

**TOPLUMSAL EŞİTSİZLİKLER VE SAĞLIK:
ESKİŞEHİR'DE SOSYOLOJİK BİR ARAŞTIRMA**

Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN

(Doktora Tezi)

Eskişehir, 2010

**TOPLUMSAL EŞİTSİZLİKLER VE SAĞLIK:
ESKİŞEHİR'DE SOSYOLOJİK BİR ARAŞTIRMA**

Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN

DOKTORA TEZİ

Sosyoloji Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Nadir SUĞUR

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Aralık, 2010

Bu Tez Çalışması BAP Komisyonunca kabul edilen 090815 no'lu proje kapsamında desteklenmiştir.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN'ın "Toplumsal Eşitsizlikler ve Sağlık: Eskişehir'de Sosyolojik Bir Araştırma" başlıklı tezi 17 Aralık 2010 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, Sosyoloji Anabilim Dalında Doktora tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

İmza

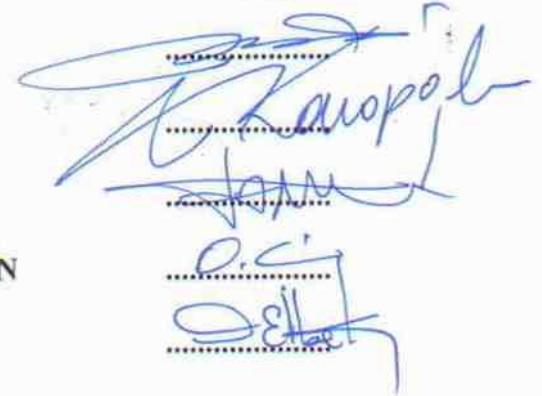
Üye (Tez Danışmanı) : Prof.Dr.Nadir SUĞUR

Üye : Prof.Dr.Aytül KASAPOĞLU

Üye : Doç.Dr.Aylin NAZLI

Üye : Yard.Doç.Dr.Oya BEKLAN ÇETİN

Üye : Yard.Doç.Dr.Osman ELBEK




Prof.Dr.Ramazan GEYLAN
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Doktora Tez Özü**TOPLUMSAL EŞİTSİZLİKLER VE SAĞLIK: ESKİŞEHİR'DE SOSYOLOJİK
BİR ARAŞTIRMA****Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN****Sosyoloji Anabilim Dalı****Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aralık 2010****Danışman: Prof. Dr. Nadir SUĞUR**

Bu çalışmanın amacı 2009-2010 yılları arasında Eskişehir'de yapılan bir alan araştırmasının verilerine dayanarak algılanan sağlık statüsünün ve sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışların sosyal ve ekonomik statüye göre farklılaşıp farklılaşmadığının, farklılaşıyorsa ne şekilde farklılaştığının incelenmesidir. Nicel yöntemi izleyen araştırmanın verileri 229 yapılandırılmış görüşme ve 126 anketle toplanmış, SPSS yardımıyla çözümlenmiş, 6 derinlemesine görüşme ve 2 odak grup görüşmesi ile desteklenmiştir.

Araştırma bulgularına göre sağlığın ve hastalığın tanımlanma biçimi, sağlık bilgisinin elde edildiği kaynak, sağlık kurumlarına başvurma ölçütü, geçirilen gebelik sayısı, doğumdan önce sağlık bakımı alma ve doğumu hastanede yapma oranları gelire, eğitime ve yaşanan yere göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Algılanan sağlık statüsü ve doktor muayenesinden utanma tutumu gelire, eğitime, yaşanan yere ve cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesine ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin yeterliliğine ilişkin değerlendirmeler ile sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyet düzeyi de gelir ve eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Bulgular sağlık risklerinin, sağlık hizmetlerine erişim düzeyinin ve sağlık hizmetlerini alma biçimlerinin toplumda eşitsiz bir şekilde dağıldığını, sağlık kurumlarına, sağlık personeline ve genel olarak sağlık hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerin de buna bağlı olarak farklılaştığını göstermektedir. Genel Sağlık Sigortası yasası ile sağlık kurumları tek çatı altında birleştirilmiş olsa da bulgular sağlık alanındaki hiyerarşik yapının sadece sağlık kurumlarının mevzuatla birbirinden ayrılmasından kaynaklanmadığını, farklı ekonomik ve

sosyal statüye sahip olan grupların kurumsal tıp ve sağlık personeli ile ilişkilerinin birbirinden farklı olduğunu, sağlık alanındaki hiyerarşik yapının çoklu etkilerle şekillendiğini göstermektedir. Bu çerçevede toplumsal eşitsizlikler birikimsel bir desen izlemekte, ekonomik, bölgesel ve cinsiyete dayalı eşitsizlikler açısından dezavantajlı olan gruplar sağlık riskleri ve sağlık hizmetlerine erişim açısından da devazantajlı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, sağlık ve hastalık, sağlık sosyolojisi, sağlık eşitsizlikleri, toplumsal eşitsizlikler, Eskişehir, Türkiye

Abstract**SOCIAL INEQUALITIES AND HEALTH: A SOCIOLOGICAL RESEARCH IN
ESKISEHIR****Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN****Department of Sociology****Anadolu University, Graduate School of Social Sciences, December 2010****Adviser: Prof. Dr. Nadir SUĞUR**

The aim of this thesis is to examine whether social and economic status cause significant difference on health-related perceptions, attitudes and behaviors and self reported health status. It also tries to examine how these variables differ if a significant difference occurs. The research depends on fieldwork conducted in Eskisehir, Turkey in 2009 and 2010. The research is a quantitative one and has both descriptive and explanatory aims. The data was gathered by 229 structured interviews and 126 questionnaires, analyzed by SPSS and reinforced by 6 depth and 2 focus group interviews.

The findings reveals that the way of defining both health and illness, the source of health related knowledge, the criteria of application to health institutions, number of pregnancies, ratio of received health care prior to birth and ratio of hospital births show significance difference according to income and education levels and the characteristic of living place (rural/urban). Self reported health status and the level of embarrassment feeling in medical examinations also shows significance differences according to income and education levels, gender and the characteristic of living place. The evaluation towards some recent developments in health care system and the general adequacy of the health care system in Turkey and the satisfaction from health care staff's behaviors show important differences according to the level income and education.

The findings show that the distribution health risks, level and form of access to health care services are distributed unequally in society and the evaluation towards health institutions, health care staff and adequacy of health care services in general differ according to the unequal distribution. Although health

institutions have been uniformed and thus legal hierarchy has reduced, findings point out that the hierarchical structure in health area does not exclusively depend on the legislation that formerly used to distinct health care institutions. People with different economic and social status have dissimilar relations with institutional medicine and health care staff and the hierarchical structure in health area is shaped by a wide range of factors. Social inequalities display a cumulative pattern, the groups who are disadvantaged due to economic, regional and gender inequities continue to remain disadvantaged groups in regard to health risks and access to health care services.

Keywords: Health, health and illness, sociology of health, health inequalities, social inequalities, Eskisehir, Turkey

Önsöz

Bu çalışma Eskişehir’de 2008-2010 yılları arasında hazırlanmış ve Anadolu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri kapsamında 090815 no’lu proje olarak desteklenmiştir.

Öncelikle çalışmanın tamamlanması açısından gerekli olan finansmanı sağlayan Anadolu Üniversitesi Rektörlüğü’ne teşekkür ederim. Danışmanım ve öğretmenim sayın Prof. Dr. Nadir Suğur’a bana sağladığı rehberlik ve gösterdiği sabır için, tez izleme komitesinde yer alan sayın Yard. Doç. Dr. Osman Elbek’e değerli katkıları ve gösterdiği titizlik için özellikle teşekkür ederim. Tez izleme komitesinde yer alan sayın Yard. Doç. Dr. Oya Beklan Çetin’e yardımları ve ilgisi için teşekkür ederim. Sosyoloji bölüm başkanı sayın Doç. Dr. Serap Suğur’a bu süreçte bana verdiği destek ve gösterdiği anlayış için teşekkürü bir borç bilirim. Çalışmanın veri toplama aşamasında benimle birlikte çalışan sosyoloji bölümü öğrencilerine ve son olarak çalışma boyunca bana karşı gösterdikleri sabır ve anlayış için aileme teşekkür ederim.

Özgeçmiş

Temmuz GÖNÇ ŞAVRAN

Sosyoloji Anabilim Dalı
Doktora

Eğitim

Y.Ls. 2005 Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir.

Ls. 1999 Anadolu Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Eskişehir.

Lise 1994 Beşiktaş Atatürk Anadolu Lisesi, İstanbul.

Yayınlar

Suğur,N., Suğur, S., Çetin, O.B., Gönç-Şavran, T. ve Akarçay, E. (2010). *Eskişehir’de Çalışan Yoksullar, Enformel İstihdam ve Yoksulluk İlişkileri*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, No.28.

Suğur, N., Suğur, S., Gönç-Şavran, T. ve Çetin, O.B.. (2010). Hizmet Sektöründe Çalışan Yoksulların Geçim Stratejileri ve Sosyal İlişki Ağları: Eskişehir Örneği. *İş-Güç İnsan Kaynakları ve Endüstri İlişkileri Dergisi*. 12(1).

Suğur, N., Suğur, S. ve Gönç-Şavran, T. (2008), Türkiye’de Orta Sınıfın Mazbut Hizmetkârları: Kapıcılar, Gündelikçiler ve Çocuk Bakıcıları. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*. 63(3), 161-183.

Suğur,N., Suğur, S., Çetin, O.B., Gönç-Şavran, T. ve Akarçay, E. (2008). Hizmet Sektöründe Çalışan Yoksulların Yoksulluk Algıları Üzerine Bir Araştırma. *İş-Güç İnsan Kaynakları ve Endüstri İlişkileri Dergisi*. 10(4).

Gönç-Şavran, T.(2007). Toplam Kalite Yönetimi ve Endüstri İlişkilerinde Demokratikleşme İkilemi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 10(2), 114-140.

Suğur, S., N. Suğur ve Gönç-Şavran, T. (2006). Türkiye’de Uzaktan Öğretim Sistemi: Açık Öğretim Öğrencileri Üzerine Sosyolojik Bir İnceleme. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 10(2), 106-130.

Suğur, S. ve Gönç-Şavran, T. (2006). Türkiye’de Açık Öğretimin Toplumsal Cinsiyet Açısından Görünümü: Erkek ve Kadın Öğrenciler Üzerine Sosyolojik Bir Çözümleme. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*. 61 (3), 193-218.

Bildiriler

Suğur, S. ve Gönç-Şavran, T. (2009). Hizmet Sektöründe Çalışan Yoksullar ve Sosyal İlişki Ağları: Eskişehir Örneği. *VI. Ulusal Sosyoloji Kongresi*. 1-3 Ekim 2009, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.

Gönç-Şavran, T. (2008). Enformel Hizmet Sektöründe Çalışan Yoksulların Cinsiyete Göre Farklılaşmaları. *Karaburun Bilim Kongresi*. 4-7 Eylül 2008, İzmir.

Gönç-Şavran, T. (2007). Working Poor Women in Service Sector: A Case Study of Turkey. *The 8th Conference of the European Sociological Association*. 2-6 Eylül 2007, Glasgow.

Gönç-Şavran, T. (2006). Toplam Kalite Yönetimi ve Endüstri İlişkilerinde Demokratikleşme İkilemi. *V.Ulusal Sosyoloji Kongresi*. 19-23 Eylül 2006, İnönü Üniversitesi, Malatya.

Gönç-Şavran, T. (2006). The Illusion of Empowerment: A Case Study on the Implementation of Total Quality Management Practices in Turkey. *24th Annual International Labour Process Conference*. 10-12 Nisan 2006, Londra.

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı: 22.11.1976, İstanbul.

Cinsiyet: Kadın

Yabancı dil: İngilizce

İçindekiler

Jüri ve Enstitü Onayı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Öz	iii
Abstract	v
Önsöz.....	vi
Özgeçmiş	viii
Tablo ve Şekiller Listesi	xv
1. Giriş.....	1
1.1. Problem	1
1.1.1. Sağlık ve hastalık sosyolojisinin teorik kökenleri ve gelişimi.....	6
1.1.1.1. Sağlık ve hastalık sosyolojisinin yapısı.....	6
1.1.1.2. Sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişimi	7
1.1.1.3. Biyomedikal model ve sosyal model	13
1.1.1.3.1. Biyomedikal model ve biyomedikal modele yöneltelen eleştiriler	13
1.1.1.3.2. Sosyal model.....	18
1.1.1.4. Sosyolojik yaklaşımlar açısından sağlık ve hastalık	20
1.1.1.4.1. Yapısal-İşlevselci yaklaşım	20
1.1.1.4.2. Çatışmacı yaklaşım.....	24
1.1.1.4.2.1. Marxist yaklaşım.....	24
1.1.1.4.2.2. Neo-Liberal dönem ve risk toplumu tartışmaları	29
1.1.1.4.3. Yorumlayıcı yaklaşım	32
1.1.1.4.3.1. Toplumsal İnşacılık	32
1.1.1.4.3.1.1. Bedenin ve hastalığın toplumsal inşası.....	33
1.1.1.4.3.1.2. Tıbbi bilgi, tıbbi teknolojiler ve toplumsal ilişkiler	35
1.1.1.4.3.1.3. Medikalizasyon	38
1.1.1.4.3.1.4. Toplumsal inşacılığa yöneltelen eleştiriler.....	41
1.1.1.4.3.2. Etkileşimci yaklaşım.....	42
1.1.1.4.4. Post Yapısalcılık ve Foucault.....	44
1.1.1.4.5. Feminist yaklaşımlar.....	50

1.1.1.4.5.1. Liberal Feminizm	51
1.1.1.4.5.2. Radikal Feminizm	52
1.1.1.4.5.3. Marxist Feminizm	55
1.1.1.4.5.4. Postmodern Feminizm	57
1.1.1.4.6. Bourdieu ve Giddens	59
1.1.1.4.7. Postmodern yaklaşımlar	60
1.1.1.5. Türkiye’de sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişimi	63
1.1.2. Sağlıkta sosyal ve ekonomik statüye dayalı eşitsizlikler	67
1.1.2.1. Ekonomik eşitsizlikler ve sağlık	68
1.1.2.1.1. Sınıf ve sağlık	68
1.1.2.1.2. Meslek ve sağlık	77
1.1.2.1.3. Sosyal ve ekonomik gruplar, gelir dağılımı ve sağlık ...	78
1.1.2.1.3.1. Sosyal sermaye	83
1.1.2.2. Cinsiyete dayalı eşitsizlikler ve sağlık	86
1.1.2.2.1. Ölüm ve hastalık oranlarındaki cinsiyet farklılıkları	87
1.1.2.2.1.1. Ölüm ve hastalık oranlarındaki cinsiyet farklılıklarına yönelik açıklamalar	91
1.1.2.2.1.1.1. Toplumsal rollere bağlı davranışsal açıklamalar	91
1.1.2.2.1.1.2. Kadınlar arasındaki farklılıkları vurgulayan açıklamalar	93
1.1.2.2.1.1.3. Bütünleştirici açıklamalar	93
1.1.2.2.2. Sağlık hizmetlerine erişimde cinsiyete dayalı eşitsizlikler	95
1.1.2.3. Bölgesel eşitsizlikler ve sağlık	101
1.1.2.3.1. Gelişmiş ve azgelişmiş coğrafi bölgeler arasındaki farklılıklar	101
1.1.2.3.2. Kırsal ve kentsel bölgeler arasındaki farklılıklar	106
1.1.2.4. Eğitim eşitsizlikleri ve sağlık	111
1.1.2.5. Etnik durum eşitsizlikleri ve sağlık	116
1.1.3. Sağlık sistemleri ve sağlık sistemlerinin politik bağlamı	119
1.1.3.1. Sağlık sistemlerinin sınıflandırması	119

1.1.3.2. Seçilmiş ulusal sağlık sistemlerinin karşılaştırılması	121
1.1.3.2.1. A.B.D.'nin sağlık sistemi	122
1.1.3.2.2. Almanya'nın sağlık sistemi	124
1.1.3.2.3. İskandinav ülkelerinin sağlık sistemi	126
1.1.3.2.4. İngiltere'nin sağlık sistemi	128
1.1.3.2.5. Küba'nın sağlık sistemi	129
1.1.3.3. Neo-liberalizm, sağlık ve sağlık sistemlerinde reformlar	133
1.1.4. Türkiye'de sağlık politikaları ve temel sağlık göstergeleri	140
1.1.4.1. Türkiye'de sağlık politikalarının tarihsel gelişimi	140
1.1.4.1.1. 1920-1945 dönemi	140
1.1.4.1.2. 1946-1960 dönemi	141
1.1.4.1.3. 1961-1980 dönemi	141
1.1.4.1.4. 1980-2002 dönemi	143
1.1.4.1.5. 2003'ten günümüze: Sağlıkta Dönüşüm Programı	149
1.1.4.1.5.1. Genel sağlık sigortası	151
1.1.4.1.5.2. Yaygın ve erişimi kolay hizmet sistemi	158
1.1.4.1.5.2.1. Aile hekimliği	159
1.1.4.1.5.2.2. Hastanelerin mali ve idari açıdan özerkleşmesi	162
1.1.4.1.5.3. Değerlendirme	164
1.1.4.2. Türkiye'de sağlığın mevcut durumuna ilişkin seçilmiş göstergeler	168
1.2. Amaç	175
1.3. Önem	176
1.4. Sayıtlar	177
1.5. Sınırlılıklar	178
2. Yöntem	179
2.1. Araştırma Modeli	179
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	179
2.3. Verilerin Toplanması	180
2.4. Verilerin Çözümü ve Yorumlanması	180
2.5. Güvenirlik	181

2.6. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri	182
2.7. Süre ve Olanaklar	182
3. Bulgular ve Yorum	183
3.1. Giriş	183
3.1.1. Örneklemenin genel özellikleri.....	184
3.1.1.1. Köy örnekleminin genel özellikleri.....	186
3.1.1.2. Mahalle örnekleminin genel özellikleri	191
3.1.1.3. Üniversite örnekleminin genel özellikleri	194
3.2. Sağlık ve Hastalık Algısı.....	196
3.2.1. Sağlık algısı	196
3.2.2. Hastalık algısı	206
3.3. Algılanan Sağlık Statüsü	226
3.3.1. Mevcut sağlık statüsüne ilişkin göstergeler	226
3.3.1.1. Kronik hastalıkların örnekleme dağılımı.....	226
3.3.1.2. Hasta olma sıklığı	229
3.3.1.3. Yorgun hissetme sıklığı	231
3.3.1.4. Ağrılı hissetme sıklığı	232
3.3.1.5. İlaç içme sıklığı	234
3.3.1.6. Uyku bozukluğu yaşama sıklığı.....	235
3.3.1.7. Stresli hissetme sıklığı.....	237
3.3.2. Örnekleme algılanan sağlık statüsü	239
3.4. Sağlığa yönelik tutum ve davranışlar.....	254
3.4.1. ‘Yaşam Tarzı’ faktörleri.....	254
3.4.1.1. Beslenme	254
3.4.1.2. Hareketsizlik.....	260
3.4.1.3. Alkol kullanımı	262
3.4.1.4. Sigara kullanımı	263
3.4.2. Sağlıkla ilgili bilginin kaynakları, bazı kaynaklara duyulan güven düzeyi ve ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat etme	265
3.4.3. Sağlık kuruluşlarına başvurma ölçütleri ve düzeyi	276
3.4.4. Doktordan utanma tutumu	288

3.4.5. Gebelik, doğum ve çocukların aşıları	293
3.5. Sağlık sistemine yönelik algı, tutum ve değerlendirme.....	301
3.5.1. Tercih edilen sağlık kuruluşları, bu tercihin nedenleri, algılanan kalite düzeyleri ve hastanelerin birleştirilmesine yönelik tutum.....	301
3.5.2. Sağlık personelinin davranışından duyulan memnuniyet düzeyi ve bıçak parasına yönelik tutum.....	315
3.5.3. Devletin ilaçların bir kısmını karşılamasına yönelik tutum, sağlık hizmetlerinden yararlanmada hiyerarşi algısı ve başkalarının karnesi/kartı üzerinden sağlık hizmeti alanlara yönelik tutum.....	332
3.5.4. Hastanelerin en önemli problemi.....	352
3.5.5. İdeal sağlık hizmeti algısı ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi	358
3.5.5.1. İdeal sağlık hizmeti algısı.....	358
3.5.5.2. Sağlık hizmetlerine yönelik genel değerlendirme.....	369
4. Sonuç ve Öneriler	375
4.1. Sonuç.....	375
4.2. Öneriler.....	386
Ekler	388
Kaynakça	409

Tablo ve Şekiller Listesi

Tablo 1: Bazı Sağlık Göstergeleri Açısından Seçilmiş Ülkelerin Karşılaştırılması.....	170
Tablo 2: Örneklemin Demografik Özellikleri	185
Tablo 3: Örneklemin Ekonomik Özellikleri ve Hane Yapısı.....	186
Tablo 4: Sağlıklı Olmayı Tanımlama Biçimi ile Seçilmiş Değişkenler Arasındaki İlişkiler	197
Tablo 5: Sağlıklı Olmanın Tanımlanma Biçimlerinin Örnekleimde Dağılımı.....	197
Tablo 6: Hastalığın Tanımlanış Biçimi ile Seçilmiş Değişkenler Arasındaki İlişki	207
Tablo 7: Hastalığın Nedeni Olarak Görülen Faktörlerle Seçilmiş Değişkenler Arasındaki İlişki	216
Tablo 8: Örneklem Gruplarına Göre Hastalığın Nedeni	218
Tablo 9: ‘Hastalığın Nedeni Kader midir Yaşam Koşulları mıdır?’ Sorusuna Verilen Yanıtların Örnekleimde Dağılımı	222
Tablo 10: Kronik Hastalık Sayısı Ortalamaları ve Seçilmiş Kronik Hastalıkların Örnekleimde Dağılımı.....	227
Tablo 11: Kronik Hastalık Sayısı ile Yaş, Aylık Gelir ve Eğitim Görülen Yıl Değişkenleri Arasındaki Korelasyon ve Kısmi Korelasyon Değerleri.....	229
Tablo 12: Hasta Olma Sıklığının Örnekleimde Dağılımı	230
Tablo 13: Yorgun Hissetme Sıklığının Örnekleimde Dağılımı.....	232
Tablo 14: Ağrılı Hissetme Sıklığının Örnekleimde Dağılımı	233
Tablo 15: İlaç İçme Sıklığının Örnekleimde Dağılımı	235
Tablo 16: Uyku Bozukluğu Yaşama Sıklığının Örnekleimde Dağılımı	236
Tablo 17: Stresli Hissetme Sıklığının Örnekleimde Dağılımı	237
Tablo 18: Algılanan Sağlık Statüsü ile Seçilmiş Değişkenler Arasındaki İlişkiler.....	239
Tablo 19: Algılanan Sağlık Statüsünün İlişkili Değişkenler Açısından Örnekleimde Dağılımı.....	240
Tablo 20: Algılanan Sağlık Statüsünün Eski Sosyal Güvenlik Kurumuna Göre Dağılımı	248
Tablo 21: Algılanan Sağlık Statüsü ile Seçilmiş Değişkenlerin Korelasyon ve Kısmi Korelasyon Değerleri	250

Tablo 22: Örneklem Grupları İçin Algılanan Sağlık Statüsü ile Seçilmiş Değişkenlerin Korelasyon ve Kısmi Korelasyon Değerleri.....	251
Tablo 23: Besin Gruplarının Tüketiminin Seçilmiş Değişkenlere Göre Gösterdiği Farklılık.....	254
Tablo 24: Besin Gruplarının Tüketiminin Örneklemde Dağılımı.....	256
Tablo 25: Egzersiz Yapma Sıklığının Örneklemde Dağılımı.....	261
Tablo 26: Alkol Kullanma Sıklığının İlişkili Değişkenler Açısından Örneklemde Dağılımı.....	263
Tablo 27: Sigara Kullanma Sıklığının İlişkili Değişkenler Açısından Örneklemde Dağılımı.....	265
Tablo 28: Sağlık Bilgisinin Elde Edildiği Kaynakla Seçilmiş Değişkenler Arasındaki İlişki.....	266
Tablo 29: Sağlık Bilgisinin Elde Edildiği Kaynağın İlişkili Değişkenler Açısından Örneklemde Dağılımı	267
Tablo 30: Sağlık Bilgisi Kaynaklarına İnanma Düzeyinin Seçilmiş Değişkenlere Göre Gösterdiği Farklılık.....	270
Tablo 31: Sağlık Bilgisi Kaynaklarından Elde Edilen Bilgilerin Doğruluğuna İnanma Düzeyinin Örneklemde Dağılımı	272
Tablo 32: Komşu ve Akrabaların Verdiği İlaçları Kullanmaya Yönelik Tutum.....	274
Tablo 33: İlaçların Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme ve Geleneksel ya da Dinsel Tedavilere Başvurma ile Seçilmiş Değişkenlerin İlişkisi.....	275
Tablo 34: Sağlık Kurumuna Başvurmaya İlişkin Değişkenlerin Seçilmiş Değişkenlerle İlişkisi.....	277
Tablo 35: Doktora ve Dişçiye Hangi Durumda Gidildiği.....	277
Tablo 36: Doktordan Utanmaya İlişkin Değişkenlerle Seçilmiş Değişkenler Arasındaki İlişki.....	288
Tablo 37: Doktordan Utanma Değişkenlerinin Cinsiyet, Eğitim ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımları.....	289
Tablo 38: Gebelik ve Doğumla İlgili Seçilmiş Değişkenlerin Diğer Değişkenlere Göre Gösterdiği Farklılık	293
Tablo 39: Gebelik ve Doğumla İlgili Seçilmiş Değişkenlerin Diğer Değişkenlerle İlişkisi	293
Tablo 40: Doğumun Yapıldığı Yerin Örneklemde Dağılımı	296
Tablo 41: İlişkili Değişkenlere Göre Gebelik, Düşük, Doğum, İlk Doğum Yaşı ve Gebelikte Doktor Kontrolü Değerleri.....	298

Tablo 42: Çocukların Aşılarını Zamanında Yaptırma Davranışının Örneklemde Dağılımı	300
Tablo 43: Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Algı ve Tutum Değişkenlerinin Diğer Değişkenlerle İlişkisi	302
Tablo 44: Tercih Edilen Sağlık Kuruluşu ve Tercih Nedeninin Örneklemde Dağılımı.....	303
Tablo 45: Tercih Edilen Sağlık Kuruluşuna Göre Tercih Nedenleri	306
Tablo 46: Hastanelere İlişkin Seçilmiş Değişkenlerin Örneklemde Dağılımı	308
Tablo 47: Sağlık Personelinin Davranışların Duyulan Memnuniyet, Rahatsız Olunan Davranışlar ve Bıçak Parasına Yönelik Tutumun Seçilmiş Değişkenlerle İlişkisi.....	316
Tablo 48: Sağlık Personelinin Davranışından Duyulan Memnuniyet.....	318
Tablo 49: Devletin Bazı İlaçları Karşılammamasına Yönelik Tutum, Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmada Hiyerarşi Algısı ve Başkalarının Karnesi/Kartı Üzerinden Sağlık Hizmeti Alanlara Yönelik Tutum ile Seçilmiş Değişkenlerin İlişkisi.....	332
Tablo 50: Devletin Bazı İlaçları Karşılammamasına Yönelik Tutumun İlişkili Değişkenler Açısından Örneklemde Dağılımı	333
Tablo 51: Memurların Sağlık Hizmetlerinden Eski SSK ve Bağ-Kur'lulara Oranla Daha İyi Faydalanıp Faydalanmadığına İlişkin Algı	340
Tablo 52: Seçilmiş Değişkenlere Göre Türkiye'de Hastanelerin En Önemli Problemi	355
Tablo 53: Bir Devletin İdeal Sağlık Hizmeti Sağlaması İçin Ne Yapması Gerektiğine Yönelik Düşünceler	360
Tablo 54: Sağlık Hizmetlerine Yönelik Genel Değerlendirmenin Seçilmiş Değişkenlere Göre Gösterdiği Farklılık.....	369
Tablo 55: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Yönelik Genel Değerlendirmenin Örneklemde Dağılımı	370
Şekil 1: Sağlığın Temel Belirleyicileri	2
Şekil 2: Sosyal ve Ekonomik Gelişmişlik Düzeyine Göre İller.....	104

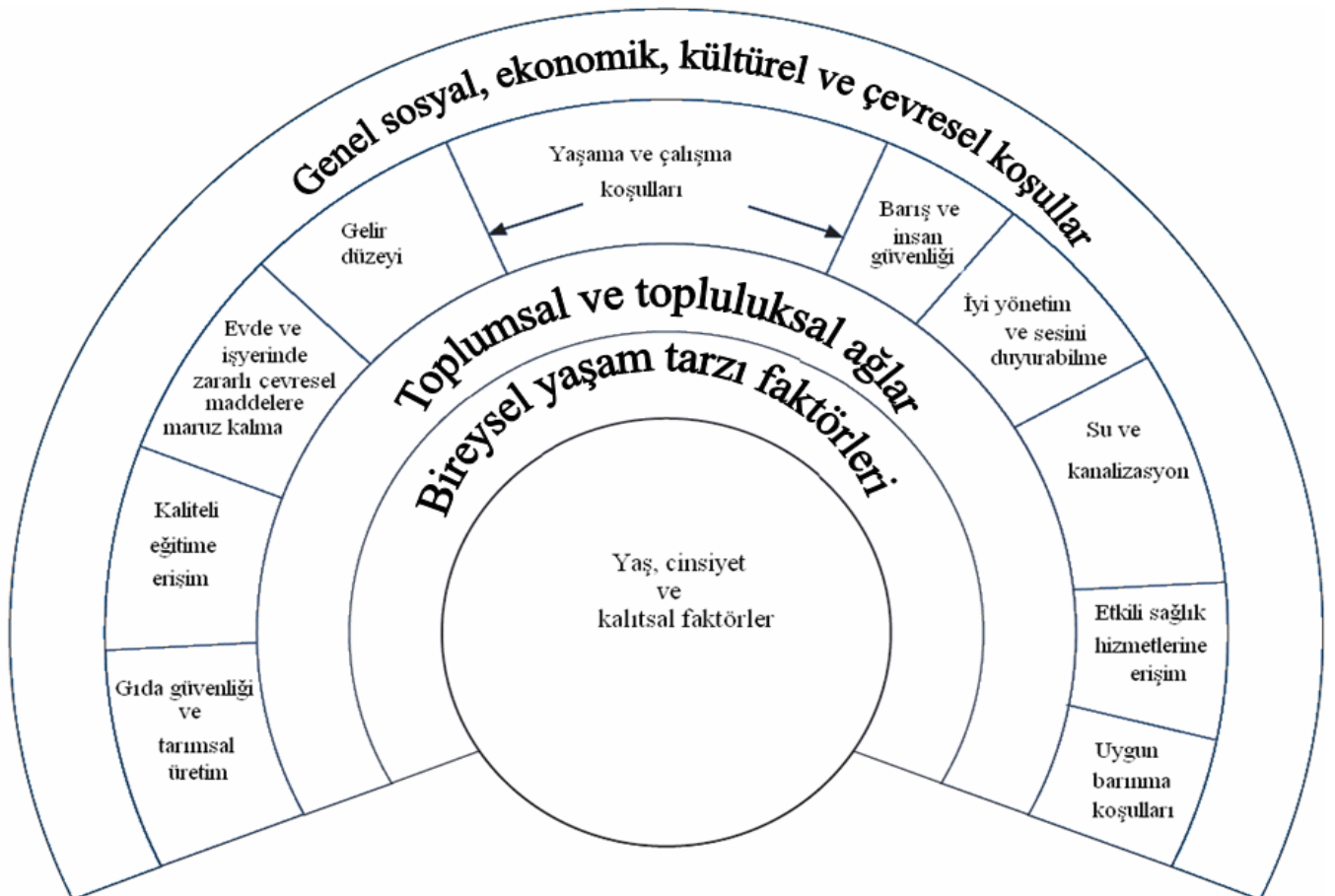
1. Giriş

1.1. Problem

Sağlık ve yaşam hakkı, neredeyse bütün ülkelerin anayasalarında güvence altına alınmış ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nde kabul edilmiş bir haktır. Türkiye Cumhuriyeti'nin Anayasası'nın (1982) devletin sosyal niteliğini vurgulayan ikinci maddesi devletin yurttaşlarının sağlığından sorumlu olduğunu kabul etmektedir. Ayrıca Sosyal ve Ekonomik Haklar ve Ödevler bölümünün sekizinci fıkrasının A bendinde yer alan 56. maddesi de her ne kadar sağlıkta özelleştirmeyi vurgulasa ve sağlık hizmetinin vatandaşlık hakkı çerçevesinde değil, sağlık sigortası çerçevesinde verileceğinin işaretlerini içerse de herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı olduğunu ve devletin yurttaşlarının hayatlarını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmelerini sağlamaktan sorumlu olduğunu ifade eder (T.C. Anayasası, 1982). Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 10 Aralık 1948 tarih ve 217 A (III) sayılı kararıyla ilan edilen ve Türkiye Cumhuriyeti'nde Bakanlar Kurulu Kararı ile 27 Mayıs 1949 tarih ve 7217 Sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 22. maddesi toplumun bir üyesi olarak herkesin sosyal güvenlik hakkı olduğunu ve 25. maddesi de herkesin sağlık ve refahı için tıbbi bakım hakkı olduğunu ve yine herkesin işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahip olduğunu vurgulamaktadır (İnsan Hakları Evrensel Bildirisi, 1948).

Şu halde, kıt kaynakların toplumda dağılımı eşitsiz bir şekilde gerçekleşse bile, herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya hakkı vardır. Bu görüşten hareketle sağlık alanındaki eşitsizliklerin insan hakları bağlamında değerlendirilmesi gerektiğini savunan çok sayıda çalışma (Vagerö, 1995; Farmer ve Campos, 2004; Nixon ve Forman, 2008) toplumsal eşitsizliklerin sağlığa yansımalarının insan hakları açısından çok ciddi sonuçlar doğurduğunun altını çizmektedirler.

Bununla birlikte toplumda sağlık statüsünde, sağlığa ilişkin risklerin dağılımında ve sağlık hizmetlerine erişimde çeşitli eşitsizlikler söz konusudur ve bu eşitsizlikler bireyler ya da gruplar arasında ölüm ve hastalık oranlarında, ortalama yaşam sürelerinde ve algılanan sağlık statülerindeki farklılıklarda görünür hale gelmektedir (Graham, 2007). Bu eşitsizlikler bireylerin sağlık risklerini, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeylerini belirleyen etkenlere bağlı olarak meydana gelmektedir. Bu etkenleri Şekil 1'de görülebileceği gibi genelden öze doğru genel sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel koşullar, beslenme, eğitim, çevre kirliliği, gelir düzeyi, yaşama ve çalışma koşulları, barış ve insan hakları güvencesi, devlet tarafından iyi bir şekilde yönetilme, temiz su ve hijyenik kanalizasyona erişim, etkili sağlık hizmetlerine erişim, iyi barınma koşulları, sosyal ve topluluksal ağlar, bireysel yaşam tarzı faktörleri, yaş, cinsiyet ve kalıtsal faktörler şeklinde sıralamak mümkündür (Dahlgren ve Whitehead, 1991:11).



Şekil 1: Sağlığın Temel Belirleyicileri

Kaynak: Dahlgren ve Whitehead (1991:11).

Sağlık ve hastalık sosyolojisi bağlamında, bu faktörlerden bazıları sosyal yönleri nedeniyle ön plana çıkmaktadır. Bu faktörlerin bireylerin ve toplumun sağlığı üzerindeki etkisini tam olarak ortaya koyabilmek amacıyla yapılan çok sayıda çalışma, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanma ve sağlık düzeylerinin; bireylerin yurttaşı oldukları ülkenin gelişmişlik düzeyi (Bui ve Markle, 2007; Levy ve Sidel, 2006; Leon ve Walt, 2001), yönetim şekli ve sağlık politikası (Wall, 1996; Navarro ve Shi, 2001; Muntaner ve Navarro, 2004), yaşadıkları alanın kentsel mi kırsal mı olduğu (Levin ve Leyland, 2006; Fitzpatrick vd., 2001; Gartner, 2007), toplumsal sınıfları (Scambler ve Higgs, 1999; Navarro, 1991; Townsend ve Davidson 1982), toplumsal cinsiyetleri (Payne, 1991, 2006; Annandale ve Hunt, 2000; Wamala, 2009) ırkları ve etnik grupları (Hayward vd., 2000; Karlsen ve Nazroo, 2002, 2004; Smaje, 1996; Williams, 2000), gelir düzeyleri (Lynch vd., 2000; Leigh vd., 2009, Davey-Smith, 1996), çalışma koşulları (Monden, 2005; Laaksonen vd., 2006; Rahkonen vd., 2006), eğitim düzeyleri (Arendt, 2005; Chandola vd., 2006) ve statüleri (Marmot, 1996, 2004; Cutler vd. 2008; North vd. 1993; Winkleby vd. 1992) tarafından etkilendiğini ortaya koymaktadır.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda da sağlığın ve çeşitli fiziksel ve zihinsel hastalıkların cinsiyet (Karasu, 2007, Bilge, 2008; Keskin, 2008; Erol vd., 1998), eğitim düzeyi (Erol vd., 1998; Bilge, 2008; Keskin, 2008; Dönmez vd., 2000; Rezaki, 1995; Belek, 2000b), çalışma durumu ve gelir düzeyi (Keskin, 2008; Belek, 1999; Şenol ve Belek, 2002; Türkkkan ve Aytekin, 2009), medeni durum (Erol vd., 1998), işsizlik (Çilli vd., 1997; Yüksel, 2003) gibi sosyal ve ekonomik statünün belirleyicileri olan faktörlerle ilişkili olduğunu saptanmıştır. Ayrıca özellikle düşük sosyal ve ekonomik statülü gruplarda algılanan sosyal destek düzeyinin de psikolojik sağlık üzerinde etkili olduğu ortaya konmuştur (Sayar, 2006).

Bireylerin sağlıklarının en tutarlı göstergesinin *sosyal ve ekonomik statü* olduğunu vurgulayan çeşitli çalışmalardan biri olan Winkleby vd. (1992:816), sağlık ve hastalık çalışmalarında gelirin ekonomi, barınma koşulları, beslenme ve tıbbi bakım açısından sahip olunan gücü yansıttığını; mesleğin statüyü, sorumluluğu, fiziksel etkinliği ve çalışmayla ilişkili sağlık risklerini ölçtüğünü ve

eğitimin de bireyin olumlu sosyal, psikolojik ve ekonomik kaynaklara ulaşma becerilerini gösterdiğini vurgulamaktadır. Toplumsal sınıf, toplumsal cinsiyet, coğrafi bölge gibi değişkenler insanların barınma, eğitim, ulaşım, gelir ve sosyal destek gibi çeşitli sosyal kaynaklara ulaşımını, yaşama ve çalışma koşullarını ve sosyal statülerini etkilemekte ve sağlık ve hastalığın toplumdaki dağılımını şekillendirmektedir.

Yukarıda bahsedilen çok sayıda çalışma, Dahlgren ve Whitehead'in çalışmasında (1991:11) belirtildiği gibi bireylerin sağlıklarının önemli ölçüde içinde bulundukları toplumsal koşullar tarafından biçimlendirildiğini göstermektedir. Diğer bir deyişle anayasal bir hak olduğu halde toplumsal eşitsizliklerin bir sonucu olarak sağlık toplumda eşitsiz bir şekilde dağılmakta ve bireylerin içinde bulundukları sosyal ve ekonomik konumları, sağlıklı yaşamak için gereken koşulları yerine getirme düzeylerinde, sağlık hizmetlerine erişimlerinde ve sonuç olarak sağlık düzeylerinde önemli farklılıklar yaratmaktadır. Sağlık düzeyinde, sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık hizmetlerinden faydalanmada görülen bu farklılıklar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “politik, toplumsal ve ekonomik olarak kabul edilemez” (DSÖ, 1978) olarak ifade edilmektedir.

Buradan da anlaşıldığı gibi sağlık eşitsizlikleri diğer alanlardaki toplumsal eşitsizliklerden bağımsız değildir. Bu nedenle bu eşitsizlikler sadece tıp disiplininde yapılacak çalışmalarla ya da yalnızca sağlık kurumlarının işleyişini ele alan politika düzenlemeleriyle çözülebilecek sorunlar değil, diğer toplumsal eşitsizliklerle ilişkileri çerçevesinde ve toplumsal bağlam içinde değerlendirilmesi gereken sorunlardır. Sağlığın toplumsal bağlam içinde değerlendirilmesi söz konusu olduğunda sağlığın ölçümü önemli bir sorun oluşturmaktadır. Sağlık kavramının tanımının ve ölçümünün görece muğlak olması nedeniyle sağlık ve sosyal ve ekonomik statü arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmaların önemli bir kısmında statü ile hastalık oranları arasındaki ilişki ölçülmektedir. Bu tutum sağlık kavramının “hastalığın yokluğu” şeklinde indirgemeci bir şekilde tanımlanması anlamına gelmektedir. Bu indirgemeciliğe karşı çıkan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık kavramını hastalığın olmaması ya da özürölülük değil, “fiziksel, zihinsel ve toplumsal

açılardan tam bir iyilik halî" (DSÖ, 1948) olarak tanımlamaktadır. Payne (2006:70), sağlığı ölçmek için kullanılan *algılanan sağlık statüsü*¹ kavramının hastalığın olmaması anlamındaki yetersiz sağlık durumunu ifade etmediğini, DSÖ'nün genel olarak kendini iyi hissetmeyi vurgulayan bütüncül sağlık tanımına daha iyi uyduğunu belirtmektedir. Sağlığını kötü algılayanların ölüm riskinin, sağlığını iyi algılayanların ölüm riskinden daha yüksek olduğu belirtilmekte ve algılanan sağlık statüsünün, ölüm oranlarını tahmin etmede kullanışlı ve güçlü bir araç olduğu kabul edilmektedir (Benjamins vd., 2004; Benyamini ve Idler, 1999). İnsanların kendi sağlık statülerini algılayarak ve sağlıklarının nasıl olduğu sorusuna yanıt verirken sadece nasıl hissettiklerini veya bilgileri dahilindeki sağlık sorunlarını düşünmekle kalmadıkları, sigara ve alkol tüketimi, diyet, egzersiz gibi yaşam tarzıyla ilgili sağlıklı davranışlarını (Payne 2006:70) ve ailelerinin sağlık geçmişleri ile aile üyelerinin ortalama yaşam süreleri (Ferraro ve Farmer, 1999) gibi sağlıkla ilgili önemli başka göstergeleri de dikkate aldıkları belirtilmekte ve bu nedenle algılanan sağlık statüsünün sağlığı ölçmek için önemli ve geçerli bir araç olduğu kabul edilmektedir.

Bu tezin temel problemi, "sosyal ve ekonomik statü algılanan sağlık statüsünü ve sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışları etkiler mi?" şeklinde ifade edilebilir. Bu çerçevede cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, eğitim durumu, meslek, doğum yerinin ve yaşanan yerin kırsal mı kentsel mi olduğu, sosyal güvence tipi ve çocuk sayısı gibi sosyal ve ekonomik statüyü ölçen değişkenler ile sağlık ve hastalık algısı, sağlığa ilişkin davranışlar, algılanan sağlık statüsü, sağlık sisteminden beklentiler ve sağlık sisteminden duyulan memnuniyet düzeyi değişkenleri arasında bir ilişki olup olmadığı sorusu da tezin alt problemlerini oluşturmaktadır.

1.1.1. Sağlık ve hastalık sosyolojisinin teorik kökenleri ve gelişimi

1.1.1.1. Sağlık ve hastalık sosyolojisinin yapısı

Temel olarak medikal bilgi sosyolojisinden ve toplumsal inşacılık yaklaşımından gelişen sağlık ve hastalık sosyolojisi, tıbbi bilginin toplumsal inşası, sağlık ve

¹ Terimin İngilizce literatürdeki karşılığı *self-reported health status* ya da *self-rated health* şeklindedir.

hastalığa ilişkin sıradan insanların algıları, sağlık ve hastalık deneyimleri, bedeninin toplumsal ve kültürel yönleri, hastaların ve sağlık profesyonellerinin etkileşimleri, sağlık ve hastalığın toplumsal yapı içindeki deseni, sağlığa ilişkin toplumsal eşitsizlikler, formel ve enformel sağlık hizmetlerinin toplumsal örgütlenmesi gibi konuların analizini içerir.

Sosyologlar sağlık ve hastalık sosyolojisinin içeriğini farklı sosyolojik yaklaşımlar ya da paradigmalara örgütlemeye ve yapılandırmaya çalışmışlardır. Turner ve Samson (1995), kapsamlı bir sağlık ve hastalık sosyolojisinin, toplumda sağlık ve hastalığı üç düzeyde incelemesi gerektiğini ileri sürer. Bu düzeylerden ilki, hasta olma deneyimini ve sağlık ve hastalığa ilişkin algıları konu olan ve fenomenolojik bir bakış açısına sahip olan bireysel düzeydir. İkincisi hastalığın kültürel kategorilerini, hastalık kategorilerinin toplumsal inşasını ve sağlık hizmeti veren kuruluşları konu alan ve rollerin, normların ve sapmanın incelendiği işlevselci bakış açısına sahip olan toplumsal düzeydir. Sonuncusu ise sağlık politikalarını ve sağlık sistemlerini konu alan ve sağlık sistemlerini kendi politik bağlamlarında inceleyen kurumsal düzeydir (Turner ve Samson, 1995:4-5). Alandaki çalışmaları düzeylerine göre sınıflandıran Turner ve Samson'dan farklı olarak Clarke (1981) sağlık ve hastalık sosyolojisi çalışmalarını amaçlarına göre değerlendirmekte ve genel olarak (i) nedensel yasaları bulmaya çalışan pozitivist yaklaşım, (ii) toplumların hastalıklarını teşhis etmeye ve çözüm bulmaya çalışan eleştirel yaklaşım ve (iii) empati yoluyla durumların anlamlarını yorumlamayı amaçlayan yorumlayıcı yaklaşım olarak sınıflandırmaktadır. White (1991, 2002) ise alandaki çalışmaları sahip oldukları yaklaşımlar açısından değerlendirmekte ve Parsons'cu, Marksist, Feminist, Foucault'cu/Fleck'ci çalışmalar şeklinde sınıflandırmaktadır.

Sağlık ve hastalık sosyolojisi, ağırlıklı olarak ampirik çalışmalardan oluşmakla ve sosyolojik teoriye pek katkıda bulunmamakla eleştirilmektedir (Turner, 1992:152; Gerhardt, 1989:xxiii). Buna karşılık sosyolojinin tutarlı olmaya çalışsa da özünde parçalı bir disiplin olduğuna dikkat çekilerek bu yönde yapılan eleştirilere karşı çıkılmakta (Johnson vd., 1984; Nettleton 2006) ve sağlık ve hastalık sosyolojisinin pragmatik yönüne dikkat çekilmektedir (Turner, 1992). Turner, sağlık ve hastalık sosyolojisinin tıbbi sorular yerine sosyolojik sorular

formüle ederek hastaların ihtiyaç ve sorunlarına daha iyi hizmet edilebileceğini, böylece sağlık ve hastalık sosyolojisinin toplumun sağlığını ve sağlık bakımını iyileştirebileceğini ve beden sosyolojisi gibi uzun süredir sosyoloji tarafından ihmal edilen alanlar için uygun bir teorik zemin oluşturacağını ileri sürmektedir (Turner 1992:152-4, 163).

1.1.1.2. Sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişimi

Sosyoloji ve tıbbın birçok ortak yönü vardır. Nettleton ve Gustafsson'un (2006:3) belirttiği gibi, farklı yollarla olmakla birlikte her ikisi de insanlarla, bedenle ve nüfusun refahı ile ilgilenmektedir. Ayrıca tıbbın sosyolojiden daha eski bir tarihe sahip olduğunu vurgulayan bazı yazarlara göre sosyoloji modern tıp bağlamında, doktorların kamu sağlığı adına nüfus hakkında topladıkları bilgilere dayalı olarak gelişmiştir (Armstrong, 2002; Foucault, 1980). Sosyolojinin köklerinin Montesquieu ve Comte'da aramanın tek yönlü bir girişim olduğunu ileri süren Foucault (1980:151), sosyolojik bilginin "daha ziyade doktorların uygulamaları sonucunda" biçimlendiğini savunmaktadır.

'Sağlık sosyolojisi' terimini ilk olarak 1894'te sağlığı etkileyen toplumsal faktörleri incelediği çalışmasında Charles McIntyre kullanmış, terim ancak sekiz yıl sonra Elizabeth Blackwell'in tıp ve toplum arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında yeniden kullanılmıştır (Dikmen, 2001a:8). Klasik sosyoloji kuramları içinde Engels'in İngiltere'de işçi sınıfının yaşam koşullarıyla sağlığı ilişkilendirmesi, Durkheim'in intiharları ele alması ve Modern sosyolojinin en önemli isimlerinden olan Parsons'ın sosyal sistem analizinde tıp mesleğine ve hasta rolüne verdiği yer sağlıkla ilişkilidir, ama bunların dışında sağlık sosyolojisi ile doğrudan ilişkili fazla metin yoktur. Dikmen (2001a:8) bu durumun nedeninin "tıbbın toplumun yapısına ve doğasına şekil vermemesi" olduğunu belirtmektedir. Özellikle Klasik sosyolojinin sağlıkla ilgilenmemesinin nedeni hakkında düşünmek, sağlık ve hastalık sosyolojisinin genel bağlamını anlamak açısından yararlı olacaktır.

Sosyolojideki ilk gelişmeler genel olarak toplumsal düzenin yeniden inşa edilişi sorununa odaklanmış, modernitenin etkisiyle birlikte bütüncül bir toplum yapısı desteklenmiştir. Birey önce toplumun bütünü ve tinsel gücü karşısında, daha sonra ise devlet karşısında yalnızlaştırılmıştır. Sosyolojinin ilk dönemlerinde

yapılan ve yukarıda bahsedilen çalışmalar toplum ve halk sağlığı ile ilgilense de, Engels'in çalışması endüstriyel kapitalizmin vasıfsız işgücünün sağlığıyla sınırlı kalmakta, Durkheim'in çalışması yapısal faktörleri vurgulamakta, Parsons'sın çalışması da sağlığı bireylerin araçsal işlevsel kapasitelerini gerçekleştirmeleri olarak görmekte ve hastalığı olağan toplumsal rollerden bir kaçış olarak kavramsallaştırmaktadır. Başka bir deyişle sağlık ve hastalık sosyolojisi açısından değerli kaynaklar olmakla birlikte bu çalışmalarda sağlık yeterince kurumsallaştırılmamakta, bir toplumsal kurum olarak diğer toplumsal kurumlarla ilişkisi içinde analiz edilmemekte ve sağlık sisteminin işleyişi bir bütün olarak ele alınmamaktadır. Sağlığın ve hastalığın sosyolojik çalışmalara konu olması, topluma bakış açısının değişmesini bekleyecektir.

Sağlık ve hastalık sosyolojisinde yapılan çalışmalar, ancak İkinci Dünya Savaşı sonrasında, özellikle de 1960'lardan itibaren niceliksel olarak artmaya ve niteliksel olarak çeşitlenmeye başlamış, 1970'lerden itibaren de giderek artarak günümüzde sağlık ve hastalık sosyolojisinin sosyolojinin en geniş alt dallarından biri haline gelmesini sağlamıştır. Sağlık ve hastalık sosyolojisine duyulan ilginin artmasında birbiriyle ilişkili birkaç faktörün etkili olduğu söylenebilir. Bunlardan ilki, bir yandan tıp ve ilaç sektörlerindeki gelişmeler, bir yandan da sosyal refah devletinin sağladığı yüksek ücretler ve geniş sosyal kazanımlar sayesinde önceki dönemlere oranla oldukça yükselen toplum sağlığı göstergelerinin, değişen ekonomi politikaları tarafından tehdit edilmesidir. Hem ekonomik hem de askeri bir kaynak olarak nüfusun sağlığının işlevsel bir düzeyde tutulması zorunluluğunu uzun süre refah devleti politikaları üstlenmiş, ancak sosyal refah devletinin zayıflamaya başlamasıyla birlikte bozulan toplum sağlığı dikkat çekmeye başlamıştır.

İkinci etkenin postmodern kırılışla birlikte bilimsel bilginin sorgulanmaya başlanması ve bu bağlamda hem tıbbi bilginin nesnelliğinin ve doğruluğunun, hem de tıp dahil olmak üzere bütün toplumsal kurumların eleştirilmeye başlanması olduğu söylenebilir. Avrupa'da reform hareketiyle birlikte Kilise'den boşalan iktidar alanına büyük mesleki ve politik mücadelelerden sonra tıp kurumu yerleşmiştir. Tıp kurumu modern toplumda hastalık kategorileri yaratıp bireyleri etiketleyerek, sorunların ardındaki sosyal ve politik faktörleri gizleyerek,

zaman zaman ataerkinin ve kapitalizmin çıkarlarını bilimsel gerçekler olarak sunarak, normalin ne olduğunu belirleme işlevini üstlenerek temel toplumsal kontrol mekanizması haline gelmiştir. Ancak 1968 hareketiyle birlikte bütün toplumsal kurumlar ve toplumsal kontrol mekanizmaları sorgulanmaya başlanmış, bu sorgulama sürecinde tıp da sosyolojinin güçlü eleştirileriyle karşılaşmıştır. Bu çerçevede sağlık ve hastalık sosyolojisinin, tıbbın eleştirilmesinde kullanılan kanallardan biri halini aldığı ve bu alana duyulan ilginin bu nedenle de arttığı söylenebilir.

Son olarak endüstriyel açıdan postfordizm-esnek üretim tarzının yarattığı çeşitlilikle, kültürel açıdan da postmodernizmin vurguladığı farklılık ile karakterize edilebilecek neo-liberal dönemde bireyin ve bireyin maruz kaldığı risklerin aşırı vurgulanması ve giderek ticarileşen sağlık hizmetlerinin bu risklerden kaçınmak için satın alınması gereken bir meta haline gelmesi, sağlık sosyolojisine olan ilgiyi artırmıştır. Yirminci yüzyılın üçüncü çeyreğinden itibaren toplumsal yaşamın neredeyse bütün yönleri medikalize edilmeye çalışılmakta ve tıbbın ve ilaç endüstrisinin elbirliği ile hasta olmayanlar da tıbbın kontrol alanına dahil edilmektedir (Illich, 1975). Tıbbın hastalıkları bireysel yaşam tarzı faktörleriyle ilişkilendirerek hem bireyleri hastalıklardan sorumlu tuttuğu hem de onları bu yolla sağlık hizmetleri 'satın alıcısı' haline getirmeye çalıştığı, ilaç firmalarının en önemli sorun olarak pazarın 'hasta insanlarla' sınırlı olmasını gördükleri (Moynihan ve Cassels, 2006:ix) tıp kurumunun piyasa mekanizmalarını gizlemek ve piyasanın ihtiyaçları doğrultusunda toplumsal kontrolü sağlamak için kullanıldığı bu dönemde sosyolojinin tıp kurumuna olan ilgisinin artması şaşırtıcı olmamalıdır. 1990'ların sonunda sağlık ve hastalık sosyolojisinin İngiltere ve Almanya'da sosyolojinin en geniş alt dalı, A.B.D.'de ise ikinci en geniş alt dalı (Cockerham, 1998:14) haline gelmesinde bu faktörlerin tümü etkili olmuş görünmektedir. Sağlık ve hastalık sosyolojisinin tarihsel gelişimi incelendiğinde yukarıda sayılan nedenler netlik kazanacaktır.

Sağlık ve hastalık sosyolojisi alanındaki ilk çalışmaların sosyologlardan çok sağlık alanında çalışanlar tarafından kaleme alınmış olması (Dikmen, 2001a:8), ancak sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişiminin tarihselliği içinde anlaşılabilir. Sosyolojide tıbbı yönelik eleştirel bakış açısının gelişmesinin tıbbın güçlenerek

bir kontrol mekanizması haline gelmesine paralel olduğu söylenebilir. Klasik dönemdeki sosyolojik çalışmalar tıba ayrıcalıklı bir pozisyon verirken tıp henüz bu derece piyasalaşmamış, nispeten toplum sağlığını iyileştirmeye odaklanan idealist bir meslek grubudur. Ancak sağlık ve hastalık sosyolojisinin geliştiği çağdaş dönemdeki tıp şirketleşmiş, piyasa ilişkilerine uyum sağlamış ve nüfusu kontrol altında tutmak ve piyasanın çıkarları doğrultusunda yönlendirmek için kullanılan bir kontrol mekanizması haline gelmiştir. Tıptaki bu dönüşüm özellikle 1968 sonrasında bütün kurumlar sorgulanırken tıbbın meşruiyetinin de sorgulanmasını ve sağlık sosyolojisinin çağdaş halini almasını sağlamıştır. Tıp ve sosyoloji arasındaki ilişki tıpta sosyoloji, tıp sosyolojisi ve sağlık ve hastalık sosyolojisi şeklinde üç dönemde incelenebilir (Twaddle, 1982).

Tıpta Sosyoloji: Tıp ve sosyoloji arasındaki ilişkinin ilk dönemi sosyolojinin tıba göre ikincil konumda olmasıyla karakterize edilen *Tıpta Sosyoloji* (sociology in medicine) dönemidir (Twaddle, 1982). Tıpta sosyoloji, neyin araştırılacağına kurumsal olarak belirlendiği, tıbbın ilgilerine hizmet eden sosyolojik araştırmalardan oluşan, sağlık çalışanlarını ve sosyal politikacıları ilgilendiren konuların çalışıldığı bir dönem olarak nitelendirilebilir. 1950-60'lara hakim olan ve medikal sosyoloji olarak da adlandırılan bu dönemdeki çalışmalar doktor-hasta ilişkisinin dinamiklerini anlayıp geliştirmek, hasta memnuniyetini artırmak, hastalığa neden olabilecek toplumsal faktörleri belirlemek gibi tıp amaçlarına ve kaçak ilaç kullanımı gibi sadece tıp tarafından sorun olarak görülen konulara yönelik olarak yapılmıştır (Nettleton 2006:11; White 2002:33). Bu dönemdeki çalışmalar genel olarak hastaların doktorlara 'itaatsizliği'ne odaklanan ve bu itaati sağlama amacına yönelik olan, başarısız sonuçların tıbbın zayıflığından değil, doktorun direktiflerine uymayan sapkın hastalardan kaynaklandığını kabul eden (Lerner, 1997:1428) ve doktorların hastalara bağımlılık yapan ilaçları yazmaları gibi başka bakış açılarına göre problem teşkil eden diğer konuları ihmal eden (White, 2002: 34) çalışmalardır.

Sosyoloji içinde yapısal-işlevsel bakış açısının baskın olduğu bu dönemde en önemli sosyolojik çalışma, Parsons'ın sağlığı sosyoloji ile ilişkilendirerek tıp mesleğini incelediği Sosyal Sistem [The Social System] (2005 [1951]) çalışmasıdır. Her ne kadar Parsons'ın çalışması hastalığın medikal modeline

eleştirel olarak yaklaşırsa da, Parsons'ın kendisi de tıp kurumunu çeşitli nedenlerle ayrıcalıklı kılmıştır. Kısacası tıpta sosyoloji döneminin sosyolojik çalışmaların tıp amaçlarına yönelik yapıldığı, sosyolojinin tıp yanlısı olduğu ve sonuçta tıba göre ikincil konumda kaldığı bir dönem olarak özetlenebilir.

Tıp Sosyolojisi: 1960'lar ve 1970'lerde sosyolojinin tıpla olan ilişkisinin ikinci evresi olan *Tıp Sosyolojisi* (Sociology of Medicine/Medical sociology) dönemi sosyologların tıbbın toplumu kontrol etmeye çalıştığını fark ettikleri, tıbbi bir toplumsal kontrol mekanizması olarak görmeye ve tıp kurumuna, tıp uygulamalarına ve tıbbın örgütlenme biçimine eleştiriler yöneltmeye başladıkları dönemdir. Foucault'cu anlamda iktidarın çeşitli türlerinin eleştirildiği toplumsal hareketlerin yaşandığı ve sosyolojide de yorumlayıcı yaklaşımın ağırlık kazanmaya başladığı bu dönemdeki çalışmalarda modern tıbbın meşruiyeti, tıp mesleğinin sınırları ve tıbbi örgütlerin işlev ve işleyişleri sosyolojik olarak sorgulanmış, sağlık ve hastalığa ilişkin tıbbi iktidarın görüşleri yerine sıradan insanların yaklaşımları ayrıcalıklı kabul edilmiştir.

Bu dönemin en önemli çalışmaları arasında Erving Goffman'ın tıp uygulamalarının değerden bağımsız olmadığını göstererek tıbbın meşruiyet temeli olan bilimselliğini sorguladığı *Asylums* (1961) adlı eseri gösterilebilir. Goffman'ın çalışmasını takiben anti-psikiyatri hareketinin öncülerinden T. Szasz (1971) ile R.D. Laing'in (1961, 1964) eserleri tıbbın yarattığı hastalık kategorilerinin biyolojik gerçeklere dayanan kategoriler olmaktan çok doktorların değerlerini ve önyargılarını yansıtan sınıflandırmalar olduğunu göstermiştir.

Bu dönemin en önemli çalışmalarından biri de Ivan Illich'in (1995 [1975]) *Sağlığın Gaspı* (Medical Nemesis) adlı eseridir. Illich (1995 [1975]), tıp kurumunun kendisinin sağlığa zarar verdiğini savunur ve bu durumu klinik, sosyal ve kültürel-simgesel iatrojenez kavramları ile açıklar.

Ölüm ve hastalanma oranlarındaki iyileşmenin tıbbi müdahalelerden çok çevresel faktörler sayesinde gerçekleştiğini, tıp kurumunun çıkara dayalı teşhis ve tedavilerinin yarardan çok zarar sağlayarak ölüme, hastalığa, ağrıya ve acıya neden olduğunu belirten Illich (1995 [1975]), tıbbın sağlığı yanlış teşhis ve

tedavi, aşırı ilaç reçetelenmesi ve benzeri tıbbi müdahalelerle kötüleştirmesini klinik iatrojenez olarak adlandırır.

Sosyal iatrojenez, sağlık hizmetlerinin kurumsal biçimleri nedeniyle toplumu sağlıklı kılan koşulların iyileştirileceğine kötüleştirilmesi, sağlık politikalarının ilaç firmaları gibi sağlıksızlık yaratan endüstriyel kuruluşlara destek olması veya devlet bütçelerinin halk genellikle yararlanamadığı halde ağırlıklı olarak tıba aktarılması gibi nedenlerle sağlığın kötüleşmesini ifade eder. Sosyal iatrojenez insanların kendi durumları ve çevreleri üzerindeki kontrollerinin ortadan kaldırılmasıyla işler, bu süreçte diagnostik emperyalizm, yani doktorların teşhis aracılığıyla insanları sınıflandırmaları önemli bir role sahiptir. Bu sınıflandırmalarla kimin okula-işe-askere gidip kimin gidemeyeceğini belirleyen doktorlar sağlıklı olduğu ispatlanıncaya kadar insanları hasta olarak görür, insanların yaşamlarındaki özgürlüklerini sınırlar ve onları hastalara dönüştürürler. İnsanların hastalığa, acıya ve ölüme verdikleri bireysel ve toplumsal tepkilerin ve otonomilerinin tıbbın desteklediği davranışlar ve normlar (ölümün bile tıbbın öngördüğü şekilde ve mekanda gerçekleşmesi gibi) aracılığıyla uygunsuz kabul edilmesi ve engellenmesi, diğer bir deyişle bireylerin kendi bedenleri, acıları, hatta ölümleri üzerindeki kontrolün tıp tarafından ellerinden alınması da kültürel ve simgesel iatrojenez ile ifade edilir. Illich (1995 [1975]) böylece tıbbın yararsız tedavilerle hastalara yarardan çok zarar verdiğini, toplumu sağlıklı kılan koşulları iyileştirmek yerine kötüleştirdiğini ve bireylerin kendi kendilerini iyileştirme, acı çekme ya da ölme özgürlüklerini ellerinden alarak sağlığa ve topluma zarar verdiğini savunur.

Sağlık ve Hastalık Sosyolojisi: Tıp ve sosyoloji arasındaki ilişkinin üçüncü dönemi 1970'ler ve 1980'ler'den itibaren gelişen 'Sağlık ve Hastalık Sosyolojisi' (sociology of health and illness) dönemidir. Sağlık ve hastalık sosyolojisi, modern tıbbın meşruiyetine meydan okuyan eleştirel medikal sosyolojiden doğmuş (Nettleton, 2006:11-12) olsa da medikal sosyoloji çalışmaları doktor hasta ilişkilerinin analizi gibi konulara ağırlık verirken sağlık ve hastalık sosyolojisi çalışmaları çalışma, eğitim, din, siyaset gibi diğer toplumsal kurumlara da odaklanarak önceki dönemin sınırlılıklarını aşmıştır. Bu çerçevede sağlık ve hastalık sosyolojisi döneminde bir mikrobun hastalığa dönüşmesi için

önce toplumsal koşulların yerine gelmesi gerektiği gösterilmiş (McKeown, 1976), hastalıkları olduğu kadar tıbbi uygulamaları da toplumsal faktörlerin biçimlendirdiğine dikkat çekilmiş (Bunker, 1970; Bloor, 1976; Glaser ve Strauss, 1968), tıp mesleğinin sağlık sektörüne hakim olmasının nedeninin doktorların bilimselliği ya da insancılığı değil, politik olarak iyi örgütlenmiş olmaları olduğu savunulmuştur (Freidson, 1988).

Sağlık ve hastalık sosyolojisi döneminde sosyologlar genel olarak sağlık ve hastalığa ilişkin biyomedikal modeli sorgulamaya başlayarak sosyal modeli geliştirmiş, biyolojik zemin ile kişilerin sağlık ve hastalığa ilişkin toplumsal deneyimleri arasında tek yönlü bir ilişki olmadığını göstermişlerdir (White, 2002:37). Sağlığın biyomedikal modeline getirilen sosyolojik eleştiriler bu dönemin en önemli gelişmesi olarak görüldüğü ve sağlık ve hastalık sosyolojisi bu eleştiri sayesinde geliştiği için biyomedikal modelin içeriğine ve ona yöneltilen eleştirilere kısaca değinmek yerinde olacaktır.

1.1.1.3. *Biyomedikal model ve sosyal model*

1.1.1.3.1. Biyomedikal model ve biyomedikal modele yöneltilen eleştiriler

Modern Batı tıbbında uzun zaman baskın paradigmayı oluşturan model, Biyomedikal model olmuştur. Biyomedikal model, bedenin ve zihnin birbirinden ayrı olduğu ve bunlara farklı davranılması gerektiğini varsayan, bedeni birçok yönü tamir edilebilecek nitelikte olan bir makine gibi algılayan, bu nedenle de tıbbi sorunlara ilaçlar ve tıbbi cihazlarla mekanik ve teknolojik çözümler arayan, hastanın bedeni ile hastalık belirtilerini birbirinden ayıran, sağlığı ve hastalığı toplumsal bağlamından kopararak bireysel ve biyolojik fenomenler olarak gören indirgemeci bir bakış açısını yansıtır. Aydınlanma düşüncesine dayanan bu indirgemeci yaklaşım, on dokuzuncu yüzyılın sonlarında geliştirilen ve hastalıkların genellikle parazit, virüs, bakteri ya da gen gibi belirli ve tanımlanabilir araçlar yüzünden oluştuğunu ileri süren ve hastalıkların toplumsal nedenlerini ihmal eden *spesifik etiyoloji*² doktrini tarafından da

² Etiyoloji: hastalık nedenlerini araştırma bilimi

desteklenmiştir (Annandale, 1998:7). Biyomedikal model tıbbi bilginin rasyonel kanıtlara dayalı, nesnel ve *yansız* olduğunu varsayar, bu saf nesnellik ve bilimsellik iddiası nedeniyle de bu bilginin içinde üretildiği toplumsal bağlamdan bağımsız olduğunu kabul eder (Nettleton ve Gustafsson, 2006:2). Biyomedikal model sağlığın ve hastalığın ancak kendi yaklaşımı tarafından incelenip anlaşılabilirliğini ileri sürerek sadece bilimsel bilginin geçerli bilgi kabul edildiği pozitivist bakış açısı içinde tıbbın sağlık ve hastalık hakkında doğru ve eksiksiz bilgiyi kendisinin ürettiğini savunmasını, yani kendi kendini meşrulaştırmasına ve "kendi tarihini kendisinin yazmasını" (Nettleton, 2006:3) mümkün kılmıştır.

Sosyoloji açısından incelendiğinde bu yaklaşımın sınırlılıkları açıkça görülmektedir. Genel olarak ifade etmek gerekirse bireyin bütünlüğü bozulmakta, birey bedeninden soyutlanmakta, hastalığın toplumsal nedenleri görmezden gelinmekte, sağlık ve hastalık hakkında tıbbın kendisinin ürettiği 'bilimsel' bilgi dışındaki bütün bilgi ve değerlendirmeler geçersiz kabul edilmektedir. Bu eleştirilere kısaca değinmek yerinde olacaktır.

- i. Biyomedikal modelin pozitivist bakış açısı sosyoloji tarafından eleştirilerek hastalıkların değerden bağımsız kategoriler olmadıkları (Toon, 1981), toplumsal olarak inşa edildikleri (White, 2002:18-21), diğer inanç sistemleri gibi medikal inanç sisteminin de kendisini üreten topluma ve toplumda meydana gelebilecek değişimlere bağlı olduğu (Wright ve Treacher, 1982; Nettleton 2006:6) savunulmuştur. Ayrıca bütün bilgilerin arızı olduğu noktasından hareketle, Biyomedikal modelin 'bilimsel olmadığını' ileri sürerek yanlış ve geçersiz kabul ettiği alternatif tıbbın ürettiği bilginin de kurumsal tıbbın ürettiği bilgi kadar geçerli olduğu ileri sürülmüştür (Cant ve Sharma, 1999:9-14). Hastalık kategorileri, sınırlarını tıbbın çizdiği 'normal'in dışında olan her durumu tanımlayabilme amacı doğrultusunda 'yaratılmaktadır' (White, 1991, 2002). Tıbbi gerçeklik normalin ve normal olmayanın ne olduğunu bedenin iktidara olan yararını artıracak şekilde inşa etmekle kalmaz, modern bürokratik devletin iktidarın zorla normalleştirilmesi ve nüfusun kontrol altında tutulması amacına ulaşmasını sağlamak için (Foucault, 1977) için diğer normalleştirici disiplinler gibi normalden sapmaları gözetim ve denetim yoluyla saptar ve kontrol altına alır. Hastaların kendilerini

daha iyi hissettikleri için ilaçlarını içmeyi bıraktıklarının ‘öğrenilmesi’ üzerine toplumun iyiliği için geliştirilen Doğrudan Gözetimli Tedavi (Özkara vd., 2002:3) gibi yollar, bedenin gözetiminin nasıl sağlandığını ve bedenin nasıl normalleştirildiğini göstermektedir. Denetim ise işe girme ya da evlenme gibi resmi işlemler sürecinde devletin talep ettiği ve vermeye sadece tıp kurumlarının yetkili olduğu sağlık raporları aracılığıyla sağlanır. Armstrong (1993) tıbbın günümüzdeki düzenini ‘*toplam sağlık rejimi*’ olarak adlandırmakta ve bu düzende insanların kendi sağlıklarını görüntülemeye sevk edildiklerini ve sağlıkları hakkında konuşmak için cesaretlendirildiklerini belirtmektedir. Bu yeni düzen risklerin izlenmesine, gözlenmesine, görüntülenmesine ve kontrol altında tutulmasına yöneliktir (Nettleton ve Gustaffson, 2006:5).

- ii. Biyomedikal modelin bilimsellik iddialarına karşın Batı toplumlarında ölüm oranlarındaki azalmanın tıbbi müdahalelerden çok beslenme, hijyen ve barınma koşullarındaki iyileşmelerden kaynaklandığı (McKeown 1976) ve tıbbın yetersiz tedavi ve gereksiz ilaç kullanımı gibi doktorlardan kaynaklanan hatalar nedeniyle tedaviden çok hastalığa neden olduğu, tıbbi teknolojilerin ve ilaçların aşırı kullanımının acıyı ve ölümü toplumsal bağlamından kopardığı ve insanların kendilerini tedavi etme becerilerini ellerinden alarak tıp uzmanı olarak adlandırılan kişilere bağımlı hale getirdiği (Illich, 1995) ileri sürülmüştür. Yakın zamanla öleceği kesin olan hastalara bile EEG’lerinde düz bir çizgi oluşana kadar ilaç verilmesinin sürdürülmesi, böylece doğal bir durum olan ölümün dışlanması ve ölümden kaçınılması, tıbbi teknolojilerin ölümü toplumsal bağlamından nasıl kopardığını göstermektedir. Tıp ölümü mümkün olduğunca tahammül edilebilecek hale getirecek ve gerektiğinde ölümü kabullenebilecek insancıl mantığı kaybetmiş, ölümü erteleyip engellemeye, ölümün kendisini yenmeye (Callahan, 2000) odaklanmıştır. Doğal koşullarda ölüm o kadar anormal görülmektedir ki, hastanede (hospitalize olmuş bir şekilde) tıbbın tam kontrolü altında teknolojik bir şekilde ölmenin alternatifi olarak *hospice* adı verilen kurumlar ölümcül durumda olan hastalara hizmet vermekte, bu kurumlarda huzurlu ve rahat bir ölüm için tıbbi ve ruhani hizmet sunulmaktadır (<http://www.nho.org/>).

- iii. Biyomedikal modelin bilimsellik iddiası tıp mesleğinin mesleki örgütlenişi açısından da eleştirilmiş, tıp mesleğinin bilimsel bilgi temelinde değil, sosyal ve politik mücadelelerin sonucunda gelişerek güçlendiği (Freidson 1970a, 1970b, Larson, 1977), tıbbın kendi içinde de hangi bilgi ve uygulamaların meşru olduğuna bilimsel sonuçlara dayalı kesin bilgilere değil, toplumsal süreçlere göre karar verildiği (White, 2002), tıp mesleği içindeki işbölümünün de cinsiyete, ırka ve sınıfa dayalı ayrımcılıklar içerdiği ve pazarlık sonucu oluştuğu (Donnison, 1977; Willis 1989) savunulmuştur.
- iv. Biyomedikal model bedeni ait olduğu sosyal ve çevresel bağlamdan koparmakla, sağlığın genetik belirleyicilerine gereğinden fazla odaklanmakla ve sağlığı etkileyen toplumsal, maddi ve çevresel faktörleri ihmal etmekle, kısacası sağlık alanındaki toplumsal eşitsizliklerin etkisini yeterince değerlendirememekle eleştirilmektedir. Conrad (2002:77-84) on dokuzuncu yüzyılda mikrop teorisinin sahip olduğu ayrıcalıklı konuma günümüzde genetik teorilerinin sahip olduğunu belirterek biyomedikal modelin indirgemeci bakış açısının günümüzde de genetik indirgemecilik ile sürdüğünü vurgulamaktadır. Blaxter da (2004:14-15) getirilen eleştiriler karşısında günümüzde biyomedikal modelin hastalığa tamamen mekanik yaklaşan bakış açısını değiştirdiğini, ancak bunun radikal bir değişim olmaktan uzak olduğunu belirtmekte, stres, mutsuzluk gibi nedenleri hastalığa aracılık eden ya da katkıda bulunan ögeler olarak görmeye başladığını, ancak halen bu gibi ögeleri yeterli bir şekilde değerlendirmekten uzak olduğunu belirtmektedir.
- v. Biyomedikal modele yöneltile bir eleştiri de 'normal'in ne olduğu net olmadığı halde hastalığı 'normal'den sapma olarak görmesidir. Normalliğin birçok anlamından tıp açısından önemli olan ikisine değinmek gerekirse ilk anlamı “genellik, olağanlık, istatistiksel anlamda normal bir Gauss eğrisinin farklılık dizisinde iki taraftan birine sapmama”, ikincisi ise “ortalama olma durumu, örneğin en yüksek frekansta tekrarlanan değere sahip olma”dır (White, 2002:18). Bu durumda istatistiksel normallik kavramı kullanıldığında, veba salgını sırasında herkesin vebalı olduğu bir köyde yaşayan insanları hasta olarak görmememiz gerekir. Biyomedikal model hastalığı 'normal işlev'

üzerinden tanımladığında da hastalık, "organizmanın bütününe amacına uymakta başarısız olmasına dayanmaktadır" (White, 2002:18). Bu tanıma göre bir organın hastalıklı olmadığı halde işlevini yitirmesi olanaksız olduğu halde Margolis (1976) yapay yeniden üretim teknolojilerinin ilerlemesiyle birlikte, insanların cinsel organlarının yeniden üretim işlevlerini tamamen kaybedebileceklerini ileri sürmektedir.

- vi. Biyomedikal model ayrıca insanları nesneleştirilmesi, tıbbın sıradan insanların kendi sağlık ve hastalık deneyimleri ile ilgili düşünce ve yorumlarını geçersiz ve değersiz bulması nedeniyle eleştirilmiş, tıbbın merkezine 'insan onuru' kavramının yerleştirilmesi ve sağlık görevlilerinin, hastalarının algıları, duyguları ve düşünceleri konusunda duyarlı olmaları gerektiğini savunulmuştur (Horton, 2003:499-505). Benzer bir eleştiri feminist literatürde de yapılmış, biyomedikal modele dayalı tıbbi bilginin toplumdaki ataerkil ilişkileri yansıttığı ve desteklediği ileri sürülerek özellikle hamilelik ve doğumun 'hastalık' olarak etiketlenip özel alandan çıkarılması, aslen kadınlara ait normal bir bedensel deneyim olan bu olayların medikalize edilerek tıbbi düzenleme ve denetleme gerektiren tıbbi sorunlar haline getirilmesi ve bu konuda kadınların kendi yorumlarının öznel ve ilgisiz bulunması (Oakley 1980; Roberts, 1990) eleştirilmiştir. Medikalize edilen sadece bedensel deneyimler değildir, ilaç şirketlerinin sponsorluğunda araştırma ve yayın yapan doktorlar (Healy ve Thase, 2003; Angell, 2000; Bodenheimer, 2000) ³ hem bedensel hem de zihinsel deneyimler için yeni

³ Klinik deneylerde toplanan verileri doktorlara vermeden önce müdahale eden, bu verileri kendi mülkü olarak gören ve kimsenin incelemesine izin vermeyen ilaç şirketlerinde bir sonra üretilen ilaçın neyi tedavi etmeye yönelik bir ilaç olacağına, bu ilacın deneyleriyle ilgili makalelerin hangi önde gelen yazarlar tarafından yazılıp hangi dergide yayınlanacağına pazarlama bölümü karar vermektedir, diğer bir deyişle pazarlama bölümünün işi ilacın işe yaradığına dair 'kanıt yaratmak ve konsensüs sağlamaktır' (Healy ve Thase, 2003:388). İlaç firmaları deney, veri analizi, yazarlık, yayın, yayın üzerinde kontrol alanlarının tümüne müdahale etmektedir ve kendi istediklerinin dışında sonuçlar ortaya konduğunda saldırgan ve sert tavırlar takınmaktadırlar (Bodenheimer, 2000). Bu çerçevede ilaç firmalarıyla ilişkili olan araştırmacılar böyle bağları olmayan araştırmacılara oranla ürünler hakkında daha olumlu sonuçlar elde etmektedirler (Angell, 2000). Hekimlerin danışmanlık yaptıkları şirketlerin ürettikleri ilaçlar üzerinde çalıştıkları, aynı zamanda dergilerde editörlük yaptıkları ve araştırmacıların çalışmalarını bilimsel önemlilik derecesine göre değil, finanse edilebilirlik ölçütüne göre tasarladıkları bir akademik ortamda doktorlar tarafından 'yaratılan' hastalık kategorileri büyük ölçüde kendilerini eğitimden araştırmaya kadar birçok alanda 'destekleyen' ilaç endüstrisinin çıkarlarına hizmet etmektedir.

hastalık kategorileri yaratmakta ve neyin hastalık olup neyin olmayacağına çıkar ilişkileri kurdukları şirketlerin piyasa ihtiyaçları doğrultusunda karar vermektedir.

1.1.1.3.2. Sosyal model

Bu eleştiriler, günümüzde biyomedikal modelin tıpla ilgili düşüncelerinin kabul edilemez olduğu kanısının gelişmesine (Nettleton, 2006:4) neden olmuş, sosyologların sağlığı ve hastalığı anlayıp yorumlamanın farklı yollarını arama çabaları sonucunda yirminci yüzyılın ortalarında (Blaxter, 2004:16) biyomedikal modelin antitezi olan *sosyal model* gelişmiştir. Bu çerçevede sosyal model tıbbın zihin ve bedeni birbirinden ayırmasının "en iyi ihtimalle yanlış, en kötü ihtimalle ise öldürücü" olduğunu (Nettleton ve Gustafsson, 2006:2) ileri sürerek böyle bir ayrıma karşı çıkar, insanın bütünlüğünün bozularak fiziksel bedenin bağımsız bir nesne gibi "onarılabileceği" düşüncesini kabul etmez. Sağlık ve hastalığın sadece biyolojik değişimlerle ilişkili olmadığını, daha geniş sosyal ve ekonomik bağlam tarafından biçimlendirildiğini savunur ve sağlığı ve hastalığı anlayabilmek için güç ilişkilerini ve toplumsal eşitsizlikleri anlamamız gerektiğini (Waldby, 1996) ileri sürer. Son olarak, bütün bilimsel bilgiler gibi, içinde üretildiği bağlama bağlı olduğu için tıbbi bilginin hiçbir şekilde objektif olamayacağını (Foucault, 1976; Armstrong, 1983) savunur.

Bu eleştirilerin temelinde tıbbi bilginin toplumsal olarak inşa edildiği düşüncesi yatmaktadır, sosyologların 'doğal' olduğu varsayılan *hastalık*⁴ gibi kategorilerin

⁴ Hastalık-maraz (disease) ve hasta olma (sickness) kavramları arasındaki ayrım Nettleton'a (2006:13) göre hastalık-maraz (disease) kavramının bedendeki fiziksel işaretler ve belirtilerle ifade edilen patolojik değişimlere göndermek yapan bir kavram olması, hasta olma (sickness) kavramının ise bireyin bu işaret ve belirtilere yönelik öznel yorumlamalarına ve yanıtlarına gönderme yapmasıdır. Blaxter (2004:19-22) ise hastalık-maraz (disease) kavramının tıbbi olarak tanımlanan patolojiyi ifade ettiğini, hasta olma (sickness) kavramının Parsons'ın (1951) ileri sürdüğü şekliyle hasta olarak tanımlananlara atfedilen rolü ifade ettiğini, illness (hastalık-rahatsızlık) kavramının ise kötü sağlığın öznel ifadesi olduğunu savunmaktadır. Oskay (1993:97) da hastalığın (disease) medikal açıdan saptanan bir patoloji olduğunu, hasta olmanın (illness) ise toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olduğunu belirtmektedir. Nazlı da (2007b) benzer şekilde bireyin kendi bedeninde deneyimlediği hastalığın biyomedikal açıdan tanımlanan hastalıktan farklı olduğunu belirtmekte ve bireylerin hastalıkları sosyal olarak inşa ederken temel olarak hastalık anlatılarına dayandıklarını belirtmektedir.

aslında değişmez nitelikte biyolojik gerçeklerin ifadesi değil, toplumsal eylemlerin sonucu olan, diğer bir deyişle toplumsal olarak üretilmiş kategoriler olduklarını göstermeleri, bu kavramların sosyolojinin alanına girmesini sağlamıştır. Hastalığın toplumsal olarak üretildiğini ileri sürmek, “insanların bedenlerindeki işlev bozukluklarından yakınmadıklarının ileri sürülmesi ya da acının veya ızdırabın inkar edilmesi demek değildir” (Nettleton: 2006:13), bilimsel ve tıbbi bilgi de dahil olmak üzere *bütün* bilgilerin toplumsal olarak arızı olduğunu ve tıbbi bilginin toplumsal olarak inşa edildiğini ileri sürmektir. Toplumsal inşacılık adıyla bilinen (Berger ve Luckmann, 1967) bu yaklaşım, sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişmesi için temel zemini oluşturmuş, tıbbın toplumda sahip olduğu 'ayrıcalıklı' konumdan soyutlanabilmesini ve bir toplumsal kurum olarak eleştirilmesini sağladığı için sağlık ve hastalık sosyolojisi içinde günümüzde temel kabul edilen tartışmaların yapılmasını mümkün kılmıştır.

Özellikle sağlık alanındaki eşitsizliklerin konu edildiği araştırmalarda, bu eşitsizliklerin bir kısmı bazen doğrudan, bazen da dolaylı olarak bir toplumsal kurum ve bir toplumsal kontrol mekanizması olarak tıbbın bakış açısından ve tıbbi uygulamalardan kaynaklandığı için biyomedikal modelin dışında bir bakış açısının kullanılması son derece önemlidir. Sağlık eşitsizliklerinin konu edildiği alanlardan biri olan halk sağlığı gibi tıp dallarının toplum sağlığını iyileştirmek için getirdiği eleştiriler, sağlık ve hastalık sosyolojisi açısından yeterli olamaz, çünkü bu çalışmalarda nihai amaç toplumsal yapı içinde sağlığı bir kurum olarak etraflı bir şekilde incelemek ve eleştirmek değil, toplum sağlığını halk sağlığı disiplininin ilkeleri doğrultusunda iyileştirmektir. Bu konuda tıp içinde eleştirel çalışmalar yapılsa da bu eleştirelilik disiplinin bakış açısından değil, araştırmacıların öznel amaçlarından kaynaklanacaktır. Aynı konuyla ilgili sosyoloji alanında yapılacak çalışmalar ise sosyolojik bakış açısı sayesinde bu eksikliği giderebilecek potansiyeli taşımaktadırlar. Bu nedenle, sağlık eşitsizliklerinin sosyal eşitsizliklerle ilişkilendirilmesinden önce, tıbbın doğallık, nesnellik ve doğruluk iddialarını sorgulamak ve tıbbi modern toplumdaki ayrıcalıklı konumundan sıyırmak gerekir, toplumsal inşacılık yaklaşımının sağlık ve hastalık sosyolojisine en büyük katkısı da bunu sağlayacak bir zemin

oluşturmasıdır. Sosyal modelin gelişmesine olanak sağlayan Toplumsal İnşacılık Yaklaşımının sağlık ve hastalık sosyolojisine katkıları hakkında daha ayrıntılı bir tartışma Sosyolojik Yaklaşımlar Açısından Sağlık ve Hastalık bölümünde bulunabilir.

1.1.1.4. Sosyolojik yaklaşımlar açısından sağlık ve hastalık

1.1.1.4.1. Yapısal-İşlevselci yaklaşım

Yapısal işlevselci sosyoloji geleneğinin en önemli temsilcilerinden olan Parsons'ın çalışmaları sağlık ve hastalık sosyolojisi açısından önemlidir. Parsons, Amerikan sosyolojisinin gelişiminden, özellikle hem faydacılığın bireyciliğini hem de sınıf çatışmasının kolektivizmini reddeden ve toplumsal istikrarı sağlayacak olan süreçlere odaklanan Ross'un (1938) çalışmalarından etkilenmiştir⁵.

Toplumu uyum ve dengeye dayalı olan ve varlığını bireylerin toplumun norm ve değerlerini içselleştirmeleri sayesinde sürdüren bir sistem olarak gören Parsons (2005 [1951]) çağdaş toplumun 'kapitalist' olarak nitelendirilmemesi gerektiğini, sadece ekonomisinin kapitalist olduğunu, kâr peşinde koşmayan ve çıkara dayalı olmayan toplumsal kurumlar sayesinde kapitalist olmayan bir toplum yapısına sahip olduğunu savunur. Kapitalist olmayan toplum yapısını mümkün kılan bu toplumsal kurumlar, Parsons'a göre meslekler, özellikle de tıp mesleğidir. Meslek gruplarının sosyal sistemin istikrara kavuşmasını sağlayan özgeci toplumsal kurumlar olduğunu savunan Parsons'a (2005 [1951] :289-292) göre tıp mesleği, özgeciliğe ve etiğe dayalıdır ve piyasa ilişkilerinin rekabetçiliğini ve bencilliğini kırma işlevini üstlenir. Parsons (2005 [1951]:84-88)

⁵ Parson'sın çalışmaları özellikle Amerikan sağlık sosyolojisinde önemli bir yer tutar ve önceki çalışma geleneğinden bir kırılışı yansıtır. Amerikan sosyolojisinde Parsons'tan önce de araştırmaların önemli bir kısmı sağlığa odaklanmıştır, ancak bu çalışmalar (Lynd ve Lynd, 1931; Ogburn, 1922; Koos, 1954; Wardwell, 1952) daha çok geleneksel toplumdan modern topluma geçiş sürecinde insanların tıbbı ve tıbbi teknolojilere hangi koşullarda ve nasıl direndikleri ile ilgilidir (White 2002:105-106). Çalışmalarında bu açıdan Amerikan sosyolojisindeki önceki gelenekten bir kırılışı ifade eder, Parsons'ın iddiaları ise modernizmi yücelten, tıp merkezli ve doktorlar lehine önyargılı olarak değerlendirilebilecek iddialardır ve bu nedenle çok sayıda eleştiriye maruz kalmıştır.

doktor-hasta etkileşimi hakkında kalıp değişkenlere⁶ dayalı bir analiz yapar. Buna göre doktor-hasta ilişkisinde roller evrenseldir (kişisel önyargılardan uzaktır), belirlidir (sadece teşhis ve tedavi süreçleriyle sınırlıdır, doktor ayrıcalıklıdır ve hastanın bedenine ve tarihine meşru erişim hakkı vardır), duygusal olarak yansızdır (doktor ve hasta birbirilerinden ne gibi tutumlar bekleyeceklerini bilirler) ve kolektif yönelimlidir, toplumun bütününün iyiliğine yöneliktir (kâr amacı yargıyı etkilemez ve hasta da iyileşmek için doktorun verdiği görevleri yerine getirerek doktorla işbirliği yapar). Bu çerçevede Parsons doktor-hasta ilişkisinin kapitalist iş ilişkilerinin aksi olduğunu ileri sürer ve tedavinin mümkün olabilmesi için de ekonomik olmayan bu ilişki türünün şart olduğunu ekler.

Tıbbı attettiği bu değere rağmen Parsons tıbbın bilimselliğini hem sosyal bilimsel açıdan hem de tıbbın kendi paradigması açısından sorgulamıştır. Bir taraftan tarihsel çalışmalar ve karşılaştırmalı antropoloji açısından hastalığın sihirle mi, bilimle mi yoksa dinle mi tedavi edilecek bir şey olarak sunulduğunun önemsiz olduğunu, iyileştirme sürecinin aslında bir sistem meselesi olduğunu, tedavi başarılı olursa sistemin meşrulaştırılmış olacağını, başarısız olursa da sonucun doğaya, şeytana ya da bilgi eksikliğine atfedileceğini ve sistemin meşruiyetinin sorgulanacağını (Parsons, 2005 [1951]: 242-254) göstermiştir. Diğer taraftan tıp tarihinde yapılan çeşitli keşiflere gösterilen direnişi, tıbbi uygulamalardaki geçici hevesleri ve tıbbi tedavilerdeki ‘sihir faktörü’ adını verdiği placebo etkisini örnek göstererek tıbbın kendi paradigması içinde de her zaman bilimsel olmadığını ortaya koymuştur. İnsanların tedavinin etkisinden çok, iyileşmeyi umdukları için iyileştiklerini vurgulayan Parsons'ın (2005 [1951] : 212-214) görüşleri, *placebo* etkisine ilişkin yapılan ve ilaç içmediği halde içtiğini düşünen insanların sanki gerçekten içmiş gibi iyileştiğini gösteren sosyolojik çalışmalar (Price, 1984; Moerman, 1983; Romanucci-Ross ve Moerman 1988)

⁶ Parsons birbirine zıt değerlerden oluşan iki küme belirlemiş ve bu değerleri kalıp değişkenler olarak adlandırmıştır. Bireyler rollerini uygularken A tipi ya da B tipi kalıp değişkenlere uyarlar. Bu değişkenler niteliğe karşı performans, yaygınlığa karşı belirlilik, özgüllüğe karşı evrensellik, duygusallığa karşı duygusal yansızlık ve kolektif yönelime karşılık bireysel yönelimdir. Kalıp değişkenler bir toplumdaki rol etkileşimlerinin ve rol beklentilerinin doğasını tanımlar ve sosyal sistemin üyelerinin çoğunun rollerini hangi yöne doğru seçtiklerini gösterir, böylece bir bütün olarak sosyal sistemin doğası hakkında bilgi sağlar.

tarafından da desteklenmiştir. Parsons'ın Batı tıbbının açıklayamadığı bu noktaları vurgulaması ve tıbbın bilimselliği iddialarını sorgulaması, tıba bilimselliği nedeniyle değil, dayandığı meslek ilkeleri nedeniyle değer verdiğini açıkça göstermektedir. Tıbbın bilimsellik iddialarındaki bu sorunlar ışığında Parsons, hasta olmanın öncelikle biyolojik ya da psikolojik bir durum değil, bir toplumsal rol olduğu, insanların hastalıkları hakkında seçim yapabildikleri, hastalığa bürünebildikleri sonucuna varır (Parsons, (2005 [1951]:88).

Parsons'a göre *hasta rolü* genel kültürel ölçütlere ulaşamadığı ve çeşitli rol gerilimleri yaşandığı zaman bireylerin günlük toplumsal yaşamda uymaları gereken normlardan kaçıp sığındıkları bir alandır ((2005 [1951]:321). Bir durumu hastalık olarak adlandırmanın toplumsal, politik ve kültürel koşulların bir sonucu olduğunu düşünen Parsons'a göre hastalık fiziksel bir varlık değil, bir toplumsal olgudur, neyin hastalık sayılacağı, nasıl tedavi edileceği kültür ve toplumsal roller tarafından belirlenir ve hasta olmak da *hasta rolüne* girerek gerçekleştirilen bir toplumsal beceridir. Hasta rolü yorgunluk ya da bitkinlik gibi öznel duygularla değil, diğer insanların tepkileri üzerinden tanımlanır, diğer bir deyişle birey, ancak hasta rolüne girdiği meşru olarak kabul edilirse hasta olarak kabul edilir. Bir kişinin meşru olarak hasta rolüne girmesi, ancak hasta rolünün sağladığı hakları mümkün olduğunca çabuk şekilde terk etmeyi istediği takdirde, yani iyileşmeyi istediği ve yetkili profesyonellerden yardım arayarak doktorla işbirliği yaptığı takdirde mümkün olacaktır (Parsons, (2005 [1951]:294). Hasta, bu iki zorunluluğun karşısında iki hakka sahip olacak, kötü sağlığından ötürü kişisel olarak sorumlu tutulmayacak ve normal toplumsal rollerden muaf tutulacaktır.

Parsons, böylece insanların gönüllü olarak hasta olmaya karar verebileceklerini, yani sosyal yaşamlarının gerekliliklerinden kaçmanın sapkın bir yolu olarak hasta rolünü benimseyebileceklerini belirtir ama insanların hasta olmayı tercih edip sosyal yaşamın yükünden kaçmak istemelerinin endişe verici olduğunu ve engellenmesi gerektiğini düşünür. Bunun nedeni Parsons'ın (2005:289) “*çok düşük bir sağlık seviyesi, çok yüksek hastalanma sıklığı disfonksiyoneldir, çünkü ilk olarak, hastalık toplumsal rollerin etkili performansını kısıtlamaktadır*” ifadesinde görüldüğü gibi sağlığı değerli bir toplumsal mal, bireysel başarının ve

toplumun düzgün şekilde işlemesinin ana kaynağı olarak görmesi ve hastalığı 'normalden' sapma olarak, yani değer atfedilen toplumsal rolleri yerine getirememesi durumu olarak kavramsallaştırmasıdır. Bu durumda sosyal sistemin sürekliliğinin sağlanabilmesi için hasta rolüne girmek isteyen bireylerin sınırlandırılması gerekir. Kimin hasta olarak kabul edileceği tıp mesleğinin kontrolündedir, bu nedenle tıp mesleğinin en önemli işlevlerinden biri kimin hasta olduğunun saptanmasıdır (Parsons, (2005 [1951]: 292-3). Böylece Parsons hasta rolü kavramıyla sağlık ve hastalık sosyolojisine büyük bir katkıda bulunduktan sonra bu alanı yine doktorların eline bırakmış olur (White, 2002:113). Bununla birlikte hasta rolündeki haklar ve zorunluluklar 'doktor rolü'ne de yansıtılmıştır. Doktor rolündeki haklar hastanın güvenine ve bedenine erişimi kazanmak, zorunluluklar ise hastaya bakarken en yüksek düzeyde ehliyet uygulamak ve kişisel çıkar yerine hastanın çıkarına yönelik davranmaktır (Parsons, (2005 [1951]:295).

Parsons'ın hasta rolü kavramı bir dizi ampirik çalışmada kullanılmış, Crossley (1988) AIDS hastalarında, Little vd (1998) ise kanser hastalarında hastalık ve kimlik arasında bağımlılık düzeyinde bir ilişki olduğunu göstermiş, McKevitt ve Morgan (1997) da kendileri hasta olan doktorlarda hasta rolünün, kendi hastalığının kontrolünü elinde tutmaya çalışan doktor rolüne ait çabalarından daha baskın olduğunu göstererek bu kavramın kullanışlı olduğu sonucuna varmışlardır. Bununla birlikte hasta rolü kavramı çeşitli açılardan eleştirilmiştir. İlk olarak (i) hasta rolünün genel geçer normlardan oluşmadığı, hastalığın ciddiyeti, sınıf, ırk ve cinsiyet gibi toplumsal faktörler nedeniyle hasta rolüne ait normların çeşitlilik gösterdiği dolayısıyla hasta rolüne girmenin Parsons'ın düşündüğü kadar basit olmadığı ileri sürülmüştür. İkinci olarak (ii) toplumsal rollerden muaf olmanın sorumluluklardan muaf olmak anlamına gelmediği vurgulanmıştır. Üçüncü olarak (iii) Parsons'ın ileri sürdüğü gibi hastaların hasta rolüne girmek için doktora pasif bir şekilde itaat etmedikleri, doktor-hasta ilişkisinin çatışmalarla dolu olduğu ileri sürülmüş, son olarak da (iv) hasta rolünün sadece akut hastalıklarda geçerli olabileceği, kronik hastalıklar gibi toplumsal rollerin sadece bir kısmını etkileyen hastalıklarda ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların bazılarında olduğu gibi damgalanmış olan ve teşhisinde

ahlaki değerlendirmelerin olduğu hastalıklarda geçerli olamayacağı (Freidson, 1988; Gallagher, 1976; Hart, 1985) savunulmuştur. Parsons 1970'lerin ortalarında bu eleştirilerin bir kısmına yanıt vermiş, bir kısım eleştirilere yanıt olarak kendi iddialarından bazılarının ürütölmesini önermiş, diğer eleştirilere karşı ise orijinal iddialarında direnmiştir. Kronik hastalıkların da hasta rolüne dahil edilebileceğini, kastettiğini “tamamen iyileşmek değil, mümkün olduğunca işlev görebilecek hale gelmek” (Parsons, 1975:271) olduğunu belirtmiştir.

Parsons'ın tıp mesleğine ilişkin analizi tıbbi bir toplumsal kontrol mekanizması ve toplumsal yapıların bireylerin sağlık ve hastalıklarını belirleme yolu olarak gördüğü için teorik olarak güçlü bir analiz olarak kabul edilse de (White 2002:104) eşitli eleştiriler almıştır. Bu eleştiriler genellikle doktorların kararlarının sadece bilime dayalı olmadığını, kendi arka planlarına göre farklılık gösterdikleri (Davis ve Lee, 1990), doktorların reçete yazma davranışlarının evrensellik ve kolektif yarardan çok ilaç firmalarıyla olan ilişkileriyle ilişkili olduğu (Smith, 1988; Sinclair 1989) gibi tıp mesleğinin Parsons'ın kavramsallaştırmasıyla uyuşmadığını gösteren çalışmalardan gelmektedir.

1.1.1.4.2. Çatışmacı yaklaşım

Çatışmacı yaklaşım sağlık ve hastalıkla ilgili olarak bireylerin sağlıklarını kötü şekilde etkileyen ve kendi kontrollerinin dışında olan sosyal, politik ve ekonomik faktörleri vurgular.

1.1.1.4.2.1. Marxist yaklaşım

Hastalığın ve tedavinin kapitalist ekonomik sistemin ürünü olduğu düşünen Marksist yaklaşımda bu konudaki en temel metin sağlık ve hastalık sosyolojisinin temellerini oluşturan Engels'in (1993 [1844]) tifo, verem, raşitizm gibi hastalıkların etiyolojisini ve nüfus içindeki dağılımını inceleyerek bu hastalıkların doğrudan kapitalist üretim koşullarıyla ilişkili olduklarını, bu nedenle tek başına tıbbi müdahalenin bu hastalıkların ortadan kaldırılması için yeterli olmayacağını savunan *İngiltere'de İşçi Sınıfının Durumu* adlı eseridir. Engels (1993) hastalığa kaderin, önlenemez biyolojik olayların ya da bireylerin psiko-sosyal özelliklerinin neden olduğu yönündeki açıklamaların tümünü reddeder, hastalığın endüstriyel örgütlenme biçiminin, dayatmacı yönetim tekniklerinin ve

kapitalistlerin barınma ve yiyecek güvenliği pahasına kâr peşinde olmalarının sonucu olduğunu ve kötü barınma koşulları ve yoksulluk nedeniyle oluştuğunu savunarak hastalıkları bireyi suçlayan bir yaklaşımla değil, toplumsal örgütlenme biçimiyle ilişkilendirerek açıklar.

Engels'in çalışmasını destekleyecek şekilde sağlık standartlarının yeni tıbbi keşiflerden çok barınma ve beslenme koşullarındaki iyileşmeler sayesinde yükseldiğini ortaya koyan çeşitli çalışmalara (Cochrane 1972; McKeown, 1976) dayanarak Marksist yaklaşım sağlık bakımını ve tıbbı, kapitalizmin bir parçası olarak ve kapitalizmle ilişkisi üzerinden açıklar. Waitzkin'e (1981:342) göre yüksek maliyetli teknolojik tedaviler sağlık ihtiyaçlarımız açısından irrasyoneldir, ancak kapitalist sistemin kârlılık ve tekelleşme ihtiyaçları açısından değerlendirildiğinde oldukça rasyoneldir.

Marksist yaklaşıma göre çağdaş toplumda tıp hem ekonomik hem de ideolojik bir role sahiptir. Renaud'ya (1975:564) göre bilimsel tıp ile birlikte sağlık bakımı, "toplumsal düzenin meşruiyetinin sürdürülmesine yardım eden ve kısmen üretimin yeni sektörlerini oluşturan bir endüstriye" dönüşmüştür. Çağdaş kapitalist sağlık bakımı örgütleri, sağlıklı insanların işgücü piyasasında emeklerini satmaya devam edebilmeleri açısından ihtiyaç duyulan zindelik durumu olarak tanımlayarak, işgücünü kapitalistlerin ihtiyaç duydukları niteliklere sahip olacak şekilde tedavi etmeye çalışarak, hastalıkları bireysel yaşam tarzlarının sonucu gibi göstererek dikkati toplumsal, politik, ekonomik, mesleki ve çevresel nedenlerden uzaklaştırarak üretimin kapitalist örgütlenişini korumakta (Doyal ve Pennell, 1979), sermaye yoğun ve hastane temelli tedavileri destekleyerek (Waitzkin, 1986) iyileştirmeyi tüketime indirgemekte ve hastalıkları ekonominin kapitalist örgütlenişine uyumlu olacak şekilde (Renaud, 1975) tedavi etmektedirler. Tıp mesleği özellikle hasta raporu üzerindeki kontrolü nedeniyle emeğin kontrolünde merkezi bir yere sahiptir (Johnson 1977). Waitzkin'e (1989) göre doktorlar mevcut sınıf yapısını meşrulaştıracak kesin ideolojik mesajlar iletir, sağlıklı ekonomik üretkenlikle eşitleyerek kapitalizmin toplumsal ilişkilerini sürdürür, işgücünün yeniden üretimi düzeyinde ise kapitalist toplumda kadınlara biçilen ve bir sonraki işçi sınıfı neslinin bakımından sorumlu tutulan ücretsiz ev içi işçisi rolünü güçlendirirler.

Bu ideolojileri sürdürerek doktorlar medikalizasyonun ve toplumsal kontrolün araçları olarak işlev görürler. Doktorların bu işlevi kamusal sorunları özel sorunlara indirgeyerek gerçekleştirdiklerini belirten Waitzkin'e (1989:223) göre

“tıbbi durumlarda kullanılan teknik ifadeler, hastanın yanıtlarını nesnelleştirilmiş belirtilere, işaretlere ve tedavilere yönlendirmeye yardım eder. Bu *şeyleştirme*, dikkati toplumsal ilişkilerin bütünlüğünden ve genellikle kişisel sorunların köklerindeki nedenler olan toplumsal konulardan başka tarafa çeker”.

Navarro'ya (1976) göre sağlık bakımı örgütleri üç ideolojik işlevi yerine getirmektedir. İlk olarak, yetersiz de olsa sağlık bakımı sağlayarak, temelde toplumsal olan problemleri bireysel düzeye aktararak statükoyu meşrulaştırırlar. İkincisi, sağlık bakımını hastane bakımı ve ilaç tüketiminden ibaret görerek kapitalist üretim tarzını yeniden üretirler. Üçüncüsü, hem sağlık işçilerinin örgütlenişi ile hem de yarattığı tüketim desenleriyle kapitalist sınıf yapısını yeniden üretirler. Rodberg ve Stevenson (1979) da sağlık bakımı endüstrisinin kapitalist toplumda sermayenin birikimi, yatırım fırsatlarının hazırlanması, artı emeğin sömürüsü ve işgücünün muhafazası işlevlerini üstlendiğini belirtir.

Marxist yaklaşımın sağlık hedefi ile kâr hedefi arasında bir çelişki olduğu yönündeki temel ilkesi, üretime başladığı ilk yıllarından (1963) itibaren sağlığa zararlı yönleri olduğu kanıtlanmasına rağmen ekonomik ve politik ilişkiler sayesinde üretime devam eden silikon firması Dow Corning örneğinde açıkça görülmektedir. Dow Corning'in dolandırıcılık ve kötü niyetten suçlu bulunmasının ancak 1988 yılında gerçekleştiğini hatırlatan Annandale (1998: 12, 14-15) tıbbın hem kapitalist sisteme katkıda bulunduğunu, hem onun tarafından desteklendiğini hem de devlet etkinlikleri ile çevrelendiğini, bu üçlü ilişkinin nüfusun sağlığının çıkarları doğrultusunda değil, kapitalizmin ve büyük ölçüde tıbbın çıkarları doğrultusunda işlediğini belirtmektedir. Başka bir deyişle Annandale tıbbın ve tıbbi bilginin aslında saf olduğunu, kapitalist ideoloji tarafından örtülerek kullanıldığını düşünmez, bu ilişkide tıbbın çıkarlarının korunduğunu savunur. Bu konuda benzer bir düşünceye sahip olan Navarro (1980:523) da kapitalizm altındaki tıbbı *kapitalist tıp* olarak görür ve kapitalist tıbbı “sınıf ilişkilerinin kilit olduğu bir sosyal ilişki” şeklinde tanımlar.

McKinlay (1977) gibi bazı diğer yazarlar ise tıbbın toplumdaki ayrıcalıklı pozisyonunun tıbbın değil, sermayenin çıkarları ve işleyişi sonucunda oluştuğunu, “kabul edilebilir bir kârlılık düzeyi yakalamak ve sürdürmek için insancıl bir taahhüde gerek duymaksızın, bütün çalışma alanlarını işgal etme, sömürme ve sonunda yağmalama” (McKinlay, 1977:461) şeklindeki işleyişinin sağlık bakımı sektörünün işleyişini desteklediğini ve bizim sağlık ve hastalığa ilişkin tanımlarımızın sınırlarını belirlediğini vurgulamaktadır.

Marksist yaklaşımdaki önemli kavramlardan biri olan *metalaştırmanın* da sağlık ve hastalık sosyolojisi içinde önemli bir yeri vardır. Günlük yaşamın parçalarının piyasada mal olarak satılması süreci olan metalaştırma sağlık sektöründe son yıllarda giderek artmış, bu sektörde ücretsiz olarak bireylerin erişimine açık olan alanlar giderek azalmış ve sonuçta ‘tıbbi-endüstriyel kompleks’ (Relman, 1980) olarak adlandırılan yapı ortaya çıkmıştır. 1970 sonrasında refah devletinin ve sendikaların zayıflaması ve sermayenin küreselleşerek ulus devletlerin gücünü sınırlaması nedeniyle işgücünün bakımının ve kontrolünün ‘küçülmeye’ çalışan devlet(ler)in ilgi alanı olmaktan çıkması, devletin bir yandan sağlık hizmetlerini özelleştirmesine, diğer yandan kendisinin sunmaya devam ettiği sağlık hizmetlerinin maliyetlerini sınırlamasına neden olarak sağlık sektöründe metalaştırmayı hızlandırmıştır. White’a (2002:93-96) göre bir yandan (i) devlet klinik işlemlere mali olarak müdahale etmekte, bir yandan (ii) tıp mesleğinin eski müttefikleri olan özel sigorta ve yatırım firmalarıyla küresel tıp firmalarının tıp mesleğini kendi kâr maksimizasyonu taleplerini karşılamak için çok yavaş bularak tıbbın teknik ve klinik etkinlikleri üzerinde kendi kontrollerine sahip olmaya çalışmakta ve diğer yandan (iii) işgücünün kısmen özerkleşmesi ve sendikaların zayıflamasıyla birlikte tıbbın endüstriyel işçi sınıfını kontrol altında tutmasına duyulan ihtiyaç azalmaktadır. White’a (2002:96) göre bu gelişmeler tıbbın bilimsellik iddiasını zayıflatmakta, daha önceki dönemlerde sahip olduğu ayrıcalıklı konumu yitirmesine neden olmakta, sermaye artık bireyin kontrolü etrafında yapılanan tıp yatırımlarını israf olarak görmekte ve sağlık bakımı metalaştıkça ‘girişimci’ ve ‘şirketleşmiş’ tıp gelişmektedir.

Çokuluslu firmaların hissedarlarından başka kimseye karşı sorumluluk duymadıkları için bu firmaların kârdan önce insanı düşünmelerini sağlayacak bir

mekanizma olmadığını belirten Klein'ı (2002) izleyerek şirketleşmiş tıp için de böyle bir mekanizma olmadığı söylenebilir. 1997 yılında A.B.D.'de sağlık kuruluşlarının %73'ü kâr amaçlı kuruluşlardır ve bu kuruluşlara başvuran hastaların yarıya yakını doktorlarının değişmesi ya da başka nedenlerle tedavilerinin yarıda kalması ile (Battista, 1997) karşı karşıya kalmaktadırlar. Şirketleşmiş tıp, hastanın ihtiyaçlarını karşılamaktan çok sağlık hizmeti veren kuruluşun ihtiyaçlarını karşılamaya önem vermekte, endüstriyel rekabetin yarattığı yöntemler Parsons'ın da vurguladığı geleneksel tıp ahlakını ortadan kaldırmaktadır (Battista, 1997). Bir yandan sağlığın metalaşması, diğer yandan neo-liberal politikaların amaçlarına ulaşmayı kolaylaştıracak yeni yönetim tarzlarına duyulan ihtiyaç, 1990'ların başından itibaren sağlıkta kalite kavramının ve Toplam Kalite Yönetimi'nin (TKY) ön plana çıkmasına neden olmuştur. TKY, ironik olarak müşterileri/hastaları dinlemeyi sağlayacak, onlara verilen önemi artıracak, müşteri memnuniyetini sağlayacak ve kamu sağlığını iyileştirecek bir araç olarak görülmektedir (Kaluzny vd., 1992; Zablocki, 1993).

TKY, savunucuları tarafından "çalışanlar için kârı, müşterilerin güvenini kazanmak için kaliteyi, miktarı ve maliyeti güvence altına alacak" (Ishikawa, 1997: 96-98) bir araç olarak görülmekte ve örgütlerin hedeflerine en etkin ve en düşük maliyetle ulaşabilmeleri için uygulanmaktadır. Bununla birlikte orijinal adı Toplam Kalite Kontrolü olan TKY, (Steingard ve Fitzgibbons 1993), şirketlerin rekabet koşullarına uyum sağlamak ve piyasada kalmak için gerek duyduğu bir yönetim anlayışıdır. TKY'nin takım çalışması ve yetkilendirme gibi kavramları kullanarak işin yoğunlaşmasını, işgücü üzerinde artan gözetimi ve yönetim kontrolünü saklayan bir pelerin görevi gördüğü (Webb 1995: 107), TKY söyleminin ardında yönetimin kurallarının, prosedürlerinin ve kararlarının meşrulaştırılmış bir şekilde empoze edilmesinden başka bir şey olmadığı (Garrahan ve Stewart, 1992) ileri sürülmektedir. Steingard ve Fitzgibbons (1993) TKY'yi yapısöküme uğrattırırken "toplam"ın diğer sesleri ikinci plana atıp sessizleştiren totaliter vurgusuna, "kalite"nin sadece örgüt ve örgütün üretim sistemi açısından değerlendiriliyor oluşuna dikkat çekmektedir. TKY'yi eleştirenler, savunanların kullandığı yetkilendirme, özgürleştirme, takım çalışması gibi kavramlar yerine beyin yıkama, güçsüzleştirme, denetleme, takım

içi baskı, gözetleme, neo-fordizm ve itaat kavramlarını kullanarak TKY'yi iş yönetimin çalışanlar üzerindeki denetimini artırmasını sağlamanın, Taylorizmi yeniden canlandırmanın bir yöntemi (Boje ve Winsor, 1993) olarak görmektedirler. TKY, disiplinsel bakışın yerini değiştirir, işçiler yöneticilerin denetleyici rolünü benimseyerek disipline edici bakışı kendi üzerlerine çevirirler (Steingard ve Fitzgibbons, 1993). Böylece TKY yetkilendirilmiş çalışanların kendi kendilerini denetleyecekleri, kendi hatalarını ortaya çıkaracakları bir "örgüt kültürü" yaratır. Kendi kendilerini denetleyen bu işçiler, kendi sağlıklarından sorumlu tutulan hastalarla aynı toplumun üyesidirler, diğer bir deyişle denetimi ve sorumluluğu bireye yüklemek ve bireyi sorumlu kılmak neo-liberal politikaların birçok alanda birden işlettiği bir mekanizmadır.

