından ağız ve diş sağlığına ilişkin bir değerlendirme yapılması ve bu değerlendirmeyi yaparken sağlığın sosyal belirleyicileri bağlamında toplumun ağız-diş sağlığına ilişkin tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Sağlıklı toplum hedefine ulaşmak için yapılan çalışmalarda sağlık hastalık olgusunun toplumsal boyutlarıyla anlaşılması ve açıklanması gerekmektedir. Sağlık hastalık olgusunun toplumsal boyutlarıyla anlaşılması noktasında sosyolojik yaklaşımlar ve sağlığın sosyal belirleyicileri bize rehberlik etmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin farklı toplumlarda birçok ortak noktası olduğundan bahsedilebilir. Ancak her toplumun kendine has özelliklere sahip olmasından dolayı sağlığın sosyal belirleyicileri de toplumsal yapının farklı olmasına bağlı olarak değişkenlik gösterilebilmektedir. Biz de çalışmamızda hastalık-sağlık olgusu açısından ağız sağlığının nasıl algılandığını ve ülkemiz koşullarında ağız sağlığının sosyal belirleyicilerinin kendini nasıl gösterdiğini anlamaya çalıştık. Yukarıda da belirttiğimiz üzere yaptığımız değerlendirmelerde sosyolojik yaklaşımlar yol gösterici olmuştur. Bu bağlamda sağlık sosyolojisi açısından önemini vurguladığımız Talcott Parsons'un görüşleri bize sağlık hastalık olgusunun değişimini açıklama noktasında karşılaştırma yapma imkanı sunmaktadır.

Sağlık sosyolojisi alanına en önemli katkı erken dönemde tıbbi sosyolojinin babası olarak kabul edilen Talcott Parsons tarafından yapılmıştır. Toplumun ancak uyum ve denge içinde varlığını sürdürebileceğini öne süren Parsons toplumun her bir

ferdinin toplumun norm ve değerlerini içselleştirmesi gerektiğini düşünmektedir.¹ Parsons toplumda her bireyin bir rol üstlendiğini ve kişilerin üstlendikleri rolü içselleştirip kusursuz bir şekilde oynamaları gerektiğini düşünmektedir. Bu anlamda hasta rolü kavramını ortaya atan Parsons'a göre hastalık bireylerin toplumdaki rollerini yerine getirmelerini engelleyen bir normalden sapma durumudur.²

Çalışmamızda ağız ve diş sağlığının genel sağlığın bir parçası olduğunun yaygın kabul gördüğü, ancak Parsons'un hasta rolü kavramının içeriğinin günümüzde değişmekte olduğu ve ideal hasta rolünün onun belirlediği biçimde algılanmadığı görülmüştür. Öncelikle günümüzde ağız ve diş ile ilgili sorunlar genellikle toplumda ağrı eşiği aşılanaya kadar hastalık olarak algılanmamaktadır. Yapılan görüşmelerde de ortaya çıkmıştır ki birçok kişi günlük yaşamında rahatsız edici bir durum ortaya çıkana kadar doktora gitmemektedir. Hatta genel sağlık durumunun bozulması geçici sapma olarak ifade edilirken, ağız ve diş sağlığı söz konusu olduğunda bu hastalıkların toplumsal görevleri yerine getirmeyi engelleyen bir durum olduğuna dair yaygın bir algı bulunmamaktadır.

Günümüzde ağız ve diş hastalıklarının sağlık sorunu olarak kabul edilmesi bu sorunların sadece yaşam kalitesini düşürmesi ile ilişkili değerlendirilmemektedir. Katılımcılar ağız ve diş hastalıklarının gündelik yaşamlarını, toplumsal hayatlarını etkileyen bir olgu olduğunu düşünmektedirler. Burada Dünya Sağlık Örgütü'nün "Sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlık durumunun olmayışı değil; ruhen, bedenlen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" tanımının geçerliliği görülmektedir. Ağız ve diş sorunları yaşayan bireyler bu hastalıklarının tedavisini öncelikle yaşam kalitelerini yükseltmek için talep etmektedir. Ancak bu talep ağrı, çiğneme problemi gibi sorunların çözülmesiyle beraber kendilerini toplumsal olarak daha iyi hissetmelerini sağlayacak olan görsel açıdan bir iyileştirme talebini de içermektedir. Görüşmelerle bu talebin oluşmasında kitle iletişim araçlarının yaygınlaşmasının önemli rolü olduğu ortaya çıkmıştır.

¹ Ritzer, **Klasik Sosyoloji Kuramları**, s. 466., Germov, "Theorising Health: Major Theoretical Perspectives in Health Sociology" **Second Opinion an Introduction to Health Sociology**, s. 27.

² Kızılcıkelik, **Türkiye'nin Sağlık Sistemi**, s. 65., Turner, **Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi**, s. 51.

Günümüz dünyasında kitle iletişim araçları ve internet kullanımı yaygınlaşmıştır. Bu sayede küresel olarak bu araçların denetimini elinde tutan güçler kendi kültürel değerlerini tüm dünyaya benimsetme imkanına kavuşmuştur. Postmodern toplumun ana karakteristiği medyanın ve dolayısıyla reklamın gücünün artması ile evrensel standartlaşmaya doğru yol alınmasıdır. Bu dönemde insanların görüş ve inançları medyanın onlara sunduğu imajlar çerçevesinde şekillenmektedir.³ Benzer şekilde sağlık alanı da reklam ve tüketim kültürünün etkisi altında şekillenmektedir. Postmodern dönemde beden kendisine mahkum olunan bir kalıp olmaktan çıkmış istenildiğinde değiştirilmesi olası bir alana dönüşmüştür. Bireyler kendilerine pazarlanan güzellik anlayışı çerçevesinde beğenmedikleri yerlerini estetik ameliyatlara, kozmetik uygulamalarla değiştirebilme özgürlüğüne sahiptirler. Bu hedefe ulaşmak için de gerekli harcamaları yapmak zorundadır.⁴

Çalışmamızda reklamların ve tüketim kültürünün toplum üzerindeki etkisi ağız ve diş sağlığı açısından da belirgin şekilde gözlemlenmiştir. Erişkin bireylerin ağız ve diş sağlığı ile ilgili en önemli bilgi kaynağının internet olduğu görülmektedir. Burada estetik algısının kitle iletişim araçları ve sosyal medya aracılığı ile şekillendiği göze çarpmaktadır. Katılımcıların sağlıklı diş algısında en önemli kriterlerden biri parlayan beyaz dişlere sahip olmaktır. Bu nedenle katılımcıların ağız-diş sağlığı ile ilgili olarak yaşam kalitelerini düşüren ağrı ve çiğneme sorunlarının çözülmesi olduğu kadar estetik taleplerinin de olduğu görülmektedir. Diş beyazlatma, dişlerin şekil bozukluklarının düzeltilmesi için ortodontik veya protetik tedaviler büyük ölçüde talep görmektedir. Katılımcılar estetik olarak toplumda kabul gören kriterlere uyan dişlere sahip olmayı kendilerine olan güvenlerinin yerine gelmesi, toplumsal olarak kabul görmek için talep etmekle beraber aynı zamanda toplumun estetik değerlerine uygun bir bedene sahip olmayı toplumsal statü sembolü olarak da görmektedirler. Dahası özellikle genç yaştaki bireylerin dişlerindeki estetik sorunlar nedeniyle kimi zaman toplumsal dışlanmaya

³ Özbolat, a. y.

⁴ Cirhinlioğlu, **Sağlık Sosyolojisi**, s. 91.

uğradığı ve damgalanma yaşadıkları görülmektedir. Bu gibi nedenlerden dolayı katılımcıların estetik beklentilerini karşılayacak tedaviler için bütçelerini zorladıkları görülmektedir.

Ağız ve diş sağlığı ile ilgili estetik beklentilerin artmasının özellikle kitle iletişim araçları, internet ve sosyal medya aracılığıyla sunulan estetik normlar çerçevesinde şekillendiğinden bahsetmiştik. Bu noktada ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin rolü gündeme gelmektedir. Bu iletişim araçları sayesinde bazen diş hekimlerinin topluma belirli bir estetik algıyı yerleştirmeye çalıştıkları görülmektedir. Diş sağlığı ile ilgili herhangi bir sorun yaşayan katılımcılar bununla ilgili internette araştırma yaptıklarında dişlere yapılan estetik uygulamaları da gördüklerini ifade etmektedirler. Bu sayede estetik uygulamalarla ilgili bilgi sahibi olan bireylerde talep oluşması sağlanmaktadır. Bu durum medikalizasyonun ağız ve diş sağlığı açısından bir yansıması olarak düşünülebilir. Medikalizasyonda hayatın normal kabul edilen sorunları tıbbi sorun olarak kavramsallaştırılmakta, normalin ve hastalığın tanımını yapılmakta ve bunlara çözüm önerileri getirmektedir.⁵ İnternette ve kitle iletişim araçlarındaki bu bilgilendirmeler neticesinde daha önce bir diş sağlığı problemi olarak kabul edilmeyen küçük estetik sapmalar tedavi edilmesi gereken tıbbi sorunlar olarak kabul edilmeye başlanmıştır.