Özetle Marksist yaklaşım tıbbi kapitalist ekonominin bir parçası olan ve teknolojik gelişmeleri ve tedavileri gereksiz de olsa kâr amacıyla destekleyen bir kurum olarak, tıbbi bilgiyi de kapitalist sistemin verdiği zararı 'doğal' ve biyolojik göstererek hastalıkların politik ve ekonomik nedenlerini gizleyen ve insanların hastalık deneyimlerini depolitize eden bir ideolojik araç olarak görür. Marksist yaklaşım kapitalist gelişimle birlikte yaşam standartlarında ve yaşam süresinde sağlanan iyileşmeler gibi sağlık kazanımlarını görmekte başarısız olmakla (Hart 1982, 1985; Reidy, 1984) ve bireyi 'sadece yaygın bir toplumsal düzenin uysal üyeleri olarak görmekle' (Gerhardt, 1989:331) eleştirilmektedir.

1.1.1.4.2.2. Neo-Liberal dönem ve risk toplumu

tartışmaları

Tıp, neo-liberal dönemde tedavisi daha pahalı olan akut hastalıklar yerine kronik hastalıklara ağırlık vermeye başlamış, müdahale yerini görüntüleme ve izlemeye (gözetim ve denetim) bırakmış, şifa veya tedavinin yerini düşük maliyetleri nedeniyle önleme ve koruma⁷ almış, iyileştirme kavramı yerini bakıma bırakmış ve hastanede bakımın yerini de maliyet etkin olan topluluk

⁷ Tedavinin yerini önleme ve korumanın alması toplum sağlığına yönelik koruyucu tıbbın geliştiği yansımasını yaratmamalıdır, neo-liberal ekonominin koruyucu tıp uygulamalarına verilen önemi azalttığı için en son 19. Yüzyılda görülen çeşitli hastalıkların yeniden görülmeye başladığını gösteren çalışmalar (Thomson vd., 1998; Cameron vd.1995; Longbottom, 1997) dikkat çekicidir.

içinde bakım almıştır (Nettleton ve Gustaffson, 2006:4). Bu dönüşümlerin hepsi birey-sağlık-devlet arasındaki ilişkiyi bozup kendi ilkeleri doğrultusunda yeniden kuran neo-liberal paradigmanın yansımalarıdır. Bu çerçevede bireyler etraflarını saran ve sağlıklarını bozacak çok sayıda riske karşı önlem almaları gerektiği konusunda sürekli olarak uyarılmakta, alınacak önlemler de satın alınacak hizmet ve mallar olarak bireyin karşısına çıkmaktadır.

Tıbbın riskten kâr elde eden bir piyasa stratejisi izlediğini düşünenlerden biri de Ulrich Beck'tir. Beck (1992:83) sağlığı tehdit eden ekonomik tehlikelerin yanı sıra artık çevresel risklerin de toplumu tehdit ettiğini, her yerde ve sonsuza kadar var olan bu risklerin teknolojik ve politik sistemin içine işlemiş olduğunu belirtir ve bu nedenle modern toplumun merkeze sağlığı koyan bir 'risk toplumu' olduğu ileri sürer. Risk toplumunda hem riskleri hem de risklerden korunmak için gerekli ürünleri üreten tıbbi endüstriler ve sağlık kurumları, eskiden devlete ait olan gücün yeni sahipleridir. Bu kurumların uyguladıkları 'tekno-ekonomik alt politikalar', kimyasal içerikli gıdalar, hava ve su kirliliğini önleyecek filtreler gibi ürünler sayesinde sağlığa yönelik riskleri birer ekonomik piyasa faktörü haline getirir ve riski kâra dönüştürür. Beck'e göre

“...giderek daha çok alanda tıp tarafından tanımlanan ve yapılandırılan bir gerçeklik, düşüncenin ve eylemin ön koşulu haline gelmektedir. Tıbbi formasyonun ve karar verme sürecinin spirali sadece derinlere, risk toplumunun gerçekliğine doğru inmekle kalmıyor, tıp için doymak bilmez bir iştah ve giderek artan sayıda alt kola sahip olan tıp mesleğindeki insanların sunduğu hizmetler için sürekli olarak genişleyen bir piyasa da yaratılmış oluyor” (Beck, 1992:211).

Anandale (1998:18), A.B.D.'de her yıl 300 milyon doların harcandığı ve harcanan miktarın sürekli arttığı estetik ameliyat endüstrisindeki aşırı büyümenin (Davis, 1995) Beck'in tıbbi alt-politikalarının bir örneği olduğunu belirtmektedir. Çok önemli sağlık riskleri yaratsa da estetik ameliyat olma kararını vermek, bireyler sanal olarak kendi bedenlerini tasarlamaya zorlandıkça beden de bireyler tarafından yansıtılma ihtiyacı duyduğunu vurgulayan Giddens'in (1991:8) 'bedenin düşünömsel olarak harekete geçmekte' olduğu düşüncesini yansıtmaktadır. Giddens'a göre (1994:82) günlük yaşamdaki belirsizlik karşısında 'nasıl görüneceğine', 'nasıl olacağına' karar vermek zorunda kalan bireylerin başvurduğu estetik ameliyatlara gibi, anoreksi de

toplumsal gerilimler karşısında bireylerin, özellikle genç kadınların verdiği bir tepkidir.

Beck de Giddens da yeni risklerin ve belirsizliklerin sınıf, cinsiyet ve etnik durum gibi geleneksel toplumsal bölünmeleri enine kestiğini, bireyin yeni risk deneyimleri yaşadığını belirtmektedirler. Nükleer felaketler, sürekli ortaya çıkan yeni virüsler, kimyasal içerikli zararlı yiyecekler ya da işsizlikten kaynaklanan stres gibi sağlığa yönelik riskler, düşünümsel risklerdir, çünkü birey bu risklerin karşısında yalnız kalmakta, bilgi kirliliği ve belirsizlik nedeniyle kendini güvensiz hissetmekte ve kendine bir sığınak, bir güvence aramaktadır. Crawford (1984) kapitalist ideolojinin tıbbi önceki dönemlerdeki gibi desteklemediğini, artık yeni tıbbi teknolojilerin satışına⁸ ve tüketimine ve üretilmiş risklere yönelik ürünlere yöneldiğini belirtmektedir. Diğer bir deyişle toplumsal, ekonomik ve çevresel faktörleri gizleyip bireysel yaşam tarzı faktörlerini vurgulayarak hastalığın sorumluluğunu bireye yükleyen neo-liberal bakış açısı iyi sağlıkla kamu hizmeti arasındaki ilişkiyi ortadan kaldırmaya başlamıştır. Crawford'a (1984:74) göre "sağlığı etkileyen kontrol dışı makro koşullar oluştuğunda, aynı zamanda sağlığı da etkileyen bireysel davranışların büyük kısmı üzerinde öz-kontrol geliştirmek, geriye kalan tek seçenektir". Ancak her ne kadar düşünümelliğin neo-liberal sağlık politikaların zemin olarak kullandığı 'sağlık farkındalığını' artırabileceği ileri sürülebilse de (Annandale, 1998:19), giderek artan risklerin magazinleşerek medyada sürekli yer aldığı, neredeyse her televizyon kanalda sürekli yayınlanan sağlık programlarının olduğu, sihirli değnek etkisi yaratması beklenen kitaplar yazan 'fast thinker'ların (Bourdieu, 2000) popülerleştiği ve reklamları kullanarak kendi adını duyurmaya çalışan sağlık kuruluşlarının birbiriyle rekabet ettiği bu belirsizlik ortamında hangi uzmanın bilgisine dayanarak karar vermesi gerektiğini düşünmek bile birey için ayrı bir stres kaynağı olabilir.

⁸ Tıpta teknoloji kullanımı artmakla birlikte bu artış diğer üretim süreçlerinin aksine maliyetleri düşürmemekte, artırmaktadır (Ham, 1989), artan maliyetlere rağmen kâr marjını korumak isteyen yönetimler için maliyeti düşürecek tek alan olarak emek kalmaktadır.

1.1.1.4.3. Yorumlayıcı yaklaşım

Yorumlayıcı Yaklaşım içinde Sağlık ve Hastalık Sosyolojisine en önemli katkı, köklerini fenomenolojiden alan Toplumsal İnşacılık Yaklaşımından ve Etkileşimci Yaklaşımdan gelmiştir.

1.1.1.4.3.1. Toplumsal İnşacılık

Tıp doğa bilimlerinin bir parçası olarak görüldüğü, pozitivist paradigma içinde tıbbi bilginin epistemolojik olarak ayrıcalıklı bir pozisyona sahip olduğu ve eleştiriden muaf tutulması gerektiği düşünülüyordu için tıp da tıbbi bilgi de uzun zaman sosyolojinin ya da diğer sosyal bilim disiplinlerinin incelemesine açık olmamıştır (White 2002:15). Berger ve Luckmann'ın (1967) günlük bilginin ve gerçekliğin toplumsal inşası üzerine yaptıkları çalışmalar, gerçeklerin toplumsal etkileşim ve bu etkileşimin yorumlanması aracılığıyla yaratıldığını ve insanların sağlık ve hastalık ile ilgili düşünce ve inançlarının incelenmesi gerektiğini göstererek sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişmesine önemli katkılarda bulunmuşlardır.

Toplumsal İnşacılık Yaklaşımı içindeki tartışmalara değinmeden önce bu tartışmalara zemin hazırlamış, medikal bilgi sosyolojisinin Durkheim'cı temelini oluşturmuş ve Kuhn'un ve Foucault'nun düşüncelerini etkilemiş olan (White, 2002:23-24) Fleck'in çalışmalarına kısaca değinmek yerinde olacaktır.

Fleck (1979 [1935]: 47), Durkheim'cı yaklaşımın “bilimsel gerçeklere neredeyse dinsel reveransa varacak aşırı bir saygı” gösterdiğini belirtmiş, Durkheim'cı analizi bilimsel düşüncelerin çalışılmasını da kapsayacak şekilde genişletmeye çalışmıştır. Bilim insanların bireysel dünya görüşlerinin, içinde eğitildikleri ve toplumsallaştıkları gruba bağlı olduğunu ileri süren Fleck (1981 [1935]), “düşünce tarzı” (thought style) kavramını kullanarak bilimsel gerçeklerin keşfinin zaten mevcut olan doğanın keşfine değil, doğa hakkında sahip olduğumuz teorilere bağlı olduğu ileri sürmüştü, ayrıca bu keşiflerin dinsel, politik veya ekonomik düşünceler gibi bilimsel olmayan faktörlere bağlı olduğunu göstererek bilimin sosyolojik bir analizini geliştirmiştir. Fleck, toplumdaki frengi anlayışının tarihsel gelişimini inceleyerek bu anlayışın toplumun politik, ekonomik ve kültürel örgütlenmesinin yansıması olduğunu, dolayısıyla hastalık kategorilerinin

ahlaki olarak tarafsız olmadıklarını göstermiştir (Fleck vd., 1981). Özetle Fleck'in medikal bilgi anlayışı, bu bilginin içeriğinin toplumsal doğasını vurgulayan bir anlayıştır. Doğal gerçek diye bir şey yoktur, sadece toplumsal kategoriler vardır ve toplumda ekonomik ve politik gücü elinde bulunduran yönetici sınıflar kendi düşünce kolektiflerini bilim olarak pazarladıkları için güçlüdürler. Fleck'e göre "sanatta ve yaşamda olduğu gibi bilimde de ancak ve ancak kültüre göre doğru olanlar doğaya göre de doğru olur" (Fleck, 1979 [1935]:35). Bu temellere dayanan toplumsal inşacılık, özetle üç başlıkta toplanabilecek tartışmalardan oluşur.

1.1.1.4.3.1.1. Bedenin ve hastalığın toplumsal inşası

Toplumsal İnşacı Yaklaşım, hastalıkların basit gerçekler olmadıklarını, toplumsal muhakemenin ve toplumsal pratiklerin sonucu olduklarını iddia ederek gerçekliği sorunsallaştırır. Örneğin bedenin modern anatomik çizimlerini Ortaçağdaki çizimlerle karşılaştıran çalışmaları inceleyen ve bu çizimlerin, farklı dönemlerin dünya görüşlerini yansıttığını gösteren Armstrong (1993:xi) bedenin, bedene ilişkin tanımlara bağlı olduğunu, tıbbi bilginin değişmez bir biyolojik gerçeklik olarak bedeni hem tanımladığını hem de inşa ettiğini belirtmektedir. Hastalıkların gerçekliğinin sorunlu olduğuna ilişkin bir örnek de RSI⁹ hastalığıdır. RSI, işverenlere göre işçilerin zinde olmamasından ve yanlış durmalarından; sendikacılara göre çalışma koşullarının uygunsuzluğundan, işin kontrolünün işçide olmamasından ve işlerin ağırlığından kaynaklanan bir hastalıktır, psikiyatlara göre ise tazminat nevrozunun ve/veya histerik sendromların bir biçimidir. Yani RSI'nin hastalık olup olmadığı, hatta hastalık haline gelip gelmeyeceği biyolojik faktörlerin değil, toplumsal ilişkilerin sonucudur ve politik bir konudur (Tesh, 1988). Benzer analizler Alzheimer (Fox 1989), hipoglisemi (Singer, 1984), hipertansiyon (Blumhagen, 1980) disleksi (Erchak ve Rosenfeld, 1989) ve psikosomatik bozukluk (Helman, 1985) için de yapılmıştır. Bilginin inşa edilmiş doğasını vurgulayarak medikal inanç sistemlerinin diğer inanç sistemlerinden farklı olmadığını, kültürel olarak özgül olduklarını ve içeriklerinin ve uygulamalarının da toplumsal kökenli olduğunu

⁹ RSI: Repetitive Stratin Injury: Tekrarlanan Zorlama Yaralanması ve Tekrarlayan Gerilim Deformasyonu

savunan Comaroff (1978:247) tıbbi bilginin içeriğinden çok sembolik önemi nedeniyle geniş çapta kabul gördüğünü ve diğer iyileştirme sistemleri gibi Batı tıbbının da 'sağlamlığının verili kabul edilmemesi gereken sorunlu bir sosyo-kültürel sistem' olarak ele alınması gerektiğini belirtmiştir.

Beden ve hastalık değişmez gerçeklikler değilse, bunlar hakkındaki fikirler toplumsal olarak nasıl yaratılmaktadır? Nettleton (2006:18-20) bu soruya verilen yanıtların iki grupta toplanabileceğini ileri sürer. Bunlardan ilki paradigma (Kuhn, 1962) ve düşünce kolektifleri (Fleck, 1979 [1935]) kavramlarına gönderme yaparak bilimsel 'gerçeklerin' toplumsal süreçlerin ürünleri olduğunu, bu tip düşüncelerin, üyelerine baktıkları şeyi nasıl görmeleri ve nasıl yorumlamaları gerektiğini öğreten bilimsel topluluklara ya da düşünce kolektiflerine bağlı olduğunu ileri sürer. Tıp içinde baskın medikal paradigma dışında kalan düşünce, deney ve tedavilerin genellikle reddedildiğini gösteren çeşitli çalışmalar (Davenas vd., 1988; Atkinson, 1988) bu görüşü desteklemektedir. Bilimsel toplulukların profesyonel ve teknik çıkarlarının bilimsel düşüncenin gelişiminde giderek daha fazla ağırlık kazandığını ileri süren Bartley (1990:372) mesleki alt grupların piyasada sahiplenebilecekleri uzmanlık biçimleri ve teknikler yaratmaya çalıştıklarını ve yeni bilimsel gelişmelerin nesnel deney sonuçlarından çok sonuçların pazarlanabilirliği ile ilgili olduğunu belirtmektedir. A.B.D.'de her yıl üretilmeye başlanan yeni ilaçların %39'unun düşük kâr ihtimali nedeniyle üretiminin terk edilmesi (Shahmanesh, 2007:328) Bartley'nin düşüncesini doğrulayan bir veri olarak kabul edilebilir. Bunu doğrulayan bir diğer örnek de Afrika uyku hastalığının tek çaresi olan bir ilacın, ana maddesinin stokları tükendiği için üretiminin durdurulması, Afrika'daki hastaların ancak aynı ana maddenin kullanıldığı kozmetik amaçlı bir krem sayesinde ilaç bulabilmeleridir (McNeil, 2001). Bunlara ek olarak 1975-2000 yılları arasında piyasaya sürülen 1393 yeni ilaçtan sadece 16 tanesinin tüberküloz ve sıtma gibi Batı ülkelerinde artık görülmeyen 'ihmal edilmiş hastalıklar'a yönelik olması (Shahmanesh, 2007:326) bilimin insanlara faydalı olmak amacıyla değil, ilaç şirketlerine kâr sağlamak amacıyla işlediğini göstermektedir.

Tıbbi gerçeklerin toplumsal olarak nasıl yaratıldığı sorusuna verilen ikinci yanıt, tıbbın nesnelerinin kendi etraflarındaki dil ve uygulamalar aracılığıyla bir söylem

içerisinde yaratıldığını ileri sürer. Foucault (1976) hastalık düşüncesinin Paris'te on sekizinci yüzyıl tıbbının söylemsel pratikleri içinde doğduğunu, araştırma, tedavi ve gözlemin hastanede yapılmaya bu dönemde başlandığını göstermiş, bu tıbbi etkinlikler bedene odaklandığı için bedenin hastalığın ana alanı haline geldiğini savunmuştur. Diğer bir deyişle tıp söylemi, kendi *bakışının* ürünü olarak hastalığı bedenin yapısının ve işleyişinin içine yerleştirerek ayrı bir olgu haline getirmiştir.

1.1.1.4.3.1.2. Tıbbi Bilgi, Tıbbi Teknolojiler ve

Toplumsal İlişkiler

Toplumsal inşacı yaklaşım, tıbbi bilginin, tıbbi teknolojinin ve bunların kullanıldığı toplumsal ilişkilerin de toplumsal ilişkilerin sonucu olduğunu ileri sürer. On dokuzuncu yüzyılın sonlarında madencilerde görülen bazı 'hastalık'ların hastalık olarak kabul edilmesini sağlamak için çeşitli meslek gruplarının bir dizi politik ve yasal strateji kullandığı çeşitli çalışmalarda (Figlio, 1982; Bloor, 2000) gösterilmektedir. Shuttleworth (1990:57) on dokuzuncu yüzyılda kadınların menstruasyon kanaması ile zihinsel bozukluk arasında ilişki kurulduğunu göstererek “kadınların sağlıklarının, kendi bedenlerini kontrol etmedeki yetersizliklerine dayandığına” inanıldığını belirtmekte, Smith-Rosenberg de (1984) on dokuzuncu yüzyılda kadınların eğitimlerini sürdürmek istemelerinin histeri belirtisi olarak kabul edildiğini göstermektedir. Eşcinsellik de ortaçağdan itibaren yer yer ölüm cezası ile (Katz, 1976) cezalandırılan bir sapma olarak görülürken 19. yüzyıl sonlarında tıp ve psikiyatrinin alanına girerek hastalık olarak etiketlenmiş, homoseksüelliğe yönelik önyargılar 1980'lerde yapılan çalışmalarda AIDS'e “eşcinsel uzlaşma sendromu”, “eşcinsellikle ilişkili bağışıklık eksikliği” ya da “eşcinsel kanseri” gibi adlar verilmesine neden olmuştur (<http://www.avert.org/aids-history-86.htm>). Bu çalışmalar tıbbi bilginin üretilmesinin olduğu kadar kullanılmasının da değerden bağımsız olmadığını göstermektedir. Günümüzde de tıp profesyonellerinin pozisyonlarını geleneksel aile değerlerini güçlendirmek için kullandıkları (Porter, 1990) ve depresyon gibi aslında kökeninin toplumsal olduğu ileri sürülen (Brown ve Haris, 1978) sorunlara teknik çözümler sunarak hastalığı depolitize etmeye

çalıştıkları (Crossley, 2003) gösterilmekte, tıbbi bilginin günümüzde de çeşitli yollarla ataerkil toplum yapısını ve cinsiyetçi ilişkileri desteklediği belirtilmektedir.

Tıbbi bilginin içeriğinin bu bilginin üretim araçlarını kontrol edenler tarafından belirlendiğini ileri süren Jewson (1976) üç tip 'tıbbi kozmoloji'¹⁰ belirlemiş, ardından Armstrong (2002) ve Nettleton'ın (2204) katkılarıyla bu şemanın kapsamı günümüze kadar uzatılmıştır.

(i) Bu kozmolojilerden ilki, 1770'lerden 1800'lere dek uzanan, doktorlara erişim olanağı bulunan zengin hastaların yargılama ve değerlendirmeyi yapan patronlar konumunda olduğu ve doktorların rakip doktorları saf dışı bırakabilmek için hastalarının özel isteklerini keşfetmeye çalıştığı **yatak yanı tıbbı**dır (*bedside medicine*) (Jewson, 1976:233).

(ii) İkinci kozmoloji, 1800'lerde hastanelerin doğuşuyla başlayan ve 1840'lara dek devam eden, hastalığın bireyin bir bütün olarak var oluşundan ayrılıp belirli bir organın patolojisi haline geldiği, patronaja bağlı olmaktan kurtulmuş doktorların fakir ve kendilerine bağımlı olan bir hasta kitlesine sahip oldukları **hastane tıbbı**dır (*hospital medicine*) (Jewson 1976:235).

(iii) Üçüncü kozmoloji olan **laboratuvar tıbbı**nda (*laboratory medicine*) (1840-1870) hasta 'analiz edilecek maddesel bir şey' haline, hastalık da 'biyokimyasal bir süreç' haline gelmiş (Jewson 1976:238), hem doktorun hem de hastanın yerini bilimsel testler almıştır

(iv) Bu kozmolojilere ek olarak Armstrong (2002) 20. yüzyılda nüfusun sağlık ve hastalık bilgilerinin epidemik çalışmalar, anketler gibi araçlarla toplandığı ve klinik bilginin büyük ölçüde sağlığa yönelik risklere odaklandığı **gözetim tıbbı** (*surveillance medicine*) kozmolojisini eklemiştir.

(v) Nettleton da (2004) bu şemaya sosyo-teknolojik değişimlerle ilişkili olan, yeni bilgi ve iletişim teknolojilerinin bizim gerçekliğe ilişkin algı ve yorumlarımızı değiştirdiği **internet tıbbı** (*e-scaped medicine*) kozmolojisini eklemiştir.

¹⁰ Tıbbi kozmoloji, tıbbi bilginin üretilmesindeki toplumsal ilişkilere gömülü toplumsal etkileşim biçimleridir.

Jewson tarafından ileri sürülen, Armstrong ve Nettleton tarafından da geliştirilen bu kozmolojiler tıbbi bilginin, bilimin rasyonel sürecinden çok toplumsal ilişkiler tarafından üretildiğini açık bir şekilde ortaya koymaktadır. Toplumsal ilişkilerin hastalıkları üretmesi toplumu kontrol etme amacına yöneliktir. Foucault'nun (1977) toplumsal yaşamda hem nüfusun düzenlenmesi hem de bireylerin disipline edilmesi gerektiğini belirtmesi gibi Turner da (1996) toplumda bedenlerin dışsal olarak temsil edilmesi ve içsel olarak zapt edilmesi gerektiğini vurgular. Turner (1996:108) bu gerekliliklerin *hastalığın toplumsal olarak üretilmiş kategorileriyle* sağlanabileceğini, mastürbasyon deliliği ya da histeri gibi hastalıkların¹¹ tıp tarihinde tuhaf dönemlerin yansıması olarak değil, belirli sosyal ve tarihsel koşulların ürünleri olarak görülebileceğini belirtir. Diğer bir deyişle toplumsal ilişkilerle hastalık arasındaki ilişki iki yönlüdür, toplumsal ilişkiler hastalıkların yaratılmasına katkıda bulunmakta ve yansız olduğu kabul edilen hastalık dili de toplumsal ilişkilerin doğasını gizlemeye hizmet etmektedir (Taussig, 1980).

Tıbbi bilginin olduğu kadar tıbbi teknolojilerin kullanımının da toplumsal olarak biçimlendirildiğini gösteren çalışmalar (Pomare, 1988; Behar, 1983; Martin ve Richards, 1995) çeşitli hastalıkların teşhis ve tedavi sürecinde ırkçı ve ayrımcı uygulamalar olduğunu ve tıbbi tedavilerin, tedavi edilenlerin politik, ekonomik ve toplumsal iktidarlarına bağlı olduğunu göstermektedir. Tıbbi teknolojilerin kullanımındaki öznellik sadece hastaları kontrol etmeye yönelik değildir, sağlık sektöründeki çeşitli mesleklerde çalışanları dışlama ve kontrol altında tutma işlevine de sahiptir. Çok sayıda araç gerecin doktorlar dışındaki sağlık personeli

¹¹ Mastürbasyon deliliği, nüfusun kontrolünü ve erkekler üzerinde toplumsal kontrol sağlamayı amaçlayan bir yapıda gelişmiş bir hastalıktır. İnsanların paralarını biriktirmeleri ve mürşif olmamaları gerektiğini ileri süren ekonomik teoriyle paralel bir şekilde cinsel ilişkilerini de sınırlı tutmaları gerektiği düşüncesine dayanır, mastürbasyonun bir delilik türü olduğunu ve kellik, kekeleme, körlük gibi fiziksel belirtilere sahip olduğu ileri sürülür (Turner, 1996:83). Kadınlar için de on dokuzuncu yüzyılda histeri hastalığı benzer bir işlev görmüştür. Bu dönemde erkeklerde beynin, kadınlarda ise sinir sistemiyle üreme sistemlerinin baskın olduğu ve beynin ve yumurtalıkların aynı anda gelişemediği ileri sürülmüştür. Bunun sonucunda çalışmaya ya da eğitim görmeye kalkışan kadınların, üreme zorunluluklarını inkâr ederek kendilerini histeri riskine atmış oldukları kabul edilmiştir. On dokuzuncu yüzyılda kloroz konusunda (Figlio, 1978) ve yirminci yüzyılın başlarında agorafobi konusunda (de Swaan, 1981) da benzer analizler yapılmıştır.

tarafından kullanılmasının yasak olması¹², doktorların iktidarını güçlendirmekte, tıbbi teknolojinin toplumsal ilişkilerle doldurulmuş olduğunu ve onlardan bağımsız olarak ele alınamayacağını (Faulkner ve Arnold, 1985) göstermektedir. Diğer bir deyişle tıbbi teknolojilerin kullanılma biçimi, alanda baskın bir konuma ulaşmak için diğer meslekleri dışlamaya çalışan tıbbın çabalarını desteklemiştir.

Sonuç olarak toplumsal inşacılık tıbbi bilginin ve tıbbi teknolojilerin bilime dayalı nesnel ve değerden arınmış uygulamalar olmadığını, kültürel, ekonomik ve politik faktörler tarafından biçimlendirilen toplumsal ilişkilerin sonucu olduğunu savunur.

1.1.1.4.3.1.3. Medikalizasyon

Medikalizasyon, tıbbın önceden tıbbi sayılmayan alanları tıplaştırması ve önceden tıbbi olduğu düşünülmemeyen konularda uzman olduğunu iddia ederek tıbbın kapsamını bu alanları da içine alacak şekilde genişletmesi olarak tanımlanabilir. Medikalizasyon tezine göre tıp profesyonelleri günlük yaşamın ya da toplumsal sorunların 'normal' olan yönlerini tıbbi sorunlar olarak kavramsallaştırarak bunlara tıbbi ya da teknik çözümler önermeye eğilimlidirler (Nettleton 2006:26). Medikalizasyonun gelişmesinde önceki yüzyıllarda sadece hastanın bedenine odaklanan tıbbın yirminci yüzyılda modern toplumlardaki bireyselleşme eğiliminin bir yansıması olarak alanını bireyin psikolojik, ekonomik ve toplumsal koşullarını da kapsayacak şekilde yeniden tanımlaması (Arney ve Bergen, 1984) ve böylece dışarıdan yönetilen kontrol mekanizmaları yerine bireyleri kontrol edecek iç kontrol mekanizmaları geliştirmeye başlaması (White 2002:44) etkili olmuştur.

Medikalizasyon, tıbbın modern toplumda sahip olduğu toplumsal kontrol mekanizması işlevini yürütmesini sağlayan bir araçtır. Tıp temel toplumsal kontrol mekanizması statüsünü önceki toplumsal kontrol mekanizmaları olan dinsel ve yasal kurumlardan alarak son 150 yıl içinde kazanmış, böylece bir zamanlar oburluk gibi dinin ya da intihar gibi yasaların alanına giren 'ahlaksızlık'

¹² Bu durum özellikle ebelik mesleğinin tarihinde açıkça görülmektedir, bkz. Donnison, 1977; Garcia vd.1990.

eylemleri artık tıbbi konular olarak görülmeye başlanmıştır (White 2002:43). Zola (1972:487), tıp tarafından hastalık olarak etiketlenen şeyin bedende meydana gelen biyolojik oluşumlarla ilişkisinin çok az olduğunu, hastalıkların toplumsal kontrol biçimleri olarak etiketlenip tedavi edildiğini belirtmektedir. Neyin hastalık olarak tanımlanacağına karar verme konusunda doktorlar sıradan insanlardan çok daha fazla güce sahiptir, bu açıdan gerçekliğin toplumsal inşası söz konusu olduğunda insanlar eşit güce ve etkiye sahip değildir. Illich'in (1975) belirttiği gibi bu durum sıradan insanların kendi sorunlarını çözme becerileri ellerinden almakta ve onları tıp uzmanlarına bağımlı kılmaktadır. Tıp, bir sorunu 'hastalık' olarak etiklediği andan itibaren sağlık profesyonellerinin sorunu ve bireyi izleme, müdahale etme ve yargılama otoriteleri olacaktır (Nettleton 2006:26).

'Düzgün' davranış hakkındaki politik değerlendirmelerini kesin bilimsel gerçekler gibi gösteren ve 'normal'in ne olduğunu tanımlayarak bireyi etiketleyen tıp, rol beklentilerine ya da normlara uymayan bireyleri 'hasta' olarak göstermekte ve yasal kabul edilen klinik müdahalelerle insanları kendi tanımladığı normallik sınırları içine girmeye zorlamaktadır (White 2002: 51-52). Bu çerçevede medikalizasyon hastalığın sapkın davranış, sapkın davranışın da hastalık olarak inşa edilmesinde etkili olan temel süreçtir (Nazlı, 2005). Örneğin yüzyıllarca doğal bir kadın deneyimi olarak kabul edilen doğumun 'tıbbi bir sorun' olarak tanımlanarak medikalize edilmesi, hamileliğin ve doğumun kontrolünün, erkeklerin baskın olduğu tıp profesyonellerinin elinde toplanmasına ve kadınların doğumlarını hastanede yapmaya teşvik edilmelerine neden olmuştur. Oysa yapılan çalışmalar kadınların doğumu evde yapmalarının enfeksiyon ve teknolojik müdahale riskini azalttığı için daha güvenli olduğunu göstermektedir (Oakley, 1984; Tew, 1990). Yapılan çalışmalar kumarbazlık (Conrad ve Schneider, 1980), alkolizm (Meyer, 1996), ev işlerini yapmak istememe (Barrett ve Roberts, 1978) gibi eylem ve durumların nasıl tıbbi sorunlar haline getirilip hastalık olarak etiketlendiğini göstermekte ve tıbbin normal davranışı tanımlama hakkının nasıl toplumsal ve politik güce dönüştüğünü göstermektedir. Bu gibi durumların hastalık olarak etiketlenmesi, teşhislerin yansız olmadığını, ahlaki değerlendirmeler içerdiğini ve teşhisler aracılığıyla ırkla, cinsiyetle ya da yaşla

ilişkili yapısal toplumsal sorunların üzerinin örtüldüğünü göstermektedir. Alkolizm, kumarbazlık, hiperaktivite, disleksi, intihar, homoseksüellik gibi toplum normlarına veya genel standartlarına 'uymadığı' düşünülen davranışlarının 'hastalık' gibi tıbbi terimlerle açıklanması bu sorunları bireyin sorumluluğu haline getirmekte ve bireylerin içinde bulunduğu durumu ait olduğu toplumsal çevreden soyutlamaktadır. Medikalizasyon süreci böylece toplumsal ilişkileri sorunlu ilişkiler olarak etiketlendirir, bunları bireylerin biyolojileriyle ilişkilendirir ve sonuçta yine biyolojik çözümler sunar¹³.

Medikalizasyon aracılığı ile 'hastalık' olduğu varsayılan 'esaretten kaçmak', 'alkolizm', 'kumarbazlık' ya da 'ataerkil toplumda yaratılan cinsiyete dayalı rollere direnmek' sosyolojik açıdan hastalık değil, insanların toplumsal yapıya direnme biçimleri, diğer bir deyişle politik eylemlerdir. Küreselleşmenin bir yandan ekonomik eşitsizlikleri derinleştirerek, bir yandan da kolektif ve geleneksel kültürleri eritip fırsatçı, samimiyetsiz ve yüzeysel ilişkileri artırarak kimliğin istikrarını tehdit etmekte ve duygusal sıkıntıları ve psikiyatrik bozuklukları artırdığı (Sayar, 2001) bilinmektedir. Bu durum aynı zamanda insanların kendilerine dayatılan yeni normlara karşı verdikleri tepkilerin tıp tarafından hastalık olarak etiketlendiğini göstermektedir. Burada asıl sorun, toplumsal ve ekonomik nedenlerden kaynaklanan sorunlar karşısında ne yapılacağına karar verme gücünün toplum çıkarlarından çok kendi mesleki çıkarlarını gerçekleştirmeye çalışan bir meslek grubuna verilmesidir (White, 2002:51-2).

¹³ Bu açıdan en çarpıcı örneklerden biri on dokuzuncu yüzyılda siyah köleler arasında 'görülen' ve belirtisi de tarladan ya da esaretten kaçmaya çalışmak olan "Dragnetomania" hastalığıdır. Köleliğe dayanan ırkçı bir toplumda esaretten kaçmanın hastalık olarak kabul edilmesi, toplumdaki güç ilişkilerinin bir sonucudur ve bu ilişkileri pekiştirir. Hastalığın tedavi şekli de tıbbın artık hakim dünya görüşü haline geldiğini göstermektedir: "...çiftlik sahipleri, durumlarını dinsel terimlerle açıklamak, sahip oldukları halde kaçan bu kölelerin içlerindeki şeytani çıkartmak için rahipleri çağırmak yerine doktorları çağırdılar. Doktorlar da, teknik ve bilimsel uygulamaların vasıflı uygulayıcıları olarak, durumu hastalık olarak değerlendirdiler ve çaresini buyurdular: çaresi her iki ayak başparmağının kesilmesiydi, böylece kaçmaları fiziksel olarak imkansız olacaktı" (White 2002:42). Daha yakın tarihlere gelindiğinde Scheper-Hughes (1990, 1995), çok sayıda aç ve susuz insanın yaşadığı ve bebeklerin ve çocukların susuzluk nedeniyle öldüğü Brezilya'nın kuzey doğu bölgesinde açlık ve aşırı çalışma gibi nedenlerle oluşan belirtilerin yerel olarak "nervos" hastalığı olarak adlandırıldığını belirtmektedir. Scheper-Hughes (1990), yirmi yıllık askeri rejim ve politik baskının sonunda insanların rahatsızlıklarını nervosun çeşitli türlerine yakalandıklarını ifade ederek söyleyebildiklerini vurgulamakta ve bunun sosyal bir hastalık olduğunu ifade etmektedir.

Özetle bir toplumsal kontrol mekanizması olarak tıp, medikalizasyon sayesinde kendi politik görüşleri doğrultusunda normal davranışın ve hastalığın ne olduğunu tanımlar ve teknolojik alandaki hakimiyeti sayesinde bireyleri kendi tanımladığı bu normlara uymaya zorlar.

1.1.1.4.3.1.4. Toplumsal İnşacılığa Yöneltilen Eleştiriler

Toplumsal İnşacılık yaklaşımını diğer yaklaşımlardan ayıran en belirgin özellik toplumsal gerçekliğin öznel yönünü vurgulamasıdır ve bu yaklaşıma getirilen eleştirilerin çoğu da bu noktaya ilişkindir. Nettleton (2006:26-29), Toplumsal İnşacılığa getirilen eleştirilerin dört grupta toplanabileceğini belirtmektedir. Toplumsal inşacılığa yöneltilen ilk eleştiri, (i) dış gerçeklikleri tamamen göz ardı ettiği ve ampirizme tamamen zıt olduğu iddiasıdır (Taylor ve Ashworth, 1987). Ancak toplumsal inşacılık homojen bir yaklaşım değildir, bu yaklaşım içinde dış gerçeklikleri kabul etmeyenler olduğu gibi (Armstrong, 1983) kabul edenler de yer almaktadır (Lock, 1988). İkinci olarak (ii) tıbbın bilimsel bilgi ve uygulamaların geçerliliğini onaylamak için tıbbın topluma kazandırdığı somut faydaların yeterli olacağı ve toplumsal inşacılığın tıp içindeki hangi gelişmelerin takdir edileceğine ilişkin bir ölçüt oluşturmuyarak tıpta ilerleme olasılığını azaltacağı ileri sürülmüştür. Nettleton (2006:28) bunun ikna edici bir eleştiri olduğunu kabul etmekle birlikte bütün bilgilerin toplumsal koşullara bağlı olduğu iddiasının “bütün bilgilerin değersiz olduğu anlamına gelmediğini, sadece bilginin nasıl yaratıldığına ilişkin alternatif anlama biçimleri geliştirmeye çalıştığını” vurgular. Toplumsal inşacılığa getirilen üçüncü eleştiri, (iii) *görelilik sorunu* olarak bilinen iddiadır ve bütün bilgiler toplumsal olarak görelidir ise toplumsal inşacılığın geçerliğinin de mümkün olmayacağını ileri sürer (Bury, 1986). Son olarak çeşitli ampirik çalışmalar (Riessmann, 1983; Gabe ve Calnan, 1989) (iv) medikalizasyon hakkındaki iddiaların, insanların tıbbi fikirlere direnme ve kendi bilgi ve deneyimlerine güvenme konusundaki becerilerini görmezden gelen iddialar olduğunu ve medikalizasyon sürecinin abartıldığını ileri sürmektedir.

1.1.1.4.3.2. Etkileşimci Yaklaşım

Etkileşimci yaklaşımın iddialarının temelinde varlığın altında biyolojik bir zemin var olsa da benliğin temelde diğerleriyle etkileşim sonucu gelişen toplumsal bir ürün olduğu varsayımı vardır (Mead, 1972 [1934]). Etkileşimci yaklaşım sağlık ve hastalık sosyolojisi çerçevesinde insanların doğum, ölüm, ameliyat gibi toplumsal olaylara anlam verme biçimleri, sağlıkları bozulduğunda kimliklerinin değişimine ne tepki verdikleri ve doktorlar-hasta etkileşiminin analizi gibi konularla ilgilenir.

Etkileşimcilerin çalışmalarının çoğu, hastaların iktidara ve kaynaklara sahip olamadıkları için kendi hastalıklarının durumuyla ilgili kendi bireysel tanımlarını kurabilecekleri alanın çok dar olduğunu göstermektedir. Bu çerçevede bu yaklaşımdaki çalışmalar 'hasta perspektifi'ni kabul etmekte, yani hastanın benlik duygusunun diğerleri tarafından yağmalanmaması, geçerli kabul edilmesi gerektiği ve hastanın, tedavi kararlarında daha fazla söz sahibi olması gerektiğini savunmaktadır (Annandale, 1998:22).

Toplumsal düzeni kırılğan ve geçici bir düzen olarak görse de toplumsal etkileşimi yöneten toplumsal kuralların keşfedilmesiyle, özellikle ritüeller ve seremoniler gibi toplumsal etkileşimin görünür kalıpları ile ilgilenen Goffman'ın (1967) düşünceleri etkileşimci yaklaşımda sağlıkla ilgili çalışmalara yön vermiştir. Goffman'ın düşüncelerini pediatri kliniklerinde yaptığı çalışmalara uygulayan ve medikal etkileşimin seremonik yönüyle ilgilenen Strong (1979) hastalarla doktorların bir arada bulunduğu tıbbi karşılaşmaları inceleyerek hastaların da doktorların da bu etkileşimde karşılıklı beklentilere sahip olduklarını göstermiştir. Strong'a (1979:100-128) göre hastalar ve doktorlar karşılıklı olarak birbirlerini idealize etmekte, bu ideal modele aykırı bir durum olduğunda birbirilerini tolere etmekte ve ortak bir seremonik düzen yaratmaktadırlar.

Ölme üzerine yaptıkları çalışmada 'farkındalık bağlamları' kavramını geliştiren Glaser ve Straus (1965), hastaların kendi durumlarına ilişkin kendi yaptıkları tanımların yanında, diğer insanların yaptıkları tanımları da önemli bulduklarını göstermişlerdir. Ölen kişinin ve etrafındakilerin etkileşimde bulunduğu

bağlamların sabit olmadığını, akışkan olduğunu ve doktor ve hemşire gibi sürece dahil olanlar değişirse yeniden inşa edilebildiğini belirten Glaser ve Straus (1965:94), hastaların kendi amaçlarına ulaşmak için çeşitli yollarla 'pazarlık' yaptığını vurgular.

Roth'un (1963) tüberküloz hastalarının takibinde kullanılan zaman çizelgeleri hakkında yaptığı çalışmada da etkileşimci yaklaşım açısından önemli kavramlardan biri olan görüşme (negotiation) kavramı merkezidir. Bu çalışmada Roth hastaların "o gruptaki hastalardan herhangi birinin başına gelebilecek herhangi bir şeyin kendisine ne olacağının belirlenmesinde meşru bir referans noktası olarak kullanılabileceğine" inandığını göstermiştir (Roth 1963:36).

Sağlığa atfedilen anlamın önemini vurgulayan ve hastalıkların algılara dayalı bir sınıflandırmasını yapan çalışmasında Cornwell (1984:124) insanların hastalıkları 'ahlaki olarak sorunlu durumlar' olarak gördüklerini belirtmekte, sağlıklı olmak ahlaki olarak doğru kabul edildiği için birçok görüşmecinin bir dizi ciddi sağlık sorunu olduğu halde kendini 'sağlıklı' olarak tanımladığını belirtmektedir.

Etkileşimci yaklaşım, genel olarak inceledikleri etkileşim ve görüşmelerde etkili, hatta belirleyici olabilecek yapısal özellikleri dikkate almamakla (Day ve Day, 1977) ve toplumsal yaşamda birbirinin içine karışmış durumda olan (Fine, 1993:69) gerçeğin mikro ve makro düzeylerini birbirinden ayırmakla eleştirilmişlerdir. Etkileşimci yaklaşım bu eleştirilere yanıt olarak daha genel düzeyde sağlık ve hastalık sosyolojisi politikaları ile ilgilenmiş, bu girişimin sonucunda *duygu sosyolojisi* (sociology of emotions) alanı kurulmaya başlanmıştır. Duygu sosyolojisinin kurucularından olan Hochschild (1979:551), etkileşimci yaklaşımın önde gelen isimlerinden olan Mead ve Blumer'ı duyguların önemini görmemekle, Goffman'ı da duyguları, kurallarla yönetilen zarar verici davranışlar şeklinde görmekle eleştirse de sosyolojinin her şeyi fiziksel olarak ele almasına tepki olarak 1970'lerin ortasında ABD'de gelişmeye başlayan duygu sosyolojisi (Olesen 1990) çalışmalarının çoğunun merkezinde etkileşimci ilkeler yer almaktadır.

Duygu sosyolojisi genel olarak duyguların verili olmadığını, toplumsal olarak biçimlendirilebilir olduğunu (Hochschild, 1979), sosyologların duyguları indirgenemez bir şekilde toplumsal olan, toplumsal eylemler içinde oluşan ve grup süreçleriyle devam eden durumlar olarak görmeleri gerektiğini (McCarthy, 1989), psikolojik durumlara duygusal önemi veya önemsizliği verenin aktörlerin tanımları ve yorumları olduğunu (Shott 1979:1321) ileri sürmektedirler. Bu çerçevede geliştirilen ve “diğer insanların duygularıyla ilgilenmeyi gerektiren işlerde çalışmak” (James, 1989:21) şeklinde tanımlanan '*duygusal emek*' kavramı, özellikle sağlık sektöründe çalışanlar hakkında yapılan çalışmalarda (Stacey, 1981; Theodosius, 2008) kullanışlı bir kavram haline gelmiştir.

1.1.1.4.4. Post Yapısalcılık ve Foucault

Post yapısalcılık içinde sağlık ve hastalık sosyolojisine en çok katkısı olan sosyolog Foucault'dur. Post yapısalcılık dile ağırlık vermekle birlikte yapısalcılıkta olduğu gibi toplumsal yapıları analiz etmeyi sürdürür. Bu açıdan Foucault ile Parsons arasında bazı benzerlikler söz konusudur. Parsons toplumun kendini sürdürmesinin toplumsal norm ve değerlerin bireyler tarafından içselleştirilip doğru kabul edilmesi sayesinde mümkün olduğunu ileri sürer. Foucault da söylemlerin ürettiği kavram ve imajların bireyler tarafından içselleştirilerek normalleştirildiğini savunurken Parsons'ı hatırlatır. Foucault da Parsons gibi tıbbın bilimsellik iddiasını eleştirir, tıbbi bir toplumsal kontrol mekanizması olarak görür ve modern toplumda hastalığın sapkın davranış olarak görüldüğünü ileri sürer. Parsons için bu sapkın davranış toplumsal rollerin yarattığı gerilimden kaçmak amacıyla gösterilen bir davranışken Foucault için hasta bireyin modern toplumdaki profesyoneller tarafından hasta olarak etiketlenerek zorla normalleştirilmesidir. Parsons, Weber'in etkisinin açıkça görüldüğü ilk çalışmalarında özneyi nispeten etkin bir şekilde kavramsallaştırırsa da genel olarak Parsons sosyolojisinde birey, davranışları toplumsal yapılar tarafından şekillendiren pasif bir alıcı konumundadır. Foucault da benzer şekilde özneyi söylemin ürünü olarak görür, ancak Foucault'nun çalışmalarında birey, söylemin içinde çeşitli teknikler kullanarak kendini dönüştürme gücüne sahiptir.

Foucault'nun çalışmalarının büyük kısmı, öznenin çeşitli dönemlerde ortaya çıkan disipline edici güçler tarafından yaratılışı ile ilgilidir. Jewson (1976) da tıbbın tarihsel gelişimini ortaya koymaya çalışmıştır, ama Jewson bu tarihi tıbbi kozmolojiler üzerinden yazar ve bilginin toplumsal güç ilişkilerinden doğduğunu ileri sürer. Foucault'ya ise göre ise başlangıç noktası, belirli tarihsel dönemler boyunca belirli özneleri oluşturan *epistemenin* ya da bilginin biçimlenişidir. Foucault tıbbın bilgiyi nasıl biçimlendirdiğine *Kliniğin Doğuşu*'nda (1973) değinir, bu çalışmada klinik bakışın (gaze), yani hastanın bedenini görme biçiminin nasıl geliştiğini anlatarak, hastalıkların bedene bakışın ürünleri olduğunu gösterir ve tıbbi uygulamaların yeni biçimlerinin ortaya çıkışının bu gelişime paralel olduğunu gösterir. Modern toplumda bedene bakışın değişmesi ve hastalığın, benlikten ve bireyin deneyimlerinden ayrı bir olgu olarak algılanmaya başlanması, 'bedenin içinde' tam olarak belirli bir yeri gösterebilecek patolojinin gelişmesi ve bu yeri teşhis etmeye yönelik incelemenin "şimdiye kadar görülmemiş düzeyde ayrıntılı yöntemlerinin" kullanılmasıdır (Armstrong, 1983:2).

Marxistler gibi ekonomiye ya da Parsons gibi toplumsal sisteme değil, bürokratik devletin gelişimine odaklanan Foucault'nun (1973) temel argümanı, modern tıbbın, toplumsal planlama için yurttaşlar hakkında toplanan bilgilerin merkezde yer aldığı 'yönetilen toplumların' manifestosu olduğudur. 'Klinik bakış'ın değişerek hastalığın algılanışını değiştirmesinin, Avrupa'da kapitalizmin geliştiği, nüfusun ve kentleşmenin arttığı bir dönemde meydana gelmesi tesadüf değildir. Bu koşullar altında nüfusun kontrolüne yönelik eski biçimler yeterli olamamış, biyopolitik etrafında kurulan yeni iktidar rejimleri gelişmiş ve insanlar sayılmaya, izlenmeye ve incelenmeye başlanmıştır. Foucault, *Deliliğin Tarihi*'nde (2006 [1967]) modern toplumların bürokratik toplumlar olduklarını ve bilginin üretilmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesini toplumu planlamada kullandıklarını, amaçları nüfusu tahmin ve kontrol etmek olan modern tıp, kriminoloji, penoloji, psikoloji, sosyoloji ve psikiyatri disiplinlerinin modern toplumun disiplinleri olarak ortaya çıkmasının ardında bunun yattığını belirtir. Bu akademik 'disiplinler' aynı zamanda insanların kabul etmeleri gereken davranış normlarını ve benimsemeleri gereken yaşam tarzlarını oluşturup bu normlar

üzerinden insanlara nasıl davranmaları gerektiğini bildiren ‘disiplin’lerdir. Bu disiplinlerden amaçları bireylerin davranışlarını tahmin ve kontrol etmek ve devlete bu bireyleri izlemesi ve kontrol etmesi için gerekli bilgiyi sağlamak olan meslek grupları doğmuş ve bu gruplar devlet lehine insanları hasta, deli, suçlu, sapkın gibi çeşitli kategorilere sokmaya başlamışlardır. Bu yeni disiplinler toplumsal kontrolün bilgisini üretir ve insanları deli, akıllı, özürlü, sapkın, suçlu ve hasta gibi kategorilere bölerken kullanılacak ‘bilimsel’ kriterleri oluşturarak kendi ürettikleri bu bilginin insanlar tarafından öznel gerçeklikler olarak içselleştirmesini ve iktidarın disipline edici güce sahip olmasını sağlarlar.

Foucault’ya (1976) göre modern toplumda devlet nüfus üzerinde kontrolünü gözetimin disipline edici gücü ile sağlar. Gözetim, bir yandan nüfusun yönetilmesi için bireyler hakkındaki bilgilerin toplanması, örgütlenmesi ve kullanılmasını, diğer yandan fabrika, hastane, okul gibi kurumlar içinde astların üstleri tarafından doğrudan denetlenmesi ya da kontrol altında tutulmasını içerir. Gözetimin gerçekleşmesini mümkün kılan ise bedenin anatomo-politiği ve nüfusun biyo-politiğidir. Bedenin anatomo-politiği, bedenin disipline edilmesi ve normalleştirilmesidir. Foucault’ya (1976:139) göre bireyleri “disipline etme, yetenekleri optimize etme, güçlerinin tehditle alınması, buna paralel bir şekilde uysallığının arttırılması ve etkin ve ekonomik kontrol sistemleriyle bütünleştirilmesi bedenin anatomo-politiği tarafından garantiye alınır”. Nüfusun biyo-politiği ise üreme, doğum, ölüm, sağlık düzeyi, ortama yaşam süresi ve bunlarda değişim yaratacak olan koşulların denetlenmesini sağlayan müdahaleler ve düzenlemeler toplamıdır (Foucault 1976:139). Başka bir deyişle anatomo-politik, bilimsel bilgiye sahip olduklarını iddia eden modern disiplinlerin meslek grupları tarafından üretilip yönetilen bilimsel sağlık ve normallik kavramlarının içselleştirilmesi, biyopolitik ise insan bedeninin, toplumsal kontrole ulaşmak amacıyla örgütlü bilgiye bağlanmasıdır, Foucault bu iki kavram sayesinde birey ve toplumsal yapılar arasında bir bağlantı kurar.

Foucault’nun iktidar anlayışı, geleneksel anlamda kullanılan iktidardan farklıdır. Foucault’nun kullandığı anlamda iktidar bireylerin ya da grupların sahip olduğu değil, onlar tarafından deneyimlenen, üretken ve yukarıdan aşağıya olduğu gibi aşağıdan yukarıya doğru da işleyen dağınık ve yaygın bir iktidardır. Bu iktidar

bireyleri ve toplumu gözetim teknolojileriyle dışarıdan kontrol etmez, bireylerin normalliğin bilimsel kavramlarını içselleştirmelerini ve toplumsal kontrolü öznel gerçeklikleri olarak inşa etmelerini sağlayarak kontrol eder. Foucault'ya (1980:155) göre

“...artık silahlara, fiziksel şiddete, maddi zorlayıcılara ihtiyaç yoktur. Sadece bir bakış. İnceleyen bir bakış, öyle bir bakış ki bu bakışın ağırlığı altındaki bireyler sonunda bunun kendi gözetimcileri olduğunu içselleştirecek ve her birey kendisine karşı ve kendisinin gözetimini yapacaktır. Harika bir formül: sürekli olarak deneyimlenen ve en az maliyetle işleyen güç”.

Foucault'nun bakış açısından iktidar öğretmenin verdiği derste, hakimın karar verdiği mahkeme salonunda, rahibin günah çıkarma seansında ya da doktorun yaptığı muayenede/ameliyatta açıkça işlemekte, ama belirli bir grupta ya da belirli toplumsal kurumlarda somutlaşmamaktadır. Cinselliğin kontrol edilmesinde de bu durum açıkça görülmektedir, cinsellik baskı ve zorla değil, tıp, psikiyatri ve sosyoloji gibi itiraf biçimine dayanan söylemler aracılığıyla ve bu söylemlerin ürettiği gerçekliklerin bireyler tarafından içselleştirilmesi ile kontrol edilir (Foucault, 1976:33). Sawicki'nin (1991) çalışması bu düşüncüyü yansıtmaktadır. Tüp bebekler gibi yeni üreme teknolojilerinin (NRT) erkeklerin, kadın bedenini maniple edilebilir bir nesne haline getirerek kadınların yeniden üretim güçlerini kontrol etmelerinin bir yolu olduğunu düşünen radikal feministlerin (Corea, 1985) aksine bu deneyimlerin Foucault'cu bakış açısıyla daha iyi anlaşılabilirliğini düşünen Sawicki (1991:67-85), NRT'lerin kadınların bedenlerini baskı yoluyla değil, doğurgan kadınlar, taşıyıcı anneler, kusursuz bedenler gibi kadınların içselleştireceği amaçlar yaratarak kontrol ettiklerini ileri sürer. Rowland (1992) erkeklerin kadınların bedenleri üzerindeki kontrolü, Chesler (1990) ise orta sınıf kadınların işçi sınıfı kadınlarının bedenleri üzerindeki kontrolü konusunda benzer analizler yapmışlardır. Tıbbın zorla normalleştirme gücü o kadar güçlüdür ki Doğrudan Gözetimli Tedavi (Özkara vd., 2002) gibi uygulamalar aracılığıyla bireyler kendi gözetim, denetim ve kontrol süreçlerine kendi kendilerine, kendi iyilikleri (tedavileri) için girmektedirler.

Modern toplum analizini beden, iktidar ve bilgi etrafında kuran Foucault'ya göre beden, kriminoloji, tıp ve sosyoloji gibi modern disiplinlerde merkezi bir yere sahip olduğu için özellikle önemlidir. İktidar/ bilgi ilişkisi açısından beden hem

kendisini uysal ve itaatkâr kılan güç ilişkileri tarafından oluşturulur hem de bu güç ilişkilerinin hedefidir, yani özne etkileşimcilik yaklaşımında olduğu kadar yaratıcı ve etkin değildir, söylemin bir ürünüdür. Foucault bireylerin kendilerini 'doğal' bir şekilde algıladıkları düşüncesine karşıdır, ona göre bireyler etraflarını saran söylemlerin imajlarını ve hatta kelime haznelerini içselleştirerek verili kabul eder ve kendilerini bu imaj ve kelimeler çerçevesinde algırlar. Diğer bir deyişle bireylerin kendilerini algılama biçimleri, üretilmiş söylemlerin sonucunda şekillenir. Bununla birlikte bireylerin kendilerini algılama biçimlerinin söylem içinde yaratılması Foucault için her zaman baskıcı ya da zorlayıcı bir süreç değildir, bireyler çeşitli teknikler kullanarak (Foucault, 1988:16-50) kendilerine kimliklerini yansıtacak imajlar oluşturup kendilerini stilize ederek mutluluğa erişmeye çalışırlar, kendi kendini eleştirmeyi ve dönüştürmeyi içeren bu süreç bir açıdan da özgürleştiricidir.

Politik ve ekonomik rejimlerin, içinde bedenın anlaşılabilceğı çerçveleri ürettiğini, diğeri bir deyişle bedenin sadece fizyolojik kurallara uymadığını, çeşitli tarihsel dönemlerde birçok rejim tarafından kalıplara sokulduğunu savunan Foucault (1977) bedenin kavramsallaştırılması, kaydedilmesi ve kontrolü sürecini, Durkheim'ın mekanik ve organik dayanışma tipleriyle paralellik gösteren iki tarihsel döneme ayırır. İlk dönem, hastalık, delilik ve suçluluğun birbirinden büyük ölçüde ayrılmadığı, 'tedavi'nin tek amacının Durkheim'ın 'cezalandırıcı hukuk' kavramıyla ifade ettiğı şekilde bedeni fiziksel olarak disipline etmek ve yeniden 'normal' olmasını sağlamak olan 16. ve 17. yüzyıllardır. Merkezi iktidarların hakim olduğu bu dönemde tıp, bedenin **anatomik-metafizik** kaydını üretmektedir. İkinci dönem, modern tıp dönemidir, bu dönemde tıp, itaati sağlamak için bedenin **teknik-politik** kaydını üretir. Bu dönem, amacın toplumun ahlaki bütünlüğünün yeniden sağlanması olduğu 'onarıcı hukuk'un geçerli olduğu organik dayanışma tipine benzemektedir. Artık amaç bedeni fiziksel olarak hapsetmek değil, bedenin ve zihnın fabrika, hapisane, hastane gibi düzenlenmiş kurumlarda doktorlar, kriminologlar, sosyologlar ve psikiyatrlar gibi uzmanlar tarafından rehabilite edilmesi, uysallaştırılması ve ahlaki olarak yeniden bütünleştirilmesidir ki bu da 'sağlık' ve 'normallik' hakkında profesyonel grupların ürettiğı kavramların bireyler

tarafından içselleştirilmesini sağlamakla gerçekleşir. Dolayısıyla Foucault'ya göre tıp, devletin 'normal'in sınırlarını çizme, 'normal'e uymak için insanları zorlama, hastalık kategorileri ile bireyleri totalize etme ve gözetim işlevlerini üstlenen bir araçtır.

Foucault gibi devletin gelişimi ile ilgilenen ve tıp tarihinin rasyonel bilimsel uygulamaların tarihi değil, Avrupa toplumundaki kültürel, ekonomik ve politik gelişmelerin yansıması olduğunu ileri süren Elias (2000 [1978]), Foucault'dan farklı olarak Batı'daki gelişimsel sürecin ilerlemeci, özgürleştirici ve insancıllaştırıcı bir süreç olduğunu ve sağlık ve hijyenle ilgili konuların gelişiminin, bireyler arasında 'duyguların inceliği'nin artmasını yansıtan daha geniş bir toplumsal hareketi yansıttığını ileri sürer. Diğer bir deyişle Elias da (2000 [1978]) Foucault gibi bedenlerimizle ve bedenlerimizin başkalarına sunulması ile ilgili düşüncelerimizin dışarıdan gelen bir zorlama ile değil, Avrupa toplumundaki ilerleme ve gelişme sonucunda içselleştirilen doğruların değişmesi ile ilgili olduğunu düşünür.

Foucault'nun bedenin söylem içinde inşa edilmesi üzerine yaptığı çalışmalar beden sosyolojisinin gelişimini, özellikle de ataerkil söylem içinde bedenin inşasının analizini mümkün kıldığı için feminizme önemli katkılar sağlamıştır. Küresel teşhis rehberlerinde hasta olmayan bireylerin bile "hastalığın sıfıncı aşamasında" olarak etiketlendiği (www.goldcopd.com/download.asp?intId=189), yani hasta olsun olmasın herkesin teşhis kapsamına girdiği günümüzde Foucault'nun belirttiği gibi tıbbın nüfusu totalize edici etkisini görmek oldukça kolaylaşmıştır. Ayrıca estetik ameliyatların giderek yaygınlaştığı ve sıradanlaştığı, sistematik bir şekilde bireylerin kendi bedenleri ile ilgili kişisel memnuniyetsizliklerinin estetik ameliyat gibi 'normal ve kolay' çözümlerle giderilebileceğinin anlatıldığı programların yayınladığı, hatta estetik ameliyatları yayınlarak bu ameliyatların 'normalleştirilmesine' katkıda bulunan televizyon kanallarının olduğu günümüzde Foucault'nun benliğin teknolojileri (1988) aracılığıyla insanların kendilerini stilize ederek mevcut söylemin çerçevesi içinde mutlu olmaya çalıştıkları şeklindeki görüşünün oldukça kullanışlı bir kavramsal araç haline geldiği görülmektedir.

Foucault'nun iktidarı yaygın ve yerel bir kavram olarak ele alması eleştirilmiş, bu açıdan Foucault'cu yaklaşım "iktidarın şirket yöneticileri, bankerler, kitle iletişim araçları, politik lobiciler gibi ekonomik ve politik güce sahip olan tanımlanabilir ve özgül araçlar tarafından kontrol edilip yönetildiği noktayı tıkamakla" (Best ve Kellner, 1991:70) suçlanmıştır. Foucault'nun bütün toplumsal ilişki ve pratiklere gömülü iktidar kavramsallaştırmasının, bireyleri "hiçbir etkili direniş gösteremeyen uysal bedenlere indirgemek" anlamına geldiği (McNay, 1992:59) ve Foucault'nun benliğin bütün pratiklerini kendini stilize etmeye indirgeyerek bazı pratikleri diğerlerinden daha fazla empoze eden sosyal ve kültürel belirleyenlere yeterince değinmediği, sonuç olarak benliği politik ve ekonomik yapılardan soyutladığı (McNay, 1992:6) ileri sürülmüştür. Belirli bir grubun elinde toplanmayan iktidar anlayışı nedeniyle Foucault'nun analizlerinde beden ve hastalıkla ilgili önemli tarihsel anları anlattığını, ancak yorumlamadığını belirten Annandale'ye (1998:42-43) göre Foucault iktidarın etkilerine fazla odaklanmakta ve bu nedenle tarih boyunca iktidar söylemlerindeki değişimlerin köklerini ihmal etmektedir. Annandale (1998:42) ayrıca Foucault'yu mevcut söylemlerin baskı yollarının neler olduğunun açıkça belirtmemekle ve iktidarın belirli bir biçiminin nesneleri olmanın bireylerin deneyimleri açısından ne anlama geldiğine önem vermemekle eleştirir. Foucault'ya getirilen bir diğer önemli eleştiri de toplumsal inşacılık yaklaşımına da yöneltilen görelilik sorunu eleştirisidir. Buna göre Foucault'nun savunduğu gibi bütün bilgiler söylemsel olarak üretiliyorsa (Hammersley, 1992:49) Foucault'cu analizlerin diğer analizlerden üstün olduğu ileri sürülemez.

1.1.1.4.5. Feminist yaklaşımlar

Bütün feministler bazı ortak özellikler taşırsalar da feminizm homojen bir teori değildir, bu nedenle 1980'lerden itibaren tek bir feminizmden ve tek bir feminist teoriden değil, feminist teorilerden ve feminizmlerden bahsetmenin daha uygun olduğu genel olarak kabul edilmeye başlanmıştır (Pilcher ve Whelehan, 2004:49). Çok genel düzeyde bütün feministlere göre ataerki erkek bedenine rasyonellik, akıl, sağlık gibi değerli sayılan özellikleri atfederek erkek bedenini yüceltir, diğer taraftan kadın bedenine hastalık, akılcı olmayan davranışlar ve kontrol eksikliği gibi özellikleri atfederek kadın bedenini eksik bir beden olarak

inşa eder. Sağlık ve hastalık sosyolojisi açısından feminist çalışmaların en önemli işlevleri cinsiyet ve toplumsal cinsiyet arasındaki farkı ortaya koyarak kadın bedenini ikincil olarak inşa eden toplumsal süreci tanımlayarak eleştirmek ve sağlık alanında cinsiyete dayalı eşitsizliklerin ortadan kaldırılabilmesi için bu eşitsizlikleri ortaya koymak ve analiz etmektir.

Kadın hareketinin ilk dönemlerinde feminist çalışmaların sağlık konusunu yeterince gündeme almadığını belirten Annandale'ye (1998:61) göre bunun nedeni sağlık alanının henüz erkeklerin ilgi alanına girmemiş olmasıdır. 1970'ler boyunca feminist hareket hız kazandıkça, sağlık konusunda yapılan feminist çalışmalar da artmıştır.

1.1.1.4.5.1. Liberal Feminizm

Kökleri politik liberalizme dayanan ve kadınların toplumdaki ikincil statüsünün demokrasi içinde politik süreçlerle iyileştirilebileceğini ileri süren Liberal Feministler (Wollstonecraft, 1792; Friedan, 1963, Wolf, 1991, 1994) erkeklerle kadınların hukuki eşitliğini vurgulayan ve eşitliğe toplumdaki mevcut yapılar içerisinde planlanmış eylemlerle ulaşılabilceği savunan çalışmalar yapmış ve "erkek ve kadınları adil bir şekilde içerecek bir toplumsal kontrata doğru bir yolculuk" (Wolf, 1994:187) amaçlamışlardır. Liberal feministler biyolojik cinsiyet ile toplumsal cinsiyet arasında öz itibarıyla bir ayrım olmadığını ileri sürmüş (Annandale ve Clarke, 1996:20), rasyonel davranışa ve kadınların erkeklere atfedilen ve iyi sağlıkla ilişkili olan değerlere nasıl erişebileceği ile ilgilenmişlerdir. Dolayısıyla liberal feminizm erkek bedenini 'özgürleşmiş bireyin' standart örtük normu olarak (Annandale, 1998:66) alsa da, rasyonel eyleme verilen önem nedeniyle bedenin kendisi sessiz ve pasiftir (Scott ve Morgan, 1993) ve "bedenleşen deneyim" (embodied experience) yerine "zihinsel eylem"e (mindful action) odaklanılmaktadır (Annandale, 1998:67).

Liberal feministler genel olarak hukuksal eşitliğe, sağlık açısından ise bilgiye erişimde ve karar vermede eşitliğe ve de tıptaki mesleki cinsiyetçiliğe odaklanmakta, böylelikle yasal ve formel sistem dışında işleyen cinsiyete dayalı eşitsizliklerin birçoğunu büyük ölçüde görmezden gelmektedirler. Liberal feministler genel olarak kadınların tıbbı, özellikle de uzmanlık alanlarına

katılımlarındaki eşitsizlere odaklanmış, kadınların tıpta uzmanlaştıklarında bakım ve beslenmeyle ilgili oldukları için nispeten feminen sayılan psikiyatri ve pediatri alanlarında uzmanlaştıklarını (White, 2002:138) ve erkek meslektaşlarından daha az vaka ve daha düşük ücretle yetindiklerini (Thomson, 1988) vurgulamışlardır. Liberal Feminist yaklaşım 1970'lerden itibaren yapılan, sosyal rollerle sağlık statüsü arasındaki ilişkiyi vurgulayan ve sağlığın kadın biyolojisinin doğrudan bir ürünü olmadığını, toplumsal cinsiyetçi roller ve deneyimlerle toplumsal olarak inşa edildiğini göstermeye çalışan araştırmalar üzerinde etkili olmuştur. Annandale (1998:67) artık toplumsal cinsiyet ve sağlık araştırmalarının daha sofiste olduğunu, ancak bedensel deneyim yerine zihinsel eyleme odaklanan çalışmalarda liberal feminist mirasın hissedildiğini belirtmektedir.

Liberal feminizm, ekonomik güç ve ataerkil iktidar açısından toplumda var olan yapısal ilişkileri görmemekle, ataerkil sistem içinde çalışmak isteyerek toplumun sınıfsal ve ataerkil yapısını dönüştürme gibi bir çaba gütmemekle (Annandale, 1998:68; White, 2002:138) eleştirilmekte, ayrıca liberal feministlerinin iddialarının aksine toplumun materyalist yapısında değişiklik yapılmaksızın tıbbı giren kadın ve erkeklerin oranlarının eşitlenmesinin tıbbi uygulamaları cinsiyet açısından eşitlikçi bir hale dönüştürmeyeceği (Gatens, 1992:129-132) ileri sürülmektedir.

1.1.1.4.5.2. Radikal Feminizm

Radikal feminizm biyolojik cinsiyet ve toplumsal cinsiyet arasındaki ilişkiyi vurgulayan ve kadın bedeninin ayırt edici özelliklerine olumlu değer atfederek erkek bedeninin ataerkil avantajını ortadan kaldırmaya çalışan bir yaklaşımdır (Annandale ve Clarke, 1996:20). Radikal feministlerin tartışmalarının merkezinde beden kavramı ve bedenlerinin erkekler tarafından kontrol edilmesinin bütün kadınların paylaştığı ortak bir deneyim olduğu düşüncesi yer alır, bu nedenle kadınların politik bilincini dönüştürmek için bedeni özgürleştirmenin temel olduğunu vurgularlar. Bu çerçevede cinselliği, tecavüzü ve doğum uzmanlığı ve jinekoloji de dahil olmak üzere erkek şiddetinin diğer türlerini kamu meselesi haline getiren (Ramazanoğlu, 1989) radikal feminizm,

diğer feminist yaklaşımlardan farklı olarak bedenın etrafında kurulmuştur, bu nedenle de kadın sağlığına diğer yaklaşımlardan daha fazla odaklanır.

Radikal feminizme göre kadınların üzerindeki baskının kökleri ekonomik ve politik baskı biçimlerinden daha eski olan ve bütün güç ilişkilerinin temeli (Millet, 1991) olan ataerkidir, bu baskının ortadan kaldırılması için ataerkinin ortadan kaldırılması gerekir. Radikal feministler ataerkinin kadınlar üzerindeki baskıyı temel olarak üreme (biyolojik yeniden üretim) üzerinden kurduğunu ileri sürerler, bu nedenle bazı radikal feministler (Firestone, 1970) kadınların teknolojiyi kullanarak üreme işlevinden kurtulmaları, yani çocuk doğurmayı bırakmaları gerektiğini savunur. Kadınların üreme işlevinin kontrolünde merkezi bir yere sahip olan jinekoloji, radikal feministler tarafından *“gereksiz radikal mastektomi¹⁴ ve histerektomi¹⁵, kanserojen hormon tedavisi, psiko-ameliyatlar, ruh öldürücü psikiyatri ve psikoterapi aracılığıyla ... doktorların kadınları kötürum bırakışları ve yok edişleri”* (Daly, 1990 [1978]:228) şeklinde tanımlanmaktadır.

Radikal feminizm, erkek bedenine karşı kadın bedenine güçlü bir pozisyon sağlamakta ve onu erkek bedenine üstün kılmaktadır. Örneğin Lipshitz (1978:39) kadınları ‘yaşayan canlılara hayat verebilmeleri açısından cadı-benzeri (witchlike)’, ‘erkek kültüründen farklı bir dünyayla ilişkilendirildiği için korku uyandıran, görünmez bir iç cevherin sahipleri’ olarak görmekte ve kadın bedenini övmektedir. Kadın bedeninin bu şekilde övülmesi ve güçlendirilmesi, radikal feminizmin kadınlık deneyimini diğer deneyimlerin üzerinde tutma eğilimi yansıtır. Böylece kadınların toplumsal sınıf, ırk ve cinsel yönelim gibi kendilerini bölebilecek faktörlerin sayısından daha fazla ortak özelliğe sahip olduğu ilkesinin altı temel olarak kadınlık deneyimi ile doldurulmuş olur.

Erkeklerin kadınları bedenleri üzerinden nasıl kontrol ettiğini gösteren çeşitli çalışmalarda kadınsılığın hastalıkla eşanlamlı kılındığı, üremenin kadınların yaşamdaki tek amaçları olarak görüldüğü ve “doktorların baş ağrısından boğaz ağrısına ve hazımsızlığa kadar kadınların neredeyse her türlü şikayetine

¹⁴ Mastektomi: Meme bezinin ameliyatla çıkartılıp alınması

¹⁵ Histerektomi: Rahmin ameliyatla alınması

arkasında rahim ve yumurtalık bozuklukları bulduğu" (Ehrenreich ve English, 1978:132), kadın anatomisinin kader olarak görüldüğü ve bunun medikalizasyonu desteklediği (Foster, 1995; Martin, 1987) ortaya konmuştur. Rich (1992) ve Oakley'e (1984) göre bugün hâlâ doğum uzmanları doğal doğumlara dönüşü "riskli" bulmakta ve kadınların doğum deneyimini kendilerinin gerçekleştirebileceğini inkar etmektedirler. Anneliğin özelleştirilmesine ve izole edilmesine direnilmesi gerektiğini savunan Yeniden Üretim ve Genetik Mühendisliğine Direniş Uluslararası Feminist Ağı (FINRRAGE), suni dölleme teknolojilerinin gelişiminin durdurulması ve yeniden üretimin bilimsel kontrolden uzaklaştırılarak, bunların yerine feminist öz-yardıma ve ev doğumlarına yönelik bir öz bilinç koyulması gerektiğini savunmaktadır (Sawicki, 1991:72, 78).

Ataerki hakkındaki teorileri bütünleştirmeye çalışan ve ataerkiyi "erkeklerin kadınlara hükmettiği, baskı kurduğu ve sömürdüğü bir sistem" olarak tanımlayan Walby (1990:214), ataerkinin tarihsel açıdan sabit olmadığını, zamanla değiştiğini ve farklı bağlamlarda içindeki ögelerden bazılarının öneminin azalıp bazılarının arttığını belirtmektedir (1990:173). Walby (1990:20) ataerkinin altı yapıdan oluştuğunu belirtmektedir: "ataerki üretim biçimi, ücretli işteki ataerki ilişkiler, devletteki ataerki ilişkiler, erkeklerin uyguladığı şiddet, cinsellikteki ataerki ilişkiler ve kültürel kurumlardaki ataerki ilişkiler". Ataerkinin işleyişinde toplumsal yapıları vurgulayarak biyolojik indirgemeciliği reddeden Walby, günümüzde ataerkinin bu yapıların her birinde özel alandaki ataerkiden kamusal ataerkiye doğru kaydığını belirtmektedir:

"Özel ataerki hane halkının üretime ve evin nispeten özel olan alanında kadınları bireysel ve doğrudan olarak kontrol eden bir partiarka dayanır. Kamusal ataerkide de hane halkı önemli bir ataerki alan olmakla birlikte, kamusal ataerki hane halkından çok yapılara dayanır. Artık geleneksel olarak kamusal alanın parçası olarak görülen yapılar ataerkinin sürdürülmesinde merkezi bir yere sahiptir" (Walby, 1990:178).

Radikal feminizm kadın ve erkek arasındaki temel farklılıkları vurguladığı için erkekler tarafından tanımlanmış olan dünya görüşünü kabul etmiş olmakla eleştirilmektedir, Eisenstein'a göre (1988:3) radikal feminizmde "kadınların kendi aralarındaki farklılıklar susturulup kadınlarla erkekler arasındaki farklılıklar ayrıcalıklı kılınmakta; kadınlar arasındaki aynılık aşırılaştırılmakta ve kadınlarla erkekler arasındaki benzerlikler de inkâr edilmektedir". Benzer şekilde Di

Stefano (1990), Jaggar (1993) ve Lorde (1984) bu bakış açısının kadınlar arasındaki kültürel, sınıfsal veya etnik durumdan kaynaklanan farklılıkları inkar etmek olduğunu savunmakta, Annandale (1998:74) de bu bakış açısının "beyaz orta sınıf" görüşü yansıttığını ileri sürmektedir.

1.1.1.4.5.3. Marxist Feminizm

Tarihsel olarak radikal feminizm ve Marksizm üzerinden gelişen ve ikisini de sorgulayan (Ramazanoğlu, 1989) Marxist Feminizm, Marxizmin "feminizmin en iyi ihtimalle sınıf çatışmalarından daha az önemli olduğu, en kötü ihtimalle de işçi sınıfını böldüğü" (Hartmann, 1981:2) iddialarını eleştirmiştir. Marxist Feministlere göre Marxist 'kadın sorunu' feminist sorun değildir, erkeklerin kadın itaatinden zorunlu çıkarları olduğu için kadınlarla erkeklerin kapitalizm denetimlerinin birbirinden farklıdır, ancak Marxizm bunu görememektedir (Annandale, 1998:81). Marxist Feministler 'kadınların tahakkümü'nün 'sınıf tahakkümünden' daha fazla olduğunu savunurlar "çünkü sermaye ve özel mülkiyet, kadınların kadın oldukları için ezilmelerine neden olmazlar, sadece onların ortadan kaldırılması, kadınlar üzerindeki baskıyı sona erdirmeyecektir" (Hartmann, 1981:5).

Marxist Feminizm içinde 1970'ler ve 1980'lerdeki temel tartışma, ataerki ve kapitalizmin ayrı ayrı sistemler olarak mı (ikili sistemler teorisi) yoksa kadınların üzerindeki baskıyı güçlendiren ve aynı anda karşılıklı olarak var olan sistemler olarak mı (birleşik sistemler teorisi) görülmesi gerektiği tartışması olmuştur (Annandale, 1998:82).

İkili sistemler teorisi kapitalizmin ve ataerkinin ayrı ayrı ama birbirini kesecek şekilde işleyen iki sistem olarak işlediğini varsayar. Kapitalist hiyerarşide kadınların ve erkeklerin farklı pozisyonlara sahip olmasını ancak bu teori ile açıklayabileceğimizi savunan Hartmann (1981:19) ataerki ve sermaye arasında güçlü bir ortaklık olduğunu, ancak erkeklerin ve kapitalizmin kadın emeğinin kullanılmasında farklı çıkarları olduğu için bu ortaklığın kaçınılmaz bir ortaklık olmadığını belirtir. Kadın sağlığı ile ilgili çalışmalarda genellikle ataerki kapitalizme hizmet eder gibi görünmektedir (Annandale, 1998:83), bunun nedeni işbölümü gibi bazı özelliklerin hem ataerkiyi hem de kapitalizmi

güçlendirmesidir (Hartmann,1981:29), ancak ataerkinin kapitalizmle ilişkili olsa da ondan ayrı işleyen etkilerini saptamak kolay değildir. Hartmann'a (1981:21) göre ataerki kapitalizme kaşı birleşebilecek bir işçi sınıfının oluşması engellemekte, işçi sınıfını bölmektedir, kadın işçilerin istediklerini alamamaları pahasına erkek işçiler istediklerini almaktadırlar. Zalewski de (1990:238) kapitalizmin hem erkekleri hem de kadınları etkilediği, ama kadınların buna ek olarak ataerkinin baskısı altında olduğu, yani çifte sömürüye maruz kaldığını belirtmektedir:

“...içinde erkeklerin de kadınlar kadar baskıya maruz kaldığı bir toplum yaratmak için ataerkinin ve kapitalizmin gerçeklikleri birbirinin içine geçer, ama kadınlar hem ataerkinin hem de kapitalizmin baskısına, yani çifte baskıya maruz kalmaktadırlar”.

Sağlık alanı ikili sistemler teorisi açısından incelendiğinde ataerki ile kapitalizmin çatıştığı, birbirlerinin çıkarlarına uymayacak şekilde işlediği görülebilir. Örneğin kadınları hastalara bakmak üzere evde tutmak ve ev içi ücretsiz emeklerinden faydalanmak, onların ucuz işgücü olarak piyasaya girmelerini engeller. Bu durum özellikle yaşlıların, özürllülerin ve çocukların bakımını öncelikle ailenin görevi olarak tanımlandığı Belçika, Hollanda, Almanya, Fransa, İtalya ve İsviçre gibi Hristiyan demokrat geleneğindeki sağlık sistemlerinde (Navarro vd., 2001:486) görülebilir. Bu tip yapılarda sağlık bakımının bir kısmının yasal olarak toplumsal cinsiyete dayalı roller üzerinden kadınlara verilmesi sağlık 'piyasasası'ndaki kapitalistlerin çıkarlarını zedeleyecektir.

Diğer taraftan Birleşik Sistemler Teorisi'ne göre ataerki, sermayeyi destekleyen ideolojiler üzerinden işlemektedir, kapitalizmin sağlık sistemi de kadınların üzerindeki ataerki baskıdan kâr elde eden cinsiyetçi bir sistemdir, bu nedenle kapitalizmin ve ataerkinin sağlık ve üzerinde de ayrı ayrı etkileri değil, tek bir etkisi vardır (Young, 1981). Bu nedenle bu teori Marxizm ve feminizmin birleşmemesi, feminizmin Marxizmi "teslim alması ve dönüştürmesi" (Young, 1981:50) gerektiğini savunmaktadır. Birleşik Sistemler Teorisi'ne göre tıp da ataerki de kapitalizmi desteklemektedir; tıp 'sağlık' kavramını 'çalışabilmeye uygun olma durumu' olarak tanımlayarak, ataerki ise 'kadın sağlığı'nı üreme ve ev içi emeği aracılığıyla ailenin yeniden üretimini gerçekleştirebilecek halde

olma durumu olarak tanımlayarak (Doyal ve Pennel, 1979) kapitalizmi destekler. Kadın bedeninin yeniden üretim etrafında nesneleştirilmesi tıbbın ve ataerkinin ortak çıkarlarına uymaktadır, “tıbbî dil, aile rolleri, mesleki hedefler, cinsellik, çocuk doğurma gibi kadınların karşılaştıkları önemli toplumsal problemleri cinsel ve nesnelleştirilmiş yeniden üretim organı bozukluklarına dönüştürerek” (Waitzkin 1991:113) kadın sağlığını etkilemektedir.

Marksist Feminizm geç kapitalizmin işleyişinde yaşanan gelişmelerin etkisini yeterince değerlendirememekle ve içinde bulunduğumuz dönemde kadın-erkek ayrımına dayanmadığı halde sağlığa zararlı olabilecek yeni cinsiyete dayalı eşitsizlik biçimlerini görmezden gelmekle eleştirilmiştir (Annandale, 1998:84). Ayrıca günümüzde kadın-erkek ikiliğinin yapısöküme uğratılmış olmasının da kapitalizme hizmet ettiği, örneğin modern dönemde erkek davranışı olarak nitelendirilen sigara ve içki tüketiminin artık kadınlardan beklenmesi ve kadın davranışı olarak nitelendirilen diyet yapma davranışının erkeklerden beklenmesi gibi (Ebert,1996) durumların yeni sömürü alanları yarattığı ve kadın sağlığını bozduğu ileri sürülmüştür.

1.1.1.4.5.4.Postmodern Feminizm

Postmodern Feminizm diğer feminist yaklaşımlardan kadın-erkek arasında temel farklılıklar olduğu varsayımına karşı çıkarak ayrılır. Bu tip ikiliklerin dünyanın modernist algılanışının ürünü olan varsayımsal ve yapay ikilikler olduğunu ileri sürer (Annandale, 1998:75) ve diğer feminist yaklaşımların kadınlarla erkeklerin farklı oldukları varsayımıyla başlayan araştırmalarının sorunlu olduğunu savunur. Postmodern feminizm radikal feminizmin biyolojik farklılıkları vurgulamasını, kadınların deneyimlerini evrenselleştirmesini ve kadınların kendi aralarındaki ortak özelliklerin, erkeklerle kadınlar arasındaki ortak özelliklerden daha fazla olduğunu ‘verili’ kabul etmesini eleştirir ve her bireyin, yaşamlarında yer alan çoklu baskı sistemlerinden farklı düzeylerde etkilendiğini savunur (Collins, 1990:229). Bu çerçevede postmodern feministler ırk, sınıf ve cinsel yönelim gibi açılardan kadınlarla erkekler arasındaki benzerliklerin ve kadınların kendi aralarındaki farklılıkların kabul edilmesi

gerektiğini (Annandale, 1998:77), kadınların birbirleri üzerinde kurduğu baskının ancak bu şekilde görülebileceğini ileri sürerler.

Grosz'a (1990:101) göre niteliği gereği ataerkil olan ve ataerkiyi güçlendiren erkek/erkek olmayan ayrımını kabul etmek, erkeklere olumlu kabul edilen, kadınlara ise olumsuz kabul edilen değerlerin atfedilmesi gibi başka zıtlıklara zemin hazırlamakta, sağlık açısından olumlu değer olan 'sağlığın' erkeklerle, olumsuz değer olan 'hastalığın' ise kadınlarla ilişkilendirilmesine izin vermektedir. Bunun sonucu olarak kadınların iyi (sağlıklı) olarak; erkeklerin de hasta olarak görülmelerinin zorlaştığını belirten Annandale (1998:78-80), kadın sağlığı kendi kendine var olan bir olgu olarak değil, kadınları hasta eden şeylerin zıttı olarak algılandığı için kadınlara yönelik tıbbi uygulamaları inceleyen feminist çalışmaların bile sorunlu doğumlar veya gereksiz jinekolojik ameliyatlara gibi kadınların olumsuz deneyimlerine, yani kötü sağlığa odaklandıklarını vurgulamaktadır. Yapılan çalışmalarda kadınların sağlıklarının olumsuz yönlerine, sağlık sorunlarına aşırı odaklanması, kadınların kaçınılmaz olarak sağlıksız olacakları yargısına varılmasına ve kadın sağlığının patolojikleştirilmesine neden olabileceği için tehlikelidir (Ananndale, 1998:80). Bu çerçevede postmodern feminizme göre modernist bakış açısı terk edilerek eril/dışıl, erkek/kadın, cinsiyet/toplumsal cinsiyet gibi ikilikler yapısöküme uğratılmalı ve reddedilmelidir, eğer bu ikili düşünce biçimi terk edilirse erkekler olumlu değerlerle, kadınlar da olumsuz değerlerle kolayca ilişkilendirilemez, böylece de kadınların sağlıksız olduğuna dair bir genel kanı oluşması engellenmiş olur.

Postmodern feminizme yöneltelen en yaygın eleştiri, kadınların kendi içindeki farklılıklarının, kadınların ortak özellikleri kadar önemli olduğunu iddiasına yöneliktir. Erkek bedeni ve sağlığının, kadın bedeni ve sağlığı ile eşit bir şekilde gündeme alınmasının erkekleri güçlü ve baskıcı, kadınları da kurban olarak görmeyi engelleyeceği (Ramazanoğlu, 1992:346) ve nihayetinde toplumsal cinsiyet söyleminin altını oyacağı ileri sürülmüştür. Postmodern feministlere yönelik bir diğer eleştiri de yine bir ikilik olarak toplumsal cinsiyet kategorilerinin terk edilmesine yöneliktir, toplumsal cinsiyetin yapısöküme uğratılmasının ataerkinin 'sahipsiz' kalmasına neden olacağı, bu durumda ataerkinin görünmez

olacağı ve politik direniş için bir hedef olarak var olamayacağı (Annandale, 1998:80) ileri sürülmüştür.

1.1.1.4.6. Bourdieu ve Giddens

Mechanic 1960'larda (1968:179) tıp sosyolojinde toplumsal yapı düzeyindeki değişkenlerle sosyal psikolojik düzeydeki değişkenleri bütüleştirecek bir teoriye ihtiyaç duyulduğunu vurgulamış olsa da yapı ve özne arasındaki etkileşim, tıp sosyolojisinin yapısı gereği uzun süre gündem dışında kalmıştır. Sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişmesiyle birlikte çeşitli çalışmalar (Bartley vd.,1996; Marmot ve Wilkinson, 1999) toplumsal yapı ve sağlık arasındaki ilişkiye çok düzeyli açıklamalar getirmeye çalışmıştır. Yapı ve özne arasındaki etkileşime odaklanan Giddens'in (1984) ve Bourdieu'nun çalışmaları (1984, 1999) sağlık ve hastalık sosyolojisinde de uygulanabilecek yeni bakış açıları sunmuştur.

Giddens Yapılaşma Teorisi'nde (1984) yapı ve özne arasında diyalektik ve sürekli bir ilişki olduğunu, bir yandan toplumsal yapının bireyin davranışlarını sınırlandırıp biçimlendirdiğini, diğer yandan da bireylerin düşünsel pratikleri üzerinden toplumsal yapıları yeniden üretip dönüştürdüklerini savunur. Diğer bir deyişle toplumun kuruluşu üzerinde ne toplumsal yapılar ne de özneler tam bir hakimiyete ya da üstünlüğe sahiptir, ikisi de diğerini sürekli olarak biçimlendirmektedir ve Giddens bu dengeyi yapının ikiliği olarak adlandırır.

Giddens (1984) üç tip toplumsal yapıdan bahseder, bunlar dil ağlarını kullanarak yaratılan anlamlardan oluşan yapılar (signification), toplumsal norm, değer ve isteklerin doğallaştırılmasıyla üretilen ahlaki düzen (legitimation) ve kaynakların kontrolünden kaynaklanan güçtür (domination). Sağlık alanına uyarlandığında dil ağları üzerinden yaratılan anlamlara örnek olarak tıbbın söylemi, toplumsal normlar üzerinden üretilen ahlaki düzene örnek olarak neo-liberal sağlık söylemi ve bu söylem içinde dönüştürülen normlar gösterilebilir. Kaynakların kontrolünden kaynaklanan gücün de bir yandan mesleki egemenliğini kurmuş olan tıp profesyonellerinin, diğer yandan piyasalaşmış sağlık sisteminde sağlık hizmetini bir mal olarak satan satıcıların elinde olduğu söylenebilir. Giddens'ı izleyerek öznelerin bu yapıların yeniden üretiminde etkili olduğunu düşünürsek, bu yapıları dönüştürme kapasitelerini de kabul ederiz.

Bununla birlikte Bourdieu (1986) yapının öznenin kolektif kapasitesini ve kolektif becerilerini zayıflatabileceğine dikkat çekmektedir. Toplumsal sınıfı kültürel-yapısal ve mekansal bir bağlamda ele alan Bourdieu (1998:6) bireylerin karşılaştıkları zorlukları incelerken maddi yoksulluğu tek ölçüt olarak almanın yetersiz olduğunu savunur. Bourdieu'ya (1986) göre maddi yoksulluk bireylerin sağlığı etkilediği varsayılan davranışlarını toplumsal yapıya gömülü olan yaşam tarzları ve kültürel pratikler üzerinden etkiler¹⁶, diğer bir deyişle yapı dolaylı bir şekilde bireyin kolektif kapasitesinin altını oyma gücüne sahiptir.

1.1.1.4.7. Postmodern yaklaşımlar

Postmodern yaklaşımı tanımlamak diğer yaklaşımlara oranla daha zordur çünkü *bir* postmodernizmden bahsetmek bile postmodernizmin 'heterojenlik, çeşitlilik ve farklılık gibi bazı merkezî değerlerini ihlal etmek' riskini taşımaktadır (Flax 1990a:188). Postmodernizmin genel olarak modernizme ait olan bilim ve aklın bilgi için nesnel bir temel sağlayabileceği, bu bilginin 'gerçek' olduğu, bireylerden bağımsız transandantal (deneyüstücü) bir aklın olduğu ve dilin 'gerçekliği' doğru bir şekilde yansıttığı şeklindeki düşünceleri şüpheyile karşıladığı (Flax, 1990b), düz çizgisel bir doğrultuda ilerleyen, bilim ve akıl sayesinde daha iyi bir noktaya doğru evrilen düzenli bir dünya anlayışına karşı çıktığı söylenebilir.

Postmodern feminizmde de görüldüğü gibi postmodernizmin sağlık ve hastalık sosyoloji açısından en önemli ilkelerinden biri, doğru ve gerçek olanın dil aracılığıyla yaratılmış yapay kategoriler olduğudur. Bu çerçevede genç, yaşlı, hasta, özürlü, sağlam ya da sağlıklı gibi göndermeler yaptığımız özne pozisyonlarının söylemsel olarak yaratıldığını savunan Postmodernizmin amacı, "dünyayı zıtlıklar aracılığıyla tanımanın ... yanlış bir görünüm yarattığını" ve "Batı düşüncesinde hakim olmaya devam eden ikiliklerin çoklu neden ve sonuçlara sahip olan bir dünyayı anlamada yetersiz kaldığını" (Lather 1991:21) göstermektir.

¹⁶ Bu bakış açısıyla toplumsal dünyanın birikimsel bir tarih olduğunu ileri süren Bourdieu'nun (1986:241) daha sonra geliştirilen yaşam süreci açıklamaları (Kuh ve Ben-Shlomo, 2002; Bartley 2004) üzerindeki etkisi açıkça görülmektedir.

Postmodern düşünce öncelikle sağlık ve hastalık sosyolojisinin kendini inşa ediş biçimini eleştirir. Sağlık ve hastalık sosyolojisi biyomedikal modeli mekanik ve bireysel olmakla suçlamış, buna karşı kendi sosyal modelini geliştirerek kendi pozisyonunu güçlendirmiş, bu çerçevede kendini modernist bir toplumsal dünya içinde inşa etmiştir (Annandale, 1998:46). Postmodernistler ise sağlık ve hastalık sosyolojisinin sosyal modelin biyomedikal modelden daha üstün olduğu iddiasının sadece tıbbın gerçekliğinden üstün olan bir başka gerçek iddiası olduğunu (Kelly ve Field 1994: 36) ve söylemsel bir ürün olan otoriteye karşı sosyal modeli savunmanın kendisinin de sadece başka bir iktidar anlamına geldiğini (Fox, 1993:49) ileri sürmüşlerdir. Fox'un ameliyatın toplumsal anlamı üzerine yaptığı (1992) ve cerrahların ve anesteziistlerin bakış açılarının, aralarındaki rekabetçi zıtlık içinde inşa edildiğini gösteren çalışması, yapısökümün 'zıt pozisyonların aslında kendi hakikatleri için birbirlerine bağımlı oldukları' (Derrida, 1982) ilkesini yansıtır.

Postmodernizmin geç kapitalizmin kültürel mantığı olduğu, kapitalist mantığın artık ekonomik alan dışına, estetik ve kültürel alana uzandığı ve metalaşmanın toplumsal yaşamın bütün alanlarına gömülü hale geldiğini (Jameson, 1991) ileri süren postmodernler, bireyin bu toplumsal çerçevede zayıfladığını ve şizofrenik bir varoluşa zorlandığını ileri sürmekte ve bireylerin kendilerini bu toplumsal bağlama yerleştirmekte zorlandığını savunmaktadırlar (Annandale, 1998:49). Bireyin içinde bulunduğu savunmasız durum Orr'un (1990) çalışmasında görülebilir. Bir moda mankeni ile bağlı olduğu şirket arasındaki anlaşma üzerinden bedenin metalaştırılması sürecini inceleyen Orr (1990), postmodern kapitalizmin koşulları altında, kullanım değeri yaratmak ve dolaşımdaki sermayenin parçası haline getirilmek için, kadınların ve erkeklerin bedenleri üzerinde değişiklik yapıldığını göstermektedir. Orr'a (1990:475) göre zihinsel hastalıklar, özellikle panik bozukluk, bireylerin postmodern çağdaş varoluşa verdikleri bir tepki, "postmodern piyasanın değişen merkezî (sınır) sistemindeki bağlantıları için ödedikleri yüksek bedeldir".

Sağlık ve hastalık sosyolojisi açısından önem taşıyan bir diğer postmodern tartışma da Baudrillard'ın (1983) hiper-gerçeklik tartışmasıdır. Baudrillard (1983) endüstriyel üretimin hakim olduğu modernite döneminden yüksek teknoloji

postmodern dünyaya geçişle birlikte ‘hiper-gerçeklik’ dönemine girildiğini, bu yeni dünyada bireylerin artık kapitalistlerin ihtiyaçları tarafından değil, teknolojinin yeni biçimleri olan modeller, kodlar ve sibernetik tarafından kontrol edildiklerini, artık imaj ve gerçek arasındaki sınırın çözüldüğünü ve taklidin gerçekten daha gerçek haline geldiğini ileri sürer. Baudrillard'ı (1983) izleyen ve tıp uygulamalarındaki görüntüleme (imaging) ve görselleştirme (visualization) tekniklerinin yaygın kullanımına dikkat çeken Frank (1992:83) teknolojik olanla insan olanı birbirinden ayıracak hiçbir sınır olmayan teknolojik-insan karışımı hiper-gerçek bedenlerin yaratıldığını ve tıbbi bakımın merkezinde hastanın bedeninin değil, hastanın bedeninin imajının yer aldığını ileri sürer. Artık tıbbın fiziksel bedenlerle değil, bedenlerin taklitleri veya imajlarıyla ilgilendiğini, hastanelerde sembolik olanın artık yataktaki bilinçli hasta değil, ultrason, elektrokardiyograf gibi video ekranları ve bu ekrandaki taklit edilen beden olduğunu savunur ve modernist tıp sosyolojisini bedendeki bu değişimi görememekle eleştirir. Bu bağlamda, modern tıptaki geleneksel doktorlar hastayı doğrudan değil, dolaylı olarak ekrandan izleyen yeni bir biçim alırlar:

“Doktorlar hastaları artık daha az görür; bunun yerine doktor da hasta da birbirlerinin hâlâ orada olduğunu varsayarlar, ikisi de diğerinin üretken oluşunun nostaljik işaretidir. Gerçek teşhis hastadan koparılmıştır; yatak, ekranın yanında ikincildir. Teşhiste, hatta tedavide bile ekrandaki imaj ‘gerçek’ hasta haline gelir, yatakta yatan beden artık kusurlu bir taklittir, ekrandaki imaj kadar dikkate değer değildir” (Frank 1992:83).

Deleuze ve Guattaeri (1977) postmodern durumda iktidarın bedeni dönüştürdüğünü, onu tarihsel ve mekansal bağlamından kopararak modayı yansıtan organsız bir beden haline getirdiğini belirtir. Kroker ve Kroker (1988:27) ise artık bundan daha da öteye geçtiğimizi, teknolojik ilerlemeler sayesinde yapay plasentaların ve herhangi bir batın içine bir embriyo yerleştirmenin mümkün olduğu postmodern durumda artık doğal bedene ihtiyaç duyulmadığını belirtir. Artık beden, hastalıkların ve virüslerin bulaşma yeri olarak, panik yaratacak bir alan olarak görülmektedir, bu çerçevede beden, kamusal krizin üzerinde yansıtılacağı bir alan, toplumsalın ölümünün yarattığı krizin belirtilerini vurgulayan bir metin haline gelmiştir (Kroker ve Kroker 1988: 27). ‘Gerçek’ ve ‘imaj’ı birbirinden ayırmanın mümkün olmadığı bu koşullarda, bedenin yeniden inşa edilmeye hazır hale geldiğini gösteren örneklerden biri

Orlan'dır. Orlan, ataerkil toplumun erkek bakış açısından inşa ettiği güzellik kavramını eleştirmek için bir dizi estetik ameliyat olan, bu ameliyatlarda bedeninden çıkarılan parçaları açtığı sergilerde sergileyen bir performans sanatçısıdır (<http://www.orlan.net/>). Bedenin artık kullanılmayan bir şey, sadece üzerinde istediği şeyi yapabileceği arkaik bir alan olduğunu düşünen Orlan bedenin biyolojik ve genetik olmayan bir şekilde kavranışını yansıtmaktadır.

Postmodern düşüncenin sağlık alanındaki yansımalarından biri, alternatif ve tamamlayıcı tıp adıyla anılan ve modern tıba alternatif olduğu ileri sürülen uygulamaların yaygınlaşmasını sağlamasıdır. Modern bilim anlayışının görece dışında kalan çeşitli uygulamalar ve farklı kültürel tedavi yöntemleri postmodernizmin her tür bilgiyi eşitleyen zemininde kendilerine yeni alanlar bulabilmektedir. Modern tıp da buna karşılık hakimiyetini başka kurumlarla paylaşmamak için bu uygulamaları kısmen desteklemektedir, örneğin Batı ülkelerinde birçok tıp fakültesinde doğu tıbbı, tamamlayıcı tıp ya da alternatif tıp adıyla 'tamamlayıcı' bölümler açılmaktadır. Diğer taraftan bazı çalışmalar (Candansayar ve Coşar, 2001) postmodernizmin güçlendirdiği kültürel göreliliği pozitivist temellerini sarsacak bir tehdit olarak görmekte ve biyomedikal paradigmanın korunmasına yönelik yollar aramaktadırlar.

Postmodern çalışmalar genellikle beden ve acı gibi konulara odaklansalar da özellikle insanların tıp kurumlarının modern pratiklerine (modern bilime dayalı tedavilere) duydukları ihtiyaç nedeniyle sağlık alanında modernitenin sona ermesinden kolaylıkla söz edilemeyeceğine, bu alanda postmodern ve modern dinamiklerin bir arada işlediğine dikkat çekilmektedir (Cirhinlioğlu, 2003; Man ve Balcı, 2006).

1.1.1.5. Türkiye'de sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişimi

Türkiye'de sağlık ve hastalık sosyolojisi, sosyolojinin diğer alt dallarına oranla daha az çalışmanın yapıldığı bir alandır, ancak son yıllarda bu alana yönelik ilgi artmış, alanda yapılan çalışmalar niceliksel olarak artış ve niteliksel olarak çeşitlilik göstermeye başlamıştır. Türkiye'de sağlıkla ilgili ilk sosyolojik

çalışmalar İbrahim Yasa (1962)¹⁷ ve Orhan Türkdoğan (1972) tarafından yapılmıştır. Türkdoğan (2006:16-17) 1970'lere dek Türkiye'de yapılan sosyolojik çalışmalarda sağlık ve hastalık sorunlarının sosyal sistem içinde toplum kültürünün bir unsuru olarak görülmediği ve bağımsız olarak incelenmediğini belirtmekte ve bu durumun iki nedeni olduğunu belirtmektedir. İlki, ilk dönem Türk sosyolojisi üzerinde çok etkili olan Le Play sosyolojisinde sağlık olgusuna çok önem verilmemesi, ikincisi ise toplumun sağlık ve hastalığı tıbbın sınırları içinde düşünmesi ve toplumsal olarak kavramlaştırmamasıdır (Türkdoğan, 2006:16-17).

Türk sosyolojisinde sağlık ve hastalık sosyolojisinin oldukça geç çalışılmaya başlanan ve uzun zaman fazla ilgi çekmeyen bir alan olması düşündürücüdür. Bunun nedeni üç boyutta incelenebilir.

(i) Bunlardan ilki, Türk sosyolojisinin doğuşu ile ulus devlet inşası sürecinin paralel olması, bu nedenle sosyoloji çalışmalarına Batılılaşma tartışmalarının ve toplumsal düzenin yapısal özelliklerinin hakim olmasıdır. Başka bir deyişle Türk sosyolojisinin gelişme döneminde sağlık ve hastalık kavramlarının, modern ulus devlet inşası süreci içinde din ya da aile gibi toplumu bir arada tutacak, toplumsal düzeni sağlamada kullanılabilecek kavramlar sunmadığı için ayrıcalıklı bir yere sahip olmadığı ve bu nedenle fazla ilgi çekmediği söylenebilir. Buna ek olarak bilgi sosyolojisi tartışmalarının da aynı nedenle ikincil planda kalması da sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişimi için bir zemin oluşmasını geciktirmiştir.

(ii) İkinci neden Türk toplumunda tıp kurumunun toplumdaki yerini Batı toplumlarında olduğundan daha farklı bir şekilde almasıdır. Uzun süre fiziksel kirlenme/bozulma ve ahlaki günahkarlık arasında bir ayırım yapmayan Hristiyan dinsel öğretisi sayesinde Batı toplumlarında Kilise bedene ve sağlığa ilişkin

¹⁷ Yasa, 'Türkiye'de Halk Sağlık Folkloru ve Bazı Meseleleri' adlı bu çalışmasında hastalık durumunda "doktora koşma"yı modernliğin bir özelliği olarak ele almakta, köylerde tedavi için kullanılan geleneksel yöntemleri betimlemekte, ancak geleneksel yöntemle üretilen bu "kocakarı" ilaçlarının "tıbba aykırı" olduğunu belirtmekte ve olumsuz olarak değerlendirmektedir (Yasa, 1962:102-103). Bu açıdan bu çalışmayı bir *tıpta sosyoloji* çalışması olarak görmek mümkündür.

gücü elinde bulundurmuş ve temel toplumsal kontrol mekanizması olmuştur. Bilimsel devrimlerin ve Aydınlanma düşüncesinin etkisiyle birlikte bilimsel bilgi dinsel bilginin, bilim insanları da ruhban sınıfının yerini almış, beden ve sağlık, dinin alanından çıkarak tıbbın alanına girmiş, bu durum Batı toplumlarında biyomedikal modelin gelişmesinde ve tıbbın temel toplumsal kontrol mekanizması haline gelmesinde etkili olmuştur (Turner, 1996:84-88). Diğer taraftan Osmanlı İmparatorluğu döneminde bilimin din kurumu ile keskin bir rekabete girdiği bir dönem yaşanmamış, Batı'da bilimsel devrim sonrasında yaşanan teknolojik gelişmeler ve modern uygulamalar Islahat döneminde II. Mahmut tarafından benimsenmiş ve uygulanmaya başlanmıştır (Erdoğan vd., 2005:123). Bilimsel gelişmelerin ve modern tıp söyleminin aynı zamanda din kurumunu da yöneten devlet tarafından benimsenerek topluma sunulması, Osmanlı toplumunda tıbbın dinin yerini alacak modern toplumsal kontrol mekanizması haline gelmesini engellemiştir. Diğer bir deyişle tıp kendi otoritesini kurmak için Batı toplumlarında olduğu gibi geleneksel uygulamalar ve din ile çatışmamış ve toplum yaşamını biçimlendirmede Batı'da olduğu kadar ön plana çıkmamıştır. Tanzimat döneminde başlayan Batılılaşma hareketi, Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra da artarak devam etmiş, Cumhuriyet'in kuruluşuyla birlikte laikliğin ve bilimselliğin baskın olduğu bir toplumsal çerçeve kurulmuştur. Dolayısıyla tıp Batı toplumlarında Kilise'den boşalan iktidara sahip olurken tıptaki gelişmeler ve yenilikler Osmanlı toplumunda da Cumhuriyet Türkiye'sinde de siyasal iktidar tarafından benimsendiği için tıptaki gelişmeler devrimsel bir nitelik taşımaktan çok reform hareketleri çerçevesinde uygulanmıştır. Bu durum tıbbın modern toplumsal kontrol mekanizması haline gelip sosyal bilimlerin ilgisini çekmesini geciktirmiş, bu nedenle Türk sosyolojisinde de tıba ilgi duyulması nispeten gecikmiştir.

(iii) Üçüncü nedenin sağlık ve hastalık sosyolojisine duyulan ilgiden çok gereksinim düzeyi ile ilgili olduğu söylenebilir. Batı toplumlarında gelişmiş orta sınıfların yaşam süreleri uzadıkça kronik hastalıklardan muzdarip olmaları toplum genelinde yankı bulmuş ve sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişiminde etkili olmuştur. Türkiye'de ise Cumhuriyet öncesinde savaşlar ve salgınlar nedeniyle son derece kötü durumda olan toplum sağlığı, bu dönemlerde

yürütülen sağlık politikaları sayesinde hızla yükselmiştir. Bu iyimser tablo içinde sağlığın sorunsallaştırılmaması anlaşılabilir bir durumdur. Türkiye’de daha çok ve çeşitli sağlık hizmeti talep edecek olan orta sınıfın gelişmesi ve sağlık sistemi ve hizmetleriyle ilgili sorunlarının gündeme gelmesi daha geç dönemlerde gözlemlenen olgulardır.

Yasa ve Türkdoğan’ın çalışmalarından sonra Türkiye’de sağlık ve hastalık sosyolojisi çalışmaları 1980’lerin ikinci yarısından itibaren artmıştır. 1980’lerde Türkiye’de sağlık sosyolojisinin gelişmesinde tıp eğitimi, doktor-hasta-hemşire ilişkileri, hastalık ve sosyal ilişki ağları, salgınlar ve doğal afetler gibi konularda çalışmalar yapan Aytül Kasapoğlu’nun (Kasapoğlu, 1988; 1991; 1992; 1999; Kasapoğlu ve Ecevit, 2003; Kasapoğlu ve Kuş, 2008; Bayram ve Kasapoğlu, 2008; Kasapoğlu (ed.) 2008; Kasapoğlu, Odabaş ve Kaya, 2009) ve çocuk ve aile sağlığı, sağlık hizmetleri, toplumsal değişme ve beslenme ilişkisi gibi konularda çalışmalar yapan Belma Akşit’in (Akşit, 1991; 1993; 1994; Akşit ve Akşit, 1989; 1999) önemli katkıları olmuştur. 1990’lardan itibaren Ülgen Oskay (1993), Sevinç Özen (1993,1994), Sezgin Kızılcıkelik (1995, 1996a, 1996b), 2000’lerden itibaren de Yelda Özen (2000, 2008), Zafer Cirhinlioğlu (2001, 2003), Müzeyyen Güler (1996, 2001); Nurşen Özçelik-Adak (2002), Özer ve Kasapoğlu (2002); Aylin Dikmen (2001a, 2001b, 2004), Çağlar Keyder vd. (2007), Çağrı Yoltar (Keyder vd., 2007; Yoltar, 2009), Aylin Nazlı (2005; 2007a, 2007b), Sevim Odabaş (2005, 2008) sağlık ve hastalık sosyolojisine katkıda bulunanlar arasındadır.

Sağlık ve hastalık sosyolojisinin içerdiği konularda yapılan çalışmaların bir kısmı da sosyoloji dışındaki disiplinlerde yapılmaktadır. Sosyal bilimlerde antropoloji disiplininde Akile Gürsoy (2001a, 2001b), iktisat disiplininde Burhan Baloğlu (2006), sosyal hizmetler disiplininde M. Erdoğan Surat (1993), gerontoloji disiplininde İsmail Tufan (2002, 2003), ilahiyat disiplininde Ejder Okumuş (2009) tarih disiplininde Yiğit Akın (2004), tıbbın çeşitli alt dallarında da Nusret Fişek (1990, 1991), Ceyhun Atuf Kansu (1958), Orhan Öztürk (1964), İlker Belek (1998, 1999, 2000a, 2000b, 2001, Belek vd., 1998), Hülya Belek (2000), Osman Elbek (2007; 2008; 2009a; 2009b; 2010), Ata Soyer (1996; 2000, 2004); Onur Hamzaoğlu (Belek vd., 1992; Hamzaoğlu ve Özcan, 2006; Nalçacı vd. (ed)., 2006)

2006) çalışmalarındaki sosyolojik içerik nedeniyle özellikle öne çıkmaktadırlar. Sağlık sorunlarına toplumsal ve bütüncül bir bakış açısı ile yaklaşan ve alanda son derece önemli bir dergi olan Toplum ve Hekim dergisini çıkaran Türk Tabipler Birliği'nin çeşitli yayınları da (TTB, 2007; 2008) sağlık sosyolojisinin gelişimine katkıda bulunmaktadır. Ayrıca sağlık sosyolojisi ile ilgili konularda çeşitli disiplinlerde yapılan lisansüstü çalışmaların özellikle 2000 sonrası artması da (örn. Türkkkan, 2005; Topçu, 2006; Sayar, 2006; Orhan, 2006; Derince, 2006; Koçoğlu, 2006; Tekin, 2007; Özen, 2008; Bilge, 2008; Günal, 2008; Keskin, 2008) sağlık ve hastalık sosyolojisi alanının gerek sosyoloji içinde yapılan gerekse disiplinler arası nitelik taşıyan çalışmalarla hızla gelişmekte olduğunu göstermektedir.

1.1.2. Sağlıkta sosyal ve ekonomik statüye dayalı eşitsizlikler

Sağlıkla ilgili bazı çalışmalarda sağlık eşitsizlikleri, bireylerin sağlık statüleri arasındaki farklılık (Murray vd., 1999:537; Thomson vd., 2006:15) olarak tanımlanmaktadır. Graham (2007:4-5) bu tip bir bakış açısının analiz birimi olarak bireyin alınmasından kaynaklandığını belirtmektedir. Toplumdaki çeşitli tabakaların, sınıfların, statü gruplarının değerleri, normları, kültürel yapıları ve deneyimleri birbirinden farklıdır. Bununla birlikte bu farklılıklar toplumun ortak kaynaklarına ulaşma ve bu kaynaklardan faydalanma düzeyi açısından bazı birey ya da grupları diğerlerine kıyasla sürekli bir şekilde dezavantajlı duruma düşürdüğünde artık durum farklılık kavramıyla değil, eşitsizlik kavramıyla ifade edilir.

Sağlık alanındaki farklılıkların hepsinin eşitsizlik olmadığı çeşitli çalışmalarda ifade edilmektedir. Braveman'ın (2006:167) deyişi ile "sağlık eşitsizlikleri sağlıktaki farklılıkların belirli bir tipidir. ...yoksulların, etnik ya da ırksal azınlıkların, kadınların ya da sürekli olarak sosyal dezavantaja veya ayrımcılığa maruz kalan diğer grupların daha avantajlı sosyal gruplara oranla sistematik olarak daha kötü sağlığa sahip olmaları ve daha fazla sağlık riskine maruz kalmalarıdır". Sağlık eşitsizlikleri, "temeldeki toplumsal yapılar, politik, ekonomik ve yasal kurumlar tarafından savunmasız bırakılan grupları sistematik olarak" dezavantajlı durumda bırakan farklılıklardır (Krieger, 2001:698). Diğer bir

deyişle "sosyal hiyerarşide farklı pozisyonlara sahip olan, bu nedenle farklı sosyal avantajlara ya da dezavantajlara sahip olan sosyal gruplar arasındaki" (Braveman ve Gruskin, 2003: 254) sağlık farklılıkları, sağlık eşitsizlikleri olarak adlandırılır. Bu nedenle sağlık statüsünün, sağlık risklerinin ve sağlık hizmetlerine erişimin toplumdaki dağılımı incelendiğinde ve cinsiyet, köken, mesleki gelir ve eğitim düzeyi gibi belirli ölçütlerle birbirinden ayrılan gruplardan bazılarının sistematik ve kitlesel olarak dezavantajlı olduğu görüldüğünde bu durumu açıklamak için farklılık değil, eşitsizlik kavramı kullanılmalıdır.

Sağlığın belirleyicileri arasında sosyal ve ekonomik eşitsizlikler önemli bir yere sahiptir. Bölgesel, cinsiyete dayalı, eğitimsel ve ırksal/etnik duruma dayalı eşitsizlikler, sağlıklı olmak için gerekli olan kaynaklara ve hizmetlere erişimin de toplumda adil bir şekilde dağılmasını engellerler. Bunun sonucunda bu eşitsizliklerden bir ya da birkaçına maruz kalanların sağlık statüsü olumsuz yönde etkilenir. Toplumsal eşitsizlikler çoğu zaman birbirlerinden izole olmuş bir şekilde var olmazlar ve bu eşitsizliklere maruz kalan bireyler birikimsel bir dezavantaja sahip olurlar. Bununla birlikte, toplumsal eşitsizliklerle sağlık statüsü arasındaki ilişkiyi net bir şekilde görebilmek için farklı eşitsizliklerin sağlık üzerindeki etkilerini ayrı ayrı ele almak uygun olacaktır.

1.1.2.1. Ekonomik eşitsizlikler ve sağlık

Çok sayıda çalışma, ekonomik eşitsizlikler ve sağlık arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ancak bu çalışmaların ekonomik eşitsizlikleri ölçmek için kullandıkları yol ve yöntemler, sınıflandırmada kullandıkları ölçütler ve kavramlar çeşitlilik göstermektedir. Bu nedenle önce sınıf ve sağlık arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalar, daha sonra da sınıf dışındaki ölçütleri kullanan çalışmalar sırayla ele alınacaktır.

1.1.2.1.1. Sınıf ve sağlık

1970'lerden itibaren sermayenin küreselleşmesi, esnek üretim tarzının yaygınlaşması, hizmet sektörünün genişlemesi, işgücü yapısının değişmesi gibi nedenlerle endüstriyel yapı, sınıf tartışmalarının hakim olduğu modern toplumun endüstriyel yapısından önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Bu çerçevede bazı yazarlar tarafından sınıfın artık toplumsal analiz için yararlı bir kavramsal

araç olmadığı savunulmakta, toplumsal bölünmelerin artık daha çok istihdam, kültürel ayrışmalar, yerellik, kimlik ve tüketim desenleri gibi ayrı ve parçalı kategoriler etrafında yapılandığı (Savage vd., 2005; Pakulski ve Waters, 1996), modern toplum baskın bir şekilde “bireysellikle karakterize edildiği halde hâlâ toplumsal yapıyı anlama şeklimizi sınıf kategorilerinde aramamızın” yanlış olduğu (Holton ve Turner, 1989:173) ileri sürülmektedir. Diğer taraftan başka çalışmalarda da sınıfın yapısal bir faktör olarak önceliğini koruduğu savunulmakta, geleneksel işçi sınıfının zayıflamasının bütün sınıfların zayıfladığının işareti olarak kabul edilmemesi gerektiği, sınıf bölünmelerinin hâlâ sağlam ve sınıf eylemi olasılığının hâlâ mümkün olduğu ileri sürülmektedir (Navarro, 1994; Westergaard, 1995).

Sınıf ve sağlık alanında yapılan çalışmalarda sınıf ölçütü olarak genellikle iki temel şema kullanılmaktadır. Bunlardan ilki İngiliz Genel Kayıt Bürosu (General Registrar Office, RG) tarafından geliştirilen, temel olarak vasıf düzeyi açısından mesleklere dayalı¹⁸ olan ve 20. yüzyıl boyunca özellikle İngiltere’de yapılan çalışmaların çoğunda kullanılmış olan şemadır. Günümüzde akademik çalışmalarda tercih edilen sınıf şeması ise, 2001 yılında geliştirilen Ulusal İstatistik Sosyo-Ekonomik Sınıflandırmasıdır (National Statistics Socio-Economic Classification [NS-SEC]). Bu şema büyük ölçüde Ericson ve Goldthorpe’un (1992) geliştirdiği toplumsal tabakalaşma şemasına dayanmaktadır ve meslek temelli olsa da ölçüt olarak istihdam durumunu ve bazı durumlarda işyeri büyüklüğünü de içermektedir¹⁹ (Donkin vd., 2002).

¹⁸ Genel Kayıt Bürosu’nun şemasına göre meslekleri beş grupta sıralamak mümkündür. Sınıf I (genel anlamda profesyoneller), Sınıf II (yönetici ve teknik meslekler), Sınıf III_{NM} (vasıflı ve el emeğiyle çalışmayan), Sınıf III_M (vasıflı ve el emeğiyle çalışan), Sınıf IV (kısmen vasıflı), ve Sınıf V (vasıfsız) (Annandale, 1998:105).

¹⁹ Bartley, Ulusal İstatistik Sosyo-Ekonomik Sınıflandırmasının ilkelerini şöyle sıralamaktadır: “işin süresi ve ücreti (aylık yerine haftalık, günlük ya da saatlik ücret); işçinin işe başlama veya işi bırakma konusunda ne derece özerkliğe sahip olduğu; terfi olanakları; işçinin işin planlanması üzerindeki etki düzeyi ve kendi iş görevlerinin tasarlanmasındaki etki düzeyi”. Bu ilkelere göre bu şemada yer alan sınıflar (Bartley, 2004:27-28) (1) Yüksek yönetici ve profesyonel meslekler, (2) düşük yönetici ve profesyonel meslekler ve üst düzey teknik meslekler, (3) Orta derece meslekler (memurlar, idareciler vs), (4) küçük işverenler ve kendi hesabına çalışanlar, (5) düşük teknik meslekler (kendi işlerinin planlanmasında az miktarda sorumluluk alan), (6) yarı-rutin meslekler (orta derecede iş güvencesi; düşük kariyer fırsatları) ve (7) rutin mesleklerdir (iş güvencesi düşük, kariyer olanağı olmayan, sıkı bir şekilde denetlenen rutin işler).

Toplumsal sınıf ve sağlık arasındaki ilişkilerin incelendiği çalışmalarda toplumsal sınıfın ölçümü konusunda çeşitli sorunlar olduğu ileri sürülmektedir²⁰. Sınıfın ölçümüyle ilgili sorunlu noktalar olsa da hastalık ve ölüm oranlarında zaman içinde değişen eğilimleri göstermeleri ve politika ve kaynak sorunlarıyla ilgili toplumsal değişimleri ortaya koyabilmeleri (Rose, 1995:3) açısından sınıf kavramı önemini korumaktadır. Bu konuda yapılan ampirik çalışmalara kısaca göz atıldığında sınıfın önemi açıkça görülecektir.

Sınıf ve ölüm oranları arasındaki ilişkiye odaklanan çeşitli çalışmalar, alt sınıflarda ölüm oranlarının üst sınıflara oranla daha yüksek olduğunu (Evans, 1994; Harding, 1995; Barnett vd.1997, Donkin vd., 2002), sınıflar arasındaki farkın 1970'lerin sonlarından itibaren artmaya başladığını (Donkin vd., 2002) ve bütün sınıflarda ölüm oranları azalma eğilimi gösterse de alt sınıflarda ölüm oranlarının üst sınıflarda olduğu kadar hızlı azalmadığını (Coulthard vd.,2004) ortaya koymuştur. Sınıf ve hastalık arasındaki ilişkiyi vurgulayan çeşitli çalışmalar da alt sınıflara mensup olanların yaşamları boyunca üst sınıftakilere oranla hem fiziksel hem de psiko-sosyal açıdan daha az sağlıklı olduklarını (Blaxter, 1987; Evans, 1994) ve çalışılan sektör, yaş ve cinsiyet sabit tutulduğunda bile sınıfsal eşitsizliklerin fiziksel sağlığı etkilediğini (Lahelma vd., 1994) göstermektedir.

²⁰ Bu sorunlara kısaca değinmek gerekirse, ilk olarak (i) toplumsal sınıfların toplum içindeki büyüklüklerinin değiştiği (Carr-Hill, 1987), bu nedenle değişenin toplumsal sınıflar arasındaki sağlık eşitsizlikleri mi yoksa toplumsal sınıfların görece büyüklüğü mü olduğunun şüpheli olduğu (Nettleton 2006:179) ileri sürülmektedir. İkinci olarak (ii) toplumsal sınıflar için standartlaştırılmış ölüm oranlarının ölüm sertifikasındaki meslek göstergesi temel alınarak (pay) bir meslekte ölen kişi sayısının, nüfus sayımı sonuçları temel alınarak o meslekte çalışan toplam insan sayısına (payda) bölünmesiyle elde edildiği vurgulanmakta ve paydaya ilişkin bilgilerin tutarlı olmayabileceği ileri sürülmektedir (Carr-Hill, 1987:513). Sınıfın ölçümüyle ilgili üçüncü sorun (iii), araştırmalarda verileri bireysel düzeyde analiz edenler (Illsley ve Le Grand 1987) ölüm oranlarındaki eşitsizliklerin azaldığı sonucuna ulaşırken, verileri grup düzeyinde analiz edenlerin (Pamuk, 1985) tam tersi sonuçlara ulaşmalarıdır, bu nedenle farkın sınıfsal eşitsizliklerden değil, analiz tekniklerden kaynaklanıyor olabileceği (Nettleton 2006:179-180) ileri sürülmektedir. Sınıfın ölçümüyle ilgili ileri sürülen bir diğer sorun (iv) sınıfı ölçmek için kullanılacak kategorilerin yeterliliği sorunudur, ancak Ulusal İstatistik Sosyo-Ekonomik Sınıflandırması'nın geliştirilmesiyle bu sorunun büyük ölçüde aşıldığı (Nettleton, 2006:180), bu şemayla kol emeği ve kafa emeği kavramlarının ötesine geçildiği ve iş güvenliği, statü, fırsatlar gibi istihdamın diğer boyutlarının da sınıflandırmaya katılmasının sağlandığı (Bartley, 2004:27) belirtilmektedir. Bu sorunlara ek olarak (v) sağlıktaki sınıf eğiliminin "saygınlık, eğitim, sosyal destek, maddi yaşam standartları ve çeşitli bileşimlerdeki yaşam tarzları" gibi alternatif açıklamalara açık olduğu (Bartley vd., 1996:459) ileri sürülmektedir.

Toplumsal sınıfların ölüm ve hastalık oranlarında görülen bu farklılığı açıklamaya çalışan çeşitli çalışmalar sınıf pozisyonunun sağlığı işsizlik, eksik istihdam ve olumsuz çalışma koşulları gibi işgücü piyasalarında yaşanan deneyimlerin olumsuz etkileri aracılığıyla etkilediğini (House ve Williams, 2003, Seigrist ve Marmot, 2004; Karasek ve Theorell, 1990) ileri sürmektedir. Bazı çalışmalar ise daha genel bir toplumsal bakış açısıyla düşük sınıf pozisyonunun sağlığı yoksulluk, eğitim olanaklarının kısıtlanması, şiddete veya zehirli maddelere maruz kalan coğrafi bölgelerde yaşamak zorunda kalma gibi çeşitli yollarla (Lynch ve Kaplan, 2000; Evans ve Kantrowitz, 2002) etkilediğini ileri sürmektedir. Yoksulluk ve eğitimsizlik, yetersiz ya da yanlış beslenme ve sigara kullanımı gibi sağlığı etkileyen başka faktörlerin görülme sıklığını artırabilir. Alt sınıflarda sağlıksız ve/veya yetersiz beslenmenin (Cockerham, 2000; Darmon ve Drewnowski, 2008; Hupkens vd., 2000) ve sigara kullanımının (Barbeau vd., 2004; Peterson ve Peto 2004; Layte ve Whelan, 2008) üst sınıflara oranla daha yaygın olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur.

Sınıfların kendi içindeki hiyerarşik yapının da sağlıkla ilişkisi olduğunu, özellikle fiziksel ve sosyal çalışma koşulları ile sağlık eşitsizlikleri arasında bir ilişki olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Rahkonen vd., 2006; Marmot vd., 1997; Lahelma vd., 2009; Laaksonen vd., 2006, Monden 2005; Karasek ve Theorell, 1990; Schnall ve Landsbergis, 1994). İşyeri hiyerarşisinin sağlığı etkileme aracı olarak öne çıkan faktör, astların işyerinde özerkliğe ve yaptıkları iş üzerinde kontrole sahip olamamaları ve buradan kaynaklanan strestir. İşyeri hiyerarşisi içinde düşük pozisyonlarda bulunanların daha yüksek pozisyonlarda bulunanlara oranla çok daha yüksek stres ve gerilim altında oldukları ve bu nedenle daha kötü sağlığa sahip oldukları çeşitli çalışmalarda (Bosma vd., 1998; Evans, 1994; Johnson ve Hall, 1995; Johnson vd., 1996, Landsbergis vd., 2003; Belek, 2000b) gösterilmektedir. Bosma vd. (1998:70) işyeri hiyerarşisinde düşük düzeyde bulunanların daha yüksek düzeydekilere göre çok daha fazla stres altında olmalarının nedeninin yaptıkları iş üzerinde sahip oldukları kontrol oranının düşük olması olduğunu ileri sürmektedir. Yapılan iş üzerindeki kontrol düzeyinin düşüklüğü başka çalışmalarda da (Marmot vd., 1997; Marmot ve Theorell, 1988; Warren vd., 2004; Johnson ve

Hall, 1995; Bosma vd., 1998) sağığı olumsuz etkileyen önemli bir faktör olarak öne çıkmaktadır. Marmot vd. (1997:248) astların kolesterol ve tansiyon hastalıklarına sahip olma ve sigara içme oranları ile genel olarak sahip oldukları risk düzeyinin üstlerinden çok daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Sınıfsal sağığı eşitsizliklerine en çok fiziksel iş yükünün neden olduğunu ileri süren çalışmalarda (Lahelma vd., 2009) bile bu eşitsizliğe iş üzerinde sahip olunan kontrol düzeyinin de katkıda bulunduğunu kabul edilmektedir.

Sınıf ve sağığı arasındaki ilişkinin nedensel bir ilişki olup olmadığı, nedensel bir ilişki varsa bu ilişkinin yönünün ne olduğu, sınıfın mı sağığı etkilemekte (toplumsal nedensellik), sağığıın mı sınıfı etkilemekte (sağığı seçilimi) olduğu özellikle son yıllarda yoğun olarak tartışılmaktadır (West, 1991). Sağığıla sınıf arasındaki ilişkinin gözlemlenen göstergeleri hakkında yapılan açıklamalar, sağığı eşitsizlikleri ile ilgili 1980'lere dek elde edilen akademik verilerin bir sentezini yaparak İngiltere'deki sınıfsal sağığı eşitsizliklerini yansıtan Kara Rapor'da (Black Report) (Townsend ve Davidson, 1982) dört ana grupta ele alınmıştır. Raporda *yapaylık (artefact)*, *doğıal ve sosyal seçilim*, *materyalist ve kültürel/davranışsal* olarak gruplanan açıklamalara 1990'larda *psiko-sosyal ve yaşam süreci (life-course)* açıklamaları da eklenmiştir (Nettleton, 2006:182). Sınıfın sağığı hangi mekanizmalarla etkilediğini kavramak açısından önemli olan bu açıklamalara kısaca değinmek yerinde olacaktır.

1. Yapaylık (Artefact) açıklamaları: Bu açıklama, sınıfın da sağığıın da yapay değişkenler olduğunu ve ölçümlerinin sorunlu olduğunu, bu nedenle aralarında bulunabilecek herhangi bir ilişkinin gerçek değil, yapay bir ilişki olacağını iddia eder (Townsend ve Davidson, 1982). Bloor vd. (1987) de hastalıkların teşhis, sınıflandırma ve kodlama süreçlerindeki çeşitliliklerin, sınıf ve hastalık arasında gözlenen ilişkiye katkıda bulunduğunu belirtmekte ve istatistiklerin üretimine karışan toplumsal süreçlere dikkat çekmektedir.

2. Doğal ve Sosyal Seçilim Açıklamaları: *Sosyal sürüklenme* (social drift) hipotezi olarak da bilinen bu açıklamalarda, sağığıın sosyal sınıf pozisyonunun sonucu değil, nedeni olduğu ileri sürülmektedir. Hem sağığı

açısından hem de diğer açılardan en "uygun" olan bireylerin üst sınıflara seçileceği, sağlıklı ve kırılğan olanların ise aşağı doğru 'sürüklenmeye' daha eğilimli olacakları ve alt sınıflara gireceklerinin savunulduğu (Wadsworth, 1986) bu açıklama, Sosyal Darwinist bir bakış açısını yansıtmaktadır. Nettleton (2006:182) bireyselci bir vurguya sahip olan sosyal sürüklenme açıklamalarının var olan toplumsal yapılar içinde ideolojinin ve ayrımcılığın etkisinin vurgulandığı, nispeten sosyolojik bir yorum sunan **sağlık seçilimi** yaklaşımına doğru geçildiğini belirtmektedir. Sağlık seçilimi açıklamaları, sağlığın sosyal sınıf pozisyonunu etkilediğini, ancak bu etkinin doğrudan değil, eğitim ve meslek gibi alanlar üzerinden dolaylı olarak (West, 1991:382) gerçekleşen bir etki olduğunu vurgulayan açıklamalardır ve daha sağlıklı olanların toplumsal hareketlilikte daha avantajlı olduğunu gösteren (West, 1991; Illsley, 1955; Shaar vd., 1994) çeşitli çalışmalarla desteklenmektedir.

Bu açıklamalara getirilen önemli bir eleştiri, RG sınıfları kullanılarak yapılan analizlerde ciddi hastalıklara sahip olduğu için uzun zamandır çalışmayanların ya da hiç çalışmamış olanların (Annandale, 1998) ve emeklilik sonrası yaş gruplarının (Fox vd.1990) dikkate alınmamış olmasıdır. Ayrıca "nedenselliğe karşı seçim" ve "gerçek farklılıklara karşı yapaylıklar" ayrılıklarının politik ve kavramsal olarak önemli olmakla birlikte "eğer karşılıklı olarak birbirlerini dışlıyorlarmış gibi ele alınırlarsa yanlış bir antitez haline gelecekleri" belirtilmektedir (Macintyre, 1997:740).

3. Materyalist / Yapısalçı Açıklamalar: Bu açıklamalar, ekonomik ve toplumsal yapının sağlık üzerindeki etkilerini vurgulayan ve genel olarak hem kamusal hem de özel alanda yoksulluk, gelir dağılımı, işsizlik, olumsuz barınma ve çalışma koşulları gibi faktörlerin etkisine odaklanan açıklamalardır (Blackburn, 1991). Kötü çalışma koşullarının (Karasek ve Theorell,1990; Marmot vd., 1997; Lahelma vd., 2009) ve kötü barınma koşullarının (Hopton vd., 2003; Marmot, 2004, Eames vd., 1993) sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini ortaya koyan çeşitli çalışmalar bu açıklamaları desteklemektedir.

4. Kültürel / Davranışsal Açıklamalar: Bu açıklamalar, sağlığı bağımsız bir değişken olarak ele alan sağlık seçilimi açıklamalarına zıt olarak sağlığın bağımlı bir değişken olduğunu ve yaşam tarzı, kişisel seçimler ve sorumluluklar gibi faktörlere bağlı olduğunu varsayar. Başka bir deyişle, sağlığın toplumsal sınıf pozisyonunu değil, sınıf pozisyonunun sağlık statüsünü etkilediğini savunur. Bu tip açıklamalarda farklı sınıflara mensup olan bireylerin sigara ve alkol tüketimi, sağlıklı beslenme ve egzersiz gibi yaşam tarzına ilişkin sağlık davranışları açısından farklılaştıkları vurgulanır ve daha sağlıklı bir tutum içine girmenin bireyin elinde olduğu kabul edilir. Bu açıdan yaşam tarzı davranışları bireylerin kendi kontrollerindeymiş gibi görülür. Bu nedenle bu açıklamalar 'kurbanı bireysel olarak suçlamakla' (Crawford, 1977) eleştirilmektedirler. Ayrıca bu açıklamalarda bireysel davranışlar olarak kabul edilen sağlıklı beslenme, sigara ve alkol tüketimi gibi davranışların toplumsal deseni çeşitli çalışmalarda (Cockerham, 2000; Darmon ve Drewnowski, 2008; Barbeau vd., 2004) gösterilmiş ve bunların sınıfsal davranışlar olduğu vurgulanmıştır. Kara Rapor'da 'yoksulluk kültürü'ne (Lewis, 1966) özel bir vurgu yapılmakla birlikte (<http://www.sochealth.co.uk/Black/black6.htm>) hem kültür oldukça dar bir anlamda ele alınmış hem de bireylerin içinde bulundukları kültürel ve toplumsal yapının etkisinden bireysel olarak kurtulabilecekleri gibi zayıf bir varsayıma dayanılmıştır.

5. Psiko-sosyal Açıklamalar: Wilkinson'ın (1996) ulusal yaşam beklentisi düzeylerinin, ulusal refah düzeylerine paralel olmadığını gösterdiği çalışması ve Marmot'nun işyeri hiyerarşisinin mutlak yoksul olmayanların da sağlıklarının bozulmasına neden olduğunu ortaya koyan ünlü Whitehall²¹ (Marmot vd., 1987; Marmot vd., 1991) çalışmalarının etkisiyle sağlığın toplumsal deseninin sadece maddi yoksullukla açıklanamayacağını savunan psiko-sosyal açıklamalar geliştirilmiştir

²¹ İki aşamalı olan Whitehall çalışmasının ilk aşaması 1967-77 yılları arasında yapılmış ve 18,000 erkek memuru kapsamış, ikinci Whitehall çalışması 1985-88 yılları arasında yapılmış ve üçte ikisi erkek, üçte biri kadın olan 10,308 memuru kapsamıştır. Bu çalışmaların en önemli bulguları sağlık ve sınıf arasındaki ilişkinin sınıfların kendi içlerinde homojen olmadığını göstermiş olması ve işyeri hiyerarşisinin sağlık üzerindeki etkilerini ortaya koymuş olmasıdır.

(Nettleton 2006:183-4). Wilkinson (1996) daha zengin olan değil, *daha eşitlikçi olan toplumların üyelerinin* daha sağlıklı olduklarını göstermiş, toplum içinde sağlık statüsünde görülen farklılıkların en büyük nedeninin psiko-sosyal olduğunu ileri sürmüştür. Wilkinson'a (1996:226) göre "toplumsal ayrışma (distinction) ve toplumsal dışlanma süreçleri işlediğinde incinmiş, kızgın, aşağılanmış, rahatsız olmuş hissederiz". Göreli mahrumiyet içinde yaşayanların umutsuzluk, endişe, güvensizlik ve kızgınlık duygularının, kalp ve damar sistemi, endokrin sistemi ve bağışıklık sistemini olumsuz etkileyerek sağlığı doğrudan kötüleştirdiği, bu psiko-sosyal faktörlerin ayrıca işsizlik, alkol tüketimi, çok yağlı ve çok şekerli 'rahat yiyecekler' yeme gibi olumsuz sağlık davranışları yaratarak dolaylı olarak da sağlığı kötüleştirdiği (Elstad, 2002; Wilkinson, 1996) ileri sürülmektedir.

Eşitlikçi toplumların daha sağlıklı olmalarının nedeni (Wilkinson, 1996,2000) olarak eşitlikçi ülkelerde toplumsal bağlılığın ve dayanışmanın daha yüksek, baskının daha az olması ve bu ülkelerin yurttaşlarına daha fazla sosyal destek ve sosyal sermaye sağlayarak insanların adalet ihtiyaçlarını tatmin etmeleri gösterilmektedir. Diğer bir deyişle, toplumsal bütünleşmeye ve bağlılığa verdiği önemle Durkheim'cı yönelimi açıkça görülen, aynı zamanda 'sosyal sermaye'yi (Putnam, 2000) vurgulayan psiko-sosyal açıklamalara göre eşitsizlik ve toplumsal statü, sağlığı bir yandan toplumsal bağlılığın, bir yandan da kendine güvenin azalmasına neden olarak etkilemektedir. Eşitsiz toplumlarda toplumsal bağlılık düzeyinin düşük, toplumsal bölücülüğün yüksek olduğu, buna bağlı olarak insanların kendilerini daha izole olmuş ve sosyal destekten daha mahrum hissettikleri ileri sürülmektedir (Nettleton 2006:185). Bireysel, sosyal ve ekonomik pozisyon sabit tutulduğu halde ulusal gelir eşitsizlikleri ile bireysel ölüm riski oranları ve bireysel sağlık statüsü arasında bir ilişki olduğunu ortaya koyan çeşitli çalışmalar (Kawachi vd., 1999; Lynch vd., 1998; Kennedy vd., 1998; Daly vd., 1998) Wilkinson'ın tezini desteklemektedir.

Türkiye’de gelir dağılımı eşitsizliğinin önemli boyutta olduğu, 2005 itibariyle gini katsayısının 0,38 olduğu (www.tuik.gov.tr) ve en yüksek %20’lik dilimdeki hane halklarının gelirden aldığı payın (%44,4), en düşük %20’lik dilimdeki hane halklarının gelirden aldığı payın (% 6,1) yedi katından fazla (www.tuik.gov.tr) olduğu düşünüldüğünde ortalama yaşam süresinin daha eşitlikçi olan ülkelere oranla düşük olması Wilkinson’ın bakış açısından açıklanabilir.

Psiko-sosyal model, ampirik gözlemlerinin yapılan bazı başka çalışmalarla tutarlı olmaması nedeniyle (Ross vd., 2000), örneklemelerde bütün ülkelerin yer almadığı araştırmaların sonuçlarını bütün ülkelere genellemekle ve ortalama yaşam beklentisini etkileyebilecek başka faktörleri dikkate almamakla (Nettleton 2006: 184) eleştirilmiştir. Ayrıca eşitsizliğin öznel ve psikolojik boyutlarına odaklanmanın, yapısal yönlerinden uzaklaşmak anlamına geleceği ve böylece politik ve yapısal faktörlerin sonuçları hakkında bireyleri suçlayan açıklamaları desteklemiş olacağı (Lynch vd., 2000) ileri sürülmüştür.

6. Yaşam Süreci (Life-course) Açıklamaları: Doğal ve sosyal seçilim açıklamalarının zıttı sayılabilecek olan yaşam süreci açıklamalarına (Kuh ve Ben-Shlomo, 2002; Bartley 2004; Marsh vd., 1999) göre zaten toplumsal olarak dezavantajlı olan insanlar genellikle “dezavantajların birikimi”ne maruz kalırlar. Sağlık, zaman içinde meydana gelen koşulların karmaşık birleşimlerinin sonucudur (Bartley 2004:103). Bireylerin yaşamlarının önceki dönemlerindeki yaşam koşullarının sonraki sağlık statülerini etkilediğini gösteren boylamsal çalışmalar (Marsh vd., 1999) bu açıklamayı destekler niteliktedir. Nettleton (2006:186), yaşam süreci açıklamalarının özellikle örneklem seçimi ve ölçüm açısından sorunları olduğunu, ayrıca psiko-sosyal açıklamalar gibi bu açıklamaların da ancak ölümlerin en büyük nedeninin bulaşıcı hastalıklar olmadığı ülkelere uygun görüldüğünü belirtmektedir.

Bu yaklaşımların çeşitli kombinasyonları da sınıf ve sağlık arasındaki ilişkinin açıklanmasında etkili olabilir. Örneğin Williams (1998) yapı ve özne/birey

tartışmalarının açmazından, psikolojik, fizyolojik ve sosyal yapıların etkileşimli niteliklerini ortaya koyan bir eşitsizlik yaklaşımı sayesinde çıkılabileceğini belirtmekte, MacIntyre vd. (1989), kültürel ve materyalist açıklamaların, davranışsal ve yapısal faktörlerin etkileşimi açısından bir bütünün parçaları olduğunu ve aralarında bir denge kurmanın daha verimli sonuçlar vereceğini ileri sürmektedir. Toplumsal yapı, birbirinden ayrıştırılıp izole edilerek incelenebilecek bileşenlerden değil, karşılıklı etkileşim içindeki ögelerin bağlama göre değişen bileşimlerinden oluşmakta, toplumsal yapının karmaşıklığına bağlı olarak sağlık eşitsizlikleri de toplumda karmaşık bir desen içinde görülmektedir. Bu nedenle kapsamlı bir bakış açısından bakıldığında bu açıklamalardan bazılarının yanlış, bazılarının doğru kabul edilmesi yersiz olacaktır, çünkü sağlık eşitsizliklerinin toplumsal deseninin anlaşılabilmesi için bu yaklaşımların sunduğu açıklamalardan her biri farklı bağlamlarda kullanışlı olabilir. Mesele, analiz edilen toplumun genel yapısı içerisinde hangi açıklamaların daha baskın olacağıdır. Başka bir deyişle ele alınacak örneklem gruplarının toplumsal pozisyonu iyi belirlenirse, seçilecek bir yaklaşımın sağlık eşitsizliklerini netleştirme olasılığı artar. Örneğin yalnızca üst sınıfların sağlık statüleriyle ilgilenilen bir araştırmada materyalist açıklamalardan çok yaşam süreci açıklamaları yararlı olabilir. Diğer taraftan düşük sınıf ya da statü pozisyonunda olan bir grubun sağlık statüsü incelenirken materyalist açıklamaların kullanılmaması, mevcut gerçekliğin yanlış ya da çarpıtılmış bir şekilde görülmesine neden olacaktır. Bu nedenle, daha gerçekçi bir sonuç elde etmek için sınıf ve sağlık arasındaki ilişki incelenirken tek bir yaklaşımı benimsemekten çok farklı boyutları ele alan farklı açıklamalardan yararlanılması daha uygun görünmektedir.

1.1.2.1.2. Meslek ve sağlık

Meslekler hem sınıf ve sağlık ilişkisinde, hem de sosyoekonomik gruplar ve sağlık ilişkisinde temel ölçüt olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte bu tartışmalarda meslek genellikle bir sınıf veya statü göstergesi olarak, iş üzerinde sahip olunan kontrol düzeyi açısından veya gelir grupları açısından kullanılmaktadır. Meslek gruplarının sağlıkla ilişkisi özellikle meslek hastalıkları açısından dikkate değerdir. Epstein ve Swartz (1981) kansere bağlı ölümlerin

beşte birinin doğrudan meslekle ilişkilendirilebileceğini, Johnson vd. (1996) İsveç'te kalp damar hastalıklarına bağlı ölümlerin de üçte birinden fazlasının çalışma koşullarından kaynaklandığını belirtmektedir.

Türkiye'de mesleğe bağlı hastalıklara ilişkin resmi rakamların gerçekleri yansıtmaktan uzak olduğu, özellikle Çalışma Bakanlığı'nın verilerinin TÜİK verilerinden bile oldukça düşük çıktığı (Kapusuz, 2008) belirtilmekte, bu sorunun büyük ölçüde hastalara meslek hastalığı tanısı konmamasından kaynaklandığı, yılda tahmini olarak ortalama 24,000 kişinin meslek hastalıklarına yakalandığı (Süyür 2009:7) belirtilmektedir. Bir yandan iş güvencesi olmayan enformel işler sağlığı kötüleştirmekte (Elbek, 2009a), diğer yandan esnek üretimin aşırı rekabetçi 'esnek' çalışma koşulları da belirli hastalıklara neden olmaktadır²². Süyür (2009:10-11) meslek hastalıklarının etkisinin iş güvencesi, sosyal güvence, kayıt dışı çalışma, iş saatleri ve ücret gibi nedenlerle arttığına ve elliden az işçi çalıştıran işyerlerinde iş yeri hekimi bulunması zorunluluğunun olmamasının ve iş yeri hekiminin bulunduğu yerlerde de hekimin mali olarak işverenden bağımsız olmamasının bu sorunu derinleştirdiğine dikkat çekmektedir. Meslek hastalıklarının yanı sıra iş kazaları da meslek ve sağlık ilişkisinde önemli bir yere sahiptir ve bu ilişki neo-liberalizmin etkisiyle derinleşmektedir. Bu konuya Neo-liberalizm, sağlık ve sağlık sistemlerinde reformlar başlığı altında ayrıca değinilmektedir.

1.1.2.1.3. Sosyal ve ekonomik gruplar, gelir dağılımı ve sağlık

Ekonomik eşitsizlikler ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların bir kısmı sınıf kavramının sağlık alanındaki eşitsizlikleri açıklamak için yeterli olmadığını savunmaktadır. Örneğin Blane (1999) sağlık riskleri açısından avantajların ve dezavantajların boylamsal bir birikimsellik gösterdiğini vurgulamaktadır. Benzer bir şekilde Prandy (1999:490) de her ne kadar toplumsal deneyimlerin derli toplu bir özetini sağlasa da sınıf kavramıyla toplumsal tabakalaşmanın sadece bir yönünün ölçülebileceğini belirtmektedir.

²² Süyür (2009:10) uzun ve düzensiz çalışma saatleri, düşük gelir, belirsizlik ve çalışanlar arasındaki rekabet gibi faktörlerin 'ani tükenme sendromu' (Karoshi) olarak adlandırılan bir hastalığa neden olduğuna dikkat çekmekte, bu hastalığın esnek üretim tarzının işçi sağlığı üzerindeki bir yansıması olduğunu vurgulamaktadır.

Bu bakış açısı, Kara Rapor'da (Black Report, Townsend ve Davidson, 1982) birbirinden kesin çizgilerle ayrılan açıklamalardan uzaklaşarak Dahlgren ve Whitehead'in (1991) çalışmasında olduğu gibi birbirinin içine geçmesine, sağlığı etkileyen ekonomik koşulların, toplumsal yapının, bireysel davranışların ve psikososyal faktörlerin içinde bulunduğu karmaşık etkileşim bağlamında yansıtılmaya çalışılmasını sağlamıştır²³.

Bourdieu (1986) gibi Prandy (1999) de sınıfı üretim biçimiyle ilişkili bir kavram olarak tanımlamaktan uzak durmuş, sınıf pozisyonunun sosyoekonomik hiyerarşiden bağımsız bir şekilde yukarıdan aşağıda düz çizgisel bir doğrultuda var olmadığını savunmuş, özne ve yapı arasındaki ilişkiye odaklanarak sağlığı etkileyen sınıf içi dinamiklerin de açıklanması gerektiğini ileri sürmüştür. Prandy (1999) sosyal pozisyon ölçümleri ve bu ölçümler üzerinden kullanılacak nedensel anlatılar aracılığı ile sınıfsal konum açısından birbirine eşit görünen öznelerin ve grupların sistemle kurdukları farklı ilişkilerin ortaya konabileceğini belirtmekte ve bunun için sınıf gibi kapsayıcı bir kavram kullanmak yerine belirli koşullar altında her grubun ayrı ayrı incelenmesi gerektiğini savunmaktadır.

Ekonomik eşitsizlikler ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma benzer nedenlerle sınıf kavramını kullanmamakta, sosyal ve ekonomik (sosyoekonomik) grup (SEG) ya da mahrumiyet kavramlarını kullanmakta veya gelir dağılımı eşitsizliğine odaklanmaktadır. Sınıf kavramından farklı olmakla birlikte yine meslek temelli bir ölçek olan ve mesleksel verilerle istihdam statüsü, işyerinde özerklik, otorite ve çalışılan kurumun büyüklüğünü birleştiren SEG'in genel düzeyde yedi kategorisi vardır. Bunlar profesyoneller, işverenler ve yöneticiler, kafa emeğiyle çalışan orta düzeyde işçiler, kafa emeğiyle çalışan düşük düzeyde işçiler, kol emeğiyle çalışan vasıflı işçiler (kendi hesabına çalışanlar), kol emeğiyle çalışan yarı vasıflı işçiler ve kişisel hizmetlerde çalışanlardır (Annandale, 1998:105). Kişisel yaşamı sınırlayan uzun dönemli hastalıklara sahip olanları SEG ölçütüne göre analiz eden Charlton (1994:23),

²³ Bununla birlikte Dahlgren ve Whitehead'in (1991) çalışması ve benzer çalışmalar yapı ve özne arasındaki etkileşimi ve sağlığı etkileyen çok sayıdaki faktörün işleyiş mekanizmalarını yeterince açıklayamamakla (Williams, 2003:139) eleştirilmektedirler. Bu eleştirinin işaret ettiği boşluğu özne ve yapı arasındaki ilişkiye odaklanan Giddens (1984), Bourdieu (1986) ve Prandy'nin (1999) çalışmalarının kısmen doldurabileceği söylenebilir.

hastaların daha çok hane reisinin “kol emeğiyle çalışan” veya “kişisel hizmet işçisi” olduğu ailelerdeki hane halkında görüldüğünü, hane reisinin “işveren veya yönetici” olduğu ailelerde hastalığın daha az, hane reisinin “profesyonel” veya “kol emeğiyle çalışmayan orta düzeyde işçiler” olduğu ailelerde ise en az oranda görüldüğünü göstermiştir.

Gelir ve sağlık arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların bir kısmı gelirin sağlığı doğrudan etkilediğini göstererek mutlak yoksulluğa, bir kısmı göreceli yoksulluğa (mahrumiyete) vurgu yapmakta, bir kısmı ise sağlığın, gelir dağılımı eşitsizliklerinin toplumsal düzeyde yol açtığı başka sorunlar üzerinden etkilendiğini göstermektedir. Bu çerçevede yapılan çalışmalar gelirin sağlığı doğrudan etkilediğini (Finch, 2003; Monden, 2004; Casterline vd., 1989; Elbek, 2009a; Belek, 2002; Belek 1999; Şenol ve Belek, 2002; Koçoğlu, 2006; Keskin, 2008; Türkkkan, 2005), sağlık ile hem mutlak yoksulluk arasında (Van Doorslaer vd., 1993; Wolfe 1999; Adler ve Newman, 2002; Mullahy vd., 2004; Phipps vd., 2006) hem de göreceli yoksulluk arasında (Eibner ve Evans, 2005) güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur.

Gelirin sağlığı doğrudan etkilediğini vurgulayan çeşitli çalışmalarda gelir düzeyi düşük olan ailelerde bebeklerin düşük kiloyla doğma olasılığının yüksek olduğu (Finch, 2003), sağlık üzerinde gelir değişkeninin eğitim ve meslek değişkenlerinden daha etkili olduğu (Monden, 2004; Casterline vd., 1989), ülkelerin yarısında en yoksul yüzde yirmilik dilim içindeki hanelerde çocuk ölüm oranlarının, en zengin yüzde yirmilik dilimdeki hanelere oranla neredeyse iki kat (1,9) daha fazla olduğu (DSÖ, 2009:119) ortaya konmuştur. DSÖ'nün (2009) verilerine göre üst gelir grubunda²⁴ bulunan ülkelere kıyasla alt gelir grubundaki ülkelere bebek ölüm oranları 13,3 kat, verem vakası oranları 16,8 kat daha fazla, alt gelir grubundaki ülkelere kıyasla üst gelir grubundaki ülkelere ise

²⁴ DSÖ'nün istatistikleri (2009) Dünya Bankası (2009) tarafından yapılan dünya ekonomileri listesindeki sınıflandırmaya dayanmaktadır. Bu sınıflandırma 2008 yılı itibarıyla kişi başına düşen milli gelire dayanılarak ve Dünya Bankası Atlası yöntemi kullanılarak hazırlanmıştır. Buna göre kişi başına düşen gayri safi milli gelir 975 A.B.D. dolarından az olan ülkeler alt gelir grubu, 976–3,855 A.B.D. doları arasında olanlar alt orta gelir grubu; 3,856–11,905 A.B.D. doları arasında olanlar üst orta gelir grubu ve 11,906 A.B.D. doları ya da daha fazla olanlar da üst gelir grubu olarak kabul edilmiştir (Dünya Bankası, 2009).

10,000 kişi başına düşen doktor sayısı 5,2 kat, devletin kişi başına yaptığı sağlık harcaması ise 111,1 kat daha fazladır.

Elbek (2009a) özellikle yoksulluk ve yetersiz beslenme arasındaki ilişkiye dikkat çekmekte ve yetersiz beslenmeye neden olan yoksulluğun, zihinsel gelişim üzerindeki olumsuz etkilerinin eğitime de yansıdığını hatırlatarak ekonomik ve sosyal dezavantajların birikimsel doğasını vurgulamaktadır. Resmi rakamlara (TUİK, 2008) göre 2008 yılında Türkiye’de nüfusun yaklaşık % 0,54’ü açlık sınırının, %17,11’i ise yoksulluk sınırının altında yaşamakta, nüfusun %0,47’si günlük 2,15 dolarla (3,225 TL), ve %6,83’ü ise günlük 4,3 dolarla (6,45 TL) yaşamaktadır. Türkiye’de nüfusun %13,4’ünün işsiz olduğu (TUİK, 2009) da dikkate alındığında, resmi rakamların görece iyimserliği ile bile nüfusun %32’sinin, yani neredeyse üçte birinin sağlıklı beslenmeye ve barınmaya yetecek geliri bile elde edemediği görülmektedir. Türk-İş’in hesaplamaları dikkate alındığında ise yoksulluk sınırı altında yaşayanların sayısının çok daha fazla olduğu görülmektedir. 2009 Ekim itibariyle dört kişilik bir ailenin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenebilmesi için yapması zorunlu gıda harcaması tutarı olan açlık sınırı 757²⁵ TL, insan onuruna yaraşır bir yaşam sağlamak için gereken harcama tutarı olan yoksulluk sınırı 2,465 TL olarak hesaplanmıştır (Türk-İş, 2009). Asgari ücret ise 1.07.2009–31.12.2009 döneminde 16 yaşından büyükler için net 496,53 TL olarak hesaplanmıştır, başka bir deyişle 2009 yılında dört kişilik bir ailenin insan onuruna yaraşır bir geçim düzeyi sağlayabilmek için yapması gereken günlük harcama yaklaşık 82 TL iken asgari ücretle çalışan bir birey günlük 23 TL civarında kazanmaktadır. Bu koşullarda açlık sınırının altında olan hanelerin beslenme dışındaki ihtiyaçlarını karşılayabilmek için gıda giderlerinden kısmak zorunda oldukları, başka bir deyişle yetersiz beslenmenin kendileri için bir zorunluluk olduğu açıktır. Gelir

²⁵ Türk-İş’in belirlediği açlık sınırı, TUİK’in belirlediği yoksulluk sınırının altındadır. Ancak Türk-İş’in çalışmasında açlık sınırı hesaplanırken Hacettepe Üniversitesi Sağlık Teknolojisi Yüksek Okulu’ndan alınan beslenme kalıbı kullanılmış ve yetişkin erkekler için 3500, yetişkin kadınlar için 2300, 15–19 yaş grubundaki çocuklar için 3200 ve 4–6 yaş grubundaki çocuklar için 1600 kalorilik liste temel alınmıştır. Bu hesaplamalarda kullanılan besin gruplarında (1) süt, yoğurt, peynir (2) et, tavuk, balık, yumurta, kuru bakliyat, vb. (3) meyve ve sebze (4) ekmek, makarna, pirinç vb. (5) tereyağı, margarin, şeker, bal, çay vb. gıda ürünleri yer almaktadır. Başka bir deyişle açlık sınırı hesaplamalarında dört kişilik bir ailenin fizyolojik ihtiyaçlarına uygun, yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak için gerekli olan kalori miktarı ve bu miktarı karşılaması gereken besin grupları miktarları kullanılmıştır (Türk-İş, 2009).

düzeyinin düşüklüğünün sağlık üzerindeki etkisi ilk olarak beslenme yetersizliği ve kötü barınma koşulları üzerinden gerçekleşmektedir. Türkiye’de ulusal düzeyde yapılan beslenme araştırmalarına (Köksal, 1977; Tönük vd., 1987) göre en düşük gelir grubunda yetersiz beslenme %54,2 iken üst gelir grubunda bu oran %34’tür.

Gelirin sağlığı doğrudan etkilemediğini vurgulayan *görelî gelir* (mahrumiyet) hipotezine göre, bireysel gelir sabit tutulduğunda, insanların kendilerini diğer insanlarla, özellikle tabakalaşma piramidinde daha yukarıda bulunan insanlarla kıyaslamaları kendilerine duydukları güveni azaltıp strese neden olur, böylece bireyin sağlığı diğer insanların gelirlerinden etkilenebilir (Leigh vd., 2009; Wilkinson, 1997). Leigh vd. (2009:388) yukarı doğru ekonomik karşılaştırmaların “görelî mahrumiyet” yarattığı ileri sürülmekte, Chandola vd., ise (2006) görelî mahrumiyetin özellikle kronik strese neden olduğunu, kronik stresin de çeşitli hastalıklara karşı direnci azalttığını vurgulamaktadır. McLoone ve Body (1994), 1981–91 yılları arasında yaşa ve cinsiyete göre standartlaştırılmış ölüm oranlarının azaldığını, ancak bu azalmanın, mahrum olan kategorilerde zengin grupların ancak yarısı kadar olduğunu ve aradaki farkın giderek artmakta olduğunu ortaya koymuştur.

Ölçüt olarak mahrumiyetin kullanıldığı ve mahrumiyetin ev, araba veya beyaz eşya mülkiyeti gibi ölçeklerle ölçüldüğü çeşitli araştırmalarda mahrum olan ve olmayan kategorilerin hem yetişkin (Goldblatt, 1990; Fox ve Benzeval, 1995; Phillimore vd., 1994) hem de çocuk ve bebek (Razzaque vd., 2007; Waxler, 1985; Hatun vd., 2003; Belek, 1997; Beyazova, 2008) ölüm oranlarında önemli farklılıklar olduğu, üstelik kategorilerin ölüm oranları arasındaki farkın RG sınıflarında olduğundan daha fazla olduğu (Goldblatt, 1990) ortaya konmuştur. Bu bulgular Wilkinson’ın sağlığın “insanların yaşadığı toplumsal ve ekonomik durumların bir barometresi” (Wilkinson 1986:2) olduğu yorumunu doğrular görünmektedir.

Ekonomik eşitsizliklerin sağlığı etkilemesinin yegane yolu mutlak veya görelî gelir hipotezleri değildir. Ekonomik eşitsizlikler şiddet suçlarının artması, sağlığa yapılan kamu harcamalarının azalması ve sosyal sermayenin ve kamu

harcamalarının sağlığı iyileştireceğine ilişkin güven düzeyinin azalması gibi (Leigh vd., 2009:9-11) toplum düzeyindeki etkilerle de sağlığı olumsuz etkilemektedir. Düşük sosyal ve ekonomik düzeydeki topluluklarda işlenen suç (Fajnzylber vd., 2002) ve algılanan suç oranının genellikle yüksek olduğu (Hsieh ve Pugh, 1993) ve algılanan suç oranının doğrudan ya da dolaylı yollardan topluluğun bütün bireylerini etkileyeceği (Macintyre vd., 1993; Sooman ve Macintyre, 1995) ortaya konmuştur. Ekonomik eşitsizliğin yarattığı şiddet ve sağlık ilişkisi incelendiğinde, Türkiye’de 2007 yılında sağlığı doğrudan etkileyen öldürme, yaralama, cinsel suçlar, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma, uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanma ve satın alma suçlarından ceza infaz kurumlarına girenler arasında en çok suçu işleyenlerin işsizler ve ilkökul mezunları olduğu ve bu suçların %95,6’sının kentsel alanlarda işlendiği görülmektedir (www.tuik.gov.tr). Elbek de (2009a:57) işsizlik ve ücretlerde azalmanın sosyal stresi, aile içi sorunları, intihar oranlarını ve alkol ve sigara tüketimini ve bunlara bağlı olarak şiddet olaylarının arttığını belirtmekte ve cezaevleri ile hastalık arasında bütün dünyada kabul edilen ilişki nedeniyle cezaevlerindeki nüfusun artmasının toplum sağlığı üzerindeki etkilerine dikkat çekmektedir.

1.1.2.1.3.1. Sosyal Sermaye

Son yıllarda yoksullukla mücadele stratejilerinden biri olarak sosyal sermayenin ön plana çıkması, ekonomik eşitsizliklerle sağlık arasındaki ilişki incelenirken sosyal sermayenin²⁶ (Putnam vd., 1993) de dikkate alınmasını gerektirmiş, sağlık çalışmalarında özellikle 1995 sonrasında sosyal sermaye kavramına yönelik ilgi artmıştır (Muntaner vd., 2000). Sosyal sermaye, çeşitli çalışmalarda toplum sağlığının iyileşmesiyle olumlu olarak ilişkilendirilmiştir (Kawachi vd., 1997a, 1997b, 1999; Veenstra, 2000, 2002; Lindstrom vd., 2001; Holtgrave ve Crosby 2006). Bazı diğer çalışmalarda ise (Lynch vd., 2000; Rosenheck vd.,

²⁶ Putnam (2000) sosyal sermayeyi karşılıklı fayda elde etmek üzere yapılan işbirliğini kolaylaştıran sosyal ağlar olarak, Bourdieu (Bourdieu ve Wacquant 1992: 119) “bireyin ya da grubun az ya da çok kurumsallaşmış bir karşılıklı tanıma ve onaylama ilişkisinin olduğu devamlı bir ağa sahip olmasını sağlayan gerçek ya da sanal kaynakların toplamı” olarak, Lynch ve Kaplan (1997:307) ise ‘sosyal bağlılık, güven ve topluluk etkinliklerine katılma isteği yaratan yatırım, kaynak ve ağlar bütünü’ olarak tanımlamaktadır. Bu açıdan sosyal sermaye kavramının hem ağlar, birleşmişlik, ortak yaşam ve politik katılım gibi yapısal bileşenlere, hem de algılanan destek, güven, sosyal bağlılık ve algılanan politik katılım gibi bilişsel bileşenlere sahip olduğu söylenebilir (Harpham vd., 2004:2268).

2001; Chavez vd., 2004) sosyal sermaye göstergeleri ile daha iyi sağlık arasında bir ilişki ortaya çıkmamıştır²⁷.

Halk sağlığı çalışmalarında sosyal sermaye kavramı, özellikle topluluk/mahalle sağlığı düzeyinde kullanılmakta ve sosyal sermayenin topluluk sağlığı üzerindeki etkileri incelenmektedir (Patillo, 1998; Portes ve Landolt, 1996). Zihinsel sağlık açısından özellikle önemli olduğu ileri sürülen (Emerson ve Hatton, 2007; Harpham vd., 2004) sosyal sermayenin artmasının davranış sorunlarını azalttığı ve genel olarak topluluğun iyilik (well-being) düzeyini artırdığı (Lynch vd., 2000; Hawe ve Shiell, 2000; Cattell, 2001; Muntaner vd., 2001; Caughey vd., 2003) belirtilmektedir. Sosyal sermayenin sağlığı etkileyen en önemli faktörlerden olduğunu ileri süren Kawachi (1997a) gelir, eğitim, ırk, obezite, tütün kullanımı ve tıbbi bakıma erişim gibi faktörlerden bağımsız olarak sosyal sermayenin yüksek olduğu alanlarla yaşayanların ölüm oranlarının sosyal sermayenin düşük olduğu alanlarda yaşayanlara oranla daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Sosyal sermayenin gelir eşitsizliklerine aracılık etme işlevini üstlendiği, diğer bir deyişle gelir eşitsizliğinin bireyi sosyal sermaye üzerinden etkilediği (Gold vd., 2002) ileri sürülmüştür. Özen (2008) bu noktadan daha ileri giderek bireysel olarak ifade edilen ve sağlık profesyonelleri tarafından teşhis konmuş hastalıkların bir bütün olarak **sağlık sermayesini** oluşturduğunu ve ekonomik sermaye ve sosyal sermayeye ek olarak sağlığın da bir sermaye biçimi olarak ele alınabileceğini ileri sürmektedir.

Sosyal sermaye kavramının Türkiye’de yapılacak sosyolojik analizler açısından büyük önemi vardır. Buğra (2001:24-25) sosyal refah devletinin zayıflığı nedeniyle Türkiye’deki refah rejiminin merkezinde ailenin yer aldığını ve refah açısından hemşerilik ilişkilerinin çok önemli bir rol oynadığını belirtmektedir. Adaman ve Keyder’in (2006:91-92) sosyal güvencesi olmayan bireylerin sorunlarının çözümünde devletin ya da yerel yönetimlerin çok etkili olmadığını, bireylerin sorunlarını kendi başlarına çözmeye çalıştıklarını göstermeleri de

²⁷ Araştırmalardaki bu tutarsızlık, sosyal sermayenin ölçümü ile ilişkili olabilir, nitekim bazı araştırmacılar (Woolcock, 1998) sosyal sermayeyi sadece sosyal ağlar ve kurumsal ilişkiler açısından tanımlarken bazı diğerleri (Muntaner ve Lynch, 1999; Smidt, 1999; Cattell, 2001) sosyal sermayenin azalıp artması söz konusu olduğunda işgücü piyasalarının, varoşların gelişiminin, ırk-etnik durum ve sosyal sınıf faktörlerinin de hesaba katılması gerektiğini belirtmektedirler.

sosyal sermayenin önemini vurgulamaktadır. Bununla birlikte Türkiye, bireylerin aile ve kan bağıyla ilişkide oldukları kişiler dışında toplumdaki farklı insanlarla güven ilişkisi kurmadıkları için sosyal sermayesi nispeten zayıf bir ülke olarak kalmaktadır (Buğra, 2001:24).

Sosyal sermaye kavramı yoksulluğa ilişkin yapısal ve kültürel yaklaşımlar arasında köprü kurduğu için yerleşim yeri, sağlık ve iyilik arasındaki ilişkinin anlaşılmasında faydalı olacak bir kavram olduğu genel olarak kabul edilmekte (Cooper vd., 1999:4), ancak tek başına yetersiz olmakla eleştirilmekte ve sosyal dışlanma, sınıf-altı (underclass), yoğunlaşmış yoksulluk gibi kavramlarla birlikte kullanılmasının daha aydınlatıcı sonuçlar vereceği ileri sürülmektedir (Catell, 2001:1514). Kavrama yönelik daha radikal eleştiriler kavramın “eleştirilmeksizin benimsendiği ve muğlak bir şekilde uygulandığı” (Woolcock, 1998:196) ve “çok az şeye dayanarak çok fazla şeyi açıklama riskini taşıdığı” (Woolcock, 1998:155) yönündedir.

Bu eleştirinin sosyal sermayenin sağlıklı ilişkilendirildiği durumlarda özellikle doğru olduğunu belirten Muntaner vd. (2000:119) halk sağlığı literatüründe sosyal sermaye kavramını kullanan çalışmaların ortak noktasının bireyler arasındaki bağlantıların ve ilişkilerin halk sağlığı açısından bir şekilde önemli olduğu düşüncesini paylaşmaları olduğunu belirtmekte ve bu çalışmaları devletin küçülen rolünü, sosyal hizmetlerin özelleştirilmesini, işgücü piyasalarının esnekleştirilmesini, sivil toplum örgütlerini, modern hayırseverliği, özetle refah devletinin çöküşünü içeren yeni yönetim anlayışının haklı çıkartmakla eleştirmektedir.

Benzer bir eleştiri yapan Pearce ve Smith (2003:122) de sosyal sermaye kavramının büyük ölçüde topluluk kapasitesi, güçlendirme, sosyal destek gibi eski bazı kavramların yeniden paketlenmesi olduğunu savunmakta ve topluluklara odaklanarak sosyal sermaye düzeylerini artırmaya yönelik çalışmaların makro düzeydeki sosyal ve ekonomik faktörleri ihmal ederek “kurbanı suçlayan” bir bakış açısı yaratabileceklerini belirtmektedir.

1.1.2.2. Cinsiyete dayalı eşitsizlikler ve sağlık

Cinsiyet, modern ataerkil toplumda insanları ayıran önemli bir toplumsal bölünmedir. Ataerki, bazı biyolojik ve psikolojik özelliklerin “doğal olarak” kadınlara, bazılarının ise erkeklere ait olduğunu savunarak cinsiyete dayalı güçlü bir bölünme yaratan bir erkek hakimiyeti sistemidir (Annandale ve Field, 2007:95).

Cinsiyete dayalı eşitsizlikler bir yandan bireylerin cinsiyete dayalı geleneksel rollere göre farklı şekilde toplumsallaşmalarına neden olmakta, bir yandan da kaynaklara eşitsiz erişime, kamuda önyargılı temsile ve ayrımcı kurumsal politikalara neden olan bir toplumsal tabakalaşma biçimi yaratmaktadır. Sağlıkta görülen eşitsizlikler de dahil olmak üzere cinsiyet eşitsizlikleri temel olarak kadınların ekonomik ve sosyal kaynaklara ve güce erişim açısından erkeklere oranla dezavantajlı olmasına dayanmaktadır (Östlin vd., 2001:175; Kawachi vd., 1999; Wamala ve Lych, 2002). Cinsiyete dayalı eşitsizlikler, sınıfsal ve etnik eşitsizlikler gibi diğer eşitsizlik biçimleri ile etkileşim halindedir ve bu faktörler sadece erkekler ve kadınlar arasında değil, erkeklerin ve kadınların içindeki farklı gruplar arasında da eşitsizliklere neden olmaktadır (Östlin vd., 2001:175-6). Cinsiyete dayalı eşitsizlikler sağlık eşitsizliklerinin yaratılmasına katkıda bulunmakta, özellikle sağlık statüsü ve sağlık hizmetlerinden yararlanma açılarından erkekler ve kadınlar açısından önemli farklılıklar bulunmaktadır.

Sağlıktaki cinsiyet eşitsizlikleri iki açıdan ele alınmaktadır. Bunlardan birincisi erkek ve kadınların ihtiyaçlarının biyolojik olarak farklılaştığı, ancak bu farklılığın yarattığı taleplerin sağlık sistemleri tarafından adil bir şekilde karşılanmadığı görüşüdür (Östlin vd., 2001). İkinci görüş ise sağlık statüsünde ve sağlık hizmetlerine erişimde karşılaşılan eşitsizliklerin cinsler arasındaki biyolojik farklılıklardan değil, cinsiyete dayalı eşitsiz ilişkilerden kaynaklandığı görüşüdür. Cinsiyete dayalı ilişkilerden kaynaklanan sosyal farklılıkların temelinde biyolojik öğeler olabileceği gibi, erkekler ve kadınlar arasındaki biyolojik farklılıkların belli bir oranda sosyal nedenlerle oluşmuş olabileceği de ileri sürülmektedir (Hammarström vd., 2001; Krieger ve Zierler 1995).

Bird ve Rieker (2008), sağlıkla ilgili çeşitli konularda biyomedikal ve sosyal bilimsel açıklamaları içeren disiplinler arası çalışmalar olsa da cinsiyet ve sağlık söz konusu olduğunda disiplinlerin kendi bakış açılarında ısrarcı olduklarını belirtmektedir. Bu durumu entelektüel dar görüşlülük olarak tanımlayan Bird ve Rieker'e (2008:2) göre bu durum sorulan soruların, test edilen hipotezlerin ve elde edilen sonuçların sınırlandırılmasına neden olmakta ve erkek ve kadınların sağlık statüleri arasındaki farklılıkları açıklayabilecek teoriler yaratılması olasılığını azaltmaktadır.

1.1.2.2.1. Ölüm ve hastalık oranlarındaki cinsiyet farklılıkları

Küresel olarak kadınların ortalama yaşam süreleri çoğu ülkede erkeklerinkinden daha yüksektir (Waldron 1983; Hemström 1998). Özellikle yirminci yüzyılda kadınların yaşam sürelerinin erkeklerinkinden daha uzun olması, yüzyıllardır kadınların “zayıf cinsiyet” kabul edildiği varsayımının sorgulanmasına neden olmuştur (Bird ve Rieker 2008:16). Bununla birlikte hangi cinsiyetin daha zayıf olduğuna ilişkin tartışmalar biyolojik bakış açısının ürünü olmakla, biyolojik farklılıkları bir cinsin diğerine üstünlüğüne indirgemekle ve sağlıktaki toplumsal cinsiyet farklılıklarının karmaşık desenlerini aşırı basitleştirmekle eleştirilmektedir (Bird ve Rieker, 1999; Rieker ve Bird, 2000, 2005).

Küresel olarak erkeklerin ortalama yaşam süreleri 65, kadınlarınki ise 70 olarak kabul edilmektedir (DSÖ, 2009:44). Bununla birlikte kadın ve erkeklerin ortalama yaşam süreleri arasındaki fark, cinsiyete dayalı eşitsizliklerin az olduğu ülkelerde daha az, cinsiyete dayalı eşitsizliklerin fazla olduğu ülkelerde ise daha fazladır. Kadınların ölüm oranlarının erkeklerin oranlarına eşit ya da onlardan daha yüksek olduğu ülkelerde kadınların farklı alanlarda mahrumiyetlerinin ve sıra dışı koşulların söz konusu olduğu belirlenmiştir (Sen 1992).

Kadınların yaşam sürelerinin erkeklere göre uzun olması, kronik ve yaşa bağlı hastalıklara erkeklere oranla daha fazla yakalanmalarına ve işlevsel bozukluklarla geçirdikleri yılların artmasına neden olmaktadır (Crimmins vd., 2002; Östlin vd., 2001:180). Kadınların neredeyse bütün toplumlarda erkeklere oranla daha çok hastalanmalarının (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006a:17), önemli bir nedeni de ataerkil toplum yapısıdır. Türkiye’de geleneksel ataerkil yaşam biçimi

bölgesel olarak ve kısmen çözülmeye başlamış olsa da halen toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin yaratılmasına büyük ölçüde katkıda bulunmakta ve kadınların hem maruz kaldığı stres düzeyini artırmakta hem de sağlık hizmetlerine erişimini engellemektedir (T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, 2008:6). Türkiye’de, özellikle kırsal alanlarda ekonomik kaynaklara erişimin ve toplumsal prestijin genellikle erkeklere ait olduğu (Timur, 1982), kadınların kendilerini güvence altına alabilmek için erkek çocuklara daha fazla değer verdiği (Kağıtçıbaşı, 1986; Öğün Boyacıoğlu ve Türkmen, 2008) ve evliliğin ve en az iki çocuk sahibi olmanın kadınların statüsü açısından büyük önem taşıdığı (Öğün Boyacıoğlu ve Türkmen, 2008) bilinmektedir. Kulu (1990), Türkiye’nin hem doğu hem de batı bölgelerinde erkeklerin eşlerinden geleneksel cinsiyete dayalı rolleri yerine getirmelerini beklediğini ortaya koymuştur.

Türkiye’de yapılan çeşitli çalışmalarda (Karasu, 2007, Bilge, 2008; Keskin, 2008; Erol vd., 1998) kadınların zihinsel sağlıklarını olumsuz etkileyecek risklere erkeklere oranla daha fazla maruz kaldıkları ve psikolojik hastalık oranlarının da erkeklerinkinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bilge (2008:40) Eskişehir merkezinde yaptığı çalışmada kadınların ruhsal hastalıklara sahip olma oranının erkeklerinkinden %20 kadar daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Yine Eskişehir’de yapılan bir çalışmada Keskin (2008:55) duygudurum bozukluklarının kadınlarda erkeklere oranla daha yoğun görüldüğünü ortaya koymuştur. Keskin, bu bulgunun ortaya çıkmasında kadınların evlilikten ve çocuk bakımından kaynaklanan cinsiyete dayalı rollerinin baskının (Önen, 1995), kadınların travmatik olaylarla daha sık karşılaşmalarının ve toplumdaki güç ilişkileri nedeniyle travmalara daha duyarlı olmalarının (Gökalp, 2007) etkili olduğu yorumlarına katılmaktadır. Dönmez vd. (2000) duygudurum bozukluğu da dahil olmak üzere çeşitli psikolojik ve psikiyatrik hastalıkların erkeklere oranla kadınlarda görülme riskinin 2-3,5 kat daha fazla olduğunu belirtmektedirler. Erol vd. (1998) de kadınların sağlık ocaklarına ruh sağlığı sorunları nedeniyle başvurma oranının erkeklerinkinin iki katı olduğunu göstermektedir.

Rahman vd. (1994), gelişmekte olan ülkelerde ortalama yaşam süresi sabit tutulduğunda bile kadınların sağlıklarının erkeklere oranla daha kötü olduğunu

belirtmektedir. Bu yöndeki cinsiyet eşitsizliklerinin en çarpıcı şekilde görünür hale geldiği gösterge ana ölüm oranlarıdır²⁸. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, önlenmesi için gerekli bilgi ve donanım bulunabileceği halde (Östlin vd., 2001:176) ana ölüm oranı oldukça yüksek düzeylerde seyretmektedir. Ana ölüm oranının eğitim, kanalizasyon altyapısı, temiz içme suyuna erişim, kişi başına düşen milli gelir, sağlığa yapılan devlet harcaması, vasıflı personel eşliğinde doğum ve doğum öncesi tıbbi bakım ile ilişkili olduğu (Alvarez vd., 2009) bilinmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA, 2009:144) sonuçlarına göre Türkiye genelinde 2003 yılında kadınların %81'i, 2008 yılında ise %92'si doğum öncesi en az bir kere sağlık personelinin bakım görmüştür. Kendi çalışmasında bu oranı %74 olarak saptayan Türkkan (2005:93) düşük sosyal ve ekonomik bölgelerde yaşayan kadınların doğumlarını evde yapma oranlarının istatistiksel bölge ortalamasının üzerinde olduğunu göstermektedir. TNSA (2009) da bu oranların yerleşim yerine, eğitim düzeyine ve hane gelirine göre değiştiğini göstermektedir. Kırsal alanlarda doğum öncesi bakım almayan kadınların yüzdesi, kentsel alanlarda yaşayan kadınların neredeyse üç katıdır. Bölgelere göre de farklılık görülmektedir, Doğu Anadolu Bölgesinde doğumdan önce tıbbi bakım görme oranı %79 iken diğer bölgelerin hepsinde %90'ın üzerindedir. TNSA (2009:144) eğitim düzeyi ve hane refahı arttıkça doğum öncesi tıbbi bakım görme oranlarının yükseldiğini ortaya koymakta, yani doğum öncesi bakım hizmeti almayla eğitim ve hane geliri düzeyleri arasında da bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Kadınlar kendi içlerinde homojen bir grup oluşturmadıkları için sağlık sorunları da yaşlarına, eğitim düzeylerine, etnik kökenlerine, yaşadıkları bölge ve ülkelere, sınıf ve statülerine, yaşam koşullarına göre farklılık göstermektedir. Bununla birlikte, bütün kadınlar cinsel etkinlikte bulunma ve yeniden üretim kapasitesine sahip oldukları için yeniden üretim organlarına bağlı hastalıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, gebelik ve doğumla ilgili sağlık sorunları, gebelik önleyici tedbirler, kadına yönelik şiddetin sağlık üzerindeki etkileri, kürtaj ya da yapay dölleme teknolojileri ile ilgili sorunlar gibi **ortak konularda** tedavi ve

²⁸ Ana ölüm oranı, her 100.000 canlı doğumda görülen ana ölümlerinin sayısıdır.

bakım ihtiyacına sahiptirler. Bu ortak konuların en önemlilerinden biri, Gold vd.'nin (2002:79) hem yoksulluk hem de gelir eşitsizliği ile ilişkili olduğunu belirttiği adölesan doğurganlığıdır. Önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilen (Başer, 2000:51) adölesan doğurganlığı, diğer bir deyişle 18 yaş altındaki kadınların doğum yapma oranı Batı Pasifik'te %11, Doğu Akdeniz'de %35, Avrupa'da %56, Amerika'da %61, Afrika'da ise %117'dir (DSÖ, 2009:141). Türkiye'de adölesan doğurganlığı gelişmiş ülkelere oranla yüksektir (%51) ve dünya ortalamasına yakındır (DSÖ, 2009:19). Bulut (1984) düşük sosyal ve ekonomik statü gruplarında adölesan doğurganlığının görece yüksek olduğunu belirtmektedir. Benzer şekilde TNSA (2009:73) da adölesan doğurganlığının eğitim düzeyiyle ilişkili olduğunu, eğitimsiz kadınların %7'si adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken bu oranın en az lise mezunu kadınlar arasında %4'e düştüğünü göstermektedir.

Sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler ile biyolojik faktörler farklı hastalıklarda farklı derecede etkili olsa da, ölüm oranlarındaki cinsiyet farklılıkları bu faktörlerin tümünden etkilenmektedir (Krieger vd., 2003; Wizeman ve Pardue, 2001). Biyomedikal araştırmalar erkek ve kadınların anatomileri, fizik yapıları, metabolizmaları ve hormonları arasındaki farklılıklara odaklanmaktadır. Bu faktörler hastalık ve ölüm oranlarının şekillenmesinde önemli olmakla birlikte, bu çalışmalar genellikle biyolojik farklılıkları içinde bulundukları toplumsal çevreden soyutlamakla eleştirilmektedirler (Emslie ve Hunt, 2008:809). Bird ve Rieker (1999) de biyolojinin çoğu zaman diğer etkenlerden bağımsız işlemediğini, bu farklılıkların altında sosyal süreçlerin yattığını ve bu süreçlerin değiştirilmesiyle kadın ve erkeklerin sağlık statülerindeki biyolojik farklılıkların da değiştirilebileceğini ileri sürülmektedir. Diğer taraftan hastalıkla ilgili sosyolojik çalışmalar da biyolojiyi toplumsal olarak yansız kabul etmekle ve cinsler arasındaki biyolojik farklılıkları olduğundan daha önemsiz göstermekle eleştirilmektedir (Bird ve Rieker, 1999: 107). Nasıl doğumu kadınların yapması çocuk bakımının da kadınların sorumluluğu olarak görülmesine neden oluyorsa, biyolojik farklılıklar cinsiyete dayalı işbölümünü etkilediğinde de cinsiyet ve toplumsal cinsiyet arasındaki ya da biyolojik olan ve kültürel olan arasındaki karşılıklı ilişkiler, biyolojinin toplumsal cinsiyetsel ifadesi (gendered expression

of biology) olarak görülebilir (Emslie ve Hunt, 2008:809). Aynı şekilde cinsiyete dayalı farklılıklar biyolojik bedende ifade edildiğinde de bu farklar cinsiyetin biyolojik ifadesi (biologic expression of gender) olarak görülebilirler (Emslie ve Hunt, 2008:809). Bu çerçevede artık sosyal ve biyolojik farklılıkların karşılıklı olarak karmaşık yollarla etkileşim halinde olduğu ve hem bireysel düzeyde sağlığı ve hastalığı hem de genel olarak kadın ve erkeklerin sağlık statüleri ve ortalama yaşam süreleri arasındaki farklılıkları bu etkileşimin açıklayacağı kabul edilmektedir (Bird ve Rieker 2008:17). Başka bir deyişle cinsiyet, diğer sosyal ve ekonomik statü değişkenleriyle birlikte ve çok boyutlu olarak işlemektedir.

1.1.2.2.1.1. Ölüm ve hastalık oranlarındaki cinsiyet

farklılıklarına yönelik açıklamalar

Ölüm ve hastalık oranlarında erkeler ve kadınlar arasındaki farklılıkları açıklamaya yönelik girişimleri üç başlıkta toplamak mümkündür. Bunlardan ilki bu farklılıkları toplumsal rollerin yarattığı *davranış farklılıklarına* bağlayan açıklamalardır. İkinci grup açıklamalar, *yaşam süreci açıklamalarına* benzer şekilde kadınların yaşamlarındaki avantaj ve dezavantajların toplam etkisini vurgulayan nispeten bireyci açıklamalardır. Üçüncü grup açıklamalar ise kadınların toplumsal rolleri ile ekonomik eşitsizlikler, meslek, sınıf gibi *yapısal faktörleri bütünleştiren* açıklamalardır.

1.1.2.2.1.1.1. Toplumsal rollere bağlı davranışsal

açıklamalar

Ataerkil toplumda fiziksel olarak erkeklerin güçlü, kadınların zayıf; doğaları itibarıyla erkeklerin agresif, kadınların şefkatli, erkeklerin rekabetçi, kadınların işbirlikçi olduğu gibi varsayımsal bazı özellikler genellikle feminenlik ve maskülenlik kavramları altında toplanır (Annandale ve Field, 2007:95). Kadınların erkeklerden daha uzun yaşamalarını sosyal ve kültürel açıdan açıklamaya çalışan çalışmaların önemli bir kısmı cinsiyete dayalı geleneksel rollere ve maskülenliğin sosyal olarak inşa edilmesine odaklanmaktadır. Courtenay (2000) sağlığa ilişkin davranışların ve inançların feminenlik ve maskülenlik kavramlarıyla ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Örneğin çok fazla

alkol tüketimi ve risk alma gibi sağlığa zararlı olduğu bilinen davranışların güçlü bir maskülenliği yansıtmak için kullanılabileceği belirtilmektedir (Capraro, 2000; Davies vd.,2000). Femininlik ise birçok toplumda bir yandan şefkat, dikkat ve sağlığa zarar verici davranışlardan korunma ile bir yandan da yorgunluk, endişe ve değersizlik duyguları nedeniyle kötü sağlık riskinin artması ile ilişki görülmektedir (Hammarström vd., 2002; Mansdotter vd.2006).

Genel olarak erkekler maskülenliği yansıtmak üzere riskli etkinliklerde bulundukları (Courtenay 2000, Connell ve Messerschmidt 2005), kadınlar ise duygusal hassasiyet, kararsızlık, bağımlılık, dikkat ve bakım gibi feminen ifadeleri benimsedikleri için her iki cinsten de sağlık risklerinin arttığı ileri sürülmektedir (Hammarström vd., 2002, Mansdotter vd., 2006). Örneğin, aşırı alkol tüketiminin erkekler arasında, obezitenin ise kadınlar arasında daha yaygın görüldüğü çeşitli çalışmalar tarafından (Cavelaars vd., 1997, Hupkens vd., 1993; Sobal ve Stunkard 1989) ortaya konmuştur. Ayrıca cinsiyet rollerini yöneten normların, feminenlik ve maskülenliğin sağlık sorunlarının bildirilme düzeylerini etkilediği, kadınların kötü sağlığı fazla rapor ettikleri ve erkeklerin de maskülenlik nedeniyle gereğinden az rapor ettiklerini belirtmektedir (Annandale ve Field, 2007). Annandale ve Field (2007:105), kadınların şefkat rolü nedeniyle hastalık belirtilerini daha kolay fark ettiklerini, hasta rolünü daha kolay benimsediklerini ve erkeklere oranla yardım almaya daha eğilimli olduklarını belirtmekte, kadınlarla ilgili kötü sağlık göstergelerinin artmasında bu faktörlerin etkili olduğunu belirtmektedirler. Bazı başka çalışmalar da (Verbrugge, 1982, 1989; Sabo ve Gordon, 1993) erkeklerin fiziksel bozuklukları göz ardı edecek ve kadınların hemen hissedecekleri belirtilerin farkına varmayabilecek şekilde toplumsallaştıklarını belirtmektedirler. Bu çalışmalara göre cinsiyet normları nedeniyle erkeklerin hastalıklarını kadınlar kadar ifade etmemeleri, erkeklerin sağlık göstergelerinin gerçekte olduğundan daha iyi görünmesine neden olmaktadır.

Görüldüğü gibi bu açıklamalar kadın ve erkeklerin sağlık davranışlarını büyük ölçüde toplumsallaşma biçimlerine ve toplumsal cinsiyete dayalı davranış normlarına bağlamaktadırlar. Bu nedenle bu açıklamalara göre cinsiyet eşitsizliklerinin azalması yoluyla toplumsal roller ve sağlığa ilişkin davranışlar

erkek ve kadınlar arasında daha homojen bir dağılım gösterdiğinde, diğer bir deyişle Backhans vd.'nin (2007) de ileri sürdüğü gibi erkek ve kadınların yaşamları birbirine daha benzer hale geldiğinde ölüm ve hastalık oranlarındaki kadın erkek farkının da azalması beklenmektedir.

1.1.2.2.1.1.2. Kadınlar arasındaki farklılıkları

vurgulayan açıklamalar

Bu gruptaki açıklamalar toplumsal rollere odaklanmakla birlikte toplumsal rollerin yarattığı davranış farklılıklarından çok bu rollerin yaşam süreci boyunca uzun vadeli etkileri üzerinde durmakta ve kadınlar arasındaki farklılıkları vurgulamaktadırlar. Akıntı (weathering) hipotezi adı verilen bu yaklaşıma göre kadınların yaşam koşullarındaki çeşitlilik, sağlıklarının daha iyi ya da daha kötü olmasını etkilemekte ve kadınların sağlık ve ölüm deneyimleri, yaşamları boyunca sahip oldukları avantaj ve dezavantajların birikimi sonucunda oluşmaktadır (Geronimus, 1992). Bu hipotez, günlük yaşamdaki mahrumiyetlerin ve maruz kalınan çevresel etkenlerin sağlığı etkilediğini ve çocuk bakımının kadınları özellikle yaşa bağlı olarak savunmasızlaştırdığını vurgulamaktadır (Moss, 2002:656). Bu yaklaşımın yaşam süreciyle çevresel faktörleri birleştirmesi ve kadın sağlığının her alanına uygulanabilecek nitelikte olması, güçlü yönleri olarak kabul edilmektedir (Moss, 2002:656). Sigara içme davranışı, sağlık hizmetlerine erişim gibi çeşitli değişkenlerin çevresel etkenler kadar farklı akıntı geri planlarından ve yaş ortalamalarından da etkilediğini belirten Moss (2002:656) bu çerçeveye kronik hastalıkların gelişiminde sosyal ve ekonomik farklılıkların olduğu kadar etnik farklılıkların da açıklanabileceğini ileri sürmektedir. Bu yaklaşım ayrıca yaşam sürecinin tümüne odaklandığı ve yaşlılık ile çocuk sağlığı arasında da ilişki kurduğu için, sosyal ve ekonomik statü ile sağlık arasındaki ilişkinin nesiller arası aktarımını açıklama çabalarında da bu yaklaşımdan yararlanılabileceği belirtilmektedir (Geronimus vd., 1991; Geronimus ve Hillemeier, 1992).

1.1.2.2.1.1.3. Bütünleştirici açıklamalar

Bu açıklamalar kadın ve erkeklerin sağlıklarında görülen farklılıkları sosyal ve ekonomik bir çerçeve içinde ele almakta ve kadınların ev içi rolleri ve bu rollere

bağlı tüketim desenleri ile meslek, sınıf ve diğer sosyal ve ekonomik göstergeler gibi yapısal ölçekleri bütünleştirmektedir (Arber, 1991; Khlal vd., 2000; Walters vd., 2001).

Moss (2002:656), algılanan sağlık statüsünün kötü olması, özürlülük, hastalık ve ölüm riskinin yüksekliği gibi çeşitli sağlık sonuçlarının yapısal, çevresel, sosyal, davranışsal, psiko-sosyal ve genetik faktörlerin karmaşık bir şekilde bileşimi sonucunda meydana geldiğini ileri sürmekte, bu nedenle cinsiyet eşitsizliklerini sosyal ve ekonomik eşitsizliklerle birleştiren bir bakış açısının kadınların sağlık statülerindeki farklılıkları açıklamak için güçlü bir çerçeve oluşturacağını belirtmektedir. Bir yandan eğitim, yoksulluk, gelir, meslek gibi sosyal ve ekonomik faktörler sağlık ve hastalığın en tutarlı belirleyicileridir, bir yandan yasal, politik ve ekonomik kurumlar aracılığıyla jeopolitik çevre ev içindeki cinsiyete dayalı eşitsizliğe katkıda bulunmaktadır, bir diğer yandan ise psiko-sosyal kaynaklar, bazen sosyal ağlar ve destek sistemleri gibi olumlu, bazen de stres gibi olumsuz kanallarla eşitsizliğin ifade edilmesinde aracı olmaktadır (Moss, 2002:656).

Erkeklerin sağlık statülerindeki farklılıkların açıklanmasında meslek ve istihdam statüsünün ailevi rol ve sorumluluklara oranla daha önemli olduğunu belirten Arber (1991:40), kadınlar söz konusu olduğunda ise hem iş yükünün hem de ev içi rollerin çok etkili olduğunu belirtmektedir. Benzer şekilde Graham da (1984:58-59) kadınların sağlık statüsündeki farklılıklara sosyal ve ekonomik koşullar ile cinsiyete dayalı kültürel rollerin bileşiminin neden olduğunu savunmaktadır.

Mackenbach vd. (1999) de kadın ve erkekler arasında sağlık davranışlarında görülen farklılıkların nedeninin sadece maddi kaynaklara erişimdeki dezavantaj ya da psiko-sosyal stres kaynakları olmadığını ileri sürer ve sosyal ve ekonomik statü gruplarında kadın ve erkekler arasındaki sağlık farklarının daha belirgin bir şekilde görüldüğünü gösterir. Bu farklılıkların nedeninin cinsiyet rolleri arasındaki etkileşim, maddi kaynaklara erişim ve psiko-sosyal stres kaynaklarının bir bileşimi olduğunu belirten Mackenbach'a (1999:1804) göre kadınlar strese karşı obezite ile karşılık vermektedirler çünkü rolleri gereği

erkeklerin daha kolay erişebildikleri bazı sağlık davranışlarına (alkol tüketimi gibi) erişememektedirler. Erkeklerin rolleri ise sigara içme, aşırı alkol tüketimi gibi daha tehlikeli davranışlara erişim sağladığı için, erkekler maddi kaynaklardan yoksun kaldığında veya strese maruz kaldıklarında kadınlara oranla ölüm oranları daha yüksek olmaktadır (Mackenbach vd.,1999:1804). Obezitenin erkekler ve kadınlar arasında farklı oranlarda görüldüğü başka çalışmalarda da (Loueiro ve Nayga, 2005; Seidell 2000) ortaya konmuştur. Bu çalışmalar obezitenin farklı gelişmişlik düzeylerindeki ülkelerde farklı düzeylerde gözlenmekle birlikte bütün ülkelerde kadınlarda erkeklerden daha çok görüldüğünü ortaya koymaktadırlar.

Toplumsal rolleri ve yapısal faktörleri birleştiren bu açıklamalar, cinsiyet eşitsizliğinin diğer eşitsizlik biçimlerinden bağımsız olarak işlemediğini vurguladıkları için ilk iki gruptaki açıklamalardan daha etkili görünmektedir. Bu durumun en belirgin şekilde görüldüğü alanlardan biri de sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerden faydalanma süreçlerinde görülen cinsiyet eşitsizlikleridir.

1.1.2.2.2. Sağlık hizmetlerine erişimde cinsiyete dayalı

eşitsizlikler

Sağlık hizmetlerinden faydalanma sürecinde cinsiyete dayalı eşitsizlikler küresel olarak görülmektedir. Bu eşitsizliğin bir kısmı, sağlık sistemlerinin planlanmasında cinsiyet analizine yeterince yer verilmemesinden ve erkeklerin ve kadınların farklı ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmamasından kaynaklanmaktadır (Östlin vd., 2001:181). Bunun sonucu olarak kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin üremeye odaklandığı, kadınların birçok önemli sağlık sorununun yeterli ilgiyi görmediği, ayrıca ana çocuk sağlığı hizmetlerinin de annenin sağlığını görece ihmal ederek çocuk sağlığına odaklandığı (Östlin vd., 2001; Paolissio ve Leslie 1995; Vlassoff 1994) belirtilmektedir.

Kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili müdahaleler 17. yüzyıla kadar kadın ebelerin hakim olduğu geleneksel uygulamalarla yürütülürken doktorların orta sınıf ailelere bu konuda hizmet vermeye başlamasıyla birlikte tıbbın alanlarından biri olmaya başlamıştır. Jinekolojideki en önemli gelişmeler

kadınlara yönelik önyargıların had safhada olduğu, kadınlara hor görme ve idealleştirmenin bileşimlerinden oluşan en tuhaf tutumun takınıldığı 19. yüzyılın ikinci yarısında meydana gelmiştir (Dally, 1991: p. xvi). Kadın hakları hareketinin başladığı, kadınların yüksek eğitime girmeye çalıştığı, eğitim gören kadınların daha az çocuk doğurmaya başladığı bu dönemde kadınların yaşam enerjilerinin üreme organlarını beslediği ve beyinlerine eğitim görmek için yeterli enerjinin gitmediği, bu nedenle özellikle yumurtlama çağındaki kadınların eğitim almaya çalışmamaları gerektiği gibi teoriler üretilmiş (Bem, 1993); böylece jinekoloji, ataerkinin görünmez eli haline gelmiş ve kadınları erkeklerin çıkarına olan sosyal rollerle sınırlamaya çalışmıştır. Ayrıca tıbbın bir erkek mesleği olduğu kabul edilerek kadınların tıbbi eğitim almalarının önüne geçilmiştir, örneğin A.B.D.'de kadınlar eğitim almak için tıp fakültelerine 1845'ten itibaren başvurmaya başlasalar da bu okullar kadınları kabul etmeye 1945'te başlamışlardır (Zimmerman ve Hill, 1999:485).

Kadın ve erkeklerin sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeylerinin ekonomik kaynaklar üzerinde sahip oldukları kontrol düzeyi, tıbbi bakımın sunulma düzeyi, bu bakımın ulaşılabilirliği ve ekonomik olarak karşılanabilirliği, sigorta kapsamına girip girmeme, sağlık beklentileri, yardım alma davranışında başkalarının rolleri, cinsiyete dayalı rol ve etkinlikler, karar verme gücünün düzeyi, tedavilerin başarı oranı ve hasta ve hastanın etrafındakilerin sorunu algılayış tarzı gibi bir dizi faktör tarafından belirlendiği (Tolhurst ve Nyongato, 2002, Payne, 2006:55, Helman, 1994:132) ileri sürülmektedir. Dikbayır ve Karaduman (2000) kadınların sağlık hizmeti veren kurumlara ulaşması söz konusu olduğunda bu faktörlere ek olarak yaşanan birimin, algılanan sağlık statüsünün, sağlık sigortasının olup olmamasının, yaşın, eğitimin, kadının kamusal yaşamdaki rolünün, ev içinde sahip olduğu pozisyonun ve mali kaynaklara erişimin de etkili olduğunu belirtmektedir.

Dünya genelinde kadınlar sağlık sigortasına erişim açısından dezavantajlıdır. Ev dışında ücretli bir işte çalışmayan kadınlar eşlerinin ya da babalarının sosyal güvencesini kullanmakta, çalışan kadınlar ise genellikle erkeklere oranla daha düşük ücretle, iş güvencesine ve sosyal güvenceye sahip olmadan çalışmaktadırlar (Östlin vd., 2001; Rees ve Chavkin, 2006:71; Payne, 2006:81).

2008 yılında Türkiye'deki kadınların %16'sı herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almamakta, üstelik bu oran kırsal alanda yaşayan, eğitim ve gelir düzeyi düşük kadınlarda %20'lere, 15-19 yaş grubundaki kadınlarda ise %30'lara yükselmektedir (TNSA, 2009:56). Sağlık bakımına başvurmada gelir, özellikle sistemin özel sigortaya ya da harçlara bağlı olduğu ülkelerde önemli bir faktördür. A.B.D.'de düşük gelir düzeyindeki erkek ve kadınların üçte biri ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişememektedir (Sandman vd., 2000). Bununla birlikte kadınlar sağlık bakımına ulaşmada ekonomik engellerden erkeklerle oranla daha fazla etkilenmektedirler. Xu ve Borders'ın (2003) çalışması, sağlık bakımı almayan erkeklerin daha çok işleri ve zaman ayıramamaları nedeniyle doktora gitmediklerini, kadınların ise daha çok ekonomik nedenlerle doktora gitmediklerini göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde kadınlar sağlık sisteminden erkeklerden daha sık faydalanmakta²⁹, ancak özellikle sağlık bakımının cepten yapılan harcamalara dayandığı gelişmekte olan ülkelerde de kadınlar sağlık hizmetlerine erkeklerden daha az erişmektedirler. Bunun en önemli nedeninin kadınların hanenin ekonomik kaynaklarına erişimlerinin kısıtlı olması ve kadınların formel sağlık bakım hizmetlerine erişimini sınırlandıran sosyal ve kültürel engeller olduğu belirtilmektedir (Akbar Zaidi, 1996; Hanson 1999).

Cepten yapılan sağlık harcamaları Türkiye'de de önemli bir sorundur, Türkiye'de kadınların, doğu bölgesinde ve kırsal alanda yaşayanların, işsizlerin, SSK'lıların ve en düşük gelir diliminde bulunanların daha fazla cepten sağlık harcaması yaptığı bilinmektedir (Başara-Berrak ve Şahin, 2008). Sağlık hizmetlerinin eşitsiz dağılımı bölgesel eşitsizlikler ve cinsiyete dayalı eşitsizliklerle birleştiğinde ekonomik yük en çok yoksulların omuzlarına düşmektedir. Kadınların sağlık hizmeti almasını engelleyen sosyal ve kültürel faktörler ise genellikle bazı gelişmekte olan ülkelerde kadınların toplu taşıma araçlarına tek

²⁹ Yapılan çalışmalar gelişmiş ülkelerde erkeklerin sağlık bakımı kurumlarına sistemin her düzeyinde kadınlara oranla daha seyrek başvurdıklarını (Liang vd., 1999; Wyke vd., 1998; Courtenay, 2000), erkeklerin doktora gitme sıklıklarının, sürekli belirli bir doktora gitme ve sağlık sigortası kapsamına girme oranlarının kadınlara oranla daha düşük olduğunu (Courtenay, 2000; Sandman ve Simantov, 2000) ve hatta kadın doğum servislerindeki muayeneler çıkarıldıktan sonra bile kadınların genel olarak doktorlara danışma ve koruyucu sağlık hizmetleri alma oranlarının erkeklerindeki yüksek olduğunu (Malterud ve Okkes 1998; Wyke vd., 1998; Alt, 2002; O'Brien vd., 2005) göstermektedir.

başına binmelerinin yasak olması (Tanner ve Vlassof, 1998) ya da kadınların muayene olmak ya da tedavi görmek için hanelerindeki erkeklerden izin almalarının gerekmesi (Baghadi, 2005) gibi cinsiyetçi toplumsal zorunluluklardır. Hem cepten yapılan sağlık harcamaları hem de bu sosyal ve kültürel faktörler bazı çalışmalarda ortaya konduğu gibi (Ahmed vd., 2003) kadınların kendi kendilerini tedavi etme, vasıfsız kişilerden sağlık hizmeti alma ve lisanssız ilaç kullanma oranlarının erkeklerinkinden yüksek olmasına neden olmaktadır. Aslan vd. (2006:37) Türkiye’de kadınların formel sağlık hizmetlerinden yararlanmasında da özellikle eğitim düzeyinin ve yaşanan yerin (kır/kent) ve bölgenin (doğu/batı) belirleyici olduğunu belirtmektedir.

Birçok çalışma, sağlık hizmeti verenlerin cinsiyetçi algılara sahip olduklarını, hasta tercihlerinde ve tedavi süreçlerinde bu algının etkisi altında kaldıklarını, kadın hastalara erkekler kadar saygı göstermediklerini, tedavi süreci hakkında erkekleri bilgilendirdikleri kadar kadınları bilgilendirmediklerini (Vera 1993; Pittman ve Hartigan 1996; Vlassoff 1994) ve daha az ilgi gösterip daha özensiz tedaviler uyguladıklarını (Arber vd., 2004) göstermektedir. Bu cinsiyetçilikle geleneksel tedavi yöntemleri arasında bir ilişki kuran Östlin vd. (2001:181), bazı kültürlerde kadınların geleneksel tedavi yöntemlerini tercih etmelerinde bu yöntemleri uygulayanların “kadınları dinlemeye ve içinde bulundukları durumu onlara açıklamaya zaman ayırmalarının” etkili olduğunu ileri sürmektedir. Kadınların formel sağlık hizmeti alma konusunda cesaretlerinin kırılmasında damgalanma ve ayrımcılığın etkisi olduğunu vurgulayan bazı çalışmalar çeşitli hastalık ve belirtilerin kadınlar için kabul edilemez bulunan cinsel davranışlara atfedildiğini, bu nedenle bu hastalık ve belirtilerin tedavilerinin kadınları damgalayıcı özellik taşıyabildiklerini (Tolhurst ve Nyongato, 2002), özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık personelinin kadınlara karşı damgalama ve ayrımcılık içeren davranışlarda bulunduğuna ilişkin çok sayıda kanıt olduğunu (Vlassoff ve Bonilla, 1994) göstermektedir.

Shaw vd. (2000) koroner kalp hastalığında kullanılan bazı teşhis testlerinin erkeklere göre tasarlandığı için kadınlardaki kalp hastalıklarını tanıma oranlarının düşük olduğunu, iskemik kalp hastalarının sağlık personeli tarafından izlenmesi sürecini inceleyen Hippisley-Cox vd. (2001) de kadın

hastaların erkeklere oranla daha az ve yetersiz izlendiğini, erkeklere oranla kadınlarda daha sık görülen hastalıklarla ilgili değerlerin kayıtlarının bile kadınlarda erkeklere oranla daha seyrek tutulduğunu ortaya koymuştur. Benzer çalışmalar kalp hastası olan kadınların erkeklere oranla daha dar kapsamlı bir şekilde değerlendirildiklerini ve tedavi edildiklerini göstermektedir (Wenger 1997; Shaw vd., 2000; Raine vd., 2003). 1990'ların sonunda A.B.D.'deki tıp araştırmalarında katılımcı olanların %85'inin, Kanada'dakilerin ise %95'inin erkek olması ve AIDS'in en sık görüldüğü Afrika kıtasındaki AIDS hastalarının %61'i kadın olduğu halde (DSÖ, 2009) 1985-95 yılları arasında AIDS ile ilgili yapılan araştırmalara katılan deneklerin %6'sından azının kadın olması (Rogers, 2004) tıp araştırmalarında kadının ikincil konumunu gözler önüne sermek için yeterlidir. Her ne kadar sağlığı etkileyen biyo-psiko-sosyal faktörlerin önemi günümüzde fark edilmiş olsa da, tıbbi eğitim ve araştırmadaki cinsiyetçi yaklaşım devam etmekte, bu cinsiyetçi yaklaşımın doğal bir sonucu olarak da teşhis ve tedavi amacıyla geliştirilen test ve araçlar kadınlardan çok erkeklere uygun olmaktadır (Clarke, 2003; Inhorn ve Whittle, 2001).

Bir toplumda cinsiyet eşitliğinin sağlanmasının sağlığa ilişkin yaşam kalitesinde ve yaşam süresinde görülen cinsiyet eşitsizliklerinin azaltılmasıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Backhans vd., 2007). Kadınlar genel olarak sağlığa bağlı yaşam kalitesi (Burström vd., 2001), öznel sağlık şikayetleri (Torsheim vd., 2006) ve algılanan sağlık statüleri (Hemström, 2005) açısından erkeklerden daha kötü durumdadırlar. Bununla birlikte, birçok hastalıkla ilgili verilerde kadın ve erkekler arasında görülen önemli farklılıklara rağmen algılanan sağlık statüsü açısından özellikle gelişmiş ülkelerde kadınlar ve erkekler arasında tutarlı bir farklılık olmadığı ileri sürülmektedir (MacIntyre vd., 1996; Annandale, 1998). MacIntyre vd. (1996:617) de "erkek ve kadınların ölüm oranları arasındaki farklılıkların aşırı vurgulanmasının toplumsal cinsiyet ve sağlık arasındaki ilişkiyi aşırı basitleştireceğini" ileri sürmektedir. Benzer bir tehlikeye değinen Annandale (2007) de kadınların hastalık oranlarının yüksekliğinin evrensel bir olgudan çok kadınların ve erkeklerin yaşamlarının değişen bağlamlarının karmaşıklığına bağlı olabileceğine dikkat çekmektedir. Annandale (1998:146) bazı hastalıklarda erkeklerin hastalık oranlarının kadınlardan daha yüksek olduğunu belirtmekte,

sadece belirli hastalıklara ilişkin verileri bütün hastalıklara genellemekten ve verileri kadınların erkeklerden daha hasta olduğu yönüne doğru yorumlamaktan kaçınmamız gerektiğini vurgulamaktadır.

Türkiye’de sağlıktaki cinsiyet eşitsizliklerine ilişkin bazı çalışmalar nispeten iyimser bir pozisyon benimsemektedirler. Örneğin Özçelik- Adak’a (2002:164) göre “sağlık alanında toplumsal cinsiyetle ilgili bir yanlılık ve eşitsizlik, Türkiye’de yaygın olarak gözlenen bir olgu değildir. Hem kadınlar, hem de erkekler kötü sağlık koşullarından etkilenmektedir; ancak, kadın bunu farklı yaşamaktadır”. Erengin ve Dedeoğlu (1998) ise cinsiyete ilişkin farklılıkların sosyal ya da çevresel nedenlerden değil, cinsler arasındaki biyolojik farklılıktan kaynaklandıklarını, bu nedenle eşitsizlik gibi değerlendirilemeyeceklerini belirterek toplumsal cinsiyet sorununu biyolojik farklılıklara indirgemektedir. Ancak bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık sadece kapitalizm bağlamında çalışma ve yaşama koşulları üzerinden değil, ataerkinin yarattığı fiziksel, zihinsel ve duygusal zararlar üzerinden de etkilenmekte ve bunun sonucunda genel olarak kadınların sağlığı erkeklerinkinden daha kötü olma eğilimi taşımaktadır. Akadlı vd. (2002:8) de Türkiye’nin 1965 yılında pronatalist (yüksek doğurganlığı teşvik edici) politikasını resmen terk etmesiyle birlikte istenmeyen gebeliğin sonlandırılması da dahil, üreme sağlığı bakımından sağlanan hizmetlerde bir gelişme kaydedildiğini, ancak kültürel faktörler ve cinsiyete dayalı ayrımcılığın, üreme haklarının kullanılmasında, bölgelere göre farklı düzeylerde zorluklar yaratmaya devam etmekte olduğunu belirtmektedir.

Cinsiyete dayalı eşitsizlikler kadınların sadece doğrudan sağlığını değil, eğitime erişme olanaklarını, istihdam edilme düzeylerini, aldıkları ücret ve terfileri, siyasete katılım oranlarını etkilemekte, bunların hepsi de bu çalışmada yer alan çeşitli referanslar üzerinden gösterildiği üzere sağlığı etkilemektedir. Feodal yapının tamamen çözülmediği ve ataerkinin zaman zaman kapitalizmle, zaman zaman da tıpla işbirliği içinde hem formel hem de enformel yollardan kadınları baskı altında tuttuğu Türkiye’de sağlıkta cinsiyete dayalı eşitsizliklerin yapısal bir desen izlemediğini düşünmek naif bir bakış açısı olacaktır. Türkiye’de kadınların eğitimlerine devam etme, nitelikli işgücü olarak çalışma, siyasal olarak temsil edilme olanakları sınırlıdır, kadınlar küçük yaşlarda evlendirilerek

baba evinden koca evine gönderilmekte, rolleri de çok zaman ev içindeki cinsiyete dayalı rollerle ya da tarım sektöründe olduğu gibi ücretsiz aile işçisi rolüyle sınırlandırılmaktadır.

Kadın sağlığını birçok açıdan olumsuz etkileyen bu faktörlerin yanı sıra Türkiye'de kadınlar hâlâ şiddetin çeşitli türlerine maruz kalmakta, namus cinayetlerine kurban gitmekte, tecavüze uğradıktan sonra intihar etmeleri beklenmektedir. Bu çerçevede Türkiye'de sağlık alanında (da) yapısal cinsiyet eşitsizliklerinin olduğu varsayımsal olarak kabul edilebilir bir gerçektir, yapılması gereken daha çok alan araştırması ile bu eşitsizliklerin yapısını ve işleyişini ortaya çıkarmak, incelemek ve cinsiyete dayalı eşitsizliklerin azaltılması için çözüm önerileri üretmektir.

1.1.2.3. Bölgesel eşitsizlikler ve sağlık

Sağlık göstergeleri açısından dünyanın çeşitli bölgeleri arasında, bu bölgelerin içindeki ülkeler arasında ve ülkeler içinde kırsal ve kentsel alanlar arasında farklılıklar gözlenmektedir. Bununla birlikte, bu eşitsizlikleri coğrafi ya da mekansal eşitsizlikler olarak değerlendirmemek, diğer sosyal ve ekonomik değişkenlerle birlikte değerlendirmek, başka bir deyişle bölgesel eşitsizlikleri ekonomik ve sosyal eşitsizliklerin bölgelere ve mekanlara yansımaları şeklinde görmek daha açıklayıcı olacaktır.

1.1.2.3.1. Gelişmiş ve azgelişmiş coğrafi bölgeler arasındaki farklılıklar

Bölgeler ve ülkeler düzeyinde görülen eşitsizlikler ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, kişi başına düşen GSMH, GINI katsayısı, nüfusun okuryazarlık oranı, eğitim düzeyi, yönetim şekli gibi çeşitli faktörlerin bir bileşimi olarak değerlendirilebilir. Bui ve Markle (2007:33), alt ve orta gelir grubundaki ülkelerin dünya nüfusunun %85'ini oluşturduğunu, dünyadaki toplam hastalık yükünün de %92'sine sahip olduklarını vurgulamaktadır. Bununla birlikte, DSÖ (2002) dünyada yapılan sağlık araştırmalarına ve sağlık iyileştirmelerine yapılan harcamaların sadece %10'unun dünyanın en yoksul %90'ının sağlığının iyileştirmesini hedeflediğini göstermektedir.

Gelişmiş ülkelerin 19. yüzyıldaki sağlık koşulları, bugün gelişmekte olan ülkelerin çoğunda sürmektedir (Atav, 2001:1). Gelişmekte olan ülkelerdeki nüfusun yaklaşık olarak %80'i kişisel sağlık hizmetlerine erişimden yoksundur, bebeklerin ve dört yaşa kadar olan çocukların ölüm oranları, gelişmiş ülkelerdeki oranların 10 ila 20 katıdır. Dünyanın en yoksul bölgelerinde, bütün çocukların dörtte biri yaşamlarının ilk yılında ölmektedirler (Roemer, 1993), önlenabilir ölümlerin sayısı, azgelişmişlik dünyasında her yıl 20 nükleer bombanın sessizce patlamasına eşittir (Navarro, 1984). Azgelişmiş ülkelerle gelişmiş ülkeler arasında hem ölüm ve hastalık oranlarının artmasına neden olan temel önlenabilir riskler arasında sayılan düşük kilolu doğum, güvenli su ve kanalizasyon yetersizliği gibi faktörler hem de kişi başına düşen sağlık personeli ve hastane sayısı gibi sağlık bakımıyla ilgili faktörler açısından büyük farklılıklar görülmektedir (DSÖ, 2009:83,95).

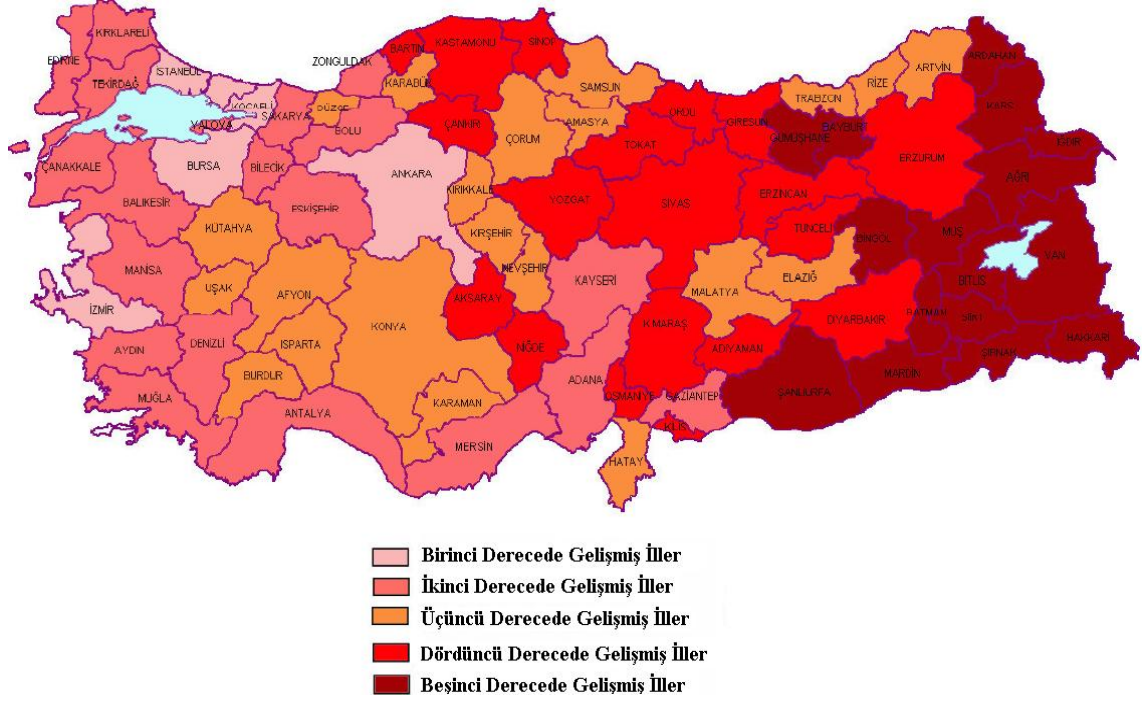
Gelişmekte olan 30 ülkede yapılan çalışmalar seçilen ilaçların devlet sektöründe ancak üçte biri kadarına, özel sektörde ise ancak üçte ikisi kadarına erişilebildiğini ve ilaç fiyatlarının da uluslar arası referans fiyatlarının %250-650 katı olduğunu ortaya koymuştur (DSÖ, 2009:95). 1995 yılında imzalanan ve Dünya Ticaret Örgütü'nün bütün üyeleri için bağlayıcı olan TRIPS (Trade-Related Intellectual Property Rights, Fikri Mülkiyetin Ticari Yönleri) anlaşması, patentli ilaçların, hatta ilaç hammaddesi olarak kullanılabilecek olan bitkilerin üretim, satış, ithal ve kullanımını hak (patent) sahibine veren, böylece birinci dünya ülkelerinde üretilen ilaçların üçüncü dünya ülkelerinde daha düşük maliyetle üretilip satılmasını, neo-liberal tabirle "haksız rekabeti" engelleyen bir fikri hakları koruma anlaşmasıdır (Yavaş, 2007). İngiltere, ABD, Fransa ve Almanya gibi gelişmiş ekonomilere sahip ülkeler fikri mülkiyet haklarının daha sıkı bir şekilde korunmasını desteklemektedirler, çünkü patentlerin büyük çoğunluğu gelişmiş ülkelerin elindedir, üçüncü dünya ülkelerinin vatandaşlarının sahip olduğu patentler toplam patentlerin %0,75'idir (Yüksel, 2002).

TRIPS'e karşı gelen ve kendi ülkelerinde kendi gereksinimlerini karşılamak için eşdeğer (muadil) ilaç üretimini yasal kılan Brezilya ve Hindistan, ilaçları Batı ülkelerindeki fiyatlarının kırkta biri düzeyinde bir maliyetle sunmuş, diğer azgelişmiş ülkelerin ilaçları bu ülkelere almaya çalışmaları nedeniyle bu

durum ortaya çıkmış ve çok sayıda çokuluslu ilaç şirketi yasal yollarla bu alımı durdurmaya çalışmış (Badur, 2009), yani ülkelerin birbirlerine yardım etme yolunu tıkamıştır. Doha'da 2001 yılında yapılan bir toplantıda ülkelerin TRIP dahilince ilaç üretebilmeleri için uygun bir esneklik sağlanmaya çalışılmış, Brezilya gibi ülkelerin durumu yasallaştırılmış, ancak ülkelerin eşdeğer ilaçları üreten ülkelere ilaç satın almasıyla ilgili yasaklar kaldırılmamıştır. Bununla birlikte Doha deklarasyonu TRIPS anlaşmasını iyileştirmede için yetersiz bulunmakta, kaç ülkenin TRIPS koşulları ve insan hakları gerekliliklerini aynı anda yerine getirebildiğinin incelenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Cullet, 2003:155). Özellikle Hindistan gibi TRIPS'e uymayan ülkelere bile çok az sayıda insanın ilaca erişebildiği, birçoğunun ilaca erişmek için cebinden ödeme yapmak zorunda kaldığı dikkate alınarak TRIPS'in ilaç erişiminin kolaylaştırılması ilkesini istisnai olarak görmemesi, buna odaklanması gerektiği savunulmaktadır (Cullet, 2003:156).

Kısacası bilim ve sermaye arasındaki yakın ilişki milyonlarca insanın yaşamına mal olmakta, bu durum özellikle gelişmiş ülkelere ilacın ve sağlığın bir insan hakkı değil, bir mal olarak görüldüğünü ve bu malla elde edilecek kâr güdüsünün ilaca erişemediği için ölen milyonlarca insanın yaşamından daha önemli kabul edildiğini göstermektedir. Diğer taraftan 1955 yılında çocuk felci aşısını bulan, ama patentini almayan Doktor Jonas Edward Salk'ın bir televizyon programında patentin kime ait olduğu sorusuna verdiği "Patenti yok. Güneşin patentini alabilir misiniz?" yanıtı (Littley, 2006:10) aksinin de mümkün olabildiğini göstermektedir.

Türkiye'de de bölgeler arasında gelişmişlik açısından önemli farklılıklar bulunmakta ve bu durum sağlığa yansımaktadır. Şekil 2'de görüldüğü gibi, Türkiye'de bölgeler arası eşitsizlik, kısmen coğrafi bölgelerle örtüşmektedir.



Şekil 2: Sosyal ve Ekonomik Gelişmişlik Düzeyine Göre İller.

Kaynak: Dinçer vd. (2003:72)

Türkiye’de en yüksek gelirli %20’lik hane halkı diliminin gelirden aldığı payın en yüksek olduğu bölge Marmara Bölgesidir, temel gereksinimler açısından yoksulluk oranları bölgelere göre incelendiğinde de en yoksul bölgenin %37 yoksul oranı ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi olduğu, onu %34 yoksul oranı ile Karadeniz Bölgesinin ve %33 yoksul oranı ile Doğu Anadolu Bölgesinin izlediği (DPT, 2001: 138) görülmektedir. Şekil 2’de görülen en gelişmiş iller grubunun Gayri Safi Yurtiçi Hasıladan aldığı pay (%45,9), en az gelişmiş iller grubunun (%3,9) yaklaşık 15 katıdır. En az gelişmiş bölgede ortalama hane büyüklüğü, en gelişmiş bölgenin neredeyse iki ve doğurganlık hızı da 2,5 katıdır (Dinçer vd., 2003:73). Bununla birlikte nüfus yoğunluğu gelişmiş bölgelerde daha fazladır. Bu durumun en önemli nedenlerinden birinin iç göç olduğu söylenebilir. Gelişmişlik düzeyinin önemli göstergelerinden biri olan ve sağlık üzerinde de önemli etkilere sahip olan eğitim, en basit şekliyle okuryazarlık üzerinden incelendiğinde en gelişmiş bölge ile en az gelişmiş bölge arasında yaklaşık %22’lik bir fark olduğu görülmektedir. Kadınların okuryazarlığına ilişkin rakamlar ise daha olumsuzdur. En az gelişmiş bölgede yaşayan kadınların ancak

%56,3'ü, en gelişmiş bölgedeki kadınların ise %88'i okuryazardır (Dinçer vd., 2003:73). Kişi başına düşen doktor ve hastane yatağı sayısı da diğer göstergeler gibi gelişmişlik düzeylerine göre önemli farklılıklar taşımaktadır. En az gelişmiş bölgede on bin kişiye 4 doktor düşerken en gelişmiş bölgedeki rakam bunun 5,5 katıdır. En az gelişmiş bölgede kişi başına 3,9 hastane yatağı düşerken bu rakam da en gelişmiş bölgede 3,3 kat daha fazladır (Dinçer vd., 2003:73).

Türkiye'de 2000-2004 yılları arasında coğrafi bölgelere göre bazı hastalıkların görülme sıklığı incelendiğinde Tifo vakası sayısının Marmara Bölgesi'nde 307, Ege Bölgesi'nde 244, Akdeniz Bölgesi'nde 1,871, İç Anadolu Bölgesi'nde 122, Karadeniz Bölgesi'nde 17, Doğu Anadolu Bölgesi'nde 704 ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 20,663 olduğu görülmektedir (Hamzaoğlu ve Özcan, 2006:54-55). Birçok diğer hastalıkta da benzer bir tablo görülmekte, sağlık kurumları açısından bakıldığında da en çok sağlık kurumu sayısının Marmara (334) ve İç Anadolu (212) bölgelerinde yoğunlaştığı, bunları Karadeniz (178), Ege (163), Akdeniz (117) ve Doğu Anadolu (104) Bölgelerinin izlediği, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin (67) ise son sırada yer aldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005). Özel hastane yatakları da zengin bölgelerde yoğunlaşmaktadır, Türkiye'nin toplam GSYİH'nın %70'ne sahip olan 18 il, toplam özel hastanelerin %98'ine, özel hastane yataklarının da %92'sine sahiptir (Soyer vd.2007:27).