Kitle iletişim araçlarının ve sosyal medyanın yaygınlaşmasının hasta-hekim ilişkilerine de yansımaları olmaktadır. Hasta ve hekim rolleri ile ilgili de çalışmaları olan Parsons'un hasta-hekim ilişkilerine dair tanımlamalarının günümüzde tam olarak geçerliliğini korumadığı görülmektedir. Parsons'a göre hasta hekim ilişkisi hiyerarşiye dayalı asimetrik bir ilişkidir. Bu ilişkide hekim etik değerlere bağlı kalarak hastasını iyileştirmek için elinden geleni yapmalı, hasta da kendini iyileştirecek olan güçlü, statü sahibi ve eğitilmiş olan sağlık profesyonellerine

⁵ Maturo, a. y.

güvenmeli, onların tavsiyelerine uyarak iyileşme yükümlülüğünü yerine getirmelidir.⁶

Katılımcıların deneyimleri açısından değerlendirecek olursak hasta-hekim ilişkisinde öncelikle hekimlerin hiçbir maddi kaygı gütmeden etik değerlere bağlı kalarak hastalarını iyileştirecek tedavileri yapacağına dair inancın sarsılmış olduğunu görmekteyiz. Katılımcıların dış tedavilerini yaptırmak üzere kurum tercihlerini belirleyen faktörleri sorguladığımızda öncelikle güven ile ilgili kaygılarının olduğu görülmektedir. Katılımcıların kamu veya özel sektörü tercih etmelerinde farklı faktörler rol oynamakla beraber ortak nokta bu kurumlara duydukları güvendir. Özel sektöre ait kurumu tercih eden bireylerin bu kurumu rastgele seçmedikleri, mutlaka bu kurumda tedavi olmuş olan akraba, tanıdık gibi güvendikleri kişilerin tavsiyesine göre tercih yaptıkları görülmektedir. Kamuya ait kurumun seçiminde de yine bu kurumu tercih eden yakınlarının tavsiyesi olabildiği, ancak buranın devlete ait bir kuruluş olmasının belirli bir güven oluşturduğu görülmektedir. Güven konusu hastaların kendilerine yapılacak tedavinin niteliği ile ilgili olabildiği gibi özel sektörde ekonomik kaygılarla kendilerine gereksiz tedavilerin uygulanabileceği düşüncesi ile de ilgili olabilmektedir. Bu kaygılar nedeniyle hastalar Parsons'un hasta-hekim rolünde tanımladığı şekilde hekime güvenip onun dediklerini harfiyen yerine getirmek konusunda tereddütler yaşamaktadır. Yaşadıkları olumsuz deneyimlerden dolayı hekimlerine yeterince güvenemeyen hastalar onların yaptığı işlemleri sorgulamakta, tedavi olmadan önce çok sayıda doktor gezmekte ve çeşitli kaynaklardan araştırmalar yapmaktadırlar. Katılımcılar arasında dış hekime gitmeden önce internette araştırma yapan, konuyla ilgili makaleler okuyan, yapılacak işlemlerle ilgili videolar izleyen katılımcı sayısı azımsanmayacak boyuttadır.

Bunun yanı sıra hastalıklarıyla ilgili birçok kaynaktan araştırma yapan hastaların kendilerine uygulanacak tedavinin seçimi konusunda da katılımcı olmayı tercih ettikleri görülmektedir. Ancak bu durumu yalnızca güven boyutunda ele almak

⁶ White, **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**, s. 33., Turner, **Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi**, s. 50.

isabetli olmayabilir. Çünkü günümüzde tıbbi alanda birçok gelişme yaşanmıştır. Bu gelişmeler neticesinde her bir hastalık için birden fazla tedavi seçeneği olabilmektedir. Özellikle diş hekimliği alanında yapılan tedaviler maliyeti yüksek tedavilerdir. Kamu sektöründe birçok tedavi ücretsiz yapılmakla beraber özellikle estetik boyutu olan tedavilerde hastaların da katkıları olması gerekmektedir. Bu nedenle katılımcılar hekimleriyle tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını tartışarak karar vermek istemektedirler. Ancak tedavileriyle ilgili gerekli araştırmayı yaparak karar verdikten sonra seçtikleri hekime güvenmeleri konusunda birçok katılımcının hemfikir olduğu görülmektedir. Katılımcılar bu aşamada tedavilerinin başarılı olması için hekimlerinin önerilerine uymaları gerektiğini düşünmektedir.

Buraya kadar incelediğimiz gibi sağlık ve hastalık olgusu değişen toplumsal şartlara bağlı olarak zaman içinde değişkenlik göstermiştir. Aydınlanma çağında sağlığa biyomedikal yaklaşım benimsenmekte iken bu yaklaşımın toplumların sağlık sorunlarını çözmekteki yetersizliğinin anlaşılmasıyla sağlığın sosyal modeli benimsenmeye başlamıştır.

Sağlığın sosyal modelini esas alan yaklaşımlar toplumsal eşitsizliklerin sağlık üzerindeki etkileri üzerinde durmaktadır. Sağlıklı bir toplum için öncelikle eşitsizliğe neden olan toplumsal faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu faktörlerin “Sağlığın sosyal belirleyicileri” başlığıyla incelendiğini daha önce belirtmiştik. 2008 Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’na göre ağız sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğundan dolayı toplumlardaki ağız sağlığı alanındaki eşitsizlikler genel sağlıkla benzer sosyal nedenlere bağlıdır.⁷

Bizim çalışmamızda da ağız sağlığının belirleyicilerinin genel sağlığın sosyal belirleyicileri ile benzer olduğu görülmektedir. Bununla beraber çalışmamızın sonuçlarına göre sağlığın sosyal belirleyicilerinden bazılarının ağız ve diş sağlığı için

⁷ Commission on Social Determinants of Health, “Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on The Social Determinants of Health”, **Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**, Geneva, World Health Organization, 2008.

daha öne çıktığı düşüncesindeyiz. Bunların ilki aile ve erken yaşamdır. Erken yaşam genel sağlıkla ilgili olarak çocukların iyi şartlara doğması, yeterli beslenme, barınma ve sağlık bakımı alması açısından çok önemlidir. Ağız sağlığı için ise bunlara ek olarak erken çocukluk dönemindeki ağız bakım alışkanlıklarının edinilmesi açısından önem arz etmektedir. Çocukluk çağında ailede ağız bakım alışkanlıklarının öğrenilememesi bireyin tüm hayatı boyunca ağız sağlığının olumsuz etkilenmesi ile sonuçlanmaktadır. Çalışmamızda katılımcılarımızın da bu duruma birçok kez değindikleri görülmektedir. Katılımcılarımız ağız ve diş sağlığı ile ilgili yeterli bilinç düzeyine ulaşamamış olmalarının en önemli nedeninin çocukluk çağında ailedeki eğitimin eksikliği olduğunu düşünmektedir.

Bununla ilişkili olarak ikincil sosyalleşme olan okulların önemi gündeme gelmektedir. Gerekli ağız bakım alışkanlıklarının ailede kazanılamadığı durumlarda bu görevi üstlenecek kurumun okul olması ağız sağlığının belirleyicileri açısından eğitimin önemini artırmaktadır. Nitekim Eylül 1996-Haziran 2001 arasında Bilecik’te ilköğretim okullarında 6-12 yaş grubundan 3552 çocuk üzerinde yapılan “Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Düzeyinin Artırılması Amaçlı Bilecik İli Uygulama Projesi”nin sonuçları bu düşüncemizi destekler mahiyettedir. Ağız bakım bilincini yerleştirmek için yapılan eğitim çalışmaları ve koruyucu uygulamaları da içeren projede üçüncü yılın sonunda tüm deney gruplarında kontrol grubuna göre diş çürüğü sayısında anlamlı düzeyde düşüş olduğu görülmüştür.⁸

Yine sağlığın sosyal belirleyicilerinden gıda konusu diş çürüğüne neden olan en büyük etkenin beslenme alışkanlıkları olması nedeniyle ağız sağlığı için ayrı bir önem taşımaktadır. Beslenme alışkanlıkları sosyo-ekonomik farklılaşmayla yakından ilişkili olduğu gibi diğer yandan da popülerleşen, pazarlanan tüketim kültürüyle de ilgilidir. Bu kültürün yaygınlaşmasında kitle iletişim araçları ve özellikle internet etkilidir.