Yeşil Kartlı nüfus yoğunluğunun bölgelere göre dağılımı incelendiğinde bu dağılımın genel ekonomik göstergelerle benzeştiği görülmektedir. Ağırlıklı olarak Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde bulunan illerde nüfusun yaklaşık %30'undan fazlasının, Orta ve Doğu Karadeniz Bölgeleri ve Akdeniz Bölgesi'nin doğusunda da %20-29'unun Yeşil Kartlı olduğu görülmekte, diğer bölgelerde bu oran azalmaktadır (Soyer vd., 2007:25). Yeşil Kartlıların sayısının bazı bölgelerde yoğunlaşması, yoksulluğun bu bölgelerde yoğunlaşmasının bir sonucudur. Yaklaşık her beş kişiden birinin Yeşil Kartlı olduğu Türkiye'de bazı illerde bu oran onda yediye ulaşmakta, Bingöl'de nüfusun % 68,5'i, Siirt'te %60,1'i, Ağrı ve Hakkari'de %58,7'si, Van'da %57,5'i, Batman'da %56'sı sağlık hizmetlerine Yeşil Kartla erişmektedir (Soyer vd., 2007:25).

1.1.2.3.2. Kırsal ve kentsel bölgeler arasındaki farklılıklar

Bölgesel farklılıkların dışında, ülkelerin kendi içindeki sağlık eşitsizlikleri de oldukça çarpıcıdır. Bu farklılıklar, kırsal ve kentsel alanlardaki sosyal ve ekonomik farklılıkların sonuçlarıdır. Özellikle orta-gelir düzeyindeki kentlerde yaşayan eğitimli nüfusun sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ve sağlık statüleri kırsal alanlarda yaşayanlarınkinden daha iyidir, endüstrileşmiş ülkelerin profillerine yakındır. Kırsal ve yarı kentsel (peri-urban) alanlardaki yoksulların durumu ise düşük gelirli ülkelerdeki nüfusun profiline benzemektedir (Atav, 2001:1).

Kırsal ve kentsel alanlardaki sağlık profilleri arasındaki farklılık, kentleşmenin getirdiği çevresel, sosyal, ekonomik ve kültürel değişimlerle ilişkilidir. 1980'lerin ortalarında uluslar arası halk sağlığının bir alt disiplini olarak gelişen ve sosyal sermaye, yerelleşmenin sağlık sektöründeki yansımaları, yoksulluk gibi kavramlar üzerinde yoğunlaşan “Kent sağlığı” (urban health) disiplini, sağlık problemlerinin sadece sağlık hizmetleri aracılığıyla çözülemeyeceğini, çözüm için çeşitli sektörlerin işbirliği yaparak verilere dayanan politikalar geliştirilmesi gerektiğini vurgulayan çalışmaların ağırlıkta olduğu bir disiplindir (Harpham ve Molyneux, 2001:113). Bu çerçevede kent sağlığı modelinin değiştiği, fiziksel çevreyi, bulaşıcı hastalıkları, kırsal-kentsel ayrımını ve kamu sektörünü vurgulayan eski modelin yerini sosyal ve ekonomik faktörleri, akut ve kronik hastalıkları, nüfusun bütünü ve geleneksel ve modern kurumların ortaklığını vurgulayan, sağlıkta merkezsizleşmenin, reformun ve sosyal içerikli müdahalelerin ön plana çıktığı ve sağlık eşitsizliklerine çok disiplinli yaklaşımların değer kazandığı yeni bir epidemiyolojik modelin geliştiği belirtilmektedir (Harpham ve Molyneux, 2001:114).

Kentlerde bir yandan aşılama ve uygun sağlık bakım hizmetlerine ulaşabilme sayesinde bulaşıcı hastalık ve çocuk ölüm oranları düşmekte (Taylor, 1993; Bockerhoff, 1995; Bockerhof ve Brennan, 1998), diğer taraftan bulaşıcı olmayan hastalıklar, sosyal istikrarsızlıkla ilgili hastalıklar (Feachem vd., 1990) depresyon, trafik kazaları, kalp hastalığı, intihar, cinayet ve savaş (DSÖ, 1996; Zwi vd., 1996:593) önem kazanmaktadır. Kent sorunları, gelişmekte olan

lkelerde sağlık açısından önemli riskler yaratmaktadır. Hızlı kentleşme, trafik ve iş kazaları, kazara zehirlenme ve evre kirlenmesi gibi yeni sağlık sorunlarını ortaya çıkarmaktadır.

Kentsel alanlardaki kötü yaşam koşullarına gönderme yapan “kent cezası” (urban penalty) kavramı, kentlerde yoksul insanların yoğun olarak bulunduğu ve kentleşmeden kaynaklanan sağlıksız çevrelerde, özellikle kentlerin i bölgelerinde yaşamanın bu insanların sağlıklarının kötüleşmesine ve sağlık alanında eşitsizliklerin meydana gelmesine neden olduğu şeklinde özetlenebilir (Vlahov vd., 2005, 2007). Kavram, on dokuzuncu yüzyılda İngiltere’de ölüm oranlarının, özellikle de verem hastalığına bağlı ölüm oranlarının kırsal alanlara oranla kentsel alanlarda çok daha yüksek olduğunun ortaya konması sonucunda geliştirilmiştir (Kearns, 1988). Yapılan alışmalar çeşitli sağlık göstergelerinin kırsal alanlara oranla kentsel alanlarda daha kötü olduğunu göstererek (Brockhoff ve Brennan, 1998; Gould, 1988; Mbizvo vd., 1993; Fawcus vd., 1996) kent cezası hipotezini doğrular nitelikte veriler sunmakta, kentlerde özellikle HIV/AIDS’in (Boerma vd., 1999) ve veremin (Harpham ve Molyneux, 2001) nemli bir risk faktörü olduğuna dikkat çekmektedir. Veremin eğitim, işsizlik ve hane halkının refah ve mahrumiyet düzeyleri ile ilişkili olduğu, beden kitle indeksi, sigara ve alkol tüketimi gibi davranışsal ve demografik faktörler sabit tutulduktan sonra bile sosyal ve ekonomik statü göstergeleri ile ilişkili olmaya devam ettiği (Harling vd., 2008) dikkate alındığında sadece kentlerde değil, eğitim ve gelir oranlarının düşük, işsizlik oranlarının yüksek olduğu tüm bölgeler için tehdit olduğu açıktır, bununla birlikte Türkiye’de de önceleri tüberküloz daha çok kırsal alanda görülürken (kır/kent oranı 75/55), 1997 itibarıyla daha çok kentlerde görülmeye başlandığı (kır/kent oranı 35/65) belirtilmektedir (alışır, 2010:15).

Bununla birlikte bazı çalışmalar da kent cezası kavramının sınırlı olduğunu, kentlerde yaşamanın sağlık üzerindeki olumlu etkilerini görmezden gelmeye neden olduğunu (Vlahov vd., 2005; 2007) ve sağlık hizmetlerinden faydalanma oranlarının kırsal ve kentsel alanlarda çok farklı olmadığını (Eberhardt vd., 2001) ortaya koymuşlardır. Kentsel alanlarda toplumsal bağlılığın ve sosyal desteğin kırsal alanlara oranla daha yüksek düzeyde görüldüğünü (Ekblad,

1993; Fuller vd., 1993) ve kentsel yoksul bölgelerde toplu taşıma araçlarını kullanmamanın sağlığı olumlu etkilediğini (Owen vd., 2004) ortaya koyan çalışmalar, bu konuda daha olumlu görüşlere zemin hazırlamıştır.

Vlahov vd. (2005) her kentte olumlu ve olumsuz yönler olmakla birlikte genel olarak kentlerde kırsal alanlara oranla avantajların fazla olduğunu, bu nedenle kent cezası yerine 'kent avantajı' kavramının kullanılması gerektiğini ileri sürmüştür. Kentlerin bazı açılardan avantajları oldukça açıktır, örneğin bütün ülkelerin yarısında çocuk ölüm oranları kentsel alanlarda kırsal alanlara oranla 1,4 kat daha az, ülkelerin %64'ünde doğumların vasıflı personel kontrolünde yapılma oranı, kentsel alanlarda kırsal alanlardan %20 daha fazladır (DSÖ, 2009: 119). Kalp, hipertansiyon ve şeker gibi hastalıkların kentsel alanlarda kırsal alanlara oranla daha yüksek düzeyde görüldüğü çeşitli çalışmalarda (Chadha vd., 1997; Mitra, 2007; Wenying vd., 2010) ortaya konmuştur. Moore vd. (2003) ise kentlerin sağlık üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini bir arada değerlendirmiş, bir yandan kentlerin istihdam, eğitim, tıbbi bakım ve kültürel çeşitlilik gibi avantajlarını vurgulamış, diğer yandan da kötü barınma koşulları, kalabalık, hava ve su kirliliği, katı ve endüstriyel atıklar, yetersiz hijyen, işsizlik ve yoksulluğa bağlı stres gibi olumsuz yönlerine dikkat çekmiştir.

Bunlara ek olarak bazı çalışmalar (Gartner vd., 2008; O'Reilly vd., 2007) kentsel alanlarda ölüm oranının kırsal alandakinden daha yüksek olduğunu ortaya koymakta, ancak mahrumiyet (Gartner vd., 2008) ve toplumsal sınıf (O'Reilly vd., 2007) sabit tutulduğunda kentsel ve kırsal bölgeler arasında anlamlı bir fark kalmadığını belirtmektedirler. Ölüm ve hastalık oranları mahrumiyet düzeyi yüksek kentsel bölgelerde en yüksek, refah düzeyi yüksek kırsal bölgelerde de en düşük düzeye ulaşmaktadır (Barnett vd., 2001). Yapılan çeşitli çalışmalar kırsal ve kentsel alanda yaşama ve sağlık arasındaki ilişkinin düşünüldüğü kadar güçlü olmadığını, bu ilişkiye odaklanmanın sağlığı etkileyen mahrumiyet gibi faktörleri gözden kaçırmaya neden olduğunu (Asthana, 2006) göstermekte, ayrıca ekonomik olarak avantajlı olanların kırsal alanlara taşınmasıyla birlikte kırsal alanların yapısının değiştiği (Joseph Rowntree Foundation, 2000) ve kentlerin içindeki sosyal ve ekonomik gruplar arasındaki farklılıkların, kırsal ve kentsel alanlar arasındaki farklılıklardan daha büyük olduğu (Haddad vd., 1999)

vurgulanmaktadır. Kent yoksulları hem eski hem de yeni epidemiyolojik modellerin yükünü taşımakta, 'her iki dünyanın en kötüsü' durumuna düşmektedirler (Harpham ve Molyneux, 2001:122). Bu sonuçlar, kırsal ve kentsel alanlarda farklılaşan hastalık oranlarının da diğer toplumsal eşitsizlik biçimleriyle birlikte işlediğini, dolayısıyla sınıf, gelir, meslek, cinsiyet gibi başka değişkenlerin etkisi incelenmeden sadece kırsal veya kentsel alanlardaki eşitsizlikleri ölçmenin istatistiksel bir betimlemeden öteye geçemeyeceğini göstermektedir.

Türkiye'de kırsal bölgelerin pek çok açıdan dezavantajlı olduğu söylenebilir. Kırsal alanlarda yoksulluk kentsel alanlardan daha yoğundur. Kırsal alanlarda yaşayanlarda 2006 yılında % 31.98 olan yoksulluk oranı 2007 yılında %32.18'e, kentsel alanlarda yaşayanların yoksulluk oranı da %9.31'den %10.61'e yükselmiştir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=2080>). Kırsal alanlarda yetersiz beslenme kentsel alanlara göre daha fazla görülmektedir (Köksal, 1977, Tönük, 1987). Kırsal kesimde yaşayanların sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadığı ve sağlık sorunu olanların hepsinin sağlık kurumlarına başvurmadığı (Kızılçelik, 1996a; Bodur ve Kurt, 1997) belirtilmektedir. Türkiye'de 2008 yılı itibariyle nüfusun %92,3'ü iyileştirilmiş temiz su kaynaklarına ulaşsa da (TNSA, 2009:33) 2003 yılı itibariyle kırsal alanlardaki hanelerin yaklaşık yarısının şebeke suyunun kaynağının ırmak, dere ya da diğer yüzey suları olduğu bilinmektedir (TNSA, 2004:2). Hastalık oranları incelendiğinde bazı hastalıkların kırsal alanlarda daha sık görüldüğü, bel bölgesi kas iskelet problemlerinin kentsel alanlarda %20,6, kırsal alanlarda %27,3; romatizmal eklem hastalıklarının kentsel alanlarda %15, kırsal alanlarda %23,1; ülserin kentsel alanlarda %13,8, kırsal alanlarda %18,7; migren ve benzeri şiddetli baş ağrılarının kentsel alanlarda %14, kırsal alanlarda %18,3 ve hipertansiyonun kentsel alanlarda %13,6 ve kırsal alanlarda %17,5 olduğu görülmektedir (TÜİK, 2008).

Cinsiyete dayalı eşitsizlikler de bölgesel eşitsizliklerle kesişmektedir, kentli kadınlar kırdaki yaşayan kadınlardan 1,5 yıl daha geç evlenme eğilimindedir, bölgesel olarak da evlenme yaşının en düşük olduğu bölge Doğu Anadolu ve Orta Anadolu Bölgeleridir (TNSA 2009:112-113). Bebek ölüm hızı da bölgelere

ve yerleşim yerine göre farklılık göstermektedir, 1978 yılında kırsal alanda 146, kentsel alanda 119 olan bebek ölüm hızı 2008 yılında kırsal alanda 33'e, kentsel alanda 22'ye gerilemiştir (Soyer vd., 2007:14), iyileşme çok belirgin olmakla birlikte kırsal alanlardaki bebek ölüm hızı, hâlâ kentsel alanlardaki bebek ölüm hızından fazladır. Doğum öncesi tıbbi bakım alma oranları ve doğumun sağlık kurumlarında yapılma olasılığı kentsel alanlarda kırsal alanlara oranla, Batı ve İç Anadolu Bölgelerinde ise diğer bölgelere oranla daha yüksektir (TNSA, 2004:16). Sağlık personeli olmadan yapılan doğumlar kırsal alanda %30,6, kentsel alanda %9,5; doğum öncesi tıbbi bakım alanlar kırsal alanda %57,7, kentsel alanda %83,5'tür. Bölgeler açısından bakıldığında da Sağlık personeli olmadan yapılan doğumlar en yüksek oranda Doğu bölgesinde (%40), en düşük oranda Batı bölgesinde (%8,6) görülmekte, doğum öncesi tıbbi bakım en yüksek oranda Batı bölgesinde (%85,8), en düşük oranda Doğu bölgesinde (%57) alınmaktadır (Soyer vd.2007:16).

Türkiye'de beslenme bozukluğu azalma eğilimi gösterse de coğrafi bölgeler ve kırsal ve kentsel alanlar arasındaki eşitsizlik devam etmektedir. 1993 yılında beş yaş altı çocukların kırsal alanlarda %25,2'si, kentsel alanlarda %14,8'i boy açısından beslenme bozukluğu yaşamış, bu oranlar 2003 yılında kırsal alanda %28,4'e, kentsel alanda %9'a gerilemiş, ancak aradaki fark azalmamıştır (Soyer vd., 2007:16).

Bu veriler, sağlık eşitsizliklerinin diğer toplumsal eşitsizliklerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu açıdan Türkiye'de sağlık durumunun diğer toplumsal eşitsizliklerin gösterdiği deseni izlemekte olduğu söylenebilir. Doğu Anadolu bölgesi başta olmak üzere belirli bölgelerde yoğunlaşan sağlık sorunları, bu bölgelerde Avrupa'da artık görülmeyen bazı hastalıkların hâlâ görülüyor olması, beslenme bozukluklarının ve bebek ölüm hızının bu bölgelerde yüksek seyretmesi, bu bölgelerdeki düşük gelişmişlik düzeyinden, eğitimsizlikten ve feodal ve ataerkil yapıdan bağımsız olarak açıklanamaz. Türkiye'de kırsal alanlarda yaşam koşulları birçok açıdan kentsel alanlardan daha kötüdür. Bir yandan eğitimsizlik, düşük gelir düzeyi, buna bağlı olarak sigorta primlerini ödemedeki zorluklar, ücretsiz ya da mevsimlik olarak tarım işçiliği yapmanın getirdiği enformellik ve kötü çalışma koşulları, kentteki gelişmiş sağlık

hizmetlerinden yoksunlukla birleştğinde sağlık statüsünün kırsal alanlarda kentlere oranla daha kötü olmasına neden olmaktadır. Türkiye’de kırsal alanlardaki yaşam, bazı çalışmaların (Joseph Rowntree Foundation, 2000) sunduğu pastoral-iyimser tabloya uymamaktadır. Bölgesel ve kırsal- kentsel eşitsizliklere ilişkin veriler, bütün toplumsal eşitsizliklerin bölgesel ve mekansal eşitsizliklerde somutlaştığını göstermektedir. Bölgesel açıdan bakıldığında Türkiye’de en kötü sağlık statüsüne sahip olanların Doğu Anadolu bölgesinde kırsal alanlarda yaşayan düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip kadınlar olduğu söylenebilir. Bu sağlık statüsüne eşit olabilecek ya da daha kötüleştirebilecek bir diğer etken de göç etkenidir, bu da etnik duruma dayalı eşitsizlikler bölümünde incelenecektir.

1.1.2.4. Eğitim eşitsizlikleri ve sağlık

Sosyal ve ekonomik statü ve sağlık arasındaki ilişkinin önemli bir boyutu da eğitimidir. Eğitim (formel ve enformel anlamıyla), kültürel sermayenin (Bourdieu, 1986) temelidir. Kültürel sermaye (Bourdieu, 1986) hem formel eğitim yoluyla hem de toplumsallaşma yoluyla edinilen yüksek kültüre ait bilgi birikiminin bütünüdür. Bourdieu’ya göre (1974:327) resmi eğitim düzeyi, insanların doğduğu ve yaşadığı yerin büyüklüğü ve kültürel etkinliklere katılma sıklığı gibi bir dizi değişkenle yaratılacak bir indeks aracılığıyla ölçülebilir. Arun (2009) yaptığı analizde Türkiye’de kültürel sermayenin nesilden nesile aktarıldığını ve sınıfsal pozisyonla paralel bir seyir izlediğini ortaya koymaktadır. Ekonomik sermaye gibi kültürel sermaye de toplumda bir eşitsizlik yaratmakta ve toplumsal tabakalaşmayı yeniden üretmektedir (Arun, 2009:79). Kültürel sermayenin zemini olarak eğitim sağlık eşitsizliklerine ilişkin tartışmalarda önemli bir yere sahiptir.

Mirowsky ve Ross (2005a:59; 2005b:209) A.B.D.’de sosyal statü ile sağlık arasındaki ilişkide eğitimin gelirden, meslekten ve sınıftan daha önemli olduğunu belirtmekte, sosyal statü ve sağlık arasındaki ilişkinin büyük ölçüde eğitime atfedilebileceğini, sağlığın bireysel etkililiği güçlendirmesinin, bireylere ekonomik, mesleki ve sosyal avantajlar kazandırmasının temel nedenin eğitim

olduğunu ileri sürmekte ve eğitimin sağlık üzerinde yaşam boyu süren kümülatif bir etkiye sahip olduğunu savunmaktadır.

Formel eğitim görmek, toplumsal olarak değer verilen kazanımlar sağlamak amacıyla kullanılabilecek bir kaynağa yapılan zaman ve emek yatırımı olarak görülmekte ve bireylerin beşeri sermayeye sahip olabilmelerinin temel bir yolu olarak kabul edilmektedir (Becker 1993). İnsan sermayesi (beşeri sermaye) teorisi, daha yüksek düzeyde eğitimin daha fazla ve daha iyi istihdam fırsatları sağladığını, daha fazla ekonomik kaynağa ve sosyal ağa ulaşımı mümkün kıldığını, toplumsal hareketliliği hızlandırdığını ve fazla risk alınmayan ve daha iyi beslenen yaşam tarzları geliştirmede etkili olduğunu ileri sürmektedir (Ross ve Wu 1995) ki bu sonuçların hepsi daha iyi sağlık anlamına gelmektedir.

Eğitim ve sağlık statüsü arasındaki ilişki hakkındaki araştırmaların çoğu eğitim düzeyi ile sağlık statüsü arasında olumlu bir ilişki olduğunu (Walton ve Takeuchi, 2005:3; Ross ve Wu, 1995), eğitim görülen süre arttıkça hastalık ve ölüm oranlarının düştüğünü (Arber, 1993; House vd., 1994) olumlu sağlık davranışları gösterme sıklığının arttığını (Leigh, 1983) ve algılanan sağlık statüsünün yükseldiğini (Bratsberg ve Ragan 2002; Banks vd., 2007; Pappas vd., 1993; Mackenbach vd., 2008) ortaya koymaktadır. Birçok çalışmada eğitim ile algılanan sağlık statüsü (Ross ve Wu, 1995; Moore vd., 2002; Cutler vd., 2008) ve kalp hastalıkları (Winkleby, 1992; Davey-Smith vd., 1998) arasında, etkili olabilecek diğer değişkenler kontrol edildiğinde bile gözlenen doğrudan bir ilişki olduğu ortaya konmuştur. Bununla birlikte eğitim ve sağlık arasındaki ilişkinin doğrudan değil, bir dizi mekanizmanın bileşimi aracılığıyla kurulduğunu savunan Chandola vd. (2006:355) eğitimin sağlık üzerinde doğrudan etkisi olduğu sonucuna varan araştırmaları uygun yöntemler kullanmamakla eleştirmekte, bununla birlikte bu durumun eğitimin sağlık üzerindeki etkisinin önemini azaltmadığını vurgulamaktadır.

Çocuklukta sağlık durumu kötü olanların eğitimlerinin çocukluğu sağlıklı geçenlere oranla düşük düzeyde kaldığını gösteren çeşitli çalışmalar (Haas 2006; Case vd., 2005; Behrman ve Rosenzweig 2004; Black vd., 2007), hatta anne karnındayken grip salgınına maruz kalan bireylerin yetişkinlikte ancak

düşük bir eğitim düzeyine eriştiklerini (Almond, 2006) ve daha eğitilmiş annelerin çocuklarının daha sağlıklı doğduklarını (Meara 2001; Currie ve Moretti, 2003; Case vd., 2005) ortaya koyan çalışmalar, eğitim ve sağlık arasındaki ilişkinin tamamen eğitimin sağlık üzerindeki etkisini değil, kısmen sağlığın eğitim üzerindeki etkisini de yansıtır olabileceğini ve sağlığın eğitimi nesiller arası bir şekilde etkileyebildiğini göstermektedir. Beslenme ve eğitim ilişkisine değinen Elbek (2009a:236), Türkiye'deki ailelerin yaklaşık %15'inin ciddi bir açlık sorunuyla karşı karşıya olduğunu belirtmekte ve "gebelikte ve erken çocukluk dönemindeki dengesiz beslenme ve demir, çinko, folik asit ve B vitamininden fakir gıda alınması nedeniyle yeterli zeka kapasitesine ulaşamayan yoksulların bu dezavantajlı durumları(nın), eğitim haklarının da önünde temel bir engel" olduğunu vurgulamaktadır. Diğer taraftan zorunlu eğitim süresinin daha uzun olduğu alanlarda yetişen çocukların yetişkinliklerinde hayatta kalma oranlarının, yasalar gereği daha kısa süre zorunlu eğitim alan çocuklara oranla önemli ölçüde yüksek olduğunu gösteren çeşitli çalışmalar (Lleras-Muney, 2005; Oreopolous, 2007; Arendt, 2005) sağlığın eğitim üzerindeki etkisinden çok eğitimin sağlık üzerindeki etkisine dikkat çekmektedir. Ayrıca çeşitli çalışmalar düşük eğitim düzeyine sahip olanların daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlara oranla daha çok psikolojik bozukluk gösterdiklerini (Linzer vd.1996; Dönmez vd., 2000; Rezaki, 1995; Erol vd., 1998; Bilge 2008) ortaya koymaktadır. Eğitimin sağlık üzerindeki etkisinin zaman zaman ters işleyebileceğine de dikkat çekilmiş, örneğin işsizler arasında yüksek eğitim düzeyine sahip olanların depresyona daha eğilimli oldukları (Coryell vd., 1992; Clark ve Oswald, 1994; Turner, 1995) ortaya konmuştur.

Eğitim ve sağlık arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı araştırmalarda ise diğer değişkenler sabit tutulduğunda sağlık ve eğitim arasındaki ilişkinin zayıfladığı (Walton ve Takeuchi, 2005:14-16) ve eğitimin sağlık (Dahl, 1994; Sağduyu vd., 2000; Doğan vd., 1995) ve sağlık davranışları (Koçoğlu, 2006) üzerinde önemli bir bağımsız role sahip olmadığı ileri sürülmüştür.

Hammond (2002) eğitim ve sağlık arasında kurulan ilişkinin iki önemli unsuru ön plana çıkardığını belirtmektedir. İlk olarak eğitimin yarattığı düşünülen bu eşitsizlikler aslında daha geniş eşitsizliklerin bir sonucudur, çünkü eğitim düzeyi

ve genel olarak sosyal ve ekonomik statüsü düşük olan gruplar, sağlık sistemine erişim açısından da en dezavantajlı olan gruplardır. Bu durum *ters bakım yasasının*³⁰ işlediğinin göstergelerinden biri olarak kabul edilebilir. İkincisi, kısmen ters bakım yasasına bağlı olarak eğitim düzeyi yüksek olan insanların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanması, eğitim düzeyi daha düşük olan ama bakım ihtiyacı daha yüksek olan bireylerin yararlanamamasına neden oluyor olabilir (Hammond, 2002:562). Türkkan ve Aytekin (2009) farklı sosyal ve ekonomik statülere sahip olan iki bölgeyi karşılaştırdıkları çalışmalarında eğitim düzeyinin düşük olduğu bölgede yaşayanların algılanan sağlık düzeylerinin daha düşük olduğunu, dışçıye daha az sıklıkla gidildiğini ve doğumların evde ebeyle gerçekleştirilme oranının daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Bununla birlikte, kadınların eğitim düzeylerinin erkeklerden, kentsel alanlarda yaşayanların eğitim düzeylerinin kırsal alanlarda yaşayanlardan daha yüksek olması, eğitimin sağlığı diğer değişkenlerle ilişkili bir şekilde etkilediğini göstermektedir. Eğitim bir yandan istihdama katılmayı sağlayarak, bir yandan da sağlığa ilişkin davranışları değiştirerek sağlığı etkilemektedir. Bu nedenle eğitim düzeyi düşük bireylerin genellikle sağlığı etkileyen diğer toplumsal faktörler açısından da dezavantajlı oldukları söylenebilir.

Türkiye’de yapılan çalışmalarda da çeşitli fiziksel ve zihinsel hastalıkların eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu (Erol vd., 1998; Bilge, 2008; Keskin, 2008; Dönmez vd., 2000; Rezaki, 1995; Belek, 2000b) saptanmıştır. Sağlığı etkileyen faktörlerin yapısal ve davranışsal faktörler şeklinde ele alınabileceğini belirten Belek’e (1999) göre eğitimin sağlık üzerindeki etkisi, bilgiye ulaşma düzeyini olduğu kadar bilgiyi kullanabilme becerilerini geliştirerek farklılık yaratması yoluyla gerçekleşmektedir.

³⁰ ‘*Ters Bakım Yasası*’ (*Inverse Care Law*) terimi ilk olarak Julian Tudor Hart tarafından 1971 yılında iyi tıbbi bakım hizmetlerinin, bu hizmetin sağlandığı nüfusun ihtiyaçlarına ters orantılı olduğunu ifade etmek amacıyla kullanılmış ve daha sonra oldukça yaygınlaşmıştır. Tudor-Hart, bu yasanın tıbbi bakımın piyasa güçlerine en çok maruz kaldığı yerlerde daha karmaşık bir şekilde işlediğini ve daha güçlü olduğunu, piyasa güçlerine maruz kalma şiddetinin azaldığı yerlerde ise daha az işlediğini belirtmektedir (Tudor-Hart, 1971).

Türkiye açısından bakıldığında eğitimin sağlığı etkileme mekanizmalarından biri de evlenme yaşıdır. Doğurganlığın azalmasını sağlayacak olan 'ilk evlenme yaşı'nın yükselmesi temel olarak kadınların eğitim düzeyine bağlıdır. TNSA (2009:112-3) sonuçları lise ve üzerinde eğitim alan kadınlarının ilk evlilik yaşı medyanının 24,1 olduğunu, ortaokul mezunu kadınların bundan üç, diplomasız kadınların ise beş yıl kadar daha erken evlenmeye başladıklarını göstermektedir. Türkkan (2005) da yaptığı çalışmada annenin eğitim seviyesi yükseldikçe yaptığı doğum sayısının azaldığını göstermektedir.

Özetle eğitim ve sağlık arasında doğrudan ya da dolaylı yollarla kurulan güçlü bir ilişki olduğu görülmekte, ancak araştırmalar nedensellik ilişkisini açıklığa kavuşturamamaktadır. Sağlığın eğitimi hangi mekanizmalar aracılığıyla etkilediği nispeten anlaşılmaktadır, ancak eğitimin sağlığı hangi mekanizmalar aracılığıyla etkilediği çok açık değildir. Rekabeti besleyen toplumlarda eğitim, mevcut güç ilişkilerini ve eşitsizlikleri güçlendirmektedir. Daha yüksek düzeyde eğitim görenlerin hem hastalanma olasılıklarının daha düşük olması, hem de tıbbi bakım görme olasılıklarının daha yüksek olması eğitimin bireyleri diğer bireylere oranla daha avantajlı kıldığını göstermektedir. Ancak eğitimin bu yönü toplum açısından faydalı değildir, çünkü bu etki toplumsal eşitsizlikleri azaltmak yerine derinleştirmektedir.

Eğitim eşitsizlikleri başta cinsiyet eşitsizlikleri olmak üzere diğer toplumsal eşitsizlik biçimleriyle kesişmekte, diğer toplumsal eşitsizliklerin işleyişini değiştirebilmektedir, bu nedenle merkezi bir öneme sahiptir. Kadınların eğitim düzeylerinin yükselmesinin önünde iki yapısal engel olduğu söylenebilir. Kapitalizm, kadınların ücretsiz ev içi emeğinden faydalanarak işçi sınıfının yeniden üretiminin maliyetini düşürmek ve erkek işçilerin ücretlerini düşük seviyede tutmak ve kendilerini de ucuz işgücü olarak kullanmak için kadınların eğitimsizliğini kullanmaktadır. Ataerki ve feodal toplumsal yapı da kendi meşruiyetlerini sürdürmek ve kadınların ikincil konumlarını pekiştirmek için kadınların eğitim düzeylerinin yükselmesini desteklemeyecektir. Her ne kadar kapitalizm ihtiyaç duyduğu nitelikte işgücü elde etmek için özellikle erkeklerin eğitimini belirli bir düzeyde desteklese de, bu konuda feodal toplum yapısından işbirliği görmeyebilir. Feodal toplum yapısında çocukların aileye bağımlılıklarının

sürdürülmesi ve tarım sektöründe çalışmalarının garantilenmesi için cinsiyetten bağımsız olarak çocukların eğitim almaları teşvik edilmeyebilir. Ancak toplumda genel olarak eğitim düzeyinin yükseltilmesi sağlanamazsa daha sağlıklı bir topluma ulaşma olasılığı azalacaktır. Bu açıdan Türkiye’de de sağlık statüsünün iyileştirilmesi için eğitim alanındaki bölgesel ve cinsiyete dayalı eşitsizliklerin ortadan kaldırılması, tüm nüfusun eğitime ulaşabilmesinin ve eğitim olanaklarından eşit olarak faydalanabilmesinin sağlanması ve nüfus genelinde eğitim düzeyinin artırılması gerektirmektedir.

1.1.2.5. Etnik durum eşitsizlikleri ve sağlık

'İrk' ve etnik durumun sağlık üzerindeki etkisi, hem kültür ile sağlık statüsü ve sağlığa verilen anlam arasındaki ilişkiye ilişkin (Spector, 2004; MacLachlan, 2006) hem de nüfus genelinin sağlık statüleri arasındaki farklılığı 'ırk' ya da etnik duruma bağlı olarak açıklamaya çalışan (Hummer 1993; Sai, 2008; Racine vd., 2001; Borrell, 2009) çalışmalarda ele alınmaktadır. Bu tip çalışmalarda genetik ve biyolojik faktörler, kültüre bağlı olarak değişen bireysel davranış kalıpları, materyalist ve yapısal faktörler, göç ve ırkçılık olguları ve genel sosyal ve ekonomik statüye bağlı olarak sağlık bakım hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizlikler üzerinde durulmaktadır.

A.B.D.’de yapılan çeşitli çalışmalar ortalama yaşam süreleri uzamakta olsa da hâlâ siyahların beyazlardan daha kısa yaşadıklarını (Heron vd., 2009:10) ve AIDS, kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon, şeker, felç ve çeşitli kanser türleri gibi yaşamı tehdit eden hastalıklara daha fazla yakalandıklarını (Polednak, 1989; Keppel vd., 2002) ortaya koymaktadır. Çeşitli araştırmalar ırksal ayrımcılığa maruz kalmanın strese neden olduğunu ve akut psikolojik etkiler yarattığını (Harrell vd., 2003, Clark vd., 1999; Krieger ve Sidney, 1996; Kessler vd., 1999) ve fiziksel, psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıklara ve algılanan sağlık statüsünün kötüleşmesine (Krieger 2000, Williams vd., 2003) neden olduğunu göstermektedir. Karlsen ve Nazroo (2004) ırkçılıktan duyulan korkunun da yaş, cinsiyet ve sınıf değişkenleri sabit tutulduğu halde algılanan sağlık statüsünü kötüleştirdiğini ortaya koymuştur.

Yapılan çalışmalarda etnik azınlıkların sağlıklarının nüfus genelinden daha kötü olduğu, ayrıca bazı etnik grupların sağlıklarının da diğer etnik gruplara oranda daha kötü olduğu (Harriss, 2007:2) ortaya konmuştur. Etnik gruplar kentsel alanlarda, özellikle de mahrumiyet bölgelerinde yoğunlaşmakta, çoğunlukla azınlıklardan oluşan bölgelerde (Karlsen ve Nazroo, 2002) ve elektrik santralleri, trafik ve fabrikalar gibi kirlilik kaynaklarına yakın olan alanlarda (Easley vd., 2006) yaşamakta, bu grupların eğitim düzeyleri (Lollock, 2001; Newburger ve Curry, 2000), sosyal yardımlardan faydalanma ve temel ihtiyaçlarını karşılama oranları düşük, yoksulluk ve işsizlik oranları ise yüksek olmaktadır (Platt, 2002; McKinnon 2003). Bu bulgular dikkate alındığında etnik grupların sağlık eşitsizliklerinin temelinde sosyal ve ekonomik statülerinin düşüklüğünün bulunduğu görülmektedir.

Etnik durum ve sağlık arasındaki ilişki, A.B.D., İngiltere ya da diğer çok kültürlü ülkelerde belirgin şekilde ortaya konabilirse de Türkiye gibi ülkeler için durum farklıdır. Türkiye nüfusu da kültürel olarak farklı etnilerden oluşmakla birlikte bu çoğulluk durumu çok kültürlü ülkelerdeki gibi dış göç sonucunda oluşmadığı için sağlık çalışmalarında farklı etnik kültürler arasındaki farklar üzerinde pek durulmamaktadır. Bununla birlikte, bu durumu incelemenin bir yolu daha önce değinildiği gibi bölgesel eşitsizliklerin sağlık üzerindeki etkisini incelemek, bir diğer yolu da göç olgusu ve sağlık arasındaki ilişkiye odaklanmak olabilir.

Çiftçi vd.'nin (2006:41) yaptığı çalışma, 2000-2004 yılları arasında veremli asker hastaların memleketlerinin daha çok Doğu, Güneydoğu ve Karadeniz Bölgelerinde yoğunlaştığını, bu hastaların yaşadıkları yerlerin ise İstanbul başta olmak üzere çeşitli endüstri kentleri olduğunu göstermektedir. Coğrafi bölgelerin tümünü kapsayan incelemelerde (Bilgiç, 1991) veremin Doğu, Güneydoğu ve Karadeniz Bölgelerinde daha sık görüldüğü, sadece Karadeniz ve Batı bölgeleri kapsandığında (Özkara vd., 2002) ise veremin endüstri kentlerinde yoğunlaştığı görülmektedir. Veremin 19. yüzyılda olduğu gibi hâlâ yoksullukla ilişkili olduğu çeşitli çalışmalarla (Spence vd., 1993; Weiss, 1998) gösterilmekte, DSÖ (DSÖ, 2005) istisnalar dışında tüberküloz görülme sıklığının sosyoekonomik gelişmişlik sıralamasıyla neredeyse aynı olduğunu göstermektedir.

Kent nüfusunun en yoksul kesimini inceledikleri çalışmada Buğra ve Keyder (2008), Kürt ve Roman grupların özelliklerine dayanarak Türkiye’de yoksulluğun etnik bir karakter kazandığı hipotezini ileri sürmektedir. Bu durum özellikle tamamına yakın bölümü Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri’nden diğer illere giden (Yıldırak vd., 2002:37) mevsimlik tarım işçilerinin durumunda somutlaşmaktadır. Mevsimlik tarım işçilerinin barınma koşullarının olumsuzluğu çeşitli çalışmalarda (Yıldırak vd., 2002; Özbekmezci ve Sahil, 2004) gösterilmektedir. Yaşadıkları Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri’ndeki sağlık düzeyinin düşüklüğü nedeniyle zaten sağlık açısından dezavantajlı durumda olan bu işçilerin mevsimlik tarım işçisi olarak geldikleri alanlardaki yaşama ve çalışma koşullarının sağlık üzerindeki etkileri hesaba katıldığında Yıldırak vd. (2002:8), bu işçilerin sağlıklı olmalarının “ancak şansa ve kişisel yapılarına” bağlanabileceğini belirtmektedir.

Göç sürecinin sağlığı sosyal ve fiziksel çevre, istihdam durumu, gelir düzeyi, sigara ve alkol tüketimi gibi sağlığa ilişkin davranışlar aracılığıyla ve olumsuz yönde etkilediği ileri sürülmektedir (Hyman ve Gruge, 2002). Uluslararası Göç Örgütü de AIDS ve SARS gibi virüslerin dünya genelinde yayılmasında ve veremin yeniden görülmeye başlanmasında göçün etkilerini vurgulamaktadır (IOM, 2004). Göç sürecinde yaşanan stresin birçok fiziksel ve zihinsel sağlık sorununa yol açtığı belirtilmiş (Farley vd., 2005), özellikle göç eden kadınların stresle baş etme becerilerinin göç etmeyenlere oranla daha düşük düzeyde kaldığı hem yurt dışında (Misra vd.2000) hem de yurt içinde (Topçu, 2006) yapılan çeşitli araştırmalarda ortaya konmuştur.

Yapılan çalışmalar (İpekyüz, 1996; Ertem, 1999) Diyarbakır gibi göç alan illerdeki altyapı yetersizlikleri nedeniyle hem de göç edenlerin sağlık güvencesinden mahrum, düşük gelirli, yetersiz beslenen ve kötü barınma koşullarında yaşayan insanlar olması nedeniyle göç edenlerin bulaşıcı ve salgın hastalıklara yakalanma olasılıklarının göç etmeyenlere oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Göç eden kadınların göç etmeyenlere oranla daha fazla çocuk sahibi oldukları, doğum öncesi bakım hizmetlerinden göç etmeyenlere oranla daha düşük düzeyde yararlandıkları, doğumlarını sağlık personeli olmadan evde yapma oranlarının yüksek olduğu ortaya konmuştur

(Özen, 1996; Güler, 1996; İpekyüz, 1996). Kızılcı (1996a) yaptığı çalışmada, yoğun olarak göçmenlerin yaşadığı bir bölgede 25-34 yaş aralığındaki yaklaşık kadınların dörtte üçünün en az bir çocuğunun öldüğünü gözlemlemiştir. Bu değişkenlerin sosyal ve ekonomik statü ile ilişkili olduğu hatırlandığında göç eden kitlelerin oldukça düşük statülü gruplar olduğu belirginleşmektedir.

Kürtlerin yoğun olarak yaşadıkları bölgelerdeki bir diğer sorun da dil sorunudur. Türkçe bilmeyen hastaların sağlık kurumlarına başvurmada ve muayene olmada yaşadıkları sıkıntılar, çeşitli insan hakları kuruluşlarının dikkatini çekmekte, bölgede Kürtçe bilen sağlık personeli çalışması gerektiği vurgulanmaktadır (<http://www.haberler.com/van-insan-haklari-kurulu-saglik-ocaklarinda-kurtce-2161731-haberi/>). Kürtçe bilen doktorların çalıştıkları hastanelerde sorunlar kısmen çözülmekte, hatta doktorlar kendi branşları dışındaki muayenelerde tercüman olarak yardımcı olmaktadır (<http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-kurtce-bilen-doktorlar-is-basinda-2-12-28453.html>).

1.1.3. Sağlık sistemleri ve sağlık sistemlerinin politik bağlamı

1.1.3.1. Sağlık sistemlerinin sınıflandırması

Devletin üstlendiği sorumluluk açısından sağlık sistemlerini piyasa tipi sağlık sistemleri, refah yönelimli sağlık sistemleri, kapsayıcı tip sağlık sistemleri ve sosyalist tip sağlık sistemleri şeklinde dörde ayırmak mümkündür. Belek (2000a:136-140) bu sistemlerin temel özelliklerini şu şekilde özetlemektedir: Devletin sisteme en az müdahale ettiği ve en az sorumluluk aldığı sistemler (i) *Piyasa Tipi Sağlık Sistemleridir*. Doktorların büyük çoğunluğunun uzmanlaşmış olduğu, hastane yataklarının ortalama üçte ikisinin özel sektöre ait olduğu bu sistemlere gelişmiş ülkelerde (A.B.D.), orta gelir düzeyindeki ülkelerde (Filipinler) ve düşük gelir grubundaki ülkelerde (Kenya) rastlanabilir. Japonya, Kanada ve Avustralya'nın ve birçok Avrupa ülkesinin sağlık sistemi olan (ii) *Refah Yönelimli Sağlık Sistemlerinde* sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu devlet tarafından yapılır ve kamu harcamalarının büyük bölümü de zorunlu sigorta fonlarından gelir. Orta gelir grubunda Peru ve bazı Latin Amerika ülkelerinin ve düşük gelir grubunda da Hindistan'ın sistemi buna örnek

verilebilir. (iii) *Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri*, bütün nüfusu kapsayan, finansmanı tamamen genel vergilerden karşılanan ve tipik olarak İskandinav ülkelerinde görülen sağlık sistemidir. Harcamalarda devlet payı refah yönelimli sağlık sistemlerine oranla daha fazladır. Düşük gelir düzeyindeki ülkelerde çok nadir olmakla birlikte Sri Lanka ve Kosta Rica’da bu sistem uygulanmaktadır. Küba’da ve Sovyetler Birliği’nin dağılmasından önce Orta ve Doğu Avrupa’da uygulanan (iv) *Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri* (diğer adıyla Semashko sistemi) de devlet bütçesinden finanse edilen ve oldukça merkezi bir sistemdir (Groenewegen, 2007:127-8). Bu sistemde tıp fakülteleri sağlık bakanlığının akademik enstitüleri halini alır ve harcamaların hemen hemen tamamı devlet tarafından karşılanır (Belek, 2000a: 136-140). Tüm sağlık kurumlarının devlete ait olduğu, hizmet sağlayıcıların da devlet çalışanları olduğu bu sistemde halk poliklinikleri temel olmakla birlikte tek bir temel sağlık hizmeti sistemi değil, paralel sistemler mevcuttur (Groenewegen, 2007:128).

Sağlık sistemleri sağlık finansman sisteminin yapısına göre de sınıflandırılabilirler. Sağlık sistemlerinin kullanabileceği dört fon (i) genel vergiler, (ii) sosyal sigorta fonları, (iii) isteğe bağlı sigorta fonları ve (iv) hizmet alımı sırasında cepten yapılan ödemelerdir.

Sistemin temel olarak zorunlu sigorta fonlarına dayandığı sistem Bismark Sistemi olarak adlandırılır (Belek, 2000a:150). İlk olarak 1883 yılında Almanya’da Bismark hükümetinin uygulamaya başladığı bu sistem temelde işçi sınıfı hareketlerinin yarattığı baskıya karşı kapitalizm dışındaki arayışları engellemek amacıyla işçilere sağlık hakları verilmesine dayanmaktadır (Nalçacı vd., 2006:40-41). Bu sistemde devletin rolü sınırlıdır, dolayısıyla merkezi bir sistem değildir. Hastalar sigorta primlerini öder, sağlık kurumları sağlık sigortası fonları ile anlaşma yapar ve sağlık hizmeti aile hekimleri ya da genel pratisyenler ile hastaneler az çok resmileşmiş bir sevk zinciri çerçevesinde sunulur (Groenewegen, 2007:127). Türkiye, Almanya, Fransa, Belçika, Avusturya ve Japonya’da uygulanan bu sistem sosyal sigorta fonlarına dayalıdır, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için sisteme üyelik zorunludur ve fon, çalışanlardan ve işverenlerden belirli miktarda kesilerek aktarılan primlerden ve çoğu durumda devletin de katkılarından oluşur. Sisteme kayıtlı

(üye) olma zorunluluğu bazı ülkelerde bütün nüfus için, bazı ülkelerde ise yıllık geliri belirli bir düzeyi aşmayanlar için geçerlidir. Bu ikinci durum, sistemin piyasadaki sağlıklı işgücü ihtiyacını karşılama amacını yansıtır (Nalçacı vd., 2006:42). Fon bir kamu kurumu tarafından idare edilir ve sağlık hizmeti doğrudan bu kaynakla üretilebileceği gibi dolaylı olarak başka bir kurumdan da satın alınabilir (Belek, 2000a:90-91). Normand (1972:768), sigorta fonlarının oluşturulmasında fonun maliyetinin düşük, toplanma sürecinin basit, toplam fonların yeterli ve sistemin eşitlikçi olmasına, sistemin hükümetin diğer amaç ve ilkeleriyle çatışmamasına (fonun başka amaçlarla kullanılmamasına), fonların kullanılmasında sağlıkla ilgili önceliklerin dikkate alınmasına dikkat edilmesi gerektiğini ve halkın sistemden memnun olmasının sağlanması gerektiğini belirtmektedir.

Temel olarak vergilere (ulusal ya da yerel) dayanan sistem ise Beveridge sistemi olarak adlandırılır. Sağlık hizmetlerinin genel devlet bütçesinden finanse edilmesi ilk olarak İkinci Dünya Savaşı sonrasında İngiltere’de başlamıştır. Bu sistem, 1930 bunalımını aşmaya yönelik Sosyal Refah Devleti politikalarının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Genellikle İsveç’te olduğu gibi bölgesel sağlık yetkilileri tarafından yürütülen (Groenewegen, 2007:127) bu sistemde sağlık kurumları çoğunlukla devlete aittir.

Finansman açısından yapılan bu sınıflamada diğer kategoriler Bismarkçı sisteme geçiş yapan sistemler, Bismarkçı sistemden Beveridge sistemine geçiş yapan sistemler ve özel sistemlerdir (Nalçacı vd., 2006).

1.1.3.2. Seçilmiş ulusal sağlık sistemlerinin karşılaştırılması

Bu bölümde seçilmiş beş ülkenin sağlık bakım sistemleri genel hatlarıyla değerlendirilecektir. Sağlık sistemi neredeyse tamamen özel sektörün hakimiyetinde olduğu için A.B.D., neredeyse tamamen devletin hakimiyetinde olduğu için İskandinav ülkeleri (Danimarka, Norveç, İsveç), karma bir sistem uygulandığı için Almanya, ekonomisi liberal olduğu halde sosyal bir sağlık sistemine sahip olduğu için İngiltere ve Dünya Bankası’nın sağlıkla ilgili tavsiyelerinin aksi yönde bir sağlık politikasına sahip olduğu halde sağlık

göstergeleri açısından gelişmiş ülkelerle aynı düzeyde olduğu için Küba örnek olarak seçilmiştir.

1.1.3.2.1. A.B.D.'nin sağlık sistemi

A.B.D. sağlık sistemi dünyadaki en az kapsayıcı ve en pahalı sağlık sistemi olarak kabul edilmektedir. Bu sistemin çok büyük kısmı tamamen özel sektörün hakimiyetindedir. Sadece silahlı kuvvetlere mensup ya da bu kurumdan emekli olanlara ve yerli Amerikalılara sağlık hizmetleri doğrudan federal hükümet aracılığıyla sağlanmakta, geri kalan nüfusun sağlık hizmeti eşgüdüm içerisinde çalışmayan farklı organizasyonlar tarafından ve büyük ölçüde özel sağlık sigortaları aracılığıyla sağlanmaktadır (Gültekin, 2008:15).

A.B.D. sağlık sistemi büyük ölçüde özel sağlık sigortalarına, özel sağlık sigortası olmayanlar için de 65 yaş ve üzerindeki kapsayan Medicare ve düşük gelir gruplarındaki bireyleri kapsayan Medicaid sistemlerine dayanmaktadır.

1965 yılında kurulmuş olan ve bir sosyal sigorta değil, sosyal koruma programı olan Medicaid programı, sağlık sigortası kapsamına giremeyen düşük gelir düzeyindeki insanlara tıbbi yardım sağlar. Medicare ise 65 yaş ve üzerindeki, 65 yaş altında olup belirli özür lülük durumlarına uyanları ve az sayıdaki belirli hastalıkları taşıyanları kapsayan bir sosyal sigorta programıdır. 2007 itibariyle 43 milyon A.B.D. yurttaşı Medicare kapsamındadır (www.cms.gov). Medicare, özel sigorta şirketleri tarafından işletilen ve her biri için ayrı prim ödenmesini gerektiren üç sigorta programından (hastane sigortası, tıbbi sigorta ve reçeteli ilaçların karşılanmasına yönelik sigorta) meydana gelmektedir (www.cms.gov). Medicare harcamalarının bütçedeki yükünü hafifletmek amacıyla "idari bakım" (managed care) olarak adlandırılan uygulama başlatılmış olsa da uzun dönemde Medicare çerçevesinde yapılan harcamaların sağlık hizmetlerindeki kamu payının finansal sürdürülebilirliğini tehdit ettiği belirtilmektedir (Carey vd., 2009:5). A.B.D.'deki yaşam beklentisi, bebek ölümleri ve önlenebilir ölümler, OECD ülkelerinin oldukça gerisindedir. Farklı sosyal ve ekonomik grupların yaşam beklentileri arasındaki fark da son yıllarda artmaktadır.

A.B.D.'de 2004 yılında sağlık sigortası olmayanların sayısı, 2000 yılına oranla 6 milyon 200 bin kişi artmıştır. Çalışma yaşında olan ve yıllık gelirleri 20,000-40,000 dolar arasında olan A.B.D. yurttaşları içinde sigortası olmayanların oranı 2001 yılında %28 iken 2005 yılında %41'e yükselmiştir. Geliri 20,000 doların altında olanların yarısından fazlası (%53'ü) 2005 yılının bir kısmı veya tamamı boyunca sigorta kapsamı dışında kalmıştır. Sigorta kapsamına girmeyen bireylerin çoğu çalışan ailelerde bulunmaktadır (Collins vd., 2006). 2006 yılında A.B.D. yurttaşlarının %51'inin genel olarak sağlık bakımının kalitesinden memnun olmadığı ortaya konmuştur (KFF ve AHRQ, 2006). Bu veriler sağlığın tamamen bir piyasa haline getirilmesinin toplum sağlığı açısından ne derece tehlikeli olduğunu göstermektedir. Sağlık alanında para araç değil, amaç haline geldiğinde ve öncelikler değişip kâr insan yaşamından önemli hale geldiğinde savunmasız kitleler sağlıklarını ve yaşamlarını (ortalama yaşam süresi açısından) sadece nüfusun küçük bir kısmını oluşturan sermayedarların çıkarları uğruna kaybetmektedirler.

A.B.D.'nin sağlık sistemine sosyal adalet değil, aksine bireysellik, kişisel çıkar ve gönüllü davranış gibi ilkelere dayanan piyasa adaletinin hakim olduğunu belirten Budetti (2008:92) sağlık sisteminin bugünkü duruma gelmesine dört gelişmenin neden olduğunu belirtmektedir. Bunlara kısaca değinmek gerekirse (i) ilk olarak tıp ve ilaç endüstrisi ticari çıkarları gereği sosyal sağlık sigortası fikrine sıcak bakmamış, kamu da sosyal adaleti yeterince savunmamış, sağlık hizmetlerinin piyasa mantığıyla verilmesine karşı çıksa da herkesi kapsayan bir sosyal sağlık sigortası için değil, bireyleri ve ailelerini kapsayan bir sigorta sistemi için ısrarcı olmuştur. Bunun sonucunda hükümetin sağlık planlarının tasarlanmasında özel sigorta şirketlerinin yer aldığı, sağlık sigortasının istihdam koşullarına bağlı kaldığı ve nüfusun büyük kısmının kapsam dışı kaldığı bir sağlık sistemine neden olmuştur. (ii) İkincisi, sağlık hizmeti tüketilecek ticari bir ürün haline, kâr amacı gütmeyen sağlık kurumları da kâr amacı güden kurumlar haline gelmiş, hükümetin sağlık planları tıp ve ilaç endüstrinin çıkarlarına uyacak şekilde biçimlendirilmiştir (Budetti, 2008:93). Buna verilebilecek güzel bir örnek A.B.D.'de giderek yaygınlaşan "dükkan içi klinikler" (*in-store clinics*) olgusudur. Bu klinikler, hemşirelerin reçete yazmasına izin verilen eyaletlerde

kurulan, alışveriş merkezilerinin içinde yer alan kabinlerde hemşirelerin hizmet verdiği, 'müşterilerin' verilen hizmetleri bir menüde görerek buradan seçim yaptıkları, diğer kliniklere oranla daha düşük ücretle ve daha kısa sürede hizmet veren kliniklerdir (Bohmer, 2007: 765-6)^{31,32}. (iii) Üçüncü olarak tıp mesleği etik ilkelerinden uzaklaşarak piyasa koşullarına uyum sağlamış, toplum sağlığından çok meslek üyelerinin mali çıkarlarına odaklanan ve gücünü bu çıkarların gerçekleştirilmesi için kullanan bir grup haline dönüşmüştür (Budetti, 2008:93). (iv) Son olarak medikalizasyon, çeşitli insani koşulları hastalık olarak etiketleyerek metalaşmış olan sağlık hizmetlerinin tüketimini artırmış, dikkatleri sağlık bakımı mal ve hizmetlerine yönelterek koruyucu tıp uygulamalarına ve toplum sağlığına yapılması gereken yatırımların ihmal edilmesine neden olmuş, bunun sonucunda toplum sağlığını ilgilendiren altyapı eksiklikleri tamamlanamamış ve doğal afetler karşısında bu hazırlıksızlık çeşitli hastalıklara neden olmuştur (Budetti, 2008:94).

1.1.3.2.2. *Almanya'nın sağlık sistemi*

Almanya'da sağlık finansmanı açısından karma bir sistem uygulanmakta, hastalık sigortası fonları merkezi hükümet dışında bağımsız örgütler tarafından oluşturulmaktadır. Bu fonlar bölgelere ve mesleklere göre oluşturulabilmekte, yerel hastalık fonları, endüstriyel fonlar, kırsal fonlar gibi kategorilere ayrılmaktadır (Gülbaş, 2007:98). Almanya'da yıllık 48,000 Euro'nun altında geliri olan herkes (2008 itibarıyla nüfusun yaklaşık %75'i) için sosyal sağlık sigortası üyeliği zorunludur. Geliri belirtilen rakamın üzerinde olanlar isterlerse sosyal ya da özel sigortalara üye olabilirler. Nüfusun %88'i sosyal sağlık sigortasına, çoğu devlet memurlarından ve kendi hesabına çalışanlardan oluşan %10'luk bir bölümü ise özel sağlık sigortasına sahiptir. Hiçbir sigorta

³¹ Doktorlar bu kliniklerde verilen sağlık hizmetlerinin kapsamı, kalitesi ve hastalar üzerindeki etkileri konusunda çeşitli eleştirilerde bulunmakta, ancak bu eleştirilerin yersiz olduğunu savunan bazı yönetim bilimcileri tarafından bu model sağlık hizmetlerinin verilmesi için müşteri memnuniyetinin yüksek olduğu uygun bir model olarak görülmekte ve bu kliniklerin *bazı doktorların kaçınmaya çalıştıkları sigortasız kitleden kurtulmalarını sağlayacak bir yol* olabileceği belirtilmektedir (Bohmer, 2007:768, 767).

³² Bu klinikler Kemmesies'in (2002) ilaç kullanımının MacDonalddlaşması ve rasyonelleşmesi ile ilgili savlarının tezahürü olarak görülebilir; etkili, tahmin edilebilir ve hızlı hizmet isteyen bireyler sağlık hizmetlerinin bürokrasisinden kaçarak bu 'dükkan'lara yöneldikçe sağlık hizmetlerinin rasyonelliğinin irrasyonelliğe yol açtığı daha açıkça görülmektedir.

kapsamında olmayanlar nüfus içinde %1'den daha az bir paya sahiptir ve özel ya da sosyal sigortaya üye olmanın zorunlu hale getirilmesine, böylece kapsam dışında kimsenin kalmamasına yönelik çalışmalar yapılmaktadır (Busse, 2008). Koruyucu hizmetler, hastane servisleri, reçeteler ve rehabilitasyonlar gibi kısa süreli bakım çeşitleri sigorta kapsamındadır, ancak 1995 yılından beri uzun dönemli bakım, bütün nüfus için zorunlu olan ayrı bir sigorta kapsamına girmektedir. 2004 yılından itibaren tedavi maliyeti “referans fiyat” olarak hesaplanan standart maliyetin toplam %30'unu geçen tedavilerde hastalar 5-10 Euro arasında çeşitlilik gösteren ve “maliyet paylaşımı” şeklinde tanımlanan ödemeleri yapmakla yükümlüdürler (Busse, 2008).

Almanya'da sosyal sağlık sigortası, ücretlerden yapılan zorunlu kesintilere dayanan 200'ün üzerinde rakip sağlık sigortası fonu tarafından finanse edilmektedir. Busse (2008) yapılan çalışmalarla sağlık fonlarına yapılan katkıların yeniden düzenlenmekte olduğunu, bütün katkıların yeni bir ulusal sağlık fonuna aktarılacağını ve bu fonun da kaynakları herkesin içinde bulunduğu riske göre yapacak hesaplamalarla dağıtacağını belirtmektedir. Yaşı, cinsiyeti, kronik ve ciddi hastalıkları hesaba katacak olan bu yeni formülde örneğin kanser ya da AIDS hastaları, 'sıradan' sigortalılardan daha fazla prim ödeyecekler, bu yeni sistem yeterli kaynağı toplayamazsa ek primler devreye konacaktır (Busse, 2008).

Bu sistemde sağlık hizmetleri bağımsız çalışan doktorlar tarafından sunulmaktadır. Doktorların hastaları daha üst sağlık kurumlarına göndermeme (gatekeeper) rolü yoktur, ancak 2004 yılından itibaren uygulanmaya çalışılan aile hekimliği modeli, doktorların bu işlevini vurgulamaktadır. Hastane yataklarının yaklaşık yarısı devlete, yaklaşık üçte biri de özel sektöre aittir. Son yıllarda kâr amaçlı özel kurumların sahip olduğu yatak sayısının artmakta olduğu belirtilmektedir. Hastanelerdeki doktorların ayakta hasta tedavi etmelerine genellikle izin verilmemekte, ancak özel uzman doktorlar tarafından tedavi edilemeyen hastaların bu şekilde bakılmasına izin verilmektedir. Hastanelerdeki hastaların bakımı ise 2004 yılından beri uygulanmakta olan teşhisle ilişkili gruplar (diagnosis related groups-DRG) tarafından yapılmaktadır. Maliyeti azaltma çabaları sonucunda oluşturulan bu gruplama sisteminde

teşhisler 1,100 kategoride sınıflandırılmış ve teşhislerin tedavi maliyetleri standartlaştırılmıştır (Busse, 2008).

1.1.3.2.3. *İskandinav ülkelerinin sağlık sistemi*

İskandinav Modeli, genel olarak Danimarka, İsveç ve Norveç'in sosyal güvenlik, sağlık ve eğitim hizmetlerini örgütleme tarzına verilen addır. Bu model, devletin en çok ihtiyaç duyanlara hizmet sağladığı Beveridge modelinden, sadece işgücü piyasasındakilere hizmet götürdüğü Bismark modelinden ve sosyal sorumlulukların aile kurumuna aktarıldığı Güney Avrupa modeli ya da Katolik model olarak da bilinen İkameci (Subsidiary) modelden oldukça farklıdır.

İskandinav modelinin temel ilkesi, istihdam ya da aile durumuna bakılmaksızın koşullara uyan tüm yurttaşların sigorta kapsamına alınmasıdır. Sistem teorik olarak bütün nüfusu içerir, evrensel bir sistemdir ve çalışmayan ev kadınları bu sistemde eşlerinin üzerinden değil, bağımsız şekilde ve bireysel olarak sigorta kapsamındadırlar. Sağlık hizmetlerinin sağlanması işsizlik ve istihdam durumuna bağlı olmakla birlikte finansmanın büyük kısmını devlet genel vergilerden karşılamaktadır. Eğitim hizmetleri gibi sağlık hizmetleri de tamamen ücretsizdir. Bu sistem sosyal yardımları nüfusa Beveridge modelinden ve daha çok mevcut durumu korumaya çalışan Bismark modelinden daha cömert bir şekilde dağıtmaktadır. İskandinav modeli aynı zamanda diğer modellerden daha basit bir yapıya sahiptir. İskandinav ülkeleri işverenlerin, işçilerin ve politik sistemin çıkarlarını eşit şekilde yansıtan parlamenter demokrasileri sayesinde kapitalist piyasa ekonomisini kontrol altında tutarlar, bu nedenle de gelir dağılımındaki eşitsizlikler ve gücün ve refahın belirli kesimlerde yoğunlaşması diğer Avrupa ülkelerine göre daha düşük düzeydedir (Ploug, 2003).

Resmi sağlık sigortası genel ve uzmanlaşmış tıbbi bakımın bütün masraflarını, dişçiliğin ve ilaçların da bir kısmını karşılar. Genel pratisyenler hastaları bir uzmana ya da hastaneye sevk ederler. Hastanelerdeki tedaviler ücretsizdir ve bölgesel hastaneler şeklinde örgütlenmiştir, ancak 1993'ten beri hastalar kendi bölgelerindeki hastaneye gitmek zorunda değildirler, istedikleri hastaneyi seçebilmektedirler. Doktor referansı ile hastalara evde hemşireler tarafından

bakım hizmeti verilir. Ayrıca çocuklar ve gençler için dişçilik hizmetlerinin finansmanı yerel yönetimler tarafından karşılanır (Torpe, 2003).

Norveç'te sağlık bakımının sorumluluğu tamamen devlete aitken Danimarka ve İsveç'te nispeten ademi merkeziyetçi bir yapı söz konusudur. Bütün ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı genel vergilerden karşılanır. Sağlık sistemleri devlet tarafından yönetilir ve sağlık kurumları da büyük ölçüde devletin mülkiyetindedir. Az sayıda özel hastane vardır bu hastanelerde genellikle genel pratisyenler çalışır. Bununla birlikte devlet hastaneleri de özel hastaneler de büyük ölçüde devlet fonlarından finanse edilirler. Ülkelere göre değişmekle birlikte genel olarak hastanelerin ve yatakların neredeyse tamamı devlete aittir. Hastane bakımı dışındaki genel pratisyenlerin hizmetleri Danimarka'da ücretsizdir, Norveç ve İsveç'te ise üst limiti sınırlandırılmış olmak üzere hem devlet tarafından hem de hastanın cepten ödemesiyle sağlanır (Magnussen, 2009).

İskandinav sistemi devletin baskın rolü ve kontrolünün nitelendirdiği bir sistem olmakla birlikte, son 20 yıldır önemli bazı gelişmeler nedeniyle değişmeye başlamıştır. Bu gelişmelerden ilki, Norveç dışındaki iki ülkenin Avrupa Birliği'ne üye olmasıdır. Avrupa Birliği sağlık bakımını ulusal kararlara bırakmakla birlikte detaylı düzenlemeler önermekte ve geleneksel olarak esnek olan İskandinav sistemi üzerinde bir baskı yaratmaktadır. İkinci olarak piyasa ekonomisinin İskandinav ülkelerine girmeye başlamış olması da sağlık sistemini etkilemektedir. Her ne kadar herkes istediği hastaneyi seçmekte ise de, piyasa ekonomisinin ideolojik etkisiyle hastane içinde hastanın istediği doktor tarafından tedavi edilme isteği vurgulanmakta ve sistem buna izin vermediği için eleştirilmektedir. Üçüncü olarak, kısmen diğer ülkelerdeki paralel gelişmelerin etkisiyle hizmet finansmanı yöntemleri değişmeye başlamıştır, hizmet sağlayanlar ve hizmet alanlar ayrıştırılmaya ve "etkililik" artırılmaya çalışılmaktadır (Magnussen, 2009). İsveç'te hastaların sağlık bakımında seçim şanslarını artırmaya ve pozisyonlarını güçlendirmeye yönelik olarak tasarlanan Stockholm modeli (Quaye, 2001) sadece Stockholm kentinde uygulanmakla birlikte İskandinav modelinde yaşanabilecek gelişmelerin habercisi kabul edilebilir.

1.1.3.2.4. İngiltere'nin sağlık sistemi

İngiltere'de ulusal sağlık sistemi (National Health System, NHS), işçilerin güçlenmekte olan sosyalist ülkelerdeki işçileri örnek almalarını engelleme çabaları çerçevesinde herkese eşit ve parasız sağlık hizmetini yerel olarak sunmak üzere Beveridge modeline dayalı olarak 1948 yılında kurulmuştur (Aksakoğlu ve Giray, 2006:335). Sağlık hizmetlerinin finansmanı NHS kurulduğunda tamamen genel bütçeden karşılanmış, 1952 yılında bazı hizmetlerden katkı payı alınmaya başlanmış, 1960'lardan itibaren giderlerin beşte biri halktan karşılanmaya başlanmış, 1970'lerin ortalarından itibaren Sosyal Refah Devletinin zayıflaması ve Muhafazakar Parti'nin kamu harcamalarını azaltma çabaları ile birlikte birçok sağlık kurumu kapatılmış, yatak sayısı azaltılmış, 1990'ların başından itibaren de Dünya Bankası'nın tavsiyelerine paralel olarak sağlık alanını piyasalaştıran yeni düzenlemeler getirilmiştir (Aksakoğlu ve Giray, 2006). 1997 yılında NHS'yi modernleştirecek yeni bir model geliştirilmiş, ancak sistem temel olarak kapitalist piyasanın gerektirdiği şekilde işlemeye devam etmiştir (Aksakoğlu ve Giray, 2006).

NHS, "normalde İngiltere'de yaşayan" toplumun bütün üyelerine, gelirene ya da istihdam durumuna bakmaksızın sağlık bakımı sağlamaktadır ve nüfusun yaklaşık %99'unu kapsamaktadır. NHS'nin kapsamına girmeyen dış, göz gibi muayeneler düşük ücretliler, emekliler ve 16 yaşından küçükler gibi azınlık grupları için ücretsizdir. Günümüzde NHS'nin sunduğu hizmetlerin %76'sı genel vergilerden, geri kalanı (%19) sigorta katkılarından ve (%5) kullanıcıların cepten ödedikleri harçlardan finanse edilmektedir (Boyle, 2008:1). NHS dışında özel sağlık sigortasına sahip olanlar nüfusun %12'sini oluşturmaktadırlar, ayrıca herhangi bir sigorta kapsamına girmeyenler cepten ödeme yaparak özel sektördeki sağlık hizmetlerini satın alırlar (Boyle, 2008:1).

Sağlık harcamaları içinde devletin payı açısından incelendiğinde 2006 yılı itibarıyla İngiltere Avrupa bölge ortalamasının (%75,6) üzerindedir, genel sağlık harcamalarının %87,3'ünü devlet karşılamaktadır (DSÖ, 2009:114, 116). Bu çerçevede neo-liberal ekonomik ortamda diğer liberal ülkelere oranla daha sosyal bir sağlık sistemine sahiptir. Sağlık hizmetlerinin genel vergi ile finans

edilmesinin, halkın büyük çoğunluğunun sistem kapsamında olmasının ve harcamaların büyük çoğunluğunu devletin yapmasının arkasında sağlık emekçileri başta olmak üzere halkın sağlık haklarını ve sistemlerini koruma konusundaki çabasının ve piyasalaşmaya karşı gösterdikleri direncin yattığı (Aksakoğlu ve Giray, 2006:342) belirtilmektedir.

NHS'nin özellikle A.B.D.'nin sağlık sistemine kıyasla kapsayıcılığı başta olmak üzere çeşitli avantajları olduğu kabul edilmekte (Mechanic, 2006:121-2), özellikle kişi başına yapılan sağlık harcaması ve ulusal gelirden sağlığa ayrılan pay gelişmiş ülkelere kıyasla düşük olduğu halde sağlık göstergelerinin olumlu olması (Aksaoğlu, 1994) sistemin başarılı olduğunun işareti olarak görülmektedir. Birleşik Krallık, ulusal gelirin %8,2'sini sağlığa ayırırken A.B.D. bunun yaklaşık iki katını (%15,3) ayırmaktadır, ancak temel sağlık göstergeleri açısından Birleşik Krallık'ın göstergeleri daha olumludur (DSÖ, 2009). Bu olumlu yönlerle birlikte İngiltere'de belirli sağlık hizmetlerinin garanti edilmediği, ancak kaynaklar mümkün kıldığı sürece sağlandığı ve ülkenin farklı bölgelerinde alınabilen sağlık hizmetleri açısından önemli eşitsizlikler olduğu vurgulanmaktadır (Mechanic,2006:134). Ayrıca bu sistemde bazı hizmetlerin kotalı olduğuna dikkat çeken Meadowcroft (2008:427) da kota koyma kararının bireysel hastaların önceliklerinin marjinalleştirilmesi ve örgütlü ve güçlü grupların tercihlerinin ayrıcalıklı kılınması anlamına geldiğini belirtmekte, NHS aracılığıyla sağlık bakımının politikleştirildiğini ve eşitlikçi amaçlara bu yolla ulaşamayacağını vurgulamaktadır.

1.1.3.2.5. Küba'nın sağlık sistemi

1959 öncesinde sağlık göstergeleri üçüncü dünya ülkelerinin göstergelerine benzeyen, doktorların büyük kentlerde yoğunlaştığı ve çok sayıda insanın sağlık hizmetlerine erişemediği Küba'da sağlık sistemi 1960'lardan itibaren kendisi de doktor olan Che Guevera'nın sağlık sisteminde yarattığı değişikliklerle birlikte değişmiştir. Guevera, Sağlık Bakanlığı'nın sadece mümkün olduğu kadar çok insana sağlık hizmeti sağlamakla kalmaması, ayrıca koruyucu tıbbı odaklanması ve halkı hijyen kurallarına uymaya yönlendirmesi gerektiğini belirtmiş, 1961'de ilaç firmalarını ve özel hastaneleri ulusallaştırarak ve ilaç

fiyatlarını aşağı çekerek eşitsizlikleri azaltacak bir ulusal sağlık sistemini kurmaya başlamış ve 1976 yılında Anayasa'da herkesin ücretsiz tıbbi bakım ve ilaç alarak sağlık bakımı görmeye hakkı olduğu açıkça belirtilmiştir (Offredy, 2008: 269-270).

Küba'da sağlık sistemi sağlık bakımını satın almaktan çok sağlığı iyileştirmeye ve korumaya odaklıdır ve sağlık hizmetleri dikey olarak bütünleşmiş üç düzey kurumda verilmektedir. Bunlardan ilki birinci düzey hizmet veren aile hekimi klinikleri, ikincisi ikinci düzey bakım sağlayan poliklinikler, üçüncüsü de üçüncü düzey bakım sağlayan hastaneler ve tıp enstitüleridir (Offredy, 2008: 271). Bu kurumlar insanlara kendi özgün ortamları içinde biyo-psiko-sosyal varlıklar olarak davranmayı, sağlık sorunları haline gelmeden önce sağlık risklerini azaltmayı ve tıp ve hemşirelik öğrencilerine deneyim kazandırmayı amaçlayan kurumlardır (Offredy, 2008: 273)

Sosyalist Bloğun çökmesiyle birlikte ekonomisi darboğaza giren Küba, Amerikan ambargosu ve Helms-Burton Kanunu³³ nedeniyle 1990'lardan itibaren serbest piyasadan ilaç alamadığı ve besin ithal edemediği için önemli sağlık problemleri yaşamıştır (Offredy, 2008:270). Buna rağmen temel sağlık göstergeleri açısından gelişmiş ülkeler düzeyindedir. Küba'da doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 2007 yılında erkeklerde 76, kadınlarda 81'dir, bu rakamlar A.B.D.'nin aynı yıla ait rakamlarıyla aynıdır (DSÖ, 2009:36, 42). Küba, 1960-1995 yılları arasında kızamık, kızamıkçık, difteri, kabakulak gibi çeşitli hastalıkları ortadan kaldırmış, aşı üretimi ve aşılama oranları gibi konularda birçok ülkeyi geride bırakmıştır (Offredy, 2008: 270). AIDS'e karşı etkili bir politika uygulayan ve kendi antiviral ilaçlarını kendisi üreten Küba, AIDS hastalarının %95'inden fazlasını tedavi etmektedir (DSÖ, 2009:25) ve dünyanın en düşük AIDS oranlarından birine sahiptir (Perez vd., 2004). Aynı zamanda hipertansiyonu dünyada en yüksek oranda kontrol ve tedavi eden (Ordunez vd., 2005) ülke olan Küba, sosyalist bloğun çöküşünden sonra bozulan ekonomisi için sağlık turizminden yararlanmakta ve çok sayıda turiste sağlık hizmeti sunmaktadır (Offredy, 2008:274). 2007 itibarıyla 10,000 kişi başına düşen

³³ A.B.D.'nin 1996 yılında yürürlüğe soktuğu, ambargonun Küba'yla ticaret yapan diğer ülkeleri, kişileri ve şirketleri kapsamasını sağlayan yasa.

doktor sayısı A.B.D.'de 26, İngiltere'de 23, Almanya'da 34 iken Küba'da 59'dur (DSÖ, 2009:96-102).

Illich'in (1995) doktorların para kazanabilecekleri bölgelerde yoğunlaştıkları iddiasının haklılığını gösterecek şekilde 1958 yılında Küba'daki yaklaşık 6,000 doktorun %80'i, Havana'da ve diğer eyaletlerin başkentlerinde yoğunlaşmıştır, kırsal ve dağlık alanlar sağlık hizmeti alamaz durumdadır (Westberg, 2006:391). Devrimin ilk yıllarında doktorların yarısının ülkeyi terk etmesinin (Westberg, 2006:391) ardından tıp eğitime ağırlık veren Küba'da Venezüela'nın da yardımıyla A.B.D.'de yetiştirilen toplam doktordan (64,000-68,000) daha fazla doktor (77,000) yetiştirilmekte, ayrıca 13,000'den fazla Küba'lı doktor çeşitli Latin Amerika ve Afrika ülkelerinde gönüllü olarak sağlık hizmeti vermektedir.

1990'ların ekonomik krizler döneminde bile sağlık alanında başarılı olmaya devam eden Küba'nın sağlık sisteminin yeteri kadar tartışılmadığı, örneğin İngiltere'de de Küba'dakine benzer poliklinikler kurulması tartışılıyor olsa da bu tartışmalarda Küba'ya yer verilmediğine dikkat çekilmektedir (Offredy, 2008: 274-5). 2005 yılında kişi başına yapılan sağlık harcaması A.B.D.'de 6543, Birleşik Krallık'ta 3065 A.B.D. doları iken Küba'da 260 A.B.D. dolar olduğu halde Küba sağlık göstergeleri açısından gelişmiş ülkeler düzeyine gelmiş, hatta 1988 yılında Dünya Sağlık örgütü Castro'ya gelişmiş ülkelerin 2000 yılında ulaşmaları için konan sağlık hedeflerinin tümüne ulaştığı için "Health for All" ödülünü vermiştir (DSÖ, 1998).

Sağlık alanındaki başarısına rağmen Küba'daki sağlık sistemine oldukça az gönderme yapılmasının nedeni, Küba'nın Dünya Bankası ve IMF'nin sağlık alanında yaptıkları tavsiyelere uymadığı, hatta aksini yaptığı halde bu başarıya ulaşmış olması, diğer bir deyişle bu kurumların ideolojik doğrularına aykırı veriler sunmasıdır. Dünya Bankası'nın 1993 yılında 'Sağlığa Yatırım Yapmak' adlı Dünya gelişme raporunu yayınlamış (Dünya Bankası, 1993), bu raporda sağlık bakanlıklarının kamu sağlığı hizmetlerini vermek yerine kamu ve özel sektörde oluşan bir sağlık sistemin düzenleme işlevini üstlenmeleri, sağlık harcamalarının sağlanması ve satın alınması (sunumu ve finansmanı) işlevlerinin birbirinden ayrılması, yönetimin ademi merkezileştirilmesi, kamu

sağlık kurumlarının bir kısmının özelleştirilmesi ve işgücü masraflarının azaltılması gerektiğini belirtmekte, özetle sağlık alanındaki kamu finansmanının azaltıldığı, cepten yapılacak harcamaların artırıldığı ve özel sektörün ayrıcalıklı kılındığı bir sağlık sistemi önermektedir. Dünya Bankasının bütün ülkelerin sağlık sektörleri için yaptığı tavsiyeler Küba'nın uygulamalarının aksi yönündedir. Dünya Bankası kamu sektörünü daraltmaya çalışırken Küba'da kamu sektörü baskındır, sosyal politika amaçları 1960'tan beri değişmemiştir, devlet GSYH'nın önemli bir kısmını uzun süredir sağlığa aktarmaktadır (De Vos vd., 2006). Ekonomik büyümenin sağlığı iyileştirmek yerine daha da kötüleştirdiğine dair veriler olduğunu hatırlatan Spiegel ve Yassi (2004), Küba'nın durumunun IMF ve Dünya Bankası'nın sağlık göstergelerinin yükselmesi için genel refah ve zenginlik düzeyinin yükselmesi gerektiği yönündeki temel varsayımlarını çürüttüğünü belirtmekte ve "Küba Paradoksu"nun sağlık ve refah arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamamıza yardımcı olabileceğini savunmaktadır.

2000 yılında yaptığı bir konuşmada IMF'nin mevcut finans sisteminin bir örgütü olduğunu ve A.B.D.'nin bu örgütün kararları üzerinde veto yetkisinin olduğunu hatırlatan Castro, Küba'nın başarısını şöyle özetlemektedir: "Eğer Küba kırk yıllık ekonomik ablukaya rağmen eğitim, sağlık, kültür, bilim, spor ve diğer programlarda dünyada hiç kimsenin sorgulayamayacağı bir şekilde başarılı olduysa ve parasını A.B.D. dolarına karşı yedi kat artırırdıysa bunu Uluslararası Para Fonu'nun (IMF) bir üyesi olmamasına, bu ayrıcalıklı pozisyonuna borçludur" (Castro, 2000).

Küba'nın sağlık politikası, başarısının bir kısmını göç oranı düşük olan nispeten sabit bir nüfusa sahip olmasına borçlu olabileceği, koruyucu tıptaki başarının tedavi edici tıp alanında görülmediği (Whiteford ve Branch, 2009: 109-110) ve nitel çalışmalarda ortaya konan sorunlara literatürde politik olarak yer verilmediği (Hirschfeld, 2007:2) gibi çeşitli eleştiriler olsa da bu sistemden öğrenilmesi gereken dersler olduğu kabul edilmektedir (Whiteford ve Branch, 2009; Keon, 2009). Bu derslerin başında sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi için kaynaklara erişimde, fırsatlarda ve eğitimdeki eşitsizliklerin azaltılması gerektiği, daha pahalı olan tedavi edici tıp yerine koruyucu tıbbı odaklanarak sağlık

göstergelerinin yükseltilebileceği, sağlık hizmetlerinin yerel olarak ve yerel halkın da katılımı ile verilmesinin ve halkın sağlıkla ilgili konularda eğitilmesinin sağlığı koruyup iyileştirmede etkili olduğu sayılabilir (Whiteford ve Branch, 2009: 109-117).

1.1.3.3. Neo-liberalizm, sağlık ve sağlık sistemlerinde reformlar

Halk sağlığının gelişmesinde etkili olan en önemli faktör, Endüstri devrimini izleyen ilk dönemlerde işçi sınıfının kötü sağlık statüsü ve sağlıklı bir işgücü ve ordu elde etmek için sağlıkla ilgili konuların bireylere bırakılmaması gerektiği konusunda varılan görüş birliğidir (Dussault ve Sheiham, 1982). Özellikle epidemiyolojik çalışmalar hastalıkların toplumda tesadüfi olarak yayılmadığını, yoksulluğun yoğunlaştığı gecekondu mahallelerinde ve endüstriyel işlerde daha fazla görüldüğünü gösterdiğinde sağlığın iyileştirilmesinin yaşama ve çalışma koşullarının iyileştirilmesiyle sağlanacağı anlaşılmıştır. Mevcut toplumsal örgütlenme tarzı içinde bunun yolu fabrikaların ve işyerlerinin kontrol edilmesi, yani devlet reformu olarak kabul edilmiştir (Szreter, 1988). Bu koşullar 1930'ların büyük buhranı ile birleşerek Sosyal Refah Devletinin başlangıcını oluşturmuş ve İkinci Dünya Savaşı sonrasında 1970'lerin sonuna dek devlet müdahaleleriyle işçilerin ücretleri olduğu kadar yaşam koşulları ve sağlıkları da iyileşmiştir (White 2002:58). Günümüzde ise bu anlayışa zıt olarak Dünya Bankası'nın ve IMF'nin borç ve kredi düzenlemelerinin altında hem gelişmiş hem de azgelişmiş ülkelerde devletler elektrik, su, ulaşım ve liman hizmetlerini özelleştirmekte ve kamu eğitimi ve sağlık hizmetlerini de bünyelerinden ayırmaktadırlar (Labonte, 1998; Terris, 1998). Devletin kamusal alandan çekilmesi, Margaret Thatcher'ın "toplum diye bir şey yoktur, sadece birey vardır" (society does not exist, only the individual) sözüyle özetlenebilir.

Neo-liberalizmin modern dünyanın sağladığı sağlık kazanımlarının bir kısmının kaybedilmesine, özellikle de toplum sağlığının kötüleşmesine neden olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmektedir (Navarro, 2007; Ramon, 2008; Tsai ve Ji, 2009; Quinlan ve Bohle, 2009). Amerika kıtasında 19. yüzyılda ölümcül olan ve 20. yüzyılda büyük ölçüde ortadan kalktığı düşünülen bazı hastalıklar 1990'ların başından itibaren yeniden görülmekte (Longbottom, 1997) ve binlerce insanın

ölümüne neden olmaktadır. Pan Amerikan Sağlık Örgütü (1994:164), yeniden görülmeye başlanan hastalıklardan biri olan koleranın yeniden ortaya çıkmasındaki nedenin su kaynaklarının kontrol edilmemesi, içme suyuna kanalizasyon karışması ve kâr isteğinin her şeyin önüne geçmesi olduğunu belirtmektedir. Neo-liberal politikalar sonucunda yiyecek hazırlanmasıyla ilgili mevzuatların bozulması ve prosedürlerin değişmesinin yiyecek zehirlenmelerinde artışa (Thomson vd., 1998; Cameron vd., 1995) yol açtığı bilinmektedir.

Quinlan ve Bohle (2009), neo-liberal yeniden yapılanmanın özelleştirme, taşeron çalışma, atipik istihdam biçimleri ve iş güvencesinin azalması gibi mekanizmalarla işçi sağlığını olumsuz etkilediğini belirtmekte, son yirmi yılda işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili yapılmış çalışmaların %85'inde işçi sağlığının kötüleştiği bulgusuna ulaşıldığını göstermektedir. Türkiye'de son yıllarda giderek daha sık karşılaşılan iş kazaları ve Tuzla Tersanelerinde, kot taşıma atölyelerinde ve maden ocaklarında yaşanan işçi ölümleri, özelleştirmenin, taşeronlaştırmanın ve maliyetleri düşürme çabasının neden olduğu önlenabilir ölümler (Tuzla Tersaneler Bölgesi İzleme ve İnceleme Komisyonu, 2008) olmasına rağmen işverenler tarafından 'cahil işçilerin' neden olduğu kazalar, 'normal durumlar' (Arslan ve Durukanoğlu, 2008:27) ve siyasi yöneticiler tarafından çalışanların riski bile bile göze aldıkları bu mesleklerin "kaderi" (<http://www.referansgazetesi.com>) olduğu ileri sürülmektedir. Bu ölümler neo-liberal piyasada sağlığa bakış açısını özetlemektedir, aşırı kâr güdüsünün karşısında insan sağlığı satın alabilecek olanlar için bir maldır, satın alamayacak olanların ise değil sağlıkları, yaşamları bile önemli değildir.

Shahmanesh (2007:315-6) neo-liberal küreselleşme projesinin, sermayenin ilaç ve sağlık sektörlerinde aşırı yoğunlaşması, ziraat ve hayvancılığın ekolojiyi bozacak şekilde endüstrileşmesi, IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşların sağlık hizmetlerinin sunumu konusundaki dayatmaları, ulusal egemenliğin zayıflamasıyla tıbbi alanda küresel şirketlerin hakimiyetinin artması, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, göçmen işçilerin artması, mafya, silah ve savaş ekonomilerinin büyümesi gibi politikalar aracılığıyla sağlığı ve ölümü daha fazla metalaştırmaya ve özelleştirmeye çalıştığını belirtmekte, bu politikaları

uygulayan Dünya Bankası, IMF ve Dünya Ticaret Örgütü gibi kurumların bu politikaların işlememesi durumunda amaçlarına ulaşmak için zor kullandıklarını belirtmektedir.

Shahmanesh (2007:319), dünyada Birinci Dünya Savaşı'nın neden olduğu kadar ölüme neden olan HIV virüsünün insanlarda görülmeye 20. yüzyılın ortalarında başladığını ve bu kadar kısa bir süre küresel bir salgın haline gelmesinde neo-liberal kapitalizmin etkisinin olduğunu, salgının seks ticareti, uyuşturucu kullanımı, göçmen işçilerin yurttaşlık haklarından ve sağlık hizmetlerinden yoksun olmaları ve bölgesel savaşlar aracılığıyla yayıldığını belirtmektedir. Soruna neden olan koşullar, sorunun çözülmesini de engellemektedir. İlaçların tekelci fiyatlandırılması ve hayati ilaçların tekelci mülkiyeti³⁴ sayesinde liberal ekonominin en büyük sektörlerinden biri haline gelen uluslar arası ilaç endüstrisi OECD ülkeleri gibi kârlı bölgelere yönelmekte, bu nedenle AIDS'e çare olabilecek ilaçların araştırılması ve üretilmesi engellenmektedir (Shahmanesh, 2007:326).

Kamu sağlığı, toplum tarafından bütün nüfusun sağlığının korunması ve iyileştirilmesi yönünde bir kolektif eylemdir, eğitim düzeyinin yükselmesine, işsizliğin kontrol altına alınmasına, çalışma koşullarının iyileştirilmesine, kadınların özerkliğine ve özellikle doğum konusunda kontrol sahibi olmasına, yaşlıların ve yoksulların toplumsal dışlanmışlığının azaltılmasına, yeterli beslenmeye, yiyecekler üzerinde sıkı denetim uygulanmasına ve ulaşılabilir ve yeterli koruyucu sağlık hizmetlerine bağlıdır (Beaglehole ve Bonita, 1997; Marmot ve Wilkinson 1999; Wilkinson ve Marmot 1998) ve bunların tümü hepsi neo-liberal politikalar tarafından tehdit edilmektedir (Beaglehole ve Bonita, 1997:xiii). Neo-liberal felsefe hak kavramından çok birey ve karşılıklı sorumluluklar kavramlarını vurgulamakta ve yurttaşları öncelikli olarak kamu mallarının rasyonel tüketicileri olarak, sağlık bakımını da bu mallardan biri olarak (Horton, 2007:3) görmektedir.

³⁴ Örneğin Roche firması, kuş gribi olarak bilinen avian influenza hastalığına karşı etkili olan tek ilacın sahibidir.

Neo-liberal politikaların sağlığı bozucu etkilerine rağmen neo-liberal paradigmadaki hastalıklara neden olan toplumsal ve ekonomik nedenler göz ardı edilmekte, hastalıklara neden olanın bireylerin kendi davranışları oldukları vurgulanarak bireylerin kötü sağlıklarından kendilerini sorumlu tutmaları sağlanmakta ve epidemiyologların oluşturdukları risk kategorileri 'risk epidemisi' (risk salgını) (White, 2002:65) haline getirilmektedir. Bireysel davranışlar hastalıklara neden olan faktörler arasında başta değil, sona yer almaktadır, üstelik bireylerin sağlıkla ilgili davranışları toplumsal pozisyonları tarafından biçimlendirilen (Dahlgren ve Whitehead, 1991) davranışlardır. Hastalıkların politik, toplumsal ve ekonomik nedenlerini gizlemek ve bireylerin kendi kontrolleri dışında oluşan hastalıklar için kendilerini suçlamalarını sağlayacak şekilde risk kategorileri oluşturmak, nesnel ve bilimsel bir tutumun sonucu değildir, politik ve ahlaki eylemlerdir. Bireylerin kötü sağlıklarından kendilerini sorumlu tutmalarını sağlamak bir yandan devletin sağlık harcamalarını azaltmasını meşrulaştıracak, bir yandan da bireylerin sağlık alanında kendilerine biçilen tüketici rolünü benimsemelerini hızlandırıp sağlık hizmetlerinin bireysel tüketimini arttıracaktır. Diğer bir deyişle White'ın (2002:65) belirttiği gibi risklerin tıbbi-endüstriyel kompleks için kâr getirecek ve bireysel çözümlere odaklanacak şekilde inşa edilmesi tesadüf değildir, bu inşa süreci tıbbın kendisinin de neo-liberal politik ve ekonomik yapı tarafından biçimlendirildiğini ve bir yandan da bu yapıyı biçimlendirdiğini göstermektedir.

Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Sempozyumu'nda Dr. Tufan Kağan, GSS hakkındaki değerlendirmesine sağlığın metalaştırılmasıyla ilgili şu örnekle başlamaktadır:

"...Peki gerçekten sağlık diğer hizmet sektörlerine benzer midir, yoksa kendine özgü bir takım özellikleri, dinamikleri var mıdır? ...gördüğümüz ceket Vakko mağazasının web sitesinden alınmış bir ceket, fiyatı 500 milyon TL. Şimdi sağlık hizmeti ile bir diğer hizmet sektörü ürünü olan bu ceketı kıyaslayalım. Eğer bu ceketı almak istiyorsanız ne yapmanız lazım? Gidip 500 milyon TL ödemeniz lazım, eğer o kadar paranız yoksa ya da bütçeniz bunu almaya elverişli değilse bu ceketı hemen değil bir ay sonra almayı düşünebilirsiniz, biraz daha para biriktirip daha sonra alırım diyebilirsiniz ya da bu ceketı çok pahalı bulup bir başka mağazadan daha ucuzunu, bir başka benzerini alabilirsiniz. Peki, sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğunda, bu ceket örneğinde olduğu gibi bir ay sonra ben sağlık hizmetini alayım diyebilir misiniz ya da hizmetin hepsini almayayım yarısını alayım diyebilir misiniz? Sağlık hizmeti ihtiyaç duyulduğu anda karşılanması gereken, ertelenemez ve gerektiği ölçüde kullanmanız gereken bir hizmettir. Hasta olmayı siz tercih etmezsiniz ya da hasta olmayı şu an şartlarım uygun değil diyerek

erteleyemezsiniz, hastalık hiç beklemediğiniz bir anda gelir ve sizi bulur. Tedavi olmak için bir hekime başvurursunuz, o sizden bir takım tetkikler vs isteyebilir, bunların ve tedavinizin şekline siz kendiniz karar veremezsiniz, bir kısmını yaptırmayayım diyemezsiniz. Ne kadar gerekiyorsa o kadar kullanılması gereken bir şeydir. Onun için ceketten ve diğer hizmet sektöründeki mallardan oldukça farklıdır, sağlık ve hastalık bu nedenlerle bir mal değildir.” (Kağan, 2006:147-148).

Tedavi sürecinde çeşitli 'mal'lar kullanılıyor olsa da sağlık hizmetinin kendisi mal olamaz, çünkü (i) mallar önceden var olan maddelerden üretilen ve mülkiyeti başkasına sunulan ürünlerdir, sağlık, hekimlerin belirli bir hammadde ürettikleri ve hastaların tükettiği bir ürün değildir, sağlık bakımını sağlayan doktorlar ise sağlık bilgisinin tek sahibi değildirler; herkese açık olan klinik verilerden ve diğer insanların bedenlerinden (kadavralar) bilgi edinir, diğer insanların rızasıyla onlar üzerinde araştırma yaparlar. Ayrıca (ii) iyileştirme doktorun biyolojik müdahalesi ile hastanın bedeninin iyileştirici gücünün bir bileşimidir, yani tedavi sadece doktor müdahalesinin sonucu değildir (iii) ve malların satışında alım satım bitince talep eden ve arz eden arasındaki ilişki sona ererken doktor ve hasta arasındaki ilişki güven gerektiren oldukça kişisel bir ilişkidir (Pellegrino, 1999:249). Hepsinden önemlisi (iv) hasta için sağlık çeşitli seçenekler içinden birini seçerek satın aldığı bir mal değil, toplumun bir üyesi olarak uygun bir şekilde yaşamaya devam etmek için ihtiyaç duyduğu, toplumun devam edebilmesi için gerekli olan bir koşuldur, insandan ayrıştırılabilecek nitelikte değildir. Bu açıdan sağlık kolektif bir gerekliliktir, suç mağduru olmuş birey için olduğu kadar toplum için de adalet nasıl gerekli ise ve bir mal değilse, hasta için de sağlık ihtiyaç duyulan bir durumdur, mal değildir.

1980’lerin sonlarından itibaren hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık alanında çok sayıda reform gerçekleştirilmektedir. Ağartan (2007), bu reformların temel gerekçesi olarak gösterilen ‘sağlık krizi’nin aslında sağlık alanında yükselen maliyetlerle ilişkili olduğunu ve reformların aslında nihai amacı kamu harcamalarını kısmak olan neo-liberal ideolojinin eseri olduğunu vurgulamaktadır. Sağlık alanındaki harcamaları kısma yönelik programların yaygınlaşması, Klein (1995) tarafından ‘reform salgını’ olarak adlandırılır ve bu reformların tümü Ağartan’a (2007:38) göre “tek bir sağlık reformu programı” olarak görülebilir.

Sağlık sistemlerinde reforma neden olan unsurlar makroekonomik unsurlar, ideolojik dönüşümler ve sağlık sistemine özgü faktörlerdir. Makroekonomik unsurlar özetle liberalleşme, küreselleşme, post-endüstrileşme kavramlarıyla ifade edilebilecek olan yeni bir döneme girilmesi ve refah devletinin zayıflamasıdır. Bu süreçle birlikte endüstriyel sektörde istihdamın azalması, esnek istihdam ve enformel sektörün genişlemesi, prime dayalı sosyal güvenlik sistemleri açısından bir tehdit oluşturmaya başlamıştır. Liberalleşme ve küreselleşmenin ideolojik etkisiyle kamu sağlık hizmetleri verimsiz ve kalitesiz olarak tanımlanmış, hastaların doktorlar karşısında güçlendirilmesi ve seçme hakları kavramları vurgulanmış ve sağlık hizmetlerinin piyasa tarafından daha verimli ve kaliteli olarak sağlanacağı öngörülmeye başlanmıştır. Sağlık alanına özgü sorunlar ise epidemiyolojik dönüşüm nedeniyle ölümlere neden olan hastalıkların değişmiş olması, salgın ve akut hastalıkların yerini kronik hastalıkların almasıdır. Toplumların ortalama yaşam sürelerinin uzaması nedeniyle giderek daha fazla görülen kronik hastalıklar da daha fazla sağlık hizmeti talep edilmesine neden olmuştur (Ağartan, 2007:-38-45). Bu nedenlerle yaygınlaşan reform hareketleri, ulusal sağlık sistemlerinden sosyal sigorta sistemlerine geçilmesini, sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılmasını, hastalığı önleyici mekanizmaların ve birinci basamak hizmetlerin yaygınlaştırılarak ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere olan talebin azaltılmasını ve piyasa mekanizmalarının daha çok kullanılmasına yönelik olarak sosyal güvenlik sistemlerinin yeniden yapılandırılmasını içermektedir (Ağartan, 2007:47-49). Dünya çapında görülen birbirine benzer reform hareketlerinin 'rastlantısal olmadığını' belirten Leys'e (2007:104-110) göre bu sistem daha da dönüşecek, hastaneler giderek daha çok maliyet güdümlü tedavi yöntemleri kullanacak, özellikle kırsal ya da yoksul bölgelerde ters bakım yasası geçerli olacak ve sonunda sağlık sistemleri daha az personelli, ödemeyi kabul edenlerin ödediği vergilerle finanse edilen ve kamu hizmetleri de dahil olmak üzere tüm hizmetlerin çoğunun özel sektör tarafından sağlandığı sistemlere, yani A.B.D. sisteminin türevlerine dönüşecektir.

Sağlık sistemlerinde yaşanan reformların ardında yatan neo-liberal ekonomi politikaları ile sağlık arasındaki ilişki çeşitli açılardan ele alınmaktadır. Sosyal ve

ekonomik eşitsizliklerle olan ilişkilerinden de anlaşıldığı gibi sağlıktaki eşitsizlikler, toplumda gücün eşitsiz bir şekilde dağılmasından kaynaklanmakta ve neo-liberal ekonomi politikaları bu durumu derinleştirmektedir. Navarro (2008), hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde 1960'larda başlayan ve 1970'ler boyunca süren bir eleştiri akımıyla tıbbın biyomedikal modelinin eleştirildiğini, Alma Ata Bildirgesi'nde³⁵ hastane merkezli biyolojik modele yönelik toplumsal müdahaleler içeren bir alternatif sunulduğunu belirtmektedir. Ancak Navarro (2008) neo-liberal politikaların uygulanmaya başlamasıyla birlikte bu eleştirel dönemin sona erdiğini ve Dünya Sağlık Örgütü'nün de neo-liberal ideolojiyi yeniden ürettiğini belirtmektedir. Neo-liberal ideolojiye göre (i) devlet çözümden çok sorunun bir parçasıdır ve küçültülmesi gerekir, (ii) işgücü ve finans piyasaları 'piyasanın muazzam yaratıcılığını' serbest bırakmak üzere düzensizleştirilmeli (deregülasyon) ve (iii) ticaret ve yatırımların canlandırılması için emeğin, sermayenin, malların ve hizmetlerin tam dolaşımını (hareketliliğini) engelleyen sınırlar ve engeller ortadan kaldırılmalıdır (Navarro, 2008:152-153). Navarro (2008:152-153) ideolojideki bu değişimin sağlık politikalarında kullanılan terminolojiyi de değiştirdiğini, son otuz yılda hastaların müşteriler haline geldiğini, planlamanın yerini piyasa ve rekabet kavramlarına bıraktığını, çeşitli ülkelerde ulusal sağlık sistemleri tasfiye edilerek yerlerini özel sağlık sigortalarının almaya başladığını belirtmekte, bu değişimin sağlık sektöründeki yansımalarını şu şekilde özetlemektedir:

- (1) Sağlık bakımındaki kamu harcamalarının azaltılması,
- (2) Sağlık bakım hizmetlerinin özelleştirilmesi,
- (3) Kamu sağlığı altyapısı tasfiye edilmesi, edilemiyorsa zayıflatılması,
- (4) Sağlık profesyonellerinin özellikle azgelişmiş ülkelere gelişmiş ülkelere doğru tam hareketliliğinin sağlanması,

³⁵ 1978 yılında Alma Ata'da Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslar arası bir konferans düzenlenmiş ve çağdaş halk sağlığı ilkelerini içeren bir bildirme yayınlanmıştır. Bu bildirme özetle dünya toplumlarının ve bütün hükümetlerin en kısa zamanda dünyadaki tüm insanların sağlıklarını korumak ve daha iyi bir duruma getirmek için gerekenleri yapmasının önemini belirten ve sosyal eşitliği, öz sorumluluğu, sağlık hizmetlerinde sektörler arası eşgüdümü ve uluslar arası dayanışmayı vurgulayan bir bildirgedir (Dünya Sağlık Örgütü Türkiye İrtibat Ofisi, <http://www.t-hasak.org/denizli/docs/almaata.htm>).

(5) Tıbbi donanım ve ilaçların gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere doğru, nüfusları korumaksızın ve bu ürünlerin herhangi bir düzenlemeye tabi olmaksızın tam hareketliğin sağlanması³⁶ ve

(6) Tıbbın biyolojik ve davranışsal modeline geri dönülmesi ve biyoteknolojilerin dünyanın yedinci finansal harikası olarak kabul edilmesi.

1.1.4. Türkiye'de sağlık politikaları ve temel sağlık göstergeleri

1.1.4.1. Türkiye'de sağlık politikalarının tarihsel gelişimi

1.1.4.1.1. 1920-1945 dönemi

1920-1945 Döneminde Türkiye’de sağlık politikalarının uzun süren savaşlar nedeniyle ortaya çıkan salgın hastalıkları önlemeye odaklandığı ve bu dönemde sağlık mevzuatının oluşturulmaya başlanmasına odaklandığı söylenebilir. 1920’de 3 sayılı kanunla *Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti* (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) kurulmuş, ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Adnan Adıvar doktor, hemşire ve hastane yatağı sayılarına ilişkin veri toplamış ve ilgili kadroları düzenlemiştir. 1921’de göreve gelen bir sonraki Sağlık Bakanı, aralıklarla 16 yıl bu görevi yürütecek olan Dr. Refik Saydam olmuştur. Refik Saydam döneminde sağlık sisteminin temel amaçları son derece yaygın olan sıtma, frengi, trahom, verem, cüzam gibi bulaşıcı hastalıkları ortadan kaldırmak ve koruyucu tıp ve halk sağlığı uygulamalarını gerçekleştirmek olmuştur. Refik Saydam döneminde sağlık hizmetlerinin yönetiminin tek elden ve planlı olarak yürütülmesi gereği vurgulanmış, koruyucu hekimliğin devlet görevi, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmeti olması gerektiği savunulmuş ve sağlıkla ilgili çeşitli yasalar çıkarılarak sağlık mevzuatı oluşturulmaya başlanmıştır. İlk ulusal tıp kongresinin (1925) de düzenlendiği bu dönemin bir diğer özelliği de savaşlar nedeniyle azalan nüfusun artırılmasına odaklanması ve nüfus ve aile planlamasının yasaklanmasıdır³⁷. Bu önlemlerle birlikte, 1935-40 yılları arasında bebek ölüm

³⁶ Bu süreç "toplumsal dökme" (social dumping) olarak adlandırılmaktadır.

³⁷ 1926 yılında yürürlüğe giren Ceza Yasası’nın 471’inci maddesiyle kürtaj, bu kanuna 1936 yılında eklenen bir maddeyle kısırlaştırma, 1930’da yürürlüğe giren Halk Sağlığı Kanunu’nun 152’nci maddesiyle de gebeliği önleyici ürünlerin üretimi, ithalatı ve satışı yasaklanmıştır.

oranı binde 273, ortalama yaşam süresi nüfus geneli için 35 yıl, beş yaşına kadar ulaşabilenler için de 50 yıldır (Shorter, 2000).

1.1.4.1.2. 1946-1960 dönemi

1946-1960 Döneminde Türkiye'nin her biri kendine yeterli bir örgütlenmeye sahip olacak olan yedi sağlık bölgesine ayrılmasını hedefleyen Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı hazırlanmış, ancak plan tam olarak uygulanamamıştır (www.saglik.gov.tr). Bu dönemin en önemli özelliğinin koruyucu sağlık hizmetlerinden çok yüksek maliyetli olan tedavi hizmetlerine odaklanması olduğu söylenebilir. Her ne kadar Demokrat parti döneminde (1950-60) il özel idarelerine ve belediyelere ait hastaneleri Sağlık ve Sosyal Yardımlaşma Bakanlığı'na devredilmesiyle birlikte devlet tedavi hizmetlerinin sorumluluğunu üstlenmişse de tarım toplumu niteliğindeki topluma genel sağlık sigortasının uygun olmadığına karar verilerek prim sistemiyle işleyen bir sağlık sigortası tasarlanmış ve bu hizmeti sunma görevi İşçi Sigortaları Kurumu'na verilmiştir Günal (2008:196-7).

Uygulanan prim sisteminin çoğu tarım sektöründe çalışan ve prim ödemeleriyle ilgili ciddi sorunlar yaşayan nüfusa uygun olmamasının doğal bir sonucu olarak bu dönemde formel sektörde çalışanlar ve nüfusun geri kalan kısmı arasında özellikle sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizlikler görülmeye başlanmıştır. Özellikle doktorların yeni gelişmekte olan kentlerde yoğunlaşmaları ve özel muayenehaneler açmaları hem zenginler ve yoksullar arasındaki hem de kentsel ve kırsal alanlar arasındaki eşitsizlikleri belirginleştirmiştir (Günal, 2008:179-198). Sağlık hakkının yurttaşlığa dayalı temel bir hak olarak görülmediğini gösteren bu gelişmeler toplumda istihdama dayalı sınıfsal bir bölünme yaratan ve özellikle bu dönemde istihdam düzeyi son derece düşük olan kadınları erkeklere bağımlı kılan hiyerarşik ve ataerkil bir sağlık sisteminin kurulmasında etkili olmuştur.

1.1.4.1.3. 1961-1980 dönemi

1961-1980 döneminde sağlık politikalarındaki en önemli iki gelişmeden ilki 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un yürürlüğe girmesiyle başlayan süreçtir.

Yasa, prim ödemek koşuluyla olmakla birlikte bir insan hakkı olarak herkese sağlık hizmeti vermeye çalışmakta, sağlık ocaklarınsa ücretsiz sağlık hizmeti sunulmasını ve kamu kurumlarında çalışan doktorların tam gün çalışmasını öngörmektedir. Sağlık hizmetlerinin devletin sorumluluğu olduğunu belirten ilk anayasa olan 1961 Anayasası ortamında hazırlanan bu yasanın sosyal devlet anlayışını yansıtan ve sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmaya çalışan³⁸ bu yasa çerçevesinde 1963-1971 yılları arasında ağırlıklı olarak doğu illeri olmak üzere 67 ilden 25'i sosyalleştirilmiş (TTB, 2006), ancak 1965 yılından sonra çıkarılan Devlet Memurları Kanunu ile birlikte uygulamaya sekte vurulmuştur (Fişek, 1990). Türkiye'nin ulusal sağlık sistemi olarak tasarlanan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi bu statüye kavuşamamış ve yasa hiçbir zaman tam anlamıyla uygulanamamıştır (TTB, 2006)³⁹. Bu çerçevede koruyucu sağlık hizmetlerinden devletin sorumlu olması, ancak tedavi hizmetlerinin finansmanını karşılayamayacağı ve bu alanda insanların katkı payı ödemelerinin bir zorunluluk olduğu kabul edilmiş ve 1965'te SSK yasası, 1971'de de Bağ-Kur yasası yürürlüğe girmiştir.

Bu dönemdeki ikinci büyük gelişme ise 554 sayılı *Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun (1965)* ile birlikte önceki dönem politikaların aksine hızlı nüfus artışının ekonomik gelişmeyi engellediği görüşü hakim olması, gebeliği önleyici ürünleri

³⁸ Bu olumlu özellikleri genel olarak kabul edilmekte birlikte yasa, sağlık hizmetlerinin sadece genel bütçeden finanse edileceği konusunda net olmadığı, primden ve cepten ödemelerden bahsettiği, “piyasacı-kapitalist ekonomik sistem içindeki karma bir finansman modelini” tanımladığı ve bir bütün olarak sağlıktaki eşitsiz yapıya dokunmadığı için eleştirilmektedir (TTB, 2006).

³⁹ Yasanın tam olarak uygulanamamasının nedenleri arasında yasada belirtilen sevk sisteminin uygulanmaması nedeniyle halkın sağlık ocaklarını sadece ilaç yazılan ikinci sınıf kurumlar olarak görmeye başlaması, yasada belirtilen oranda sağlık ocağının hizmete sokulmaması gibi nedenlerle birinci basamak sağlık kurumlarının geri kalması, sosyal güvenlik kanunu ile prime dayalı ödeme sisteminin gelişmesi sonucu sadece formel sektörde çalışanların sağlık hizmetleri alabilmesi, sosyal güvenlik kurumlarına ait hastanelerin kamu hastanelerine dönüştürülmesinde karşılaşılan zorluklar, doktorların özel muayenehanelerinde geçirdikleri zaman nedeniyle büyüyen personel yetersizliği sorunu, tam gün yasası (Resmî Gazete, 1978) çıktıktan sonra uzman doktorların devlet hastanelerini tercih etmemeleri, yeterli bütçe sağlanmamasından kaynaklanan finansal sorunlar ve sosyalleştirme sisteminin doğu illeri için geliştirilen bir kırsal ve yoksul alanlar için uygulanan bir halk sağlığı programı olarak algılanması sayılmaktadır (Günel, 2008:326-376).

yasaklayan yasaların değiştirilmesi ve nüfus ve aile planlaması teşvik edilmesidir.

Böylece 1980'lere gelindiğinde Türkiye'de sağlık sistemi sağlık hizmetlerinin istihdam statüsüne bağlı olarak hiyerarşik bir şekilde verildiği, nüfusun tarımda ve enformel sektörde çalışan kısımlarını kapsayamayan ve çoğu işgücüne girmemiş olan kadınları çalışan erkeklere bağımlı kılan ataerkil bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.1.4.1.4. 1980-2002 dönemi

Bu dönem neo-liberal ekonomi politikalarının etkisiyle devletin sağlık hizmetleri sağlayıcı rolünden vazgeçmeye başlaması, sağlık hizmetlerinin yerelleşmeye, özelleştirilmeye, taşeronlaştırılmaya ve metalaştırılmaya başlanması, sağlıkta reform girişimlerinin başlaması ancak tasarıların yasalaşamaması ile özetlenebilir.

1981 yılı sonunda alınan bir Bakanlar Kurulu kararıyla, sağlık yatırımları teşvik kapsamına alınarak sağlıkta kamu fonlarının özel sektöre aktarılmasına başlanmış, 1983 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda döner sermaye uygulamaları yasaklanmış, sağlıkla ilgili mesleki ve demokratik örgütler kapatılmıştır (Soyer, 2000: 259-264). 1961 Anayasası devleti sağlık hizmetlerini topluma ulaştırmakla yükümlü tutarken 1982 Anayasası "sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilebilmesi için kanunla sağlık sigortası konabilir" şeklindeki 56. maddesiyle anayasaya ilk kez kamu sigortacılığı hükmünü getirmiş, devleti sağlık hizmeti sunan değil, düzenleyici ve denetleyici konumunda olacak şekilde tanımlamıştır.

Bu dönemin sağlık politikalarında sağlık ve ilaç sektörlerinde rekabetçi serbest piyasa mantığının benimsenmesi, sağlık hizmetlerinin özel sektörden satın alınması ve personel istihdamının sözleşmeli istihdama dönüştürülmesi hedeflenmiştir (Soyer, 1996:115). 1987 yılında yürürlüğe giren 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1980 sonrası sağlık politikalarını özetlemektedir. Kanun kamu ve özel sağlık kurumlarının düzenlenmesi görevini Sağlık Bakanlığı'na vermiş, kamuya ait sağlık kurumlarında verilen her türlü hizmet Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından belirlenen "ücret tarifeleri"

ile ücretlendirilmiş, yabancı personel çalıştırılmasına ve sağlık personelinin sözleşmeli istihdamına olanak tanımış, sağlık personeli içinde sadece doktorların özel sektörde çalışmasını mümkün kılmış, sağlık personelinin iş güvencesinden yoksun, düşük ücretlerle ve işgücü piyasasındaki rekabetin yarattığı olumsuz çalışma koşullarında çalışmasına neden olmuştur. Kamu sağlık hizmetlerinin ticarileştirilerek piyasaya açılması ve devletin sağlık hizmetleri alanındaki sorumluluğunu terk etmesine yönelik daha sonra yapılacak bütün girişimlerin ve düzenlemelerin öncüsü (Orhan, 2006:101) sayılabilecek olan bu kanunun bazı maddeleri sosyal devlet ilkesi ve personel rejimiyle bağdaşmadığı gerekçesiyle Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir.