Çalışmamızda ağız ve diş sağlığı ile ilgili olarak internet kullanımının birçok yönden toplumu etkilediği gözlemlenmiştir. İnternetin sağlık bilgisine ulaşmada en yaygın yol olduğu göze çarpmaktadır. Katılımcılar sağlık bilgisine bu yolla

⁸ Oktay ve ark., a. y.

ulaşmakta, tedavi seçenekleri hakkında bilgi edinmekte, hatta tedavilerin uygulanışını dahi internetten izlemektedirler. Bunun yanı sıra internet ve sosyal medya toplumda belirli trendlerin oluşmasında etkili olmaktadır. Estetik uygulamaların toplumda artan talebinde internet ve kitle iletişim araçlarının etkisi yadsınamayacak boyuttadır.

Bunun yanı sıra internetin ve kitle iletişim araçlarının toplumun tüketim tercihlerini etkilemek konusunda da etkili olduğu görülmektedir. Çalışmamızda bununla ilgili en çarpıcı örnek katılımcıların diş macunu tercihleriyle ilgili olarak gözlemlenmiştir. Günümüzde doğal yaşam trendinin yaygınlaşması bireylerin gıdada olduğu gibi kişisel bakım ürünlerindeki tercihlerini de etkilemektedir. Katılımcıların bazıları diş macunlarındaki kimyasallarla ilgili rahatsızlıklarını dile getirmekte ve doğal içerikli diş macunlarını tercih ettiklerini ifade etmektedir. Burada ilginç olan nokta diş çürüklerini engellemekteki etkisi kanıtlanmış olan florürün sağlığa son derece zararlı bir madde olarak algılanmasıdır. Bilimsel çevreler tarafından aksi iddia edilse de medyada yapılan spekülasyonlar, sosyal medyada yayılan videoların etkisi ile florür konusunda toplumda neredeyse bir infial uyandırılmaya çalışılmaktadır. Bu infialin ardından ise doğal ürünler pazarı devreye girmekte ve tüketicilere florürsüz diş macunları pazarlanmaktadır.

Bu örneklerde görüldüğü gibi kitle iletişim araçları ve internetin toplum üzerinde büyük bir etkisi vardır. Çalışmamızda ortaya çıkan bu veriler ışığında toplumun sağlık davranışı üzerinde büyük etkisi olan internet ve kitle iletişim araçlarının sağlığın sosyal belirleyicileri içinde ayrı bir başlık olarak incelenmesinin faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Toplumun ağız ve diş sağlığı üzerinde etkili olan sosyal belirleyicilerinden bir diğeri sağlık sistemi ve sosyal güvencedir. Sağlık sistemi içinde yer alan sağlık profesyonellerinin sadece tedavi edici hizmetler anlamında değil toplumun sağlık bilincinin yükseltilmesi açısından da büyük rolü olduğu görülmektedir. Diş fırçalama, diş ipi kullanımı ile ilgili kimi bilgileri diş hekimlerinden öğrenen katılımcıların ağız bakım ürünlerini satın alma noktasında da hekimlerinin tavsiyelerini dikkate aldıkları görülmektedir. Bunun yanı sıra yukarıda bahsettiğimiz florürlü diş macunu örneğinde olduğu gibi toplumun yanlış bilgilendirilmeleri ile

ilgili olarak sağlık profesyonellerine büyük görev düşmektedir. Bu bilgilerin yayıldığı mecraları kullanarak toplumun doğru bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu konuda hem bireysel olarak hekimlerin hastalarını aydınlatmaları hem de sağlık bakanlığı gibi kurumların kamu spotu gibi eğitici programlarla toplumun doğru sağlık bilgisine ulaşmasını sağlamaları gerektiğini düşünmekteyiz.

Ülkemizde 2003 yılındaki sağlıkta dönüşüm programının ardından kamuya ait ağız ve diş sağlığı hizmeti veren hastane, merkez ve poliklinik sayısında önemli ölçüde artış olmuştur. Bu sayede özellikle ekonomik nedenlerden dolayı ağız ve diş sağlığı hizmetine erişimi kısıtlı olan kesimlerin bu hizmetlere erişimi kolaylaşmıştır. Ancak tedavi edici hizmetlere olan talebin fazlalığı nedeniyle buralardan hizmet alan bireylerin yaşadığı bazı sorunlar olduğu görülmektedir. Katılımcılar bu kurumların devlete ait olmasından dolayı güven duyarak geldiklerini ifade etmelerine karşın bu kurumlardan randevu almanın zorluğu, uzun bekleme süreleri, kendilerine ayrılan sürenin az olması gibi konulardan yakındıkları görülmektedir. Aynı gerekçelerle bazı katılımcıların sosyal güvenceleri olmasına rağmen özel ağız ve diş sağlığı kuruluşlarını tercih ettiği görülmektedir.

Bunun yanı sıra ülkemizde sağlığın tüm alanlarında olduğu gibi ağız ve diş sağlığı alanında da mali kaynaklar ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetlere aktarılmaktadır. Ancak koruyucu uygulamalara ağırlık verilmediği müddetçe toplumun ağız ve diş sağlığı sorunlarının çözülmesi mümkün değildir. Tedavi edici hizmetlere ayrılan kaynak ne kadar fazla olursa olsun tedavi ihtiyaçını azaltacak uygulamalar yapılmadığı müddetçe hiçbir ülkenin bu denli büyük bir mali yükü kaldıracabilecek sosyal güvenlik sistemini finanse etmesi mümkün değildir. Kaldı ki tedavi edici hizmetlere aktarılan kaynağın artırılması tek başına yeterli de değildir. Bunun için yeterli diş hekimi ve yardımcı personelin istihdamı da gerekmektedir. Bu nedenlerden dolayı ağız ve diş sağlığı ile ilgili olarak koruyucu diş hekimliği alanına maddi ve insan gücü kaynaklarının daha fazla aktarılması gerekmektedir.

Sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili üzerinde durduğumuz tüm bu faktörler sosyal devlet anlayışının önemini göstermektedir. Sosyal devletin ağız ve diş sağlığı ile ilgili eşitsizlikleri azaltmak için çevresel, ekonomik, sosyal ve davranışsal

nedenlerden kaynaklanan risk faktörlerini azaltması ve sağlıklı yaşam tarzını teşvik etmesi gerekmektedir.

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak etkilediğini belirtmiştik. Aynı zamanda bu faktörler sadece sağlığı etkilememekte, kimi zaman birbirlerini de etkileyebilmektedir. Yani sosyal alanda yaşanan bir olumsuzluk diğer bir olumsuzluğu da tetiklemekte ve var olan sağlık sorunlarının derinleşmesine yol açmaktadır. Biz de çalışmamızda her ne kadar sağlığın sosyal belirleyicilerini belirli başlıklar altında incelemiş olsak da bu belirleyicilerin iç içe geçtiğini gözlemlemiş bulunmaktayız. Bu nedenle toplumsal iyileştirmeler yapılırken bir alanda yapılacak iyileştirmelerin farklı alanlarda da olumlu etkisinin görüleceğini düşünmekteyiz. Aynı zamanda bunun tersini düşünecek olursak toplumsal açıdan tek bir alanda yapılan iyileştirmenin de yeterli olmayacağını, sağlıklı bir toplum hedefine ulaşmak için sağlığın sosyal belirleyicilerine bütüncül olarak yaklaşıp toplumun birçok yönden güçlendirilmesi gerektiğini söyleyebiliriz.