Bu dönemde hem kişi başına sağlığa harcanan para (1980'de 55 A.B.D. dolarından 2000'de 135 A.B.D. dolarına), hem de kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki payı (1988'de %52'den 2000'de %80'e) artmıştır (Soyer, 2004:46). 1980 sonrasında sağlık harcamalarını ağırlıklı olarak kamu kurumları yapmış, bu harcamalar 1980'lerin sonlarına doğru büyük ölçüde özel sektöre kaynak aktarılması şeklinde gerçekleşmiş ve bu eğilim 1990'lar boyunca devam etmiştir. Sağlık alanında harcamaların arttığı, kaynakların sınırlı olduğu ve bu nedenle rasyonel kullanılması gerektiği söyleminin kapitalist ve emperyalist sömürüyü ve devletin burjuvaziye gözetmesini ve kaynakların özel sektöre aktarılmasını gizleyen ideolojik bir söylem olduğu, sorunun kaynakların sınırlı olmasından değil, eşitsiz dağılımdan kaynaklandığı (Yavuz, M. 2010:101), ayrıca sağlık harcamalarındaki artış sağlık çalışanlarına ve koruyucu tıp uygulamalarına gidiyorsa ve kaynak israfı yapılmıyorsa takdir edilmesi gereken bir durum olduğu (Yılmaz, 2007: 57) belirtilmektedir. Gerçekten de Türkiye'nin sosyal güvenlik havuzunun sadece işveren ve işçi katkısından oluştuğu, devletin hiç katkı yapmadığı ülkelerden biri (DSÖ, 2010) olduğu dikkate alındığında sosyal güvenliğin devletin üzerinde "yük" olmasının olanaksız olduğu netleşecektir. Ayrıca Elbek (2008) DSÖ'nün verileri üzerinden yaptığı incelemede Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranının birçok gelişmiş ülke ile yaklaşık düzeyde olduğunu göstermektedir. 1989 yılında toplam sağlık harcamalarının %1,5'i kamudan özel sektöre aktarılırken bu oran 1998'de %24,3'e yükselmiş, sağlık sektöründeki paranın kamuya giden payı

%63,2'den %50,7'ye gerilerken özel sektöre giden pay %36,8'den %49,3'e yükselmiş (Soyer, 2004:47-8), 2006 yılında özel sağlık kuruluşlarına bir milyar doların üzerinde kaynak aktarılmıştır (Yılmaz, 2007:38-39). Bu dönemde kamu sağlığının finansmanı genel bütçe dışındaki fon ve döner sermaye gibi kaynaklara giderek daha fazla dayanmaya başlamış, kamu sağlık kurumları da gelirlerinin önemli bir kısmını "hizmet satarak" Emekli Sandığı'ndan, Bağ-Kur'dan, Yeşil Kart'tan ve cepten yapılan harcamalardan edinir hale gelmişlerdir (Soyer, 2004:48, 52).

1980-2000 döneminde kamu sağlığına yeterince yatırım yapılmamış, Sağlık Bakanlığı'nın yatırım payları azalmış, kamu sağlık kurumları yenilenmemiş, kamu kurumlarındaki yatak kapasitesinin özel sektöre oranla yeterince artmaması, personel ve donanım eksiklikleri, kamu hastanelerine faaliyet sınırlaması getirilmesi (Soyer, 2004:51-2) gibi nedenlerle kamu kurumları sağlık hizmeti talebini karşılayamaz hale gelmiş, buna karşılık özel sektöre verilen teşviklerin de etkisiyle özel sağlık yatırımları artmıştır. 1992-2002 yılları arasında, 1982-88 yılları arasında verilenin en az 300-800 katı kadar özel sağlık teşviki verilmiş, buna paralel olarak özel sağlık yatırımları 1998 sonrasında kamu sağlık yatırımlarının iki katına ulaşmış, 1988'de 115 olan özel hastane sayısı 2000'de 261'e çıkmıştır (Soyer, 2004:49). Kamu sağlığının zayıflamasıyla birlikte oluşan boşluğu devlet tarafından desteklenen özel sektörün doldurması sağlanmıştır. İstanbul'da yetersiz sayıda sağlık ocağının veremediği hizmeti, yaklaşık her semtte sağlık ocağı sayısının 1,5 ila 8 katı kadar olan özel polikliniklerin vermesi ve 1984-2004 yılları arasında hiç yeni devlet hastanesi kurulmayan İstanbul'da bu süre içinde 150 özel hastane kurulması (Bilaloğlu, 2004:66), genel olarak Türkiye'deki özel hastanelerin de %56'sının İstanbul'da bulunması (Soyer, 2004:53,54) zayıflatılan kamu sağlık sektörünün yerini özel sektörün aldığı somut göstergelerindendir.

Kamu hizmetlerini kötü ve verimsiz olarak tanımlayan ve kamu kurumlarının etkin ve verimli çalışmasının ancak rekabet, ekonomik teşvikler gibi bazı piyasa unsurlarının kamu sektöründe de benimsenmesi ve uygulanmasıyla mümkün olduğunu savunan Yeni Kamu Yönetimi Paradigması (Ağartan, 2010:65) doğrultusunda kötüleş(tiril)en kamu sağlığı hizmetleri, kamu sektörünün sorunlu

ve hantal gösterilmesini ve “hızlı ve etkin” yapısıyla özel sektörün varlığının meşrulaştırılmasını kolaylaştırmıştır (Elbek, 2009b:73), diğer bir deyişle devlet kamu sağlık sektörünü zayıflatarak özel sektörün kabul görüp olumlanması yönünde bir rıza üretebilmiştir.

ANAP hükümeti döneminde sağlık alanındaki iyileşmeler ana çocuk sağlığı konusunda yeni sağlık programlarının başlatılması, beş milyon çocuğun aşı kampanyası çerçevesinde aşılması, nüfus planlaması merkezlerinin, Kamu sağlığı merkezlerinin ve Hızır acil merkezlerinin açılması (Soyer, 1996:1115) olarak sıralanabilir.

1987-93 yılları arasında ulusal sağlık politikası oluşturmak için çeşitli reform denemeleri olmakla birlikte bu denemeler başarıyla sonuçlanmamış, bu reformların maddeleri içinde sadece Yeşil Kart uygulaması ile özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmaya teşviki (Ağartan, 2005) başarıyla sonuçlanmıştır. 1995 yılında başlatılan uygulamalarla bazı ameliyat ve tetkikler için hastalarını özel hastanelere sevk edebilen SSK, ilerleyen süreçte sigortalıların ayakta tedavi ve poliklinik hizmetlerinin de özel hastanelerden satın alınması uygulamasını başlatmıştır. Böylece, SSK’nın ayakta tedavi hizmetlerini, sözleşmeye uyan ve en uygun fiyatı veren özel sağlık işletmelerine devretmesi ve poliklinik hizmetlerinin özelleştirilmesi öngörülmüştür (Ersel, 2001).

Belek (1998:65), 1990’larda özellikle IMF ve Dünya Bankası’nın önderliğinde uygulanan yapısal uyum programlarının beslenme üzerinde yarattıkları olumsuz etkilerle sağlığın bozulmasına, sağlık sektörüne ayrılan kaynakların azalmasına ve ücretleri azaldığı için motivasyonları düşen sağlık personelinin hizmetlerinin kalitesizleşmesine neden olduğunu belirtmektedir. 1989’dan 1994’e kadar olan dönemde ekonomik gelişmenin etkisiyle kamu sağlık harcamalarında ve sağlık çalışanlarının yaşam koşullarında görece bir iyileşme yaşanmış, ancak 5 Nisan kararları ile birlikte kamu sağlık hizmetleri büyük bir darbe almıştır. Bu kararlardan sonra devletin kamu sağlık kurumlarına katkısı maaşların ödenmesiyle sınırlanmış, devlet hastaneleri kendi masraflarını karşılamak, hizmetleri ücretlendirilen sağlık ocaklarına başvuranlar da ücret ödemek

zorunda kalmış, devlet hastanelerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi fiilen başlamış, hastaneler özerk işletmeler haline dönüşmüş (Soyer, 2000:261-3) ve taşeron işgücü kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır (Akalin 1998:164).

1990'lardaki ikinci önemli gelişme, 1992 tarih ve 3816 sayılı *Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun*'ün yürürlüğe girmesiyle birlikte Yeşil Kart uygulamasının başlatılmasıdır. Bu kanunla hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının üçte birinden az gelire sahip olanların sağlık hizmetleri masrafları devlet tarafından karşılanmaya başlamıştır. Yeşil Kartın ihtiyaç sahibi olmayanlara da dağıtıldığı ileri sürülmekte birlikte Yeşil Kart kullanımındaki artışın istismarlardan değil, yoksul nüfusun artmasının sonucu olduğu savunulmaktadır (Hatun, 2002). Bununla birlikte 2005 Mayıs'ından itibaren Yeşil Kartlı yurttaşların gereksiz ilaç kullanımını önlemek gerekçesiyle ilaç masrafının %20'si tahsil edilmeye başlanmıştır.

Yoksulların ya da sağlık sigortası kapsamı dışında kalanların sağlık hizmetlerinin finansmanını Yeşil Kart aracılığıyla üstlenmesi, devletin sağlıkla ilgili Anayasal hakları sağlamak ve görev ve sorumluluklarını yerine getirmek yerine yurttaşlarına yardım *lütfünde* bulunması anlamına gelmektedir. Devletin yurttaşlarına sunduğu tek lütuf bu değildir. 1986'da sıklıkla Fak-Fuk-Fon (fakir fukara fonu) olarak adlandırılan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'nun kurulması, 2001 yılından itibaren Dünya Bankası kaynaklarıyla başlatılan ve SYDTF aracılığıyla yürütülen şartlı nakit transferi⁴⁰ ve 1992'den itibaren Yeşil Kart gibi yoksullara yönelik politikalar devletin hegemonik iktidarını (Gramsci, 1971) yaratmasına yardımcı olmaktadır. Ekonomik liberalizmin zora dayalı bir sistem olmaktan çok rızaya dayalı bir sistem hedeflemekte (Elbek, 2009b:72-73) sıkça yapılan iddiaların aksine küreselleşme ile birlikte sosyal

⁴⁰ Toplumun en yoksul %6'lık kesimindeki ailelere, gebe ve çocuklarının sağlık takiplerini yaptırmaları şartıyla her gebelik ve her bir çocuk için aylık 20 TL nakit para yardımı yapılmakta, doğumlarını sağlık kuruluşlarında yaptırmaları halinde gebelere ayrıca 60 TL yardımda bulunmaktadır (Akdağ vd., 2008:84).

harcamalarda bir azalma yaşanmamaktadır (Buğra ve Adar, 2007:9,11). Her ne kadar Türkiye'de sosyal harcamalar Avrupa ülkelerine oranla daha düşük düzeyde kalsa ve sosyal harcamalar bir yandan hak temelli Yeşil Kart uygulaması gibi, bir yandan da daha çok hayırseverliğe dayanan SYDTF (Buğra, 2008:218) gibi kurumlar üzerinden yapılsa da formel olarak herhangi bir sosyal güvencesi olmayan insanların korunmasına yönelik bu tip politikalar bir yandan emniyet sübabı (Merton, 1938) işlevi görmekte, diğer yandan sistemin kendilerini dışlamadığını düşünmelerine ve mevcut sisteme rıza göstermelerine neden olmaktadır. Sağlık politikalarında 2003 sonrasındaki gelişmelerde de değinileceği gibi bu mekanizma sağlık sisteminden duyulan memnuniyetin temel nedeni gibi görünmektedir.

2000'lere doğru sağlık alanında yaşanan bir diğer önemli gelişme de sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi (TKY) çalışmalarına başlanmasıdır (Orhan, 2006:118-123). TKY'nin işletmelerin ürün ve süreçleri açısından neo-liberal ekonominin küresel rekabet koşullarına uyum sağlamaları için geliştirilen bir anlayış olduğu dikkate alındığında bu uygulamaların başlatılması sağlık hizmetlerinin piyasalara entegrasyonunun bir parçası olarak düşünülmelidir. Sağlık Bakanlığı, 2001 yılında kendisine bağlı yataklı tedavi kurumlarına, 2002 yılında da valiliklere gönderdiği "Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi"nde verimlilik ve etkililiğin artırılabilmesi amacıyla laboratuvar tetkik sürelerinin kısılması, radyoloji tekrarlarının azalması, ameliyathane kullanım sürelerinin verimli hale gelmesi gibi tıbbi hedefler belirlemiştir (Orhan, 2006; Gökmen, 1995). TKY, altında barındırdığı çeşitli kalite ölçüm, izleme ve değerlendirme araçları ve işi ilk seferde tam ve doğru yapma anlayışıyla şüphesiz ki hastane enfeksiyonlarını ya da maddi ya da manevi olumsuz sonuçlar doğurabilecek hataları azaltmak gibi hedeflere uygulandığında etkili olacak bir uygulamalar bütünüdür. Bununla birlikte, TKY aynı zamanda bir piyasa aracıdır ve ürün ve hizmet üretimi, dağıtımı ve kullanımındaki bütün süreçlerde yer alanları iç ya da dış müşteriler olarak değerlendirir. Bu durum, evrensel bir insan hakkı olan sağlığına kavuşmak amacıyla, devletin sosyal güvencesi altında olsa ve devletin sağlık kurumlarına başvursa bile hastaların

“hizmet satın almak üzere gelen müşteriler” olarak değerlendirilmesine neden olacaktır.

Bu çerçevede 2003’e gelindiğinde sağlık sistemi bir iki madde dışında başarısız olan reform girişimlerinin görüldüğü, sağlıkta özelleştirmenin ve kamu kaynaklarının özel sektöre aktarılmasının hız kazandığı, kamu sağlık hizmetlerinin giderek yetersizleştiği, sağlık sistemindeki feodal ve istihdama dayalı ayrımcı yapının sürdüğü, yoksulların sağlık sorunlarının genel olarak sağlık sisteminin iyileştirilmesiyle değil, yoksullara yönelik bazı uygulamalarla çözülmeye çalışıldığı bir yapıdadır.

1.1.4.1.5. 2003’ten günümüze: Sağlıkta Dönüşüm Programı

2002 yılında göreve başlar başlamaz AKP hükümeti sağlık sistemindeki sorunlara değinmiş, mevcut sağlık sisteminin erişilmez, etkisiz ve artan ihtiyaca yanıt veremeyen bir hale geldiğini ve sistemdeki suiistimaller nedeniyle maliyetlerin de arttığı belirtilmiştir (58. Hükümet Programı, 2002). Sağlık sisteminin temel sorunları çeşitli kamu hastaneleri ve özel hastaneler arasında etkili bir koordinasyon olmadığı için hizmet ve yatırım planlarının toplum ihtiyaçlarıyla paralel olmaması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin altyapılarının yetersiz olması ve bu hizmetlere talep olmaması, sevk zincirinin çalıştırılmaması nedeniyle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yığılma olması, buralarda ilaç ve tıbbi malzemelerin israf edilmesi, doktorların yurt çapında dengeli dağılımının sağlanamaması, sağlık yönetimi ve işletme yönetiminin birbirinden ayrılmamış olması ve sağlık çalışanlarının devlet memuru statüsünde istihdam edilmesinin ücretlendirme açısından mahsurlarının olması (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003:14-18) şeklinde belirtilmiştir. 58. hükümetin acil eylem planında sağlıkla ilgili temel hedefler (i) Sağlık Bakanlığı’nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması, (ii) tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması, (iii) sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması, (iv) hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması, (v) aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, (vi) anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, (vii) koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması, (viii) özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının

özendirilmesi, (ix) tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri, (x) kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi ve (xi) sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi şeklinde belirlenmiştir (Akdağ vd., 2008:21).

1990'lar boyunca çeşitli hükümetlerin getirdiği reform önerileri hem kamu sektörünü daraltmayı hem de devletin piyasaya müdahalelerini sınırlamayı amaçlayan, devletin rolünün küçülmesi ve özel sektörün desteklenmesi konusunda aynı görüşe sahip olan, özetle sağlık sistemini serbest piyasa koşullarına adapte etmeyi amaçlayan ve birbirine çok benzeyen önerilerdir (Ağartan, 2005, 2010; Hamzaoğlu, 2010). Sağlık Bakanlığı (2003) da sağlık sisteminde planlanan değişimin reform olarak adlandırılmadığına dikkat çekerek yeni bir görüş ortaya koymadıklarının bilincinde olduklarını belirtmiş, böylece mevcut yapıyı tahrip etmeden sistem içinde küçük ama etkili müdahalelerle sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumunda değişiklikler öngören Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) acil eylem planının belirlenmesinden hemen sonra 2003 itibarıyla başlamıştır. SDP'nin son derece hızlı bir şekilde uygulanmaya konması bir yandan planlama sürecinde bazı hatalara yol açarak bazı maddelerin Anayasa Mahkemesi'nden dönmesine, diğer yandan diğer kurum ve kuruluşlara program hakkında eleştiri ve alternatif öneriler geliştirip bunları toplumla paylaşmak için yeterli zaman kalmamasına neden olmuştur (Ağartan, 2005:11). Her ne kadar SDP'nin bir taslak olduğu ve son halini uzmanların ve halkın görüşleri alındıktan ve gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra alacağı belirtilmiş olsa da programı yapanlar TTB⁴¹ veya sendikalar gibi çıkar gruplarının reformu şekillendirecek şekilde sürece dahil olmalarına izin vermemiş, bu gruplar Sağlık Bakanlığı tarafından konferans ve atölyelere çağrıldılarsa da bu grupların politika yapma sürecine dahil olmalarını

⁴¹ 1953 yılında kurulan TTB, doktorların devlete bağımlı kılınmasına neden olacak mesleki örgütlenme ve düzenlemelere karşı çıkmak ve meslek özerkliğini savunan bir kuruluştur. 224 sayılı kanun çerçevesinde 1960'larda tam gün yasasını destekleyen ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulaması pratisyen doktorlara ihtiyaç duyduğu için tıpta uzmanlaşma taraftarı olmayan TTB 1980 askeri müdahalesiyle zayıflatılmış, gücünü yeniden toplamaya başladığı 1980'lerin ikinci yarısından itibaren çeşitli hükümetler tarafından getirilen reform önerilerini eleştirerek sağlık hizmetlerinin diğer kamu hizmetleri gibi ücretsiz olarak devlet tarafından sağlanması gerektiğini savunmuştur (Ağartan, 2005:17-19).

sağlayacak bir diyalog oluşturulamamıştır (Ağartan, 2005:24-25). Sendikaların ve TTB'nin sağlık politikalarının yapılması sürecinde etkili bir rol alamamaların temel nedeninin Türkiye'de sivil toplumun özellikle 1980 sonrasında örgütlenme ve politik eylemler konusunda önemli ölçüde sınırlandırıldığı için zayıf kalması ve kurumsal ve politik düzenlemeler nedeniyle TTB'nin de sendikaların da yeterli özerliğe sahip olamaması olduğu belirtilmektedir (Ağartan, 2005:25).

SDP'nin ilkesel olarak halkın sağlık düzeyini yükseltecek (etkili), kaynakları uygun şekilde kullanarak aynı kaynakla daha fazla hizmet üretecek ve tüm sektörel kaynakları bütünleştirecek (verimli), insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşıp bu hizmetlerin finansmanına kendi mali güçleri ölçüsünde katılacakları (hakkaniyetli), kır-kent, doğu-batı ve çeşitli sosyal gruplar arasındaki sağlık eşitsizliklerini azaltacak bir program olduğu belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003:24). Temel ilkeleri insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, ademi merkeziyetçilik ve hizmette rekabet olan SDP'nin temel bileşenleri de Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici bir role kavuşması, genel sağlık sigortası, yaygın ve erişimi kolay sağlık hizmet sistemi (aile hekimliği, sevk zinciri ve hastanelerin idari ve mali özerkliğinin sağlanması), sağlık sektöründeki insan gücünün bilgi, becerileri ve motivasyonlarının artırılması, sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları kurulması, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon, ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma (ulusal ilaç kurumu ve tıbbi cihaz kurumu) ve sağlık bilgi sisteminin kurulmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003:25-36). Burada bu bileşenlerden Genel sağlık sigortasının ve yaygın ve erişimi kolay hizmet sisteminin incelenmesi yerinde olacaktır.

1.1.4.1.5.1. Genel sağlık sigortası

Genel Sağlık Sigortası (GSS) rasyonel olmayan düzenlemeler nedeniyle 'profesyonel sigortacılık' anlayışından uzaklaşmış olan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın verimsizliğine karşı, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmeti sunmak, hasta-doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak, ilaç ve tıbbi malzeme israfını azaltmak ve sağlık harcamalarının maliyetini düşürmek

amacıyla hazırlanan, sağlık sigortasını diğer sigorta sistemlerinden ayıran ve yurttaşların ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulundukları bir sigorta modelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003:26-28). Sağlık Bakanlığı, GSS yanında özel sağlık sigortacılığının gelişiminin de destekleneceğini, özel sigortaların GSS'nin kapsadığı temel teminat paketi dışındaki hizmetleri kapsayan tamamlayıcı bir rolle sisteme dahil olmalarının sağlanacağını (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003:28-29) belirtmektedir.

26.12.2003 tarihinde 24104 sayılı *Sağlık Bakanlığı ve SSK Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımına İlişkin Protokol* uygulamaya konmuş, bu protokolle SSK ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ortak kullanıma açılmış, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensuplarının, aktif devlet memurlarının ve Yeşil Kart sahiplerinin SSK sağlık kurumlarından, SSK sağlık yardımından yararlananların da Sağlık Bakanlığı'nın sağlık kurumlarından yararlanabilmesi mümkün kılınmıştır. 2005 yılında yürürlüğe giren 5283 sayılı *Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun* ile birlikte başka SSK hastaneleri olmak üzere bazı istisnalar⁴² dışında tüm kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 2006 yılında 5510 no'lu Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Genel Sağlık Sigortası uygulaması başlamıştır. TTB, GSS'ye yönelik adımlardan biri olan sağlık kurumları ortaklığı doğrultusunda SSK hastanelerinin diğer sosyal güvenlik kurumlarına üye olanların kullanımına açılmasını eleştirmiş ve bu hamlenin SSK'yı hizmet satın alan bir sağlık finansmanı kurumu haline dönüştüreceğini ileri sürmüştür (Ağartan, 2005:11). Benzer şekilde Bağ-Kur'luların Sağlık Bakanlığı hastanelerinden yararlanmalarını sağlayan yasaya ve özellikle de bütün sağlık sigortası kurumlarını tek çatı altında toplamak amacıyla SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesine TTB, Sağlık Emekçileri Sendikası (SES) ve Türk-İş, Hak-İş, KESK ve DİSK'ten oluşan ve TTB tarafından desteklenen Emek Platformu tarafından oldukça sert bir şekilde karşı çıkmış, tasarıların geri çekilmemesi durumunda genel greve gidileceği bildirilmiştir (Ağartan, 2005:11, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=>

⁴² Bu istisnalar Cumhurbaşkanlığı, yüksek mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleridir.

134928). Bu eleştirilere verilen yanıtları incelemeden önce GSS öncesindeki sistemi kısaca hatırlamakta yarar vardır.

Hastanelerin birleştirilmesinden önce nüfus sağlık hizmetlerine istihdam durumuna ve bağlı olduğu sosyal güvenlik kurumuna göre erişebilmekte, Emekli Sandığı'na, SSK'ya, Bağ-Kur'a mensup olanlar, Yeşil Kartlılar ve hiçbir sosyal güvencesi olmayanlar sağlık hizmetlerine erişebilirlik ve hizmet kalitesi açısından hiyerarşik bir yapı içinde yer almaktadırlar. Türkiye Cumhuriyeti'nin en fazla yatırım yaptığı yurttaşların öncelikle memurlar, sonra kalifiye işçiler olduğunu belirten Üstündağ ve Yoltar (2007:57), Emekli Sandığı ve SSK üyelerinin ömür boyu sağlık sigortası güvencesiyle ödüllendirilmiş yurttaşlar olarak, gelirleri belirsiz olan ve sağlık ihtiyaçlarının bir kısmını özel sektörden karşılamaları beklenen Bağ-Kur'luların üvey evlat, Yeşil Kartlıların sığıntı, sigortasızların ise başka biçimlerde sorunlu yurttaşlar olarak görüldüğünü belirtmektedir. Farklı sosyal güvenlik kurumlarına bağlı ve farklı sosyal ve ekonomik gruplara mensup olanların sağlık sisteminden beklentilerinin ve şikayetlerinin de farklı olduğunu belirten Üstündağ ve Yoltar (2007:61,74) dönüşümden önceki şikayetlerin bürokratik prosedürler, sistemin söz verdiği sağlık hizmetini sunmaması ve sürekli olarak cepten harcama yapılmasına neden olması başlıklarında toplandığını belirtmekte ve özellikle yeşil Kart dahil olmak üzere hiçbir sosyal güvenceye sahip olmayanların nüfusun %38'ini oluşturduğunu vurgulamaktadırlar. Bu çerçevede SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi ve genel olarak hastanelerin birleştirilmesi, Emekli Sandığı üyesi olan ve olmayan yurttaşlar arasındaki hiyerarşiyi kaldırmış ve 'sözde' vatandaşlara da 'özde' vatandaşlarla aynı hastaneye başvurma olanağını vermiştir (Elbek, 2009b:72). GSS'nin aşağıda değinileceği gibi haklı eleştiriler alan çeşitli yönleri olmakla birlikte hastanelerin birleştirilmesinin sağlık hizmetlerine erişimde mevcut olan eşitsizliklerin azaltılmasına katkıda bulunduğu açıktır. Bu çerçevede TTB ve sendikaların tutumları sistemi halkın, özellikle Emekli Sandığı üyesi olmayanların gözünden görememekle, gerçek hayattaki durumu iyi analiz edememekle (Elbek, 2009b) ve hükümet tarafından da statükocu olmakla (Ağartan, 2005:12) haklı olarak eleştirilmiştir.

GSS Kanunu'na göre sağlık hizmetleri kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucularından (gerçek kişi, kamu tüzel kişisi ya da özel hukuk kişileri) sözleşme yoluyla sağlanacaktır. Başka bir deyişle uluslararası kuruluşların tavsiyelerine ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma planına uygun şekilde sağlık hizmetlerinin finansmanı ve hizmet sunumu birbirinden ayrılmakta, devlet artık sağlık hizmetleri sunucusu görevini terk etmekte, kendi işlevini denetleme ve organizasyonla sınırlamaktadır. Sağlık hizmetinin üretilmesi ve finanse edilmesinin birbirinden ayrılması sonucunda finansmandan sorumlu yapının hizmeti üreten sağlık işletmeleri arasında oluşacak rekabetten yararlanarak hizmeti daha ucuza alması hedeflenmektedir (Hamzaoğlu, 2010:81), ancak bu sistemi uygulayan diğer ülkelerde bu uygulamanın sağlık hizmetlerinin pahalılaşmasına neden olduğu, ayrıca oluşan rekabet nedeniyle küçük sağlık kurumlarının kapanmak zorunda kalıp sağlık kurumlarında bir tekelleşmeye yol açacağı ve böylelikle sağlık işgücünün sömürsünün derinleşeceği belirtilmektedir. (Hamzaoğlu, 2010:81-82). Buna ek olarak kaynakların %60'ından fazlasının doğrudan bütçe dışı kurumlar tarafından sağlanmasının harcamalar üzerinde kamuoyu ve meclis denetiminin daha sınırlı olmasına yol açtığına (Yılmaz, 2007:38) dikkat çekilmektedir.

Hastanelerin birleştirilmesinde bir sonraki adım, 2010 yılında TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu tarafından Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı'nın kabul edilmesi olmuştur. Bu yasaya göre hastane ve hastane gruplarından oluşan 'hastane birlikleri' oluşturulacak, hastaneler kalite, verimlilik ve hizmet kalitesi gibi konularda değerlendirilecek ve A, B, C, D ve E olmak üzere 5 sınıfa ayrılacaktır. Kendi bölgelerinde hizmetlerin daha etkin ve verimli sunulmasını sağlamak amacıyla hastane ve sağlık birimlerinin kurulması, kapatılması veya birleştirilmesi önerisinde bulunabilecek olan birlikleri yönetim kurulu yönetecektir⁴³. Tüzün (2010:91) yönetim kurulunu oluşturan yedi üyeden

⁴³ Hastanelerin açılıp kapatılmasına karar verecek olan bu kurul (i) il genel meclisi tarafından belirlenen hukuk öğrenimi görmüş bir üyeden, (ii) il genel meclisi tarafından belirlenen yeminli mali müşavir veya serbest muhasebeci mali müşavir bir üyeden, (iii) vali tarafından belirlenen işletme, iktisat veya maliye alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üyeden, (iv) bakanlıkça belirlenen tıp öğrenimi görmüş bir üyeden, (v) bakanlıkça belirlenen sağlık sektöründe tecrübe sahibi ve alanında en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üyeden, (vi) ticaret ve sanayi odası veya bunların ayrı kurulmuş olması halinde ticaret odası tarafından

sadece birinin tıp öğrenimi görme şartı olmasının ve toplam üye sayısının yarısından azını Sağlık Bakanlığı'nın veya ona bağlı birimlerin belirleyecek olmasının hastanelerin nasıl işletmeleştirileceğinin bir işareti olduğunu belirtmektedir.

Bu yasa tasarısı TTB ve SES tarafından (i) kamu hastanelerinin devlet bütçesinden finanse edilmesine son vererek kamu hastanelerini kâr güden kurumlar haline dönüştüreceği, (ii) kamu hizmeti ve sosyal sorumluluk ilkelerinin geri plana itilmesine neden olacağı, (iii) kamu sağlık kuruluşlarının özelleştirilmesi için uygun koşulları sağladığı, (iv) birinci maddesinde birliklerin kâr amaçlı olmadığını belirttiği halde genel gerekçede "sağlık işletmesi" sistemine geçilmesi gerektiğini vurgulayarak kendi içinde çeliştiği, (v) cepten yapılan ödemeleri artıracak ve (vi) yönetim kurulu tarafından sözleşmeli olarak işe alınan sağlık personelinin iş güvencesiz, düşük ücretle ve örgütsüz çalışmaya zorlayacağı gerekçesiyle eleştirilmektedir (TTB, 2007; www.ses.org.tr).

GSS ile ücretli çalışan ve kendi hesabına çalışan herkese sağlık primi ödeme zorunluluğu getirilmiştir. Maaşı asgari ücretin üçte birinden fazla (ve asgari ücretin altı buçuk katından az) olan herkes brüt ücretinin %12,5'i kadar sağlık sigorta primi ödeyecek, bu primin %5'i sigortalı, %7,5'i işveren tarafından ödenmektedir. 2010 yılı Temmuz-Aralık döneminde 16 yaşından büyükler için asgari ücret brüt 760,50 TL'dir, bu durumda 253,50 TL üzerinde ücret elde edenler sağlık hizmetinden yararlanmak için primlerini ödemekle yükümlüdürler. Ayrıca kanun uygulamaya ilk konduğunda 18 yaş altı nüfusun anne-babalarının prim ödeyip ödememelerine bakılmaksızın bütün sağlık hizmetlerine ücretsiz olarak erişebilecekleri hükmü varken aynı yıl yapılan bir değişiklikle 18 yaş altı nüfusa verilecek sağlık hizmetinde de ebeveynin prim ödemesi koşulu getirilmiştir (Hamzaoğlu, 2010:100; <http://www.sgk-tr.com/genel-bilgi/18-yas-alti-cocuklarda-gss.html>; <http://www.timeturk.com>).

belirlenen, en az dört yıllık yüksek öğrenim görmüş bir üyeden ve (vii) İl Sağlık Müdürü veya aynı ilde birden fazla birlik bulunması halinde bakanlıkça belirlenecek İl Sağlık Müdür Yardımcılarından birinden oluşacaktır (TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu tarafından Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı, 2010).

Geliri asgari ücretin üçte birinden az olanların primini devlet ödemekte, ancak asgari ücretin üçte birinden fazla olan, örneğin ayda 300 TL ya da asgari ücret kazanan biri için hayatta kalmak bile yeterince zor bir hedefken bu gelirden prim ödenmesi, bu bireylerin yaşam kalitesinin daha da düşmesine neden olacaktır. Prim ödeyebilmek için harcamalardan kesinti yapılması, ancak son derece zaruri olan ihtiyaçlarını, o da kısmen karşılayabilen bu bireylerin barınma, ısınma ya da gıda masraflarından yapacakları kesintiyle mümkün olacak, sağlık hizmeti alabilmek için yapacakları bu kesintiler, sağlıkları açısından daha fazla riske maruz kalmaları ile sonuçlanacaktır. Ayrıca Saraç (2006:14) da muhtaç durumda olanların priminin devlet tarafından karşılanması için durumlarını belgelemek ve başvuruda bulunmak zorunda olmalarına değinerek okuma yazma bilmeyenlerin ya da başka nedenlerle kuruma başvuruda bulunamayanların sağlık hizmetlerinden mahrum kalacağını vurgulamaktadır. Bu durum gerçekten de mevcut eşitsizliklerin bir kısmını yeniden üretmektedir, özellikle eğitim ve sağlık arasındaki ilişki ve Türkiye'deki genel eğitim düzeyi düşünüldüğünde Saraç'ın (2006:14) vurguladığı noktanın önem kazandığı söylenebilir.

Sri Lanka, Hindistan, İran, Meksika gibi birçok ülkede Türkiye'de olduğu gibi 1990'lardan itibaren temel sağlık hizmetlerinde çeşitli reformlar gerçekleştirilmiş ve bu sayede nüfusun önemli bir kısmının temel sağlık hizmetlerine ulaşması sağlanarak sağlık göstergeleri iyileştirilmiştir, ancak bu ülkelerin çoğunda sağlık hizmetleri genel bütçeden veya kamu sigortasıyla finanse edilmekte (Ağartan, 2010:75), böylece prim ödeyemediği için sağlık hizmetinden yararlanamama sorunu söz konusu olmamaktadır. GSS toplumun bütünü kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi olarak tanımlansa da zorunlu sağlık sigortacılığında primler geliri düzenli ve sabit olanlardan toplanmaktadır, bu uygulamanın yaygın olduğu OECD ülkelerinde nüfusun ortalama %80'inin geliri düzenli iken Türkiye'de bu oran %51 civarında kalmaktadır (OECD, 2005; Hamzaoğlu, 2010:85). Finansmanın genel bütçeden yapılmayıp sigortacılık anlayışıyla sağlandığı sağlık sistemlerinde sağlık hizmetlerinin kentlerde ve düzenli istihdam olanaklarının olduğu bölgelerde yoğunlaştığı, bunun sonucunda sağlık

personelinin de bu bölgelerde yoğunlaştığı, böylece bu sistemlerin bölgesel ve bölgelerarası eşitsizlikleri derinleştirdiği vurgulanmaktadır (Yavuz, M. 2010).

Sağlık sisteminde yurttaşların prime ek olarak ödemeleri gereken katılım ve katkı payları da vardır. 2010 Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre muayene için birinci basamak sağlık kurumları ve ile hekimliği muayenelerinde 2 TL, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 8 TL, özel sağlık kurumlarında ise 15 TL *katılım payı* ödenmesi ve bu ücretin eczanelerde tahsil edilmesi öngörülmektedir (27532 sayılı Resmi Gazete, 2010).

Katkı payı ise GSS'nin kapsadığı temel teminat paketinin dışında kalan, yani kurumca finansmanı sağlanmayacak olan sağlık hizmetleri istendiği takdirde ödenen ücrettir. Gelişmiş ülkelerde bile sağlık finansmanı sorunlarının teminat paketlerinin kapsamlarının daraltılmasına (Orhan, 2006: 170) neden olmaktadır. Kanuna göre teminat paketini daraltmak Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) yetkisindedir ve yukarıda değinildiği gibi SGK'nın kemer sıkması gerektiğinde kanuna yeni bir koşul ekleyerek 18 yaş altı nüfusa sağlık hizmetlerini ebeveyninin primi üzerinden vermeye karar vermesi sağlık hizmetlerinin sadece mali yönler açısından değerlendirilerek düzenlenmesinin yaratacağı tehlikelerin bir örneğidir. Ayrıca kapsamı daraltmak SGK'nın yetkisinde olsa, yani kapsam SGK tarafından güvence altına alınsa da bu kapsamdaki ilk daraltma 1 Temmuz 2006 tarihinde çıkartılan Maliye Bakanlığı genelgesiyle gerçekleşmiştir (Pala, 2007:21). Bu önemli bir göstergedir ve sağlık hizmetlerinin kapsamını belirleyecek olanın SGK'dan çok Maliye Bakanlığı olduğunun, dolayısıyla kapsam daraltma söz konusu olduğunda öncelikli kriterin sağlık değil maliyet olduğunun sinyallerini vermektedir. Teminat paketinin kapsamının daraltılması, özel sağlık hizmetlerini teşvik edecektir, çünkü SDP çerçevesinde temel teminat paketi dışında hizmet almak isteyenlerin "tamamlayıcı" nitelikteki özel sağlık sigortası yaptırmaları gerektiği yasal olarak (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003:28-29) belirtilmiştir. Ekonomik sorunlar nedeniyle teminat kapsamı daraltılabileceği gibi bazı istisnai durumlar haricinde muayene, ilaç ve ortez ve protez gibi iyileştirme araç ve gereçleri için katkı payı alınmaktadır. Katkı payının belirtildiği 68. maddede ayrıca SGK Başkanlığı'na birinci basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde katılım payını almama ya da daha düşük

tutarlarda belirleme yetkisi verilmekte, kurumun yetkileri muğlak bir şekilde çok geniş tutulmaktadır.

Bununla birlikte, kamuya yapılan ödemelerin %38'inin zorunlu bağışlar ya da bıçak parası gibi enformel ödemeler olduğu, yoksulluklarından ötürü sağlık hizmetlerine ücretsiz erişimleri sağlanan Yeşil Kartlıların bile enformel ödemeler yapmak zorunda kaldıkları (%64'ü bıçak parası olmak üzere) ve yoksulların zenginlere, yaşlıların gençlere ve işsizlerin çalışanlara oranda daha fazla enformel ödeme yaptığı ortaya konmuştur (Tatar vd., 2007:1034-5, 1038). Bu çerçevede SDP ve GSS öncesinde de bıçak parası ya da zorunlu bağış adıyla ödemeler yapan nüfusun önemli bir bölümünün sağlık sistemindeki dönüşümle birlikte bu ödemeleri katkı payı ya da prim gibi formel biçimlerde yapacakları vurgulanmakta, dolayısıyla çok da yeni olmayan bu durumun geniş kitleler tarafından olumsuz karşılanmadığı, ödemelerin genellikle daha düşük düzeyde ve doğrudan devlete yapılacak olmasının bu tepkiyi güçlendirdiğine dikkat çekilmektedir (Elbek, 2009b).

1.1.4.1.5.2. Yaygın ve erişimi kolay hizmet sistemi

Sağlık Bakanlığı, yaygın ve erişilebilir sağlık sistemine ulaşılabilmesi için 224 sayılı kanunda belirtilen sağlık ocağı ve sağlık evi modelinin 21. yüzyıl Türkiye'sinin değişen şartlarına uyarlanması, sağlık ocağı ağı güçlendirilirken özel sektörün de desteklenmesi ve hizmette rekabet ortamı yaratılması gerektiğini, ayrıca derinleşen doğu-batı eşitsizliklerini azaltmak için her bölgede kamu olanaklarını eşit şekilde sınırlandırıp özel sektöre devretmek yerine kamu olanaklarının ihtiyaç duyulan bölgelerde geliştirmek gerektiğini belirtmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003:29-30). Bununla birlikte özel hastanelerde tıbbi teknolojilere daha fazla yatırım yapıldığı vurgulanmakta ve üç büyük ilde yoğunlaşan özel sektörün az gelişmiş bölgelerde sağlık hizmeti sunmayacağı, bu bölgelerde sadece kamu sağlık hizmetleri sunulmasının bölgeler arası sağlık eşitsizliklerini artıracığı ileri sürülmektedir (Tüzün, 2010:90). Metropollere uzak küçük kentlerin, özellikle de kırsal alanların özel sağlık sektörünü cezbedecek gelir düzeyine ve nüfus yoğunluğuna sahip olmamaları, bu bölgelere sunulacak özel sağlık hizmetlerini büyük ölçüde sınırlandıracaktır. Bu çerçevede aile

hekimliği sistemi ve hastanelerin mali ve idari açıdan özerkleştirilmesi yaygın ve erişimi kolay bir sağlık hizmetinin iki temel bileşeni olarak sunulmaktadır.

1.1.4.1.5.2.1. Aile hekimliği

Aile hekimliği pilot uygulaması 15 Eylül 2005 tarihinde Düzce ilinde başlatılmıştır. 2008 yılı itibariyle 33 ilde uygulamaya geçilmiş, yaklaşık 19,590,369 kişiye (%27,76) aile hekimliği hizmeti vermeye başlanmıştır. 2008 itibariyle kurulan 1,856 Aile Sağlığı Merkezinde 5,701 aile hekimliği pozisyonunun %99'u (5,628 doktor) sözleşmeli olarak istihdam edilmiş, 73 doktor da geçici olarak görevlendirilmiştir (Çom, 2008). Eskişehir 16.02.2006 tarihinde Aile Hekimliği Pilot İl olarak ilan edilmiş, 17.07.2006 tarihinde uygulama başlatılmıştır. Eskişehir'de Merkezde 168 ve ilçelerde 44 olmak üzere toplam 212 aile hekimliği pozisyonu bulunmakta ve bunların 209'unda sözleşmeli aile hekimi görev yapmaktadır. Sözleşmeli aile hekimlerinden 200'ü pratisyen, 7'si aile hekimliği uzmanı ve 2'si de Halk Sağlığı Uzmanıdır. Halen Eskişehir Merkezde 2, İlçelerde 12 olmak üzere toplam 14 Toplum Sağlığı Merkezinde, Merkezde 36 ve İlçelerde 22 olmak üzere toplam 58 Aile Sağlığı Merkezinde 1.Basamak Sağlık Hizmeti sunulmaktadır (Fidan, 2009).

Aile hekimliği uygulaması, bireye yönelik koruyucu hizmetlerle birinci basamak teşhis ve tedavi hizmetinin bireyin kendi seçeceği doktor tarafından yürütülmesi, böylece doktor ve aile üyeleri arasında daha kişisel ilişkilerin kurulmasına olanak veren ve hasta memnuniyetini esas alan bir uygulama olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003:30-31). Sağlık Bakanlığı sağlık hizmeti talep edenlerin büyük çoğunluğunun sorunları birinci basamakta çözülebileceği halde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurulduğunu ve bu durumun sağlık harcamalarındaki israfı artırdığını belirtmekte, aile hekimliği sisteminin bu sorunu çözeceğini, ayrıca ikinci ve üçüncü basamağa sevk edilen hastaların tedavilerinin devam, izleme ve bakımının yine aile hekimi tarafından yapılacağını belirtmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003:31).

Aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde birinci basamak sağlık hizmetleri ağırlık kazanmış, bu uygulamadan önce tüm muayene hizmetlerinin %40'ı

birinci basamakta verilirken bu uygulama sonrasında bu oran %51'e yükselmiştir (Akdağ vd., 2008:146). Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetinin sağlık ocağında verildiği illerde birinci basamak sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı %75 iken bu hizmetin aile hekimliği uygulaması ile verildiği illerde memnuniyet oranı %86'ya yükselmiştir (Akdağ vd., 2008:148). Bununla birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygun bir şekilde örgütlendiği takdirde sağlık başvuruların önemli bir çoğunluğunu karşılayacağı iddiasına karşın 2002-2008 yılları arasında %125,9 artan kişi başı sağlık başvurularının 2002'de %32,3'ünün, 2008'de ise %39'unun birinci basamağa yönelik olduğuna, yani birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımında önemli bir artış olmadığına dikkat çekilmekte ve bu durumun SDP sonrasında sağlık hizmetlerinde tedavi edici hizmetlere ağırlık verildiğini gösterdiği belirtilmektedir (Tüzün, 2010:93). Daha çok hastanecilik, ilaç ve tıbbi teknolojilere dayandığı için daha pahalı olan tedavi hizmetlerine ağırlık verilmesinin de sağlığın endüstrileşmesi ve piyasalaşması amacının bir parçası olduğu (Tüzün, 2010:93, Yavuz, M. 2010:95), ayrıca tedavi edici hizmetlerin öne çıkmasının tıp eğitimi de bu doğrultuda şekillendirdiği ve koruyucu sağlığın önemini azalttığı (Yavuz, M. 2010:97) belirtilmektedir. Buna ek olarak 224 sayılı kanunda olduğu gibi SDP çerçevesinde de çok daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerine olan talebin azaltılması ve hastaların hastanelerde yoğunlaşmasının engellenmesi amacıyla sevk zinciri benimsenmiş olmakla birlikte (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003:31), 25 Mayıs 2007 tarihli ve 26532 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile ülke genelinde sağlık hizmetlerinin kullanımında sevk sistemi kaldırılmış, böylece birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımının desteklenmesine yönelik en önemli unsur ortadan kalkmıştır.

Her aile hekimi için kayıtlı kişi sayısı asgari 1000, azami 4000'dir ve aile hekimliği hizmetleri ücretsizdir. Aile hekimleri ücretlerini beş bileşenden oluşan bir bütçeden elde etmektedirler ve ilk bileşen, aile hekimlerinin listelerinde kayıtlı olan kişi başına ödenecek ücrettir⁴⁴. Aile hekimleri "aile sağlığı elamanı" adı

⁴⁴ Diğer bileşenler için bkz. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. 2005, No: 25867.

verilen, sözleşmeli olarak çalışan hemşire, ebe ya da sağlık memuru ile birlikte aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta, aile sağlığı elemanları sözleşmelerini aile hekimleri ile yapmaktadırlar (27591 sayılı Resmi Gazete, 2010). Ücret hasta sayısına bağlı olunca aile hekimleri arasında oluşacak rekabetin "müşteri memnuniyetine" bağlı olacağına, bu çerçevede aile hekimlerinin müşterilerini kaybetmeyip kâr elde edebilmek için hastalarının her türlü isteğini yerine getirmeye çalışacağına, bu durumun da Tabip Odaları'nın Onur Kurulları'na konu olacak çeşitli etik sorunlara neden olacağına dikkat çekilmektedir (Aksakoğlu vd., 2003:6). Ayrıca bu durum sağlığa ayrılan kaynakların gereksiz yere israf edilmesini de beraberinde getirebilir. Yaratılan bu rekabet ortamında daha fazla hasta/'müşteri' alabilmek amacıyla aile sağlığı merkezlerinin ileri tıbbi teknoloji ürünleriyle *doldurulmasına* neden olacağı, bu ürünler ortak olarak kullanılabilecekken aile hekimlerinin kendilerinin temin etmelerinin de gereksiz maliyet ve harcamalara neden olacağı, ayrıca iş güvencesiz ve düşük ücretle çalışmanın doktor hasta ilişkisindeki etik kuralları zedeleyebileceği belirtilmektedir (Soyer vd., 2003). Ücretini yükseltmek için aile hekimine kayıtlı hasta sayısını artırmak hastalara gerekli özenin gösterilememesine de neden olabilir.

Aile hekimliği modelinin hizmet ve hizmeti sunan ekibin parçalanması yönlerinden sağlık ocağı modelini dönüştürdüğü ve zayıflattığı (Yavuz, C.I. 2010:105), bu modelin desteklenmesinin verem savaş dispanserleri ve toplum sağlığı merkezlerini önemsizleştirdiği (Elbek ve Adaş, 2009:36) ve verem savaş dispanserleri ve ana çocuk sağlığı merkezleri gibi birinci basamak kuruluşlarının kapanmasına neden olduğu (Elbek ve Adaş, 2009:36) vurgulanmaktadır. İnsanların kayıtlı oldukları sağlık ocakları ile aile hekimlerinin örtüşmeyebileceği, bu nedenle aile hekimlerinin sağlık ocağı ekibi ile uyumlu çalışamayabileceği, üstelik düzenli kayıt tutma ya da bölgenin önceliklerini belirleme gibi işlemleri yapamayacakları belirtilmektedir (Aksakoğlu vd., 2003:5). Diğer taraftan bu durum sistemin bireye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini birbirinden farklı kavramlar olarak değerlendirdiğini, bireysel sağlığı koruma görevini aile hekimine, toplum sağlığını koruma görevini ise aile hekimliğine oranla daha düşük ücret ve statü ile zayıflattığı toplum sağlığı merkezlerine

(Elbek ve Adaş, 2009:36) verdiğini göstermektedir. Halbuki çok sayıda çalışmada birey ve toplum sağlığının aynı kategoride yer aldığı, özellikle koruyucu hizmetlerde kişiye ve topluma yönelik olarak ayırım yapılamayacağı (Aksakoğlu vd., 2003; Elbek ve Adaş, 2009) vurgulanmaktadır. Aile hekimliği modelinin iddia edildiğinin aksine kırsal ve bölge tabanlı olmadığını vurgulayan Elbek ve Adaş (2009:36) uygun önlemler alınmazsa dezavantajlı grupların sistem dışında kalabileceğine dikkat çekmektedir. Aile hekimliğinin bir disiplin olarak toplumsal ihtiyaçlar ve bilimsel gelişmeler sonucu gelişmediğini, sağlık alanındaki kârı artırmayı hedefleyen ekonomik sistemler tarafından yapay olarak oluşturulduğunu belirten Aksakoğlu vd. (2003:5) de bu nedenlerle bu modelden toplum sağlığının korunması ya da geliştirilmesi ile ilgili bir kaygı gütmesinin beklenmediğini belirtmektedir. Ayrıca bu hizmetten de sadece düzenli prim ödeyenler yararlanabilmektedir ve prim ödemeyenler aile hekimliği kapsamından da çıkarılacaktır (Hamzaoğlu, 2010:86).

Aile hekimliğinin Türkiye'ye uygun bir hizmet modeli olmadığı, daha çok zengin, prim ödeyebilen toplumlara uygun olduğu, Türkiye'de bu sistemin uygulanmasının amacının sağlık personelinin serbest piyasa koşulları içinde çalışmaya alıştırmak olduğu, giderek daha düşük ücretle, daha güvencesiz olarak çalışan ve çalışma saatleri belli olmayan bir doktor kitlesi yaratılacağı (Aksakoğlu vd., 2003:5,7) belirtilmektedir.

1.1.4.1.5.2.2. Hastanelerin Mali ve İdari Açidan

Özerkleşmesi

SDP çerçevesinde tüm kamu sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı denetiminde idari ve mali açıdan özerk kurumlar haline gelecek, verimliliğin daha yüksek olduğu 'müşteri odaklı organizasyon' yapılanmasına geçilecek, her hastane hizmet kalitesinden, yönetim kararlarından ve verimliliğinden kendisi sorumlu olacak, verimliliğin artırılması için performansa dayalı ödeme sistemleri geliştirilecektir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003:31-32). 7.3.2006 tarih ve 5471 sayılı yasayla Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları ile esenlendirme (rehabilitasyon) tesislerine yönelik performans ilaveli yeni döner sermaye kanunu kabul edilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmak ve çalışan-

çalışmayan ayrımını yapmak amacına yönelik olduğu belirtilen bu uygulamada performans puanı doktorların ücretlerini etkilemektedir. Performans puanı, verilen hizmetle ilgili hastane ve Türkiye ortalamaları, muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, bakılan hasta sayısı, personel sayısı, branş, serbest meslek yapılıp yapılmadığı, unvan, aktif çalışılan gün sayısı gibi ölçütlere göre hesaplanmaktadır. Her ne kadar performans uygulamasının tam zamanlı çalışan hekim oranını yükseltmesi (Mollahaliloğlu vd., 2007:143) olumlu bir gelişme olsa da bu performans kriterlerinin hizmetin niteliğini ölçmediğine, sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğunu göz ardı ederek sağlık hizmetlerine doktor odaklı bir yapıyı yerleştirdiğine, hasta başına ayrılan zamanın azalmasına ve gereksiz teşhis ve tedavilerin artmasına neden olduğuna dikkat çekilmektedir (Elbek ve Adaş, 2009:39).

Canbaz vd. (2006) döner sermaye uygulamasından sonra performans puanları yüksek olan bazı işlemlerin yüzde yüzün üzerinde artış gösterdiğini, performans açısından değerli olmayan bir takım koruyucu sağlık hizmetlerinin ise yarı yarıya azaldığını göstermektedir. Soyer vd. (2007:60) de performansa dayalı ücretlendirme modeli nedeniyle Türkiye genelinde göğüs hastalıkları hastanelerinin sayısının azaldığına ve verem vakası oranının arttığına dikkat çekmektedir.

Hastanelerin verimli işletmeler haline getirilmesi süreci ve bu süreçte kâr amacının ön plana geçmesi, çeşitli ülkelerin örneklerinde görüldüğü gibi (Homedes ve Ugalde, 2005:85) var olmayan hastalara ilaç yazma ya da aynı hizmete iki kere fatura kesilmesi gibi etik olmayan uygulamalara neden olmaktadır. Doktorların hastaları daha fazla para kazanma aracı olarak görmelerine neden olan, kâr etme güdüsünü hasta yararının önüne koyan ve böylece hekimlik değerlerini aşındıran (Elbek ve Adaş, 2009:39) performans uygulaması, işletme mantığına son derece uygun davranışlar üretmektedir.

Performansı ölçme yöntemi doktorların mesleklerini hizmetlerin maliyetini dikkate alacak şekilde yapmalarını ve böylece sağlık hizmetlerinin sunumunu kontrol altına almayı amaçlamakta ve bunu yaparken de doktorların özerkliğini önemli ölçüde sınırlamaktadır (Ağartan, 2010:67). Bu durum bir yandan giderek

artan sözleşmeli çalışma nedeniyle sözleşmeli-kadrolu rekabeti içinde olan sağlık personelinin diğer yandan da performans puanlarını artırabilmek için ikinci bir rekabete tutuşturmakta, çalışanlar arasında dayanışma yerine rekabetin teşvik edildiği bu uygulama (Hamzaoğlu, 2010:85) sağlık personelinin sadece hastalarla değil, kendi içlerindeki ilişkilerini de piyasa koşullarına uydurmaktadır.

Sözleşmeli çalışma, aile hekimliği ve performansa dayalı döner sermaye uygulamalarıyla doktorlar işgücü piyasasının acımasız rekabetçi koşullarına maruz bırakılmaktadırlar. Parsons'ın (2005 [1951]) tıp mesleği ve tıp profesyonelleri ile ilgili görüşleri aile hekimliği uygulamasından önce de fazla iyimser ve önyargılı olmakla eleştirilebilir, ancak bu uygulamadan sonra geçerlilik düzeyinin iyice azaldığı ileri sürülebilir. Başka bir deyişle Parsons'a göre özünde kapitalist olmayan bir toplumsal yapıyı oluşturan özgeci doktorluk anlayışının bu sistemde sürdürülebilmesi oldukça zordur. Neo-liberal piyasa ilişkileri doktorları da kendi çıkarları peşinde koşan liberal bireylere dönüştürmeye çalışmaktadır. Bu çerçevede doktorlar gelirlerini artırmak için performans artırıcı hizmetlere yoğunlaşacak, performans puanı sağlamayan koruyucu hizmetlerden ve çevre ve toplum sağlığıyla ilgili işlerden uzaklaşacak, mümkün olduğu kadar çok sayıda hastaya bakmaya çalışacaklardır. Başka bir deyişle ne kadar ücret alacakları piyasa mantığıyla belirlenmekte ve doktorların kendi performans ve çabalarına bırakılmaktadır. Bu durumda tıbbi amaçlar ve ekonomik amaçlar arasında kalacak olan doktorların Parsons'ın belirttiği özgeci davranışları göstermesi oldukça zor görünmektedir.

1.1.4.1.5.3. Değerlendirme

Özetlemek gerekirse Türkiye'de sağlık politikaları Cumhuriyet'in ilk yıllarında koruyucu sağlık hizmetleri ve salgın hastalıklarla mücadelede odaklanılmıştır. 1950-60 arasında sağlık hizmetleri ticarileşmeye başlamış, koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedavi edici hizmetlere odaklanılmış, buna ek olarak artan kentleşmenin de etkisiyle sağlık hizmetleri kentlerde yoğunlaştığı için sağlıkta kentsel-kırsal kesim arasındaki eşitsizlikler artmıştır. 1960'lar sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi çabalarıyla özetlenebilir, ancak bu uygulama ulusal bir sağlık sistemi haline getirilememiştir. 1980'lerden itibaren neo-liberal

ekonomi politikalarının etkisiyle devlet sağlık hizmetleri sağlayıcı rolünden vazgeçmeye başlamış, sağlık hizmetleri yerelleşmeye, özelleştirilmeye, taşeronlaştırılmaya ve metalaştırılmaya başlanmıştır. 1990'larda küresel düzeyde etkili olan yoksullukla mücadele stratejilerinin bir uzantısı olarak görülebilecek olan sağlıkta reform hareketleri Türkiye'de de yankı bulmuş, çeşitli hükümetler tarafından Genel Sağlık Sigortası ve Aile Hekimliği Sistemi kurulmasına ilişkin kanun tasarıları hazırlanmış, ancak bu tasarılar yasalaşmamıştır. Bu tasarıların yasalaşması 2000'lerde mümkün olmuş, uluslararası kuruluşların Türkiye'deki sağlık sistemine yönelik piyasalaştırma vurgusu taşıyan önerileri doğrultusunda tasarlanan SDP çerçevesinde sağlık sistemi neo-liberal ekonomi politikalarına her açıdan uygun hale getirilmiştir.

SDP, önceki yapıda mevcut olan istihdama dayalı ayrımcılığı ortadan kaldırması, prime dayalı olsa da herkese aynı sağlık kurumlarından eşit şekilde faydalanma olanağı sağlaması, Alo SABİM hizmetiyle bireylere bir şikayet mercii sunması, devlet hastanelerinin tamamında zorunlu olarak hasta hakları birimleri (Akdağ, 2009:77-78) oluşturulması, Yeşil Kart sahiplerinin önceden karşılanmayan ayakta tedavi ve ilaç ücretlerini karşılaması, SSK üyelerinin ilaçlarını serbest eczanelerden almalarını sağlamaları ve genel olarak sağlık hizmeti almak için gereken bürokratik işlemlerin azaltılması açılarından önemli kazanımlar sağlamış ve sağlık sistemini nispeten iyileştirmiştir. Bu olumlu yönlere rağmen SDP ile birlikte değişen sağlık sistemi sağlık hakkını prim ödeme şartına bağlayan, prim ödeyenlerin de katılım ve katkı payı gibi çeşitli ek ücretler ödemelerini gerektiren, teminat paketi dışındaki hizmetleri talep edenleri özel sağlık sigortası yaptırmak zorunda bırakan ve asıl işlevi büyük ölçüde özelleştirilmiş bir sağlık sistemi içinde kamu kaynaklarının özel sektöre aktarılmasını sağlayacak (Yavuz, M., 2010:101) bir finansman modeli olmakla eleştirilmektedir. Elbek (2008) prime dayalı bir sistem olan GSS'nin "Türkiye sağlığa yeterli kaynağı ayıramadığı" (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003) için bir zorunluluk olduğunun kabul edilebilir bir gerekçe olamayacağını belirtmektedir, çünkü GSYİH içinde sağlık harcamalarının payı 1999-2006 yılları arasında %6,4'ten %7,7'ye yükselmiş (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2007:190), Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı da 1999-2006 yılları arasında artarak

%5,4'e, yani yaklaşık olarak Finlandiya (%5,7), Yunanistan (%5,3) ve İspanya (%5,7) civarına ulaşmıştır (OECD Sağlık Verileri, 2006), yani Türkiye'de GSMH'den sağlığa ayrılan pay diğer ülkelerin ortalamaları civarındadır. İstikrar programı döneminde Türkiye'de sağlık harcamaları diğer harcamaların aksine azalmamış, sağlığa ayrılan kaynak 1999-2006 yılları arasında yaklaşık %200 artarak 7 milyar dolardan 22 milyar dolara çıkmıştır (Yılmaz, 2007:35).

Kısacası sağlığa ayrılan kaynaklar azalmamakta, sadece artık özel sektöre aktarılmakta ve sağlık hizmetleri de özel sektörden satın alınmaktadır. Bu piyasalaştırmanın toplum tarafından kabul edilmesi için ise bir yandan sağlığa aktarılabilecek kaynak olmadığı iddia edilmekte, diğer yandan da şartlı nakit transferi, Yeşil Kart ve katkı paylarının düşük tutulması gibi hegemonik araçlar kullanılmaktadır. SDP'nin mimarlarından olan Sabahattin Aydın'ın aşağıdaki ifadesi, bu hegemonik kullanımı açıkça göstermektedir:

"Katkı paylarının caydırıcı etkisini elde edebilmek açısından çok geçmeden bu [düşük] oranlarda değişikliğe gidilmesinin kaçınılmaz olacağına inanıyorum. Ancak şu aşamada, *geçiş döneminde politik kabul edilebilirlik ve anlamsız muhalefet oluşturmamak adına cömert davranılması* gerçekçilikten uzak değildir" (Aydın, 2010)

Ayrıca SDP'nin uygulanmasıyla sağlık alanında yaşanacak yapısal değişikliklerin sağlık alanındaki maliyetleri ve harcamaları azaltılması hedeflenmiş olsa da (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003) Dünya Bankası'nın önerileri doğrultusunda yapılan uygulamalar sonucu diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de sağlık harcamaları artmış, üstelik kamunun sağlığa ayırdığı kaynağın GSYİH'ye oranı 2000'den itibaren Fransa'da yaklaşık %1, İngiltere'de yaklaşık %1,3 artarken Türkiye'de %6,1 (DSÖ, 2010) oranında artmış, GSMH'nin %30 oranında büyüdüğü dönemde kamu sağlık harcamaları %40 oranında artmıştır (Yılmaz, 2007:47-48). Bu veriler en iyi ihtimalle SDP'nin amacına ulaşamadığını, daha kötü bir ihtimalle ise asıl amacının sağlık harcamalarını azaltmak olmadığını göstermektedir. Sağlık harcamalarının artması, sağlık hizmetlerinin artırılmasına, yaygınlaştırılmasına, sağlık personeline ya da koruyucu sağlık hizmetlerine aktarıldığı takdirde olumlu bir durumdur, ancak 1999-2006 yılları arasında sağlık harcamaları içinde halk sağlığına ayrılan bütçe kaynaklarının payı azalarak %1,2'ye gerilemiştir (Yılmaz, 2007:36). Buna paralel olarak 2007 yılında cepten yapılan sağlık harcamaları

8,5 milyar dolar olmuş, yani yapılan her 100 liralık harcamanın 22 lirası cepten harcanmış, SGK'nın tedavi harcamaları içinde özel hastanelere yapılan ödemelerin payı da 2001-2008 yılları arasında %15,8'den %31,4'e yükselmiştir (Yavuz, C.I. 2010:108).

Kısacası SDP çerçevesinde elde edilen kazanımlar sağlığın bir insan hakkı olduğu ve herkese eşit ve ücretsiz sağlık hakkının sağlanması gerektiği düşüncesinden hareketle değil, 1990'larda uzmanlar tarafından 'ekonomik büyümenin motoru' olarak tanımlanan sağlık sektörünün, ilaç ve tıbbi teknoloji sektörleriyle birlikte bir 'ekonomik umut kapısı' (Freeman ve Moran, 2000:5) olarak algılanması ve bu çerçevede sağlık sisteminin serbest piyasa koşullarına uygun, özel sektör açısından kârlı bir sistem haline getirilme çabası sonucunda, diğer bir deyişle olumlu bir yan etki olarak elde edilmiştir.

Bu çerçevede SDP'nin özellikle kendisinden önceki sistemlerin yarattığı hiyerarşik ve feodal ayrımcılığı azaltması ve insan hakları perspektifinden hareketle olmasa da sağlık hizmetlerini tek merkezden sunması takdir edilmeli, ancak bu değişimin arkasında yatan güç piyasalaşma güdüsü olduğu sürece sağlık hakkının ileride sınırlanabileceğine, teminat paketi kapsamının daraltılabileceğine ve bu yolla özel sigortaların nispeten zorunlu hale getirilebileceğine dikkat edilmelidir. Yaklaşık olarak nüfusun tamamını kapsamına alsa da sağlık sigortası prim ödeme şartına bağlı kaldığı sürece önceki sistemlerde olduğu gibi işsizlerin ve devletin belirlediği asgari ücretin üçte biri olan 251 TL'nin üzerinde ancak prim ödemeyecek derecede düşük ücretlerle çalışanların prim ödeme sıkıntıları devam edecek, toplumun belirli kesimleri bu şekilde sistem dışında kaldığı takdirde de görüldüğünün aksine nüfusun tamamı sigortalanmamış olacaktır. Prime ek olarak katkı ve katılım payı ücretleri, daralabilecek teminat paketleri, ayrıca sağlık hizmetlerinin devlet tarafından sağlanmayacak, satın alınacak olması nedeniyle bu hizmetleri veren kuruluşların yüksek kâr getirecek kentsel alanlarda yoğunlaşması ve kırsal kesimde yaşayanların prim ödemelerine rağmen sağlık hizmetlerine erişimlerinin zorlaşması, bu sistemin en önemli sorunları olarak sıralanabilir. Bu çerçevede bilimsel olarak en etkin sağlık sisteminin "toplumun bütün üyelerine ücretsiz olarak kamu tarafından sunulan ve tedaviden çok sağlığın korunmasına

ağırlık veren basamaklı bir sağlık sistemi" (Yavuz, M., 2010:101) olduğu dikkate alındığında mevcut sistemin özel sağlık sektöründeki sermayedarlar açısından etkin olsa da toplum açısından etkin olmadığı açıkça ortaya çıkmaktadır.

1.1.4.2. Türkiye’de sağlığın mevcut durumuna ilişkin seçilmiş göstergeler

Cumhuriyet’in ilk yıllarından itibaren Türkiye’de kentsel alanlarda yaşayanların oranı artmış, 1927 yılında nüfusun %24,22’si kentsel alanda yaşarken 2008’de bu oran %75’e yükselmiştir (www.tuik.gov.tr, Hamzaoğlu ve Özcan, 2006:17). Kentsel yaşamın sağlık üzerindeki olumsuz etkileri tartışılmakla birlikte, temiz içme suyuna, kanalizasyona, nispeten iyi barınma koşullarına ve sağlık hizmetlerine erişime ulaşmayı sağlayan kentleşme, Türkiye’de sağlık göstergelerindeki iyileşmenin en önemli nedenlerinden biridir.

Nüfusun dağılımı incelendiğinde 2008 yılında Türkiye nüfusunun %65,8’ini 15-64 yaş arasındakiler, %27,4’ünü 0-14 yaş arasındakiler ve %6,8’ini 65 yaş ve üzerindeki oluşturmaktadır. Kentsel alanda yaşayanların %67,9’u 15-64 yaş aralığında, %26,6’sı 0-14 yaş aralığında ve %5,5’i 65 yaş ve üzerindedir. Daha genç bir nüfusa sahip olan kırsal alanda yaşayanların ise %29,5’i 0-14 yaş aralığında, %60,4’ü 15-64 yaş aralığında, %10,1’i ise 65 yaş ve üzerindedir. Toplam bağımlılık oranı 1990 yılında 64,7, 2000 yılında 55,1 ve 2008 yılında 54,9 olarak hesaplanmıştır. 2008 itibariyle ortalama hane halkı büyüklüğü kentsel alanlarda 3,8; kırsal alanlarda ise 4,2’dir (TNSA 2009:19-21).

Türkiye’de İkinci Dünya Savaşı sonrasında itibaren kaba ölüm hızı sistematik bir şekilde azalmış ve doğuştan beklenen yaşam süresi hem erkekler hem de kadınlar için artmıştır. 1935-40 yıllarında binde 31,4 olan kaba ölüm hızı 2003 itibariyle binde 7,1’e düşmüştür (Hamzaoğlu ve Özcan, 2006:49), 1955-60 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi erkekler için 44,68 ve kadınlar için 48,63 iken (Hamzaoğlu ve Özcan, 2006:24) 2007 itibariyle erkekler için 72, kadınlar için 76 olmuştur (DSÖ, 2009). Tarihsel olarak sağlık personeli sayısı artmış ve sağlık personeli başına düşen kişi sayısı azalmıştır. 1928’deki doktor sayısı 1950’de üç katına, 1965’te on katına, 2002’de yaklaşık 100 katına ulaşmıştır (TUİK, 2005:45). Bununla birlikte Türkiye, sağlık personeli sayısı

açısından gelişmiş ülkelerin standartlarının gerisindedir. 2000-2007 yılları arasında Türkiye’de 10,000 kişiye düşen doktor sayısı 16, hemşire ve ebe sayısı 29, dişçi sayısı 3, hastane yatağı sayısı 27’dir, aynı rakamlar Avrupa Bölge ortalamasında 32, 79, 5 ve 63’tür (DSÖ, 2009:102-3).

1928 yılında doktor başına düşen hasta sayısı 12,84; hemşire başına düşen hasta sayısı 106,485 iken bu rakamlar 2002 yılı itibarıyla sırasıyla 731 ve 881 olmuştur (TUİK,2005). TTB, Türkiye’de doktor sayısının niceliksel olarak olması gerekenin çok altında olmadığını belirtmekte, ancak doktorların eşitsiz dağılımının önemli sorunlar yarattığını vurgulamaktadır. Sadece nüfus başına düşen toplam hekim sayısının sağlık emek gücü planlaması açısından yanlış olduğunu belirten TTB (2008:23), uzman hekimlerin yarısının Ankara, İstanbul ve İzmir’de olduğunu, ancak Türkiye’deki illerin %80’inden fazlasında rakamların kötü olduğunu, en düşük oranda uzman doktora sahip olan illerin ise en az gelişmiş iller olduğunu, OECD ülkelerindeki bin kişiye düşen uzman hekim sayısı ortalaması 1995’te 1,4, 2005’te 1,7 iken aynı yıllarda Türkiye’de bu rakamların 0,3 ve 0,6 olduğunu belirtmektedir (TTB, 2008:32). 100 yatak başına düşen hekim sayısı ortalaması açısından Türkiye’de illerin yarıdan fazlasının OECD ortalaması olan 55’in üzerinde olduğunu, ancak 1000 kişiye düşen hastane yatağı açısından OECD ortalaması 6 yatak iken Türkiye’de bu rakamın 2,7 olduğu görülmektedir. Şırnak’ta 100 hastane yatağı başına 121 hekim, Hakkari’de de yüz hastane yatağı başına 118 hekim düşmesi, sağlıktaki eşitsizliklerin hekim sayısını arttırarak çözülemeyeceğinin göstergelerindendir (TTB, 2008:36). 1995-2006 yılları arasında sağlık personelinin eşitsiz dağılımı giderek derinleşmiş, ortalamanın altında kalan dilimlerin toplam nüfus içindeki payı %48’den, %57’ye çıkmış, 2006 yılında nüfusun %15’i için bin kişi başına sağlık emek-gücü sayısı 7,90 iken, nüfusun %57’si için 3,43’te kalmıştır (TTB, 2008:42).

Toplum sağlığı açısından en önemli etkenlerden biri de sigorta kapsamına giren nüfustur. Nüfus içinde sigortalı olanların da, sağlık hizmetlerinden yararlananların da oranı yıllar içinde artmıştır. Sağlık hizmetleri kapsamına girenler 1950 yılında nüfusun %3,9’unu, 1985 yılında %42,1’ini, 2003 yılında ise 83,8’ini oluşturmaktadırlar (Hamzaoglu ve Özcan, 2006; TUİK 2005). 2010

Ağustos itibarıyla 15,969,748 aktif sigortalı, 9,393,690 pasif sigortalı, 34,758,644 bağımlı ve 340,048 özel sandık üyesi olmak üzere Türkiye'de 60,122,083 kişi, yani nüfusun %83'ü sigorta kapsamındadır (SGK, 2010:13-14). Ancak yaklaşık olarak nüfusun tamamını kapsamına alsa da sağlık sigortası prim ödeme şartına bağlı kaldığı sürece prim ödeyemeyen durumda olanlar ve primini ödemediği halde katkı ve katılım payı ödemeleri için gerekli parayı bulamayanlar sistem dışında kalacak, dolayısıyla nüfusun %83'ünün tamamı sağlık hizmetlerine erişemeyecektir.

Tablo 1: Bazı Sağlık Göstergeleri Açısından Seçilmiş Ülkelerin Karşılaştırılması

	Finlandiya	Almanya	İrlanda	A.B.D.	İngiltere	Türkiye
Toplam Sağlık harcamasının GSYİH içindeki oranı, 2004 (%)	7,5	10,6	7,1	15,3	8,1	7,7
Kamu sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, 2004 (%)	5,7	8,1	5,7	6,9	7	5,5
Cepten Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı, 2004 (%)	18,9	13,3	13,5	13,2	-	19,3
Toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının oranı	74,6	76,9	80,7	45,5	81,7	69
Doğumda beklenen yaşam süresi*	80	80	80	78	80	74
5 yaş altı düşük kilolu çocukların oranı, 2000	-	1,1	-	1,3	-	3,5
5 yaş altı ölüm oranı, 2008	3	4	5	8	6	22
Ana ölüm oranı, 2005	7	4	1	11	8	44
Adölesan doğurganlığı oranı*	9	10	17	41	26	51
Gelişmiş kanalizasyon kaynaklarına erişim	100	100	99	100	100	90
Kabakulaktan ölüm vakası*	5	-	1388	71	2625	9514
Boğmacadan ölüm vakası*	511	-	102	0	1028	25
Kızamıkçktan ölüm vakası*	0	-	0	0	31	159
100,000 kişide görülen tüberküloz vakası, 2008	8	2	2	4	8	58
10,000 kişiye düşen doktor sayısı (2000-2009)	33	35	31	27	21	15
10,000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı (2000-2009)	68	83	53	31	39	28

* İşaretli veriler her ülkenin en güncel verileri olmakla birlikte ülkeler arasında farklılık olduğu için yıl belirtilmemiştir.

Kaynak: OECD 2006'dan aktaran Mollahaliloğlu vd., 2007:192,197,207.; DSÖ, 2010.

Genel bütçe içinde Sağlık Bakanlığı'nın payı 1930'da 2,02 iken 1960'ta en yüksek düzeye çıkarak %5,27'ye yükselmiş, 2009 itibarıyla %4,8 olmuştur (Hamzaoğlu ve Özcan, 2006:95, <http://www.bumko.gov.tr/>). 1980-2006 yılları arasında GSMH içinde sağlık harcamaları %1,5 oranında artmış⁴⁵, kişi başına yapılan toplam sağlık harcaması 1980-2006 yılları arasında 76 A.B.D.

⁴⁵ Aynı artış İngiltere'de %2,6; Almanya'da %2,2; A.B.D.'de %6,5 olarak gerçekleşmiştir (<http://www.oecd.org/dataoecd/46/36/38979632.xls> , DSÖ2009).

dolarından 584 A.B.D. dolarına çıkmış⁴⁶, toplam sağlık harcamaları içinde kamu harcamalarının payı da %43,1 artmıştır⁴⁷.

Sağlığa yapılan harcamalardaki artışa paralel olarak Türkiye’de tarihsel olarak hastane sayıları ve hastane yatağı sayılarında da artış gözlenmiştir. 2006 yılı itibariyle Türkiye’de 1,033 hastane ve 180,767 hastane yatağı bulunmaktadır. Hastane yatağı sayısı 2007’de 4216’lık bir artış göstermiştir. 1980-2007 yılları arasında hastane yatağı sayısındaki artış izlendiğinde en hızlı artışın özel sektörde olduğu görülmektedir. Bu zaman aralığında özel sektördeki hastane yatağı sayısı 4,6 kat, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane yatağı sayısı ise 2,3 kat artmıştır. Aynı dönemde diğer bakanlıklara, resmi kuruluşlara ve belediyelere ait hastane yataklarında önemli bir azalma gözlenmektedir. Türkiye’de 2006 itibariyle toplam hastane yatağı sayısı 166,951’dir. Uzman doktor sayısı 41,041, pratisyen doktor sayısı 27,419’dur. Eskişehir’de ise toplam hastane yatağı sayısı 2,999, uzman doktor sayısı 649, pratisyen doktor sayısı 387’dir (Yataklı Tedavi Kurumları Yıllığı, 2007).

Bireyler açısından obezite, alkol ve tütün kullanımı incelendiğinde alkol dışındaki göstergelerde Türkiye’nin İngiltere’yle benzer oranlara sahip olduğu görülmektedir. 2000-2007 yılları arasında Türkiye’de 15 yaş üzeri nüfusun %22,7’si obezdir. Bu oran İsveç’te %14, Birleşik Krallık’ta %23, A.B.D.’de ise %33,2’dir. 2005 yılı itibariyle Türkiye’de 15 yaş üzeri nüfusun %35,5’i, erkeklerin %51,6’sı, kadınların %19,2’si tütün kullanmaktadır. Bu oranlar aynı yıl için İsveç’te sırasıyla %22,0; %19,6 ve %24,5; A.B.D.’de %23,9; %26,3 ve %21,5 ve İngiltere’de %35,7; %36,7 ve %34,7’dir (DSÖ, 2009:91). 15 yaş üzerindeki bireylerin yıllık alkol tüketimleri Türkiye’de 1,37 litre, İsveç’te 5,96 litre, A.B.D.’de 8,61 litre ve İngiltere’de 11,75 litredir (DSÖ, 2009:91). Türkiye’de alkol tüketiminin Avrupa ortalamasına göre düşük olmasının temel nedenlerinden birinin İslam dinindeki sınırlamalar olduğu söylenebilir.

⁴⁶ Aynı rakamlar İngiltere’de 482-2,815 dolar (A.B.D. doları), Almanya’da 950-6,719 dolar, A.B.D.’de 1068-3,076 dolardır (<http://www.oecd.org/dataoecd/46/36/38979632.xls> , DSÖ, 2009).

⁴⁷ Aynı oran İngiltere’de %2,1 azalmış; Almanya’da %1,8 azalmış, A.B.D.’de %4,7 artmıştır (<http://www.oecd.org/dataoecd/46/36/38979632.xls> , DSÖ2009).

Yaşama, barınma ve beslenme koşulları da önemli sağlık göstergelerindendir. İyileştirilmiş içme suyuna sürdürülebilir bir şekilde ulaşma sağlığı doğrudan etkileyen bir faktördür. Uygun nitelikte olan içme suyu kaynakları olan su şebekeleri, korunan kuyular ya da yağmur suyu biriktirme sistemleri “iyileştirilmiş kaynak” olarak, uygun nitelikte olmayan içme suyu kaynakları ise “iyileştirilmemiş kaynak” olarak sınıflandırılmaktadır (DSÖ ve UNICEF, 2004). TNSA’ya göre 2008 yılında Türkiye’de hanelerin %92’si iyileştirilmiş içme suyu kaynağına ulaşabilmektedir. Kentsel alanlarda yaşayan hanelerin %94’ü ve kırsal alanlarda yaşayan hanelerin %88’i iyileştirilmiş su kaynaklarına ulaşabilmektedir. Türkiye’deki konutların yaklaşık olarak yüzde 35’i şebeke suyu, yüzde 39’u şişe suyu ve yüzde 16’sı şebeke ve pınar suyu kullanmaktadır (TNSA, 2009).

Hijyenik kanalizasyona sahip olmamak da sağlık açısından ciddi riskler doğurmaktadır. Bir hanedeki tuvalet ancak sadece hane halkı üyeleri tarafından kullanılıyorsa ve atıklara insan temasını engelliyorsa hijyenik olarak sınıflandırılmaktadır (DSÖ ve UNICEF, 2004). Bu kriterleri karşılaması en muhtemel atık sistemleri kanalizasyona bağlı tuvaletler ve kapalı çukurdur. Türkiye’deki hanelerin büyük çoğunluğu (%86) evin içinde bir tuvalete sahiptir. Her on hanenin dokuzundan fazlası, diğer hanelerle paylaşılmayan iyileştirilmiş tuvalet imkanına sahiptir, bunların %80’i kanalizasyona bağlı tuvalet, % 13’ü ise kapalı çukurdur. Bununla birlikte, kırsal alanlarda yeterli atık sistemine sahip olma oranı (%79), kentsel alanlardaki orandan (%99) daha düşüktür. Kırsal alandaki tuvaletlerin içinde kanalizasyona bağlı olanlar ise sadece %41’dir. Bu oranlarda da tarihsel olarak iyileşme gözlenmektedir. Türkiye genelinde yeterli atık sistemine sahip olma oranı 1993 yılında %59,4; 1998 yılında %67,4; 2003 yılında %75,9 ve 2008 yılında %81,1 olarak hesaplanmıştır (TNSA, 2009:346).

Beslenme yetersizliği de sağlık açısından büyük risk taşıyan ve son yıllarda giderek daha çok belirginleşen bir faktördür. Son 30 yılda birçok gelişmekte olan ülkede gıda güvenliği ve beslenme sorunları azalmakta olsa da, bu azalmanın 1990’lardan itibaren yavaşladığı belirtilmektedir (OECD, 2003:57). Yetersiz

beslenme⁴⁸ düzeyleri yerleşim yeri, bölge, annenin eğitim düzeyi ve hane halkının refah düzeyi değişkenlerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Kırsal alanda yaşayan çocuklar, Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan çocuklar, annelerinin eğitim düzeyi düşük olan çocuklar ve hane halkı refah düzeyi düşük olan çocuklar bütün beslenme endekslerinde diğer çocuklara göre dezavantajlı durumdadırlar (TNSA, 2009:182). Ebeveynin maruz kaldığı bölgesel, ekonomik ya da eğitimsel eşitsizlikler çocukların büyümesine doğrudan yansımaktadır, diğer bir deyişle çocuklar sağlık eşitsizliklerine maruz kalmaya anne karnında başlamaktadırlar.

Asgari ücretin açlık sınırının altında kaldığı ve birçok beyaz yakalı mesleğin ücretlerinin de yoksulluk sınırını ancak aştığı Türkiye koşullarında yetersiz beslenme önemini korumaya devam etmektedir. Bu sorunla ilgili olarak Eskişehir Belediyesi'nin vitamin ve mineral katkılı halk ekmek üretimi gibi yerel çözümler üretilmekte olsa da sorun genel olarak gelir düzeyinin çok düşük olmasından ve yeterli ve iyi beslenmenin pahalı bir eylem haline gelmesinden kaynaklanmaktadır. Yetersiz beslenme, mevcut sağlık eşitsizlikleriyle ve sağlığa uygun olmayan, ancak ucuz olduğu için tercih edilen zararlı gıdaların giderek daha fazla tüketilmesiyle birleştiğinde gelecek nesillerin sağlık durumu beklenenden daha kötü olabilir. Bu nedenle bu yapısal soruna yine yapısal çözümler getirmek gerekmektedir.

Sağlıkla ilgili bütün verileri tek bir göstergede toplamak oldukça zor olmakla birlikte TTB, bir coğrafi alandaki sağlık düzeyini tek bir sayısal değer olarak ifade eden "ülkelerin sağlık düzeyi" değişkenini oluşturmuş, -118.57 ile 22,75

⁴⁸ DSÖ'nün önerdiği üzere TNSA, beslenme durumunun incelenmesinde üç gösterge kullanmaktadır. Bunlar yaşa göre boy, boya göre ağırlık ve yaşa göre ağırlık endeksleridir. Yaşa-göre-boy endeksi çocuklar arasında lineer büyüme geriliğinin göstergesidir. Yaşa-göre-boy endeksine göre, referans grubun ortanca değerinden eksi iki standart (-2SD) sapma gösteren çocuklar, yaşlarına göre kısa (bodur-*stunted*) kabul edilmekte ve bu kronik beslenme probleminin bir göstergesi sayılmaktadır. Referans grubun ortanca değerinden eksi üç standart sapma (-3 SD) gösteren çocuklar ise ciddi olarak kısa boylu kabul edilmektedir. Tekrarlayan enfeksiyonlar ve kronik hastalıklar gibi faktörlerden de etkilenen bodurluk, çocuğun yeterli besinleri uzun bir dönem alamamış olmasının sonucunu yansıtmaktadır. Ayrıca yaşa-göre-boy endeksi verilerin toplandığı mevsime göre önemli değişiklikler göstermez. Bu nedenlerle yaşa-göre-boy endeksi bir nüfusta yetersiz beslenmenin uzun dönemdeki etkilerinin iyi bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (TNSA 2009: 179).

arasında değişen değerler alan bu değişkene göre ülkeler sıralandığında -11,98 değeri ile Türkiye 127 lkelik listede Moldova ve Rusya arasında 87. sırada yer almıştır (TTB, 2008:74-75).

Türkiye'de tarihsel süreçte sağlık alanında yaşanan iyileşmeler bölgesel olarak homojen bir dağılım göstermemektedir. Örneğin 1978-2003 yılları arasında bebek ölüm hızı Batı'da 108'den 22'ye, Güney'de 109'dan 29'a, Orta'da 151'den 21'e, Kuzey'de 141'den 34'e, Doğu'da 147'den 41'e düşmüştür (TTB, 2008:53) 1998-2003 yılları arasında tam aşılanmamış 12-23 aylık çocukların oranı kentsel alanlarda %48,2'den %37,1'e düşerken kırsal alanlarda %63,2'den %63,5'e yükselmiştir. Bu oranlar demografik bölgeler açısından incelendiğinde Batı'da %22,8 ve Doğu'da %11,9 azalmış, bu azalma Güney'de %2,9, Orta'da %9,2, Kuzey'de %1,2 düzeyinde kalmıştır (TTB, 2008:56).

Türkiye'de sağlığın durumunu yansıtan tablo ve rakamlarda en göze çarpan durum, bölgesel ve ekonomik eşitsizlikler başta olmak üzere toplumsal eşitsizliklerin nüfusun sağlık statüsünü etkilemesidir. Türkiye'de coğrafi bölgeler, ekonomik, eğitimsel ve cinsiyete dayalı eşitsizlik göstergeleri açısından ayrımlaşmaktadırlar. Doğu Anadolu Bölgesi başta olmak üzere bazı bölgelerde ekonomik düzey, eğitim durumu ve sağlık göstergeleri çok düşükken, bazı diğer bölgelerde bu göstergelerin tümü oldukça olumlu bir tablo çizmektedir. Bu durum sağlık statüsü ile sosyal ve ekonomik değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya koyması açısından önemlidir.

Bu çerçevede mevcut literatür değerlendirildiğinde sağlık ve toplumsal eşitsizlikler arasındaki ilişkinin sağlık ve hastalık sosyolojisinin gelişimine dek sosyoloji içinde önemli bir yere sahip olmadığı görülmektedir. Batı'da 1960'lardan sonra yapılan çalışmalar bu ilişkiye eğilmiş, sağlıkta ekonomik, cinsiyete, bölgelere, eğitime, ırk ve etnik duruma dayalı eşitsizlikler çok sayıda çalışma ile irdelenmiştir. Türkiye açısından bakıldığında ise sağlığın sosyolojinin alanına daha geç girdiği, toplumsal eşitsizlikler ve sağlık arasındaki ilişkinin de 1980'lerden sonra çalışılmaya başlandığı görülmektedir. Yapılan alışmalar sınıf ve statünün sağlığı çeşitli açılardan etkilediğini göstermekte ve bu ilişkiyi farklı bakış açıları ile açıklamaya çalışmaktadır. Ayrıca sağlık sistemlerinin

yapıları incelendiğinde de farklı sistemlerin topluma sağlık hizmetini oldukça farklı yollarla sağladığı görülmektedir. Türkiye'nin sağlık sisteminin de tarihsel olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin ağırlıkta olduğu bir yapıdan tedavi edici sağlık hizmetlerinin ağırlıkta olduğu bir yapıya doğru ve birçok diğer ülkede olduğu gibi küresel ekonomi piyasasına eklenmeye doğru evrildiği görülmektedir. Bu çalışma, bu kavramsal çerçeve içinde sosyal eşitsizlikler ve sağlık eşitsizlikleri arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır.

1.2. Amaç

Bu tezin amacı sosyal ve ekonomik statü ile algılanan sağlık statüsü ve sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışlar arasındaki ilişkiyi Eskişehir örneğinde incelemektir. Araştırma farklı ekonomik ve sosyal statüye sahip olan grupların algılanan sağlık statülerinin ve sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışlarının betimlenmesini ve sosyal ve ekonomik statüyü ölçen değişkenlerle sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışları ölçen değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Sosyal ve ekonomik statüyü ölçtüğü varsayılan cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, eğitim durumu, meslek, doğum yerinin ve yaşanan yerin kırsal mı kentsel mi olduğu, sosyal güvence tipi ve çocuk sayısı değişkenleri ile sağlık ve hastalık algısı, sağlığa ilişkin davranışlar, algılanan sağlık statüsü, sağlık sisteminden beklentiler ve sağlık sisteminden duyulan memnuniyet düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için bir dizi alt problem oluşturulmuştur. Bu problemler aşağıda listelenmektedir.

- (i) Sağlığın ve hastalığın tanımlanması gelire, eğitime ve yaşanan yere göre farklılık gösterir mi?
- (ii) Algılanan sağlık statüsü gelire, eğitime, cinsiyete ve yaşanan yere göre farklılık gösterir mi?
- (iii) Sağlık bilgisinin elde edildiği kaynak, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve yaşanan yerle ilişkili midir?

- (iv) Sağlık kurumlarına başvurma ölçütleri gelir ve eğitim düzeyine ve yaşanan yere göre farklılık gösterir mi?
- (v) Cepten yapılan sağlık harcamaları ve sağlık kurumlarına ulaşım maliyeti gibi ek masraflar nedeniyle sağlık bakımı alamama oranı gelir düzeyine göre farklılık gösterir mi?
- (vi) Doktor muayenesinden utanma tutumu cinsiyete, gelir ve eğitim düzeyine ve yaşanan yere göre farklılık gösterir mi?
- (vii) Kadınların ortalama gebelik sayıları, doğumdan önce sağlık bakımı alma oranları ve doğumu hastanede yapma oranları yaşanan yere, gelire ve eğitim düzeyine göre farklılık gösterir mi?
- (viii) Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesine yönelik değerlendirme gelir ve eğitim düzeyine ve sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık gösterir mi?
- (ix) Sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyet düzeyi eğitim ve gelir düzeyine göre farklılık gösterir mi?
- (x) Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin yeterliliğine ilişkin değerlendirmeler eğitim ve gelir düzeyine göre farklılık gösterir mi?

Özetle araştırma, Eskişehir'de yürütülen alan çalışmasında elde edilen veriler üzerinden sosyal ve ekonomik statü ve sağlık statüsü arasındaki karşılıklı ilişkiyi ortaya koymayı, sosyal ve ekonomik statünün sağlık statüsünü hangi mekanizmalar aracılığıyla etkilediğini incelemeyi ve sağlık alanındaki eşitsizliklerin diğer toplumsal eşitsizliklerle nasıl bir etkileşim içinde olduğunu göstermeyi amaçlamaktadır. Başka bir deyişle araştırmanın amacı, toplumdaki çeşitli sosyal ve ekonomik statü gruplarının sağlık statülerinin; sağlıkla ilgili algı, tutum ve davranışlarının ve sağlık alanında karşılaştıkları sorunların ne şekilde farklılaştığını ve sosyal ve ekonomik statüyü oluşturan faktörler tarafından ne derecede ve nasıl etkilendiğini ortaya koymaktır.

1.3. Önem

Bu çalışmanın önemini birkaç noktada ifade etmek mümkündür. İlk olarak sosyal ve ekonomik eşitsizlikler ve sağlık arasındaki ilişki Türkiye'de sosyoloji

disiplininde oldukça az konu edilmektedir ve bu çalışma ilgili literatüre özgün bir katkıda bulunma çabası içinde olacaktır.

İkinci olarak bu çalışmada farklı sosyal ve ekonomik statü gruplarının sağlık sistemiyle olan ilişkisi ortaya konarak sağlık politikaları çerçevesinde başlatılan yeni uygulamaların özellikle Eskişehir üzerinden değerlendirilmesinde kullanılabilecek veriler sağlanacak, ayrıca Eskişehir'in toplumsal yapısının ve toplumsal sorunlarının anlaşılmasına katkıda bulunmaya çalışmaktadır.

Son olarak Türkiye'de sosyal ve ekonomik statüyle sağlık arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmaların büyük kısmının sosyoloji dışındaki disiplinlerde yapıldığı düşünüldüğünde bu çalışmanın sosyolojik bakış açısıyla yapılması bir diğer önemli noktadır. Bu ilişkiyi sağlık ve hastalık sosyolojisinin kavramsal çerçevesiyle ve sosyolojik bir bakış açısıyla inceleyecek olan bu çalışma hem bu ilişkinin daha kapsamlı ve derin bir şekilde anlaşılabilmesi sağlamaya hem de sağlık alanındaki eşitsizliklerin diğer toplumsal eşitsizlik biçimlerinden bağımsız olarak ele alınamayacağını göstermeye çalışacak ve aynı konuda diğer disiplinlerde yapılacak çalışmalara sosyolojik açıdan katkıda bulunmaya çalışacaktır.

1.4. Sayıltılar

Bu tezin temel sayıltısı, sağlık statüsünün bireyin kişisel davranışlarından çok içinde bulunduğu toplumsal koşullar tarafından belirlenmekte olduğu, bireylerin sağlık statülerinin, sağlığa, sağlık sistemine ve sağlık hizmetlerine ilişkin algı, tutum ve davranışlarının cinsiyete dayalı eşitsizlikler, gelir dağılımı eşitsizliği, eğitim eşitsizliği, bölgesel eşitsizlikler gibi toplumsal eşitsizlikler tarafından şekillendirildiğidir.

Araştırma çerçevesinde cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, eğitim durumu, meslek, doğum yerinin ve yaşanan yerin kırsal mı kentsel mi olduğu, sosyal güvence tipi ve çocuk sayısı değişkenlerinin sosyal ve ekonomik statü kavramını ölçen değişkenler olduğu şeklindeki epistemik önermelerin doğru olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmanın diğer bir sayıltısı da örneklem grubunu üçe bölmek için kullanılan ölçütlerin statü gruplarını birbirinden ayırmak için uygun olduğu ve örneklemdeki üç grubun Eskişehir'de birbirinden farklı üç statü grubunu temsil ettiğidir. Bu çerçevede örneklemde yer alan azgelişmiş ilçelerin köylerinde yaşayanların kırsal yoksulları, kent merkezinde ağırlıklı olarak işçilerin yaşadığı iki mahallede yaşayanların kentsel altı sınıfı, Anadolu Üniversitesi'nde doçent ve profesör olarak görev yapanların ise kentsel orta sınıfı temsil ettiği varsayılmaktadır.

1.5. Sınırlılıklar

Bu çalışmada sosyal ve ekonomik değişkenler ile algılanan sağlık statüsü ve sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışlar arasındaki ilişki incelenmektedir. Sağlık statüsünü etkilemesi muhtemel olan dinsel algı, tutum ve davranış biçimleri çalışmanın kapsamı dışındadır. Çalışmada din sadece dinsel-geleneksel tedavi biçimlerinin kullanılıp kullanılmadığı değişkeninde yer almakta, bu değişkenle de dinsel algı, tutum ya da davranışlar değil, sadece formel tıp dışındaki tedavilere başvurma sıklığı ölçülmeye çalışılmaktadır.

Çalışmanın ikinci sınırlılığı sağlıkla ilgili algı, tutum ve davranışları etkilediği önceden yapılan çalışmalarda gösterilmiş olan meslek değişkeninin derinlemesine analiz edilmemesidir. Bunun nedeni, örnekleme sürecinde kullanılan ölçütlerin meslekler hakkında detaylı bilgi sağlamaya elverişli olmamasıdır. Özellikle mahalle örnekleminde ağırlıklı olarak yer alan işçiler ücret, çalışma koşulları, iş güvencesi ve sosyal güvence gibi açılardan homojen olmayan bir gruptur. Çalışmada memurlar, çiftçiler, işçiler, esnaflar ve ev kadınları gibi meslek kategorileri üzerinden temel analizler yapılmıştır. Ancak meslek ve sağlık arasındaki ilişkinin ele alındığı çalışmalarda çalışılan işin fiziksel koşulları, çalışma saatleri, iş üzerinde sahip olunan kontrol düzeyi ve işçinin sahip olduğu özerklik derecesi gibi ayrıntıların son derece önemli olduğu görülmektedir. Yapılan işle ilgili bu ayrıntılı bilgilerin toplanması ve analiz edilmesi çalışmanın temel amacının dışında kalmış, bu nedenle meslek detaylı bir şekilde incelenmemiş, genel düzeyde sosyal statüyü belirleyen öğelerden biri olarak ele alınmıştır.

2. Yöntem

2.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, farklı sosyal ve ekonomik statüye sahip grupların sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışlarını betimlemeye ve sosyal ve ekonomik statü değişkenleri ile sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışları ölçen değişkenler arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını ortaya koymaya çalışan kesitsel bir araştırmadır. Değişkenler arasında bir nedensellik ilişkisi kurulmamakta, eş zamanlı değişme olup olmadığı incelenmektedir. Bu çerçevede araştırmada nicel yöntem kullanılmıştır.

Bu amaca yönelik olarak veri toplamak için 229 yapılandırılmış görüşme yapılmış ve 126 anket uygulanmıştır. Farklı statü gruplarının sağlık ve hastalık algısı, sağlığa ilişkin davranışları ve sağlık sistemine yönelik tutumlarının betimlenmesi amacıyla yönelik olarak nitel veri toplama tekniklerinden de faydalanılmış, 2 odak grup görüşmesi ve 6 derinlemesine görüşme yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Eskişehir’de yaşayan insanlar oluşturmaktadır. Örneklem, olasılığa dayalı olmayan örnekleme tekniklerinden olan kota örnekleme tekniği ile seçilmiştir. Bunun nedeni çalışmanın temel amaçlarından birinin statü gruplarının karşılaştırılması olmasıdır. Bu amaca yönelik olarak üç statü grubunu temsil ettiği varsayılan üç küme belirlenmiş ve örneklem bu kümelere girenler içinden kota örnekleme tekniğiyle seçilmiştir. Bu çerçevede örneklem

- (i) Eskişehir’de düşük gelir ve statülü kırsal nüfusun özelliklerini en iyi yansıtacağı düşünülen en az gelişmiş iki ilçenin köylerinde yaşayan 103 kişi,
- (ii) Kentsel düşük gelir ve statü grubunun özelliklerini en iyi yansıtacağı düşünülen ve işçilerin ağırlıklı olarak yaşadığı iki mahallede yaşayan 126 kişi ve
- (iii) Orta/orta-üst gelir ve statü grubunun özelliklerini iyi yansıtacağı düşünülen Anadolu Üniversitesi’nde doçent ve profesör olarak çalışan 126 kişi olmak üzere toplam 355 kişiden oluşmaktadır.

Bunlara ek olarak sağlık ocağı olan köylerde sağlık ocağında ve Han ilçe merkezinde bulunan Toplum Sağlığı Merkezinde görev yapan sağlık personeliyle de görüşmeler yapılmıştır.

Örneklemeye dahil olacak köyler belirlenirken Eskişehir'in sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasına göre en az gelişmiş olan ilçeleri olan Han ve Günyüzü (<http://ekutup.dpt.gov.tr/bolgesel/dincerb/ilce/2.pdf>) ilçeleri seçilmiş, bu ilçelerin nüfusu en kalabalık  köyü seçilmiştir. Eskişehir'in en az gelişmiş iki ilçesine bağlı köylerde yaşayanların en düşük statüdeki kırsal yoksulların genel özelliklerini taşıyacağı, yoğun olarak işçilerin yaşadığı iki mahallenin kentsel düşük gelir ve statü grubunu, gelir ve eğitim düzeyi görece yüksek olan doçent veya profesörlerin de orta/orta-st statü grubunu temsil edeceği varsayılmıştır.

2.3. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 2009 yılının Haziran ve Eylül aylarında toplanmıştır. 2009 yılının Haziran ayında Kayı, Ayvalı ve Gökçeyayla köylerinde 103, Emek ve Gündoğdu mahallerinde 126 yapılandırılmış görüşme yapılmış, köy örnekleminden ve mahalle örnekleminden seçilen kişilerle ayrıca birer odak grup görüşmesi ve üçer derinlemesine görüşme yapılmıştır. 2009 yılının Eylül ayında Anadolu niversitesi'nde doçent ve profesör olarak görev yapan 273 kişiye anket gönderilmiş, %46'lık bir geri dönüş oranıyla 126 kişiden anket yoluyla veri toplanmış, ilerinden  kişiyle de yapılandırılmış görüşme yapılmıştır. 78 soruluk yapılandırılmış mülakat formlarının yaklaşık yarısı, 61 soruluk anket formlarının da yaklaşık dörtte biri açık uçlu sorulardan oluşmaktadır.

2.4. Verilerin zm ve Yorumlanması

Yapılandırılmış görüşme ve anket formları sayısallaştırılarak SPSS programına aktarılmış ve program yardımı ile analiz edilmiştir. Açık uçlu olarak sorulan soruların sınıflandırılmasında örneklemenin bakış açısını betimleyebilme amacı ön planda tutulmuş, bu nedenle birbirinden farklılığı önemli bulunan kategoriler ortak noktaları nedeniyle aynı kategoriye konmayıp verilerin zenginliğini yansıtacak şekilde sınıflandırılmıştır.

Araştırmanın örneklemini küçük olmamakla birlikte homojen bir örneklem grubu olmadığı için birçok değişkende normal bir dağılım göstermemektedir. Yapılan Sample Kolmogorov-Smirnov testinde değişkenlerin p değerlerinin 0,05'ten küçük çıkması da bu durumu göstermekte ve verilerin analizi için parametrik olmayan istatistiklerin kullanılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle veriler parametrik olmayan istatistiklerle analiz edilmiş, değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak için ki kare (chi square), gruplar arasında farklılık olup olmadığını görmek için t-test yerine Mann-Whitney's-U ve Wilcoxon W testleri, Anova yerine Kruskal-Wallis H testi, aralık ölçeğindeki değişkenlerin korelasyonlarını görmek için de (Pearson korelasyonu yerine) Spearman korelasyonu kullanılmıştır.

Odak grup görüşmeleri ve derinlemesine görüşmeler deşifre edilerek kelime işlem programlarına (Microsoft Office Word) aktarılmıştır. Bu verilerle elde edilen ifadeler çalışmada birinci ağızdan aktararak kullanılmıştır. Bu verilerden elde edilen istatistiksel sonuçların açıklanması ve tartışılması amacıyla yararlanılmış, böylece pozitivist çalışmaların sıklıkla haklı bir şekilde eleştirilen “insan ilişkilerini ve davranışlarını sayılara ve formüllere indirgeme” özelliğinin yarattığı zayıflıktan kaçınılmaya çalışılmıştır.

2.5. Güvenirlilik

Algılanan sağlık statüsü kavramını ölçmek için sosyal bilimler literatüründe sıklıkla kullanılan MOS 36 Ögeli Sağlık Taraması Kısa Formundan ve D. Goldberg ve P. Williams (1988) tarafından geliştirilen Genel Sağlık Anketinden (GHQ-28) yararlanılarak bir ölçek hazırlanmıştır. Yapılan çalışmalar MOS 36 ölçeğinin güvenirliğinin 0,65-0,94 arasında değiştiğini ve Genel Sağlık Anketi'nin güvenirliğinin ,70 (Gibbons vd., 2004) olarak gözlendiğini göstermektedir. Bu çalışmanın amaçları arasında örneklemin sağlık düzeyini belirlemek yer almadığı, bu veriye sadece algılanan sağlık statüsünü karşılaştırmak ve örneklemin sağlık durumu hakkında çok genel düzeyde bir bilgi sahibi olmak için ihtiyaç duyulduğundan yararlanılan ölçekler kısaltılmış ve belirli sağlık sorunlarını yaşama ve sağlığa ilişkin belirli davranışları gösterme sıklığından oluşan 9 maddeli bir ölçek hazırlanmıştır. Bu araştırmanın verileri ile yapılan

güvenirlik testine göre çalışmada kullanılan 9 maddeli ölçeğin güvenirliği 0,57'dir.

2.6. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Araştırmanın en güçlü yönü, nicel ve nitel veri toplama tekniklerinin birlikte kullanılması sayesinde örnekleme yer alanların sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışlarını zengin bir şekilde betimleyebilmesidir. Araştırmanın verileri yüzeysel değildir, yüz yüze görüşmeler, odak grup görüşmeleri ve anketlerde yer alan açık uçlu sorular örnekleme girenlerin düşünce, tutum ve davranışlarının görece anlaşılmasına olanak sağlamaktadır.

2.7. Süre ve Olanaklar

Bu araştırma, Anadolu Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından desteklenen (090815 no'lu) bir doktora tezi araştırmasıdır. Araştırmanın veri toplama aşamasında köy ve mahalle örneklemiyle yapılan yapılandırılmış mülakatları araştırmacı ile birlikte yapan anketörlerin ücretleri ve bu süreçte gerekli olan ulaşım ve kumanya gibi ihtiyaçlar Anadolu Üniversitesi tarafından karşılanmıştır.

3. Bulgular ve Yorum

3.1. Giriş

Araştırmanın amaçları doğrultusunda bulgular dört bölüm halinde incelenecektir.

- Giriş bölümünde örneklemin genel özellikleri değerlendirilecek, birinci bölümde örneklemin sağlık ve hastalık kavramlarına yönelik algısı ele alınacaktır. Bu bölümde sağlıklı olma, hastalık ve sağlıklı beslenme kavramlarının örneklem tarafından yapılan tanımları ve hastalığa neyin neden olduğuna dair düşünceleri incelenecek, örneklem grubu, cinsiyet, gelir, eğitim, doğum yeri, yaşanan yer, meslek, çocuk sayısı ve yaş değişkenlerinin bu algıyı etkileyip etkilemediği ortaya konmaya çalışılacaktır.
- İkinci bölümde algılanan sağlık statüsü üzerinde durulacak, örneklemdekilerin sağlık düzeylerine ilişkin temel veriler ve kendi sağlıklarını nasıl algıladıkları incelenecek ve örneklem grubu, cinsiyet, gelir, eğitim, doğum yeri, yaşanan yer, meslek, çocuk sayısı ve yaş başta olmak üzere çeşitli değişkenlerinin sağlık düzeyi ve algılanan sağlık düzeyini etkileyip etkilemediği ortaya konmaya çalışılacaktır.
- Üçüncü bölümde sağlığa ilişkin tutum ve davranışlar incelenecek, belirli besin gruplarını tüketme sıklığı, sağlığa ilişkin bazı davranışlar (sigara ve içki içme ve egzersiz yapma sıklığı), sağlık bilgisinin kaynağı ve bazı bilgi kaynaklarına duyulan güven derecesi, hangi durumlarda sağlık kuruluşlarına gidildiği, doktordan utanma tutumu, başkalarının verdiği ilaçları kullanmaya yönelik tutum, gebelikte kontrole gidilip gidilmediği, doğumların nerede yapıldığı ve çocukların zamanında aşılanıp aşılanmadığı incelenecek ve bu değişkenlerle sosyal ve ekonomik statüyü ölçtüğü varsayılan diğer değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığı ortaya konmaya çalışılacaktır.
- Dördüncü bölümde sağlık kurumlarına ve sağlık sistemine yönelik algı ve tutum incelenecek, örneklemin tercih ettiği sağlık kuruluşu ve bu tercihte

etkili olan faktörler, hastanelerin birleşmesine yönelik tutum, sağlık personelinin duyulan memnuniyet düzeyi, reçetelenen bazı ilaçların karşılanmamasına yönelik tutum, farklı sosyal güvence gruplarının sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyleri hakkındaki algı, sağlık hizmetlerine başkalarının sağlık karnesi ya da Yeşil Kartı üzerinden erişenlere yönelik tutum, hastanelerin en önemli sorunu konusundaki algı, ideal sağlık hizmeti algısı ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin yeterliliği konusundaki algıları değerlendirilecek ve bu değişkenlerin örneklem grubu, cinsiyet, gelir, eğitim, doğum yeri, yaşanan yer, meslek, çocuk sayısı, yaş ve sosyal güvence türü değişkenleri ile ilişkili olup olmadığı ortaya konmaya çalışılacaktır.

3.1.1. Örneklem genel özellikleri

Örneklem grubu 355 kişiden oluşmaktadır, bu grubun %29'unu (n=103) Han ve Günyüzü ilçelerine bağlı olan Kayı, Ayvalı ve Gökçeyayla köylerinde yaşayanlar, %35,5'ini (n=126) Eskişehir merkezinde bulunan Gündoğdu ve Emek mahallelerinde yaşayanlar, %35,5'ini de (n=126) Anadolu Üniversitesi'nde görev yapan doçent ve profesörler oluşturmaktadır.

Tablo 2'de görüldüğü gibi örneklem genelinin %54,8'i erkek, %45,2'si kadındır. Örneklem yaklaşık üçte ikisi (%65,2) Eskişehir doğumludur ve Tablo 2'den görülebileceği gibi köy ve mahalle örneklemelerinde bu oran yükselmektedir. Örneklemde bulunanların yaşları 17-86 arasında değişmektedir, yaş ortalaması 50,20, en çok tekrarlanan yaş (mod) 40'tır. Örneklemde bulunanlar ortalama olarak 34,9 yıldır Eskişehir'de ikamet etmektedirler. Örneklem %83,9'u evli, %8,5'i bekar, %5,1'i dul, %2,5'i boşanmıştır. Örneklem genelinde ortalama çocuk sayısı 2,66'dır. 6-17 yaş arasındaki çocuklar incelendiğinde köyde yaşayanların bu aralıktaki 53 çocuğundan 49'unun (%92), mahalle örneklemelerinde bulunanların bu yaş aralığındaki 68 çocuğundan 62'sinin (%91), öğretim üyelerinin ise bu yaş aralığındaki çocuklarının tamamının öğretimlerine devam ettiği görülmektedir.

Tablo 2: Örneklemen Demografik Özellikleri

	Örn. Geneli	Köy	Mahalle	Üniversite
Cinsiyet %	n=354	n=103	n=126	n=125
Erkek	54,8	52,4	52,4	59,2
Kadın	45,2	47,6	47,6	40,8
TOPLAM	100	100	100	100
Yaş ortalaması	n=352	n=103	n=125	n=124
Aritmetik Ortalama (X)	50,20	54,31	49,46	47,52
En düşük-en yüksek değer	17-86	17-77	21-86	34-65
Standart Sapma (SD):	12,925	16,103	13,470	7,541
Doğum yeri %	n=351	n=103	n=126	n=122
Köy	49	92,2	50,0	11,5
Kasaba-ilçe	18,5	5,8	20,6	27,0
Kent Merkezi	32,5	1,9	29,4	61,5
TOPLAM	100	100	100	100
Doğduğu şehir %	n=351	n=103	n=126	n=122
Eskişehir	65,2	95,1	74,6	30,3
Eskişehir'e komşu kentler	6,3	2,9	8,7	6,6
Metropoller (İst., İzmir, Ank.)	6,3	1,9	0,8	15,6
Türkiye'deki diğer kentler	19,1	-	9,5	45,1
Yurtdışındaki kentler	3,1	-	6,3	2,5
TOPLAM	100	100	100	100
Eskişehir'de yaşama süresi	n=353	n=103	n=126	n=124
Aritmetik Ortalama (X)	34,93	50,29	30,42	26,75
En düşük-en yüksek değer	1-77	7-77	2-70	1-59
Standart Sapma (SD):	18,733	18,116	15,706	13,982
Medeni Hal %	n=355	n=103	n=126	n=126
Evli	83,9	82,5	84,9	84,1
Bekar	8,5	8,7	5,6	11,1
Dul	5,1	7,8	6,3	1,6
Boşanmış	2,5	1,0	3,2	3,2
TOPLAM	100	100	100	100
Baba Mesleği %	n=341	n=103	n=126	n=126
Çiftçi	51,3	91,3	60,3	6,8
İşçi-Emekli işçi	15,0	1,9	20,7	20,5
Memur-Emekli memur	15,8	2,9	3,3	40,2
Serbest Meslek	5,6	-	4,1	12,0
Esnaf	7,0	-	8,3	9,4
Kendi hesabına çalışan	0,6	2,9	1,7	-
Emekli	3,8	-	-	11,1
İşsiz	0,9	1,0	1,7	-
TOPLAM	100	100	100	100

Örneklem genelinin aylık ortalama geliri 2,427 TL'dir ($X=2,427$, $SD=2889,343$, $Mod=500$). Tablo 3'te görülebileceği gibi bu ortalama köy örneklemini ($X=473$) ve mahalle örneklemini ($X=742$) için daha düşük, üniversite örneklemini için ise oldukça daha fazladır ($X=5,792$).

Köy örnekleminin dörtte üçü (%75,7), mahalle örnekleminin yarısından fazlası (%55,6) ve üniversite örnekleminin yaklaşık üçte ikisi (%64,5) kendi sahip

olduğu evde yaşamaktadır. Ev türleri incelendiğinde köy örnekleminin tamamının, mahalle örnekleminin beşte dördünün (%81,6) ve üniversite örnekleminin %29'unun müstakil evlerde yaşadığı görülmektedir.

Tablo 3: Örneklemin Ekonomik Özellikleri ve Hane Yapısı

	Örneklem Geneli	Köy	Mahalle	Üniversite
Ortalama Aylık Hane Geliri	n=338	n=103	n=122	n=118
Aritmetik Ortalama (X)	2,427	473,11	742,25	5.792,37
En düşük-en yüksek değer	0-15000	0-2500	0-5000	2000-15000
Standart Sapma (SD):	2889,343 (mod:500)	412,760	602,636	2439,101
Ortalama çocuk sayısı	n=354	n=94	n=119	n=102
Aritmetik Ortalama (X)	2,66	4,35	2,53	1,38
En düşük-en yüksek değer	0-9	1-9	0-8	0-4
Standart Sapma (SD):	1,811	1,853	1,389	0,748
Ortalama hane büyüklüğü	n=353	n=103	n=126	n=124
Aritmetik Ortalama (X)	3,10	3,17	3,25	2,89
En düşük-en yüksek değer	1-9	1-9	1-9	1-5
Standart Sapma (SD):	1,387	1,585	1,537	0,973
Sosyal güvenceye sahip olunan yıl	n=316	n=86	n=105	n=125
Aritmetik Ortalama (X)	18,66	12,20	17,47	24,10
En düşük-en yüksek değer	1-54	1-41	1-54	4-53
Standart Sapma (SD):	11,546	10,253	15,00	8,782
Ev Mülkiyeti %	n=353	n=103	n=126	n=124
Kendine ait	64,6	75,7	55,6	64,5
Aileden başka birine ait	22,1	19,4	29,4	16,9
Kira	11,3	1,9	15,1	15,3
Lojman	2	2,9	-	3,2
Ev Türü	n=355	n=103	n=126	n=124
Müstakil	68,5	100	81,6	29,0
Gecekondu	1,4	-	4,0	-
Apartman Dairesi	18,8	-	14,4	38,7
Site İçinde Apartman Dairesi	11,4	-	-	32,3

Temel sosyal, demografik ve ekonomik özellikler köy, mahalle ve üniversite örnekleminde heterojen bir dağılım göstermektedir. Bu nedenle örneklem gruplarını ayrı ayrı betimlemek daha doğru olacaktır.