Toplum sağlığının iyileştirilmesi noktasında politika belirleyicilerin karar mekanizmalarının doğru bir şekilde işleyebilmesi için sağlıkla ilgili verilerin toplanması ve değerlendirilmesinin en doğru şekilde yapılması gerekmektedir. Günümüzde sağlık alanında çok sayıda bilimsel çalışma yapılmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar kanıta dayalı bilgi sunan güvenilir çalışmalar olmasına rağmen aynı konuda birbirinden bağımsız yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılabilir. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin tanımı yapılırken sağlığın sosyal belirleyicileri insanların doğdukları, yetiştikleri, yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları şartlardır şeklinde ifade edilmektedir. Bu nedenle bilimsel veriler elde edilirken üzerinde araştırma yapılan toplumun değer yargıları, kültürel ve sosyal yapısı dikkate alınmalıdır. Bu açıdan değerlendirecek olursak her ne kadar sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin bazı evrensel sonuçlara ulaşılmış olsa da her ülkenin kendine özgü toplum yapısına bağlı olarak bazı farklılıklar olabileceği düşünülebilir. Biz de ağız sağlığının toplumsal belirleyicileri ile ilgili olarak yaptığımız bu çalışmanın ülkemizde yapılan ilk çalışma olması nedeniyle bu konuyla ilgili ileride toplumun geniş kesimleri üzerinde yapılacak olan çalışmalara ışık tutacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKÇA

- Özçelik Adak, Nurşen: **Sağlık Sosyolojisi; Kadın ve Kentleşme**, İstanbul, Birey Yayıncılık, 2002.
- Akçakaya, Rabia Önem, Erden, Selime Çelik: “Stres ve Stresle Baş Etmede Psikiyatrik Yaklaşım”, **Turkish Family Physician**, C.V, No :2, 2001, s. 18-25.
- Akgün, Özlem Martı, Görgülü, Serkan, Altun, Ceylan: “Süt Dişlerinin Önemi Ve Erken Çocukluk Çağı Çürükleri”, **Smyrna Tıp Dergisi**, C. I, No: 1, s. 49-52.
- Akın, Ayşe, Demirel, Simge: “Toplumsal Cinsiyet Kavramı Ve Sağlığa Etkileri”, **C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, C.XXV, No:4, 2003 Özel Eki, s. 73-82.
- Aktan, Coşkun Can, Vural, İstiklal Yaşar: “Yoksulluk: Terminoloji, Temel Kavramlar Ve Ölçüm Yöntemleri”, **Yoksullukla Mücadele Stratejileri**, Ed. Coşkun Can Aktan, Ankara, Hak-İş Konfederasyonu Yayınları, 2002.
- Alanazi, Mohammed Ratoubi, Alanzi, Mansour Moklif: “Critical Review of Different Sociological Perspectives Toward Conceptualization of Management of Health Services”, **International Multispecialty Journal of Health**, C. II, No:8, 2016.
- Ankara Diş Hekimleri Odası: Haberler, Sağlığı Geliştiren Okullar Projesi İlk Pilot Okulda Başladı, <https://www.ado.org.tr/tr/haberler/sagligi-gelistiren-okullar-projesi-ilk-pilot-okulda-basladi> (Çevrimiçi) 26.05.2019.
- Appleyard, Donald, Lintell, Mark: “The Environmental Quality of City Streets: The Residents' Viewpoint”, **Journal of the American Institute of Planners**, C.38, No: 2, 1972, s. 84-101.
- Arslantürk, Zeki, Amman, Tayfun: **Sosyoloji**, İstanbul, Çamlıca Yayınları, 2014.

- Aytaç, Ömer, Kurttaş,
Muzaffer Çağlar: “Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi”, **Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, C.XXV, No:1, 2015, s. 231-250.
- Balakrishnan, Mayooran,
Robin S. Simmonds, Tagg,
John R.: “Dental caries is a preventable infectious disease”, **Aust Dent J**, C. XLV, No:4, 2000, s.235- 45.
- Balcıoğlu, İbrahim: “Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi”, **İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 9, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi**, No: 47, Aralık 2005, s. 09-12.
- Baloğlu, Burhan: **Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalık**, İstanbul, Der Yayınları, 2006.
- Baloğlu, Burhan: “Sağlık ve Sosyal Sınıflar,” **Sosyoloji Konferansları Dergisi**, C.XXXI, 2005, s.145-160.
- Bartley, Mel, Ferrie, Jane,
Montgomery, Scott M.: “Sağlık ve Emek Piyasası Dezavantajı: İşsizlik, İş Yokluğu ve İş Güvencesizliği”, **Sağlığın Sosyal** Belirleyicileri, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, s. 98-118.
- Bayın, Gamze, Akbulut,
Yasemin: “Kanıtı Dayalı Yaklaşım Ve Sağlık Politikası”, **Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi**, C. I, No:2, 2012, s. 115-132.
- Baysal, Ayşe: **Beslenme**, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2004.
- Bermek, Gülçin: “Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı Düzeyinin Artırılması Amaçlı Bilecik İli Uygulama Projesi”, **Halk Sağlığı Günleri III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu**, 08-09 Eylül 2014, Ankara.
- Bezruchka, Stephen: “Culture and Medicine Is globalization dangerous to our health?”, **West J Med.**, C. 172, No: 5, 2000, s. 332-4.

- Bilir, Nazmi: “Sağlık okur-yazarlığı/Health Literacy”, **Turkish Journal of Public Health**, C.XII, No: 1, 2014, s. 61-68.
- Bloom Barbara, v. d.: “Oral health status and access to oral health care for U.S. adults aged 18-64: National Health Interview Survey”, **Vital Health Stat**, C.X, No. 253, 2012, 1-22.
- Bohur, Şeyma: “Diş fırçası ve diş macunu dışında kalan ağız bakım ürünlerinin satın alınmasına ilişkin tüketici davranışlarının incelenmesi”, Yayınlanmamış Bitirme Tezi, İstanbul, 2011.
- Bolsoy, Nurşen, Sevil, Ümran: Sağlık-Hastalık Ve Kültür Etkileşimi, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. IX, No. 3, 2006, s.78-87.
- Bostancı, Naci: “Toplum ve Kültür”, **Sosyolojiye Giriş**, Ed. İhsan Sezal, İstanbul, Beta Basım A. Ş., 2012, s. 107-132.
- Bozkurt, Veysel: **Değişen Dünyada Sosyoloji: Temeller Kavramlar Kurumlar**, 6. bs., İstanbul, Ekin Basım Yayın Dağıtım, 2011.
- Bress, Lisa E.: “Improving oral health literacy - the new standard in dental hygiene practice”, **J Dent Hyg.**, C. LXXXVII, No: 6, 2013, s. 322-9.
- Brunner, Eric, Marmot, Michael: “Sosyal Yapı, Stres ve Sağlık”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, s. 45-71.
- Buchwald, Sabine, v. d.: “Tooth Loss and Periodontitis by Socio-Economic Status and Inflammation in A Longitudinal Population-Based Study”, **J Clin Periodontol.**, C.XL, No: 3, 2013, s. 203-11.
- Chida, Yoichi, Steptoe, Andrew, Powell, Lynda H.: “Religiosity/spirituality and mortality. A systematic quantitative review”, **Psychother Psychosom**, C. LXXVIII, No: 2, 2009; s. 81-90.

- Cirhinlioğlu, Zafer: **Sağlık Sosyolojisi**, 3. bs., İstanbul, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., 2012.
- Cirhinlioğlu, Zafer: “Toplumsal Açıdan Sağlık Ve Sağlığa Postmodernist Yaklaşımlar”, **Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, C.I, No: 8, 2004.
- Cirhinlioğlu, Zafer: “Toplum ve Sağlık”, **Sosyolojiye Giriş**, Ed. İhsan Sezal, İstanbul, Beta Basım A. Ş., 2012, s. 295-324.
- Cockerham, William C.: “Medical Sociology and Sociological Theory” **The Blackwell Companion to Medical Sociology**, Ed. William C. Cockerham, Great Britain, Blackwell Publishers Ltd, 2001, s. 3-22.
- Commission on Social Determinants of Health: “Closing the Gap in A Generation: Health Equity Through Action on The Social Determinants of Health”, **Final Report of the Commission on Social Determinants of Health**, Geneva, World Health Organization, 2008.
- Costa, Simone de Melo, v. d.: “A systematic review of socio-economic indicators and dental caries in adults”, **Int J Environ Res Public Health**, C. IX: No: 10, 2012, s. 3540-74.
- Çelik, Hüseyin Cumhur: “Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezine Müracaat Eden Hastaların Koruyucu Ağız Ve Diş Sağlığı Hakkında Bilgi Düzeyleri (Denizli Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi Örneği)”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Çınarlı, İnci: “Stratejik Sağlık İletişiminin Sağlığın Tıbbileştirilmesindeki Rolü,” **İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi**, C. XLIII, Güz 2016.

- Çoban, Serap: The Relationship among Mortality Rates, Income and Educational Inequality in Terms of Economic Growth: A Comparison between Turkey and the Euro Area. MPRA Paper No. 13296, 2008, University Library of Munich, Germany.
- Da Fonseca, Marcio, Avenetti, David M.: “Social Determinants of Pediatric Oral Health”, **Dent Clin North Am.** C. LXI, No: 3, 2017, s. 519-32.
- Demirbilek, Sevdâ, Pazarlıoğlu, Vedat: “Türkiye’de İş Kazalarının Oluşumunda Etkili Olan Faktörler: Ampirik Bir Uygulama”, **Finans Politik & Ekonomik Yorumlar**, C. XLIV, No: 509, 2007, s.81-91.
- Dirican, Rahmi: **Sağlığı Etkileyen Önemli Fiziksel etmenler ve Bunların Zarar Vermesini Önleme Yöntemleri, Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği)**, 2. bs., Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa, 1993.
- Dirican, Rahmi, Bilge, Nazan: **Halk Sağlığı**, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 2. Bs., 1993, s. 217-218.
- Do, Loc G.: “Distribution of Caries in Children: Variations Between And Within Populations”, **J Dent Res.**, C. XCI, No: 6, 2012, s. 536–43.
- Doğan, Bahar Güçiz, Gökalp, Saadet: “Türkiye’de Diş Çürüğü Durumu ve Tedavi Gereksinimi 2004”, **Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi**, C.XXXII, S.2, 2008, s. 46.
- Dye, Bruce A., Xianfen, Li, Thornton-Evans, Gina: “Oral Health Disparities as Determined by Selected Healthy People 2020 Oral Health Objectives for The United States, 2009-2010”, **NCHS Data Brief.**, Aug. No:104, 2012, s. 1-8.
- FDI: Oral Health and the Social Determinants of Health, <https://www.fdiworldddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-health-and-the-social-determinants-of-health>

- FDI: Policy Statement Non-Communicable Diseases Adopted by the FDI General Assembly: 31 August 2012 – Hong Kong.
[http://www.fdiworldental.org/media/11291/Non-communicable% 20diseases-2012.pdf](http://www.fdiworldental.org/media/11291/Non-communicable%20diseases-2012.pdf). (Çevrimiçi) 31.01.2019.
- FDI: Oral health and the United Nations Political Declaration on NCDs. A guide to advocacy,
http://www.fdiworldental.org/media/9465/oral_health_and_un_political_dec_on_ncds.pdf. (Çevrimiçi) 31.01.2019.
- Fejerskov, Ole, Kidd, Edwina: **Dental Caries. The Disease and Its Clinical Management**, 2. bs., Copenhagen, Blackwell Munksgaard, 2008.
- Freudenheim, Jo L. v. d.: “Periodontal Disease and Breast Cancer: Prospective Cohort Study of Postmenopausal Women.”, **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.**, C.XXIV, No:1, 2016, s. 43-50.
- Gavgani, Vahideh Zarea, Jafarabadi, Mohammad Asghari, Khajelou, Masoud Eisa: “The Effect of Social Determinants on Oral Health Knowledge and Patient’s Bill of Rights, **Dent Med Probl.**, C. LV, No: 2, 2018, s. 191-5.
- Germov, John: “Health Sociology and The Social Model of Health”, **Second Opinion an Introduction to Health Sociology**, Ed. by. John Germov, 5. bs., Australia, Oxford University Press, 2014.
- Germov, John: “Imagining Health Problems As Social Issues” **Second Opinion an Introduction To Health Sociology**, Ed. by. John Germov, 5. bs. Australia, Oxford University Press, 2014.
- Germov, John: “Theorising Health: Major Theoretical Perspectives In Health Sociology” **Second Opinion an Introduction To Health Sociology**, Ed. by. John Germov, 5. bs. Australia, Oxford University Press, 2014.

- Giddens, Anthony: **Sosyoloji**, Çev. (8. bölüm) İsmail Yılmaz, İstanbul, Kırmızı Yayınları, 2012.
- Guarnizo-Herreño, C.C., v.d.: “Socio-Economic Position and Subjective Oral Health: Findings For The Adult Population In England, Wales And Northern Ireland”, **BMC Public Health**, C. IX, No:14, 2014, s. 827.
- Günler, Oya Eryiğit: **Hemodiyaliz Hastalarında Hastalığa Bağlı Toplumsal Rol Değişimi Beklenti ve Sorunları: Bir Sağlık Sosyolojisi Çalışması**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2011.
- Güven, Seda: “Türkiye’de Sağlık Sosyolojisi Çalışmaları,” **Sosyoloji Dergisi**, C.III, No:29, 2014, s.127-153.
- Güvenç, Bozkurt: **İnsan ve Kültür**, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2003.
- Hansen, Johnni: “Night Shift Work and Risk of Breast Cancer”, **Curr Environ Health Rep.**, C.IV, No:3, 2017, s. 325-39.
- Hayran, Osman, v.d.: “Sağlık Bakanlığı ve SSK Tarafından Verilen Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinden Yararlanma ve Hasta Memnuniyeti Araştırması”, **Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları Araştırma Dizisi 2**, 2000.
- Hayran, Osman: “Küreselleşme Ve Sağlık İlişkileri”, <http://www.sdplatform.com/Dergi/6/Kuresellesme-ve-saglik-iliskileri.aspx>, (Çevrimiçi) 28.05.17.
- Helgeson, S. Vicki, Cohen, Sheldon: “Social Support and Adjustment to Canser: Reconciling Descriptive, Correlational and İntervention Research”, **Health Psychology**, C. XV, 1996, s. 135-148.
- Hobdell, Martin, v. d.: “Global Goals for Oral Health”, **Int. Dent J**, C. V, No: 5, 2003, s.285-88.

- Hoepfl, Marie C.: “Choosing Qualitative Research: A Primer for Technology Education Researchers,” **Journal of Technology Education**, 1997, C IX, No:1, s.49.
- Illich, Ivan: **Sağlığın Gaspı**, Çev. Süha Sertabiboğlu, 2. bs., İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 2011.
- IOM (Institute of Medicine): **Advancing Oral Health in America**, Washington, DC, The National Academies Press; 2011, s.8.
- Ismail, AI., Sohn, Woosung: “A Systematic Review of Clinical Diagnostic Criteria of Early Childhood Caries”, **J Public Health Dent**. C. LIX, No:3, 1999, s. 171–191.
- izmiralternatif.com: **Diş Teknisyenlerinde Görülen Meslek Hastalıkları**, <http://www.izmiralternatif.com.tr/haberdetay/dis-teknisyenlerinde-gorulen-meslek-hastaliklari/> (Çevrimiçi) 09.01. 2019.
- Jepsen, Soren v. d.: “Prevention and Control of Dental Caries and Periodontal Diseases at Individual and Population Level: Consensus Report of Group 3 of Joint EFP/ORCA Workshop on The Boundaries Between Caries and Periodontal Diseases”, **J Clin Periodontol**, C. XLIV, No: 18, 2017, s. 85–93.
- Kaminskas, Raimundas, Darulis, Zilvinas: “Peculiarities of Medical Sociology: Application of Social Theories in Analyzing Health And Medicine,” **Medicina (Kaunas)**, 2007, C. XLIII, No:2.
- Kaplan, Melike: “Sağlık Ve Kültür’ün Buluştuğu Alan: Tıbbi Antropoloji”, **Cyprus International University, Folklor/Edebiyat**, C. XVI, No.64, 2010, s. 225-235.

- Karataş, Zeki: “Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri,” **Sosyal Hizmet E- Dergi Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi**, C.I, No:1, 2015, s. 62-80.
- Khajelou, Masoud Eisa, Gavgani, Vahideh Zarea, Jafarabadi, Mohammad Asghari: “The Effect of Social Determinants on Oral Health Knowledge and Patient’s Bill of Rights”, **Dent Med Probl.**, C. LV, No: 2, s. 191–95.
- Kılınç, Gülser, Günay, Türkan: “Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Ağız Diş Sağlığı Konusunda Bilgi Düzeyleri”, **Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Tıp Fakültesi Dergisi**, C.XXIV, No.3, 2010, s.132.
- Kızgınçelik, Sezgin: **Türkiye’nin Sağlık Sistemi**, İzmir, Saray Kitabevleri, 1995.
- Köksal, Eda: “Ağız Diş Sağlığında Beslenmenin Önemi: Okul Sağlığında Ağız Ve Diş Sağlığı”, **Halk Sağlığı Günleri III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu**, 08-09 Eylül 2014, Ankara.
- Labonte, Ronald, Schrecker, Ted: “Globalization and Social Determinants of Health: Introduction and Methodological Background”, **Globalization and Health**, C. III, No: 5, 2007, s. 1-15.
- Lamb, Kathleen A., R. Lee, Gary, Demaris, Alfred: “Union Formation and Depression: Selection and Relationship Effects”, **Journal of Marriage and Family**, C. LXV, No.4, 2003, 953–962.
- Law, Clarice S.: “Management of Premature Primary Tooth Loss in The Child Patient”, **J Calif Dent Assoc**. C. XLI, No: 8, 2013, s. 612-8.
- Lee, JV, Divaris, Kimon: “The Ethical Imperative of Addressing Oral Health Disparities: A Unifying Framework”, **J Dent Res**, C. 93, No: 3, 2014, s. 224-30.