3.1.1.1. Köy örnekleminin genel özellikleri

Köy örneklemini Han ilçesine bağlı olan Kayı ve Gökçeyayla köyleri ile Günyüzü ilçesine bağlı olan Ayvalı köyünde yaşayan 103 kişiden oluşmaktadır. Köy örnekleminin %54,4'ü Kayı (Han), %40,8'i Ayvalı (Günyüzü), %5'i ise Gökçeyayla (Han) köyünde yaşamaktadır.

Han ilçesi, Eskişehir'in güneyinde bulunan, 2008 itibarıyla 2,488 nüfuslu, 335 km² yüzölçümüne sahip olan bir ilçedir (TÜİK, 2009:14). Han nüfusunun yaklaşık yarısı (1,222 kişi) belde ve köylerde yaşamaktadır (TÜİK, 2009:15). Han'da 2004 yılı itibarıyla şehirleşme oranı %55,69, nüfus artış hızı binde -0,55,

nüfus yoğunluğu 15, ortalama hane büyüklüğü 4,50'dir. Han nüfusunun %78,37'si tarım sektöründe çalışmaktadır. İşsizlik oranı %5,85, okuryazarlık oranı %81,63, bebek ölüm oranı binde 48,19, nüfus bağımlılık oranı %58,14'tür (Dinçer ve Özaslan, 2004:166). 2007-2008 yılları arasında Han ilçesinin nüfus artış oranı -1,50'dir (TUİK, 2009:14). Günyüzü ilçesi, Eskişehir'in güneybatısında bulunan, 2008 itibariyle 7,678 nüfuslu, 789 km² yüzölçümüne sahip olan bir ilçedir (TUİK, 2009:14). Günyüzü nüfusunun yaklaşık %70'i (5,366 kişi) belde ve köylerde yaşamaktadır (TUİK, 2009:15). Günyüzü'nde 2004 itibariyle şehirleşme oranı %28,70, nüfus artış hızı binde 11,71, nüfus yoğunluğu 12, ortalama hane büyüklüğü 5,10'dur. Günyüzü nüfusunun %85,40'ı tarım sektöründe çalışmaktadır. İşsizlik oranı %5,39, okuryazarlık oranı %92,52, bebek ölüm oranı binde 14,18, nüfus bağımlılık oranı %61,63'tür (Dinçer ve Özaslan, 2004:166). 2007-2008 yılları arasında Günyüzü ilçesinin nüfus artış oranı -5,62'dir (TUİK, 2009:14). İnsani gelişmişlik indeksine göre Eskişehir'in en az gelişmiş ilçeleri sırasıyla Han ve Günyüzü'dür. Türkiye'de bulunan toplam 872 ilçe içinde gelişmişlik endeksine göre Han 619. sırada, Günyüzü ise 591. sırada yer almaktadır (Dinçer ve Özaslan, 2004:114).

Eskişehir kırsal bölgesinde yer alan ve Han ilçesine bağlı olan Kayı Köyü, 2008 itibarıyla 382 nüfusa sahip olan, Han ilçe merkezine 17 km., Eskişehir il merkezine 100 km. uzaklıkta bulunan bir köydür. Köyde sağlık ocağı yoktur, sağlık evi vardır ancak faal değildir. İlköğretim okulu vardır ve faaliyettedir. Su şebekesi ve kanalizasyon (föseptik çukurlarına bağlı) vardır. Köye gezici sağlık taraması en son 2 yıl önce gelmiştir. 40 hanenin 10-15'inde tarım makinesi olmakla birlikte yakıt ücreti yüksek olduğu için makineler çoğunlukla kullanılmamaktadır. Köye Han ilçesinden haftada bir doktor ziyareti yapılmaktadır. Köyün önemli bir kısmını 1703 yılında Sivas'ın Divriği ilçesinden göç edenlerin aileleri oluşturmaktadır. Bu grup önce İskankuyu köyüne yerleşmiş, ancak bataklık ve sivrisinek gibi olumsuz çevre koşulları nedeniyle yeniden göç ederek köyü şimdi olduğu yerde kurmuşlardır. Yine Han ilçesine bağlı olan Gökçeyayla Köyü ise Han ilçe merkezine 16 km., Eskişehir il merkezine 121 km. uzaklıkta yer alan, sağlık ocağı ve sağlık evi olmayan, su ve kanalizasyon şebekesi bulunmayan, ilköğretim okulu olmayan 83 nüfuslu bir

köydür. Gökçeyayla Köyü 1993 yılına dek Afyonkarahisar'ın İscehisar ilçesine bağlı iken 1993 yılında Eskişehir'in Han ilçesine bağlanmıştır.

Eskişehir kırsal bölgesinde yer alan Ayvalı Köyü, Günyüzü ilçesine bağlı olan, 2008 itibarıyla 564 nüfuslu bir köydür. Ayvalı Köyü'nde 480 hane bulunmaktadır. Köyde yaşayanların büyük kısmını 1955 yılında Eskişehir'e göç etmiş olan göçmenler oluşturmaktadır. Köydeki hanelerin %70'inde traktör gibi tarım makineleri vardır ancak diğer köylerde olduğu gibi yakıt ücretlerinin yüksekliği nedeniyle çoğunlukla kullanılmamaktadır. Köyde sağlık ocağı yoktur, ancak faal bir sağlık evi vardır. İlköğretim okulu faaldir. Sağlık evinde sağlık meslek lisesinden mezun olmuş bir ebe-hemşire görev yapmaktadır. Doktor gereksinimlerini genellikle yakın mesafedeki Gümüşkonak Kasabası'na giderek karşılamaktadırlar. Ayvalı Köyü'nde su şebekesi olmakla birlikte şebekenin kaynağı yazın kuruduğu için yazları yaklaşık 3 ay boyunca köy susuz kalmaktadır. Köy muhtarı, yapılan incelemelerde kaynağın suyunun içme suyu olarak kullanılmaması gerektiğinin ortaya çıktığını ve bu yönde rapor düzenlendiğini belirtmektedir, ancak yine de köyde bu kaynağın suyunu içme suyu olarak kullananlar mevcuttur. Ayvalı Köyü'ndeki ebenin beyanına göre yazın su akmadığı dönemlerde başta ishal ve kadın hastalıkları olmak üzere çeşitli hastalıklarda artış gözlenmektedir. Diğer köylerde olduğu gibi bu köyde de kanalizasyon şebekesi fosseptik çukurlarına bağlıdır.

Her üç köyde de ağırlıklı olarak buğday, arpa ve pancar yetiştirilmektedir. Sulama sistemi ya da baraj yoktur. Köylerde yaşayanlar, özellikle nüfuzu az olan haneler bulgur, pirinç, makarna gibi ürünleri üretmenin maliyeti hazır satın almaktan daha yüksek olduğu için bu ürünleri hazır satın almaktadırlar. Sebze-meyve yetiştiriciliği yaygın değildir, iklim koşullarının uygun olmaması nedeniyle üretim maliyeti yüksek ve verimi düşük olan bu ürünler pazardan satın alınmaktadır. Her üç köyde de çöplerin toplanması konusunda sıkıntı yaşanmakta ve buna bağlı bir kirlilik göze çarpmaktadır.

Köy örnekleminin tamamına yakını (%95,1) Eskişehir'de ve yine büyük çoğunluğu (%92,2) köyde doğmuştur. Köyde yaşayanlar ortalama 54,31 yaşındadır ve ortalama olarak 50,29 yıldır Eskişehir'de yaşamaktadırlar. Köy

örnekleminde bulunanların %82,5'i evlidir, ortalama çocuk sayısı 4,35'tir, ancak çocukların büyük kısmı çalışmak amacıyla köyden göç ettiği için ortalama hane büyüklüğü nispeten küçüktür (3,17). En fazla 3 çocuğa sahip olanlar köy örnekleminin %35,1'ini, 4-6 çocuğa sahip olanlar %54,2'sini, 7-9 çocuğa sahip olanlar ise %10,7'sini oluşturmaktadır.

Eğitim durumu incelendiğinde köy örnekleminin %10,7'sinin okuryazar olmadığı, %6,8'inin diplomasız okuryazar olduğu, %67'sinin ilkokul, %4,9'unun ortaokul, %9,6'sının lise ve %1'i üniversite mezunu⁴⁹ olduğu görülmektedir. Köy örnekleminde bulunanların annelerinin %57,4'ü okuryazar değildir, %13,9'u diplomasız okuryazar, %27,7'si ilkokul mezunu, %1'i ortaokul mezunudur. Babalarının ise %37,6'sı okuryazar değildir, %16,8'i diplomasız okuryazar, %40,6'sı ilkokul mezunu, %3'ü ortaokul mezunu, %2'si lise mezunudur. Diğer bir deyişle örnekleminde bulunanların %71,3'ünün annesi, %54,4'ünün babası ve %17,5'inin kendisi herhangi bir diplomaya sahip değildir.

Köyde yaşayanların babalarının büyük kısmı (%91,3) çiftçi, annelerinin büyük kısmı (%81,6) ev kadınıdır. Köy örneklemindeki erkeklerin (n=54) yarısından fazlası (%55,6) çiftçi, %14,8'i işçi ya da emekli işçi, %14,8'i esnaf, %3,7'si memur, %1,9'u serbest meslek çalışanı, %9,2'si ise işsizdir. Bu açıdan köy örneklemindeki erkekler, diğer iki örneklem grubuna oranla daha yüksek bir oranda babalarının işini sürdürmektedirler. Köy örneklemindeki kadınların ise (n=49) %12,2'si çiftçi, %83,8'i ev kadını, %2'si işçi, %2'si memurdur. Köyde yaşayanlar yılın ortalama 4,5 ayını çalışarak geçirmektedirler. Çiftçilerin çalışma aralıkları 0-12 ay arasında değişmekle birlikte esnaf, işçi, memur ve ev kadını gibi kategoriler dışarıda bırakılıp sadece çiftçilerin çalışma süresi incelendiğinde bu süre 3 aya düşmektedir. Köy örnekleminin ortalama aylık hane geliri 0 ile 2500 TL arasında değişmektedir ve aylık gelir ortalaması 473,11'dir. Köyde hiç gelire sahip olmayan 3 kişi (%3,1) bulunmaktadır ve aylık gelir aralığı 0-250 TL olanlar köy örnekleminin üçte birini (%33,7) oluşturmaktadırlar.

Sosyal güvence türleri incelendiğinde köy örnekleminde bulunanların üçte ikisinin (%66) Bağ-Kur'lu (Bağ-Kur'luların yaklaşık üçte biri Bağ-Kur'a

⁴⁹ Üniversite mezunu olan bir kişi köylerden birindeki imamdır. Köy örnekleminde iki imam ve bir imamın eşi, Emekli Sandığı mensubudur.

borçludur), %10,7'sinin SSK'lı, %5,8'inin Yeşil Kartlı ve %2,9'unun Emekli Sandığı mensubu olduğu, %14,6'sının ise hiçbir sosyal güvencesi olmadığı görülmektedir⁵⁰. Köy örnekleminde sosyal güvenceye sahip olanlar ortalama olarak 12,20 yıldır sosyal güvenceye sahiptir. Bu rakam yaş ortalaması daha küçük olan mahalle örnekleminde ortalamasından yaklaşık 5 yıl azdır ve üniversite örnekleminde ortalamasının da yaklaşık olarak yarısıdır.

Ev mülkiyeti incelendiğinde köy örnekleminin %75,7'sinin kendine ait evde, %16,3'ünün aileden bir başkasına ait olan bir evde, %1,9'unun kirada ve %2,9'unun lojmanda yaşadığı görülmektedir. Köyde yaşayanların tamamı müstakil evlerde oturmaktadırlar, bununla birlikte ekte bulunan fotoğraflardan görülebileceği gibi, köy evlerinin önemli bir çoğunluğu fiziksel açıdan oldukça kötü durumdadır. Köyde bulunan evlerin beşte dördüne yakınında (%78,6) ahır, yarısına yakınında (%48,5) kümes bulunmaktadır. Ahırların %29,1'i, kümeslerin %22'si yaşanan eve bitişiktir.

Köy örnekleminde bulunanların evlerinin %13,6'sında banyo yoktur, banyosu olan evlerin %16'sında banyo evin dışında ve tuvaletten ayrı, %69'unda evin içinde ve tuvaletten ayrı, %14,9'unda ise evin içinde ve tuvaletle aynı yerdedir. Evlerin üçte ikisinden fazlasında (%68) tuvalet evin dışında, üçte birine yakınında (%32) ise evin içindedir. Köy örnekleminde tuvalet kağıdı kullanmadığını belirtenlerin oranı %43,7'dir. Evlerin beşte birinden fazlasının (%21,4) tuvaletinde, %17'sinin banyosunda ve %9,7'sinin mutfağında su tesisatı yoktur.

Köy örnekleminin %30,1'i musluktan akan suyu içmekte, %16,5'i parayla içme suyu almakta ve %53,4'ü suyu bir çeşmeden ya da kaynaktan taşıyarak elde

⁵⁰ Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı'na tabi çalışanlar, 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı Kanun ile tek bir çatı altında birleştirilmiştir. SGK çerçevesinde SSK'lılar "4/a, Hizmet akdi ile çalıştırılanlar, Bağ-Kur'lular "4/b, Bağımsız Çalışanlar", Emekli Sandığı Mensupları "4/c Kamu Çalışanları" şeklinde, 5510 sayılı Kanununda tabi oldukları maddelerin numaralarıyla birlikte ifade edilmektedirler. Bu çalışmada SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'na bağlı olup olmama, SGK ile birleşmeden önce bağlı bulunan sosyal güvenlik kurumunu ifade etmektedir. Farklı sosyaol güvenlik kurumlarına menzup olanlar arasında bir farklılık olup olmadığı tezin amaçları açısından önem taşıdığı ve 5510 sayılı Kanun'un yürürlüğe girmesinden itibaren geçen iki yılın tüm nüfusu homojenize edecek kadar uzun bir süre olmadığı dikkate alınarak SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ifadeleri korunmuştur.

etmektedir. Ayvalı Köyü'nde şebeke suyunun içme suyu olarak kullanılmaması gerektiği yönündeki rapor ve yakınlarda içmeye uygun kaynak olmaması nedeniyle Ayvalı Köyü'nde içme suyu olarak diğer köy ya da ilçelerden parayla satın alınan suyu kullanma oranı (%35,7) Kayı'dan (%3,6) ve hiç parayla su satın alınmayan Gökçeyayla'dan çok daha yüksektir. Kayı Köyü'nde yaşayanların ise dörtte üçü (%75) içme suyu ihtiyacını taşıma suyla karşılamaktadır. Bunun yanında, köylerde içme suyuna gösterilen özen yemek pişirmek için kullanılan suya gösterilmemektedir. Köyde yaşayanların %78'i yemeklerini şebeke suyuyla pişirmektedir. Ayvalı'daki suyun sağlıksızlığına rağmen bu köyde de köy örneklemini geneline benzer bir şekilde büyük çoğunluk (%78,6) yemeklerini şebeke suyu ile pişirmektedir.

Köy örnekleminde bulunanların %97,1'inin buzdolabı vardır, bununla birlikte buzdolaplarının büyük kısmı oldukça eskidir ve örneklemin yaklaşık üçte biri buzdolabının çalışmasıyla ilgili sorunlar olduğunu belirtmiştir. Neredeyse tamamı sobayla ısınan köy örnekleminin %64,1'i odun sobasıyla, %35'i kömür sobasıyla ısınmakta, bir kişi ise kat kaloriferi kullanmaktadır. Odun sobasıyla ısınanların tamamı yakacak odunu ormandan kendileri temin etmektedirler. Köy örnekleminin %15'i çamaşırı elde, %85'i makinede yıkamaktadır. Çamaşırlarını elde yıkayanların %61,5'i suyu sobanın üzerinde, %23,1'i ocağın ya da kuzinenin üzerinde, %15,4'ü ise elektrikli ısıtıcı ile ısıtmaktadır.

Köy örneklemini genelinde evlerin yaklaşık üçte ikisinde (%63,9) çocuklar için ayrı bir yatak odası yoktur. Bu örneklem grubundakilerin %14,6'sının evinde bakıma muhtaç en az bir hasta bulunmaktadır. Köy örnekleminin %87,4'ü hiçbir yerden sosyal yardım almamakta, %10,7'si kaymakamlıktan, %1,9'u belediyeden yardım almaktadır. Köy örnekleminin %6,3'ü evlenmiş çocuklarının sağlık harcamalarını kendisi karşılamaktadır.

3.1.1.2. Mahalle örnekleminin genel özellikleri

Eskişehir kent merkezindeki mahallelerde oturan Mahalle örnekleminin %48,4'ü Gündoğdu, %51,6'sı Emek mahallesinde yaşamaktadır. Muhtarlıktan alınan bilgilere göre 2010 itibarıyla Gündoğdu Mahallesi 3000 haneli, 9239 erkek 8796 kadın olmak üzere resmi kayıtlara göre 18,000 nüfuslu bir mahalledir. Bununla

birlikte mahalle muhtarlığı kaydı başka yerde olsa da burada yaşayanların toplam 25,000 kişi kadar olduğunu beyan etmektedir. Mahalle muhtarlığından alınan bilgilere göre Emek Mahallesi resmi rakamlara (ikametgâh bilgilerine) göre 15,000 haneli ve 30,000 nüfuslu bir mahalledir, ancak muhtarlık seçmen kayıtlarının güncellenmesi sonucu elde ettiği verilere göre Emek mahallesinde 23,000 hanenin ve 60,000 nüfusun olduğunu belirtmektedir.

Mahalle örnekleminin %52,4'ü erkek, %47,6'sı kadındır. Bu örneklemdeliklerin büyük çoğunluğu (%74,6) Eskişehir'de, %8,7'si Eskişehir'e komşu kentlerde (Ankara hariç), %9,5'i Türkiye'deki diğer kentlerde ve %6,3'ü yurtdışında doğmuştur (Almanya doğumlu bir kişi dışında yurt dışında doğanların hepsi Bulgaristan doğumludur). Mahalle örnekleminin yarısı (%50) köy, %20,6'sı kasaba-ilçe, %29,4'ü kent merkezinde doğmuştur. Köyde doğmuş olanların %76,2'si, kasaba-ilçede doğanların %69,2'si ve kent merkezinde doğanların %75,7'si Eskişehir doğumludur.

Mahallelerde yaşayanların %23,8'i hiç göç etmemiş, beşte ikisi (%41,2) Eskişehir'in köyünden, %18,3'ü başka bir şehir merkezinden ve %16,7'si başka bir ilin köyünden Eskişehir merkeze göç etmiştir. Eskişehir merkeze il dışından göç edenler içinde en kalabalık grubu sırasıyla Afyonkarahisar'dan ve Bulgaristan'ın çeşitli illerinden göç edenler oluşturmaktadır. Göç etme nedenleri incelendiğinde %45,3'le işsizlik en önemli neden olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunu %14,7 ile evlilik, %10,5 ile siyasal nedenler (Bulgaristan göçmenleri için), %9,5 ile köyde tarlaların aile nüfusuna yetmemesi, %7,4 ile eğitim ve yine %7,4 ile diğer aile bireylerinin göç etmesi izlemekte, geri kalan %5,2'lik kesim sağlık veya tayin gibi nedenlerle göç etmişlerdir. Göç etmiş olanlar ortalama olarak 27,41 yıl önce göç etmişlerdir. Eskişehir'in köyünden merkeze göç edenler ortalama 28,62 yıl önce, başka bir ilin köyünden Eskişehir merkeze göç edenler ortalama 28,19 yıl önce, başka bir şehir merkezinden Eskişehir'e göç edenler ortalama 23,96 yıl önce göç etmişlerdir. Mahalle örnekleminde yaş ortalaması 49,46, Eskişehir'de ikamet etme yılı ortalaması da 30,42'dir.

Mahalle örnekleminin %10,3'ü okuryazar değildir, %7,1'i diplomasız okuryazardır. İlkokul mezunları bu örneklemin %55,6'sını, ortaokul mezunları

%11,9'unu, lise mezunları %13,5'ini ve üniversite mezunları da %1,6'sını oluşturmaktadır. Bu örnekleme yer alanların babalarının eğitim durumu incelendiğinde %34,1'i okuryazar olmadığı, %6,5'inin diplomasız okuryazar, %52'sinin ilkokul mezunu, %4,1'inin ortaokul ve %3,3'ünün lise mezunu olduğu görülmektedir. Mahalle örneklemindekilerin annelerinin eğitim düzeyi ise daha düşüktür, bu örneklem grubundakilerin annelerinin %50,8'i okuryazar değildir, %8,1'i de diplomasız okuryazar, %37,9'u ilkokul, %1,6'sı ortaokul ve %1,6'sı lise mezunudur.

Mahalle örneklemindekilerin %60,3'ünün babası çiftçi, %20,7'sinin babası işçi ya da emekli işçi, %4,1'i serbest meslek erbabı, %8,3'u esnaf, %3,2'si memur, %1,7'si kendi hesabına çalışan, %1,7'si işsizdir. Bu örneklem grubundakilerin annelerinin %94,4'ü ev kadını, %2,4'ü işçi, %1,6'sı çiftçi, %0,8'i serbest meslek erbabı ve 0,8'i memurdur. Mahalle örneklemindeki erkeklerin (n=66) yarısından fazlası (%51,6) işçi ya da emekli işçi, dörtte birine yakını (%21,2) esnaf, %9,1'i serbest meslek çalışanı, %7,6'sı çiftçi, %4,5'i kendi hesabına çalışan, %4,5'i memur ve %1,5'i işsizdir. Bu örneklem grubundaki kadınların (n=60) büyük çoğunluğu (%86,6) ev kadını, %6,7'si işçi, %5'i çiftçi, %1,7'si memurdur.

Sosyal güvence türü incelendiğinde mahalle örnekleminde yer alanların yaklaşık yarısının (%49,3) SSK'lı, %19,8'inin Bağ-Kur'lu, %8,7'sinin Emekli Sandığı mensubu, %8,7'sinin Yeşil Kartlı olduğu, %0,8'inin özel sigortaya sahip olduğu ve %12,7'sinin hiçbir sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir. Ortalama sosyal güvenceye sahip olma süresi 17,47 yıldır. Mahalle örnekleminin ortalama aylık hane geliri 742,25 TL'dir. Bu örneklem grubu içinde hiç geliri olmayan 4 kişi bulunmaktadır. Bu grubun %35,2'si 0-500 TL, %32,8'i 501-700 TL, %38'i 700 TL üzerinde ortalama aylık gelire sahiptir.

Mahalle örnekleminin %84,9'u evlidir, ortalama çocuk sayısı 2,53 ve ortalama hane büyüklüğü 3,25'tir. 0-3 çocuğu olanlar mahalle örnekleminin %82,4'ünü, 4-6 çocuğa sahip olanlar %15,9'unu, 7-9 çocuğa sahip olanlar %1,7'sini oluşturmaktadırlar.

Mahalle örnekleminde bulunanların %55,6'sı kendine ait evde, %29,4'ü aileden başka birine ait olan bir evde, %15,1'i kirada oturmaktadır ve ortalama kira

bedeli 259,47 TL'dir. Evlerin %81,6'sı müstakil, %4'ü gecekondur ve %14,4'ü apartman dairesidir. Mahalle örneklemindeki evlerin %84'ünde tuvalet evin içinde, %16'sında dışındadır. Banyosunda su tesisatı olmayanların oranı %1,6'dır, tuvaletinde su tesisatı olmayanların oranı da aynıdır. Mahalle örnekleminin %93,6'sı içme suyunu satın almaktadır, %2,4'ü şebeke suyu, %2,4'ü taşıma su ve %0,8'i de kuyu suyu içmektedir. Bununla birlikte bu örneklem grubunun %52,4'ü yemek pişirmek için şebeke suyunu kullanmakta, %1,6'sı hem şebeke suyunu hem içme suyu, %7,3'ü arıtma cihazı ile arıttığı suyu, %38,7'si de içme suyu kullanmaktadır. Mahalle örnekleminin %96'sı çamaşır makinesinde yıkamaktadır. Bu örneklem grubunun %99,2'sinin buzdolabı vardır. Mahalle örnekleminin %59,2'si kömür sobasıyla, %19,2'si doğalgaz sobasıyla, %13,6'sı kat kaloriferi ile %4,8'i merkezi kaloriferle, %1,6'sı kombiyle ve yine %1,6'sı odun sobasıyla ısınmaktadır. Mahalle örnekleminde tuvalet kağıdı kullanmayanların oranı %25'tir.

Mahalle örnekleminde yer alanların %4,8'inin evinde bakıma muhtaç hasta vardır. Mahalle örnekleminin %86,5'i herhangi bir yerden sosyal yardım almamakta, %7,1'i valilikten, %4'ü belediyeden, %1,6'sı sosyal hizmetlerden ve %0,8'i diğer kaynaklardan sosyal yardım almaktadır.

Mahalle örneklemindekilerin %51'inin evinde çocuklar için ayrı bir yatak odası vardır, %49'unun evinde yoktur. Bu grup örneklemin %10'u evlenmiş çocuklarının sağlık harcamalarını kendi üstlenmiştir.

3.1.1.3. Üniversite örnekleminin genel özellikleri

Üniversite örnekleminde Anadolu Üniversitesi'nde doçent ve profesör olarak görev yapan 126 kişiden oluşmaktadır. Üniversite örnekleminde yer alan öğretim üyelerinin %46,4'ü profesör, %53,6'sı doçenttir. Bu örneklem grubunun %59,2'si erkek, %40,8'i kadındır. Üniversite örnekleminde bulunanların üçte birinden azı (%30,3) Eskişehir doğumludur, %45,1'i Türkiye'nin çeşitli illerinde, %6,6'sı Eskişehir'e komşu olan illerde, %15,6'sı ise Ankara, İstanbul veya İzmir'de doğmuştur. Bu grubun %61,5'i kent merkezinde, %27'si kasaba-ilçede, %11,5'i ise köyde doğmuştur. Öğretim üyeleri ortalama olarak 26,75 yıldır Eskişehir'de ikamet etmektedirler. Öğretim üyelerinin %84,1'i evli, %11,1'i bekar, %3,2'si

boşanmış, %1,6'sı duldur. Ortalama çocuk sayısı 1,38; ortalama hane büyüklüğü 2,89'dur. Bir çocuğu olanlar bu örneklem grubunun %52,9'unu, iki çocuğu olanlar %42,2'sini, üç çocuğu olanlar %3,9'unu ve dört çocuğu olanlar ise %1'ini oluşturmaktadır.

Üniversite örneklemindekilerin baba meslekleri incelendiğinde babalarının %40,2'sinin memur ya da emekli memur, %20,5'inin işçi ya da emekli işçi, %12'sinin serbest meslek erbabı, %9,4'ünün esnaf, %6,8'inin çiftçi olduğu görülmektedir, %11,1'inin ise sadece emekli olduğu belirtilmiştir. Annelerinin ise %83,1'i ev kadını, %3,4'ü çiftçi, %8,5'i memur/emekli memur, %1,7'si serbest meslek erbabıdır ve %3,4'ünün sadece emekli olduğu belirtilmiştir. Öğretim üyelerinin tamamı Emekli Sandığı mensubudur ve ortalama olarak 24,10 yıldır sosyal güvenceye sahiptirler. Bu grubun ortalama aylık geliri 2,427 TL'dir. Aylık geliri 2000-5000 arasında olanlar grubun %48,3'ünü, 5001-8000 arasında olanlar %38,1'ini ve 8000 TL üzeri aylık gelire sahip olanlar da %13,6'sını oluşturmaktadır.

Üniversite örnekleminin %29'u müstakil evde, %38,7'si apartman dairesinde, %32,3'ü bir site içinde apartman dairesinde oturmaktadır. Bu grubun %64,5'i kendine ait bir evde, %16,9'u aileden başka birine ait olan bir evde, %15,3'ü kirada ve %3,2'si lojmanda oturmaktadır. Ödenen ortalama kira bedeli 519,12 TL'dir.

Bu çerçevede üç örneklem grubunu karşılaştıracak olursak köy örnekleminde mahalle ve üniversite örneklemine doğru doğum yeri giderek kentleşmekte, Eskişehir'de doğma oranı, Eskişehir'de ikamet etme süresi, çocuk sayısı ve hane büyüklüğü azalmakta, eğitim ve gelir düzeyi artmaktadır. Köy örnekleminin önceki nesli de çok büyük çoğunlukla kırsal alanda yaşayan eğitim düzeyi düşük çiftçilerden oluşurken mahalle örnekleminin ebeveynleri arasında çiftçilerin oranı üçte bir kadar azalıp işçilerin oranı artmakta, ebeveynlerin eğitim düzeyleri de köy örneklemine oranla artmakta, üniversite örnekleminde ise önceki neslin memur ya da işçilerden oluştuğu görülmektedir.

3.2. Sağlık ve Hastalık Algısı

Cevaplayıcılardan sağlıklı olmak, hastalık, sağlıklı beslenme kavramlarını tanımlamaları istenmiş, hastalığa neyin neden olduğu konusundaki düşünceleri sorulmuş, hastalığa yaşam koşullarının mı kaderin mi neden olduğu hakkındaki düşünceleri ayrıca sorulmuştur. Özellikle sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlamaya yönelik olarak verilen yanıtların sınıflandırılmasında verilen yanıtların çeşitliliğini yansıtabilmek için katı bir sınıflandırma yapılmaktan kaçınılmış ve yanıtlar sınıflandırılırken mümkün olduğunca örneklemin bakış açılarındaki farklılıkları gösterecek şekilde esnek bir yol izlenmiştir.

3.2.1. Sağlık algısı

Sağlıklı olma durumunu tanımlarken örneklem genelindeki cevaplayıcılar sağlıklı olmayı en çok kendine bakmakla (%23,2) (düzenli, iyi, temiz beslenmek, üşütmemek vb.) ve belirli hastalıkların yokluğuyla (%19,7) ilişkilendiren tanımlar yapmışlardır. Örneklemin %16,3'ü sağlıklı olmayı doğrudan fiziksel sağlıkla ilgili (kendini güçlü, dinç hissetmek, enerjik olmak vb.) ifadelerle, %11'i hem fiziksel hem de ruhsal/duygusal sağlığa ilişkin ifadelerle tanımlarken %7,6'sı gündelik yaşamını kimseye ihtiyaç duymadan sürdürebilmek olarak tanımlamış, %3,5'i ise kaliteli yaşam koşullarına sahip olmanın sağlıklı olmak olduğunu belirtmiştir. Örneklem içinde zihinsel sağlığa ilişkin tanımlar yapanların oranı son derece düşüktür (%1,4). Bu çerçevede en önemli nokta örneklem genelinde sağlıklı olma durumunun tanımlarında fiziksel sağlığın çok ön plana çıkmış olması ve zihinsel sağlığa da çok az gönderme yapılmış olmasıdır. Sağlığın sosyal yönüne ilişkin öğelerin açıkça ifade edildiği tek bir tanım yapılmıştır, bununla birlikte 'gündelik yaşamını yardımsız bir şekilde tek başına sürdürebilmek', 'kaliteli yaşam koşullarına sahip olmak' gibi kategoriler kısmen bu çerçevede değerlendirilebilir.

Bir numaralı alt problem olarak sorulan soruya yanıt olarak sağlığın tanımlanmasının gelire, eğitime ve yaşanan yere göre farklılık gösterdiği söylenebilir. Tablo 4'ten görülebileceği gibi sağlıklı olma durumunun tanımları ile örneklem grubu, yaş, meslek, yaşanan yer, eğitim, doğum yeri, aylık gelir ve çocuk sayısı arasında ilişki vardır.

Tablo 4: Sağlıklı Olmayı Tanımlama Biçimi ile Seçilmiş Değişkenler Arasındaki İlişkiler

	Sağlıklı olmayı tanımlama biçimi			
	n	X ²	Sd	p
Örneklem grubu	289	120,24	16	≤.01
Cinsiyet	289	5,16	8	≥.05
Yaş	287	31,32	16	≤.05
Gelir	278	134,5	48	≤.01
Eğitim	289	77,46	8	≤.01
Doğum yeri	287	34,07	8	≤.01
Yaşanan yer	289	40,83	8	≤.01
Meslek	289	127,93	40	≤.01
Çocuk sayısı	265	26,99	8	≤.01

*α = .05 için anlamlıdır.

** α = .01 için anlamlıdır.

Tablo 5: Sağlıklı Olmanın Tanımlanma Biçimlerinin Örneklemde Dağılımı

%		Kendine bakmak	Duyusal-ruhsal sağlık	Fiziksel sağlık	Fiziksel ve duyusal-ruhsal	Gündelik yaşamını yarımsız sürdürme	Zihinsel / fiziksel ve zihinsel sağlık	Hastalığın yokluğu	Kaliteli yaşam	Toplam
Örneklem Geneli n=289		23,2	17,6	16	11	7,6	1,4	19,7	3,5	100
Örneklem Grubu n=289	Köy	37,4	23,1	20,9	1,1	7,7	1,1	8,8	-	100
	Mahalle	28,2	15,5	16,4	0,9	4,5	-	31,8	2,7	100
	Üniversite	2,3	14,8	11,4	33	11,4	3,4	15,9	8	100
Yaş n=287	-40	27,5	18,8	16,3	11,3	1,3	-	21,3	3,8	100
	41-60	13,1	17,7	16,2	15,4	9,2	2,3	21,5	4,6	100
	61+	35,1	16,9	16,9	2,6	11,7	1,3	14,3	1,3	100
Gelir n=278	-500	33,7	18,9	17,9	1,1	5,3	-	21,1	2,1	100
	500-1500	27,9	18,6	17,4	1,2	7	1,2	25,6	1,2	100
	1501-2500	40	30	10	-	10	-	10	-	100
	2501-3500	7,1	7,1	14,3	35,7	14,3	-	21,4	-	100
	3501-4500	-	15,8	10,5	10,5	26,3	5,3	21,1	10,5	100
	4501-5500	-	13,3	6,7	53,3	-	6,7	13,3	6,7	100
	5501+	5,1	15,4	15,4	33,3	7,7	2,6	12,8	7,7	100
Eğitim n=289	Ortaokul ve altı	33,9	19,9	18,1	-	5,3	0,6	20,5	1,8	100
	Lise ve üzeri	7,6	14,4	13,6	26,3	11	0,8	18,6	5,9	100
Doğum Yeri n=287	Köy	31,8	20,3	14,9	2,7	6,1	2,1	20,3	2	100
	Köyden büyük	14,4	14,4	18	19,4	8,6	1,4	19,4	5	100
Yaşanan yer n=289	Kırsal	37,4	23,1	20,9	1,1	7,7	1,1	8,8	-	100
	Kentsel	16,7	15,2	14,1	15,2	7,6	1,5	24,7	5,1	100
Meslek n=289	Çiftçi	45,2	14,3	19	-	11,9	-	9,5	-	100
	Ev kadını	31,7	19,5	17,1	-	4,9	-	26,8	-	100
	İşçi	25,6	20,9	23,3	-	4,7	-	20,9	4,7	100
	Memur	2,1	14,9	11,7	33	10,6	4,2	16	7,4	100
	Esnaf	35,3	17,6	11,8	-	-	-	29,4	5,9	100
	Diğer	27,3	27,3	18,2	-	9,1	-	18,2	-	100
Çocuk sayısı n=265	En fazla 2	17,3	15,3	14,7	17,3	6	1,3	22	5,3	100
	3 ve üzeri	32,2	22,6	18,3	2,6	7	0,9	14,8	1,7	100

Tablo 5'te görüldüğü gibi köyde yaşayanlar, köy doğumlu olanlar, nispeten düşük gelir düzeyine sahip olanlar, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlar, diğer bir deyişle ekonomik statüsü düşük kırsal kesim, sağlıklı olmayı tanımlarken en sıklıkla 'kendine bakmak' şeklinde sınıflandırılabilir ifadeler kullanmıştır. Mahalle örneklemini sağlıklı olmayı ağırlıklı olarak 'hastalığın yokluğu' kategorisine, üniversite örneklemini, en yüksek aylık gelir grubu ve lise ve üzerinde eğitim almış olanlar ise daha kapsamlı olarak 'fiziksel ve ruhsal/duygusal sağlık' kategorisine girecek şekilde tanımlamışlar ve sağlıklı olmanın gündelik yaşamı yardımsız sürdürebilmek olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte, değindikleri noktalar açısından aynı kategoride toplanan tanımların ifade edilişleri de örneklem içinde farklılık göstermektedir. Örneklem gruplarının 'kendine bakma, bakımlı olma' kavramlarını ifade edilişleri birbirinden farklıdır. Köy örneklemini içinde olup bakımlı olmak kategorisine girecek tanımlar yapanlar öncelikle *beslenmeye*, daha sonra *temizliğe* ve mevsim koşullarına uygun *giyinmeye* vurgu yapmaktadır. Bu çerçevede köy örnekleminin kendine bakmak ile kastettikleri aşağıdaki tanımlarda görülebilir.

"İyi demek temizlik her konuda. İyi yimek yani, düzenli yimek ama dikkat edemiyoz köylü olduğumuz için." (köy)

"Kendine dikkat etcen, yimende içmende dikkat etcen, uykusuna, vücutun dinlenmesine temizliğe dikkat etcen" (köy)

"... Kendine dikkat etcen, üşitmicen, zararlı bişeyler yemicen." (köy)

"Kendi vücudunu hani esirgemek biliyon mu. Vücudunu sürüne sürüne git olmaz. Vücuduna, temizliğine yimesine dikkat etmek. Her şeyini yatağını, yimeğini testemiz yaparsın." (köy)

"Zamanında yiyip içmek. Soğuktan sıcaktan korunmak. Yiyeceğe dikkat etmek." (köy)

"Gücün yerinde olacak türlü yiyecen türlü giyecen." (köy)

"Kendini dikkat edicen, yemene giymene, kendini de fazla üşütmiycen her şeyin başı onda." (köy)

"Her şeyden bol bol yiyecen, içcen. Süt içcen, yoğurt yiyecen. Meyve sebze yiyecen. Moral bi de. Ben iyiyim dedin mi iyisin kızım. Kafana takınca olmaz hemen hasta olursun." (köy)

Özellikle köy ve mahalle örnekleminde sağlıklı olmak tanımlanırken beslenmeye vurgu yapıldığı görülmektedir. Bu açıdan sağlıklı beslenmenin nasıl algılandığını incelemek yerinde olabilir. Köy örneklemini içinde sağlıklı beslenmeyi tanımlayanların (n=87) kullandıkları ifadeler incelendiğinde bu grubun sağlıklı

beslenmeyi et, süt, peynir yemek (%24,2), pahalı, kıymetli yiyecekler yemek (%15), düzenli beslenmek ve öğün atlamamak (%12,6), sebze-meyve yemek (%11,5), temiz ortamda hazırlanmış temiz yiyecekler yemek (%11,5), her çeşitten yemek (%9,2), bol yemek (%6,9), hafif ve az yemek (%3,4), dengeli beslenmek (%3,4) ve doğal ve hormonsuz yiyecekler yemek (%2,3) şeklinde tanımladığı görülmüştür. Mahalle örnekleminde (n=106) ise bu sıralama değişmekte, ilk sırayı çok pahalı, kıymetli yiyecekler yemek gibi parayla ilgili ifadeler (%19,8) almakta, bunu düzenli beslenmek ve öğün atlamamak (%18,9), bol yemek (%12,3), doğal ve hormonsuz yiyecekler yemek (%11,3), temiz ortamda hazırlanmış temiz yiyecekler yemek (%7,5), sebze-meyve yemek (%8,5), dengeli beslenmek (%8,5), her çeşitten yemek (%6,6), hafif ve az yemek (%3,8) ve et, süt, peynir yemek (%2,8) izlemektedir.

Köy örnekleminde sağlıklı beslenmeyi ekonomik duruma gönderme yaparak tanımlayanlardan bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir.

“.... Köy yerinde peynir, yumurta yiyoruz, meyve sebze alamıyoruz” (köy)

“Cebinde olursa sağlıklı beslenirsin, yoksa beslenemezsin. Süt yoğurt koyunumuz var faydalanıyoz, ama her zaman olmuyor, sıkıştık mı satıyoz” (köy)

“Para varsa her şey var. Paran yoksa yok. Yiyecek için para lazım.” (köy)

“Valla şimdi para varsa sağlıklı beslenme çok güzel. Köylüyüz, para yok. Maddiyatta kısıtlılık olduğu için dört dörtlük beslenemiyoz. Sabahları balla sütü karıştırıp yiyemiyoz.” (köy)

“Sağlık olması için paran olacak. Para bol olacak her şey paraya bağlı.” (köy)

“Kıymetli yiyecek, salata, tatlı olacak. Yavan ekmek yeyince olmuyor.” (köy)

Mahalle örneklemini ise, ileriki bölümlerde görüleceği üzere et grubu ve süt ürünleri grubu besinleri köy örnekleminde daha sıklıkla tüketmesine ve ortalama gelir düzeyi köy örnekleminde yüksek olmasına rağmen sağlıklı beslenmeyi en sıklıkla ekonomik etkenlere gönderme yaparak tanımlamaktadır. Aşağıdaki ifadelerde görüldüğü gibi kentte piyasa ile köy örnekleminde daha yoğun bir ilişki içinde olan ve köydeki gibi yiyeceklerini kendi yetiştirme olanağından yoksun olan mahalle örneklemini gıdaları besin çeşitliliği ya da temizliğinden çok parasal değer açısından ifade etmekte, 'pahalı' yiyeceklerle beslenmenin sağlıklı olduğunu ifade etmektedir.

“Paran varsa sağlıklı olursun, paran yoksa karnın doyar sadece” (mahalle),

"Her şeyi yemektir. Yiyemiyoz ki et balık. Nasıl sağlıklı beslencen." (mahalle)

"Sağlıklı beslenme bu hayatta bu pahalılıkta mı, imkanı yok. Sağlıklı beslenemiyoruz, beni çıkardılar, kocamı çıkardılar" (mahalle)

"Para olsa her istediğini alırsın yersin işte. Yoksulluk işte, işsizlik her istediğini alıp yiyemiyosun ki" (mahalle)

"Düzenli gelirdir, düzenli gelir olmadan sağlıklı beslenir mi?" (mahalle)

"Paran olur da oturur yersen sağlıklı beslenirsin." (mahalle)

"Her şeyi yiyemiyoz ki et yemek için kurban bayramını bekliyoruz." (mahalle)

Fiziksel sağlık kategorisine giren yanıtlar, 'dinç olmak', 'zinde olmak', 'gücünün yerinde olması' gibi çoğunlukla enerjik olmayı çağrıştıran ifadelerdir. Özellikle mahalle örnekleminde sağlık aşağıdaki ifadelerde de görüldüğü gibi 'dinamiklik', 'sağlamlık', "çalışabilme, eli ayağı tutuma" gibi işgücünde aranan niteliklerin ifadelerinden olan kelimelerle tanımlanmaktadır.

"Her zaman için dinamik olmak" (mahalle)

"Zinde olmak demek, yolda yürürken şuram ağrıyo, buram ağrıyo demiyce" (mahalle)

"Elinin ayağının tutuması, çalışabilmek" (mahalle)

"Eli ayağı tutan, kafası gözü ağrımayan" (mahalle)

"Sağlam yaşamak" (mahalle)

Ağırlıklı olarak işçilerin yaşadığı mahalle örneklemini, sağlıklı beslenmeyi ve ileride görüleceği gibi hastalığın nedenini tanımlarken olduğu gibi genel olarak sağlığı tanımlarken de ekonomik güce en fazla gönderme yapan gruptur. Köy örnekleminin aksine piyasanın içinde yaşayan ve köy örneklemini kadar güçlü bir sosyal ağa sahip olamayan, bu nedenle para ve piyasa ile ilişkisi güçlenen mahalle örneklemini sağlık algısını da ağırlıklı olarak piyasa üzerinden şekillendirmektedir. Mahalle örnekleminde sağlığı ekonomik güce gönderme yaparak tanımlayanlardan bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir.

"Önce para demek ondan sonra sağlık. Önce Allah'a şükür sağlık diyolar ama önce para valla." (mahalle)

"Durumun iyi değilse maalesef sağlık da iyi olmuyo. Durum yoksa kıt kanaat geçiniyosan istediğini alamıyosan sağlık nerdee." (mahalle)

"İyi bişey, güzel bişey. Moralim iyi olursa maddi sıkıntım olmazsa iyi olurum."

"Spor, beyin rahat olacak, paran olacak, huzurlu olacaksın" (mahalle)

"Tereyağı yer, et yer, süt yer, tabi olursa yimeynen içmeynen olur. Morallen olursa olduğu kadarıylan"

"Mesela paran bol olacak stres olmayacak, kendi işini kendin yapmak, sağlıklı olmak bu." (köy)

Köy örnekleminde kendine bakmak kategorisinde olduğu kadar olmasa da duygusal –ruhsal sağlık kategorisinde bir yoğunlaşma görülmektedir. Üniversite örneklemini gibi hem fiziksel hem duygusal sağlığı içeren tanımlar yapmasalar da köy örneklemindekiler duygusal sağlığa mahalle örnekleminin %7,6 oranında daha fazla değinmektedirler. Diğer bir deyişle köy örneklemini sağlıklı tanımlarken fiziksel ve duygusal sağlığı bir bütün olarak algıladığını gösteren tanımları mahalle örneklemine oranla daha sık yapmakta, stresten ve üzüntüden uzak kalmaya daha çok değinmektedir. Köyde yaşayanlar kentte yaşayanlara, köy doğumlu olanlar daha büyük yerlerde doğanlara, 1500 TL ve altında geliri olanlar daha yüksek gelir gruplarına ve ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olanlar daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlara oranla sağlıklı olmayı tanımlarken strese daha sıklıkla vurgu yapmaktadırlar. Köy ve mahalle örneklemindekilerin bu kategoriye giren tanımlarından bazıları aşağıdaki gibidir.

“Moralim yerinde olunca kendimi sağlıklı hissederim” (köy)

“Huzurun yerinde oldu mu sağlığın da olur.” (köy)

“Moralini bozmayacan, mutlu, her şeyi kafana takmayacan.” (köy)

“İyi demek sağlıklı olmak için neşeli olacan hiç kimsenin de işine karışmıcan.” (köy)

“Yüzün gülüyorsa, mutluyusan, huzurluyusan sağlıklısın” (köy)

“Kendimi çok halsiz hissediyorum yaa, gülmek neşeli olmak” (mahalle)

“Gününü iyi geçirdiyse, iyi hissediyosan, stres yoksa.” (mahalle)

“Sağlık kendi elinde, stres yapmazsan.” (mahalle)

Kendisiyle mülakat yapılan görüşmecilerden biri, bir başka köyden gelin gelmiş, eşi işsiz olduğu için ayrı bir eve çıkmadan kayınpederinin evinde (iki kayınbiraderinin evleri ile aynı avluyu paylaşan bir evde) eşi ve iki çocuğu ile birlikte yaşamaktadır. Üçüncü gebeliğinde kürtaj için kayınpederinden para istemiş, alamayınca tek başına Han ilçe merkezine gitmiş, bileziklerini bozdurarak kürtaj olmuştur. Bir sonraki gebeliğinde ise kürtaj olacak parası olmadığı için çocuğu dünyaya getirmiş, ancak bakamayacağı için Eskişehir merkezde yaşayan bir çifte evlatlık vermiştir. Köy örnekleminde peynir ve yoğurt gibi süt ürünleri sıklıkla tüketilse de kendilerine ait gelirleri olmadığı için bu ürünleri de sıklıkla tüketememektedirler:

“Peynir süt yoğurt yediğin zaman sağlıklısındır. Verirlerse o da. Üzülmeyeceksin, moralli olacaksın. Ama bak mesela hastaneye gidicen para yok. Başkasına

bakınca kendimden el iyi. Ne Bağ-Kur'umuz var ne sigortam, zaten bir de elin eline bakıyoz, kaynatamın yanında duruyoz.... Çok pişmanım. ...Gitmesine giderim de para olmazsa nereye gidecen. Kim bakacak çocuklara. Evin kirasını karı kısmı mı öder yapacağım şey var yapmayacağım şey var.” (köy)

Mahalle örnekleminde yer alanların sağlıklı olmayı tanımlarken en yoğunlaştıkları kategori, 'hastalığın yokluğu' kategorisidir. Bu kategoriye girenler, aşağıdaki tanımlardan da görülebileceği gibi genel olarak hastalığın ya da belirli hastalıkların olmaması durumunu sağlıklı olmak olarak tanımlamaktadırlar.

“Sıhhatli, sağlıklı, ağrısız sızısız yaşamak yani.” (mahalle)

“İyi bişey, hasta olmamak.” (mahalle)

“Çok güzel bişey. İyi bişey. Hiç ne bilem yani. Ağrın sızı olmasa sağlıklı bişey. Ayaklarım gece oldu mu ağrıyor. Olmasa sağlıklı olcam.” (mahalle)

“Hasta olmamaktır ne olacak.” (mahalle)

“Hasta olmayınca sağlıklı olursunuz.” (mahalle)

Bu durum mahalle örnekleminin sağlığı piyasa ile ilişkisini sürdürmesini sağlayan bir durum olarak gördüğünü göstermektedir. Eğer hasta olmak yatakta yatmaya, acı ya ağrı çekmeye neden olarak işe gitmeyi, para kazanmayı engelleyen ya da işten çıkarılmaya neden olan bir durumsa 'hastalığın yokluğu' yani sağlık, işe gitmeyi, para kazanmayı, dolayısıyla hayatı devam ettirmeyi olanaklı kılan fiziksel bir koşuldur. Marx'ın (Marx, 1971) belirttiği gibi temizlik ve sağlık konusundaki basit uygulamaları bile yasal zorunluluklar haline getirmek kapitalizme özgüdür ve temel olarak uysal, verimli ve üretken bir işgücü yaratmayı amaçlamaktadır. Kapitalizmin sağlık, hastalık ve emek arasındaki bağlantıyı iki şekilde kurduğu söylenebilir. Bunlardan ilki yukarıda değinildiği gibi işgücünün verimli olmak için sağlıklı olması gerektiği şeklindeki vurgudur. İkincisi ise bedeni biyomedikal modelde olduğu gibi tamir edilebilir mekanik bir parça gibi göstererek hem Taylorist anlamda (bedeni üzerinden) işçinin ikame edilebilirliği vurgusu hem de sağlığın bozulmasının tedavi/tamir gerektiren, diğer bir deyişle sağlık piyasasından mal ve hizmet satın almayı gerektiren bir durum olduğu vurgusudur. Bu iki vurgu bir yandan işgücünü bir yandan da gerektiğinde yeni hastalıklar icat ederek de olsa (Moynihan ve Cassels, 2006) piyasayı verimli hale getirecek bir sağlık algısı yaratmaktadır. Mahalle örnekleminde sağlığın en yoğun şekilde 'hastalığın yokluğu' olarak tanımlanması, bu iki

vurguyla kapitalizmin sağlık ve emek arasında kurduğu faydacı bağlantının, iktidar söyleminin içselleştirilmesi aracılığıyla (Foucault, 1976) mahalle örnekleme tarafından da benimsendiğini ve sağlık algılarını şekillendirdiğini göstermektedir.

Üniversite örnekleme ise sağlıklı olmayı tanımlarken en sıklıkla (%33) sağlığın hem fiziksel hem de duygusal boyutuna işaret eden tanımlar yapmaktadırlar. Bu tanımlardan bazıları aşağıdaki gibidir.

“Fizik ve ruhsal açıdan bütünlüğün olması ve kişinin kendisini iki anlamda da iyi hissetmesi.” (üniversite)

“Vücut direncinin yerinde olması ve verimli bir iş yaşantısına sahip olmak ve özel yaşamında hayattan zevk alabilmek.” (üniversite)

“Fiziksel ve ruhsal aktivitelerini tam olarak yapabilmek.” (üniversite)

“Fiziksel, ruhsal ve duygusal açıdan iyi durumda olmak.” (üniversite)

“Kişinin yaşantısını fiziksel veya ruhsal olarak olumsuz etkileyen bir durum olmaksızın sürdürebilmesidir.” (üniversite)

“Günlük rutin yaşam için fiziksel ve ruhsal kayba sahip olmamaktır.” (üniversite)

“Yüksek yaşam kalitesi, fiziksel sorunsuzluk ve ruhsal huzur demektir.” (üniversite)

Örneklem genelinde olduğu gibi üniversite örnekleminin içinde de zihinsel sağlığa gönderme yapan tanım sayısı son derece düşüktür. Yine de üniversite grubunun sağlık algısının köy ve mahalle örneklemine göre daha kapsamlı olduğu söylenebilir. Kapsamdaki bu genişlik bir yandan sağlığın hem fiziksel hem ruhsal yönüne vurgu yapan tanımlardan, bir yandan da gündelik yaşama gönderme yapan tanımlardan kaynaklanmaktadır. Gündelik yaşamla ilgili tanımlar köy ve mahalle örnekleminde daha çok sağlığın fiziksel yönüyle ilişkili ifadelerken, üniversite örnekleminin gündelik yaşam kategorisine giren tanımlarının bir kısmı sağlığın sosyal yönüne de vurgu yapmaktadır. Bu fark aşağıdaki tanımlardan görülebilir:

“İnsanın günlük veya yıllık olarak yaşamını normal devam ettirmesidir. Anormal durum varsa hastalanmış olur.” (köy)

“... kendi kendim göynünün istediği yere gidiyon, geliyon, iyi yürüyön, öyledir.” (köy)

“Yaşamayı, durumu iyi, sağlığı iyi. Kendi kendini gezdirdin mi sağlıklı o” (köy)

“Her şeyden öte iyidir, insanın eli ayağı tuttuğu zaman, kimseye muhtaç olmadığı zaman sağlıklıdır” (mahalle)

“Kişinin başkalarına muhtaç olmadan kendi işini görebilmesi” (üniversite)

“Hayatı yaşamak ve muhtaç olmamak demek” (üniversite)

Üniversite örnekleminde sağlığın sadece fiziksel yönüne değinen tanımların oranı diğer örneklem gruplarından düşük, gündelik yaşamı yardımsız sürdürmekle ilgili tanımlar yapma oranı ise diğer örneklem gruplarından yüksektir. Gündelik yaşamı yardımsız sürdürmek üniversite örneklemini için son derece önemlidir çünkü hem ortalama hane büyüklüğü diğer örneklem gruplarından küçüktür, yani en yüksek oranda çekirdek aile halinde yaşamaktadırlar, hem kentte köy örnekleminde olduğu gibi komşularla yakın ilişkiler kurulmamaktadır, hem de üniversite örnekleminde yer alan bireyler gündelik yaşamlarının tümünü programlamakta ve zamanlarını 'etkin, verimli ve kaliteli' şekilde geçirmeye çalışmaktadırlar. Aşağıdaki ifadelerde görüldüğü gibi üniversite örnekleminin ifadelerinin belirgin bir özelliği de gündelik yaşamdan bahsederken 'kalite', 'görev', 'verimlilik', 'performans' gibi ekonomi / piyasa terimlerinin sıklıkla kullanılmasıdır.

“Günlük yaşamında yapman gereken görevleri yerine getirebilmek...” (üniversite)

“Sosyal yaşama etkin bir biçimde katılan, görev ve sorumluluklarını etkili biçimde yerine getiren kişi sağlıklı kişidir.” (üniversite)

“Günlük yaşamını ve aktivitelerini tam bir performans ile yapabilme” (üniversite)

“Gündelik hayatın konforlu ve verimli, mutlu geçmesi” (üniversite)

“Kişinin günlük aktivitelerini yerine getireceği kadar güçlü ruh ve beden sağlığına sahip olması, sağlıklı olması demektir.” (üniversite)

Bu ifadeler üniversite örnekleminin sağlık algısını olduğu kadar gündelik yaşam algısını da ortaya koymaktadır. Yaşadığımız Risk Toplumu'nda (Beck, 1992) her yerde ve sonsuza kadar var olan ve teknolojik ve politik sistemin içine işlemiş olan çeşitli riskler birer ekonomik piyasa faktörü haline getirilmekte ve riski kâra dönüştürmektedir. Bu toplumda nüfusun tamamının güvenliğini sağlamayı amaçlayan ve bu amaca ulaşmada nüfusun belirli bir kısmını 'harcanabilir' olarak gören Güvenlik Paradigması da (Gambetti, 2008) kimin ölüp kimin yaşayacağını yasalara değil, kaynağı ve doğası sürekli değişen risklere bağlı olduğunu vurgulamakta ve 'harcanabilir'lerden olmamak için bireyin gerekli önlemleri alması gerektiğini ima etmektedir. Herkesin kendinden sorumlu olduğu ve kalite ve verimliliğin sürekli vurgulandığı bu serbest piyasa düzeninde

bireyler risklerden korunmak için sağlıklı, üretken ve verimli olmaları gerektiğine inanmaktadırlar. Bu çerçevede yüksek eğitim ve 'farkındalık' düzeyi sayesinde köy ve mahalle örneklemine göre risklerin daha çok farkında olan üniversite örnekleminin gündelik yaşamı düzenlenmesi ve korunması gereken, çalışılan kuruma, aileye, topluma ve devlete karşı çeşitli görev ve sorumlulukları verimli ve etkin bir şekilde yerine getirmelerinin beklendiği bütüncül bir mesai zamanı gibi algıladıkları söylenebilir. Foucault'nun (1976, 1980) savunduğu gibi iktidarın ürettiği söylemin üretim, verimlilik ve kârlılık gibi amaçlarını içselleştiren (ve gündelik yaşamı tanımlarken bunu gösteren) bireyler kendi kendilerinin gözetimini ve denetimini yapmakta ve gündelik hayatlarını üretken kılmaya çalışmakta, bunun da sağlıklı olmakla mümkün olduğuna inanmaktadırlar. Üniversite örnekleminde sağlığın "kimseye muhtaç olmama" olarak tanımlanması da, köy örnekleminin sahip olduğu kadar birincil ilişkilerin olmadığı, daha formel bir hayatta, genellikle küçük çekirdek aileler olarak ve köye oranla yakın dayanışma ağlarının daha az olduğu kentte yaşayan üniversite örnekleminin bir anlamda 'yalnızlığının' farkında olduğunu göstermektedir.

Bu çerçevede örneklem gruplarının sağlık algılarının genel çerçevesini çizmek gerekirse, köy örnekleminin sağlıklı olmayı iyi beslenme, soğuktan korunma, temizlik ve stresten kaçınma çerçevesinde kavramsallaştırdığı, mahalle örneklemine oranla piyasa ve parayla daha az ilişkilendirdiği ve nispeten bütüncül bir şekilde algıladığı söylenebilir. Üç örneklem grubu içinde sağlıklı olmayı hastalığın yokluğu ile en az ilişkilendiren köy örneklemdir. Bu durum köy örneklemindekilerin büyük çoğunluğunun ücretli işçi olarak çalışmaması, dolayısıyla piyasa ile bedenleri-sağlıkları-ücretleri üzerinden diğer örneklem gruplarına göre çok daha az ilişki kurmasının bir sonucudur. Daha esnek çalışma düzenlerine ve daha güçlü dayanışma ağlarına sahip olan köy örneklemindekiler sağlığı işe gitmeye devam etmek için gerekli koşul olarak görmedikleri için sağlık algıları mahalle örnekleminde yer alanlara oranla daha bütüncül şekilde algılamaktadırlar. Sağlıklı olmayı büyük ölçüde herhangi bir hastalığın olmaması, iyi beslenme ve temiz olma olarak algıladığı görülen mahalle örnekleminde sağlığın duygusal boyutuna ilişkin olan ve gündelik

yaşamı yardımsız sürdürmekle ilgili olan tanımlar köy örnekleminde belirgin şekilde düşüktür. Mahalle örnekleminde yukarıda da değinildiği gibi sağlığı ve sağlıklı beslenme gibi ilişkili kavramları büyük ölçüde piyasa ile ilişkilendirerek algılamakta ve fiziksel yönü üzerinden kavramsallaştırmaktadır. Üniversite örnekleminde ise sağlığın sosyal ve siyasal yönüne hiç değinmemekle birlikte diğer iki örneklem grubundan farklı olarak sağlıklı olmayı daha kapsamlı bir şekilde algılamakta, sağlığın hem duygusal hem de fiziksel boyutunu içeren tanımları daha fazla yapmakta, sağlığı gündelik yaşamla diğer iki örneklem grubuna göre daha fazla ilişkilendirmektedir.

3.2.2. Hastalık algısı

Açık uçlu olarak sorulan hastalık nedir sorusuna verilen yanıtlar oldukça çeşitlidir. Bu nedenle birkaç kategoriye indirgmeden önce yanıtların çeşitliliğini incelemek yerinde olacaktır. Örneklemde hastalık en sıklıkla 'yorgun, bitkin, ağrılı olma' gibi enerji eksikliğine ya da fiziksel acıya gönderme yapan ifadelerle tanımlanmaktadır (n=114; %43,9'u köy, %39,5'i mahalle, %16,6'sı üniversite örnekleminde). İkinci büyük gruplaşma ise hastalığın "huzursuzluk, üzüntü, mutsuzluk" gibi duygusal durumlara gönderme yapılarak tanımlanmasından oluşmaktadır (n=34; %23,6'sı köy, %38,2'si mahalle, %38,2'si üniversite örnekleminde). Bu iki kategori dışındaki kategorilerde bu derece bir yoğunlaşma olmasa da hastalık algısındaki çeşitlilik açısından önemlidir. Bu açıdan diğer tanımlar incelendiğinde hastalığın

- "Günlük yaşamı engelleyen her şey" (n=21; %4,8'i köy, %14,3'ü mahalle, %81'i üniversite örnekleminde);
- "Beden fonksiyonlarının düzgün işlememesi" (n=19; %10'u köy, %26,3'ü mahalle, %63,2'si üniversite örnekleminde);
- "Sağlığın yokluğu" (n=17; %11,8'i köy, %64,7'si mahalle, %23,5'i üniversite örnekleminde)
- "Bedenin parazitler vs ile rahatsız edilmesi" (n=14; %21,4'ü köy, %57,1'i mahalle, %21,4'ü üniversite örnekleminde);
- "Yatmak, yatakta olmak, yataktan kalkamamak" (n=13; %69,2'si köy, %30,8'i mahalle örnekleminde)
- "Ölüm, bela, felaket" (n=11; %45,5'i köy, %36,4'ü mahalle, %18,2'si üniversite örnekleminde)

- “Kalp krizi ya da sıkışması, tansiyon yükselmesi” (n=7; %57,1’i köy, %42,9’u mahalle örnekleminde);
- “İzdirap, acı, çile” (n=7; %21,4’ü köy, %28,6’sı mahalle, %50’si üniversite örnekleminde) gibi ifadelerle tanımlandığı görülmektedir. Ayrıca köy ve mahalle örnekleminde hastalığı tanımlayamayanlar (n=28; %57,1’ü köy, %42,9’u mahalle örnekleminde) da bulunmaktadır.

Bu çerçevede verilen yanıtları hastalığın fiziksel olarak görünen özellikler üzerinden yapılan tanımları (yorgun, bitkin veya ağrılı olma, yataktan çıkamama, kalp sıkışması, koma gibi acil durumlar), duygusal özellikler üzerinden yapılan tanımları (ölüm, huzursuzluk, üzüntü, stres, izdirap, çile), biyolojik göndermelerle yapılan tanımları (bedene mikrop girmesi, beden fonksiyonlarının düzgün işlememesi) ve nispeten sosyal içerikli olarak gündelik yaşam üzerinden yapılan tanımları (günlük yaşamı engelleyen faktörler) şeklinde gruplamak mümkündür.

Tablo 6: Hastalığın Tanımlanış Biçimi ile Seçilmiş Değişkenler Arasındaki İlişki

	Görünen fiziksel özellikler üzerinden tanımlanması				Duygusal özellikler üzerinden tanımlanması				Gündelik yaşamın sürdürülmesiyle ilgili tanımlanması				Biyolojik göndermelerle tanımlanması				Sağlığın yokluğu olarak tanımlanması			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örn.grubu	355	35,12	2	≤.01**	355	,012	2	≥.05	355	20,34	2	≤.01	355	3,58	2	≥.05	355	6,84	2	≤.05
Cinsiyet	354	,38	1	≥.05	354	,031	1	≥.05	354	,053	1	≥.05	354	8,45	1	≤.05*	354	,432	1	≥.05
Yaş	352	4,31	2	≥.05	352	2,39	2	≥.05	352	6,77	2	≤.05	352	2,13	2	≥.05	352	,829	2	≥.05
Gelir	338	43,16	6	≤.01	338	3,91	6	≥.05	338	27,78	6	≤.01	338	8,90	6	≥.05	338	5,43	6	≥.05
Eğitim	355	26,40	1	≤.01	355	,006	1	≥.05	355	19,62	1	≤.01	355	4,10	1	≤.05	355	1,53	1	≥.05
Doğ.yeri	351	14,98	1	≤.01	351	,187	1	≥.05	351	3,73	1	≤.05	351	3,01	1	≥.05	351	,689	1	≥.05
Yaş. yer	355	20,20	1	≤.01	355	,012	1	≥.05	355	6,37	1	≤.05	355	3,39	1	≥.05	355	2,57	1	≥.05
Meslek	355	43,04	5	≤.01	355	5,80	5	≥.05	355	19,56	5	≤.01	355	14,42	5	≤.05	355	2,55	5	≥.05
Çoc.sayısı	326	17,23	1	≤.01	326	,178	1	≥.05	326	6,37	1	≤.05	326	1,10	1	≥.05	326	1,01	1	≥.05

*α = .05 için anlamlıdır.

** α = .01 için anlamlıdır.

Tablo 6’da görülebileceği gibi, hastalığın farklı açılardan tanımlanması ile çeşitli değişkenler arasında anlamlı ilişki vardır, bir numaralı alt problemde sorulan hastalığın tanımlanması da gelire, eğitime ve yaşanan yere göre farklılık göstermektedir. Bu ilişkiler çerçevesinde hastalığı belirli şekillerde tanımlayanların baskın özellikleri değerlendirilecek olursa;

(a) Hastalığı görünen fiziksel özellikler üzerinden tanımlayanlar incelendiğinde bu yanıtı verenlerin %44,2’sinin köy örnekleminde olduğu, %38,8’inin ev kadını ve %18,3’ünün çiftçi olduğu (en yoğun iki grup) %63,3’ünün köy doğumlu

olduğu, %75'inin en fazla ortaokul mezunu olduğu, yarısından fazlasının (%54) aylık 500 TL ve altında, %37,5'inin de 501-1500 TL gelir grubunda olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle kırsal kökenli, eğitimsiz ve düşük gelirli grup hastalığı daha çok öksürmek, solgun olmak, yataktan çıkamamak gibi görünen fiziksel özellikler üzerinden tanımlamaktadır. Bunun yanında, hastalığı görünen fiziksel özellikler üzerinden tanımlayanların %49,2'sinin en az iki (ya da daha fazla) kronik hastalığı vardır. Paralel bir bulgu da yine hastalığı görünen fiziksel özellikler üzerinden tanımlayanların dörtte üçünün (%74,5) kendi sağlığını kötü olarak algılıyor olmasıdır.

(b) Hastalığı sağlığın yokluğu olarak tanımlayanların %64,7'si mahalle örnekleminde yer almaktadır, %70,6'sı da en fazla ortaokul mezunudur (yarısına yakınının (%47) hiçbir diploması yoktur). Bu tanımlı yapanlar içinde çoğunluk olan mahalle örneklemini, sağlığı da hastalığın yokluğu olarak tanımlamakta, diğer bir deyişle sağlık ve hastalığı birbirine zıt kavramlar olarak algılamaktadır. Bu durum daha önce değinildiği gibi sağlığın çalışmayı sürdürmek için gerekli bir koşul olarak, hastalığın ise bunu engelleyen bir sorun olarak görüldüğünü yansıtmaktadır.

(c) Hastalığı biyolojik göndermeler içeren ifadelerle tanımlayanların %78,8'i erkek, %21,2'si kadındır, %60,6'sı lise ve üzerinde eğitim görmüştür ve %51,5'i memurdur.

(d) Hastalığı günlük yaşamı engelleyen bir faktör olarak tanımlayanların %90,5'i lise ve üzeri eğitim görmüştür, %81'i memurdur, %88,1'i aylık 2500 TL üzerinde gelire sahiptir ve %71,4'ü köyden daha büyük yerlerde doğmuştur.

Köy ve mahalle örnekleminin yaptığı tanımlarda hastalığın görünür yönleri vurgulanmakta ve özellikle köy örnekleminde somut bir hastalık algısı görülmektedir. Hastalığın görünür yönleri arasında ağrılı ve sancılı olma, yataktan çıkamama, belirgin şekilde acı-ağrı çekme ya da iştahın kesilmesi gibi özellikler sıralanmaktadır. Bu ifadelerden bazıları aşağıdaki gibidir.

"Ağrı, sancıdır o başka ne." (köy)

"Yatağa düşünce hastalığını anlarız. Kalkamıyorsa o adam hastadır." (köy),

"Güçsüz hissetmesi, aksırık öksürük, gözle görülür hastalık hastalıktır." (köy),

"Hasta olan insan ingilder o kadar. Ih ih derim böyle ." (köy),

"Devamlı hastayım der midem ağrır der yatar." (köy)

“Halsizlik, takatsizlik zayıflamak yiyememek iştah olmaması.” (köy)

“Solgun olur, üzüntülü gibi olur, belli olur suratından gözünden.” (mahalle)

“İştahın olmaz, betin benzin atar”(mahalle)

Aşağıda örnekleri verilen ve hastalığı ölümle ilişkilendiren tanımlara da çoğunlukla köy örnekleminde ve ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerinde rastlanmaktadır. Hastalığı doğrudan ölümle ilişkilendirenlerin ortalama 2,29 kronik hastalığı vardır, tamamının annesi ve babası ölmüştür, bununla birlikte içlerinde kendi sağlıklarını çok kötü algılayan yoktur ve sadece biri sağlığını kötü algılamaktadır. Hastalığı işlev, düzen, performans gibi soyut kavramlarla tanımlamaya daha eğilimli olan mahalle ve üniversite örnekleminde oranla köy örnekleminin kullandığı ‘ölüm’ yaşamın içinden ve piyasaya değil, doğaya ilişkin bir kavramdır.

“Ölüm demek, ne demek. Bittin demek, çekcen demek, hiç bi sağlığınız yok bişiyimiz yok. İşte kendi kendine.” (köy)

“Ni olacak, ölümle ilgili, öleceken kalacan a kızım öleceken, herkes ölür.” (köy)

“İnsanı ölüme götüren şeydir.” (köy)

Köy örnekleminde hastalığı daha çok kendini etkileme biçimi üzerinden tanımlarken mahalle örnekleminde, bedene mikrop ya da parazit girmesi, vücut fonksiyonlarının işlememesi gibi biyolojik göndermeler içeren tanımları daha fazla yapmaktadırlar. Yukarıda da değinildiği gibi biyolojik içerikli tanımları yapanların büyük kısmı (%78,8) erkektir. Aşağıdaki örneklerde görüldüğü gibi bu tip tanımlarda 'düzen', 'hasar', 'görev', 'iflas' gibi ekonomiyi ve piyasayı çağrıştıran ve bedenin düzenli işlemesi gereken, zaman zaman da bozulan bir makine gibi kavramsallaştığını gösteren ifadeler yer almaktadır.

“İnsanın bedeninin rahatsız edilmesi parazitler ve bakteriler tarafından” (köy)

“Vücutta bozulmuş bir düzen demektir. Motorun yağı olmazsa hasar çıkarır mesela onun gibi yani” (köy)

“Vücudun bütün organlarının tam işlev görmemesi, düzenli işlememesi.” (mahalle)

“Vücut organlarının yeterli görevi yerine getirememesi.” (mahalle)

“Vücudun mikroplara karşı direnç gösterememesi.” (mahalle)

“Vücudun herhangi bir bölgesinin kötüleşmesi herhangi bir organın iflas etmesi diyelim.” (mahalle)

Hastalığın beden fonksiyonlarının işlememesi ya da bozulması şeklinde tanımlanması, üniversite örnekleminde mahalle örnekleminin iki katından daha fazla sıklıkla görülmektedir, ayrıca bu tanımlarda 'problem çıkarma', 'yetersizlik', 'bozukluk', 'aksaklık', 'yenilgi' gibi eksiklik-kusur vurgusu yapan ifadeler daha sıklıkla kullanılmaktadır. Bu tip ifadelerden bazıları aşağıda verilmiştir.

*“Çevreden alınan mikroplar sonucu yeteri kadar direnci olmayan vücudun **yenik düşmesidir.**” (üniversite)*

*“Vücut **problem** çıkarıyorsa.” (üniversite)*

*“İnsan vücudunun **yetersizliğinin** belirtisi ve kendimize dikkat etmemizi ikaz eden bir durum.” (üniversite)*

*“Organizmayı oluşturan herhangi bir yapıda fizyolojik **aksaklık.**” (üniversite)*

*“Vücut fonksiyonlarımızın **bozulması** veya **iyi çalışmaması**, ağrı-sancı veya **normal olmayan** vücut reaksiyonlarıdır.” (üniversite)*

*“İnsanı temel fonksiyonlarının oluşmamasına neden olan **sistem bozukluğu.**” (üniversite)*

*“Vücudumuzun herhangi bir organında **düzensiz çalışma** ve bu **bozukluğun** ağrı vb gibi durumlarla bizi rahatsız etmesi.” (üniversite)*

*“Verim ve **performansta** düşme ve problem yaşama.” (üniversite)*

*“İnsanın bedensel ve ruhsal durumunda meydana gelen **anormal değişmeler, istikrarsızlıklar.**” (üniversite)*

Bu ifadeler kötü sağlığı yaşam tarzı faktörlerine bağlayarak bireysel olarak kurbanı (bireyi) ve kurbanın bedenini suçlayan (Crawford, 1977) ifadeler olarak görülebilir. Bedenin sağlıklı olduğu sürece sosyolojinin ilgi alanına girmediğini, ancak hastalanıp "işlevini" yitirdiğinde sosyolojinin kapsamına girdiğini düşünen Parsons (2005 [1951]:452,457) da bedeni bir nesne gibi gören tıbbın amacının "bireyin işlevsel etkililiğini tamir ederek toplumun araçsal kapasitelerini maksimize etmek" olduğunu belirtmektedir. Bu durumda risklere karşı kendini koruması ve sağlıklı olma sorumluluğunu üstlenmesi gereken birey hastalandığında bu sorumluluğu yerine getirememiş, sağlığını bozarak verimliliğini ve üretkenliğini kaybetmiş, işlevini yitirmiş, yani sisteme karşı görevlerini yerine getirememiş olmaktadır.

Üniversite örnekleminin hastalıkları bozukluk, aksaklık gibi ifadelerle kavramsallaştırması Armstrong'un (1993) ileri sürdüğü gibi sağlıklarının sorumluluklarını bireysel olarak üstlenmelerinden ve üzerlerindeki sağlıklı kalma baskısından kaynaklanmaktadır. Armstrong (1993) içinde bulunduğumuz

dönemin sağlık paradigmasını 'toplum sağlık rejimi' (*regime of total health*) kavramıyla ifade etmektedir. Bu rejimde insanlar kendi sağlıklarını görüntülemeye, hastalıkları ve sağlıkları hakkında konuşmaya ve sağlıklı kalmaya sevk edilmektedirler. Yirminci yüzyılda sağlık paradigması değişirken kurumsal sağlık hizmetleri de dönüşmekte, müdahale kavramının yerini görüntüleme ve izleme kavramları, hastanede bakım kavramının yerini de topluluk içinde bakım almaktadır (Nettleton ve Gustafsson, 2006:4). Kendi sağlıklarını korumayı bireylerin sorumluluğuna bırakmak bir yandan sağlığın sosyal belirleyicilerini gizleyerek sağlık politikalarında devlete düşen kapsamlı rolün görmezden gelinmesine izin vermekte, diğer yandan risklerin en düşük maliyetle toplum düzeyinde izlenebilir ve kontrol edilebilir hale gelmesini sağlamaktadır. Böylece toplumun sağlığından giderek daha az sorumlu olan devlet açısından maliyetler düşmekte, birçok ülkede gelişen özel sağlık sektörü açısından kâr elde edilebilecek uygun bir sağlık piyasası yaratılmakta, başta kitle iletişim araçları olmak üzere çeşitli kanallarla bireyler giderek daha yoğun bir şekilde sağlıklarından sorumlu olduklarına ve sağlık risklerine karşı gerekli önlemleri almaları gerektiğine ikna edilmektedirler. Bu önlemler de bireysel yaşam tarzı faktörlerine yoğunlaşmak ve özel sağlık sigortası yaptırarak gereksinim duyacakları sağlık bakımı hizmetlerinin kapsam dışı kalma riskinden korunmak olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çerçevede üniversite örneğinde hastalığın bedenin yerine getirmesi gereken işlevleri yerine getiremez hale gelmesi ve benzeri şekillerde tanımlanması, neo-liberal piyasanın ve Parsons'ın yapısal-işlevselci anlayışının beden ve sağlığa ilişkin varsayımlarının bu örneklem grubu tarafından benimsendiğini ve hastalık algılarının bu çerçevede şekillendiğini göstermektedir.

Üniversite örneğinde hastalığın günlük yaşamı engelleyen bir durum olarak tanımlanmasına diğer örneklem gruplarından daha sık rastlanmaktadır. Bu tanım açıkça belirtilmiş olmasa da hastalığın fiziksel olmayan (zihinsel, duygusal ve sosyal) yönlerini de kapsayan bir tanım olduğu için hastalık algısının bu grupta diğer gruplardan daha kapsayıcı olduğu söylenebilir. Bununla birlikte üniversite örnekleme sağlığı tanımlarken de benzer şekilde kapsayıcı tanımlar yapmıştır. Bu açıdan farklı tanımlar üzerinden de olsa

mahalle örnekleme gibi üniversite örnekleminin de sağlığı ve hastalığı birbirine zıt kavramlar olarak kurguladıkları görülmektedir.

*“İnsanın normal hayatını devam ettirememesidir. Mutsuz ve agresif olmasıdır.”
(üniversite)*

“Kişinin fizyolojik veya ruhsal açıdan kendini iyi hissetmemesi, günlük yaşamsal faaliyetlerini etkileyen/ engelleyen tüm durumlar.” (üniversite)

“Günlük yaşantının kalitesini düşürücü etkileri olan vücutsal belirtiler.” (üniversite)

“Güçsüzlük kaynağı, bağımlı olmak.” (üniversite)

“Yaşam kalitesinin bozulması.” (üniversite)

“İnsanların yaşam kalitesini düşüren her türlü sorun.” (üniversite)

*“Günlük yaşantısını sürdürmede zorlanıyorsa, toplum yaşantısının dışında çalışıyorsa doktora görünmesinde (akıl ve vücut sağlığı için) fayda vardır.”
(üniversite)*

“Yaşam verimini azaltan, hayatı zorlaştıran koşul.” (üniversite)

*“Ölümcül olmasa bile ...hayat kalitesini ve günlük yaşamı etkileyen arazlar”
(üniversite)*

“Bireyin fiziksel ya da psikolojik sisteminin iyi işlemediğini duyumsar olması. Günlük işlerini yapamama, yamadan zevk almada eskiyi arar olmak.” (üniversite)

Yukarıdaki ifadelerde görüldüğü gibi günlük yaşam 'kalite' üzerinden değerlendirilmekte ve hastalık bu *kaliteyi bozan* bir etken olarak görülmektedir. Hem bir önceki paragrafta belirtilen bireyi suçlayıcı tarzda ifadeler, hem de yukarıdaki ifadeler, üniversite örnekleminin hastalığı ahlaki olarak sorunlu bir durum olarak gördüğüne ilişkin ipuçları vermektedir. Ahlaki olarak olumlu değerlendirilen sağlığın karşısında hastalığın ayıplanan bir durum olarak görüldüğünü belirten Cornwell (1984) sağlıklı olmanın ahlaki olarak doğru olan durum olarak kabul edilmesinin, birçok bireyin sağlık sorunları olduğu halde kendilerini sağlıklı olarak tanımlamalarına, kendi sağlıklarını kötü algılamamalarına neden olduğunu belirtmektedir. Üniversite örnekleminin kronik hastalık sayısı diğer örneklemelerden daha düşüktür, ama örneklem içinde sadece en az iki kronik hastalığı olanlar incelendiğinde üniversite örnekleminin %70'i kendi sağlığını iyi ya da çok iyi olarak değerlendirmekte, bu oran mahalle örnekleminde %36,8'e, köy örnekleminde ise %19,3'e gerilemektedir. Diğer bir deyişle üniversite örneklemindekilerin büyük çoğunluğu ve mahalle örneklemindekilerin bir kısmı Cornwell'in (1984:124) belirttiği gibi hastalığı

ahlaki bir yanlış olarak görmekte ve hasta olarak etiketlenmekten kaçınmaktadırlar.

Özellikle köy örnekleminin sağlığı ve hastalığı tanımlarken kendi yaşamlarındaki sorunlar üzerinden tanımlamaları, yaşam dünyasının (Habermas, 1971) dilini kullandıklarını göstermektedir. Williams ve Popay (2001:32-34) sıradan yerel insanlarla uzmanların kötü sağlık ile çevrenin ilişkisini farklı şekilde tanımladıklarını, sıradan insanların sağlıkla ilgili tanımlar yaparken kişisel sigara ya da yeme alışkanlıkları gibi risk faktörlerinden çok kendi yaşamlarındaki yapısal sorunları vurgulayan tanımlar yaptıklarını belirtmektedirler. Bu açıdan sağlıkla ilgili tanımları yaparken kendi yaşamından somut örnekler veren ve hastalıklar için bireyi suçlama eğilimi düşük olan köy örnekleminin yaşam dünyasının diliyle konuştuğu söylenebilir.

Diğer taraftan üniversite örnekleminin ve bir dereceye kadar mahalle örnekleminin soyut, bireyi suçlayıcı eğilimde ve pozitivizmin ve kapitalizmin "uzmanları" tarafından öğretilen bilimsel bilgiyi (mikroplar, virüsler vs.) yansıtan, diğer bir deyişle sistem dünyasının (Habermas, 1971) dilini kullanan açıklamaları, bu grupların devletin ve piyasanın sistem güçlerinin etkisi altında daha fazla kaldıklarını göstermektedir. Üniversite ve mahalle örnekleminin kentsel alanda ve piyasa ilişkileri tarafından şekillendirilen yaşamları, sistem dünyasının yaşam dünyası üzerindeki tahakkümün daha keskin olduğu bir yaşamdır. Diğer taraftan köyde gündelik yaşam, piyasa ilişkilerinin kısmen dışında akmaktadır, köy örnekleminin bir katılımcının belirttiği gibi *"...Allah'a şükür köy yerinde her şey para değil"*dir.

Williams ve Popay (2001:37) uzmanların bilgilerinin de kendi deneyimleri etrafında şekillendiğini, onların da sıradan insanlar olduklarını, buna karşılık zaman zaman sıradan bilginin de uzmanlık içerebileceğini hatırlatmakta, uzman bilgisi ile sıradan bilginin birbirinden tamamen ayrılacak bağımsız anlayışlar olarak görülmesine karşı çıkmaktadır. Sıradan bilgi sistem ve yaşam dünyası arasındaki yabancılaşma ve zıtlıktan doğduğu için çeşitli sorunlara uzmanlar tarafından doktrine edilen yollar dışında başka yollarla yaklaşmayı mümkün kılmaktadır (Williams ve Popay, 2001:37). Bu çalışmada da örneklemin yaptığı

tanım ve açıklamalar bilimsel tanımlara uygunlukları açısından değerlendirilmemelidir. Sağlığın ve hastalığın farklı örneklem grupları tarafından yapılan tanımları sadece sağlık algılarını ortaya koymamakta, kendi sağlıksızlıklarının nedenlerini de ortaya koymaktadır.

Hastalık kavramı tanımlandıktan sonra örnekleme *hastalığa neyin neden olduğu* açık uçlu olarak sorulmuştur. Hastalığın nedeni olarak stres, bakımsızlık, kötü beslenme, kötü çalışma ve barınma koşulları, soğuk ve ısıtma, mikrop-virüs-bakteri, hijyen ve temizlik eksikliği, genetik, yoksulluk, yaşam tarzı faktörleri (sigara, alkol, hareketsizlik), yorgunluk, yıpranma, çevre kirliliği, kader, yaşlılık ve vücut direncinin zayıflaması gibi çeşitli faktörler görülmektedir. Tablo 7’de görüldüğü gibi hastalığın nedeni olarak düşünülen faktörlerle çeşitli değişkenler arasında anlamlı ilişki vardır.

İlişkili değişkenlere ait çapraz tablolardaki baskın değerlere göre her kategoriye girenlerin temel özelliklerini sıralamak gerekirse;

- Hastalığın nedeninin stres olduğunu düşünenlerin dörtte üçü (%75) kadındır, %36,8’i memur, yine %36,8’i ev kadınıdır.
- Hastalığa bakımsızlık ve kötü beslenmenin neden olduğunu düşünenlerin üçte ikisine yakını (%63,2) erkek, %37,6’sı memurdur.
- Hastalığa kötü çalışma ve barınma koşullarının neden olduğunu düşünenlerin üçte ikisi (%66) üniversite örnekleminde yer almaktadır, üçte ikisine yakını (%64,5) aylık 2500 TL ve üzerinde gelire sahiptir, çoğu (%70,2) lise ve üzerinde eğitim almıştır, büyük kısmı (%73,9) köyden daha büyük yerlerde doğmuştur ve üçte ikisinden fazlası (%68,1) memurdur.
- Hastalığa soğuk ve ısıtmanın neden olduğunu düşünenlerin %61,5’i köy örnekleminde yer almaktadır, yarısından fazlası (%53,8) 61 yaşın üzerindedir, yarısından fazlası (%51,3) aylık 500 TL ve altında, %43,6’sı da 501-1500 TL arasında aylık gelire sahiptir, %89,7’si en fazla ortaokul mezunudur, %78,9’u köy doğumludur, %61,5’i kırsal alanda yaşamaktadır, %41’i çiftçi ve %41’i ev kadınıdır ve %70,3’ü en az üç çocuk sahibidir.

- Hastalığa mikrop, virüs ve bakterilerin neden olduğunu düşünenlerin üçte ikisinden fazlası (%67,6) lise ve üzerinde eğitim görmüştür ve yine üçte ikisinden fazlası (%67,6) köyden daha büyük yerlerde doğmuştur.
- Hastalığa genetik faktörlerin neden olduğunu düşünenlerin büyük kısmı (%87,5) üniversite örnekleminde yer almaktadır, %45,2'si en üst gelire grubunda (aylık 5501 TL ve üzeri) yer almaktadır, çoğu(%90,6) lise ve üzerinde eğitim görmüştür, %84,4'ü köyden daha büyük yerlerde doğmuştur, neredeyse tamamı (%96,9) kentsel alanda yaşamaktadır ve çoğu (%87,5) memurdur.
- Hastalığa sigara, alkol ve hareketsizlik gibi yaşam tarzı faktörlerinin neden olduğunu düşünenlerin çoğu (%72,2) üniversite örnekleminde yer almaktadır, %70,6'sı aylık 2500 TL üzerinde gelire sahiptir, çoğu (%72,2) lise ve üzerinde eğitim görmüştür, %76,5'i köyden daha büyük yerlerde doğmuştur, tamamı (%100) kentsel alanda yaşamaktadır ve çoğu (%72,2) memurdur.
- Hastalığa yorgunluk ve yıpranmanın neden olduğunu düşünenlerin %78,6'sı kadındır.
- Hastalığa kaderin neden olduğunu düşünenlerin tamamı kadındır, tamamı en fazla ilkokul mezunudur, %80'i köy doğumludur ve tamamı ev kadınıdır.
- Hastalığa yoksulluğun neden olduğunu düşünme ile diğer değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış olsa da bu grup incelendiğinde yarısından fazlasının (%54,2) mahalle örnekleminde yer aldığı, %58,3'ünün erkek olduğu, %37,5'inin aylık 500 TL ve altı, yine %37,5'inin aylık 501-1500 TL arasında gelire sahip olduğu, üçte ikisinin (% 66,7) en fazla ilkokul mezunu olduğu, yarısından fazlasının (%58,3) köy doğumlu olduğu ve dörtte üçünün (%75) kentsel alanda yaşadığı görülmektedir.

Bu çerçevede hastalığa daha çok bakımsızlığın ve kötü beslenmenin neden olduğunu düşünen erkeklere karşılık kadınların hastalığa stresin, yorgunluk ve yıpranmanın neden olduğunu düşünme eğiliminde oldukları, yoksul kadınların ise hastalığa kaderin neden olduğunu düşünme eğiliminde oldukları söylenebilir. Kırsal alanda yaşayanlar hastalığı beslenme ve soğuk gibi somut nedenlere

bağlarken eğitim ve gelir düzeyi daha yüksek kentlilerin ise biyomedikal bakış açısını daha çok benimsedikleri görülmektedir.

Tablo 7: Hastalığın Nedeni Olarak Görülen Faktörlerle Seçilmiş Değişkenler Arasındaki İlişki

	Stres				Bakımsızlık, kötü beslenme				Kötü çalışma ve barınma koşulları				Soğuk, üşütme				Mikrop, virüs, bakteri			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örn.gr.	355	,102	2	≥.05	355	,166	2	≥.05	355	22,45	2	≤.01**	355	29,36	2	≤.01	355	2,72	2	≥.05
Cins.	354	17,09	1	≤.01	354	5,50	1	≤.05*	354	,057	1	≥.05	354	,219	1	≥.05	354	2,71	1	≥.05
Yaş	352	3,83	2	≥.05	352	3,37	2	≥.05	352	,262	2	≥.05	352	19,92	2	≤.01	352	1,90	2	≥.05
Gelir	338	1,91	6	≥.05	338	5,33	6	≥.05	338	28,19	6	≤.01	338	23,10	6	≤.01	338	10,47	6	≥.05
Eğitim	355	,43	1	≥.05	355	1,28	1	≥.05	355	15,17	1	≤.01	355	20,18	1	≤.01	355	9,35	1	≤.01
Doğ.yr.	351	,26	1	≥.05	351	1,65	1	≥.05	351	11,12	1	≤.01	351	15,29	1	≤.01	351	4,54	1	≤.05
Yaş.yr.	355	,03	1	≥.05	355	,096	1	≥.05	355	2,56	1	≥.05	355	22,5	1	≤.01	355	2,04	1	≥.05
Meslek	355	16,0	5	≤.01	355	12,39	5	≤.05	355	26,56	5	≤.01	355	48,26	5	≤.01	355	8,75	5	≥.05
Çoc. sy.	326	,004	1	≥.05	326	2,04	1	≥.05	326	6,51	1	≤.05	326	14,66	1	≤.01	326	3,35	1	≥.05
	Yoksulluk				Genetik				Yaşam tarzı faktörleri				Yorgunluk, yıpranma				Kader			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örn.gr.	355	4,23	2	≥.05	355	41,68	2	≤.01	355	13,02	2	≤.01	355	1,35	2	≥.05	355	5,81	2	≥.05
Cins.	354	,13	1	≥.05	354	,328	1	≥.05	354	,177	1	≥.05	354	6,55	1	≤.01	354	12,47	1	≤.01
Yaş	352	,47	2	≥.05	352	4,58	2	≥.05	352	1,86	2	≥.05	352	1,04	2	≥.05	352	3,37	2	≥.05
Gelir	338	7,15	6	≥.05	338	57,5	6	≤.01	338	19,53	6	≤.01	338	3,48	6	≥.05	338	6,26	6	≥.05
Eğitim	355	2,82	1	≥.05	355	31,11	1	≤.01	355	6,15	1	≤.05	355	,007	1	≥.05	355	8,06	1	≤.01
Doğ.yr.	351	,89	1	≥.05	351	15,69	1	≤.01	351	4,69	1	≤.05	351	,387	1	≥.05	351	3,95	1	≤.05
Yaş.yr.	355	,20	1	≥.05	355	11,4	1	≤.01	355	7,75	1	≤.01	355	1,35	1	≥.05	355	,60	1	≥.05
Meslek	355	1,99	5	≥.05	355	38,04	5	≤.01	355	12,58	5	≤.05	355	5,35	5	≥.05	355	28,98	5	≤.01
Çoc. sy.	326	2,43	1	≥.05	326	11,68	1	≤.01	326	2,89	1	≥.05	326	,03	1	≥.05	326	,005	1	≥.05

*α = .05 için anlamlıdır.

** α = .01 için anlamlıdır.

Üniversite örneklemini hastalığın nedeni olarak en sıklıkla strese ve bakımsızlığa değindikten sonra sırasıyla kötü çalışma ve barınma koşulları, genetik, mikrop ve bakteriler, hareketsizlik, hijyen ve temizlik eksikliği, çevre kirliliği, sigara ve alkol gibi alışkanlıklar, vücut direncinin zayıflaması, yorgunluk, yaşlılık ve üşütmeyi görmektedir. Bu örneklem grubunda hastalığın nedenini aşağıdaki örneklerde görüldüğü gibi birçok faktörü içeren kapsamlı ifadelerle yanıtlama oranı diğer örneklem gruplarına oranla yüksektir.

"Her şey. Yiyip içtiklerimiz ya da yiyip içmediklerimiz. Çevre koşulları, ailemiz, ... yaşam koşulları, toplumsal yaşamda-ülkede olup bitenlerin farkında olmak, insana saygıyı unutan bilim ve teknoloji" (üniversite)

"Sigara gibi kendi aptallıklarımız dışında, çevre koşullarına uygun giyinmemek, sağlıksız beslenme, hareket azlığı, pislik, doktor tavsiyelerine uymamak, stres ve elbette genetik faktörler"(üniversite)

"Depresyon (psikolojik sorunlar), biyolojik (bakteriyel, viral, fungal, protozoonal etkenlerle infeksiyon durumu), geçirilen kazalar vs." (üniversite)

“İnsani olmayan tüketim ilişkileri ile eğitimsizlik neden olur” (üniversite)

“Kötü beslenme, hareketsizlik, aşırı kilo, sigara ve çok alkol tüketimi, iletişimsizlik” (üniversite)

“Pek çok neden olabilir. Çok genel ifadeyle iki temel neden ileri sürülebilir. Yoksulluk ve cahillik.” (üniversite)

Bununla birlikte Tablo 8'den görülebileceği gibi üniversite örnekleminde hastalığın nedenini ifade ederken yoksulluğa değinenler %4 oranında kalmaktadır. Diğer örneklem gruplarına oranla üniversite örneklemini kötü çalışma ve barınma koşullarının, genetik faktörlerin ve yaşam tarzı faktörlerinin daha etkili olduğunu düşünmektedir, hastalığa kaderin, yoksulluğun ve soğğun neden olduğunu düşünme oranı ise diğer gruplara göre son derece düşük düzeyde kalmaktadır.

Ancak üniversite örneklemini kötü çalışma ve yaşama koşullarına diğer gruplardan daha fazla değinse de ifadelerinde bu kavramın içeriği muğlaklaşmaktadır. Üniversite örnekleminde kötü barınma koşullarına genellikle *"yaşam koşulları"* ya da *"sağlıksız ortamlarda yaşamak"* şeklinde genel ve soyut ifadelerle değinilmekte, çalışma koşulları ise *"iş hayatından memnuniyetsizlik"*, *"mutsuz iş ve ev ortamı"*, *"iş yerindeki arkadaş ya da amirlerimiz"* örneklerinde görüldüğü gibi işsizlik, düşük ücret, iş güvencesi ve sosyal güvence olmadan çalışma ve benzeri yapısal sorunlara değinilmeden duygusal boyut açısından ifade edilmektedir. Bu veriler, sağlığı tanımlarken sağlığın sosyal ve siyasal yönüne ilişkin vurgu yapmayan üniversite örnekleminin hastalıkların nedenini düşünürken de sosyal ve siyasal etkenlere fazla yer vermediklerini göstermektedir. Eşitsizliğin psikolojik boyutlarına odaklanmanın, yapısal yönlerinden uzaklaşmayı beraberinde getireceği için kötü sağlık için bireyi suçlayan ve politik ve ekonomik etkenleri göz ardı eden açıklamalara destek vermek anlamına geldiği (Lynch vd., 2000) dikkate alındığında, sağlığı tanımlarken bireyi suçlama eğiliminde olan üniversite örnekleminin hastalığın nedenini açıklarken de aynı bakış açısını sürdürdüğü söylenebilir.

Tablo 8: Örneklem Gruplarına Göre Hastalığın Nedeni

%		Örneklem grubu					Örneklem grubu		
		Köy n=103	Mah n=126	Üni. n=126			Köy n=103	Mah n=126	Üni. n=126
Stres n=125	Değinen	35,9	34,1	35,7	Maddiyat, yokluk n=24	Değinen	5,8	10,3	4
	Değinemeyen	64,1	65,9	64,3		Değinemeyen	94,2	89,7	96
	Toplam	100	100	100		Toplam	100	100	100
Bakımsızlık, kötü beslenme n=125	Değinen	34	36,5	34,9	Yaşam tarzı faktörleri n=23	Değinen	-	4	14,2
	Değinemeyen	66	63,5	65,1		Değinemeyen	100	96	85,8
	Toplam	100	100	100		Toplam	100	100	100
Kötü çalışma ve barınma koşulları n=47	Değinen	8,7	5,6	24,6	Yorgunluk, yıpranma n=14	Değinen	5,8	3,2	3,2
	Değinemeyen	91,3	94,4	75,4		Değinemeyen	94,2	96,8	96,8
	Toplam	100	100	100		Toplam	100	100	100
Soğuk, üşütme n=39	Değinen	23,3	11,1	0,8	Çevre kirliliği n=13	Değinen	5,8	1,6	6,3
	Değinemeyen	76,7	88,9	99,2		Değinemeyen	94,2	98,4	93,7
	Toplam	100	100	100		Toplam	100	100	100
Mikrop, virüs, bakteri n=37	Değinen	6,8	10,3	13,5	Kader n=10	Değinen	3,9	4,8	-
	Değinemeyen	93,2	89,7	86,5		Değinemeyen	96,1	95,2	100
	Toplam	100	100	100		Toplam	100	100	100
Hijyen ve temizlik eksikliği n=34	Değinen	14,6	7,9	7,1	Yaşlılık n=9	Değinen	4,9	0,8	2,4
	Değinemeyen	85,4	92,1	92,9		Değinemeyen	95,1	99,2	97,6
	Toplam	100	100	100		Toplam	100	100	100
Genetik n=32	Değinen	1	2,4	22,2	Direncin zayıflaması n=9	Değinen	1,9	-	5,6
	Değinemeyen	99	97,6	77,8		Değinemeyen	98,1	100	94,4
	Toplam	100	100	100		Toplam	100	100	100

Tablo 8’de görüldüğü gibi, örneklem grupları, gelir grupları ve eğitim grupları arasında önemli bir farklılık göstermeksizin örneklem geneli tarafından hastalığa neden olan başlıca faktörler stres ve bakımsızlık olarak öne çıkmaktadır. Bakımsızlıkla ilgili köy ve mahalle örnekleminde yapılan tanımlar, aşağıdaki örneklerde görüldüğü gibi birbirine benzemekte ve genel olarak yeterli beslenmeme, üşütme ve temizlik faktörlerini içermektedir.

“Bakımsızlıktan olur. Gıdasızlıktan her şeyden olur.” (köy)

“İyi bakmamak kendine, temiz yememe, temiz giymeme” (köy)

“Üşütme, yorgunluk, dikkatsizlik, dikkat etsek bişey olmaz.” (köy)

“Vitaminsizlik, pislik, yeterli beslenmemek, bunlara dikkat edilmezse hasta olunur.” (köy)

“Vitaminsizlik, gıdanı alamazsan üşüdüün mü bakımsız kaldın mı.”(köy)

“Üşüme, üzüntü köy yeri ileri geri üşüyor oluyor. Para bulamıyon denk geliyor gelmiyor. yemeğini doğru dürüst yiyemiyon. üşüme ile oluyo” (köy)

“En başta üzüntü, stres, yediğine içtiğine dikkat etmemek, pislik” (mahalle)

“Sağlıksız beslenirsen olursun. Hava şartlarına dikkat etmen lazım, yaşadığın ortamı temiz tutman lazım.” (mahalle)

“Kendine iyi bakmazsın açık yatarsın, uykusuzluktan, yimezsın içmezsin” (mahalle)

Köy örneklemini stres ve bakımsızlıktan sonra hastalık nedeni olarak en çok soğuk ve üşütmeyi görmektedir. Mahalle örnekleminde hastalığın nedeninin

soğuk olduğunu düşünenler köy örneklemindekilerin yarısından azdır, üniversite örnekleminde bu oran çok daha düşüktür. Sağlıklı olmayı tanımlarken de üşütmemek, iyi giyinmek gibi ifadeleri diğer örneklem gruplarına oranla daha sık kullanan köy örnekleminin bir kısmı aşağıdaki bazı ifadelerde görüldüğü gibi hastalığa doğrudan soğuğun neden olduğunu düşünmekte ve özellikle çalışma koşullarına vurgu yapmaktadırlar.

“Soğuk. Soğuk kışın hastalığa döner.” (köy)

“Allah var, kendini üşüttün mü, zaten soğuktan azıcık kendini koruyamazsan, her şey soğuktan.” (köy)

“Bizim burada zorlatma, soğuk, üşütme.” (köy)

“Üşürsün, gıdır gıdır ıslanırsın, sıcak çarpar, kimi zorlamadan olur” (köy)

“Güneşten, soğuktan. Güneş geçse de hasta olursun, soğuk gelirse de boğazların iner.” (köy)

“Su ısıt banyo et. Getir götür insana şey yapıyor. Üşüyorsun...” (köy)

“... hava koşulları soğuk, pancar yapıyoruz, hasta oluyoz.” (köy)

“En çok soğuk neden olur. Pancara giderken üşüyoruz. Su da çok önemli.” (köy)

“Üşütmek, kendini üşüttün müydü hasta olursun.” (köy)

Hem Tablo 8'de hem de verilen yanıtlarda görüldüğü gibi köy örnekleminin sıklıkla hastalığa neden olarak gördüğü ve diğer örneklem gruplarından farklılaştığı bir diğer değişken de temizlik ve 'hijyen' eksikliğidir. Temizlik, köy örnekleminin sağlıklı beslenme konusunda da sıklıkla vurguladığı bir faktördür. Bunun temel nedeni köyde yiyecek içeceklerin, mekanların ve kıyafetlerin temiz tutulmasının kente oranla daha zor olması, özellikle de susuz kalınan zamanlarda (yazın) temizlikle ilgili sorunların artmasıdır. Benzer şekilde köy örnekleminde günlük yaşamın bir parçası olan su kirliliği, köy örnekleminin hastalık nedeni olarak çevre kirliliğine mahalle örnekleminde daha sıklıkla değinmesine neden olmaktadır. Bu verilerde görüldüğü üzere sağlığı ve hastalığı tanımlarken mahalle ve üniversite örneklemine oranla daha somut ifadeler kullanan köy örneklemini, hastalığın nedeninin ne olduğuna da daha çok fiili deneyimlerine dayanarak karar vermektedir. Hem bu bulgu hem de yukarıda değinildiği gibi yoksulluk ve soğuğun üniversite örneklemini tarafından hastalık nedeni olarak görülme köy ve mahalle örneklemini tarafından görülmesi, algılarının somut yaşam koşulları tarafından şekillendirildiğini göstermektedir.

Çevre kirliliği ile ilgili yanıtlar incelendiğinde köy ve üniversite örnekleminde kullanılan ifadelerin farklılığı da bu durumun bir yansımasıdır. Köy örneklemini çevre kirliliğini "... su temiz olacak, temiz olmayan su öldürür annadın mı!", "...en başta suya bakmak lazım", "İçtiğimiz su, temizlik", "Suların uygunsuz olması.." gibi kendi yaşamlarını etkileyen yönleriyle ifade etmektedir, üniversite örneklemini de "çevresel ... olumsuzluklar, ... gürültü-ses kirliliği, elektromanyetik kirlilik (yüksek gerilim hatları, radyasyon yayan tv, cep telefonu bilgisayar gibi dahili kullanım alanı olan cihazlar, baz istasyonları, röntgen-x ışınları, kimyasal, tıbbi atıklar vs.)" veya "...stres, hava kirliliği, stresli ortamlar" gibi örneklerde görüldüğü gibi çevre kirliliğinin kendi yaşamını etkileyen yönlerini vurgulamaktadır. Bu bulgular sağlık ve hastalık algılarının bireylerin içinde bulunduğu yaşam koşulları temelinde ve insanların üretim ilişkileri çerçevesinde girdikleri toplumsal ve siyasal ilişkiler çerçevesinde şekillendiğini göstermektedir. Daha önce vurgulandığı gibi mahalle ve üniversite örnekleminin piyasanın nispeten dışında kalan köy örneklemine oranla neo-liberal sağlık paradigmasının varsayımlarını içselleştirmeleri de toplumsal ve siyasal ilişkilerinin köy örnekleminde farklı olmasının bir sonucudur.

Mahalle örneklemini incelendiğinde, bu grubu diğer örneklem gruplarından ayıran özelliğin hastalığın nedeni olarak yoksulluğu ve kaderi görmede öne çıkması, çevre kirliliği, yaşlılık, kötü çalışma ve barınma koşulları konularında da diğer iki örneklem grubunun gerisinde kalmasıdır. Her ne kadar köy örneklemini mahalle örnekleminde daha yoksul olsa da mahalle örneklemini hem ev mülkiyeti açısından daha mahrum durumdadır (köy örnekleminin %75,7'si evinin mülkiyetine sahipken bu oran mahalle örnekleminde %55,6'dır) hem de köydeki enformel geçim stratejilerinden ve dayanışma ağlarından büyük ölçüde yoksun durumdadır. Örneklemdaki köyler tarımsal verimlilik açısından vaat edici olmasa da köy örneklemindekiler kendi bahçe ve hayvanlarının ürünleri ile beslenebilir ve ileride görülebileceği gibi acil bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında para ihtiyacını karşılamak için hayvanlarını satabilir, komşularına ya da muhtarlığa başvurabilirken kentteki işçiler değişim aracı olarak parayı kullanmak zorundadırlar ve parayı elde etmek için de genellikle satabilecekleri mallara sahip değildirler. Bu koşullar altında mahalle örnekleminin hastalığa yoksulluğun neden olduğunu diğer örneklem gruplarından daha yüksek oranda ifade etmesi

şaşırtıcı değildir, çünkü para ile sağlık arasındaki ilişkinin hem beslenme hem de ileri görülebileceği gibi sağlık hizmetlerine ulaşmada en görünür halde olduğu örneklem grubu, mahalle grubudur. Mahalle grubu kadere de köy ve üniversite gruplarından daha fazla değinmektedir, yine de hastalığın nedeni sorulduğunda kader yanıtını verenler fazla değildir (%4,8).

Hastalığın nedeninin kader mi yaşam koşulları mı olduğu konusundaki düşünceleri örnekleme ayrı bir soru olarak da sorulmuştur. Örneklem genelinin %20,3'ü hastalığın nedeninin kader, %72,2'si yaşam koşulları olduğunu, %7,4'ü ise ikisinin de etkili olduğunu düşünmektedir. Türkiye'de hastalığın nedeni olarak neyin algılandığı konusunda yapılan çalışmalar büyük ölçüde zihin hastalıkları ile sınırlıdır (Eskin, 1989; Karancı, 1993). Bununla birlikte Avustralya'ya göç etmiş Türkler üzerinde yapılan bir çalışma (Minas vd., 2007), hastalığın nedeni olarak neyin algılanacağını hastalığa göre değiştiğini, hastalığın doğal nedenlerden kaynaklandığına inanma oranının doğaüstü nedenlere inanma oranından yüksek olduğunu ve genel olarak hastalıkların nedeninin kader olduğuna inanmanın örneklemin ortalama %13'ünde görüldüğünü belirtmektedir.

Hastalığın kader mi yaşam koşulları mı olduğu değişkeni⁵¹ ile aylık gelir (,230**) ve eğitim görülen yıl (,305**) arasında pozitif, yaş (-,212**) ve çocuk sayısı (-,125*) arasında negatif korelasyon olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle eğitim ve gelir düzeyi arttıkça hastalığa kaderin neden olduğunu düşünme oranı azalmaktadır. Eğitim değişkeni sabit tutulduğunda gelir ve hastalığın nedeni değişkeni arasındaki ilişkinin şiddeti, 230'dan -,101'e gerilemekte, gelir sabit tutulduğu zaman eğitim ile hastalığın nedeni değişkeni arasındaki ilişkinin şiddeti, 305'ten, 171'e gerilemektedir. Diğer bir deyişle eğitim hastalığın nedeninin yaşam koşulları olduğunu düşünmede gelirden daha etkilidir. Bu bulgu eğitim düzeyi arttıkça hastalıkla ilgili kaderci tutumlarının azaldığını gösteren Kasapoğlu, Odabaş ve Kaya'nın (2009:503) bulgularına paraleldir.

⁵¹ Soru köy ve mahalle örneklemine açık uçlu olarak, üniversite örneklemine likert ölçeği ile sorulmuş, açık uçlu sorulara verilen yanıtlar daha sonra likert ölçeğine çevrilmiştir. Değişken farklı istatistikler alınabilmesi için hem aralık ölçeğinde hem de nominal ölçekte farklı iki değişken olarak kodlanmıştır.

Tablo 9: ‘Hastalığın Nedeni Kader midir Yaşam Koşulları mıdır?’ Sorusuna Verilen Yanıtların Örneklemde Dağılımı

%		Kader	İkisi de	Yaşam koşulları	Toplam
Örneklem Geneli n=349		21,8	8,3	69,9	
Örneklem grubu n=349	Köy	33	1,9	65	100
	Mahalle	23	8,7	68,3	100
	Üniversite	6,7	10,8	82,5	100
Gelir n=335	-500	33,6	4,4	61,9	100
	501-1500	27,1	8,3	64,6	100
	1501-2500	16,7	16,7	66,7	100
	2501-3500	5,9	11,8	82,4	100
	3501-4500	8	16	76	100
	4501-5500	5	5	90	100
	5501+	5,8	9,6	84,6	100
Doğum Yeri n=345	Köy	29,1	4,1	66,9	100
	Köyden büyük	11	10,4	78,6	100
Eğitim düzeyi n=349	Ortaok. ve altı	31,2	5	63,8	100
	Lise ve üzeri	6	10,7	83,3	100

Hastalığın nedeninin kader mi yaşam koşulları mı olduğu sorusuna verilen yanıtların örneklem gruplarına ($X^2(14)=251.37$, $p \leq .01$) ve doğum yerinin büyüklüğüne ($z=-.829$, $p \leq .01$) göre anlamlı bir farklılık gösterdiği görülmektedir. Bütün örneklem grupları ağırlıklı olarak hastalığın nedeninin yaşam koşulları olduğunu düşünmekteyse de köy örnekleminde hastalığın nedeninin kader olduğunu düşünenlerin oranı üniversite örneklemindekilerin yaklaşık beş katıdır. Tablo 9’da görüldüğü gibi köy doğumlu olanlar arasında hastalığın nedeninin kader olduğunu düşünenler kent doğumlu olanlar arasında olduğundan daha fazladır. Hastalığın nedeninin kader mi yaşam koşulları mı olduğunu düşünme ile cinsiyet arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı ($p \geq .05$) gözlenmiştir.

Ayrıca sahip olunan kronik hastalık sayısı ile de hastalığın nedeninin kader ya da yaşam koşulları olduğunu düşünme arasında ($-.111^*$) bir ilişki vardır. Hiç kronik hastalığı olmayanların %10,7’si ve bir hastalığı olanların %18,9’u hastalığın nedeninin kader olduğunu düşünürken bu oran iki ya da daha fazla kronik hastalığı olanlarda %30’a yükselmektedir. Cornwell (1984:130-131) sağlık sorunlarını üç kategoride tanımlamaktadır; bunlar ‘normal hastalıklar’, ‘gerçek hastalıklar’ ve ‘hastalık olarak görülmeyen sağlık sorunları’dır. Normal hastalıklar böbrek iltihabı ya da solunum hastalıkları gibi çok ciddi olmayan hastalıklardır, gerçek hastalıklar hayati tehlike yaratan kalp hastalığı ya da kanser gibi hastalıklardır, hastalık olarak görülmeyen sağlık sorunları ise

yaşlanma veya üreme döngüsünün doğal işleyişiyle ilişkilendirilen ve tedavi edilmesi gerektiği düşünülmeyen durumlardır.

İyi sağlığın ahlaki olarak değerli, hastalığın da ayıplanacak, onur kırıcı bir durum olduğunu belirten Cornwell (1984:129) sağlıklı bir yaşamın reçetesinin “şikayet, endişe ve bozukluğu reddedişle karakterize edilen neşeli bir stoacılık” olduğunu belirtir. Cornwell (1984:131) her üç sağlık sorunu kategorisinde de eğer hastalığın meşruiyeti ispat edilebilirse hasta olmaktan kaynaklanan ahlaki sorunların ortadan kalkacağını belirtmektedir. Hastalığın ‘ötekiliğini’ inşa etmek, bireye kendisinin bundan sorumlu olmadığını ispat etme şansı verecektir, çünkü o zaman hastalık tıbbın alanına giren ve oradan gelen bir şey olarak görülecektir (Cornwell: 1984:131). Ama eğer üçüncü kategorideki gibi hastalığın meşruiyeti kurulamazsa, durum ahlaki olarak sorunlu kalmaya devam edecektir. Bu durumda da kişinin hastalıktan sorumlu olmadığını ispat etme çabası daha yüksek olacaktır.