- Man, Fuat, Balcı, Ali: "Postmodern Dönemde Modern Bir Pratik Olarak Sağlık", <http://www.uli1.sakarya.edu.tr/ali/manbalci.pdf>, (Çevrimiçi) 29.01.2019.
- Manfredini, Daniele, v. d.: "Current Concepts of Bruxism", **Int J Prosthodont**, C.XXX, No: 5, 2017, s. 437–8.
- Marmot, Michael G., Bell, R.: "Social Determinants and Dental Health", **Adv Dent Res**, C. XXIII, No: 2, 2011, s. 201-206.
- Marmot, Michael, Shipley, Martin John, Rose, Geoffrey: "Inequalities in death – specific explanations of a general pattern?" **Lancet**, C.CCCXXIII, No.: 8384, 1984, 1003–6.
- Marmot, Michael, Fenton, Kevin: "Foreword", Michael Marmot, Kevin Fenton, **Social Inequalities in Oral Health: From Evidence to Action**, Ed. Richard G Watt, v. d., England, UCL, 2015.
- Maturo, Antonio: "Medicalization: Current Concept and Future Directions in a Bionic Society", **Mens Sana Monogr**, C. X, No: 1, 2012, s.122–133.
- McCarthy, Mark: "Ulaşım ve Sağlık", **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, s. 154-72.
- Moore, Charles, Warren, Rueben C., Maclin, SD Jn.: "Head And Neck Cancer Disparity In Underserved Communities: Probable Causes And The Ethics Involved", **J Health Care Poor Underserved**, C. XXIII, No: 4, 2012, s. 88–103.
- Morral, Peter: **Sociology And Health An Introduction**, 2.bs., ABD, Taylor & Francis Group, 2009.
- Nelson, Suchitra, v. d.: "Do Baby Teeth Really Matter? Changing Parental Perception and Increasing Dental Care Utilization for Young Children", **Contemp Clin Trials**, C. LIX, 2017, s. 13–21.

- Neuman, Lawrence W.: **Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar**, I. Cilt, Çev. Sedef Özge, Ankara, Yayınodası, 2013.
- Newton, Tim, Bower Elisabeth: "The Social Determinants of Oral Health: New Approaches to Conceptualizing and Researching Complex Causal Networks", **Community Dent Oral Epidemiol**, C. XXXIII, No: 1, 2005, s. 25-34.
- Oktay İnci, Bermek, Gülçin S., Doğan, Ferda: "Sıfır çürük hayal mi?", **Türk Dişhekimleri Birliği Dergisi**, No: 79, Ek/Bilecik Projesi, 2004.
- Okursoy; Algın: **Türkiye’de Sağlık Sistemi Ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi**, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Aydın, 2010.
- Öncel, Selma: **Kültürel Yapı İle Sağlık-Hastalık İlişkisi**, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, C. XIII, No.1-3, 1997, s.177-184.
- Öner, Can: "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi", **Türkiye Klinikleri J. Fam Med Special Topics**, C.V, No: 3, 2014, s.15-8.
- Özbolat, Abdullah: "Postmodern Dönemde Bedenin Tüketim Temelinde Yeniden İnşası", **Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi**, www.Esosder.Org, C. X, No:38, 2011, s.317-334.
- Özkal, İpek: "Türkiye’de Sağlık ve Küreselleşme", **Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi**, C.III, No: 11-12, 2002, s. 46-9.
- Özkaya, Meltem Önay, Akın, Volkan, Ekinci, Tuğba: "Stres Düzeylerinin Çalışanların İş Doyumu Üzerine Etkisi Celal Bayar Üniversitesi Çalışanları Üzerine Ampirik Bir Araştırma", **Yönetim Ve Ekonomi**, C. XV No: 1, 2008, 163-180.

- Parsons, Talcott: **The Social System**, Taylor and Francis e-Library, (2005 [1951])
- Patrick, Donald L. v. d.: “Reducing Oral Health Disparities: A Focus on Social and Cultural Determinants”, **BMC Oral Health**, C. I, No: 4, 2006.
- Peker, Kadriye Bahtışen: “Kentli Erişkinlerde Ağız Diş Sağlığı Algısı Ve Sağlık Davranışının İncelenmesi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, 2005.
- Peker, Kadriye, Bermek, Gülçin: “Diş Çürüklerinin Etiyolojisinde ve Önlenmesinde Fermente Olabilen Karbonhidratların Önemi”, **İstanbul Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi**, C. XLII, No: 3-4, İstanbul, 2008, s. 1-9.
- Petersen, Poul Erik, Kwan, Stella: “Equity, Social Determinants and Public Health Programmes – The Case of Oral Health”, **Community Dent Oral Epidemiol.**, C. XLIX, No: 6, 2011, s. 481 –487.
- Petersen, Poul Erik, Baehni, Pierre C.: “Periodontal health and global public health”, **Periodontology** **2000**, C. LX, No:1, 2012, s. 7–14.
- Pollard, Tesse, Hyatt, Susan Brin: **Sex, Gender and Health: Integrating Biological and Social Perspectives**, Ed. by. Tesse Pollard, Susan Brin Hyatt, UK, Cambridge University Press, 1999,
- Poloma, Margaret M.: **Çağdaş Sosyoloji Kuramları**, Çev. Hayriye Erbaş, Ankara, Gündoğan Yayınları, 2010.
- Preet, Raman: “Health professionals for global health: include dental personnel upfront!”, **Glob Health Action**, C. VI, No. 10, 2013.
- Pritchett, Lant, Summers, Lawrence H.: “Wealthier is Healthier”, **Journal of Human Resources**, C. XXXI, No.4, 1996, s. 841–68.

- Punch, Keith F.: **Sosyal Araştırmalara Giriş: Nicel ve Nitel Yaklaşımlar**, Çev. D. Bayrak, H.B. Arslan ve Z. Akyüz, Ankara, Siyasal Kitabevi, 2005.
- Raphael, Dennis, Bryant, Toba, Curry-Stevens Ann: “Toronto Charter Outlines Future Health Policy Directions for Canada and Elsewhere”, **Health Promotion International**, C. XIX, No. 2, 2004, s. 269–273.
- Ravaghi, Vahid, Quiñonez, Carlos, Allison, Paul J.: “The Magnitude of Oral Health Inequalities in Canada: Findings of The Canadian Health Measures Survey”, **Community Dent Oral Epidemiol.**, C. XLI, No: 6, 2013, s. 490-98.
- Rethman, Michael P. v. d.: “Evidence-Based Clinical Recommendations Regarding Screening for Oral Squamous Cell Carcinomas”, **JADA**, C.141, No: 5, 2010, s. 509–20.
- Ribeiro, Thyciana Rodrigues, v. d.: “Caries Experience, Mutans Streptococci and Total Protein Concentrations in Children with Protein-Energy Under Nutrition”, **Aust Dent J.**, C. LIX, No:1, 2014, s.106-13.
- Riggs, Elisha, v. d.: “Hard to Reach Communities or Hard to Access Services? Migrant Mothers' Experiences of Dental Services”, **Aust Dent J.**, C. LIX, No:2, 2014, s.201-7.
- Ritzer, George; **Klasik Sosyoloji Kuramları**, Çev. Himmet Hülür, Ankara, De Ki Basım Yayım Ltd. şti, 2011.
- Rowland, Michael L., Bean Canise Y., Casamassimo, Paul: “A Snapshot of Cultural Competency Education in US Dental Schools”, **J Dent Educ**, C. LXX, No. 9, 2006, s. 982-90.
- Sabbah, Wael, v.d.: “The Role of Health-Related Behaviors in The Socioeconomic Disparities in Oral Health”, **Social Science & Medicine**, C. LXVIII, No: 2, 2009, s. 298-303.

- Sabbah, Wael, v.d.: “Social Gradients in Oral and General Health”, **J Dent Res**, C. LXXXVI, No: 10, 2007, s.992-96.
- Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı: **Halkın Sağlık Eğitimi Aylık Faaliyet Raporu**, 2008, Ankara.
- Sartorius, Norman: “The Meanings of Health and its Promotion,” **Croat Med J**, C. XLVII, No:4, 2006, s.662–664.
- Schuftan, Claudio: **Equality in Health Economy Globalisation, Development in Practise**, C. V, 1999, 610-4.
- Schulze, Günther G., Ursprung, Heinrich W.: “Globalisation of the Economy and the Nation State”, **The World Economy**, C. XXII, No: 3, 1999, s. 293-352.
- Schwendick e, F. v. d.: “Socio-Economic Inequality and Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis”, **J Dent Res**. C. XCIV, No:1, 2015, s.10-18.
- Sezal, İhsan: İhsan Sezal, “Toplum ve Aile”, **Sosyolojiye Giriş**, Ed. İhsan Sezal, İstanbul, Beta Basım A. Ş., 2012, s. 134-166.
- Sezgin, Deniz: “Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme”, **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, C. XVIII, No:1, 2015, s. 153-86.
- Shao, Jun, v. d.: “Periodontal Disease and Breast Cancer: A Meta-Analysis of 1,73,162 Participants”, **Front Oncol.**, C.XII, No:8, 2018, s. 601.
- Sharan B, Merriam: **Nitel Araştırma, Desen ve Uygulama İçin Bir Rehber**, Çev.Selahattin Turan, İstanbul, Nobel Akademik Yayıncılık, 2013.

Shaw, Mary, Dorling,
Danny, Smith, George
Davey:

“Yoksulluk, Toplumsal Dışlanma ve Azınlıklar”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, ss. 226-256.

Sheiham, Aubrey:

“Oral health, general health and quality of life”, **Bulletin of the World Health Organization**, C. LXXXIII, No: 9, 2005, s. 644-644.

Somkotra, Tewartit,
Detsomboonra, Palinee:

“Is There Equity in Oral Healthcare Utilization: Experience After Achieving Universal Coverage”, **Community Dent Oral Epidemiol**, C.XXXVII, No:1, 2009; s. 85–96.

Stansfeld, Stephen A.:

“Toplumsal Destek ve Toplumsal Birlik”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, ss.173-199.

Strauss Anselm, Corbin,
Juliet:

Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques, Thousand Oaks, Sage Publications, 1998.

Swingewood, Alan;

Sosyolojik Düşüncenin Kısa Tarihi, 3. bs., Çev. Orhan Akınhay, İstanbul, Agora Kitaplığı, 2010.

Şar, Sevgi:

“Anadolu’da Rastlanan Halk Hekimliği Uygulamalarına Genel Bir Bakış”, **38. İcanas Uluslararası Asya Ve Kuzey Afrika Çalışmaları Kongresi**, Ankara-Türkiye, 10-15 Eylül 2008, s. 1163-1178.

Şavran, Temmuz G.:

Toplumsal Eşitsizlikler Ve Sağlık: Eskişehir’de Sosyolojik Bir Araştırma, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Eskişehir, 2010.

- Şener, Ülker: Yoksullukla Mücadelede Sosyal Güvenlik, Sosyal Yardım Mekanizmaları ve İş Gücü Politikaları, TEPAV (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı) Politika Notu, 2010, https://www.tepav.org.tr/upload/files/1271313906r3055.Yoksullukla_Mucadelede_Sosyal_Guvenlik.pdf (Çevrimiçi) 26.05.2019.
- Tarcan, Ertuğrul: “Küreselleşmenin Sağlık Üzerine Etkileri ve Sağlık İşletmelerinin Küreselleşme Süreci”, **Yönetim**, C. XII, No: 39, Mayıs - 2001, s. 29-43.
- T.C. Sağlık Bakanlığı: T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013 – 2017, <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/9843,saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf> , (Çevrimiçi) 28.11.2018.
- Tekçiçek, Meryem: “Okul Sağlığı Programlarında Ağız Diş Sağlığının Önemi Ve Kapsamı”, **Halk Sağlığı Günleri III. Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu**, 08-09 Eylül 2014, Ankara.
- Tekin, Ayşe: **Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği)**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2007.
- Tekingündüz, Sabahattin, Kurtuldu, Aysu, Erer, Türkkan Işık: “Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik”, **Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C. VIII, No: 4, s. 32-43.
- Tellez, Marison, Zini Avi, Saskia Estupiñan-Day: Social Determinants and Oral Health: An Update, **Curr Oral Health Rep**, C.I, No: 3, 2014, s.148–52.
- Teshome, Amare, Gelaw, Yitayeh: “Relationship Between Periodontal Disease and Preterm Low Birth Weight: Systematic Review”, **The Pan African Medical Journal**, C.XXIV, No:1, 2016, s.215.

- The Platform for Better Oral Health in Europe: The State of Oral Health in Europe; Report Commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe, <http://www.oralhealthplatform.eu/wp-content/uploads/2015/09/Report-the-State-of-Oral-Health-in-Europe.pdf> , (Çevrimiçi) 28.11.2018.
- Thomas, Richard: **Society and Health Sociology for Health Professionals**, New York, Kluwer Academic/Plenum Publisher, 2003.
- Thomson, Murray W.: “Social Inequality in Oral Health”, **Community Dent Oral Epidemiol.**, C. XL, No:2, 2012, s. 28–32.
- Tomar, Scott L.: “Social Determinants of Oral Health and Disease in U.S. Men”, **Journal of Men’s Health**, C. IX, No:2, 2012, s. 113-9.
- Topkaya, Özgür: “Sosyal Politika Bağlamında Dünyada Sağlık Politikalarının Tarihsel Gelişimi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C.XXI, No:2, 2016, s.707-22.
- Tsakos, Georgios, v. d.: “Social Gradients in Oral Health In Older Adults: Findings From The English Longitudinal Survey Of Aging”, **Am J Public Health**, C. CI, No:10, 2011, s.1892-99.
- Turner, Bryan S.: **Oryantalizm, Postmodernizm Ve Globalleşme**, Çev. İbrahim Kapaklıkaya, İstanbul, Anka Yayınları, 2002.
- Turner, Bryan S.: **Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi**, Çev. Ümit Tatlıcan, Bursa, Sentez Yayıncılık, 2011.
- Türk Cerrahi Sözlüğü: <http://www.turkcerrahi.com/tip-sozlugu/iatrojenik/> (Çevrimiçi) 7.11.2018.
- Türk Diş Hekimleri Birliği: Diş Macunu ve Fırça Kullanım Oranları, http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=148, (Çevrimiçi) 28.11.2018.

- Türkiye Ağız Diş Sağlığı Profili 2004,
Türk Diş Hekimleri Birliği: http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=96, (Çevrimiçi)
28.11.2018.
- Geçmişten Günümüze Dişhekimliği Eğitimi,
Türk Diş Hekimleri Birliği: http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=344,
(Çevrimiçi) 30.11.2018.
- Diş Hekimliği Tarihçesi,
Türk Diş Hekimleri Birliği: http://www.tdb.org.tr/sag_menu_goster.php?Id=22 ,
(Çevrimiçi) 30.11.2018.
- Ağız ve Diş Sağlığı Konusunda Yeni Yaklaşımlar,
Türk Diş Hekimleri Birliği: http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/basin_icerik.php?yer_id=5&id=64
Ç Çevrimiçi, 17.06.2018.
- Türk Tabipleri Birliği Halk
Sağlığı Kolu: "2001 Ekonomik Krizin Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri",
<https://drive.google.com/file/d/0B4wRXhXoSSYiRjNjcGZ5YWxEbkk/view> (Çevrimiçi) 24.05.2019.
- Türk Tabipleri Birliği, Kadın
Hekimlik ve Kadın Sağlığı
Kolu: "Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık" Rapor, 07
Mart 2008,
http://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=667233fa-9232-11e7-b66d-1540034f819c , (Çevrimiçi) 01.02.2019.
- Ağız-Genel Sağlık İlişkisi, [http://www.turkperio.org/haber-](http://www.turkperio.org/haber-detay/agiz-genel-saglik-iliskisi-22.html)
Türk Periodontoloji Derneği: [detay/agiz-genel-saglik-iliskisi-22.html](http://www.turkperio.org/haber-detay/agiz-genel-saglik-iliskisi-22.html) ,(Çevrimiçi)
28.11.2018.
- Türkdoğan, Orhan: Orhan Türkdoğan, **Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi**,
İstanbul, Milli Eğitim Bakanlığı Yay., 1991.
- Türkiye İstatistik Kurumu
(TUİK): Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2017 Nüfus Sayım
Sonuçları, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095
(Çevrimiçi) 25.05.2019.