Özellikle doğal afetlerle ilgili çalışmalarda kadercilik daha çok sorumsuz davranışlara neden olan bir tutum olarak ortaya çıksa da (Karancı ve Akşit, 1999; Kasapoğlu ve Ecevit, 2003) sağlık ve hastalık söz konusu olduğunda kaderci tutumun hastalıkları meşrulaştırıcı bir işlevi olduğu söylenebilir. Diğer bir deyişle Cornwell'in bakış açısını kaderci tutuma uygulamak mümkündür; bulgulara göre kronik hastalık sayısı arttıkça hastalığın nedenini kader olarak görme sıklığı artmaktadır, bu durum Cornwell'in (1984) bahsettiği sorunlu ahlaki statüden kurtulmak için gösterilen çabayı yansıtmaktadır. Bireyler sağlıksızlaştıkça bundan kendilerinin sorumlu olmadığını ispat etmek için daha çok uğraşmakta ve hastalıklarını diğer nedenlere oranla bireyin suçlanamayacağı bir neden olan kadere bağlamaya daha fazla eğilim göstermektedirler. Hastalığın nedeninin kader olduğunu düşünenlerden bazıları aşağıdaki gibidir:

"Allahtan gızım. Cenabı Allah ne görürse o."(köy)

"Hepsi Allahtan işte Allah sağlam yaratırsa sağlam oluyor çürükse çürük"(köy)

"Allahtan geliyo, nerden gelecek. Kendi meydana gelmiyor."(köy)

"Kader. Alnımıza ne yazılmışsa. Yaşam koşullarının etkisi yok bence."(köy)

"Her şey Allahtandır. O ne derse olur. Hastalığı da verir Allah."(köy)

“Allahtan bişey, nasıl yaşam koşulları olsun”(köy)

“Allahtan, her şey allah’tan. Ayağına taş değirse Allahtan. Cenabı hak hastalık vermesin, verirse de imkan sunar.”(mahalle)

“Kader, bizim alnımıza da bu yazılmış” (mahalle)

Yaşam koşulları yanıtını verenlerin ise yaşam koşullarından kastettikleri çeşitlilik göstermektedir. Yanıtlayıcılardan bazıları stresi, bazıları bakımsızlığı, bazıları yoksulluğu, bazıları ise yaşlanmayı hastalığa neden olan yaşam koşulları olarak görmektedir. Diğer bir deyişle aşağıdaki ifadelerde görüldüğü gibi kaderle kıyaslanarak sorulduğunda hastalığa neden olabilecek çeşitli faktörler ‘yaşam koşulları’ kavramında somutlaşmaktadır.

“Yaşam koşulları. İşte insanlar ortamı düzgün yerlerde yaşayıp düzgün yaşarsa hasta olmaz ama.” (mahalle)

“Maddiyata dayanıyor hepsi hastalığın anası da hastalık da oradan kaynaklanıyor. Ben şimdi hastalansam hastaneye gitmek elli lira, gitmiyom gripin içiyom.” (köy)

“Kötü koşullar. ... İnsan getirse şuraya ciğer tavuk belki hasta olmam belki gözüm görür ama kendi halinde kalınca yavan kalınca göremezsın.” (köy)

“Yaşam koşulları derken ekonomik sıkıntılar. Kaderlen hastalığın ne alakası var.” (mahalle)

“Yaşam koşulları. Beslenmeyince, istediğini alamayınca her hastalık geliyor. Doktora gidiyon, doktor kafana takmaycan bişey diyo ama nerde” (mahalle)

“Artık valla kader mi desem yaşam koşulları mı bilemedim. Ben morali bozuyom o zaman hasta oluyom ...” (mahalle)

Aşağıdaki ifadelerden görülebileceği gibi bazı yanıtlayıcılar hastalıklar arasında ayırım yapmakta, bazı hastalıkların kaderden bazılarının yaşam koşullarından kaynaklandığını düşünmektedirler. Bu da Cornwell’in (1984) hastalıklar için yaptığı sınıflandırmanın işlediğini göstermekte ve hastalıkların çeşidine göre nedeninin farklı algılanabileceği bulgusuyla (Minas vd., 2007) paralellik göstermektedir.

“Yerine göre, küçük hastalıklar yaşam koşullarından dolayı, büyük olanlar, doğuştan olanlar kader.” (köy)

“İkisi de olur yani kanser falan olursan Allahtan da adam 500 lira maaş alırsa ne yesek ne içsek bu yaşam koşuludur” (mahalle)

“Bazı hastalıklar vardır oluşmuştur, bazı hastalıklar da var yaşam koşulları. Kader vardır, depremde kalmak kaderdir. Aldığımız sebze meyve organik değil. Onlara çok bağlarım. Onlar yaşam koşulları.” (mahalle)

“Allahtan diyelim, ama kuldan bişey yok mu, biz mezbaacıyık da ondan alıyoz” (mahalle)

*“Kocamda karaciğer yetmezliği var, nasıl oldu anlamadık, Allah’tan, ne yapacaksın gızım, biz de eliş tuttukuk temizlik neyin, hastalandık çalışmaktan”
(mahalle)*

Ayrıca kendisiyle mülakat yapılan bir görüşmecinin (erkek) konuyla ilgili ifadeleri de dikkate değerdir. Görüşmecinin doğan sekiz çocuğundan dördü ölmüş, bunların üçü bebekken ölmüştür. Ölen bebeklerden ikisinin ağır hastalığı sırasında görüşmeci ambülans çağırmamış (*“Çağırmadık, yokudu o zaman öyle şimdiki gibi ambülans gelsin, kendin götürecen, araba yok, köyde de yokudu, ne yapalım”*), son bebek için çağırmış, ancak bebek ambülansı beklerken ölmüştür. Bununla birlikte bebeklerin ölümünü kader ya da yaşam koşullarına bağlarken bir kavram karmaşası yaşamaktadır: *“kader olur mu, onu da [bebeği] veren Allah değil mi...yaşam koşullarıyla ne alakası var... nedeni ne olacak, yoksulluk, köylülük işte.. kızmıyorum.. devletle hükümetle ne alakası var...devlet hastaneyi yapmış... yoksulluk işte”*.

Hastalık algısı açısından örneklem grupları arasındaki farkı özetlemek gerekirse köy örnekleminin hastalığı fiziksel olarak görünen özellikleri üzerinden ve somutlaştırarak tanımladığı ve hastalığa soğuk, üşütme ve temizlik gibi gündelik yaşamındaki sorunların neden olduğunu ifade ettiği görülmektedir. Bu çerçevede sağlığı tanımlarken olduğu gibi hastalığı ve hastalığın nedenini değerlendirirken de köy örneklemini diğer örneklem gruplarına oranla daha somut ve piyasaya değil, doğaya ilişkin kavramlar içeren tanımlar ve açıklamalar yapmaktadırlar. Mahalle örneklemini, sağlığı tanımlarken olduğu gibi hastalığı tanımlarken de biyomedikal sağlık paradigmasının kavramları üzerinden tanımlamaktadır. Aynı bir soru olarak sorulduğunda hastalığın nedeninin kader olduğuna inananlar köy örnekleminde daha fazla olsa da hastalığın nedeni sorulduğunda kadere değinenler mahalle örnekleminde daha fazladır. Ayrıca kronik hastalık sayısı arttıkça da hastalığın nedeninin kader olduğuna inanma oranı yükselmektedir. Mahalle örneklemini de üniversite örneklemini de köy örneklemine oranla hastalığı soyutlaştırarak tanımlamaktadırlar. Üniversite örneklemini hastalığı daha çok günlük yaşamı engelleyen her tür durum olarak görmekte ve hastalığı tanımlarken mahalle örneklemini gibi fonksiyon, işlev, düzen, verimlilik gibi piyasa kavramlarını, buna ek olarak da yetersizlik, bozukluk ve yenilgi gibi ahlaki içerikli kavramları kullanmaktadır.

Kronik hastalık sayısı arttıkça hastalığa kaderin neden olduğunu düşünme oranının artması, hastalıkların ahlaki yanlışlar olarak görüldüğünü (Cornwell, 1984) ve bireylerin hastalığın sorumluluğunu kendi üzerlerinden atmaya çalıştıklarını göstermektedir. Bunun yanında mahalle ve üniversite örnekleminde hastalıkları ahlaki yanlışlar olarak görme eğilimi köy örnekleminde olduğundan daha yüksektir. Köy örnekleminde hastalıkları somut ve doğaya ilişkin kavramlarla tanımlamakta ve neden olarak da yine somut ve doğaya ilişkin nedenler göstermekte ve hasta olanı suçlayacak ifadeler kullanmamaktadır. Mahalle ve köy örnekleminde ise hastalığı tıbbın alanına ait (parazitler, bakteriler, organlar vs. üzerinden yapılan tanımlar) bir olgu ve kendi yaşamlarında görülmesi nispeten anormal olan, görüldüğü takdirde kişisel performanslarını düşürecek ve yaşam kalitelerini azaltacak bir eksiklik-bozukluk olarak görmektedirler.

3.3. Algılanan Sağlık Statüsü

Örnekleme kendi sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri sorulmuştur. Ancak mevcut sağlık statüsü hakkında fikir sahibi olabilmek için kaç kronik hastalığa sahip oldukları, hangi kronik hastalıklara sahip oldukları, hastalanma sıklığı, yorgun hissetme, ağrılı hissetme, ilaç içme, uyku bozukluğu yaşama ve stresli hissetme sıklıkları⁵² sorulmuştur. Her ne kadar hastalıkların varlığı sağlığı ölçmek için yeterli bir veri olmasa da algılanan sağlık statüsünü değerlendirmeden önce örneklemin genel sağlık durumu ile ilgili bir ipucu olması açısından bu verileri incelemek örneklemin sağlık düzeyini anlamak ve algılanan sağlık statüsü ile karşılaştırmak açısından yararlı olacaktır.

3.3.1. Mevcut sağlık statüsüne ilişkin göstergeler

3.3.1.1. Kronik hastalıkların örnekleme dağılımı

Örneklemin genelinde sahip olunan kronik hastalık sayısı ortalama 1,4'tür. Kruskal-Wallis ve Mann Whitney U testlerine göre kronik hastalık sayısı ortalaması örneklem gruplarına ($\chi^2(2), n=350, p \leq .01$), cinsiyete ($z = -4,520$,

⁵² Bu sorular, MOS 36 Ögeli Sağlık Taraması Kısa Formundan ve D. Goldberg ve P. Williams (1988) tarafından geliştirilen Genel Sağlık Anketinden (GHQ-28) yararlanılarak hazırlanmıştır.

$p \leq .01$), yaşa ($\chi^2(2), n=347, p \leq .01$), gelire ($\chi^2(6), n=334, p \leq .01$), eğitime ($z = -7,818, p \leq .01$), doğum yerine ($z = -6,121, p \leq .01$), yaşanan yere ($z = -4,702, p \leq .01$), mesleğe ($\chi^2(4), n=335, p \leq .01$) ve çocuk sayısına ($z = -6,591, p \leq .01$) göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Tablo 10: Kronik Hastalık Sayısı Ortalamaları ve Seçilmiş Kronik Hastalıkların Örneklemde Dağılımı

		Kronik hastalık sayısı ortalaması	Şeker %	Romatizma %	Tansiyon %	Kalp %	Yüksek kolesterol %	Astım-bronşit %
Örneklem Geneli n=350		1,4	13,8	24,9	32,5	10,7	22,6	11,6
Örneklem Grubu n=350	Köy	2	17,5	39,8	42,7	23,3	20,4	14,6
	Mahalle	1,7	18,3	32,5	38,1	7,9	23,8	16,7
	Üniversite	0,7	6,4	4,8	18,4	3,2	23,2	4
Cinsiyet n=349	Erkek	1,1	10,3	18	25,3	12,4	19,1	6,7
	Kadın	1,8	18,2	33,3	41,5	8,8	27	17
Yaş n=347	-40	0,66	2,2	8,7	13	1,1	8,7	5,4
	41-60	1,31	12,3	23,4	29,2	6,4	22,8	11,1
	61+	2,58	28,4	45,5	58	29,5	36,4	18,2
Gelir n=337	-500	2,8	16,8	40,7	43,4	21,2	23	16,8
	500-1500	1,76	19,8	33,3	37,5	8,3	26	16,7
	1501-2500	0,58	-	7,7	15,4	-	7,7	7,7
	2501-3500	0,72	5,6	22,2	16,7	-	11,1	5,6
	3501-4500	0,76	16	-	20	8	24	8
	4501-5500	0,76	4,8	9,5	23,8	4,8	23,8	4,8
	5501+	0,77	3,8	1,9	19,2	1,9	25	1,9
Eğitim n=350	Ortaokul ve altı	2	20,6	39,2	42,7	16,6	24,6	16,6
	Lise ve üzeri	1	5,2	6,5	19,4	3,2	20	5,2
Doğum yeri n=346	Köy	1,9	19,8	37,8	43	16,9	27,3	13,4
	Köyden büyük	1	8,4	12,9	22,5	5,1	18,5	10,1
Yaşanan yer n=350	Kırsal	2,05	17,5	39,8	42,7	23,3	20,4	14,6
	Kentsel	1,22	12,4	18,7	28,3	5,6	23,5	10,4
Meslek n=350	Çiftçi	1,95	9,1	47,7	38,6	31,8	22,7	11,4
	Ev kadını	2,34	25,8	46,2	52,7	11,8	28	21,5
	İşçi	1,30	12,8	23,4	27,7	8,5	21,3	8,5
	Memur	0,74	7,6	5,3	18,9	3	22	3,8
	Esnaf	1,95	13,6	22,7	40,9	22,7	22,7	18,2
	Diğer	0,80	12,5	6,3	12,5	-	-	18,8
Çocuk sayısı n=326	En fazla 2	1,04	10,5	13,6	27,2	5,2	20,9	7,3
	3 ve üzeri	2,23	20,9	44	44,8	20,1	26,1	17,9

Tablo 10'da görülebileceği gibi köy örnekleminde yer alanlar diğer örneklem gruplarına, kadınlar erkeklere, 61 yaş üstünde olanlar daha genç olanlara, aylık geliri 500 TL ve altında olanlar daha yüksek gelir gruplarına, ortaokul ve altında eğitim alanlar daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlara, köy doğumlular daha büyük birimlerde doğanlara, kırsal alanda yaşayanlar kentsel alanda yaşayanlara, ev kadınları, çiftçi ve esnaf diğer meslek gruplarına ve üç ve

daha fazla çocuğu olanlar daha az çocuğu olanlara oranla daha fazla hastalığa sahiptirler.

Örneklem genelinin %13,8'i kendisinde şeker, %24,9'u romatizma, %32,5'i tansiyon, %10,7'si kalp, %22,6'sı yüksek kolesterol, %11,6'sı astım-bronşit, %5,6'sı mide hastalıkları, %3,1'i ortopedik hastalıklar, %2,3'ü kemik erimesi olduğunu belirtmiştir. Tablo 10'da görüldüğü gibi köy örneklemini romatizma, tansiyon ve kalp hastalıklarında, mahalle örneklemini şeker, yüksek kolesterol ve astım bronşit hastalıklarında en yüksek yüzdeye sahiptir. Yüksek kolesterol dışında bütün hastalıklar kırsal alanda yaşayanlarda kentsel alanda yaşayanlara oranla daha fazla görülmektedir.

Kronik hastalık sayısı ile yaş (,461**), aylık gelir (-,352**) ve eğitim görülen yıl (-,457**) arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.⁵³ Eğitim ve gelir değişkenleri ile kronik hastalık sayısı arasındaki bu ilişki, çeşitli kronik hastalıkların görülme sıklığının düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olanlarda daha yüksek olduğunu gösteren çeşitli çalışmaların (Gupta ve Gupta, 1996; Ramachandran vd., 2001) bulgularıyla paralellik göstermektedir. Tablo 11'de görüldüğü gibi eğitim sabit tutulduğunda kronik hastalık sayısı ile gelir arasındaki ilişkinin şiddetinde yaşanan azalma (,272) aylık gelir sabit tutulduğunda kronik hastalık sayısı ile eğitim arasındaki ilişkinin şiddetinde yaşanan azalmanın (,138) yaklaşık iki katıdır. Diğer bir deyişle kronik hastalık sahibi olmayı eğitim düzeyinin gelirden daha fazla etkilediği görülmektedir.

Bu bulgu, sosyal statü ile sağlık arasındaki ilişkide eğitimin gelirden, meslekten ve sınıftan daha önemli olduğunu ortaya koyan ve eğitimin sağlık üzerinde yaşam boyu süren kümülatif bir etkiye sahip olduğunu ileri süren Mirowsky ve Ross'un (2005a; 2005b) bulgularıyla örtüşmektedir. Bu bulgu aynı zamanda ister beşeri sermaye (Becker, 1964) ister kültürel sermaye (Bourdieu, 1986) çerçevesinde kavramsallaştırılsın, eğitimin sağlık açısından taşıdığı önemi vurgulamaktadır. Kronik hastalık sayısı, algılanan sağlık statüsünü etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Algılanan sağlık statüsü ile kronik hastalık

⁵³ Kronik hastalık sayısının yaş, gelir ve eğitime göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği iki paragraf önce belirtildiği gibi farklılık testleriyle ölçülmüştür, ancak kısmi korelasyon sonuçlarını inceleyip değerlendirebilmek için burada ayrıca korelasyon değerleri verilmektedir.

sayısı arasında orta şiddette bir ilişki (,485**) vardır, aylık gelir sabit tutulduğunda (,447) ve eğitim görülen yıl sabit tutulduğunda (,419) da bu ilişki şiddetini görece korumaktadır.

Tablo 11: Kronik Hastalık Sayısı ile Yaş, Aylık Gelir ve Eğitim Görülen Yıl Değişkenleri Arasındaki Korelasyon ve Kısmi Korelasyon Değerleri

	Yaş	Aylık gelir	Eğitim Görülen yıl
Kronik hastalık sayısı	,461**	-,352**	-,457**
	Sabit	-,288	-,352
	,394	,080	Sabit
	,448	Sabit	-,319

Erkeklerin ortalama 1,13 kronik hastalığı varken kadınların ortalama 1,87 kronik hastalığı olduğu gözlenmektedir. Erkekler içinde hiçbir kronik hastalığı olmayanların oranı %43,7 iken kadınların içinde bu oran ancak %25,2'dir. Bulgular kalp dışındaki bütün hastalıkların kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğünü göstermektedir, bu bulgu kadınların kronik, yaşa bağlı ve uzun süreli hastalıklara yakalanma oranlarının erkeklerden daha yüksek olduğunu gösteren (Crimmins vd., 2002; NCHS, 2003; Östlin vd., 2001:180) çalışmaların bulgularıyla ve kronik kalp hastalığının kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görüldüğünü işaret eden bulgularla (NCHS, 2003; Bird ve Rieker 2008: 18) uyuşmaktadır.

Sahip olunan kronik hastalık sayısı doğum yerine göre incelendiğinde köy doğumlu olanların ortalama 1,95, kasaba, ilçe ve kent merkezinde doğanların ortalama 1,02 kronik hastalığı olduğu görülmektedir. Köy doğumlu olanlar içinde hiç kronik hastalığı olmayanların oranı %20,9 iken kasaba, ilçe ve kent merkezinde doğanlar içinde bu oran %46,9'dur. Yaşanan yer açısından bakıldığında yüksek kolesterol dışında bütün hastalıklar kırsal alanda daha fazla görülmektedir, bu bulgu şeker, kalp gibi kronik hastalıkların kentsel alanda daha fazla görüldüğünü ortaya koyan çalışmaların bulgularıyla (Chadha vd. 1997; Mitra, 2007; Wenying vd., 2010) uyuşmamaktadır.

3.3.1.2. Hasta olma sıklığı

Tablo 12'de görüldüğü gibi örneklem genelinin yarısından fazlası birkaç ayda bir ya da daha seyrek hasta olmaktadır. Örneklemdeki dağılım incelendiğinde hasta olma sıklığının örneklem grubuna ($X^2(2)$, $n=352$)=58,19, $p\leq.01$), cinsiyete ($z= -6,152$, $n=352$, $p\leq.01$), yaşa ($X^2(2)$, $n=349$)=11,805, $p\leq.01$) gelire ($X^2(6)$,

$n=336$)=60,622, $p \leq .01$), eğitim düzeyine ($z = -7,712$, $n=353$, $p \leq .01$) doğum yerine ($z = -5,494$, $n=349$, $p \leq .01$), yaşanan yere ($z = -5,501$, $n=353$, $p \leq .01$), mesleğe ($X^2(5)$, $n=352$)=63,886, $p \leq .01$) ve çocuk sayısına ($z = -5,116$, $p \leq .01$) göre farklılık gösterdiği gözlenmiştir.

Veriler incelendiğinde köy örnekleminin diğer örneklem gruplarına, kadınların erkeklere, ortaokul ve altında eğitim görenler daha yüksek eğitim görenlere, köy doğumlular daha büyük birimlerde doğanlara, düşük gelir gruplarındakiler daha yüksek gelir gruplarındakilere oranla kendilerini daha sıklıkla hasta hissetmektedirler. Tablo 12'de görüldüğü gibi işçilerin %42,6'sı, 1501-2500 TL gelir grubunun da yarısına yakını (%46,2) "hiçbir zaman hasta olmadıklarını" belirtmektedirler.

Tablo 12: Hasta Olma Sıklığının Örnekleimde Dağılımı

% %		Hasta olma sıklığı						Toplam
		Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Fikrim yok	
Örneklem Geneli $n=352$		16,1	42,2	12,2	6,4	16,7	6,2	100
Örneklem grubu $n=355$	Köy	14,6	26,2	14,6	10,7	33	1	100
	Mahalle	23	30,2	16,7	9,5	18,3	2,4	100
	Üniversite	10,5	67,7	5,6	-	1,6	14,5	100
Cinsiyet $n=351$	Erkek	26,3	40,2	9,3	3,6	11,9	8,8	100
	Kadın	3,8	44,3	15,8	10,1	22,8	3,2	100
Yaş $n=349$	-40	18,7	42,9	16,5	6,6	9,9	5,5	100
	41-60	12,3	53,2	9,9	5,3	11,7	7,6	100
	61+	21,6	19,3	12,5	9,1	33	4,5	100
Gelir $n=336$	-500	15,9	29,2	16,8	9,7	27,4	0,9	100
	501-1500	19,8	28,1	15,6	11,5	22,9	2,1	100
	1501-2500	46,2	38,5	7,7	-	-	7,7	100
	2501-3500	5,6	55,6	11,1	-	-	27,8	100
	3501-4500	8	76	4	-	-	12	100
	4501-5500	10	70	-	-	5	15	100
	5501+	11,5	67,3	7,7	-	1,9	11,5	100
Eğitim $n=352$	Ortaokul ve altı	16,1	27,6	16,6	9,5	28,6	1,5	100
	Lise ve üzeri	16,2	61	6,5	2,6	1,3	12,3	100
Doğum yeri $n=348$	Köy	16,9	28,5	14,5	11	26,7	2,3	100
	Köyden büyük	15,3	55,4	10,2	2,3	7,3	9,6	100
Yaşanan yer $n=352$	Kırsal	14,6	26,2	14,6	10,7	33	1	100
	Kentsel	16,8	48,8	11,2	4,8	10	8,4	100
Meslek $n=352$	Çiftçi	18,2	22,7	13,6	9,1	34,1	2,3	100
	Ev kadını	4,3	29	19,4	16,1	31,2	-	100
	İşçi	42,6	25,5	8,5	4,3	14,9	4,3	100
	Memur	12,2	64,9	6,9	-	2,3	13,7	100
	Esnaf	18,2	40,9	18,2	4,5	13,6	4,5	100
	Diğer	31,3	37,5	12,5	6,3	12,5	-	100
Çocuk sayısı $n=323$	En fazla 2	14,7	50,5	12,1	5,8	7,4	9,5	100
	3 ve üzeri	16,4	26,9	13,4	8,2	32,8	2,2	100

3.3.1.3. Yorgun hissetme sıklığı

Örneklem genelinin önemli bir kısmı kendini sıklıkla yorgun hissettiğini belirtmiştir. Yorgun hissetme sıklığı örneklem grubuna ($X^2(5, n=353)=66,04$, $p \leq .01$), cinsiyete ($z = -4,137$, $n=352$, $p \leq .01$); yaşa ($X^2(2, n=350)=6,56$, $p \leq .05$), gelire ($X^2(6, n=337)=55,817$, $p \leq .01$), eğitim düzeyine ($z = -6,668$, $n=353$, $p \leq .01$); doğum yerine ($z = -4,030$, $n=349$, $p \leq .01$), yaşanan yere ($z = -4,852$, $n=353$, $p \leq .01$), mesleğe ve çocuk sayısına ($z = -4,609$, $n=324$, $p \leq .01$) göre farklılık göstermektedir. Tablo 13'te görüldüğü gibi köy örneklemini diğer örneklem gruplarına oranla, kadınlar erkeklere oranla, 40 yaş altındakiler 40 yaş üzerinelere, 3500 TL ve altında aylık geliri olanlar daha yüksek gelir gruplarına, ortaokul ve altında eğitim görenler daha yüksek eğitim görenlere oranla, köy doğumlu olanlar daha büyük birimlerde doğanlara oranla, üç ve daha fazla çocuğu olanlar daha az çocuğu olanlara ve ev kadınları diğer meslek gruplarına oranla kendilerini daha yorgun hissetmektedirler.

İşçilerin yarısına yakınının kendini hiçbir zaman hasta hissetmediğini belirtmelerine (bkz. Tablo 12) paralel olarak Tablo 13'teki en ilgi çekici veri, işçilerin %21,3'ünün kendilerini "hiçbir zaman" yorgun hissetmediklerini belirtmeleridir. Bu durum formel sektörde çalışanlar bile memur, esnaf ve ev kadınlarına oranla iş güvenceleri daha düşük olan işçilerin iş performanslarını düşürebilecek veya olası bir işten çıkarmada gerekçe olabilecek yorgunluk halinin düşüncesinden bile kaçındıklarını gösteriyor olabilir. Her gün yorgun hissettiğini belirten işçilerin oranı aynı düşüncede olan memurların oranından yüksek, diğer meslek gruplarının tümünden düşüktür.

Bu bulguyu iki şekilde açıklamak olasıdır. Birincisi bu veri "sağlıklı işçi etkisi" olarak bilinen ve çalışan insanların, özellikle sendikalıların beslenme ve sağlık hizmetlerine erişim açısından çalışmayanlara göre daha avantajlı, dolayısıyla daha sağlıklı olduğu (Keith vd., 2003) tezini destekleyecek bir bulgu olabilir, nitekim işçilerin ortalama kronik hastalık sayısı (1,30) sadece memurların ortalamasından yüksek, çiftçilerin, ev kadınlarının ve esnafın ortalamalarından düşüktür, benzer şekilde işçilerin %59,6'sı sağlığını iyi olarak algılamaktadır ve bu oran memurlardan sonra en yüksek orandır. İkinci açıklama ise işçilerin sağlığı tanımlarken piyasa koşullarına uyum sağlamak ve

verimli bir işgücü olarak çalışmaya devam etmek çerçevesinde tanımlar yaptıkları gibi, kendi sağlıklarını değerlendirirken de kendilerini verimli işçiler olarak görmeleri ve işyerinde verimliliği azaltacak ve olası bir işten çıkarmada bir gerekçe olabilecek olan yorgunluk etiketinden uzak durmak istemeleri olabilir. Hangi açıklamanın daha gerçekçi olacağı ağırlı hissetme, ilaç içme ve uyku bozukluğu yaşama sıklığı değişkenleri incelendiğinde biraz daha netleşecektir.

Tablo 13: Yorgun Hissetme Sıklığının Örneklemde Dağılımı

%		Yorgun hissetme sıklığı						
		Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Fikrim yok	Toplam
Örneklem Geneli n=353		8,8	13,6	12,5	18,1	42,5	4,5	100
Örneklem grubu n=353	Köy	5,8	6,8	5,8	15,5	63,1	2,9	100
	Mahalle	11,9	9,5	7,1	18,3	50	3,2	100
	Üniversite	8,1	23,4	23,4	20,2	17,7	7,3	100
Cinsiyet n=352	Erkek	12,9	13,9	18,6	15,5	34	5,2	100
	Kadın	3,8	13,3	5,1	20,9	53,2	3,8	100
Yaş n=350	-40	4,4	8,8	18,7	26,4	39,6	2,2	100
	41-60	8,2	17,5	13,5	18,1	36,3	6,4	100
	61+	13,6	11,4	4,5	10,2	56,8	3,4	100
Gelir n=337	-500	6,2	4,4	6,2	14,2	65,5	3,5	100
	501-1500	9,4	13,5	7,3	17,7	50	2,1	100
	1501-2500	15,4	23,1	15,4	46,2	-	-	100
	2501-3500	5,6	-	16,7	11,1	44,4	22,2	100
	3501-4500	12	20	36	20	8	4	100
	4501-5500	15	20	35	10	20	-	100
	5501+	9,6	26,9	15,4	25	15,4	7,7	100
Eğitim n=353	Ortaokul ve altı	8,5	9	6	12,6	60,8	3	100
	Lise ve üzeri	9,1	19,5	20,8	25,3	18,8	6,5	100
Doğum yeri n=349	Köy	7	10,5	7,6	15,7	55,2	4,1	100
	Köyden büyük	10,7	15,8	17,5	20,9	31,1	4	100
Yaşanan yer n=353	Kırsal	5,8	6,8	5,8	15,5	63,1	2,9	100
	Kentsel	10	16,4	15,2	19,2	34	5,2	100
Meslek n=353	Çiftçi	11,4	9,1	6,8	6,8	63,6	2,3	100
	Ev kadını	2,2	5,4	2,2	20,4	67,7	2,2	100
	İşçi	21,3	10,6	8,5	19,1	31,9	8,5	100
	Memur	8,4	22,9	22,9	20,6	18,3	6,9	100
	Esnaf	4,5	13,6	13,6	13,6	54,5	-	100
	Diğer	12,5	6,3	12,5	18,8	50	-	100
Çocuk sayısı n=324	En fazla 2	7,9	17,9	14,7	22,6	31,1	5,8	100
	3 ve üzeri	8,2	9	6,7	11,2	61,9	3	100

3.3.1.4. Ağırlı hissetme sıklığı

Ağırlı hissetme sıklığı örneklem grubuna ($X^2(2, n=353)=44,715, p\leq.01$), cinsiyete ($z= -5,230, n=352, p\leq.01$), gelire ($X^2(6, n=337)=43,890, p\leq.01$), eğitim düzeyine ($z= -6,599, n=353, p\leq.01$), doğum yerine ($z= -4,518, n=349, p\leq.01$), yaşanan yere ($z= -4,663, n=353, p\leq.01$), mesleğe ($X^2(5, n=353)=66,34, p\leq.01$) ve çocuk sayısına ($z= -4,273, n=324, p\leq.01$) göre farklılık göstermekte, ancak

yaşa göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($X^2(2, n=350)=5,09, p \geq .05$). Köy ve mahalle örneklemleri üniversite örneklemine göre daha sıklıkla ağrı duymaktadır. Köy örnekleminin üçte ikisine yakını (%63,1), mahalle örnekleminin de yarısından fazlası (%52,4) en az haftada bir ağrılı hissetmektedir.

Tablo 14: Ağrılı Hissetme Sıklığının Örnekleimde Dağılımı

%		Ağrılı hissetme sıklığı						
		Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Fikrim yok	Toplam
Örneklem Geneli n=353		18,4	19,3	15,0	14,2	28,3	4,8	100
Örneklem grubu n=353	Köy	17,5	6,8	10,7	15,5	47,6	1,9	100
	Mahalle	21,4	9,5	12,7	16,7	35,7	4	100
	Üniversite	16,1	39,5	21	10,5	4,8	8,1	100
Cinsiyet n=352	Erkek	6,7	24,2	20,6	18	12,4	18	100
	Kadın	2,5	11,4	17,7	11,4	15,8	41,1	100
Gelir n=337	-500	18,6	7,1	13,3	15	43,4	2,7	100
	501-1500	18,8	7,3	11,5	18,8	39,6	4,2	100
	1501-2500	46,2	30,8	7,7	7,7	7,7	-	100
	2501-3500	-	27,8	27,8	11,1	11,1	22,2	100
	3501-4500	28	36	24	8	4	-	100
	4501-5500	20	45	20	10	5	-	100
	5501+	13,5	38,5	21,2	13,5	3,8	9,6	100
Eğitim n=353	Ortaokul ve altı	17,6	8	11,1	15,6	44,2	3,5	100
	Lise ve üzeri	19,5	33,8	20,1	12,3	7,8	6,5	100
Doğum yeri n=349	Köy	18	9,9	11,6	15,7	41,3	3,5	100
	Köyden büyük	18,1	28,8	18,1	13	16,4	5,6	100
Yaşanan yer n=353	Kırsal	17,5	6,8	10,7	15,5	47,6	1,9	100
	Kentsel	18,8	24,4	16,8	13,6	20,4	6	100
Meslek n=353	Çiftçi	13,6	11,4	18,2	11,4	43,2	2,3	100
	Ev kadını	11,8	4,3	6,5	19,4	55,9	2,2	100
	İşçi	31,9	8,5	8,5	14,9	27,7	8,5	100
	Memur	17,6	37,4	21,4	10,7	5,3	7,6	100
	Esnaf	27,3	13,6	27,3	-	31,8	-	100
	Diğer	25	18,8	6,3	37,5	12,5	-	100
Çocuk sayısı n=324	En fazla 2	17,4	25,3	18,9	15,3	16,8	6,3	100
	3 ve üzeri	19,4	9	9,7	14,2	44,8	3	100

Kadınlar erkeklere, 1500 TL ve altında aylık geliri olanlar daha yüksek geliri olanlara, ortaokul ve altı eğitim görenler daha yüksek eğitimlilere, köy doğumlular daha büyük birimlerde doğanlara, kırsal alanda yaşayanlar kentsel alanda yaşayanlara, ev kadınları ve çiftçiler diğer meslek gruplarına, üç ve daha fazla çocuğu olanlar daha az çocuğu olanlara oranla daha sıklıkla ağrılı hissetmektedirler. Tablo 14'te görüldüğü gibi hiçbir zaman ağrılı hissetmediğini belirtenler en yüksek oranda 1501-2500 gelir grubu ve işçilerdir.

3.3.1.5. İlaç içme sıklığı

İlaç içme sıklığı örneklem grubuna ($X^2(2, n=353)=30,611, p\leq.01$), cinsiyete ($z= -5,504, n=352, p\leq.01$), yaşa ($X^2(2, n=350)=47,721, p\leq.01$), gelire ($X^2(6, n=337)=39,073, p\leq.01$), eğitim düzeyine ($z= -6,404, n=353, p\leq.01$), doğum yerine ($z= -4,597, n=349, p\leq.01$), yaşanan yere ($z= -3,246, n=353, p\leq.01$), mesleğe ($X^2(5, n=353)=53,306, p\leq.01$) ve çocuk sayısına ($z= -4,906, n=324, p\leq.01$) göre farklılık göstermektedir. Örneklem grupları arasında en sık ilaç içenler, yarısından fazlası (%52,4) her gün, %61,6'sı en az haftada bir kere ilaç içen mahalle örneklemidir. Kadınların ilaç içme sıklıkları erkeklerinkinden %26 daha yüksektir, yaş arttıkça ilaç içme sıklığı artmaktadır, düşük gelir gruplarında ilaç içme sıklığı yüksek gelir gruplarına oranla oldukça daha yüksektir, bu durumun tek istisnası 5501 TL ve üzeri geliri olanlardır ki onların da yaş ortalaması 52'dir, yani ilaç içme sıklıklarının yaştan kaynaklanması olasıdır. Aylık 500 TL ve altında kazananların %57'si her gün ilaç içmektedir. Ortaokul ve altı eğitim görenler daha yüksek eğitimlilere, köy doğumlular daha büyük birimlerde doğanlara, kırsal alanda yaşayanlar kentsel alanda yaşayanlara, ev kadınları ve çiftçiler diğer meslek gruplarına, üç ve daha fazla çocuğu olanlar daha az çocuğu olanlara oranla daha sıklıkla ilaç içmektedirler. Dörtte üçü (%76,4) en az haftada bir gün, %65,6'sı her gün ilaç içen ev kadınlarının yaş ortalaması 50'dir, yaklaşık üçte biri de 40 yaşın altındadır, bununla birlikte kronik hastalık sayısı ortalaması (2,34) en yüksek olan grup ev kadınlarıdır. Ev kadınları kendi sağlıklarını çiftçi, işçi, esnaf ve memurlara oranla daha kötü algılamaktadırlar, yine de %35,5'i sağlığını iyi, %36,6'sı da orta olarak değerlendirmektedir.

İlaç içme sıklığı algılanan sağlık statüsünü etkilese de (,368**), her gün ilaç içenlerin %37,4'ü, haftada bir ilaç içenlerin de %64,5'i sağlığını iyi olarak algılamaktadır. Buna ek olarak işçilerin %36,2'sinin hiç ilaç içmediğini, yine aynı oranda işçi ise her gün ilaç içtiğini belirtmektedir. İşçilerin %42,6'sının hiç hasta olmadığını belirtmesine rağmen neredeyse yarısı (%49) en az haftada bir gün ilaç içtiğini ifade etmiştir. Sadece hiç hasta olmadığını belirten işçiler incelendiğinde bu işçilerin dörtte birinin (%25) her gün, beşte birinin de (%20) haftada bir ilaç içtiği görülmüştür. Hiç hasta olmayanların her gün ya da haftada

bir ilaç içmesi beklenen bir durum değildir. Dolayısıyla bu veri işçilerin kendi ifade ettikleri ya da algıladıklarından daha hasta/az sağlıklı olduklarını göstermekte, bu da "sağlıklı işçi" tezinden çok kendilerini sağlıklı/verimli işgücünün parçası olarak görmeye eğilimli oldukları ve sağlıklı olmaya atfedilen olumlu ahlaki değer nedeniyle sağlıklarını olduğundan daha iyi algılama ve yansıtma eğiliminde oldukları (Cornwell, 1984) şeklindeki açıklamaların daha mantıklı olduğunu göstermektedir.

Tablo 15: İlaç İçme Sıklığının Örneklemde Dağılımı

%		İlaç içme sıklığı						
		Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Fikrim yok	Toplam
Örneklem Geneli n=353		24,6	16,1	6,2	8,8	39,4	4,8	100
Örneklem grubu n=353	Köy	23,3	10,7	3,9	9,7	52,4	-	100
	Mahalle	30,2	5,6	7,1	7,9	49,2	-	100
	Üniversite	20,2	31,5	7,3	8,9	18,5	13,7	100
Cinsiyet n=352	Erkek	33	16,5	6,7	8,2	28,4	7,2	100
	Kadın	14,6	15,2	5,7	9,5	53,2	1,9	100
Yaş n=350	-40	38,5	15,4	11	13,2	18,7	3,3	100
	41-60	22,8	20,5	6,4	9,4	32,7	8,2	100
	61+	13,6	8	1,1	3,4	73,9	-	100
Gelir n=337	-500	25,7	8	4,4	4,4	57,5	-	100
	501-1500	24	9,4	7,3	15,6	43,8	-	100
	1501-2500	61,5	15,4	7,7	7,7	7,7	-	100
	2501-3500	16,7	27,8	5,6	5,6	22,2	22,2	100
	3501-4500	24	28	16	4	12	16	100
	4501-5500	10	35	15	10	10	20	100
	5501+	26,9	25	1,9	11,5	26,9	7,7	100
Eğitim n=353	Ortaokul ve altı	23,1	8	6	8,5	54,3	-	100
	Lise ve üzeri	26,6	26,6	6,5	9,1	20,1	11	100
Doğum yeri n=349	Köy	20,3	11,6	5,8	9,3	51,2	1,7	100
	Köyden büyük	28,2	20,3	6,8	8,5	28,2	7,9	100
Yaşanan yer n=353	Kırsal	23,3	10,7	3,9	9,7	52,4	-	100
	Kentsel	25,2	18,4	7,2	8,4	34	6,8	100
Meslek n=353	Çiftçi	29,5	6,8	4,5	9,1	50	-	100
	Ev kadını	12,9	5,4	5,4	10,8	65,6	-	100
	İşçi	36,2	8,5	6,4	12,8	36,2	-	100
	Memur	21,4	30,5	6,9	8,4	19,8	13	100
	Esnaf	26,4	13,6	9,1	-	40,9	-	100
	Diğer	56,3	12,5	6,3	-	25	-	100
Çocuk sayısı n=324	En fazla 2	25,8	18,9	7,9	10,5	28,4	8,4	100
	3 ve üzeri	22,4	8,2	3	6	59,7	0,7	100

3.3.1.6. Uyku bozukluğu yaşama sıklığı

Örneklem genelinin %46,2'si hiçbir zaman uyku bozukluğu yaşamadığını, %11,6'sı birkaç ayda bir, %9,1'i ayda bir, %13,6'sı haftada bir, %15,9'u her gün uyku bozukluğu yaşadığını belirtmiştir. Uyku bozukluğu yaşama sıklığı yaş gruplarına ($X^2(2, n=350)=11,260, p\leq.01$), eğitim düzeyine ($z= -2,126, n=353, p\leq.05$), mesleğe ($X^2(5, n=353)=12,180, p\leq.05$) ve çocuk sayısına ($z= -2,179,$

n=324, $p \leq .05$) göre farklılık göstermektedir; örneklem grubuna ($X^2(2, n=353)=0,707$, $p \geq .05$), cinsiyete ($z = -1,765$, $n=352$, $p \geq .05$), gelire ($X^2(6, n=337)=9,180$, $p \geq .05$), doğum yerine ($z = -858$, $n=349$, $p \geq .05$) ve yaşanan yere ($z = -469$, $n=353$, $p \geq .05$) göre ise anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 16: Uyku Bozukluğu Yaşama Sıklığının Örneklemde Dağılımı

%		Uyku bozukluğu yaşama sıklığı						
		Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Fikrim yok	Toplam
Örneklem Geneli n=353		46,2	11,6	9,1	13,6	15,9	3,7	100
Yaş n=350	-40	56	12,1	6,6	9,9	11	4,4	100
	41-60	43,9	14	11,1	12,3	14	4,7	100
	61+	39,8	6,8	8	20,5	23,9	1,1	100
Eğitim n=353	Ortaokul ve altı	46,2	11,6	9,1	13,6	15,9	3,7	100
	Lise ve üzeri	49,2	2,5	8	16,1	22,1	2	100
Meslek n=353	Çiftçi	50	-	9,1	11,4	29,5	-	100
	Ev kadını	44,1	4,3	7,5	23,7	19,4	1,1	100
	İşçi	66	-	10,6	4,3	14,9	4,3	100
	Memur	35,1	28,2	11,5	9,9	8,4	6,9	100
	Esnaf	50	-	4,5	13,6	27,3	4,5	100
	Diğer	75	-	-	18,8	6,3	-	100
Çocuk sayısı n=324	En fazla 2	45,3	17,4	10	10,5	12,1	4,7	100
	3 ve üzeri	45,5	3	7,5	19,4	22,4	2,2	100

Tablo 16'da görüldüğü gibi yaşlılar gençlere, lise ve üzeri eğitim görenler daha az eğitim görenlere, çiftçi ve esnafar diğer meslek gruplarına, üç ve daha fazla çocuğu olanlar daha az çocuğu olanlara göre daha sıklıkla uyku bozukluğu çekmektedirler. Çeşitli çalışmalarda yaşlıların gençlere oranla daha sıklıkla uyku bozukluğu çektikleri (Viot-Blanc ve Deschaux, 2002; Bader ve Ohayon, 2002), evdeki çocuk sayısı arttıkça uyku bozukluğu sıklığının arttığı (Sallinen vd., 2002) ve eğitim düzeyi düşük olanların daha sıklıkla uyku bozukluğu yaşadığı (Polo-Kantola vd., 2002) ortaya konmuştur. Bu araştırmanın verileri eğitim düzeyi yükseldikçe uyku bozukluğu sıklığının arttığını göstermekte, bu açıdan Polo-Kantola vd.'nin (2002) bulgularını desteklememektedir. Diğer taraftan bulgular evdeki çocuk sayısı ile uyku bozukluğu sıklığının doğru orantılı olduğunu (Sallinen vd., 2002) ve yaş arttıkça uyku bozukluğu yaşama sıklığının arttığını gösteren çalışmaların (Viot-Blanc ve Deschaux, 2002; Bader ve Ohayon, 2002) bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Uyku bozukluğunun meslekle ilişkilendirildiği çalışmalarda genellikle vardiyalı çalışan işçilere odaklanılmaktadır, bu araştırmada işçilerin üçte ikisi hiç uyku problemi yaşamadığını belirtmektedir; ancak işe başlama saatinin de uyku

bozukluklarıyla ilişkili olduğu (Sallinen vd., 2002) bulgusu kısmen çiftçilerin uyku bozukluğu çekme sıklığının diğer meslek gruplarından yüksek olmasını açıklayabilir. Çeşitli çalışmalar kadınların erkeklerden daha sıklıkla uyku sorunlarıyla karşılaştığını ortaya koysa da (Lee, 2006; Bader ve Ohayon, 2002) bu araştırmada uyku problemleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

3.3.1.7. Stresli hissetme sıklığı

Stresli hissetme sıklığı örneklem grubuna ($X^2(2, n=353)=18,254, p\leq.01$), cinsiyete ($z= -2,278, n=352, p\leq.05$), yaşa ($X^2(2, n=350)=6,146, p\leq.05$), gelire ($X^2(6, n=337)=23,044, p\leq.01$), eğitim düzeyine ($z= -4,305, n=353, p\leq.01$), doğum yerine ($z= -3,539, n=349, p\leq.01$), yaşanan yere ($z= -2,955, n=353, p\leq.01$), mesleğe ($X^2(5, n=353)=27,220, p\leq.01$) ve çocuk sayısına ($z= -2,210, n=324, p\leq.05$) göre farklılık göstermektedir.

Tablo 17: Stresli Hissetme Sıklığının Örneklemde Dağılımı

%		Stresli hissetme sıklığı						
		Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Fikrim yok	Toplam
Örneklem Geneli n=353		16,7	13,3	11,3	18,4	36	4,2	100
Örneklem grubu n=353	Köy	17,5	9,7	7,8	13,6	50,5	1	100
	Mahalle	22,2	5,6	8,7	19,8	41,3	2,4	100
	Üniversite	10,5	24,2	16,9	21	18,5	8,9	100
Cinsiyet n=352	Erkek	18	12,9	13,4	18	31,4	6,2	100
	Kadın	15,2	13,3	8,9	19	41,8	1,9	100
Yaş n=350	-40	12,1	13,2	7,7	19,8	45,1	2,2	100
	41-60	17,5	13,5	13,5	18,7	31	5,8	100
	61+	19,3	12,5	11,4	17	36,4	3,4	100
Gelir n=337	-500	15	7,1	10,6	17,7	48,7	0,9	100
	501-1500	22,9	8,3	4,2	18,8	42,7	3,1	100
	1501-2500	38,5	15,4	23,1	15,4	7,7	-	100
	2501-3500	-	11,1	16,7	16,7	38,9	16,7	100
	3501-4500	8	28	24	16	24	-	100
	4501-5500	20	15	10	25	20	10	100
	5501+	7,7	28,8	17,3	21,2	15,4	9,6	100
Eğitim n=353	Ortaokul ve altı	19,1	6	7,5	18,6	46,7	2	100
	Lise ve üzeri	13,6	22,7	16,2	18,2	22,1	7,1	100
Doğum yeri n=349	Köy	17,4	8,1	7,6	18	46,5	2,3	100
	Köyden büyük	15,3	18,1	15,3	19,2	26	6,2	100
Yaşanan yer n=353	Kırsal	17,5	9,7	7,8	13,6	50,5	1	100
	Kentsel	16,4	14,8	12,8	20,4	30	5,6	100
Meslek n=353	Çiftçi	25	11,4	4,5	15,9	43,2	-	100
	Ev kadını	17,2	7,5	6,5	20,4	48,4	-	100
	İşçi	27,7	2,1	8,5	14,9	40,4	6,4	100
	Memur	10,7	23,7	18,3	19,8	18,3	9,2	100
	Esnaf	18,2	13,6	13,6	9,1	45,5	-	100
	Diğer	6,3	-	6,3	25	62,5	-	100
Çocuk sayısı n=324	En fazla 2	15,8	15,3	13,7	17,9	30,5	6,8	100
	3 ve üzeri	20,1	9	9	16,4	44	1,5	100

Tablo 17'te görüldüğü gibi köy örneklemini diğer örneklemlemlere oranla, kadınlar erkeklere, 40 yaşından genç olanlar daha yaşlı olanlara, 500-1500 gelir aralığında olanlar daha yüksek gelir gruplarına, ortaokul ve altında eğitim alanlar daha yüksek düzeyde eğitim alanlara, köy doğumlu olanlar ve kırsal alanda yaşayanlar daha büyük birimlerde doğan ve kentsel alanda yaşayanlara, ev kadınları ve esnaflar diğer meslek gruplarına ve üç ve daha fazla çocuğu olanlar daha az çocuğu olanlara oranla daha sık stresli hissetmektedirler.

Belek (2000b), yaptığı çalışmada gelir düzeyi, eğitim durumu ve yerleşim yeri (gecekondu-kent merkezi) sabit tutulduğunda sınıfın psikolojik stres üzerinde etkisinin devam ettiğini saptamış ve sınıf pozisyonunun zihin sağlığı üzerindeki etkisinin nedenin satın alma gücünden çok iş üzerindeki kontrol düzeyi olduğu sonucuna varmıştır. Bu bulguya benzer şekilde kendiliğleri üzerinde kontrol oranı oldukça yüksek olan doçent ve profesörlerin ağırlıkta bulunduğu memur kategorisi en düşük sıklıkta stresli hisseden meslek grubudur. İşçiler ev kadınlarından, çiftçilerden ve esnaftan daha düşük sıklıkta stresli hissetmektedirler ve %27,7'si de hiçbir zaman stresli hissetmediğini belirtmektedir.

Bulgular kadınların erkeklere (Blue, 2000; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006a), ev kadınlarının çalışan kadınlara (Memon vd., 2003) ve gelir düzeyi düşük, mahrumiyet düzeyi yüksek olanların daha yüksek gelir ve refah gruplarına oranla (Blue, 2000; Chandola vd., 2006) daha stresli olduğu bulgularıyla paralellik göstermekte, ancak kentlerde yaşayanların (Moore vd., 2003; Zust vd., 2010) daha yüksek stres ve gerilim altında oldukları bulgularıyla çelişmektedir. Ayrıca stresli hissetmek psikolojik bozuklukların tek nedeni olmasa da bu sorunlara katkıda bulunduğu dikkate alındığında bulguların Eskişehir'de yapılan ve bazı psikolojik bozuklukların kadınlarda, düşük eğitim düzeyi olanlarda, çalışmayanlarda ve düşük gelirlielerde daha yaygın olarak görüldüğünü ortaya koyan çalışmaların (Keskin, 2008; Bilge, 2008) bulgularıyla da paralellik gösterdiği söylenebilir. Gelişmekte olan ülkelerde kentsel alanlarda kronik ya da kısa süreli stresle baş etmede etkili faktörlerin başında gelen sosyal ve duygusal desteğe ulaşmanın geniş ailelerin azalması ve tek ebeveynli

ailelerin çoğalmasa nedeniyle, özellikle de düşük gelirli insanların yoğun olarak yaşadığı alanlarda güç olduğu (Harpham, 1994) bilinmektedir.

3.3.2. Örneklemde algılanan sağlık statüsü

Örneklem genelinin %59,7'si sağlığını iyi, %25,6'sı orta, %14,8'i kötü olarak değerlendirmektedir. Tablo 18'de görülebileceği gibi, algılanan sağlık statüsü ile örneklem grubu, cinsiyet, eğitim düzeyi, doğum yeri, yaş, gelir ve meslekle ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. İki numaralı alt problemde sorulan soruya yanıt olarak algılanan sağlık statüsünün gelire, eğitime, cinsiyete ve yaşanan yere göre farklılık gösterdiği söylenebilir. Erkeklerin algılanan sağlık statülerinin kadınlara, lise ve üzeri eğitim görenlerin daha düşük düzeyde eğitim görenlere, yüksek gelir düzeyine sahip olanların düşük gelir düzeyine sahip olanlara, kentsel alanda yaşayanların kırsal alanda yaşayanlara, memurların çiftçi ve işçilere oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Algılanan sağlık statüsünün sınıfsal bir desene sahip olduğu açıkça görülmektedir.

Tablo 18: Algılanan Sağlık Statüsü ile Seçilmiş Değişkenler Arasındaki İlişkiler

	Algılanan sağlık statüsü			
	n	X ²	Sd	p
Örneklem grubu	352	63,88	8	≤.01**
Cinsiyet	351	10,26	4	≤.05*
Yaş	349	18,45	8	≤.05
Gelir	336	75,36	24	≤.01
Eğitim	352	59,86	4	≤.01
Doğum yeri	348	38,76	4	≤.01
Yaşanan yer	352	31,8	4	≤.01
Meslek	352	76,77	20	≤.01
Çocuk sayısı	323	31,92	4	≤.01
Sosyal güvence türü	335	44,13	4	≤.01

* $\alpha = .05$ için anlamlıdır.

** $\alpha = .01$ için anlamlıdır.

Tablo 19'da görüleceği gibi köy örneklemini diğer örneklemlemlere oranla, kadınlar erkeklere, yaşlılar gençlere, gelir ve eğitim düzeyleri düşük olanlar yüksek olanlara, köy doğumlu olanlar ve kırsal alanda yaşayanlar daha büyük birimlerde doğan ve kentsel alanda yaşayanlara, ev kadınları diğer meslek gruplarına ve üç ve daha fazla çocuğu olanlar daha az çocuğu olanlara oranla sağlıklarını daha kötü algılamaktadırlar.

Mevcut sağlık göstergeleriyle algılanan sağlık statüsü paralel bir seyir izlemektedir, birkaç istisna dışında hastalık sayısı, hastalanma sıklığı, yorgun, ağrılı ve stresli hissetme sıklığı ve ilaç içme sıklığının nispeten yoğun olduğu grupların algılanan sağlık statüleri de nispeten kötüdür. Bu bulgular Burdur'da yapılan ve algılanan sağlık statüsünün yaşa, cinsiyete ve statü gruplarına göre anlamlı bir farklılık gösterdiği, kadınların, nispeten daha yaşlı grupların ve düşük statü gruplarının algılanan sağlık statülerinin erkeklere, daha genç gruplara ve yüksek statü gruplarına oranla daha düşük olduğunun gözlemlendiği bir başka çalışmanın (Tekin, 2007:276-278) bulgularıyla örtüşmektedir.

Tablo 19: Algılanan Sağlık Statüsünün İlişkili Değişkenler Açısından Örneklemde Dağılımı

%		Algılanan Sağlık Statüsü			
		İyi	Orta	Kötü	Toplam
Örneklem Geneli n=352		59,7	25,6	14,8	100
Örneklem grubu n=355	Köy	39,8	33	27,2	100
	Mahalle	50,4	32,8	16,8	100
	Üniversite	85,5	12,1	2,4	100
Cinsiyet n=351	Erkek	65,3	22,8	11,9	100
	Kadın	52,5	29,1	18,4	100
Yaş n=349	-40	69,2	23,1	7,7	100
	41-60	60	27,1	12,9	100
	61+	47,7	26,1	26,1	100
Gelir n=336	-500	40,7	32,7	26,5	100
	501-1500	46,9	34,4	18,8	100
	1501-2500	83,3	8,3	8,3	100
	2501-3500	61,1	33,3	5,6	100
	3501-4500	87,5	12,5	-	100
	4501-5500	81	19	-	100
Eğitim n=352	5501+	92,3	3,8	3,8	100
	Ort. ve altı	42,7	34,7	22,6	100
Doğum yeri N=348	Lise ve üzeri	81,7	13,7	4,6	100
	Köy	43,6	32,6	23,8	100
Yaşanan yer n=352	Köyden büyük	74,4	19,3	6,3	100
	Kırsal	39,8	33	27,2	100
Meslek n=352	Kentsel	67,9	22,5	9,6	100
	Çiftçi	54,5	27,3	18,2	100
	Ev kadını	35,5	36,6	28	100
	İşçi	59,6	27,7	12,8	100
	Memur	83,8	13,1	3,1	100
	Esnaf	50	36,4	13,6	100
Çocuk sayısı n=323	Diğer	31,3	37,5	31,3	100
	En fazla 2	69,5	21,1	9,5	100
	3 ve üzeri	42,9	33,1	24,1	100

Bununla birlikte algılanan sağlık statüsünü neyin belirlediğini anlamak önemlidir, çünkü incelenen mevcut sağlık göstergeleri algılanan sağlığın sadece bir kısmını açıklayabilmektedir. Örneklemde haftada bir gün ya da daha sık hastalanan, yorgun, ağrılı ve stresli hisseden ve ilaç içen, diğer bir deyişle bu

belirtilerin ***hepsini birden en az haftada bir hissedenler*** ayrı bir grup olarak incelenmiştir. Örneklem içinde sağlık göstergeleri açısından en kötü verilere sahip olan bu grubun ortalama 3,77 kronik hastalığı vardır ve %46,2'si köy, %53,8'i mahalle örnekleminde yer almaktadır. Bu grubun üçte ikisinden azı sağlığının kötü olduğunu (%50'si kötü, %11,5'i çok kötü, toplam %61,5), %23,1'i orta, % 15,3'ü de iyi (%11,5'i iyi ve %3,8'i çok iyi) olarak algılamaktadır. Hastalığın tanımlanmasında değinildiği gibi bu bireylerin hastalıkları yanlış ahlaki durumlar olarak değerlendirerek kendi sağlıklarını olduğundan daha iyi algılamalarının (Cornwell, 1984) bir sonucudur. Sadece iki veya daha fazla kronik hastalığı olanlar incelendiğinde de köy örneklemindekilerin %19,3'ünün (hepsi iyi), mahalle örneklemindekilerin %36,9'unun (%31,6'sı iyi, %5,3'ü çok iyi) ve üniversite örneklemindekilerin %70'inin (%65'i iyi, %5'i çok iyi) sağlığını iyi olarak değerlendirdiği görülmektedir. Bu durum Cornwell'in bahsettiği ahlaki tutumun mahalle ve üniversite örneklemleri tarafından daha fazla benimsendiğini ve *hastalık damgalamasından* daha fazla korktuklarını göstermektedir. Bununla birlikte aynı grup içinde hastaneye ne sıklıkla gidildiği incelendiğinde hasta olmasa da kontrole gidenlerin oranı köy örnekleminde %29,8, mahalle örnekleminde %33,3, üniversite örnekleminde ise %40'tır. Buna göre mahalle ve üniversite örnekleminin düzenli kontrole gitme oranının daha yüksek olmasının algılanan sağlık statülerinin köy örneklemine oranla daha iyi olmasını açıklayabilir. Ancak en az iki kronik hastalığı olanların hiçbir örneklem grubunda yarısının bile düzenli kontrole gitmemesi, ahlaki statü açıklamasının daha güçlü olduğuna işaret etmektedir. Yaklaşık aynı sayıda hastalığa sahip olduğu halde kendisini diğer örneklem gruplarından daha “sağlıklı” algılayan üniversite örnekleminin, hastalığın nedeni olarak yaşam tarzı faktörleri ve genetik faktörler gibi doğrudan ya da dolaylı olarak bireyi suçlayan nedenleri diğer örneklem gruplarından daha fazla ifade etmesi de hastalığı ahlaki bir statü olarak daha çok gördüğünün bir işaretidir.

Hastalıkların negatif değer atfedilerek damgalanması (*stigma*) bireylerin ve toplumun sağlığı ve hastalığı algılayışı ile yakından ilişkilidir. Damgalanma artık sadece bireyleri negatif klişelerle (stereotiplerle) ilişkilendiren bir tutum olarak değil, ilişkileri değersizleştiren asimetrik bir toplumsal süreç olarak

görülmektedir (Aikins, 2006:427). Damgalama ve hastalık damgalaması arasında ayırım yapan Deacon vd. (2005:85) damgalamanın grubun ahlaki bütünlüğünü onaylamaları için ahlaki yargılar empoze eden, değere dayalı bir ideoloji olduğunu, hastalık damgalamasının ise insan bedeninde tıbbi açıdan meşru kılınamayan bir hastalıkla ilişkili “olumsuz toplumsal ‘yük’”ten oluştuğunu belirtir. Link ve Phelan (2001:363, 377) damgalanmayı belirli bir güç pozisyonunda etiketleme, klişeleştirme, ayırma statü kaybı ve ayrımcılığın hep birlikte uygulanması olarak tanımlar ve damgalanmanın gerçekleşmesi için bu sayılan süreçlerin gerçekleştirilmesine izin veren bir iktidarın uygulanması gerektiğini vurgular.

Scambler (2009:442) damgalamanın izini Durkheim’ın işlevselciliğine kadar sürer, Durkheim için toplumsal formasyonların normal/anormal arasında ayırmlaştırıldığı, anormalin olabilmesi için normal olanın gerekli olduğunu, diğer bir deyişle Goffman’ın (1963) belirttiği gibi damgalanmış olanın da olmayanın da aynı normların ürünü olduğunu hatırlatır. Şu halde bir iktidar aracılığıyla damgalanmayı sağlayacak olan bu normların ne olduğu çok önemlidir.

Sağlık alanı içinde incelersek sağlığa ilişkin belirli anlamlar ve sağlığı algılamanın belirli yolları okullarda verilen eğitimle ve kitle iletişim araçlarındaki program ve reklamlarla içselleştirilmekte ve bu da sağlık ve hastalık algısının temelini oluşturmaktadır. Popüler sosyal ve kültürel bilgi sistemleri insanların hastalıkları anlama ve algılama tarzlarının şekillenmesinde etkili olmakta (Kleinman, 1980), bilgiyi üretenlerin kullandığı disipline edici güç, benliğin teknolojileri (Foucault, 1976) ile birlikte sağlık hakkında belirli düşünme ve yaşama biçimleri üretmektedir. Sağlık belirli değer sistemlerine, dünya görüşlerine ve farklı sosyal, politik, ekonomik ve kültürel bağlamlarda farklı şekilde kullanılan bir kavram olduğu halde ‘uzman’ bilgilerine dayanılarak bize aktarılan bu bilgilerin sağlığın ne olduğu ve sağlıklı olmak için ne yapmak ve ne yapmamak gerektiği hakkında kesin, evrensel, itiraz kabul etmez ve güvenilir gerçekler olduğu iddia edilmektedir (Wright ve Burrows, 2004:215-216). Bu **sağlıklılık (healthism) söylemi** (Wright ve Burrows, 2004:215) ne yiyip ne içmemiz ve ne kadar egzersiz yapmamız gerektiğini bize öğreterek ve ideal vücudun normalleştirilmiş tanımlarını vererek sağlığın üretilmesinin merkezine

bireyi ve bireyin bedenini yerleştirmektedir. Bu söylemde tıp, bireyin kendisi ile risk arasındaki ilişkiyi yönetme biçimini hedeflemekte (Petersen, 1996) ve riski de seçim, sorumluluk ve suçluluk kavramlarıyla ilişkilendirmeye çalışmaktadır (Wright ve Burrows, 2004:4).

Böylece bu söylem bireyleri potansiyel tehlikeler karşısında sürekli olarak risk altında olarak görmekte ve “sağlıklı bir yaşam tarzına” sahip olarak kendilerini bu risklerden korumaktan yine bireyleri sorumlu tutmaktadır (Petersen, 1996). Bu ‘sorumluluk’ normu, Scambler’ın deyişiyle “A.B.D.’den ithal edilen bireysel sorumluluk felsefesi” toplumsal yapıya gömülü utanç ve suçlama normlarının oluşmasına neden olmaktadır. Şişmanlara, alkoliklere, sigara tiryakilerine, veremlilere, AIDS’lilere vs. bu hastalıklara neden olan oburluk, tembellik, bağımlılık, pislik, ‘ahlaksızlık’ gibi davranışlar atfedilmekte ve bu davranışlara olumsuz değer atfedilerek hastalıklar üzerinden gruplar aşağılanmaktadır.

Scambler (2009:451) da damgalamayla ilişkili olarak İngiltere’de uygulanan işe geri dönüş (welfare-to-work) programlarına dikkat çekmektedir. Bu programların içeriği, kronik hastalıkları veya sakatlıkları olan insanların düşük istihdam oranlarının yoksulluğa ve sosyal dışlanmaya neden olduğu varsayımından hareketle yeniden istihdam edilmelerinin (dolayısıyla işsizlik tazminatlarının kesilmesinin) teşvik edilmesidir. Scambler (2009:451) bu programların uygulanmasının altında yatan gerçeğin de yukarıda bahsedilen normların uygulanması olduğunu belirtmektedir ve bu normların altında da neo-liberal ilkelerin yattığı oldukça açıktır. Bu yeni işçiler önce damgalanmakta, sonra hastalıktan kaynaklanan ‘damgaları’, yoksulluğu artıran ‘sapkınlığa’ dönüştürülmekte, bu da ucuz işgücü yaratmakta ve ücretleri muhafaza etme işlevini görmektedir. Elbette Scambler damgalamanın her zaman ve kesinlikle bu yolu izlediğini belirtmemekte, ama 70’lerden bu yana İngiltere’deki sömürü ve baskının bir parçasını da bu sürecin oluşturduğunu savunmaktadır (Scambler, 2009:452).

Hastalıkları damgalama kültürel inançları yansıtmakta ve bu inançlarla meşrulaştırılmakta (Aikins, 2006:439; Chang vd., 2009:87), ekonomik güvensizlik dönemlerinde daha şiddetli hale gelmekte (Aikins, 2006:439) ve

ahlaki anlamı farklı kùltùrlere göre çeşitlilik gösterse de doğuda da batıda da aynı ilkelerle işlemektedir (Chang vd., 2009:98). şu halde damgalamanın 'hangi kùltürün' inancını yansıttığını görmek önemlidir.

Neo-liberal hegemonyanın ve tıbbın egemenliğinin kitle iletişim araçları üzerinden kùltür emperyalizmlerini kurdukları bu çağda elbette sağlık ve hastalık algısı bir yandan tıbbın bir yandan burjuvazinin çıkarlarına uygun şekilde inşa edilecek ve insanların hasta olmaktan, hasta olarak bilinmekten, etiketlenmekten korkmaları, hastalığı doğal bir durum olarak değil, bir eksiklik, bir zayıflık olarak görmeleri sağlanacaktır. Kronik hastalıklar bedenin bozulmasına neden olur ve hastanın yaşam koşullarını ve sosyal ilişkilerini yeniden şekillendirir, birey bir yandan hastalığın yarattığı fiziksel zorluklarla baş etmek bir yandan da toplumsal rol ve sorumluluklarını yeniden belirlemek zorundadır, çünkü kendisine yönelik toplumsal algılar, hem kendisinin, hem önemli ötekilerin hem de genelleştirilmiş ötekilerin kendine yönelik algıları, tutumları, duyguları dönüşmüş, karmaşılaşmış ve yeniden şekillenmiştir (Aikins, 2006:428-429).

Bu ağır dönüşüm bireyin toplum içindeki statüsünü etkileyebilir, dolayısıyla damgalama süreci AIDS, SARS, verem, psikoz veya epilepsi veya ağır kronik hastalıklar için daha belirgin bir şekilde geçerli olsa da *'verimli bir iş hayatını' engelleyecek her türlü hastalık için belirli bir düzeyde damgalama geçerlidir.*

Her ne kadar hastalık damgalaması ile ilgili çalışmalarda zihinsel hastalıklara ve sakatlıklara-özürlülüğe ağırlık verilse de (Scambler, 2009; Chang vd., 2007; Kasapoğlu ve Kuş, 2008) sağlığı kötü olarak değerlendirilebilecek olan bireylerin üçte birinden fazlasının sağlığını kötü olarak değerlendirmemesi, zihinsel hastalıklar ya da özürlülük söz konusu olmasa da bireylerde etiketlenme ve damgalanma endişesinin olduğunun bir işaretidir. Hastalıkları bu şekilde damgalamanın belki de en önemli işlevi bireyleri sağlıklı olmaya 'ikna' etmektir. 2003 yılında yürürlüğe giren 4857 sayılı İş Yasası'nın işverenin sözleşmeyi 'haklı nedenle derhal fesih' hakkının hangi durumlarda geçerli olduğu açıklayan 25. maddesinin ilk fıkrası "İşçinin *kendi kastından veya derli toplu olmayan yaşayışından* yahut içkiye düşkünlüğünden doğacak bir hastalığa

veya sakatlığa uğraması halinde, bu sebeple doğacak devamsızlığın ardı ardına üç iş günü veya bir ayda beş iş gününden fazla sürmesi" şeklindedir. Neo-liberal söylemde neredeyse bütün hastalıkların nedeni için bireyin suçlandığı düşünülürse çok sayıda hastalığın yasadaki ifadesiyle "işçinin kendi kastından veya derli toplu olmayan yaşayışından" kaynaklandığının ileri sürülebileceği açıktır. Bu ahlaki çerçeve içinde bireyler hayatlarına devam etmelerini engelleyen bir durum olmadıkça hasta olmadıklarına 'ikna olabilir', diğer bir deyişle kendi sağlıklarını iyi algılayabilirler.

Bu durum bireylerin illa ki dışarıdan damgalanmalarını gerektirmez, bireyler toplumun hastalık hakkındaki olumsuz değerlendirmelerine kişisel olarak katılırlarsa kendi kendilerini damgalarlar (Link ve Phelan, 2001). Ancak sonuçta kendi kendine hastalık damgalaması, yani hastaların kendi kendileri hakkında önyargılı olmaları da toplumun hastalık hakkındaki değerlerinin bir sonucudur. Hastalıkların damgalanması, 19. yüzyıldan beri verem, kolera veya başka bulaşıcı hastalıklar için bireylerin ahlaksızlığının, pisliğinin, tembelliğinin suçlanmasına neden olmuştur (Puhl ve Heuer, 2010:1019). Bugün bireylere sağlıklı bir insan olmak için uyulması gereken kriterlerin empoze edildiği bir çerçevede 'sağlıksız' insan da sağlıksızlık riski karşısında ne yapması gerektiğini bildiği / öğrendiği halde bu davranışları yerine getirmeyen sorumsuz insan olarak görülmektedir. Örneklemin hastalığın nedeni sorusuna verdiği cevapların bir kısmında da "kendine bakmayan", "bakımsız", "pis", "sigara-içki içen" insanlar örtük bir "sorumsuzluk" ile suçlanmaktadır.

Bu "sorumluluğun" kime karşı duyulan / duyulması gereken bir sorumluluk olduğu önemli bir sorudur. Bu sorumluluğun gerçekten kişinin kendine karşı sorumluluk olduğu varsayılırsa sağlıklılık söylemi de gerçekten insan hakları çerçevesinde toplum(lar)ın sağlığını iyileştirmeyi içeren bir söylem olarak görülebilir. Ancak durum bu olsaydı sağlıkla ilgili normlar farklı şekilde oluşur, ülkeler ve bölgeler arasında mevcut eşitsizliklerin bu derece derinleşmesine, insanların (özellikle işsizlerin, yoksulların vs.) sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için prim ödemek zorunda kalmalarına veya özel sağlık sigortalarının son derece doğal bir durum olan yaşlanmayı (yaşı) bir risk faktörü

olarak görüp prim artırmalarına izin verilmezdi. Bu sorumluluk, 'sağlıklı' işgücüne ve tüketici kitlesine ihtiyaç duyan piyasaya karşı bir sorumluluktur.

Kapitalizm ihtiyaç duyduğu sağlıklı işgücünü ve sağlıklı orta sınıfı en düşük maliyetle sağlıklı tutmanın yolunu sağlıklı olmayı ahlaki sorumluluklara benzer bir norm olarak inşa etmekte bulmuş, sağlıklılık söylemini üreterek bir yandan sağlığın bir piyasa haline gelmesini, diğer yandan işgücünün normları içselleştirerek kendi sağlığından kendini sorumlu tutmasını sağlamış, üstelik reddedilemeyecek hale gelene dek hasta olsa da hasta etiketinden kaçınmak için kendisini nispeten sağlıklı algılamasına neden olmuştur. Herek'e göre (2003) hastalığın toplumsal anlamı sorumluluğun ve suçlamanın tahsisini içerir, hastalar ya kurbanlar ya da failer olarak görülürler. Fail ne kadar suçlu ise kurban da zayıflık ve savunmasızlık içerir, bu durumda hem işgücü piyasasında hem de toplumda birey pozisyonunu en kolay hasta olmamakla koruyacaktır. Elbette bu durum dışarıdan görülecek belirtileri olan ya da sağlıklı/hayatla ilgili korkuların işle ya da statüyle ilgili korkuların önüne geçmediği durumlar için geçerlidir. Bu çerçevede içinde değişen ve toplum yaşamının neredeyse her alanına sızan piyasa koşulları nedeniyle Parsons'ın 'hasta rolü'ne benzer bir 'sağlıklı rolü'nün gelişmekte olduğu ileri sürülebilir.

Parsons (1978, 2005 [1951]) işlevsel kapasitenin maksimize edilmesiyle ilgili kültürel değerlerin belirli toplumsal rollere dönüştüğünü, kültürün araçsal eylem kapasitesi ile hastalığı ilişkilendirdiğini belirtmekte ve bu değerlerin hastalığa karşı gösterdiğimiz tutumun kurumsallaşmasını sağladığını vurgulamaktadır. Parsons'a (2005 [1951] :541-2, 547-8) göre insan organizmasının bedeni aslında doğa bilimlerinin ya da psikolojinin konusudur ama işlevini yitirdiği ve bu nedenle bireylerin araçsal kapasitelerini tehdit ettiği zaman sosyolojik hale gelir. Giddens da (1991:7,98,102) modernitenin geleneksel toplumlarda verili olan bedeni kolonize ettiğini belirtmekte, bedenin giderek toplumsal yaşamın örgütlenmesinin düşünümsemiği içine çekildiğini ve artık kendi bedenlerimizin deseninden sorumlu olduğumuz bir noktaya geldiğimizi vurgulamaktadır. Turner da benzer şekilde günümüzde bedeni sosyal aktörler olarak kapasitelerimizi yansıtan vitrinlere benzetmektedir. Mellor ve Schilling (1997) insanların bir yandan benliğin görüntüsünün ve zevkin önemini vurgulayan bir tüketim

kültürünün talepleriyle, bir yandan da benliğin korunmasını ve çok çalışmayı (Püritan değerleri) vurgulayan bir çalışma kültürünün talepleriyle karşı karşıya olduğunu belirtir. Bu bağlamda araştırma örnekleminin kendini zaman zaman olduğundan da sağlıklı göstermeye ve buna inanmaya çalışması anlamlıdır, çünkü Schilling'in (2002:627) belirttiği gibi sağlıklı ve araçsal olarak etkili bir bedene sahip olmak "toplumsal başarının önemli bir değişkeni haline gelmiştir".

Özellikle orta sınıflar diyet ve egzersiz aracılığıyla bedenlerini bir kültürel sermaye biçimi haline getirmekte, sahip oldukları sağlam bedenler üzerinden de kontrole, güce ve ahlaki yenilenmeye erişmeye çalışmaktadırlar (Ehrenreich, 1990:236). Schilling (2002:628) tüketim kültürü ile çalışma kültürünün değerlerinin orta sınıfların habitusuna içkin hale geldiğini vurgular. Beden üzerine yapılan bu analizleri genel olarak sağlık için okumak mümkündür, sağlık, bedenin ve zihnin işgücü piyasasının istediği koşulları karşılaması olarak okunduğunda önemli bir değerdir ve bu değer işgücü piyasası ile ilişkide olan mahalle ve üniversite örnekleminin habitusuna içkindir, bu nedenle bu gruptakilerin ilaç içseler ya da hastalansalar bile sağlıklarını değerlendirirken olumlu görüşler bildirmeleri kasıtlı bir yanlış bilgilendirme değildir. Diğer bir deyişle bu gruplar gerçekten kendilerini daha sağlıklı algıladıkları için daha sağlıklı olduklarını ifade etmektedirler, çünkü sağlıklı olmaları gerektiği normu kendi sınıfsal habituslarının bir parçasıdır, yapı öznenin algısını habitus üzerinden etkilemektedir.

Tam da bu noktada tıbbın koyduğu teşhis üzerinden ifade edilen durum olan hastalık (disease) ile bireyin kendini hasta hissetmesi anlamına gelen hasta hissetme (illness) arasındaki fark somutlaşmaktadır. Oskay (1993:97) birincisinin medikal açıdan, doktorun bakış açısından saptanan bir hastalık olduğunu, ikincisinin ise toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olduğunu belirtmektedir. Bireylerin tıbbi muayeneler veya genel sağlık ölçekleriyle ifade edilebilecek olan sağlık durumları, kendi algıladıkları sağlıklarını koşulsuz bir şekilde biçimlendirmemekte, tıbbi hastalıklar (disease) ile hasta hissetme (illness) her zaman örtüşmemektedir.

Tablo 19'da görüldüğü gibi, köy örnekleme mahalle ve üniversite örnekleme oranla, kadınlar erkeklere oranla, en fazla ortaokul mezunu olanlar daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlara oranla, köyde doğanlar daha büyük birimlerde doğanlara oranla, yaşlılar gençlere oranla, düşük gelir düzeyine sahip olanlar daha yüksek gelir düzeyine sahip olanlara oranla, ev kadınları diğer meslek gruplarına oranla kendi sağlıklarını daha kötü algılamaktadırlar.

Bu veriler, kadınların algılanan sağlık statüsünün erkeklerinkinden düşük olduğunu (Hemström, 2005; Tubeuf vd., 2008), eğitim düzeyi arttıkça algılanan sağlık statüsünün iyileştiğini (Bratsberg ve Ragan 2002; Banks vd., 2007; Pappas vd., 1993; Mackenbach vd., 2008), kırsal alanlarda yaşayanların algılanan sağlık statüsünün kentsel alanda yaşayanlara göre daha kötü olduğunu (Bourne vd., 2009), işsiz kadınların algılanan sağlık statülerinin çalışan kadınlara oranla daha kötü olduğunu (Ross vd., 1990; Siefert vd., 2001) ve yaşlıların algılanan sağlık statülerinin gençlere oranla daha kötü olduğunu (Tubeuf vd., 2008) gösteren bulgularla paralellik göstermektedir.

Bu durum toplumsal tabakalaşma merdiveninde alt basamaklara inildikçe kişilerin kendi sağlıklarını daha kötü algıladıklarını göstermektedir. Bu desen aynı zamanda kronik hastalık sayısı, stresli, ağırlı, yorgun hissetme, hastalanma ve ilaç içme sıklığının örnekleme dağılımına da oldukça yakın bir desendir. Diğer bir deyişle aynı gruplar daha sağlıklıdır ve sağlıklılaştıkça da kendi sağlıklarını daha kötü algılamaktadırlar.

Algılanan sağlık statüsü, sosyal güvence tipine göre de farklılık göstermektedir ($\chi^2(49,96), n=352, p \leq .01$).

Tablo 20: Algılanan Sağlık Statüsünün Eski Sosyal Güvenlik Kurumuna Göre Dağılımı

%		Çok kötü	Kötü	Orta	İyi	Çok iyi	Toplam
Sosyal güvence türü n=352	Emekli Sandığı	1,5	3,6	13,9	57,7	23,4	100
	SSK	4,1	11	30,1	41,1	13,7	100
	Bağ-Kur	5,4	19,4	34,4	34,4	6,5	100
	Yeşil Kart	-	29,4	35,3	35,3	-	100
	Yok	3,2	16,1	32,3	35,5	12,9	100
%		Em. San.	SSK	Bağ-Kur	Yeşil K.	Yok	Toplam
Algılanan sağlık statüsü n=352	Çok kötü	18,2	27,3	45,5	-	9,1	100
	Kötü	12,2	19,5	43,9	12,2	12,2	100
	Orta	21,1	24,4	35,6	6,7	11,1	100
	İyi	50	19	20,3	3,8	7	100
	Çok iyi	61,5	19,2	11,5	-	7,7	100

Tablo 20'de görüldüğü gibi kendi sağlığını en iyi algılayanlar Emekli Sandığı mensuplarıdır, onları SSK ve Bağ-Kur izlemektedir, kötü algılayanların içinde ise en yüksek oran Yeşil Kartlılara aittir.

2002-2003 yıllarında toplanan verilere dayanan bir araştırmanın (Mollahaliloğlu vd., 2006:18) sonuçları incelendiğinde sağlığını çok kötü algılayanların %27,86'sının sağlık sigortası olmayanlardan, %18,43'ünün SSK'lılardan, %17,16'sının Yeşil Kartlılardan, %13,51'inin Emekli Sandığı üyelerinden, %12,65'inin Bağ-Kur'lulardan oluştuğu görülmektedir. Bu çalışmada ise sağlığını çok kötü algılayanların en büyük kısmı Bağ-Kur'lulardan (%45,5) oluşmakta, bunu sırasıyla SSK'lılar (%27,3), Emekli Sandığı üyeleri (%18,2) ve sosyal güvencesi olmayanlar (%9,1) izlemektedir. Bağ-Kur'un durumundaki bu önemli değişimin bir kısmı bu çalışmadaki Bağ-Kur'luların %73'ünün köy örnekleminde yer almasından kaynaklanıyor olabilir. Yeşil Kartlıların hiçbirinin sağlığını çok kötü algılamaması ise Yeşil Kart kapsamında verilen hizmetlerin kapsamının genişlemesiyle (ayakta tedavi ve ilaç masraflarının karşılanması gibi) birlikte sağlık hizmetlerine daha yüksek erişimin muhtemel bir sonucu olarak görülmektedir. Ayrıca 2002-3 yıllarında sağlığını çok iyi ve iyi olarak değerlendirenler içinde en yüksek payı SSK alırken (sırasıyla %34,46 ve %39,92; Mollahaliloğlu vd. 2006:18), bu çalışmada bu sırayı Emekli Sandığı mensupları almaktadır. Bu durumun nedeninin sağlık statüsü ile gelir ve eğitim arasındaki ilişkiden kaynaklandığı düşünülmektedir, çünkü bu örneklemden Emekli Sandığı mensuplarının büyük çoğunluğunun eğitim ve gelir düzeyi ortalama Emekli Sandığı mensuplarından (düz memurlardan) daha yüksektir.

Örneklem genelinde algılanan sağlık statüsünü en çok etkileyen faktörler sırasıyla hastalanma sıklığı (,520**), kronik hastalık sayısı (,485**), ağrılı hissetme sıklığı (,448**), aylık gelir (-,424**) ve eğitim düzeyidir (-,405**) (bkz. Tablo 21). Eğitim ve gelir düzeyinin algılanan sağlık statüsü üzerindeki etkisi ilaç kullanma sıklığının, stresli hissetme sıklığının, yorgun hissetme sıklığının, egzersiz yapma, alkol ve sigara kullanımı gibi yaşam tarzı faktörlerinin etkisinden daha fazladır. Bu durum algılanan sağlık statüsünün bazı fiziksel göstergelere bağlı olarak şekillendiğini, ancak tamamen fiziksel göstergeler

doğrultusunda şekillenmediğini göstermektedir. Tablo 21'e bakıldığında et, süt ve sebze-meyve tüketimi sıklıkla algılanan sağlık statüsünün de yükseldiği görülmektedir, bu bulgu gelirin sağlığı dolaylı olarak etkileme (Bourne vd., 2009) yollarından biri olarak düşünülebilir.

Kısmi korelasyon değerleri incelendiğinde, kronik hastalık sayısı ile algılanan sağlık statüsü arasındaki ilişkinin eğitim ve gelir düzeyleri sabit tutulduğunda şiddetini nispeten koruduğu görülmektedir.

Tablo 21: Algılanan Sağlık Statüsü ile Seçilmiş Değişkenlerin Korelasyon ve Kısmi Korelasyon Değerleri

	Spearman's Rho	Aylık gelir sabit	Eğitim düzeyi sabit	Kronik hastalık sayısı sabit
	<i>Genel</i>	<i>Genel</i>	<i>Genel</i>	<i>Genel</i>
Yaş	,199**	,100	,058	-,908
Eğitim	-,405**	-,125	Sabit	-,214
Aylık gelir	-,424**	Sabit	-,131	-,274
Kronik hastalık sayısı	,485**	,447	,419	Sabit
Sosyal güvencelik yılı	-,168**	-,036	-,025	-,133
Çocuk sayısı	,230**	,017	-,048	,008
Et ürünlerini tüketme sıklığı	,296**	,090	,089	,173
Süt ürün.tüketme sıklığı	,119*	,094	,082	,103
Sebze-meyve tüketme sıklığı	,143**	,052	,054	,147
Karbonhidrat tüketme sıklığı	-,113*	-,070	-,075	-,106
Hastalanma sıklığı	,520**	,463	,438	,348
Yorgun hissetme sıklığı	,386**	,300	,286	,265
Ağrı hissetme sıklığı	,448**	,372	,345	,271
İlaç kullanma sıklığı	,368**	,304	,264	,075
Uyku bozukluğu sıklığı	,141**	,131	,122	,000
Stresli hissetme sıklığı	,352**	,272	,269	,249
Egzersiz yapma sıklığı	-,274**	-,153	-,126	-,204
Alkol kullanma sıklığı	-,290**	-,125	-,106	-,149
Sigara kullanma sıklığı	-,144**	-,158	-,138	-,013

Kronik hastalık sayısı sabit tutulduğunda algılanan sağlık statüsü ile gelir (-,274) ve eğitim (-,214) arasındaki ilişkilerin şiddetleri arasındaki fark ,019'dan ,060'a yükselmektedir. Eğitim düzeyi sabit tutulduğunda gelirle algılanan sağlık statüsü arasındaki ilişkinin şiddeti ,293 puan azalırken gelir sabit tutulduğunda eğitimle algılanan sağlık statüsü arasındaki ilişkinin şiddeti de ,280 puan azalmaktadır. *Diğer bir deyişle algılanan sağlık statüsünü oluşturan önemli bir bileşen kronik hastalık sayısı olsa da bu değişken sabit tutulduğunda gelirin algılanan sağlık üzerindeki etkisinin eğitimden daha yüksek olduğu görülmektedir.* Kronik hastalık sayısı sabit tutulduğunda ilişki şiddeti artan tek değişken sebze meyve

tüketme sıklığıdır, ancak bu değişkenin algılanan sağlıkla ilişkileri eğitim düzeyi ve aylık gelir düzeyi sabit tutulduğunda yaklaşık üçte iki oranında azalmaktadır.

Bu çerçevede kronik hastalık düzeyi sabitlendiğinde algılanan sağlık statüsünü gelir ve eğitimin birçok fiziksel faktörden daha fazla etkilediği görülmektedir. Bu bulgular eğitim ile algılanan sağlık statüsünün ilişkili olduğunu (Banks vd., 2007; Smith ve Goldman, 2007), ilgili olabilecek diğer değişkenler sabit tutulduğunda bile bu ilişkinin varlığını sürdürdüğü (Cutler vd., 2008; Moore vd., 2002) ve sağlık üzerinde gelir değişkeninin eğitim ve meslek değişkenlerinden daha etkili olduğunu (Monden, 2004; Casterline vd., 1989) belirten çalışmaların bulgularıyla paraleldir.

Algılanan sağlık statüsünü etkileyen faktörlerin örneklem grupları açısından farklılık gösterip göstermediğini görmek için her örneklem grubu için yeniden alınan korelasyon ve kısmi korelasyon değerleri incelenmiştir. Tablo 22’de görüleceği gibi kronik hastalık sayısı bütün örneklem gruplarının algılanan sağlık statüsünü en yüksek şiddetle etkileyen değişkendir.

Tablo 22: Örneklem Grupları İçin Algılanan Sağlık Statüsü ile Seçilmiş Değişkenlerin Korelasyon ve Kısmi Korelasyon Değerleri

	Örneklem Grubu			Örneklem Grubu			Örneklem Grubu			Örneklem Grubu	
	Köy	Mah.	Üniv.	Köy	Mah.	Üniv.	Köy	Mah.	Üniv.	Köy	Mah.
	Spearman's' Rho			Aylık Gelir Sabit			Kronik Hastalık Sayısı Sabit			Eğitim Sabit*	
Aylık gelir	,204*	,244**	,302**	Sabit	Sabit	Sabit	,166	,171	,138	,168	,227
Eğitim görülen yıl	,302*	-	-	,327	-	-	,162	-	-	Sabit	Sabit
Kronik hastalık sayısı	-,563**	-,422**	-,385**	,552	,379	,380	Sabit	Sabit	Sabit	,483	,416
Et grubu tük. sıklığı	-	,195*	-	-	-	-	-	-	-	-	,166
Sebze-meyve tük. sıkl.	-	-	,195*	-	-	,208	-	-	,288	-	-
Hastalanma sıklığı	-,634**	,340**	-	,674	,310	,119	,510	,170	,031	,644	,344
Yorgun hiss.sıklığı	-,394**	,321**	-	,378	,306	-	,346	,238	-	,388	,339
Ağrı sıklığı	-,473**	,396**	-	,459	,381	-	,300	,299	-	,445	,398
İlaç kullanma sıklığı	-,422**	,325**	-	,440	,298	,185	,184	,099	,043	,401	,348
Uyku boz. sıklığı	-,227*	-	,253**	,226	-	,275	,153	-	,178	,247	-
Stresli hiss.sıklığı	-,495**	,203**	-	,477	,207	-	,451	,176	-	,487	,205
Egzersiz yap.sıklığı	-	-	,212*	-	-	-,282	-	-	,165	-	-
Sigara içme sıklığı	,284**	,200*	-	-,264	-,161	-	-,076	-,039	-	-,199	-,181

* Üniversite örneklemindekilerin eğitim düzeyi aynı olduğu için eğitim sabit tutulduğunda r değeri değişmeyecektir.

Kronik hastalık sayısı sabitken gelir ve algılanan sağlık statüsü arasındaki ilişkinin şiddeti köy örnekleminde 38, mahalle örnekleminde 73, üniversite örnekleminde 164 puan azalmakta, aylık gelir sabitken kronik hastalık sayısı ve algılanan sağlık statüsü arasındaki ilişkinin şiddeti köy örnekleminde 11, mahalle örnekleminde 43, üniversite örnekleminde 5 puan azalmaktadır. Bütün örneklem grupları için kronik hastalık sayısının algılanan sağlık üzerindeki belirleyiciliği gelirden yüksektir, yine de algılanan sağlık statüsü gelirden en çok etkilenen grup, gelir sabit tutulduğunda kronik hastalık sayısının etkisinin en çok azaldığı mahalle örnekleimidir. Korelasyon ve kısmi korelasyon değerleri birlikte ele alındığında üniversite ve mahalle örneklemindekilerin kendi sağlıklarını değerlendirirken parayla ilgili faktörlere köy örneklemine oranla daha fazla ağırlık verdikleri ortaya çıkmaktadır. Bu bulgu da daha önce değinildiği gibi sağlıkla piyasayı en çok ilişkilendirenin üniversite örneklemini, en az ilişkilendirenin köy örneklemini olduğu tespitini desteklemektedir.

Tablo 22'de dikkat çeken iki nokta vardır, bunlardan birincisi mahalle örneklemindekilerin et grubu besinleri daha fazla tükettikçe kendilerini daha sağlıklı algılamaları, buna karşılık üniversite örneklemindekilerin sebze meyve grubu besinleri daha fazla tükettikçe kendilerini daha sağlıklı algılamalarıdır. Mahalle örneklemini sağlıklı beslenmeyi tanımlarken en sık verilen yanıt "pahalı, kıymetli yiyecekler yemek"tir ve mahalle örnekleminin %40'ı et grubu besinleri ayda bir ya da seyrek tüketirken bu oran üniversite örnekleminde %0,8'dir. Bir yandan mahalle örneklemindekilerin sağlıklı beslenmeye ilişkin algıları, bir yandan da gelirin dolaylı etkisi nedeniyle et grubu besinlerin tüketim sıklığı mahalle grubundakilerin kendi sağlıkları hakkındaki değerlendirmelerini etkilemektedir.

Tabloyla ilgili ikinci dikkat çeken nokta, sigara içme sıklığı ile örneklem gruplarının algılanan sağlık statüsü arasındaki ilişkidir. İleride de değinileceği üzere köy örnekleminin %65'i, mahalle örnekleminin %59,5'i, üniversite örnekleminin %57'si hiç sigara içmemektedir. Bu durumda en az sigara içen örneklem grubu, sağlığını değerlendirirken sigara içme sıklığını en çok dikkate alan grup olmaktadır ve sigara içme sıklığı arttıkça algılanan sağlık statüsü iyileşmektedir. Örneklem genelinde her gün sigara içenlerin (n=118) %8,5'i

kendi sağlığını kötü, %25,6'sı orta, %65,8'i iyi olarak algılarken hiç sigara içmeyenlerin (n=212) %18,9'u sağlığının kötü olduğunu, %26,9'u orta, %54,2'si ise iyi olduğunu düşünmektedir. Sigara içme ve algılanan sağlık statüsü arasındaki ilişki konusunda literatürde farklı çalışmalar farklı sonuçlara varmakta, çalışmaların çoğu sigara içenlerin algılanan sağlık statüsünün içmeyenlerden daha kötü olduğunu (Munyati vd., 2006; Meurer vd., 2001; Blaylock vd., 1992) ortaya koymakta, bazı çalışmalar ise sigara içenlerin sağlık statülerini içmeyenlere oranla daha iyi algıladıklarını ortaya koymakta ve bu durumu sigara içenlerin bir "iyimserlik önyargısına" sahip olmalarıyla (Prokhorov vd., 2003) açıklamaktadır. Bu araştırmanın bulguları, sigara içenlerin kendi sağlıklarını algılarken sigaranın kötü etkilerini dikkate almadıklarını ileri süren Prokhorov vd.'nin (2003) bulgularıyla örtüşmektedir.

Algılanan sağlık statüsünün belirleyicilerini özetlemek gerekirse köy örnekleminde algılanan sağlığı en yüksek şiddetle etkileyen değişkenler hastalanma sıklığı, kronik hastalık sayısı, stresli hissetme ve ağrı duyma sıklığıdır. Mahalle grubunda algılanan sağlık statüsünü en şiddetli şekilde etkileyen değişkenler kronik hastalık sayısı, ağrı duyma sıklığı, hastalanma sıklığı ve ilaç içme sıklığıdır. Aylık gelir sabit tutulduğunda da kronik hastalık sayısı sabit tutulduğunda da bu etkiler azalmakta, eğitim sabit tutulduğunda ise kronik hastalık sayısı hariç diğer değişkenlerin etkisi artmaktadır. Bu durum her ne kadar eğitim doğrudan mahalle örnekleminin algılanan sağlık statüsünü etkilemese de diğer değişkenlerin etkilerini azalttığını göstermektedir. Üniversite örnekleminin algılanan sağlık statüsü ise kronik hastalık sayısı, aylık gelir, uyku bozukluğu çekme sıklığı ve egzersiz yapma sıklığından etkilenmektedir. Aylık gelir sabit tutulduğunda kronik hastalıkların şiddeti azalmakta, uyku bozukluğu ve egzersiz yapma sıklığının etkileri artmaktadır, kronik hastalık sıklığı sabit tutulduğunda ise bu değişkenlerin hepsinin etkisi azalmakta, sebze meyve grubu besinleri tüketme sıklığının etkisi ise artmaktadır. Bu durum üniversite örnekleminin kendi sağlığını algılarken diğer örneklem gruplarına oranla hastalanma sıklığı, yorgun ve stresli hissetme, ağrı duyma, ilaç içme gibi hastalıkla daha çok ilişkilendirilen değişkenlerden fazla etkilenmediğini göstermektedir.

3.4. Sağlığa Yönelik Tutum ve Davranışlar

Örneklemin sağlığa yönelik tutum ve davranışlarını ölçmek için belirli besin gruplarını tüketme sıklıkları, sağlığa ilişkin bilgileri edindikleri kaynaklar ve bu kaynaklara duydukları güven derecesi, doktora ve hastaneye gitme sıklığı, hangi durumlarda sağlık kuruluşlarına gittikleri, gebelik ve doğum koşullarına ilişkin bilgiler, başkalarının verdiği ilaçları kullanmaya yönelik tutumları ve sağlıkla ilgili en önemli sorunları incelenecek ve cinsiyet, gelir, eğitim ve doğum yeri değişkenleriyle incelenen diğer değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığı ortaya konmaya çalışılacaktır.

3.4.1. 'Yaşam Tarzı' faktörleri

3.4.1.1. Beslenme

Beslenmenin sağlık statüsünü etkileyen önemli faktörlerden biri olduğu çeşitli çalışmalarda (Dahlgren ve Whitehead, 1991:11; Winkleby vd., 1992:816) belirtilmektedir. Tablo 23 ve Tablo 24'te görüldüğü gibi çeşitli besin gruplarını tüketme sıklığı çeşitli değişkenlere göre farklılık göstermektedir.

Tablo 23: Besin Gruplarının Tüketiminin Seçilmiş Değişkenlere Göre Gösterdiği Farklılık

	Et grubu besinleri tüketme sıklığı				Süt ve süt ürünlerini tüketme sıklığı				Sebze-meyve tüketme sıklığı				Karbonhidrat grubunu tüketme sıklığı			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örn. grubu	348	114,44	2	≤.01**	350	11,44	2	≤.01	350	25,27	2	≤.01	350	14,33	2	≤.01
Yaş	345	7,99	2	≤.05*	347	3,00	2	≥.05	347	3,99	2	≥.05	347	2,53	2	≥.05
Gelir	331	129,76	6	≤.01	333	22,70	6	≤.01	333	36,55	6	≤.01	333	18,22	6	≤.01
Meslek	348	119,37	5	≤.01	350	13,77	5	≤.05	350	30,30	5	≤.01	350	16,79	5	≤.01
	n	z		p	n	z		p	n	z		p	n	z		p
Cinsiyet	347	-1,268		≥.05	349	-,641		≥.05	349	-2,097		≤.05	349	-,610		≥.05
Eğitim	348	-10,531		≤.01	350	-4,159		≤.01	350	-4,728		≤.01	350	-2,592		≤.01
Doğum yeri	344	-6,932		≤.01	346	-1,088		≥.05	346	-1,654		≥.05	346	-2,798		≤.01
Yaşanan yer	348	-5,523		≤.01	350	-,237		≥.05	350	-2,556		≤.05	350	-1,169		≥.05
Çocuk sayısı	319	-6,296		≤.01	321	-,208		≥.05	321	-3,407		≤.01	321	-,775		≥.05

**α =.01 için anlamlıdır.

* α=.05 için anlamlıdır.

Et grubu besinleri tüketme sıklığı Tablo 23'te yer alan değişkenlerin yanı sıra algılanan sağlık düzeyiyle (,311**), kronik hastalık sayısı (-,287**) ve hasta olma sıklığıyla (-,387**) ilişkilidir. Et grubu besinlerin tüketimi arttıkça algılanan sağlık statüsü iyileşmekte, kronik hastalık sayısı ve hastalanma sıklığı azalmaktadır. Süt ürünlerinin tüketim sıklığı ile de kronik hastalık sayısı arasında negatif bir ilişki (-,132**) olduğu görülmektedir. Bu durum yeterli beslenme ve sağlıklı hissetme arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır. Et grubu besinleri de, süt ve süt ürünlerini de, sebze-meyveyi de üniversite örneklemini diğer örneklem gruplarına, gelir ve eğitim düzeyi yüksek olanlar düşük olanlara, köyden daha büyük birimlerde doğanlar köyde doğanlara oranla, en fazla iki çocuğu olanlar daha fazla çocuğu olanlara oranla daha fazla yemektedir. Bu desen sadece karbonhidrat tüketiminde değişmekte ve tersine dönmektedir. Köy örneklemini, düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip olanlar, köy doğumlular ve işçiler karbonhidrat grubu besinleri diğer gruplardan daha sık yemektedirler.

Beslenme ile ilgili veriler, örneklemdaki köylerde yaşam tarzının kırsal kesimlerde sağlığın kentlerden daha iyi olacağına ilişkin (urban penalty) bazı tartışmalarda (Vlahov vd., 2005, 2007) ima edilen pastoral köy yaşamından uzak olduğunu ve beslenmenin de sebze meyvenin ve etin ağırlıklı olduğu bir beslenme tarzı olmadığını göstermektedir. Tablo 24'te görüldüğü gibi, köy örneklemindekilerin et yeme sıklığı hem mahalle örnekleminde hem de üniversite örnekleminde belirgin şekilde düşüktür. Köy ve mahalle örnekleminde et grubunu birkaç ayda bir veya yılda bir yediklerini belirtenler kırmızı eti sadece Kurban bayramında yediklerini belirtmişlerdir. Bu durumu köy örnekleminde bazıları şu şekilde ifade etmiştir:

“Anca kurbanda, yoksa nereden. Kasaptan parayla alamayız” (köy)

“Köy yerinde hayvanın varsa keser yersin ama hayvan azalır” (köy)

“Hayvanımızı öldürmemiz gerekir, hayvan eksik kalıyor” (köy)

“Hepimiz bi ekme parasına dolaşıyoruz, kurbandaaan kurbanda görüyoruz eti” (köy)

“Nerde kızım et. Ekmeği bacım arada getiriyor. Ekmeği, suyu yazdırıyor. Bir kilo domates alamıyorum. Komşular da gelip sormaz. Aha yoğurt yerim akşamdan ekmezsiz.” (köy)

Tablo 24: Besin Gruplarının Tüketiminin Örnekleme Dağılımı

%		Et grubu tüketimi						Süt ürünleri tüketimi				Sebze-meyve tüketimi				Karbonhidrat tüketimi				
		Yılda bir	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Toplam	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Toplam	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Toplam	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Toplam
	Örn. Geneli n=350	1,4	4,3	19,3	50,9	24,1	100	1,7	10,3	88	100	2	19,4	78,6	100	0,3	1,7	16,6	81,4	100
Örn. Gr n=350	Köy	3	7,9	24,8	61,4	3	100	1	11,8	87,3	100	2	28,4	69,6	100	-	2	12,7	85,3	100
	Mahalle	1,6	5,6	32,8	48,8	11,2	100	4	14,5	81,5	100	3,2	25,8	71	100	-	0,8	10,5	88,7	100
	Üniversite	-	-	0,8	44,3	54,9	100	-	4,8	95,2	100	0,8	5,6	93,5	100	0,8	2,4	25,8	71	100
Cins. n=349	Erkek	1,6	2,1	17,5	54,5	24,3	100	$p \geq .05$ Anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.				$p \geq .05$ Anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.				$p \geq .05$ Anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.				
	Kadın	1,3	7	21,5	46,2	24,1	100													
Yaş n=347	-40	1,1	4,3	21,7	51,1	21,7	100	$p \geq .05$ Anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.				$p \geq .05$ Anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.				$p \geq .05$ Anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.				
	41-60	1,8	3,6	17,4	44,9	32,3	100													
	61+	1,2	5,8	20,9	60,5	11,6	100													
Gelir n=331	-500	4,4	8,8	33,6	51,3	1,8	100	3,6	20,5	75,9	100	3,6	34,8	61,6	100	-	1,8	17	81,3	100
	501-1500	-	5,4	28	59,1	7,5	100	2,1	7,4	90,4	100	2,1	20,2	77,7	100	-	1,1	6,4	92,6	100
	1501-2500	-	-	-	61,5	38,5	100	-	-	100	100	-	7,7	92,3	100	-	-	23,1	76,9	100
	2501-3500	-	-	5,6	44,4	50	100	-	5,6	94,4	100	5,6	11,1	83,3	100	-	5,6	22,2	72,2	100
	3501-4500	-	-	-	60	40	100	-	-	100	100	-	-	100	100	4	-	28	68	100
	4501-5500	-	-	-	50	50	100	-	10	90	100	-	15	85	100	-	-	40	60	100
	5501+	-	-	-	36,7	63,3	100	-	5,9	94,1	100	-	3,9	96,1	100	-	3,9	21,6	74,5	100
Eğitim n=348	Orta. ve altı	2,6	7,7	31,1	53,1	5,6	100	3,1	15,3	81,6	100	3,1	27,6	69,4	100	-	1,5	12,2	86,2	100
	Lise ve üzeri	-	-	3,9	48	48	100	-	3,9	96,1	100	0,6	9,1	90,3	100	0,6	1,9	22,1	75,3	100
Doğ.yeri n=346	Köy	2,4	5,9	28,8	54,1	8,8	100	$p \geq .05$ Anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.				$p \geq .05$ Anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.				-	1,2	11,7	87,1	100
	Köyden büyük	0,6	2,9	10,3	47,7	38,5	100									0,6	2,3	21,7	75,4	100
Yaş.yer n=350	Kırsal	3	7,9	24,8	61,4	3	100	$p \geq .05$ Anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.				2	28,4	69,6	100	$p \geq .05$ Anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.				
	Kentsel	0,8	2,8	17	46,6	32,8	100					2	15,7	82,3	100					
Meslek n=348	Çiftçi	2,3	6,8	27,3	61,4	2,3	100	2,3	15,9	81,8	100	2,3	34,1	63,6	100	-	2,3	11,4	86,4	100
	Ev kadını	2,2	12	33,7	47,8	4,3	100	4,3	12	83,7	100	3,3	22,8	73,9	100	-	1,1	12	87	100
	İşçi	-	2,1	21,3	63,8	12,8	100	2,1	8,5	89,4	100	2,1	19,1	78,7	100	-	-	6,4	93,6	100
	Memur	-	-	2,3	44,5	53,1	100	-	4,6	95,4	100	0,8	6,9	92,4	100	0,8	2,3	26	71	100
	Esnaf	4,5	-	27,3	45,5	22,7	100	-	23,8	76,2	100	4,8	33,3	61,9	100	-	4,8	9,5	85,7	100
	Diğer	6,7	-	33,3	60	-	100	-	20	80	100	-	46,7	53,3	100	-	-	20	80	100
Çocuk say. n=319	En fazla 2	1,1	2,1	13,8	47,3	35,6	100	$p \geq .05$ Anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.				2,6	12,1	85,3	100	$p \geq .05$ Anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.				
	3 ve üzeri	2,3	8,4	29	52,7	7,6	100					1,5	29,8	68,7	100					

Türkiye’de yapılan çalışmalarda kırsal alanlarda yaşayanların kentsel alanlarda yaşayanlara oranla daha kötü beslendiği ortaya konmuştur (Köksal, 1977, Tönük, 1987). Bu araştırma sağlıklı beslenme hakkında yargıda bulunmayı mümkün kılacak kadar beslenmeye odaklanmamaktadır, bununla birlikte

yaşanan yerin niteliğinin ve gelir düzeyinin beslenmeyle ilişkili olduğu görülmektedir. Kentsel alanda yaşayan yüksek gelir grubu karbonhidrat dışında bütün besin gruplarından en yüksek düzeyde faydalanmakta, köy örneklemini mahalle örneklemine oranla süt ürünlerinden daha fazla yararlanmakta, mahalle örneklemini ise köy örneklemine oranla et grubu besinleri belirgin şekilde daha fazla yemektedir.

Sebze-meyve tüketimi açısından da köy örneklemini dezavantajlıdır çünkü örneklemindeki köylerde sebze meyve yetiştiriciliği veya bahçecilik yaygın değildir, sebze ve meyve çoğunlukla haftada bir kurulan köy pazarından sağlanmakta, bu nedenle ekonomik sıkıntılar sebze meyve tüketimini de sınırlamaktadır. Diğer taraftan, köyde üretilen ve en kolay ulaşılan süt ve süt ürünleri grubunda da en sık tüketim köy örnekleminde değil, üniversite örnekleminde görülmektedir. Bu çerçevede beslenme tablosu, köy ve mahalle örnekleminin daha ağırlıklı olarak tahıllarla beslendiklerini, üniversite örnekleminin sebze meyve, süt ürünleri ve et tüketimi sıklığının köy ve mahalle örnekleminde daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Beslenmeyle ilgili önemli bir veri de ekonomik sıkıntılar nedeniyle porsiyonları küçültme/öğün atlama ve sofradan aç kalkma sıklığıdır. Sadece köy ve mahalle örneklemlerine sorulmuş olan bu iki soruya verilen yanıtlar incelendiğinde örneklem geneli içinde ekonomik sıkıntılar nedeniyle hiçbir zaman porsiyonlarını küçültmediğini ya da öğün atlamadığını belirtenlerin oranı %56,3, ekonomik sıkıntılar nedeniyle sofradan hiçbir zaman aç kalkmadığını belirtenlerin oranı ise %73,4'tür. Diğer bir deyişle köy ve mahalle örnekleminin yarısına yakını çeşitli sıklıklarla porsiyonlarını küçültmek ya da öğün atlamak, dörtte birinden fazlası da çeşitli sıklıklarla sofradan aç kalkmak zorunda kalmıştır. Porsiyonlarını küçültmeye hiç gerek olmadığını belirten %56,3'ün yanında örneklemin %7'si birkaç ayda bir, %10,9'u ayda bir, yine %10,9'u haftada bir ve %14'ü her gün porsiyonlarını küçültmek ya da öğün atlamak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir, %1,7'sinin ise bu konuda fikri yoktur. Sofradan aç kalkma oranı ise nispeten düşüktür, örneklemin %73,4'ü sofradan hiç aç kalkmadığını belirtirken %4,4'ü birkaç ayda bir, %5,7'si ayda bir, %9,6'sı haftada bir ve %5,2'si her gün sofradan aç kalktığını belirtmiş, %1,7'si ise fikir belirtmemiştir. Porsiyon

küçültme veya öğün atlama sıklığı cinsiyete ($z = -2,733$, $n=229$, $p \leq .01$), gelire ($X^2(4, n=220)=10,241$, $p \leq .05$) ve mesleğe ($X^2(5, n=229)=11,636$, $p \leq .05$) göre anlamlı bir farklılık göstermekte, ancak örneklem grubuna ($X^2(1, n=229)=2,200$, $p \geq .05$), yaşa ($X^2(2, n=228)=2,491$, $p \geq .05$), eğitim düzeyine ($z = -1,208$, $n=229$, $p \geq .05$), doğum yerine ($z = -,671$, $n=229$, $p \geq .05$), yaşanan yere ($z = -,447$, $n=229$, $p \geq .05$), ve çocuk sayısına ($z = -,504$, $n=213$, $p \geq .05$) göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

Erkeklerin %62,5'inin, kadınların ise %49,5'inin hiçbir zaman ekonomik sıkıntılar nedeniyle porsiyon küçültmedikleri/öğün atlamadıkları yanıtını verdikleri, yani köy ve mahalle örneklemindeki kadınların yarısından fazlasının çeşitli sıklıklarda porsiyonlarını küçülttükleri ya da öğün atladıkları görülmektedir. Her gün porsiyonlarını küçülttüğü ya da öğün atladığını belirtenlerin üçte ikisi (%65,6), haftada bir bu durumu yaşayanların %60,9'u, ayda bir yaşayanların da yarısından fazlası (%52) kadındır. Bu durumu nispeten nadir yaşayanlar arasında ise erkeklerin oranı daha yüksektir, birkaç ayda bir yanıtını verenlerin %37,5'i, hiçbir zaman yanıtını verenlerin ise ancak %41,9'u kadındır.

Gelir açısından incelendiğinde aylık geliri 500 TL'nin altında olanların %15,9'u her gün, %12,4'ü haftada bir bu durumu yaşadıklarını belirtmiş, 501-1500 TL geliri oranlarda bu oranlar sırasıyla %12,5'e ve %9,4'e gerilemiştir, daha üst gelir kategorilerinde ise porsiyonlarını küçültmek ya da öğün atlamak zorunda kaldığını belirten kimse yoktur.

Meslek açısından incelendiğinde de yine cinsiyet ön plana çıkmaktadır, ev kadınlarının %20,4'ü her gün, %11,8'i haftada bir bu durumu yaşadıklarını belirtirken bu oranlar sırasıyla çiftçilerde %11,4 ve %11,4, işçilerde %10,6 ve %8,5'tir. Memurların %14,3'ü her gün bu durumu yaşadığını belirtmiş ama işlerinde haftada bir yanıtını veren olmamıştır, esnafların içinde de ayda bir veya daha seyrek olarak bu durumu yaşadığını belirtenler olsa da hiçbiri her gün ya da haftada bir yanıtını vermemiştir.

Sofradan aç kalkma sıklığı ise sadece cinsiyete ($z = -2,005$, $n=229$, $p \leq .05$) göre anlamlı bir farklılık göstermekte, örneklem grubuna ($X^2(1, n=229)=,894$, $p \geq .05$), yaşa ($X^2(2, n=228)=1,545$, $p \geq .05$), gelire ($X^2(4, n=220)=7,677$, $p \geq .05$), eğitim

düzeyine ($z = -1,330$, $n=229$, $p \geq .05$), doğum yerine ($z = -,846$, $n=229$, $p \geq .05$), yaşanan yere ($z = -,946$, $n=229$, $p \geq .05$), mesleğe ($X^2(5, n=229)=3,913$, $p \geq .05$) ve çocuk sayısına ($z = -,049$, $n=213$, $p \geq .05$) göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerin %76,7'si, kadınların ise %69,7'si hiçbir zaman sofradan aç kalkmak zorunda kalmadığını belirtmiştir. Her gün aç kalkmak zorunda kaldığını belirtenlerin dörtte üçü (%75), haftada bir aç kalkmak zorunda kaldığını belirtenlerin de üçte ikisinden fazlası (%68,2) kadındır. Bu veriler sağlıklı bir yaşam için temel ihtiyaç olan beslenmeden tasarruf yapmak gerektiğinde bu yükün kadınların omuzlarına yüklendiğini, ekonomik eşitsizliklerle cinsiyet eşitsizliklerinin iç içe geçtikleri bir desenle işlediklerini göstermektedir.