- Türkiye Meslek Hastalıkları Rehberi Meslek Hastalığı, <http://www.meslekhastaligi.net/dis-hekimi/> (Çevrimiçi) 09.01. 2019.
- U Ottawa Faculty of Medicine: https://www.med.uottawa.ca/sim/data/Health_Promotion_e.htm#OttawaCharter (Çevrimiçi) 21.11.2018.
- Uysal, Eda Köse, Uçak, Nazan Özenç: “Tıp Akademisyenlerinin Kanıta Dayalı Bilgi Gereksinimleri ve Bilgi Arama Davranışları”, **Bilgi Dünyası**, C.XIV, No: 1, 2013, s. 37-61.
- Wadsworth, Michael, Butterworth, Suzie: “Erken Yaşam”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim Yasin, İnsev Yayınları, 2009, ss.45-71.
- Wainwright, David: **The Changing Face of Medical Sociology**, Ed. by. David Wainwright, India, C&M Digital Pvt Ltd, Chennai, 2008.
- Walsh, Mark: **Foundations in Nursing and Health Care: Introduction to Sociology for Health Carers**, Ed. By. Lynne Wiggins, UK, Cengage Learning EMEA, 2004.
- Watt, Richard: “Social Determinants of Oral Health Inequalities: Implications for Action”, **Community Dent Oral Epidemiol.**, C.XL, No:2, 2012, s. 44–8.
- Watt, Richard, Petersen Poul Eric: “Periodontal Health Through Public Health – The Case for Oral Health Promotion”, **Periodontology** 2000, C. LX, No:1, 2012, 147–155.
- Watt, Richard, Williams, Davis, Sheiham, Aubrey: “The Role of the Dental Team in Promoting Health Equity”, **Brit Dent J**, C. CCXVI, No.1, 2014, s. 11-14.
- Wilkinson, Richard W.: “Biz ve Başkaları-İyi Günde Kötü Günde: Savunmasızlık ve Eşitsizlik”, **Sağlığın Sosyal Belirleyicileri**, Ed. Michael Marmot, Richard G. Wilkinson, Çev: İlker Kayı ve Yeşim

- Yasin, İnsev Yayınları, 2009, s.389-408.
- White, Kevin: **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**, Great Britain, SAGE Publications Ltd., 2002.
- Wilkinson, Richard, Marmot, Michael: **The Social Determinants of Health: The Solid Facts**, Ed. Richard Wilkinson, Michael Marmot, 2. bs., Copenhagen, WHO Regional Office of Europe, 2003.
- Williams, David, Sheiham, Aubrey, Watt, Richard: “Oral health professionals and social determinants”, **Br Dent J.**, C. 214, No:9, 2013, s. 427.
- Williams, Kristi, Umberson, Debra: “Marital Status, Marital Transitions, and Health: A Gendered Life Course Perspective”, **Journal of Health and Social Behavior**, C. XLV, No.1, 2004, 81–98.
- World Health Organization: World Health Organization Frequently asked questions (Çevrimiçi) <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> , 21.11.2018.
- World Health Organization: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts_en.pdf , (Çevrimiçi) 15.05.2017.
- World Health Organization: Social determinants of health, http://www.who.int/social_determinants/themes/en/ , (Çevrimiçi) 17.05.2017.
- World Health Organization: Social Determinants of Health: Measurement and evidence, http://www.who.int/social_determinants/themes/measurement_and_evidence/en/ (Çevrimiçi) 01.02.2019.
- World Health Organization: Social Determinants Of Health: Social Exclusion, http://www.who.int/social_determinants/themes/social_exclusion/en/ (Çevrimiçi) 06.06.17.

- Social determinants of health: Early child development,
World Health Organization: http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/ , (Çevrimiçi) 17.05.2017.
- Social Determinants Of Health: Employment Conditions,
World Health Organization: http://www.who.int/social_determinants/themes/employmentconditions/en/ , (Çevrimiçi) 27.05.17.
- WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva:
World Health Organisation; 2003,
World Health Organization: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf;jsessionid=557E724D5486062D09FB40807049C66C?sequence=1> (Çevrimiçi) 01.02.2019.
- Who Commission on The
Social Determinants of
Health: Challenging Inequity Through Health Systems. Lead authors
Lucy Gilson, Jane Doherty, Rene Loewenson and Victoria
Francis, Final Report Knowledge Network on Health Systems,
June 2007.
- Yıldırım, Ali, Şimşek,
Hasan: **Nitel Araştırma Yöntemleri**, Ankara, Seçkin Yayıncılık,
2016.
- Yıldırım, İbrahim: “Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliliği
Ve Geçerliliği”, **Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Dergisi**, C. XIII, 1997, s. 81-87.
- Yıldız, Özkan: “Küreselleşme, Sağlık ve Toplum”, **Gaziantep Tıp Dergisi**,
2008, s.30-34.
- Yıldız, Selver: “Kişilik ve Meslek Seçimi Arasındaki İlişki ve Bir Uygulama”,
Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 2001, s. 87.
- Yurtseven, Yaprak N.: “Sosyal Destek Ağları: Cebeci Hastanesi Örneği”,
Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2003.

EKLER

Ek 1: Katılımcılara Ait Demografik Bilgiler:

Katılımcı	Görüşülen Kurum	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Meslek	Üniversiteden Mezun Olduğu Bölüm	Medeni Durumu	Eşinin Mesleği	Eşinin Eğitim Durumu	Annenin Mesleği	Annenin Eğitim Durumu	Babanın Mesleği	Babanın Eğitim Durumu
K1	Kamu	Erkek	32	Lisans	Grafiker	İşletme ve Grafikçilik	Evli	İş Güvenliği	Lisans	Ev Hanımı	İlkokul	Serbest Meslek	Ortaokul
K2	Kamu	Erkek	20	Lise	Öğrenci	Yok	Bekar	X	X	Ev Hanımı	Lise	Mübaşir	Lisans
K3	Kamu	Kadın	36	3. sınıf	Ev Hanımı	Yok	Evli	Pazarıcı	İlkokul	Ev Hanımı	Okula Girmemiş	Serbest Meslek	Okula Girmemiş
K4	Kamu	Kadın	26	Ön Lisans	Hostes	Sivil Havacılık Kara Hizmetleri	Evli	İşletmecisi	Lise	Ev Hanımı	İlkokul	Emekli	İlkokul
K5	Kamu	Erkek	21	Ön Lisans	Öğrenci	Makine Programı	Bekar	X	X	Ev Hanımı	İlkokul	Emekli	Ortaokul
K6	Kamu	Kadın	38	İlkokul	Ev Hanımı	X	Evli	Garson	İlkokul	Ev Hanımı	Okuma Yazma Biliyor	Emekli	İlkokul
K7	Kamu	Kadın	29	3. sınıf	Ev Hanımı	X	Evli	İşçi	Lise	Ev Hanımı	Okuma Yazma Bilmiyor	Çiftçi	Okuma Yazma Biliyor
K8	Kamu	Kadın	39	Lisans	Basın Mensubu	Edebiyat	Bekar	X	X	Ev Hanımı	İlkokul	Elektrikçi	İlkokul
K9	Kamu	Erkek	41	Yüksek Lisans	İşsiz	İç mimari	Evli	Ev hanımı	Lise	Ev Hanımı	İlkokul	Emekli	İlkokul
K10	Kamu	Erkek	26	Ortaokul	İşçi	X	Bekar	X	X	Ev Hanımı	İlkokul	İşçi	Ortaokul
K11	Özel	Kadın	23	Ön Lisans	Çalışmıyor (Ev hanımı?)	Restorasyon Teknikeri	Evli	Ticaret	Lisans	Belediye	Lise	Serbest	Lise
K12	Özel	Kadın	18	Lise	Öğrenci	X	Bekar	X	X	Ev Hanımı	Ortaokul	Grafiker/Ayakkabı imalatı	Lisans
K13	Özel	Kadın	31	Lisans	Satış Pazarlama	Gıda Mühendisi	Bekar	X	Lise	Ev Hanımı	Lise	Turizm	Lise
K14	Özel	Erkek	36	Yüksek Lisans	Şirket Ortağı	Elektrik Elektronik Müh.	Evli	Öğretmen	Lisans	Ev Hanımı	İlkokul	Serbest Meslek	Ortaokul
K15	Özel	Kadın	42	Ortaokul	Ev Hanımı	X	Evli	Serbest/ Tekstil	İlkokul	Ev Hanımı	İlkokul	Emekli	İlkokul
K16	Özel	Erkek	39	Lise	Tekstil	X	Evli	Tekstil	Lise	Ev Hanımı	İlkokul	Esnaf	Ortaokul
K17	Özel	Erkek	36	Lise	Tır Söförü	X	Bekar	X	X	Ev Hanımı	İlkokul	Emekli	Ortaokul
K18	Özel	Erkek	35	Lise	Tekstil	X	Evli	Ev hanımı	Lise	Terzi	İlkokul	Emekli	İlkokul
K19	Özel	Kadın	35	Ortaokul	Ev Hanımı	X	Evli	Ticaret	Lise	Ev Hanımı	İlkokul	Emlakçı	Lise
K20	Özel	Erkek	42	Lise	Reklam Ajansı	X	Evli	Ev hanımı	Ön Lisans	Ev Hanımı	İlkokul	Emekli	İlkokul