Beslenme bozukluklarının kök nedeninin yoksulluk olduğu ve bu nedenle de bu bozuklukların büyük oranda azgelişmiş ülkelerde görüldüğü (Delisle, 2008:172) ve alt sınıflarda yetersiz ya da yanlış beslenme oranlarının üst sınıflara göre daha yüksek olduğu (Cockerham, 2000; Darmon ve Drewnowski, 2008; Hupkens vd., 2000) bilinmektedir. Bu araştırmanın bulguları çeşitli besin gruplarını tüketme yeme sıklığının ve ekonomik nedenlerle porsiyon küçültme/öğün atlama sıklığının gelirle ilişkili olduğunu gösterse de ekonomik nedenlerle sofradan aç kalkma sıklığının sadece cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermesi, gelirle ilişkili olmaması beslenme açısından kadınların erkeklere oranla daha dezavantajlı olduğunu göstermektedir. Özellikle azgelişmiş ülkelerde kadınların hem yetersiz beslenme hem de yanlış beslenme oranlarının yüksek olduğu (Delisle, 2008:175) ve kadınlar içinde de düşük gelirli kadınların hem yetersiz hem de yanlış beslenme 'riskinin' daha yüksek olduğu (Monteiro, 2004:433) ortaya konmuştur. Bu çalışmada beslenmeyle ilgili ayrıntılı veriler olmasa da kadınların et grubu besinleri tüketme sıklığının erkeklerinkinden düşük olması ve kadınların erkeklere oranla daha sıklıkla ekonomik nedenlerle porsiyonlarını küçültmek, öğün atlamak veya sofradan aç kalkmak zorunda kalmaları, bu bulguları destekler niteliktedir. Porsiyon küçültme veya öğün atlama sıklığı çalışan kadınlara oranla ev kadınları arasında daha yüksektir, bu bulgu da beslenme sorunlarına cinsiyet eşitsizlikleri

nedeniyle gıda maddelerine erişmek için yeterli güce sahip olmamanın neden olduğu yönündeki (Molini ve Nub'e, 2007) verileri hatırlatmaktadır.

3.4.1.2. Hareketsizlik

Araştırmada egzersiz-spor yapma sıklığı örneklem grubuna ($X^2(2, n=353)=61,076, p \leq .01$), cinsiyete ($z = -2,731, n=352, p \leq .01$), gelire ($X^2(6, n=337)=69,850, p \leq .01$), eğitim düzeyine ($z = -7,384, n=353, p \leq .01$), doğum yerine ($z = -4,401, n=349, p \leq .01$), yaşanan yere ($z = -3,658, n=353, p \leq .01$), mesleğe ($X^2(5, n=353)=66,334, p \leq .01$) ve çocuk sayısına ($z = -4,407, n=324, p \leq .01$) göre farklılık göstermekte, ancak yaşa göre ($X^2(2, n=350)=2,389, p \geq .05$) anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Ayrıca egzersiz yapma sıklığı algılanan sağlık statüsü ile de ilişkilidir (-274^{**}); egzersiz yapma sıklığı arttıkça kendi sağlığını iyi olarak algılama oranı da artmaktadır. Her gün spor-egzersiz yaptığını belirtenlerin %75,4'ü sağlığını iyi veya çok iyi olarak algılamaktadır, hiç spor-egzersiz yapmayanlarda ise bu oran %48,2'ye gerilemektedir.

Egzersiz ve fiziksel etkinlik ile ilgili yapılmış çalışmaları gözden geçiren Stephens vd. (1985) fiziksel etkinliğin tanımına göre sonuçların farklılaştığını vurgulamakta⁵⁴, genel olarak yüksek gelir ve eğitim düzeyine sahip olanların daha düşük gelir ve eğitim düzeylerine göre, erkeklerin kadınlara göre ve kalabalık kentlerde yaşayanların daha az kalabalık kentlere ve kırsal bölgelere oranla fiziksel olarak daha aktif olduklarını belirtmektedir. Daha yeni tarihli çalışmalar da (Parks vd., 2003) benzer sonuçlar elde etmişlerdir.

Tablo 25'ten görülebileceği gibi bu araştırmanın bulguları bu verilerle uyuşmamaktadır, köy ve mahalle örneklemelerinin egzersiz yapma sıklığı üniversite örnekleminden yüksektir, köy örneklemine yarısından fazlası (%50,5) her gün spor-egzersiz yaptığını belirtmektedir.

⁵⁴ Bu çalışmalarda genellikle çeşitli fiziksel etkinlikler sıralanmakta ve katılımcılara bu etkinliklere ne sıklıkla katıldıkları sorulmaktadır, sıralanan fiziksel etkinlerin türü, zorluğu ya da maliyeti de de sonuçları değiştirmektedir (bkz. Stephens vd.1985). Bu araştırma çerçevesinde fiziksel etkinliklerin ayrıntılarına girilmeden soru, kaynak olarak kullanılan ölçeklerdeki gibi "ne sıklıkta egzersiz ya da spor yaparsınız?" şeklinde sorulmuş, egzersiz ya da sporu gündelik etkinlikleri ile ilişkilendiren ve bu doğrultuda yanıt verenlere müdahale edilmemiştir.

Tablo 25: Egzersiz Yapma Sıklığının Örnekleme Dağılımı

%		Egzersiz yapma sıklığı						
		Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Fikrim yok	Toplam
Örneklem Geneli n=353		57,2	3,7	3,4	15	18,7	2	100
Örn.gr. n=353	Köy	76,7	1	1	1	18,4	1,9	100
	Mahalle	77,8	0,8	2,4	6,3	12,7	-	100
	Üniversite	20,2	8,9	6,5	35,5	25	4	100
Cinsiyet n=352	Erkek	50	5,2	4,6	18	20,6	1,5	100
	Kadın	65,8	1,9	1,9	11,4	16,5	2,5	100
Gelir n=337	-500	80,5	0,9	-	2,7	15,9	-	100
	501-1500	76	1	2,1	6,3	12,5	2,1	100
	1501-2500	38,5	7,7	15,4	7,7	30,8	-	100
	2501-3500	22,2	5,6	16,7	33,3	16,7	5,6	100
	3501-4500	24	8	-	52	16	-	100
	4501-5500	10	10	10	25	45	-	100
	5501+	19,2	9,6	5,8	34,6	25	5,8	100
Eğitim n=353	Ortaokul ve altı	79,4	1	0,5	3,5	14,6	1	100
	Lise ve üzeri	28,6	7,1	7,1	29,9	24	3,2	100
Doğum yeri n=349	Köy	73,8	1,7	2,9	5,2	15,7	0,6	100
	Köyden büyük	41,8	5,6	4	23,7	21,5	3,4	100
Yaşanan yer n=353	Kırsal	76,7	1	1	1	18,4	1,9	100
	Kentsel	49,2	4,8	4,4	20,8	18,8	2	100
Meslek n=353	Çiftçi	75	2,3	-	2,3	20,5	-	100
	Ev kadını	86	1,1	1,1	3,2	7,5	1,1	100
	İşçi	72,3	-	4,3	6,4	14,9	2,1	100
	Memur	22,9	8,4	6,1	33,6	25,2	3,8	100
	Esnaf	63,6	-	-	4,5	31,8	-	100
	Diğer	68,8	-	6,3	6,3	18,8	-	100
Çocuk say. n=324	En fazla 2	46,3	5,8	4,7	23,2	17,9	2,1	100
	3 ve üzeri	76,9	0,7	-	4,5	15,7	2,2	100

Kadınlar erkeklere oranla, düşük gelir grupları daha yüksek gelir gruplarına oranla, ortaokul ve altı eğitim alanlar daha yüksek düzeyde eğitim görenlere, köy doğumlular daha büyük birimlerde doğanlara, kırsal alanda yaşayanlar kentsel alanda yaşayanlara oranla ve ev kadınları diğer meslek gruplarına oranla daha sık egzersiz yaptığını belirtmektedir. Bu durum egzersiz-spor-fiziksel etkinlik algısından kaynaklanmaktadır. Üniversite örneklemini dışındakiler egzersiz-spor tanımını genel olarak fiziksel etkinlik olarak değerlendirmektedir, örneğin köy örnekleminde bulunan ve görüşmenin yapıldığı dönemdeki işi açık alana traktörlerin yığdığı otları kürekle bir depoya aktarmak olan biri bu durumu "bütün gün ayakta yız ya işte bütün gün spor yapıyoruz bundan güzel spor mu olur" şeklinde ifade etmekte, ev kadınları da sıklıkla ev işlerinin fiziksel etkinlik olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu durumda köy ve mahalle örneklemini için egzersiz, boş zamanlarda yapılan ya da özellikle belirli bir sağlık kazanımı elde

etmek için yapılan özel fiziksel etkinliklerden (kardiyo egzersizleri gibi) çok genel olarak hareketli olma durumunu ifade etmektedir.

3.4.1.3. Alkol kullanımı

Alkol kullanma sıklığı örneklem grubuna ($X^2(2, n=350)=87,449, p\leq.01$), cinsiyete ($z= -5,230, n=349, p\leq.05$), yaşa ($X^2(2, n=347)=20,813, p\leq.05$), gelire ($X^2(6, n=334)=83,948, p\leq.01$), eğitim düzeyine ($z= -9,101, n=350, p\leq.01$), doğum yerine ($z= -6,417, n=346, p\leq.01$), yaşanan yere ($z= -6,685, n=353, p\leq.01$), mesleğe ($X^2(5, n=353)=96,101, p\leq.01$) ve çocuk sayısına ($z= -6,915, n=321, p\leq.01$) göre farklılık göstermektedir.

Literatürdeki bazı çalışmalara göre gelir arttıkça alkol alma düzeyi artmakta (McKee vd., 2000; Balabanova ve McKee, 1999), bazılarına göre (Wu vd., 2008) ise azalmaktadır; eğitim düzeyi yükseldikçe alkol tüketimi artmakta (Wu vd., 2008; Balabanova ve McKee, 1999; Turan vd., 1997; Arıkan vd., 1996), erkekler kadınlara oranla daha sık alkol tüketmektedirler (Cavelaars vd., 1997; Hupkens vd., 1993; Arıkan vd., 1996). Bazı bulgular yaş arttıkça alkol tüketiminin azaldığını (Onat vd., 2003) göstermekte, bazı çalışmalarda ise (Arıkan vd., 1996) yaş ve alkol tüketimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamaktadır.

Bu araştırmanın bulguları üniversite örnekleminin diğer örneklem gruplarına, erkeklerin kadınlara, yüksek gelir gruplarının daha düşük gelir gruplarına oranla daha sıklıkla alkol tükettiklerini göstermektedir. Ayrıca kentsel alanlarda yaşayanlar ve köyden daha büyük birimlerde doğanlar köyde doğan ve köyde yaşayanlardan, memurlar diğer meslek gruplarından ve iki ya da daha az çocuğu olanlar daha fazla çocuğu olanlardan daha sıklıkla alkol tüketmektedirler. Bu bulgular, eğitim, gelir ve kentleşme yükseldikçe alkol tüketiminin arttığı yönündeki verilerle paralellik göstermektedir.

Tablo 26: Alkol Kullanma Sıklığının İlişkili Değişkenler Açısından Örneklemde Dağılımı

%		Alkol kullanma sıklığı						
		Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Fikrim yok	Toplam
Örneklem Geneli n=350		62,3	11,1	7,1	11,1	6	2,3	100
Örneklem grubu n=350	Köy	93,2	5,8	-	1	-	-	100
	Mahalle	76,2	4	7,1	7,9	4,8	-	100
	Üniversite	21,5	23,1	13,2	23,1	12,4	2,3	100
Cinsiyet n=349	Erkek	50,5	14,1	8,9	15,6	8,9	2,1	100
	Kadın	77,1	7,6	5,1	5,7	1,9	2,5	100
Yaş n=347	-40	60,4	12,1	7,7	13,2	4,4	2,2	100
	41-60	49,7	14,8	10,1	13,6	8,3	3,6	100
	61+	87,4	3,4	1,1	4,6	3,4	-	100
Gelir n=334	-500	89,4	3,5	4,4	0,9	1,8	-	100
	501-1500	78,1	7,3	4,2	7,3	3,1	-	100
	1501-2500	61,5	7,7	7,7	23,1	-	-	100
	2501-3500	22,2	27,8	16,7	11,1	11,1	11,1	100
	3501-4500	33,3	25	4,2	29,2	4,2	4,2	100
	4501-5500	20	20	15	20	20	5	100
	5501+	16	16	12	30	12	6	100
Eğitim n=353	Ortaokul ve altı	87,9	3,5	3,5	2	3	-	100
	Lise ve üzeri	28,5	21,2	11,9	23,2	9,9	5,3	100
Doğum yeri n=349	Köy	83,1	8,1	4,1	1,7	2,9	-	100
	Köyden büyük	42,5	13,2	10,3	20,1	9,2	4,8	100
Yaşanan yer n=353	Kırsal	93,2	5,8	-	1	-	-	100
	Kentsel	49,4	13,4	10,1	15,4	8,5	3,2	100
Meslek n=353	Çiftçi	86,4	11,4	-	2,3	-	-	100
	Ev kadını	100	-	-	-	-	-	100
	İşçi	61,7	10,6	8,5	10,6	8,5	-	100
	Memur	25	21,9	13,3	21,9	11,7	6,3	100
	Esnaf	72,7	4,5	9,1	13,6	-	-	100
	Diğer	62,5	-	12,5	12,5	12,5	-	100
Çocuk sayısı n=324	En fazla 2	44,9	14,4	10,2	17,6	9,1	3,7	100
	3 ve üzeri	88,8	5,2	2,2	0,7	2,2	0,7	100

Alkol kullanma sıklığı, algılanan sağlık statüsü ile de ilişkilidir (,290**). Hiç alkol kullanmayanların %48,2'si sağlıklarını iyi (iyi ve çok iyi) olarak algılamakta bu oran birkaç ayda bir alkol kullananlarda %84,6'ya yükselmektedir. Aynı oran ayda bir alkol kullananlarda %64, haftada bir alkol kullananlarda %79,5, her gün kullananlarda ise %81'dir.

3.4.1.4. Sigara Kullanımı

Önemli bir sağlık davranışı olan sigara içme sıklığı incelendiğinde, sınıf statüsü (Peterson ve Peto 2004; Layte ve Whelan, 2008; Barbeau vd., 2004), eğitim düzeyi (Jürges vd., 2009; Barbeau vd., 2004; Mackenbach vd., 2008) ve gelir düzeyi (Barbeau vd., 2004) düştükçe ve mahrumiyet düzeyi arttıkça (Jarvis, 2009) sigara içme sıklığının yükseldiği görülmektedir. Ayrıca kırsal alanlarda sigara içme sıklığının kentsel alanlara oranla daha yüksek olduğu (Eberhardt

vd., 2001), yaş arttıkça sigara içme sıklığının azaldığı (Yen, 2005), 1980 sonrasında oranlar birbirine yaklaşırsa da tarihsel olarak erkeklerin kadınlara oranla daha sık sigara içtiği (Bartley, 2004) de ortaya konmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalar da hem yetişkinlikte (TÜİK, 2009b) hem de ergenlikte (Kasapoğlu ve Özerkmen, 2008) erkeklerin kadınlara oranla daha fazla sigara içtiklerini göstermektedir. Türkiye'de kentsel alanlarda sigara kullanımı kırsal alanlardan daha yüksektir ve 2003 verilerine göre yabancı literatürdeki çalışmaların aksine Türkiye'de eğitim düzeyi yükseldikçe sigara içme sıklığı da artmaktadır (Bilir vd., 2010:20). DİE'nin hane halkı anketleri üzerinden yapılan bir tahmin çalışmasında ise Türkiye'de gelir düzeyi arttıkça sigara tüketiminin arttığı, eğitim düzeyi yükseldikçe sigara tüketiminin azaldığı, kentte sigara tüketiminin kırsal alanlara göre daha yüksek olduğu (Önder, 2010) tahmin edilmektedir.

Bu araştırmada örneklem genelinin %60,4'ü hiç sigara kullanmamakta, %2,8'i birkaç ayda bir, %0,9'u ayda bir, %1,7'si haftada bir, üçte biri ise (%33,6) her gün sigara içmektedir. Sigara kullanma sıklığı cinsiyete ($z = -5,736$, $n=350$, $p \leq .01$), yaşa ($X^2(2, n=350)=22,762$, $p \leq .01$) ve mesleğe ($X^2(5, n=351)=51,161$, $p \leq .01$) göre farklılık göstermekte, ancak örneklem grubuna ($X^2(2, n=351)=0,987$, $p \geq .05$), gelire ($X^2(6, n=335)=10,748$, $p \geq .05$), eğitim düzeyine ($z = -1,776$, $n=351$, $p \geq .05$), doğum yerine ($z = -1,922$, $n=347$, $p \geq .05$), yaşanan yere ($z = -,832$, $n=351$, $p \geq .05$), ve çocuk sayısına ($z = -0,902$, $n=322$, $p \geq .05$) göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Erkekler kadınlara, gençler yaşlılara, esnaflar diğer meslek gruplarına göre daha sıklıkla sigara içmektedirler. Bu bulgular erkeklerin kadınlardan daha yüksek oranda sigara içtiğini gösteren araştırmaların (Bartley, 2004; Küresel Yetişkin Tütün Araştırması, 2009) bulgularıyla, yaş arttıkça sigara içme sıklığının azaldığı sonucuna ulaşan ve gelire sigara tüketimi arasında bir ilişki bulamayan Yen'in (2005) çalışmasının bulgularıyla paralellik göstermektedir.

Gelire sigara istatistiksel olarak ilişkili olmasa da her gün sigara içenlerin %48,7'si açlık sınırının (733 TL) altında, %19,5'i açlık sınırının üzerinde ama yoksulluk sınırının altında (734-2388 TL) aylık gelire sahiptir, yoksulluk sınırının üzerinde gelire sahip olanlar ise üçte birden azdır (%31). Bu noktada en ucuz

sigaraların bile bir paketinin yaklaşık 4,25 TL olduğu düşünüldüğünde açlık sınırı altındakilerin sigaraya bir bütçe ayırmaları şaşırtıcı görünmektedir. Elbek (2010) buna rağmen düşük gelir gruplarında yer alanların daha yüksek gelir gruplarında yer alanlara oranla daha sıklıkla sigara içmelerini şu şekilde açıklamaktadır:

"Çünkü yoksullar... tütünün zararları hakkında daha az farkındalığa sahiptirler, tütün endüstrisinin politikaları karşısında korunmasız durumdadırlar, stres yönetiminde zorluk yaşarlar, maddi yoksunlukla başa çıkmanın getirdiği güçlüklerle hayatlarını sürdürürler ve yazık ki kötü giden hayatlarında tütün kullanımını kendileri için tek "ödül" olarak tanımlarlar. Hatta yapılan çalışmalarda tütün kullananlarda bağımlılığa neden olan kotinin düzeyinin diğer gruplara oranla yoksullarda daha yüksek olduğu gösterilmiştir."

Tablo 27: Sigara Kullanma Sıklığının İlişkili Değişkenler Açısından Örneklemde Dağılımı

%		Sigara kullanma sıklığı						
		Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her gün	Fikrim yok	Toplam
Örneklem Geneli n=351		60,4	2,8	0,9	1,7	33,6	0,6	100
Cinsiyet n=351	Erkek	46,4	2,6	1,6	2,1	46,4	1	100
	Kadın	77,8	3,2	-	1,3	17,7	-	100
Yaş n=348	-40	46,2	4,4	1,1	1,1	46,2	1,1	100
	41-60	56,5	3,5	0,6	2,9	35,9	0,6	100
	61+	82,8	-	1,1	-	16,1	-	100
Meslek n=351	Çiftçi	59,1	-	-	-	40,9	-	100
	Ev kadını	86	2,2	-	2,2	9,7	-	100
	İşçi	48,9	2,1	2,1	-	46,8	-	100
	Memur	56,6	5,4	1,6	3,1	31,8	1,6	100
	Esnaf	27,3	-	-	-	72,7	-	100
	Diğer	25	-	-	-	75	-	100

Sigara kullanımı da algılanan sağlık statüsü ile ilişkilidir (,144**). Hiç sigara içmeyenlerin %54,3'ü sağlıklarını iyi (iyi ve çok iyi) olarak algılayarak bu oran birkaç ayda bir sigara içenlerde %55,6, ayda bir sigara içenlerde %100, haftada bir sigara içenlerde %100, her gün sigara içenlerde de %65,8'dir. Bu bulgu, daha önce de değinildiği gibi sigara içenlerin kendi sağlıklarını algılayarak sigaranın kötü etkilerini dikkate almadıklarını ileri süren Prokhorov vd.'nin (2003) bulgularıyla paralellik göstermektedir.

3.4.2. Sağlıkla ilgili bilginin kaynakları, bazı kaynaklara duyulan güven düzeyi ve ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat etme

Örneklem genelinin %42,1'i sağlıkla ilgili bilgilerini televizyondan, %16'sı kendi gittiği doktordan, %14,6'sı internetten, %5,4'ü dergilerdeki sağlıkla ilgili makalelerden, %4,9'u akrabalarından, %4,3'ü komşularından öğrendiğini

belirtmiştir. Bunun dışında sağlık bilgilerinin edinildiği kaynaklar arasında gazeteler, okulda verilmiş olan dersler, kitaplar, işyerinde veya askerde verilen eğitimler gibi çeşitli kaynaklar bulunmaktadır. Tablo 28’de görüldüğü üzere üç numaralı alt problemde sorulan soruya, sağlık bilgisinin elde edildiği kaynağın eğitim düzeyine, gelir düzeyine ve yaşanan yere göre anlamlı bir farklılık gösterdiği yanıtı verilebilir.

Tablo 28: Sağlık Bilgisinin Elde Edildiği Kaynakla Seçilmiş Değişkenler Arasındaki İlişki

	Sağlık bilgisinin elde edildiği kaynak			
	n	X ²	Sd	p
Örneklem grubu	349	231,32	36	≤.01**
Cinsiyet	348	17,14	18	≥.05
Yaş	346	42,59	36	≥.05
Gelir	334	265,91	108	≤.01
Eğitim	349	155,23	18	≤.01
Doğum yeri	345	80,35	18	≤.01
Yaşanan yer	349	71,72	18	≤.01
Meslek	349	260,87	90	≤.01
Çocuk sayısı	320	66,917	16	≤.01

**α=.01 için anlamlıdır.

Tablo 29’da görüldüğü gibi köy ve mahalle örneklemelerinin, aylık geliri 500 TL altında olanların, ortaokul ve altında eğitim alanların, köyde doğmuş olanların ve kırsal alanda yaşayanların, ev kadınlarının ve üç veya daha fazla çocuk sahibi olanların sağlık bilgisi edinmede en önemli kaynakları televizyondur.

Köy örnekleme komşu ve akrabalarından, mahalle örnekleme gazete ve takvim yapraklarından, üniversite örnekleme internetten ve makalelerden bilgi edinmesi açısından diğer gruplardan farklılaşmaktadırlar. Sağlık bilgisinin elde edildiği kaynakla eğitim arasındaki ilişki incelendiğinde lise ve üzerinde eğitim görenlerin üçte biri (%33,8) internete başvururken en fazla ortaokul mezunu olanlar arasında internete başvuran kimse yoktur. Başka çalışmalarda da internette yer alan sağlık bilgilerinden eğitim düzeyi yüksek olanların daha çok faydalandığı (Lee, 2009) ortaya konmuştur.

Tablo 29: Sağlık Bilgisinin Elde Edildiği Kaynağın İlişkili Değişkenler Açısından Örneklemde Dağılımı

Sağlık bilgisinin elde edildiği kaynak												
%		Televizyon	Kendi doktoru	Konu ve akraba	İnternet	Gazete ve takvim	Kitap	Tabiat bilgisi dersi	Makale	Kendi deneyimini	Diğer	Toplam
Örneklem Geneli n=350		42,1	16,1	8,9	14,6	2	2,9	2	5,4	2,9	3,1	100
Örn.grubu n=350	Köy	53,4	17,5	11,7	1	-	1	5,8	-	2,9	6,7	100
	Mahalle	59,2	15,2	12	0,8	5,6	2,4	0,8	-	3,2	0,8	100
	Üniversite	14,9	15,7	3,3	40,5	-	5	-	15,7	2,5	2,4	100
Gelir n=334	-500	60,2	15,1	12,4	-	2,9	0,9		-	3,5	5	100
	501-1500	51,6	19	11,8	2,1	3,2	2,1	1,8	-	1,1	7,3	100
	1501-2500	53,8	7,7	-	7,7	-	7,7	-	-	23,1	100	100
	2501-3500	5,6	11,1	5,5	50	-	16,7	-	11,1	-	-	100
	3501-4500	32	8	-	48	-	-	-	12	-	-	100
	4501-5500	10,5	15,8	10,2	36,8	-	5,3	-	10,5	-	10,9	100
	5501+	13,7	15,7	3,9	37,3	-	3,9	-	19,6	3,9	2	100
Eğitim n=353	Ortaokul& altı	58,1	17,1	12,7	-	2,5	1,5	2,5	-	2,5	3,1	100
	Lise ve üzeri	21,2	14,6	4	33,8	0,7	4,6	1,3	12,6	3,3	3,9	100
Doğum yeri n=349	Köy	51,7	16,9	12,8	2,9	2,3	1,7	3,5	-	2,9	5,3	100
	Köyden büyük	33,5	13,9	4,7	25,4	1,7	4	0,6	11	2,3	3,5	100
Yaşanan yer n=353	Kırsal	53,4	17,5	11,7	1	-	1	5,8	-	2,9	6,7	100
	Kentsel	37,4	15,5	7,8	20,3	2,8	3,7	0,4	7,7	2,8	1,6	100
Meslek n=353	Çiftçi	52,3	13,7	20,4	-	-	2,3	4,5	-	2,3	4,5	100
	Ev kadını	60,9	18,4	7,6	1,1	2,2	4,3	-	-	4,3	1,2	100
	İşçi	53,2	12,8	17	-	8,5	-	4,3	-	-	4,2	100
	Memur	18	15,6	3,1	38,3	-	2,3	0,8	14,8	2,3	4,8	100
	Esnaf	54,5	18,2	9,1	-	4,5	-	9,1	-	-	4,6	100
	Diğer	50	18,6	6,3	6,3	-	6,3	-	-	12,5	-	100
Çocuk say. n=324	En fazla 2	33,3	15,6	7,5	22,6	3,2	4,3	0,5	9,1	2,7	1,2	100
	3 ve üzeri	56,7	17,1	11,2	1,5	0,7	1,5	3	-	3,7	4,6	100

Örneklem açısından televizyon başta olmak üzere kitle iletişim araçlarının sağlık bilgisini edinmede en önemli kaynak olduğu görülmektedir. Günümüzde sağlık konularının kitle iletişim araçlarında önemli bir yere sahip olduğu açıktır. Neredeyse her televizyon ve radyo kanalında ve her gün yayınlanan çok sayıda program, yayınlanan sağlıklı yaşama rehberi niteliğindeki dergiler (Form Sante vs.), ayrıca konusu sağlık olmasa da her sayısında bir 'sağlık dosyası'na yer veren çeşitli yayınlar, sağlık bilgileri içeren bloglar ve forumlar gibi hikmeti kendinden menkul internet siteleri, yoğun bir bilgi kirliliği yaratarak gündelik yaşamımızı çevrelemektedir. Zaman zaman ana haber bültenlerinde bile şifalı otlar ya da yiyecekler hakkında 'haberler' yer almaktadır. Türkiye'de de yazılı basında yayınlanan haberler içinde sağlık haberlerinin popüler olduğu, bununla birlikte bu haberlerin her zaman güvenilir olmadığı bilinmektedir (Demir, 2010).

Kitle iletişim araçları sağlıkla ilgili konularda bilgi edinmek için sıklıkla kullanılan ve bilgiyi etkili bir şekilde yayan araçlardır. Özellikle televizyonun sağlık bilgisi edinmek için en sık kullanılan kaynak olduğu ve basılı materyallerden çok daha sıklıkla kullanıldığı birçok çalışma tarafından (Signorelli, 1993; Kaiser Family Foundation/ Harvard School of Public Health, 2001, 2002) ortaya konmuştur. Genel olarak sağlık bilgisi edinmek için doktor ya da hemşire gibi kişisel ve doğrudan kaynaklardan daha çok televizyon, radyo, gazete, kitap ve dergi gibi bilgi ileten araçların daha sıklıkla kullanıldığı da ortaya konmuştur (Chew vd., 1995). Burdur'da yapılan bir çalışmada (Tekin, 2007:206) şifalı bitkiler kullanma gibi geleneksel tedavi yöntemlerinin bile örneklemin %40'ından fazlası tarafından kitle iletişim araçlarından öğrenildiği görülmektedir.

Sağlıkla ilgili televizyon programlarının izleyiciye sundukları "bilimsel sağlık bilgisi" sayesinde bireylerin etraflarındaki sağlık risklerinin ve yanlış sağlık davranışlarının farkına vardıkları, güvenilir sağlık bilgisi açısından eksikliklerini fark ettikleri (Chew vd., 2002:187, 190) ileri sürülmekte ve bu programların bireylerin sağlık bilgisini ve 'sağlık motivasyonunu' artırdığı ve sağlık davranışlarını değiştirdiği (Chew vd., 1998; Chew vd., 2002; Mirotznik vd., 1995) ileri sürülmektedir. 'Sağlık motivasyonu' bireylerin "kendi sağlığı için duyduğu sorumluluk" düzeyinin ölçülmesi için geliştirilmiş bir kavramdır ve sağlık davranışlarını değiştirmede etkili olduğu düşünülmektedir (Chew vd., 2002:182). Diğer bir deyişle genellikle bu programlarda verilen sağlık bilgileri, bireylerin kendi sağlıklarından sorumlu olduğu ve kendi kendilerini sağlıklı tutmakla yükümlü oldukları imasını barındırmaktadır.

Toplumun sağlıkla ilgili bilgisini artırmak, sigara kullanımını azaltmak ya da yanlış beslenme alışkanlıklarını değiştirmek amacıyla kitle iletişim araçlarının kullanılması elbette olumlu değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Bununla birlikte bu programların içeriğinin bilimselliğinin ve örtük amacının farkında olmak da son derece önemlidir. Her ne kadar çeşitli yayınlarda bu programların dikkatle hazırlanıp kontrol edilmesi gerektiği vurgulansa da (Chew vd., 2002:182) bu bakış açısı yeterli değildir. Örneğin ergenlik dönemindeki bireylerin sağlıkla ilgili konuları en sık televizyondan, en az sıklıkla da internetten öğrendiklerini ortaya koyan bir çalışma (Lariscy vd., 2010:112-113)

örneklemin televizyon, radyo ve basılı materyalden sağlık bilgisi edinirken reklamlar, eğlence amaçlı yayınlar ya da haberler arasında bir ayırım yapmadığını göstermekte ve ergenlere yönelik sağlık stratejileri için reklamların güçlü bir araç olduğunu savunmaktadır. 1990'lı yıllarda A.B.D. televizyonlarında bir saatte 17'den fazla sağlıkla ilgili reklam yayınlandığı (Byrd-Bredbenner ve Grasso, 2000) dikkate alındığında durumun ciddiyeti netleşmektedir. Sağlıkla ilgili reklamlar bir yana, sağlıkla ilgili programların bile izleyicilere ne derece "bilimsel" bilgi sunacağı tartışılmalıdır. Tıbbi araştırma ve yayınların bile ilaç şirketlerinin sponsorluğunda (Healy ve Thase, 2003; Angell, 2000; Bodenheimer, 2000) yapıldığı/yapılabildiği bir çağda amacı en nihayetinde reklam geliri elde etmek olan televizyon kanallarında yayınlanacak bu programların bilimsel bilginin objektif bulgularını ve yalnızca bu bulguları yansıtmaya ihtimali hakkında düşünülmelidir. Bazı araştırmalarda gösterildiği gibi sağlık bilgilerini televizyondan edinmek yanlış bilgilenmeye yol açabilir (Kalichman vd., 2002) ve/veya bu gibi programlar ve reklamlar, teşhis ve tedavi modalarını (White 2002:38) destekleyecek bir işlev görebilir.

İnternette elde edilen bilgilerin bilimselliği için de hem aynı eleştiriler geçerlidir, hem de internette bir sayfayı hazırlayan kişinin kimliğini gizlemesi ya da olduğundan farklı göstermesi mümkün ve çok kolay olduğu için internette elde edilecek bilgiler televizyondan edinilecek bilgilerden bile daha şüpheli bir duruma düşmektedir. Bununla birlikte internetin sağlık bilgisine erişim için kullanılması doktor-hasta etkileşiminin yapısını etkileyebilecek bir niteliğe sahiptir. Doktor-hasta arasındaki ilişki, bilginin toplumsal ilişkilere nasıl yön verdiğini göstermektedir, doktorun hasta üzerinde güce ve kontrole sahip olmasını sağlayan, bilgi kaynağının doktorun elinde olmasıdır. Bununla birlikte tıbbi tedavi süreci her zaman doktorun bilgisi doğrultusunda verdiği komutlara uygun gerçekleşmemektedir, yapılan bazı çalışmalar (Strong ve Davis, 1977; Crawford, 1987) insanların doktorların tavsiyelerini kendi referans çerçevelerinden geçirerek elediklerini göstermektedir. İnternet üzerinden neredeyse sınırsız bilgiye erişilebilen bilgi çağında bu bilgi, bireylerin doktorların bilgisi karşısında güçsüzlüğünü azaltabilir. Hardey (2001) özellikle kişisel web sayfalarında hastalık ve iyileşme ile ilgili hikayelerin paylaşılmasının ve hatta tıp

kurumlarının sayfalarda ticari reklamların yer almasının profesyonellerle sıradan insanlar arasındaki otorite ilişkilerini aşındıracağını düşünmektedir. Annandale ve Hunt (1998) 1990'ların ikinci yarısında toplumun sağlık profesyonellerine yönelik şüphelerinin giderek arttığını ortaya koymuş ve bunu bilime ve tekniğe duyulan güvenin postmodern dönemde zayıflamasıyla açıklamıştır. Schilling (2002:630) de insanların interneti ikinci bir görüş sormak için kullandıklarını, böylece insanların internette bir çeşit "sağlık alışverişine" çıktığını belirtmektedir. İnternetten elde edilecek olan bilginin bilimsel olarak ne kadar doğru olduğu şüpheli olsa da Parsons'ın hasta rolünde çizdiği pasif hasta modelinin ve asimetrik doktor hasta ilişkisinin değişmesinde internet etkili bir araç olabilir (Jadad, 1999; Hardey, 2001).

Tablo 30: Sağlık Bilgisi Kaynaklarına İnanma Düzeyinin Seçilmiş Değişkenlere Göre Gösterdiği Farklılık

	Televizyon, radyo ve internette verilen sağlık bilgilerine inanma düzeyi				Komşu ve akrabaların verdiği sağlık bilgilerine inanma düzeyi			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örneklem grubu	353	15,00	2	≤.01*	354	102,10	2	≤.01
Yaş	350	,372	2	≥.05	351	8,449	2	≤.05**
Gelir	337	16,98	6	≤.01	337	90,41	6	≤.01
Meslek	353	17,21	5	≤.01	354	98,70	5	≤.01
Sağlık bilgisinin kaynağı	349	5,842	2	≥.05	349	44,08	4	≤.01
	n	z		p	n	z		p
Cinsiyet	352	-,045		≥.05	353	-1,211		≥.05
Eğitim	353	-3,340		≤.01	354	-7,426		≤.01
Doğum yeri	349	-2,379		≤.05	350	-6,127		≤.01
Yaşanan yer	353	-1,621		≥.05	354	-6,227		≤.01
Çocuk sayısı	324	-2,467		≤.05	325	-5,776		≤.01

* α=.05 için anlamlıdır

**α=.01 için anlamlıdır.

Her ne kadar ne derece 'bilimsel' / doğru olduğu şüpheli olsa da örneklem genelinin %11,9'u televizyonda, radyoda ve internette sağlıkla ilgili verilen bilgilerin hepsinin, %36,5'i da büyük kısmının doğru olduğuna inanmaktadır. Komşu ve akrabaların sağlıkla ilgili verdikleri bilginin doğruluğuna inanma düzeyi ise daha düşüktür, örneklem genelinin %2,8'i bu bilgilerin hepsinin, %17,8'i büyük kısmının doğru olduğuna inanmaktadır. Tablo 30'dan görülebileceği gibi kitle iletişim araçlarından ve komşu ve akrabalarından elde edilen sağlık bilgilerinin doğruluğuna inanma düzeyi çeşitli değişkenlere göre farklılık göstermektedir.

Tablo 31’de görüldüğü gibi, köy örnekleme mahalle ve üniversite örnekleme (ve mahalle örnekleme de üniversite örnekleme) oranla, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlar yüksek olanlara, köy doğumlu olanlar daha büyük birimlerde doğmuş olanlara, çiftçiler diğer mesleklerle oranla ve üç veya daha fazla çocuğu olanlar daha az çocuğu olanlara oranla televizyon, radyo ve internette yer alan sağlık bilgilerinin doğru olduğuna daha çok inanmaktadırlar. Ayrıca üniversite örnekleme, en üst gelir grubu, lise ve üzeri eğitim görenler, köyden daha büyük birimlerde doğmuş olanlar bu kaynaklardan gelen bilgilerin doğruluğu konusunda daha temkinlidirler, bu grupların ‘kesinlikle inanma’ ya da ‘kesinlikle inanmama’ oranları ait oldukları değişkendeki diğer kategorilerden daha düşüktür.

Yine Tablo 31’de görüldüğü gibi, köy örnekleminin akraba ve komşuların verdiği sağlık bilgilerinin doğru olduğuna inanma düzeyi mahalle ve üniversite örnekleminde düşüktür, üniversite örnekleme bu konuda komşu ve akrabalarına biraz daha güvenmektedir. Yaşlılar gençlere, ortaokul ve altı eğitim görenler lise ve üzeri eğitim görenlere, köyden büyük yerlerde doğanlar köyde doğanlara, kentsel alanlarda yaşayanlar kırsal alanlarda yaşayanlara, ev kadınları ve işçiler diğer meslek gruplarına oranla komşu ve akrabalarının verdikleri bilgilerin doğru olmadığını düşünme eğilimindedirler. Sağlıkla ilgili bilginin kaynağı açısından incelendiğinde (hepsine ve çoğuna inanma kategorileri birlikte değerlendirildiğinde) sağlık bilgilerini televizyon ve radyodan edinenlerin %17,7’si, internetten edinenlerin %31,4’ü, kendi doktorundan edinenlerin %16,1’i komşu ve akrabaların verdiği bilgilerin doğru olduğuna inanırken sağlık bilgilerini komşu ve akrabalarından edinenlerin yarısından fazlası (%53,1) bu bilgilerin doğru olduğuna inanmaktadır.

Tablo 31: Sağlık Bilgisi Kaynaklarından Elde Edilen Bilgilerin Doğruluğuna İnanma Düzeyinin Örnekleme Dağılımı

%	Televizyon, radyo ve internette verilen sağlık bilgilerinin doğruluğuna inanma düzeyi							Komşu ve akrabaların verdiği sağlık bilgisinin doğruluğuna inanma düzeyi							
		Hepsine inanıyor	Çoğuna inanıyor	Çoğuna inanmıyor	Hiçbirine inanmıyor	Fikri yok	Toplam		Hepsine inanıyor	Çoğuna inanıyor	Çoğuna inanmıyor	Hiçbirine inanmıyor	Fikri yok	Toplam	
Örn.Geneli n=353		11,9	36,5	26,9	11	13,6	100	Örn. Geneli n=354		2,8	17,8	26,8	38,7	13,8	100
Öm.gr. n=353	Köy	17,5	36,9	29,1	29,1	3,9	100	Öm. Gr. n=354	Köy	3,9	14,6	15,5	65	1	100
	Mahalle	18,3	33,3	27	27	4,8	100		Mahalle	4	17,5	30,2	47,6	0,8	100
	Üniver.	0,8	39,5	25	25	30,6	100		Üniver	0,8	20,8	32,8	8	37,6	100
	- 500	17,7	36,3	27,4	15	3,5	100		-500	3,5	18,6	18,6	58,4	0,9	100
	501-1500	16,7	35,4	30,2	14,6	3,1	100		501-1500	3,1	12,5	29,2	54,2	1	100
	1501-2500	15,4	30,8	15,4	15,4	23,1	100		1501-2500	-	7,7	38,5	30,8	23,1	100
	2501-3500	5,6	16,7	27,8	5,6	44,4	100		2501-3500	-	27,8	27,8	11,1	33,3	100
	3501-4500	-	64	16	-	20	100		3501-4500	-	24	36	8	32	100
Gelir n=337	4501-5500	-	30	35	5	30	100	Gelir n=337	4501-5500	-	20	30	15	35	100
	5501+	-	38,5	26,9	3,8	30,8	100		5501+	1,9	19,2	30,8	7,7	40,4	100
	Ortaok. ve altı	18,6	34,2	28,1	15,1	4	100		Ortaok.vealtı	4,5	18,6	21,6	54,3	1	100
	Lise ve üzeri	3,2	39,6	25,3	5,8	26	100		Lise ve üzeri	0,6	16,8	33,5	18,7	30,3	100
	Köy	14	35,5	29,7	13,4	7,6	100		Köy	2,3	14,5	19,8	56,4	7	100
	Köyden büyük	10,2	37,9	24,3	9	18,6	100		Köyden büyük	3,4	20,8	33,7	22,5	19,7	100
	Çiftçi	27,3	29,5	34,1	9,1	-	100		Çiftçi	4,5	11,4	20,5	63,6	-	100
	Ev kadını	17,2	30,1	33,3	15,1	4,3	100		Ev kadını	5,4	19,4	29	45,2	1,1	100
Meslek n=353	İşçi	12,8	42,6	23,4	12,8	8,5	100	Meslek n=354	İşçi	2,1	23,4	19,1	53,2	2,1	100
	Memur	2,3	40,5	23,7	4,6	29	100		Memur	1,5	19,7	32,6	10,6	35,6	100
	Esnaf	13,6	40,9	13,6	27,3	4,5	100		Esnaf	-	9,1	18,2	72,7	-	100
	Diğer	12,5	37,5	25	18,8	6,3	100		Diğer	-	6,3	18,8	75	-	100
	En fazla 2	8,9	37,9	25,8	7,9	19,5	100		En fazla 2	2,6	18,3	31,9	25,7	21,5	100
	3 ve üzeri	17,9	33,6	26,9	16,4	5,2	100		3 ve üzeri	3,7	17,2	20,1	56,7	2,2	100
Sağlık bilgisi kaynağı n=349	Televizyon	19	43,5	21,1	10,9	5,4	100	Sağlık bilgisi kaynağı n=349	Televizyon	4,1	13,6	24,5	54,4	3,4	100
	İnternet	2	47,1	23,5	3,9	23,5	100		İnternet	2	29,4	35,3	11,8	21,6	100
	Komşu-akraba	15,6	15,6	43,8	9,4	15,6	100		Komşu-akraba	6,3	46,9	25	12,5	9,4	100
	Kendi doktoru	5,4	28,6	30,4	19,6	16,1	100		Kendi doktoru	-	16,1	23,2	44,6	16,1	100
	Diğer	7,9	30,2	31,7	7,9	22,2	100		Diğer	1,6	6,3	30,2	33,3	28,6	100

Kısacası düşük statü gruplarının kendi statü gruplarına başvurma oranları nispeten yüksek olsa da kendi statülerinde bulunanların bilgilerine fazla güvenmediği görülmektedir. Köy örnekleme, sıklıkla sağlık kurumlarına ulaşmak için ihtiyaç duyduğu aracı bulmak ve kendi kendine gidemediği durumlarda yardım istemek için kendi komşu ve akrabalarına başvurmakta olsa da aşağıdaki bazı ifadelerde görüldüğü üzere bu güvensizlik köy örnekleminde özellikle belirgindir.

“Tahlil yapılmadan ilaç almam” (köy)

“Kimsenin şeyine inanmam doktor varken.” (köy)

“Komşu doktordan iyi mi bilecek.” (köy)

“Doktor mu millet, ne inancan.” (köy)

“Sağlık için sağlıkçıya bakarım” (köy)

“Pek inandırıcı değil onlar komşunun biri eski yaşlı bir adam öldüreceydi beni.” (köy)

“Her adama inanılmaz.” (köy)

“Neden inanayım. Millet doktor mu kesildi başımıza” (köy)

Komşu ve akrabaların verdiği bilgiye daha çok inananlar kentli ve eğitilmiş olanlardır, bu inancın nedeni muhtemelen bir yandan bu gruptakilerin kendi çevrelerinin eğitim ve statü düzeyi, bir yandan da bilginin yaygınlığının farkında olmalarıdır. Kendi çevrelerindeki insanlar kendilerinin ulaşmamış olduğu bir internet sitesinden ya da televizyon programından bu bilgiyi edinmiş olabilirler ve kendilerine de doğru aktarma ihtimalleri yüksektir. Diğer taraftan eğitim düzeyi düşük kırsal kesimde yaşayanlar hala tıbbın bilgi üzerindeki hakimiyetine daha fazla inanmakta ve ister gittikleri hastane ya da sağlık ocağında, ister televizyondaki bir programda olsun, sağlık bilgisinin doğru olması için bu bilgiyi aktaranın doktor olması gerektiğini varsaymaktadırlar. Özellikle üniversite örnekleminin sağlık bilgisini en sıklıkla internetten edindiği ve kitle iletişim kaynaklarından elde edilen bilgi hakkında kesin yargılar belirtmekten kaçındığı düşünüldüğünde, üniversite örnekleminin bilgi çeşitliliğine ve farklı kaynaklardan bilgi edinmeye diğer örneklem gruplarına oranla daha eğilimli olduğu, diğer bir deyişle bilgiye postmodern olarak nitelendirilebilecek bir şekilde yaklaştığı söylenebilir. Diğer taraftan görüşe göre köy ve mahalle örneklemleri daha çok modernist bir tutumla bilime ve tek bir doğru bilginin olduğuna inanma eğilimindedir.

Bu verilere paralel olarak “hasta olduğunuzda komşularınız ya da akrabalarınız size ilaç verse kullanır mısınız?” sorusuna verilen yanıtlar incelendiğinde komşu ve akrabaların verdiği ilaçların kullanılma düzeyinin örneklem grubuyla ($\chi^2(8, n=354)=25,73, p \leq .01$), yaşanan yerle ($\chi^2(4, n=354)=20,45, p \leq .01$), çocuk sayısı ile ($\chi^2(4, n=325)=11,76, p \leq .05$) ve komşuların ve akrabaların verdiği sağlık bilgilerinin doğruluğuna inanma düzeyi ile ($\chi^2(16, n=354)=44,77, p \leq .01$)

ilişkili olduğu, ancak cinsiyetle ($X^2(4, n=353)=8,24, p \geq .05$), yaşla ($X^2(8, n=351)=8,73, p \geq .05$), gelirle ($X^2(24, n=337)=34,78, p \geq .05$), eğitimle ($X^2(4, n=354)=8,53, p \geq .05$), doğum yeri ile ($X^2(4, n=350)=4,51, p \geq .05$), meslek gruplarıyla ($X^2(20, n=354)=20,38, p \geq .05$) ve sağlık bilgisinin kaynağı ile ($X^2(16, n=349)=21,12, p \geq .05$) anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı görülmektedir.

Tablo 32’de görüldüğü gibi köy örneklemindekiler diğer örneklem gruplarına, kırsal alanda yaşayanlar kentsel alanda yaşayanlara, üç ve üzeri çocuk sahibi olanlar daha az çocuğu olanlara oranla komşu ve akrabaların verdiği ilaçları kullanmaya daha eğilimlidir.

Tablo 32: Komşu ve Akrabaların Verdiği İlaçları Kullanmaya Yönelik Tutum

%		Komşu ve akrabaların verdikleri ilaçları kullanma düzeyi					
		Kesinlikle kullanırım	Kullanırım	Kullanmam	Kesinlikle kullanmam	Fikrim yok	Toplam
Örneklem Geneli n=354		8,5	7,1	12,7	70,1	1,7	100
Örneklem grubu n=354	Köy	14,6	1,9	4,9	77,7	1	100
	Mahalle	7,1	10,3	12,7	69	0,8	100
	Üniversite	4,8	8	19,2	64,8	3,2	100
Yaşanan yer n=351	Kırsal	14,6	1,9	4,9	77,7	1	100
	Kentsel	6	9,2	15,9	66,9	2	100
Çocuk sayısı n=325	En fazla 2	6,8	5,8	17,8	68,1	1,6	100
	3 ve üzeri	11,9	8,2	6	72,4	1,5	100
Komşu ve akrabaların sağlıkla ilgili verdikleri bilgilerin doğruluğuna inanma n=354	Kesinlikle inanıyor	20	20	20	40	-	100
	İnanıyor	11,1	17,5	12,7	57,1		100
	İnanmıyor	7,4	5,3	22,1	64,2		100
	Kesinlikle inanmıyor	8,8	3,6	5,1	81,8		100
	Fikri yok	4,1	4,1	14,3	71,4	4,1	100

Örnekleimde ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme düzeyi oldukça yüksektir, örneklem genelinin %79,1’i kesinlikle dikkat ettiğini, %10,5’i çoğunlukla dikkat ettiğini belirtmekte, toplamda %90’a yakın bir oranda ilaçların son kullanma tarihine dikkat edildiği görülmektedir. Tablo 33’te görüldüğü gibi ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme sıklığı ile eğitim ($X^2(4, n=354)=12,06, p \leq .05$) ve meslek ($X^2(20, n=354)=36,94, p \leq .05$) değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. En fazla ortaokul mezunu olanlar içinde ilaçların son kullanma tarihine kesinlikle ve çoğunlukla dikkat etmeyenlerin oranı toplam %13 iken aynı oran lise ve üzeri eğitim görmüş olanlarda %3,2’dir. Meslek açısından incelendiğinde ise çiftçilerin %15,9’u kesinlikle ya da çoğunlukla ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat etmemektedirler, bu oran esnaflarda (%13,6) ve ev

kadınlarında (%11,9) nispeten yüksektir, işçilerde (%4,2) ve memurlarda (%3,8) ise nispeten düşüktür.

Tablo 33: İlaçların Son Kullanma Tarihine Dikkat Etme ve Geleneksel ya da Dinsel Tedavilere Başvurma ile Seçilmiş Değişkenlerin İlişkisi

	İlaçların son kullanma tarihine dikkat etme				Geleneksel ya da dinsel tedavilere başvurma			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örneklem grubu	354	9,51	8	≥.05	350	19,73	4	≤.01*
Cinsiyet	353	2,09	4	≥.05	349	2,29	2	≥.05
Yaş	351	5,61	8	≥.05	347	4,85	4	≥.05
Gelir	337	17,95	24	≥.05	335	25,62	12	≤.05**
Eğitim	354	12,06	4	≤.05	350	7,52	2	≤.05
Doğum yeri	350	2,52	4	≥.05	347	6,82	2	≤.05
Yaşanan yer	354	4,60	4	≥.05	350	8,54	2	≤.05
Meslek	354	36,94	20	≤.05	350	16,90	10	≥.05
Çocuk sayısı	325	9,06	4	≥.05	322	16,68	2	≤.01

*α = .05 için anlamlıdır.

** α =.01 için anlamlıdır.

Örneklem genelinde iyileşmek amacıyla geleneksel ya da dinsel tedavilere başvurma oranı düşüktür; örneklemin %8'i bu tip tedavilere başvurduğunu, %6,3'ü başvurmadığını ama başka çaresi kalmazsa başvurabileceğini, %85,7'si başvurmadığını ve kesinlikle başvurmayacağını belirtmiştir.

Burdur'da yapılan bir çalışmada (Tekin, 2007:211-217) örneklemin geleneksel tedavi yöntemlerine başvurma düzeyinin ve başka çaresi kalmadığı takdirde başvurma düzeyi bu araştırmanın sonuçlarından yüksek çıkmış (sırasıyla %19,9 ve %22,8), bu davranışın cinsiyete, yaşa ve gelire göre anlamlı bir farklılık göstermediği, eğitim ve doğum yerine göre ise anlamlı bir farklılık gösterdiği, kırsal alanda yaşayanların ve düşük eğitim düzeyine sahip olanların bu tip tedavilere daha çok başvurduğu ortaya konmuştur. Tablo 33'te görüldüğü gibi bu araştırmanın bulguları Tekin'in (2007) bulgularıyla paralellik göstermekte, geleneksel tedavi yöntemlerine başvurma eğitimi düzeyi, doğum yeri, yaşanan yer, çocuk sayısı ve örneklem geneli ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Örneklem grupları üzerinden incelenecek olursa kendi statüsündeki insanların sağlık bilgisine güveni düşük olan köy örneklemini, tıp mesleği dışındaki sağlık çalışanlarına başvurma konusunda diğer örneklem gruplarına göre daha olumlu bir tutuma sahiptir. Bu tip tedavilere başvurduğunu belirtenlerin oranı köy

örnekleminde %14,6, mahalle örnekleminde %7,1, üniversite örnekleminde %3,3'tür. Köy örnekleminin %79,6'sı bu tip tedavilere başvurmadığını, kesinlikle de başvurmayacağını belirtirken bu oran üniversite örnekleminde %85,1'e mahalle örnekleminde ise %91,3'e yükselmektedir. Köyde bu tip tedavilere başvuranlardan bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir:

"Hocalıksa gidersin, değilse gitmezsin hani cin çıkartır şeytan şey eder onda gidersin ama başka muska için falan ne bileyim gitmem."

"Hanımın başı ağrıdı. Bizim damat İstanbul'da doktor. Emirdağ'da bir hoca var dediler gittik geçti."

"Ruh sıkıntısı geçirdim. Suyu okutmuş oğlum onla banyo ettim şükür iyiyim. Allah düşürmesin. Dua okuyor suya atıyor ben çok inanıyorum. Suları içtim mi rahatlarım."

"Yüz felci gibi oldum o yüzden gittim."

Bu tip tedavilere başvurmadığını ama başka çaresi kalmazsa başvuracağını belirtenlerin oranı mahalle örnekleminde %1,6, köy örnekleminde %5,8, üniversite örnekleminde ise %11,6'dır. Üniversite örnekleminde oranla mahalle örneklemini bilime alternatif olabilecek bir bilgi sistemine yönelmekten daha fazla kaçınmakta, bilime ve bilimsel uzmanlığa daha sıkı bir bağlılık göstermekte, daha modernist bir tutum benimsemektedir. Kitle iletişim araçlarından elde edilen bilgilerin doğruluğu hakkında kesin yargılarda bulunmaktan kaçınan ve çevresinden edindiği bilgilerin doğruluğuna diğer örneklem gruplarına oranla daha fazla inanan üniversite örneklemini ise aynı esnekliği geleneksel tedavi yöntemleri konusunda da göstermektedir. Bu yöntemlere başvurma oranı düşük de olsa başka bir çaresi kalmadığı takdirde başvuracağını belirtme oranı diğer örneklem gruplarından yüksektir, dolayısıyla bilimin iddiası dışındaki iddiaları daha az katılıkla karşılamaktadır.

3.4.3. Sağlık kuruluşlarına başvurma ölçütleri ve düzeyi

Örnekleme hangi durumda hastaneye ya da doktora gittikleri sorulduğunda örneklem genelinin %8,8'i doktora hiç gitmediğini, %55,4'ü çok hastalanırsa gittiğini, %14,2'si biraz hastalandığı takdirde gittiğini ve %21,3'ü de hasta olmasa da kontrole gittiğini belirtmekte, %0,3'ü fikir belirtmemektedir.

Tablo 34: Sağlık Kurumuna Başvurmaya İlişkin Değişkenlerin Seçilmiş Değişkenlerle İlişkisi

	Hangi durumda doktora gidildiği				Hangi durumda dişçiye gidildiği			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örneklem gr.	352	21,35	8	≤.05**	354	103,4	8	≤.01*
Cinsiyet	351	11,60	4	≤.05	353	3,32	4	≥.05
Yaş	349	22,37	8	≤.01	351	38,11	8	≤.01
Gelir	336	39,14	24	≤.05	337	105,64	24	≤.01
Eğitim	352	17,05	4	≤.01	354	101,75	4	≤.01
Doğum yeri	348	10,71	4	≤.05	350	44,82	4	≤.01
Yaşanan yer	352	3,51	4	≥.05	354	50,11	4	≤.01
Meslek	352	44,24	20	≤.01	354	108,92	20	≤.01
Çocuk sayısı	323	3,30	4	≥.05	325	32,45	4	≤.01
Alg. Sağ. statüsü	350	25,94	16	≥.05	351	25,46	16	≥.05

*α = .05 için anlamlıdır.

** α =.01 için anlamlıdır.

Tablo 35: Doktora ve Dişçiye Hangi Durumda Gidildiği

%		Doktora gitme ölçütü								Dişçiye gitme ölçütü					
		Hiç gitmem	Çok hasta-landığımda	Biraz hasta-landığımda	Düzenli kontrole	Fikrim yok	Toplam			Hiç gitmem	Dişim ağız sağlığına gitmedim	Dişim ağız sağlığına gitmem	Düzenli kontrole	Fikrim yok	Toplam
Örn. Geneli n=352		8,8	55,4	14,2	21,3	0,3	100	Örn. Geneli n=354		33,6	6,2	46	12,1	2	100
Örn.gr. n=352	Köy	12,6	54,4	11,7	21,4	-	100	Örn.gr. n=354	Köy	56,3	10,7	28,2	1,9	2,9	100
	Mahalle	12,7	57,1	8,7	20,6	0,8	100		Mahalle	43,7	3,2	46	6,3	0,8	100
	Üniversite	1,6	54,5	22	22	-	100		Üniversite	4,8	5,6	60,8	26,4	2,4	100
Cinsiyet n=351	Erkek	12,4	49,2	16,6	21,2	0,5	100	Cinsiyet n=353	Erkek	<i>p≥.05</i>					
	Kadın	4,4	62,7	11,4	21,5	-	100		Kadın	<i>Anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.</i>					
Yaş n=349	-40	12,1	63,7	15,4	8,8	-	100	Yaş n=351	-40	30,4	10,9	42,4	15,2	1,1	100
	41-60	7,6	55,9	15,3	20,6	0,6	100		41-60	23,4	4,7	54,4	14,6	2,9	100
	61+	8	45,5	10,2	36,4	-	100		61+	56,8	4,5	34,1	3,4	1,1	100
Gelir n=336	-500	12,4	56,6	10,6	20,4	-	100	Gelir n=337	-500	52,2	7,1	34,5	3,5	2,7	100
	501-1500	9,4	58,3	8,3	22,9	1	100		501-1500	47,9	5,2	40,6	5,2	1	100
	1501-2500	30,8	38,5	30,8	-	-	100		1501-2500	7,7	7,7	76,9	7,7	-	100
	2501-3500	-	72,2	11,1	16,7	-	100		2501-3500	16,7	5,6	55,6	22,2	-	100
	3501-4500	-	56	24	20	-	100		3501-4500	4	-	56	36	4	100
	4501-5500	10	35	35	20	-	100		4501-5500	-	5	50	45	-	100
	5501+	2	52,9	17,6	27,5	-	100		5501+	5,8	9,6	59,6	21,2	3,8	100
Eğitim n=352	Ortao.ve altı	12,6	55,3	9	22,6	0,5	100	Eğitim n=354	Ortao.ve altı	53,3	7	35,7	2	2	100
	Lise ve üzeri	3,9	55,6	20,9	19,6	-	100		Lise ve üzeri	8,4	5,2	59,4	25,2	1,9	100
Doğ. Yr. n=348	Köy	11	49,4	12,2	26,7	0,6	100	Doğ. Yr. n=350	Köy	48,3	7	37,8	4,1	2,9	100
	Köyden büyü	6,8	60,8	16,5	15,9	-	100		Köyden büyü	20,2	5,1	53,9	19,7	1,1	100
Yaş.yer n=352	Kırsal	<i>p≥.05</i>						Yaş.yer n=354	Kırsal	56,3	10,7	28,2	1,9	2,9	100
	Kentsel	<i>Anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.</i>							Kentsel	24,3	4,4	53,4	16,3	1,6	100
Meslek n=352	Çiftçi	20,5	50	9,1	20,5	-	100	Meslek n=354	Çiftçi	54,5	13,6	29,5	-	2,3	100
	Ev kadını	5,4	61,3	9,7	23,7	-	100		Ev kadını	55,9	5,4	34,4	3,2	1,1	100
	İşçi	17	48,9	10,6	21,3	2,1	100		İşçi	42,6	8,5	42,6	4,3	2,1	100
	Memur	1,5	53,8	23,1	21,5	-	100		Memur	5,3	5,3	61,4	25,8	2,3	100
	Esnaf	18,2	63,6	4,5	13,6	-	100		Esnaf	40,9	-	45,5	13,6	-	100
	Diğer	18,8	56,3	6,3	18,8	-	100		Diğer	43,8	-	43,8	6,3	6,3	100
Çoc.say n=323	En fazla 2	<i>p≥.05</i>						Çoc.say n=325	En fazla 2	24,1	5,8	51,8	16,8	1,6	100
	3 ve üzeri	<i>Anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.</i>							3 ve üzeri	50,7	6	36,6	3,7	3	100

Dört numaralı alt problemde sorulan soruya yanıt olarak sağlık kurumlarına başvurma ölçütlerinin gelir ve eğitim düzeyine ve yaşanan yere göre farklılık gösterdiği yanıtı verilebilir (bkz. Tablo 34 ve Tablo 35). Kentsel alanda yaşayanlar, eğitim ve gelir düzeyi yüksek olanlar daha hafif rahatsızlıklarda sağlık kuruluşlarına başvururken kırsal alanda yaşayanların, gelir ve eğitim düzeyi düşük olanların daha ağır hastalıklarda sağlık kuruluşlarına başvurdıkları gözlenmiştir.

Köy örnekleminin kronik hastalık sayısı (2,05) mahalle örnekleminin (1,73) ve üniversite örnekleminin (0,73) ortalamalarından daha fazla olduğu halde Tablo 35'te görüldüğü gibi düzenli kontrole gitme oranı diğer örneklem gruplarından düşüktür. Mahalle ve köy örnekleminde yer alanlar içinde sağlık kuruluşuna düzenli gittiğini belirtenlerin neredeyse tamamı kendi kararları üzerine değil, kalp, diyabet gibi hastalıkların doktor tarafından yapılan kontrolleri amacıyla gitmektedirler.

Kadınlar erkeklere, 66 yaş ve üzerindeki daha gençlere oranla sağlık kuruluşlarına daha acil durumlarda gitmektedirler. Bu durumun en önemli nedeni köy ve mahalle örneklemindeki kadınların ve yaşlıların (üniversite örnekleminde 66 yaşında veya daha yaşlı kimse yoktur) sağlık kuruluşlarına tek başlarına erişmelerinin zor olmasıdır. Bu durum, aşağıdaki ifadelerden de görülebileceği gibi köyde yaşayan kadınlar için özellikle ciddi sorunlar yaratmaktadır.

"Anca kan boşanırsa sağlık ocağına gidiyoz onu da götürün götürüyo götürün olmazsa gidemiyon benimki gibi." (köy, kadın)

"Bende şeker var ya, komaya girince anca götürürler hastanaya." (köy, kadın)

"Keşke ben ölsem de o kalsa. Yedi içti kodu gitti. Ben diyom daralıyom adam yavu beni bir Çifteler'e [hastaneye] götür zalım eline düştüğümü biliyo götürmüyo." (köy, kadın)

"Göndermiyorlar, para vermiyorlar, salmıyorlar da evden." (köy, kadın)

"...götüren olsa giderim hastaneye ama yok kimsem. ... çok ağırlaşırsam ... komşular götürür götürürse kim götürececek başka." (köy, kadın)

"Yok ki kimse götürvercek. ... ağır bişey olursa muhtara haber ederler, muhtar götürür herhal." (köy, kadın)

"Götüren olsa giderim doktora. Dünen nasıl bir öksürük tuttu. Bir ay oldu öksürüyom şeytan kulağına kurşun. Papatya çiçeği kaynattım da içtim." (köy, kadın)

“[Sağlıkla ilgili en önemli problemim] doktora gidememek. Gitsem derdime derman olacak. Çok ateşlendim, yakın bir yer olsaydı adam salmasa da kendim giderdim. Yoğurt yedim ateşim düşsün diye, elimi ayağımı suya çektim. Adam götürmüyor ...Sağlık ocağı doktoru ne verecek? ...” (köy, kadın)

“Doktor sevk etti, önüme düşüp götüren olmadı gidemedim. Başımda bir erkeğim olmayınca gidemedim.” (köy, kadın)

Bu bulgular kadınların kamusal alana erkeklerin izni ya da yardımı olmadan çıkamadıklarını ya da bu nedenlerle sağlık kurumlarına ulaşamadıklarını, sonuç olarak formal sağlık sistemlerini erkeklere oranla daha seyrek kullandıklarını gösteren çalışmaların (Tanner ve Vlassof, 1998; Baghadi, 2005) bulgularıyla ve Türkiye’de kadınların formal sağlık hizmetlerinden yararlanmasında eğitim düzeyinin ve yaşanan yerin (kır/kent) etkili olduğunu gösteren çalışmaların (Aslan vd., 2006) bulgularıyla örtüşmektedir. Ayrıca ev kadınlarının yaklaşık üçte ikisinin doktor/hastaneye ancak çok hastalanınca gitmesi, Aslan vd.’nin (2006) istihdam edilmiş olan ve sağlık sigortasına sahip olan kadınların sağlık hizmetlerinden daha sıklıkla faydalandıkları bulgusuyla da örtüşmektedir.

Sağlığa ilişkin tutumlarını öğrenmek amacıyla örnekleme dış doktoruna hangi durumda gittikleri ayrıca sorulmuştur. Bulgular örneklem genelinin üçte birinin (%33,6) dişçiye hiç gitmediğini, %6,2’sinin diş apse yaptığında, %46’sının diş ağrırsa gittiğini, %12,1’inin düzenli kontrole gittiğini göstermektedir, örneklemin %2’si de fikir belirtmemiştir. Tablo 34’te dişçiye gitme sıklığının ilişkili olduğu değişkenler belirtilmiş ve ilişkili değişkenlere ait veriler Tablo 35’te gösterilmiştir. Tablo 35’te görüldüğü gibi mahalle örnekleminde dişçiye hiç gitmeme oranı (%43,7) üniversite örnekleminin (%4,8) on katına yakındır, köy örnekleminde ise (%56,3) üniversite örnekleminin on katından fazladır. Yaş arttıkça dişçiye düzenli kontrole gitme oranı azalmakta ve hiç gitmeme oranı artmaktadır. Gelir açısından incelendiğinde 500 TL ve altı grubunun yarısından fazlası (%52,2) dişçiye hiç gitmediğini belirtirken 4501–550 TL grubunda dişçiye hiç gitmediğini belirten kimse yoktur, 5501 ve üzeri gelir grubunda ise bu oran %5,8’dir. Ortaokul ve altında eğitim görenler içinde dişçiye hiç gitmediğini belirtenlerin oranı (%53,3) lise ve üzerinde eğitim görenlerin oranının (%8,4) altı katından fazladır. Köy doğumlu olanlar içinde dişçiye hiç gitmeyenler (%48,3) daha büyük birimlerde doğanlar arasında dişçiye hiç gitmeyenlerin (%20,2) iki katından fazladır. Aynı durum yaşanan yer ve için de geçerlidir, kırsal alanda yaşayanlar

için dışçıye hiç gitmeyenlerin oranı (%56,3) kentsel alanlarda yaşayanlar içinde dışçıye hiç gitmeyenlerin oranının (%24,3) iki katından fazladır. Meslek grupları açısından bakıldığında da dışçıye hiç gitmediğini en çok belirtenler ev kadınları (%55,9) ve çiftçilerdir (%54,5).

Dışçıye hiç gitmeme oranının en yüksek olduğu köy örnekleminde dışçıye ne sıklıkla gidildiği sorusuna verilen yanıtlardan bazıları aşağıdadır:

“15 senedir gitmedim.” (köy)

“Diş taktırdım. Bir kere gittim.” (köy)

“Bi kere gittim, daha gitmem gari” (köy)

“Ömrümde gitmedim. İp dakıp çekiyoz” (köy)

“Bir gittim daha gitmiyom gari” (köy)

Mahalle ve köy örnekleminde hangi durumda, hastalıkla ilgili hangi koşullar söz konusuysa hastaneye gidilmesi gerektiği sorulmuştur. Bu soruya verilen yanıtlar incelendiğinde örneklem genelinin en çok yoğunlaştığı ilk iki kategori yüksek ateş ya da çok şiddetli ağrı nedeniyle yatağa düşüldüğünde (%43,3) ve kalp krizi, şeker koması gibi acil durumlarda (%24,3) olmuştur. Örneklemin %25,2'si ile en hafif rahatsızlıklarda bile gidilmesi gerektiğini, %4,8'i ameliyat gibi hastaneye yatmayı gerektiren durumlarda, %2,4'ü ise ayakta geçirmeye çalıştığımız hastalıklar birkaç gün içinde geçmediği takdirde hastaneye gidilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Hangi durumda hastaneye gidilmesi gerektiğine ilişkin düşünceler ile demografik ve ekonomik değişkenler (gelir, eğitim, yaş, cinsiyet, örneklem grubu, yaşanan yer, doğum yeri, meslek, çocuk sayısı, sosyal güvence tipi) ve algılanan sağlık statüsü arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p \geq 0,05$) görülmüştür. Bu düşüncelerle ilişkili olan tek değişken hasta olma sıklığıdır ($X^2(2, n=228)=4,10, p \geq 0,05$). En hafif rahatsızlıkta hastaneye gidilmesi gerektiğini düşünenlerin üçte ikisi (%66,7) ve ayakta geçirmeye çalıştığımız hastalıklar birkaç gün içinde geçmezse hastaneye gidilmesi gerektiğini düşünenlerin (%80) beşte dördü ayda birden daha seyrek hastalandığını belirtmektedir. Nispeten seyrek hasta olanlar için 'hastalık' normal bir durum ya da yaşamın bir parçası değildir, bu nedenle hastalık olarak görülen herhangi bir durumda hastaneye, 'hastalıkla ilgili kuruma' gidilmesi gerektiğini düşünmektedirler. Bununla birlikte,

en hafif rahatsızlıklarda bile doktora gidilmesi gerektiğini belirtenlerin önemli bir kısmı her türlü hastalığın başlangıcında hastaneye gidilmesi gerektiğini ifade ederken kendi içinde bulundukları durumda bunun mümkün olmadığını belirtmekte ve tutumları ile davranışları arasındaki farkı vurgulamaktadırlar. Bu durumu ifade edenlerden bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir:

“Zamanında gitmek şart da, burası dağ başı öyle zamanında gidemiyoruz.” (köy)

“Aslında baş dönme bulantı kusma bunlarda gitmek gerekir ama köylüyüz mecmur kalınca gidiyoruz.” (köy)

“En ufak bi rahatsızlıkta gitmek lazım ama o imkan yok. İlçe sekiz kilometre ötede, olsa bi hastane dikilirim hemen benim rahatsızlığım var diye ama nerdeee.” (köy)

“Rahatsızlandığında gitmek lazımdır ama köy yerinde olmuyor. Bizim bi dedemiz vardı ölürken gitti de hastaneye, ölüsü döndü zati, bi o zaman gördü hastaneyi.” (köy)

“Her zaman gitmek lazım bulursan sormak öğrenmek lazım, burada imkansızsın, yola gitmek para, ben burada doğur diyodum karılarıma, yol tehlikeli, buralar garip, Doğu gibi.” (köy)

“Çok hasta olmadan gitmek lazım ama ben tam yürüyemez hale geldim mi anca gidiyom” (köy)

“Aslında rahatsızlığı hissettin mi gitmen lazım sonra kendin çekiyosun. Sinüzitim vardı baktıramadım, ciğerlerime indi sekiz iğne oldum.” (mahalle)

Diğer taraftan daha sık hasta olanlar daha seyrek hasta olanlara oranla hastalığı nispeten normalleştirmekte ve ancak ağır ya da acil durumlarda hastaneye gidilmesi gerektiğini düşünmektedir. Hastaneye kanser gibi “büyük hastalıklar” ya da ameliyat olmak için gidilmesi gerektiğini düşünenlerin %60’ı ve hastaneye kalp krizi, şeker koması ya da kaza gibi acil durumlarda gidilmesi gerektiğini düşünenlerin de üçte ikisine yakını (%62,7) ayda bir ya da daha sık hastalandıklarını belirtenlerdir. Hastaneye gitmek için gerçekten ağır ya da acil bir duruma gelmenin gerekli olduğunu düşünenlerden bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir.

“Zor durumda kalırsan belki ağır, yatalak yoksa yok gitmezsin.” (köy)

“Kanser, verem olunca, şüphe edince gidilir. ...” (köy)

“Yatağa düşende iyice kalkamazsak gideriz mecburen. Ya ölecez ya kalacağız.” (köy)

“Çok acil mesela kalp krizi, tansiyon, trafik kazası gibi şeylerde” (köy)

“Herhangi bir kaza geçirmiş ya da yanmış, bir yerin yanar mesela” (mahalle)

“Çok acil tıbbi müdahale gerektirebilecek hastalıklar olabilir mesela apandistin patladığında gitmek zorunda kalırsın. Ama ateşim çıktığında gitmem mesela.” (mahalle)

“Ölümcül bir hastalıksa gidilmeli. Şimdi küçük bi başağrısıysa gitmem. Hastalığın derecesine göre” (mahalle)

“Bi trafik kazası bi de komaya düşersen” (mahalle)

“Ya bacağın kopacak ya ayağın kopacak çok zorun olunca. Öyle dedi bana doktor. Ben de öyle gidiyorum.” (mahalle)

“... çok acil olmazsa, komalık olmazsa gitmeyoz. İlaçlar dünya para tutuyor.” (mahalle)

“Çok acil durum hali yoksa adam kızar ... İlaç alacam para yok, herkesin ayrı hastalığı var kendime düşmüyo.” (mahalle)

Hastaneye ulaşım zorluğundan ya da ekonomik zorluklardan bahseden yanıtların yanında bazı cevaplayıcılar da aşağıdaki ifadelerde görüldüğü gibi hafif hastalıklarda doktora gitmeyi doktorları boş yere meşgul etmek olarak, diğer bir deyişle ahlaki olarak yanlış bir davranış olarak kodlamaktadırlar.

“Ya her grip olduğunda gidilmez kızım, buralar kış memleketi. Alışıcın. Gidilmez, hastalık çok olunca, öyle her zaman doktora gidilir mi?” (köy)

“Hafif bi ağrıyla değil de hakikaten hastaysa gitmesi lazım doktora çünkü ben doktora inanan bi insanım.” (mahalle)

“Her zaman gidince iyi de gidemiyoz. Valla bence [hastalık] az olduğu zaman meşgul etmemek lazım doktoru” (mahalle)

Bu veriler, bir yandan örneklemin bir kısmının hastalıkları bir dereceye kadar gündelik yaşamın bir parçası olarak gördüklerinin ve normalleştirdiklerinin işaretidir, diğer yandan ise hastaneye ekonomik nedenlerle de başvurulmadığını vurgulamaktadırlar. Nitekim sadece köy ve mahalle örneklemine “normalde hastaneye gitmeyip evde geçirdiğiniz hastalıkları, çok paranız olsaydı yine evde mi geçirirdiniz?” sorusu sorulmuş, köy örnekleminin %77,7’si, mahalle örnekleminin %78,6’sı (ortalama %78,2) böyle bir durumda hastaneye gideceğini belirtmiştir. Daha fazla parası olsaydı hastalıkları evde geçirip geçirmeme değişkeninin sadece gelir değişkeni ile ilişkili olduğu ($X^2(4, n=220)=10,24, p\leq.05$), örneklem grubu ($X^2(1, n=229)=,027, p\geq.05$), cinsiyet ($X^2(1, n=229)=,033, p\geq.05$), yaş ($X^2(2, n=228)=4,10, p\geq.05$), eğitim ($X^2(1, n=229)=1,34, p\geq.05$), doğum yeri ($X^2(1, n=229)=2,42, p\geq.05$), yaşanan yer ($X^2(1, n=229)=,027, p\geq.05$), meslek ($X^2(5, n=229)=2,89, p\geq.05$), çocuk sayısı ($X^2(1, n=213)=3,10, p\geq.05$) değişkenleriyle anlamlı bir ilişki içinde olmadığı gözlemlenmiştir. Aylık 2501 TL ve üzerinde geliri olanların tamamı parası olsaydı da hastalığını evde geçireceğini, hastaneye gitmeyeceğini belirtmiştir, bu grubun hastalıkları evde geçirme nedeni ekonomik nedenlerle sağlık

kuruluşuna başvuramama değildir. 1501–2500 TL gelir grubunun % 55,6’sı, 501–1500 TL gelir grubunun %80,2’si, 500 TL ve altı gelir grubunun ise %79,6’sı daha fazla parası olsaydı evde geçirdiği hastalıklar için hastaneye başvuracağını belirtmiştir. Daha fazla parası olsaydı hastalıkları evde geçirmeyip doktora gideceğini belirtenlerden bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir:

“Neden gitmeyim olsa? Ona da yetiremiyoruz. Kendimize bişi ayıramayız. Sağlık çok önemli. Kötü yapıyoruz. Canımıza yetse anca gideriz.” (köy)

“Para olsa neye gidem. Olsa çeker miyim? Olsa giderim. Bir aydır valla mayıstan beri bi yoğurt biber yiyom. Yiğenlerim var da allah canımı alsın paraları yok. Allahın gücüne gitmesin. Ellerim eğrilir kalpten.” (köy)

“Grip de olsak mutlaka param olsa burada sürüneceğime giderim.” (köy)

“Para oldu mu doktora giderim hastalığımı öğrenirim. Vücudumu ruhumu rahatlatırım. Ne olduğunu bilmeden çekmek daha kötü.” (köy)

“Giderdim tabi, ben iki günde bir kriz geçiriyom, doktora gitmeye imkan yok ki. Mecbur olmadan gidemiyoz paramız yok ki biz anca öldükten sonra doktorlara gideriz.” (köy)

“En yükseğe giderdim. Amerika’ya.” (köy)

“Tabii hep check-uptan geçerdim” (mahalle)

“Çok zenginsem giderim özele ne uğraşıcım.” (mahalle)

Bu soruya evde geçirdim şeklinde yanıt verenler ise buna gerekçe olarak evde geçirdikleri hastalıkların hafifliğini ve hastane ortamını göstermişlerdir. Verilen bu tip yanıtlardan bazıları aşağıdaki gibidir:

“Gitmem niye parayı doktora yedirecem doktordan fayda mı var. Kendim yerim, hastane hapisane gibi” (köy)

“Ne gerek var. Grip oluruz, novarjin içerek terleyerek atlatırız. Çok rahatsızlık olursa gideriz.” (köy)

“Mecbur kalmadıktan sonra doktora gitmem gerektiği yerde eczacıya giderim yetiyo.” (köy)

“Şahsıma sorarsan doktora gitmekten hiç hoşlanmam param da olsa. En çok sıkıntıyı o doktoru beklemekten alıyorum.” (köy)

“O kadar fazla ağır hasta olmadığım zaman gitmezdim. İnsan hastanede de fena oluyor biliyorsunuz.” (mahalle)

“Gitmem, hastaneye gittin mi kobay olursun” (mahalle)

“Onun parasızlıktan ilgisi yok. Nane limon kaynatırık içerik. Hiç gitmedim hastaneye.” (mahalle)

“Hastanede rezillik çekmektense evde geçirdim.” (mahalle)

Örneklemin büyük kısmının daha fazla parası olsaydı evde geçirdiği hastalıklar için hastaneye gitmeye yönelik eğilimi soyut bir değerlendirmeden çok mevcut

deneyimlere dayandığı söylenebilir, çünkü köy örnekleminin üçte ikisine yakını (%64,1), mahalle örnekleminin de yarısına yakını (%49,2) hastaneye ya da doktora gitmek için paraya ihtiyacı olduğu halde parasız olduğu durumları deneyimlediğini belirtmiştir.

Hastaneye ya da doktora gitmek için paraya ihtiyacı olup da parası olmama durumunu yaşama ile örneklem grubu ($X^2(1, n=229)=5,08, p\leq.05$), cinsiyet ($X^2(1, n=229)=12,13, p\leq.01$), gelir ($X^2(4, n=220)=17,13, p\leq.01$), eğitim ($X^2(1, n=229)=7,12, p\leq.01$), meslek ($X^2(6, n=229)=21,66, p\leq.01$) ve sosyal güvence türü ($X^2(5, n=229)=16,94, p\leq.05$) değişkenleri ilişkilidir, diğer taraftan yaş ($X^2(2, n=228)=4,02, p\geq.05$), doğum yeri ($X^2(1, n=229)=2,67, p\geq.05$), çocuk sayısı ($X^2(1, n=213)=1,78, p\geq.05$) değişkenleri ile ilişkili değildir.

Doktora ya da hastaneye gitmek için paraya ihtiyacı olduğu halde parasız olma durumunu yaşama oranı mahalle örnekleminde (%49,2) oranla köy örnekleminde (%64,1), erkeklere (%45) oranla kadınlarda (%67,9), lise ve üzeri eğitim görenlere (%33,3) oranla en fazla ortaokul mezunu olanlarda (%59,3) daha yüksektir. Gelir grupları açısından incelendiğinde 500 TL ve altı gelir grubunun üçte ikisi (%67,3), 501–1500 TL gelir grubunun yarısı (%50) ve 1501–2500 gelir grubunun onda biri (%11) doktora ya da hastaneye gitmek için paraya ihtiyacı olduğu halde parasız olduğu zamanların olduğunu belirtmiş, daha üst gelir gruplarındakilerin tümü ise böyle bir durumu hiç yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Meslek açısından incelendiğinde ev kadınlarının üçte ikisinden fazlası (%69,9) esnafların üçte ikisine yakını (%63,6), kendi hesabına çalışanların yarısı, çiftçilerin yarısından fazlası (%52,3), işçilerin %31,9'u ve memurların %28,6'sı doktora ya da hastaneye gitmek için paraya ihtiyacı olduğu halde parasız olduğu zamanlar yaşadığını belirtmektedir. Sosyal güvence türü açısından incelendiğinde SSK'lıların %42,5'i, Emekli Sandığı mensuplarının %42,9'u, hiçbir sosyal güvencesi olmayanların %54,8'i, Bağ-Kur'luların %63,4'ü ve Yeşil Kartlıların da %88,2'si doktora ya da hastaneye gitmek için paraya ihtiyacı olduğu halde parasız olduğu zamanlar yaşadığını belirtmektedir.

Örneklem grubunda doktora ya da hastaneye gitmek için paraya ihtiyacı olduğu halde parasız olduğu zamanların olduğunu belirtenlere bu sorunu nasıl

çözdükleri sorulduğunda %67,8'i borç bulduğunu ve/veya mallarını sattığını, %5,1'i kendisine ücretsiz sağlık hizmeti verecek bir kurum veya doktor bulduğunu, %1,7'si Yeşil Kart çıkarttığını, %25,4'ü ise sorunu çözemediğini, bu nedenle hastaneye ya da doktora gidemediğini belirtmiştir.

Sorunu çözemediğini, diğer bir deyişle para bulamadığı için hastaneye ya da doktora gidemediğini belirtenler incelendiğinde %40'ının köy, %60'ının mahalle örnekleminde olduğu, %70'inin kadın, %30'unun erkek olduğu, %96,7'sinin en fazla ortaokul mezunu olduğu, %70'inin köy doğumlu olduğu, %60'ının kentsel, %40'ının kırsal alanda yaşadığı, %63,3'ünün ev kadını, %16,7'sinin çiftçi, %10'unun işçi, %6,7'sinin esnaf, %3,3'ünün kendi hesabına çalışanlar olduğu, %47,5'inin Bağ-Kur'lu, %25'inin SSK'lı, %12,5'inin Yeşil Kartlı olduğu, %10'unun hiçbir sosyal güvencesi olmadığı ve %5'nini de Emekli Sandığı mensubu olduğu görülmektedir. Para bulamadığı için hastaneye ya da doktora gidemeyenlerin %60,7'si 500 TL ve altı gelir grubunda, %39,3'ü 501-1500 TL gelir grubundadır, bu yanıtı verenler içinde daha yüksek gelir kategorilerinden hiç kimse yoktur. Bu bulgu beş numaralı alt problemde sorulan sorunun yanıtını vermektedir. Cepten yapılan sağlık harcamaları ve sağlık kurumlarına ulaşım maliyeti gibi ek masraflar nedeniyle sağlık bakımı alamama oranı gelir düzeyine göre farklılık göstermekte, bu gibi masraflar nedeniyle sağlık bakımı alamama oranı düşük gelir gruplarında daha yüksek seyretmektedir.

Hastaneye/doktora gitmek için paraya ihtiyaç duyulduğunda çiftçiler hem köyde daha yoğun bir sosyal ağ içinde oldukları, hem de satabilecekleri hayvanlara sahip olabildikleri için borç bulmaları daha kolay olmaktadır. Köy örnekleminde borç bulabilen ya da mallarını satabilenlerin oranı %72,9 iken bu oran mahalle örnekleminde %62,7'ye gerilemekte ve para bulamadığı için doktora-hastaneye gidemeyenlerin oranı köy örnekleminde %20,3 iken mahalle örnekleminde %30,5'e yükselmektedir.

Aşağıdaki ifadelerden de görülebileceği gibi malların satılması uzun süreceği zaman ya da bu kaynaklar ihtiyacı karşılamayacak derece sınırlı olduğunda köy örneklemindekiler yakınlarından borç bulmaktadırlar.

"Eşten dosttan çözdük traktörümü sattım, öyle edemedim yetişmedi. 3 milyon 800 verdik hastayı bırakmadı. Partizandan birine söyledim hiç alakadar olmadı o da. Geri kalanı Bağ-Kur ödedi" (köy)

"Gomşudan ödünç borç aldık, yoğudu malımız satcak." (köy)

"Hastane dediğin komşudan alıyon eline geçince ona veriyon. Malı bulguru satacan da gidecen hastaneye yok parasını bulup." (köy)

"Ödünç aldık canımdan ileri mi dedik. Bir adama boyun büktük." (köy)

Satacak hayvanı ya da malı olmayanlar ve/veya borç bulabilecek sosyal ağlara erişemeyenler ise sorunu çözememektedirler. "Para bulamadığı" için sağlık kuruluşuna gidemediğini belirtenlerden bazılarının ifadeleri şöyledir:

"Gidemedim çektim durdum. Böbreklerimden rahatsızdım." (köy)

"Bıraktık geldik. Elde avuçta olmayınca n'aapçan?" (köy)

"Çok oldu, gitmedim mecbur, para olmayınca nereye gidecen." (köy)

"Parayı bulunca gittim. Epey gitmiyiverdim sözün gelimi." (köy)

"Param olduğunda gittim yani, gitmedim o zamana kadar bekledim. Şu an izinliyim mesela ameliyat olmam lazım ama olamıyorum yok para." (mahalle)

"Gitmemekle çözdüm, evde yattım hep." (mahalle)

"Evde geçiririm iyileşene kadar. Komşudan istemem öyle bir adetimiz yok. Bir hafta oldu ilaç alamadım, böbreklerim ağrıyor. Ama [borç] istemiyoruz" (mahalle)

"Birkaç gün erteliyosun paran oluncaya." (mahalle)

"Olmadı mı olmuyor, geçiştiriyoz, gitmedim mesela doktora" (mahalle)

Özellikle köy örnekleminde bulunanlar için yol parası, zaman zaman da ilçe veya kent merkezinde konaklama masrafları da sağlık hizmeti almayı engelleyen önemli sorunlardır. Aşağıda bu sorunlara değinenlerden bazılarının ifadeleri yer almaktadır:

"...12 tane iğne yazdı doktor bana, her gün vurulacam. ... İğneleri ödedi devlet ama burada iğne yapacak kimse yok. ... Her gün git gel günde on lira yol parası. İş gücü serdik onu demiyom bak. Sade yol parası yüz milyon ödedim ben. Yüz milyon diyor bak." (köy)

"Bana 12 iğne verdi doktor, arabaya 20 milyon para verdim. İğne yazarsa yaptırmam daha." (köy)

"Sabahın köründe biniyorum minibüse, ilçeye, oradan Eskişehir'e. Hastanede işin öğlene bitmedi mi beklemiyorum, son araba ikide. Geliyorsun sabah bi daha gidiyosun yine yol parası." (köy)

Bu yanıtlardan görüldüğü gibi doktora gitmek için paraya ihtiyacı olmak bir yandan sağlık kurumlarına verilecek ücreti, bir yandan da yol masraflarını içermektedir. Köy örnekleminin ortalama aylık geliri 473,11 TL'dir ve köyde yaşayanların neredeyse dörtte üçünün (%71,4) aylık geliri 500 TL'nin altındadır.

Mahalle örnekleminin ortalama aylık geliri 742,25 TL'dir ve bu grubun da üçte birinden fazlasının (%35,2) aylık geliri 500 TL'nin altındadır. Köy ve mahalle örnekleminin yarısından fazlasının (köy örnekleminin %64,1'i, mahalle örnekleminin %49,2'si, her iki grubun %55,9'u) sağlık hizmetlerine erişmek için paraya ihtiyaç duyduğu halde paralarının olmaması, mevcut gelir düzeyleri dikkate alındığında daha çarpıcı hale gelmektedir. Bu verilere Bağ-Kur'lu olan köy örnekleminin üçte birinin ödenmemiş primler nedeniyle Bağ-Kur'a borçlu oldukları bilgisi de eklendiğinde özellikle köy örnekleminde yer alanların sağlıkla ilgili sorunlarla karşılaştıklarında oldukça savunmasız oldukları görülmektedir.

Yapılan çeşitli çalışmalar cepten yapılan sağlık harcamalarının sağlık hizmetlerinden yararlanmak için başvuruda bulunma oranlarını düşürdüğünü göstermektedir. Cepten yapılan sağlık harcamaları katkı payı, katılım payı, sağlık kurumunda yapılan doğrudan ödemeler veya bıçak parası gibi enformel ödemeler şeklinde gerçekleşebilir. Eskişehir'de yapılan bir çalışmada (Çelikay, 2009) örneklemin %60'ının katılım payı uygulaması nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimin zayıflayacağını ve sağlık sorunlarının gizlenebileceğini düşündükleri ortaya konmuştur. Cepten yapılan sağlık harcamalarını karşılayamadıkları için Tacikistan'da nüfusun %33'ü (Falkingham 2004), Gürcistan'da ise %39'u (Gotsadze, 2005) sağlık bakımı almaya çalışmaktan vazgeçmektedir. Tatar vd.'nin (2007:1038) çalışması Türkiye'de de parasızlığın tedaviyi kesmenin başta gelen nedeni olduğunu, Yeşil Kartlıların %93,3'ünün, sigortalı nüfusun da %73,3'ünün tedavilerini parasızlık nedeniyle tamamlamadıklarını ortaya koymaktadır. Sağlık bakımının cepten yapılan harcamalara dayandığı gelişmekte olan ülkelerde özellikle kadınların ekonomik kaynaklara ulaşamadıkları için sağlık hizmetlerine erkeklerden daha az eriştikleri (Akbar Zaidi, 1996; Hanson 1999) belirtilmektedir. Her yıl dünyada sağlık hizmeti alan 150 milyon insan mali bir yük altına girmektedir (DSÖ, 2005:2). Türkiye'de sağlık sistemi sadece cepten yapılan harcamalara dayanmıyor olsa da sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçe, sosyal güvenlik primleri ve cepten yapılan harcamalara dayanmaktadır. Sağlık güvencesi olmayanların (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006b: 21), özürlü ve kronik hasta olan bireylerin (Stephanie ve Scholder, 2005: 137), kırsal kesimde

yaşayanların (Karan ve Garg, 2005: 345), sağlık statüsü kötü olanların (Liu v.d., 2005: 91, Sağlık Bakanlığı, 2006b: 25) ve yoksulların (gelirlerine oranla) (Sari vd., 2000: 37-39; Sağlık Bakanlığı, 2006b: 23) daha fazla cepten sağlık harcaması yaptıkları ve bu durumun düşük gelir grupları için sağlık eşitsizliklerini derinleştirdiği (Başara ve Şahin, 2008:321; Liu vd., 2005: 70) bilinmektedir. Bu bulgulara paralel olarak bu araştırmanın bulguları da cepten yapılan sağlık harcamalarının ve ulaşım maliyeti gibi ek masrafların özellikle kadınları ve düşük statü gruplarını etkilediğini ve bu grupların sağlık hizmeti almaya çalışmaktan vazgeçmesine neden olduğunu göstermektedir.

3.4.4. Doktordan utanma tutumu

Köy ve mahalle örnekleme doktordan utanmakla ilgili bir dizi soru sorulmuştur. Altı numaralı alt problemde sorulan sorunun yanıtı olarak doktor muayenesinden utanma tutumunun cinsiyete, gelir ve eğitim düzeyine ve yaşanan yere göre farklılık gösterdiği söylenebilir (bkz. Tablo 36). Kadınlar erkeklere, kırsal alanda yaşayanlar kentsel alanda yaşayanlara ve düşük eğitim düzeyine sahip olanlar daha yüksek eğitim görmüş olanlara oranla doktordan daha fazla utanmaktadırlar (bkz. Tablo 37).

Tablo 36: Doktordan Utanmaya İlişkin Değişkenlerle Seçilmiş Değişkenler Arasındaki İlişki

	Gideceği doktorun cinsiyetine dikkat etme				Doktora muayene olurken utanma				Doktor karşı cinstense muayene olurken utanma				Jinekoloji / bevlıye muayenesinden utanma			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örneklem gr.	229	1,71	1	≥.05	228	2,05	1	≥.05	228	7,50	1	≤.05*	217	,135	1	≥.05
Cinsiyet	229	7,57	1	≤.05	228	28,37	1	≤.01**	228	26,12	1	≤.01	217	32,35	1	≤.01
Yaş	228	,644	2	≥.05	227	1,18	2	≥.05	227	2,01	2	≥.05	216	,697	2	≥.05
Gelir	220	,429	4	≥.05	219	7,07	4	≥.05	220	8,24	4	≥.05	208	8,26	4	≥.05
Eğitim	229	3,35	1	≤.05	228	11,64	1	≤.01	228	14,96	1	≤.01	217	3,64	1	≤.05
Doğum yeri	229	,03	1	≥.05	228	2,96	1	≥.05	228	,84	1	≥.05	217	1,92	1	≥.05
Yaşanan yer	229	1,71	1	≥.05	228	2,05	1	≥.05	228	7,50	1	≤.01	217	,135	1	≥.05
Meslek	229	11,87	5	≤.05	228	27,56	6	≤.01	228	32,12	5	≤.01	217	21,0	5	≤.01
Çocuk sayısı	213	,32	1	≥.05	212	2,04	1	≥.05	212	3,94	1	≤.05	201	,02	1	≥.05

* α =.05 için anlamlıdır.

** α=.01 için anlamlıdır.

Tablo 37'de görüldüğü gibi genel olarak gidecekleri doktorun cinsiyetine dikkat edip etmedikleri sorulduğunda örneklem genelinin %23,1'i dikkat ettiğini, %76,9'u ise dikkat etmediğini belirtmiştir. Doktora muayene olmaktan utanıp

utanmadıkları sorulduğunda örneklem genelinin %65,8'i utanmadığını, %34,2'si utandığını belirtmiştir. Doktor karşı cins olduğu takdirde utandığını belirtenlerin oranı %42,5, utanmadığını belirtenlerin oranı %57,5'tir. Cevaplayıcıların cinsiyetine göre jinekoloji ya da bevlıye doktorundan utanıp utanmadıkları sorulduğunda da örneklemin %67,3'ü utanmadığını, %32,7'si utandığını belirtmektedir.

Tablo 37: Doktordan Utanma Değişkenlerinin Cinsiyet, Eğitim ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımları

%		Doktora giderken doktorun cinsiyetine dikkat eder misiniz? n=229			Doktora muayene olurken utanır mısınız? n=228			Doktor karşı cinsiniz ise muayene olurken utanır mısınız? n=228			Jinekoloji / bevlıye doktoruna muayene olurken utanır mısınız? n=217		
		Ederim	Etmem	Toplam	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Toplam
Örneklem Geneli		23,1	76,9	100	34,2	65,8	100	42,5	57,5	100	32,7	67,3	100
Cinsiyet	Erkek	15,8	84,2	100	18,3	81,7	100	26,7	73,3	100	15,2	84,8	100
	Kadın	31,2	68,8	100	51,9	48,1	100	60,2	39,8	100	51,4	48,6	100
Eğitim	Orta.ve altı	25,1	74,9	100	38,4	61,6	100	47,5	52,5	100	35,1	64,9	100
	Lise ve üzeri	10	90	100	6,7	93,3	100	10	90	100	17,2	82,8	100
Meslek	Çiftçi	20,5	79,5	100	29,5	70,5	100	43,2	56,8	100	21,4	78,6	100
	Ev kadını	32,3	67,7	100	51,1	48,9	100	60,9	39,1	100	53,3	46,7	100
	İşçi	19,1	80,9	100	21,3	78,7	100	23,4	76,6	100	19	81	100
	Memur	-	100	100	-	100	100	28,6	71,4	100	14,3	85,7	100
	Esnaf	22,7	77,3	100	36,4	63,6	100	40,9	59,1	100	20	80	100
	Diğer	-	100	100	-	100	100	-	100	100	6,3	93,8	100

Eğitim düzeyi daha detaylı bir şekilde incelendiğinde üniversite mezunlarının hiçbirinin doktora muayene olmaktan utanmadığı, lise mezunlarının %7,4'ünün, ortaokul mezunlarının %30'unun, ilkokul mezunlarının %35,5'inin, diplomasız okuyazarların %50'sinin ve okuyazar olmayanların %54,2'sinin utandığı görülmektedir. Doktor karşı cins olduğu takdirde muayene olurken üniversite mezunlarının hiçbirisi utanmamakta, lise mezunlarının %11,1'i, ortaokul mezunlarının %35'i, ilkokul mezunlarının %45,3'ü, diplomasız okuyazarların %62,5'i ve okuyazar olmayanların %60,9'u utanmaktadır. Jinekoloji ve bevlıye doktorlarına muayene olurken de üniversite mezunlarının hiçbirisi utanmamakta, lise mezunlarının %19,2'si, ortaokul mezunlarının %20'si, ilkokul mezunlarının %32,1'i, diplomasız okuyazarların %53,3'ü ve okuyazar olmayanların %54,5'i utandığını belirtmektedir.

Doktor karşı cinsse muayeneden utanma tutumu ayrıca örneklem grubuyla ($X^2(1, n=228)=7,50, p\leq.05$) ve yaşanan yerle ($X^2(1, n=228)=7,50, p\leq.01$) ve çocuk sayısı ile ($X^2(1, n=212)=3,94, p\leq.05$) da ilişkilidir. Bu ilişkiler incelendiğinde köy örnekleminin doktor karşı cinsse muayeneden utanma oranının (%52,4) mahalle örnekleminin oranından (%34,4), kırsal alanda yaşayanların doktor karşı cinsse muayeneden utanma oranının (%52,4) kentsel alanda yaşayanların oranından (%34,4) ve üç ve daha fazla çocuğu olanların doktor karşı cinsse muayeneden utanma oranının (%50,8) iki veya daha az çocuğu olanların oranından (%36,9) daha yüksek olduğu görülmektedir. Kadınların hem doktorun cinsiyetine erkeklerin iki katı kadar daha fazla dikkat etmesi, hem de muayene olurken doktordan erkeklere oranla daha fazla utanmaları bulguları, kadınların özellikle kadın doğum alanında kadın doktorları tercih ettiğini (Ahmed vd., 2003; Phillips ve Brooks, 1998; Chapple vd., 1998) gösteren çeşitli çalışmaların bulgularıyla paralellik göstermektedir, bu çalışmalar buna ek olarak ve sağlık sistemleri tarafından bu talebin yeterince karşılanmadığını da göstermektedirler.

Farklı örneklem gruplarının doktordan utanma düzeylerinin farklılık göstermesi Foucault'nun beden parçalarının nesneleştirilmesi kavramı çerçevesinde açıklanabilir. Foucault, okullarda yazı yazmanın belirli bir şeklinin öğretilmesi, düzenli ordularda bir emirle bütün askerlerin aynı hareketi yapabilmeleri gibi örneklerde olduğu gibi bedenin disipline edilmesi, biyo-iktidarın işleyebilmesi için bedenin parçalara, genel kategorilere ayrılması gerektiğini, bunun da 'bedenin araçsal kodlanması' (Foucault, 1977:153), yani bedenin kullanılacak parçaları ile kullanılacak araçların birbirinden ayrılması ile mümkün olduğunu belirtir. Buna ek olarak hastalar hastanelerde kişiliklerini yitirecek şekilde birer vaka haline gelmektedirler, modern hastaneler hastaları sayılar, dosyalar haline getirip kayıt altına aldıkça tedavi edici alanı yönetim ve politika alanı haline getirmiş olurlar, bedenleri, hastalıkları, semptomları bireyselleştirirler (Foucault, 1977:144). Foucault, tıbbi muayenenin her bir bireyi bir 'vaka'ya dönüştürdüğünü, muayenenin bireyi bilginin ve iktidarın nesnesi haline getirme prosedürlerinin merkezinde olduğunu belirtir. Hiyerarşik gözetimi ve normalleştirme yargılarını birleştirerek tıbbi muayene hücresel, organik, genetik

bireyselliği üretir (Foucault, 1977:191), disiplin prosedürlerinin merkezinde tıbbi muayene nesne olarak görülenleri özneleştirir (bedenin parçalarını bedenden ayrı olarak görerek) ve özne olanı (insanı, insan davranışını) da nesneleştirir (Foucault, 1977:184, 304). Muayene ve ameliyatlarda hastanın tıbbi konu olan bölgesinin açık bırakılarak geri kalanın örtülmesi, bir yandan organı bedenin bütününden ayırarak nesneleştirmekte, bir yandan da tıbbin alanının sınırlarını çizmektedir. Modern toplumun bu anlayışını benimseyebilmek için de biyomedikal bakış açısını benimseyerek organları bedenden, bedeni de zihinden ayırtırmayı başarmak gerekir. Bu bir kez başarıldığında birey hem bedeninde doktorların müdahale ettiği kısmı muayene veya ameliyat süresince kendi benliğinden dışlayabilmiş hem de örtülü olan kısımları üzerinden mahremiyetini koruduğuna ikna olmuş olur, böylece doktordan utanması için bir gerekçe kalmaz.

Başka bir deyişle üniversite mezunları bedenlerinin parçalarını nesneleştirmekte, muayenehane sınırları içinde bu parçaları/organları kendi bireyselliklerinden bağımsız nesneler olarak gör/ebil/mektedirler. Diğer taraftan okuryazar olmayanlar için bedenin tamamı zihni de içeren bir bütün olarak algılanmakta, bu nedenle üniversite mezunlarının bozuk parçaları/organları doktorun muayenesinin nesnesi iken okuryazar olmayanlar bu nesneleştirmeyi yapmadıkları zaman bütün varlıklarını doktorun muayenesine sunmaktadırlar.

Doktordan utanmanın ciddi tıbbi sorunları olan insanların bile sağlık bakımına başvurmalarını engelleyebileceği çeşitli çalışmalarda (Shaw vd., 2000; Shinn et al., 2004) ortaya konmuştur. Özellikle jinekoloji veya üroloji gibi doğası gereği yakın bir doktor-hasta ilişkisi gerektiren muayeneler (Shaw vd., 2000) bireylerde utanma ve endişe hisleri yaratmaktadır (Shaw vd., 2000). Bu utanç muayene sırasında yabancıların bulunması gibi nedenlerle mahremiyetlerini kaybetmekten (Shaw vd., 2000), aynı ya da karşı cins doktorun genital organlarına dokunmasından (Shaw vd., 2000; Gascoigne vd., 1999) ya da hastalık hastası gibi görünmekten (Gascoigne vd., 1999) endişe ettikleri için ortaya çıkmaktadır. Utanç duygusu bireyler diğerleri tarafından olumsuz ya da istenmeyen bir şekilde değerlendirilmekten (Miller, 1996) veya bir toplumsal normu çiğnediklerinin düşünülmesinden (Keltner ve Anderson, 2000) korktukları

zaman ortaya çıkmaktadır. Diğer bir deyişle utanma, bireylerin kendilerini sunma biçimleri ile kendini sunma konusunda algılanan sosyal standartlar arasındaki uyumsuzluktan (Edelmann, 1985) kaynaklanmaktadır. Kendini sunma konusunda algılanan sosyal standartlar, diğer bir deyişle normalleştirici yargılar modern toplumda her yerdedir. Öğretmen-yargısı, doktor-yargısı gibi çok sayıda yargılama mekanizmasının hakim olduğu modern toplumda her bireyin kendisi, bedenini, davranışları, eğilimleri normatif yargılara maruz kalmıştır (Foucault, 1977:304). Foucault'nun bahsettiği bu yargılar, muayene sırasında doktor ve hasta arasındaki hiyerarşik ilişkide de işleyerek yukarıda anılan çalışmaların gösterdiği izlekler üzerinden utanç duygusuna dönüşmektedir.

Bu noktada örneklem içinde doktordan utanma oranlarının farklılık göstermesi anlam kazanmaktadır. Çünkü doktorun kendisini olumsuz değerlendireceğinden, kendilerini sunma biçimleri ile doktorun sosyal standartları arasında uyumsuzluk olacağından endişe ederek doktordan utandığını belirtenler özellikle ev kadınları, okuryazar olmayanlar ve eğitim düzeyi düşük olanlardır. Üniversite mezunu olan hiç kimsenin doktora muayene olmaktan utanmaması, bedenlerini modern tıbbın öngördüğü gibi nesneleştirebilmelerinin yanı sıra kendi statüleri ile doktorun statüsü arasında büyük bir uçurum görmemelerinden de kaynaklanmaktadır. Yarisından fazlası doktora muayene olmaktan utanan okuryazar olmayanlar için doktor eğitim, gelir, meslek, statü açısından ulaşılmaz bir yerde dururken üniversite mezunlarının doktorları hizmet sektörü çalışanları, vasıflı beyaz yakalı personel olarak görme ihtimali daha yüksektir. Ayrıca üniversite mezunu olanlar, modern eğitim ile aktarılan ve desteklenen doktordan utanmamak gerektiği normuna uymakta, okuryazar olmayanlar ise aksine utanma normuna uymaktadır.

3.4.5. Gebelik, doğum ve çocukların aşıları

Köy ve mahalle örnekleme gebelik ve doğum koşulları ile ilgili bir dizi soru sorulmuştur*. Yedi numaralı alt problemde sorulan sorunun yanıtı olarak örnekleme yer alan kadınların ortalama gebelik sayılarının, doğumdan önce sağlık bakımı alma ve doğumu hastanede yapma oranlarının yaşanan yerin niteliğine, gelire ve eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği söylenebilir.

Tablo 38: Gebelik ve Doğumla İlgili Seçilmiş Değişkenlerin Diğer Değişkenlere Göre Gösterdiği Farklılık

	Geçirilen gebelik sayısı				Yapılan doğum sayısı				Gebelikte gidilen doktor kontrolü sayısı				İlk çocuğu doğurma yaşı ⁵⁵			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örn. gr.	220	35,290	1	≤.01**	213	45,99	1	≤.01	216	18,36	1	≤.01	138	35,19	2	≤.01
Yaş	219	70,48	2	≤.01	212	57,92	2	≤.01	212	56,71	2	≤.01	138	3,55	2	≥.05
Gelir	211	17,78	3	≤.01	204	12,93	2	≤.01	228	233,41	6	≤.01	128	30,62	5	≤.01
Meslek	220	24,28	5	≤.01	213	20,47	5	≤.01	213	233,9	5	≤.01	138	37,25	3	≤.01
Sosyal gv.	220	31,360	5	≤.01	213	39,95	5	≤.01	342	209,54	5	≤.01	128	30,99	4	≤.01
	n	z	p		n	z	p		n	z	p		n	z	p	
Eğitim	220	-5,202	≤.01		213	-3,543	≤.01		208	-4,917	≤.01		138	-5,877	≤.01	
Doğum y.	220	-4,066	≤.01		213	-4,035	≤.01		208	-4,102	≤.01		137	-4,224	≤.01	
Yaş. yer.	220	-5,941	≤.01		213	-6,782	≤.01		208	-5,173	≤.01		138	-2,032	≤.05	
Çocuk s.	212	-9,248	≤.01		211	-11,150	≤.01		205	-6,078	≤.01		138	-4,939	≤.01	

* α=.05 için anlamlıdır.

**α=.01 için anlamlıdır.

Tablo 39: Gebelik ve Doğumla İlgili Seçilmiş Değişkenlerin Diğer Değişkenlerle İlişkisi

	Gebelik kontrolünde tercih edilen kurum				Doğumun yapıldığı yer				Doğuma yardım edenler				Çocukların aşılarını zamanında yaptıрма			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örn.gr.	111	16,51	7	≤.01**	206	63,46	2	≤.01	106	8,97	3	≤.05*	215	36,01	5	≤.01
Yaş	111	22,91	14	≥.05	205	41,71	4	≤.01	105	8,49	6	≥.05	214	22,32	10	≤.05
Gelir	107	33,62	14	≤.01	197	25,77	4	≤.01	101	6,67	6	≥.05	206	28,10	15	≤.05
Eğitim	111	21,50	7	≤.01	206	16,45	2	≤.01	106	1,39	3	≥.05	215	10,24	5	≥.05
Doğ.yeri	111	13,96	7	≥.05	206	23,84	2	≤.01	106	13,13	3	≤.01	215	9,31	5	≥.05
Yaş. yer	111	16,51	7	≤.05	206	63,46	2	≤.01	106	8,97	3	≤.05	215	36,01	5	≤.01
Meslek	111	28,76	35	≥.05	206	44,39	10	≤.01	106	14,13	15	≥.05	215	43,27	25	≤.05
Çoc.say	111	10,70	7	≥.05	206	50,02	2	≤.01	106	6,01	3	≥.05	208	22,84	5	≤.01

* α=.05 için anlamlıdır

**α=.01 için anlamlıdır.

* Üniversite örnekleminde yer alan kadınların ve bu örneklemdaki erkeklerin eşlerinin doğumlarını evde, komşuların yardımıyla gibi zor koşullarda yapma ihtimallerinin çok düşük olduğu varsayılmış, bu nedenle gebelik ve doğumla ilgili sorular köy ve mahalle örnekleme sorulmuştur.

⁵⁵ İlk doğumun yapıldığı yaş verisi sadece kadınlar için geçerlidir.

Tablo 38 ve Tablo 39'da görüldüğü gibi geçirilen gebelik sayısı, yapılan doğum sayısı, gebelikte doktor muayenesine gitme sıklığı, gebelik kontrolü için tercih edilen kurum, doğum yapılan yer, sağlık kuruluşunda yapılmadıysa doğuma kimin yardım ettiği ve çocukların aşılarını zamanında yaptıрма değişkenleri birçok değişkenle ilişkilidir. Gebelik sayısı ortalamasının en yüksek olduğu kategoriler (bkz. Tablo 41) sırasıyla 61 yaş ve üzerinde olanlar (ortalama 6,81 gebelik), okuryazar olmayanlar (6,54), çiftçiler (6,45), üç ve daha fazla çocuğu olanlar (6,43), kırsal alanda yaşayanlar (6,31) ve köy örnekleimidir (6,81). Köy örnekleminde ilk çocuğunu 18 yaşında veya daha genç doğuran kadınların oranı %14,9'dur, aynı oran mahalle örnekleminde %16,1'dir, üniversite örnekleminde ise hiçbir kadın 18 yaşında veya daha önce doğum yapmamıştır. Köy örneklemindeki kadınların yarısından fazlası (%51,1), mahalle örneklemindeki kadınların yaklaşık üçte ikisi (%62,5), üniversite örneklemindeki kadınların ise sadece %5,7'si ilk çocuklarını 22 yaşından önce doğurmuştur.

Bu veriler Türkiye genelinde yüzde 70'inin 30 yaşından önce meydana geldiğini ortaya koyan TNSA (2009:60-61) verileriyle örtüşmektedir. Erken yaşta çocuk doğurmak bir yandan daha geç yaşta başlayan doğumlara oranla daha geniş ailelerin oluşmasına neden olmakta, diğer yandan kadınların eğitimlerine devam etme ya da işgücüne katılma olasılıklarını azaltmaktadır (TNSA; 2009:71).

Türkiye'deki ilk doğum yaşı medyanı son beş yıl içinde yükselmiş ve 25-49 yaş arasındaki kadınlar için 22,3'e ulaşmıştır (TNSA; 2009:71). TNSA (2009:72) ilk doğum yaşı medyanının kırsal alanda yaşayanlarda kentsel alanda yaşayanlarıkinden daha yüksek olduğunu, eğitim ve refah düzeyi daha yüksek olan kadınlarda ilk doğum yaşı medyanının eğitim ve refah düzeyi daha düşük olan kadınlardan daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu araştırmada 25-49 yaş arasındaki kadınların ilk doğum yaşı medyanı 24'tür. Bu yaş grubu içindeki kadınlardan kırsal alanda yaşayan kadınların ilk doğum yaşı medyanı 22, kentsel alanda yaşayan kadınlarınsı ise 27'dir.

Yaş grupları dikkate alınmaksızın çocuk sahibi olan kadınlar incelendiğinde kırsal alanda yaşayan kadınların (n=47) ilk doğum yaşı 13-37 arasında değişmektedir, ortalaması 22,96, medyanı 22'dir. Kentsel alanda yaşayan kadınların ise (n=91) ilk doğum yaşı 15-40 arasında değişmektedir, ortalaması

24, medyanı 25,47'dir⁵⁶. Bu bulgu doğurganlık düzeyinin kırsal alanlarda, kentsel alanlara göre daha yüksek olduğunu belirten TNSA (2009) verileriyle örtüşmektedir. Yine TNSA'nın (2009) bulgularına benzer şekilde eğitim ve gelir düzeyi arttıkça ilk doğum yaşı medyanının yükseldiği görülmektedir. Eğitim açısından incelendiğinde ilk doğum yaşı medyanı (ve ortalaması) okuryazar olmayanlarda 24 (23,74), diplomasız okuryazarlarda 24 (24,18), ilkokul mezunlarında 21 (22,19), ortaokul mezunlarında 26 (24,83), lise mezunlarında 23 (23,33) üniversite mezunlarında 29 (29), lisansüstü eğitim görenlerde de 28 (29,54)'dir. Gelir açısından incelendiğinde de ilk doğum yaşı medyanı (ve ortalaması) en düşük gelir kategorisinde 22 (23), en üst gelir kategorisinde 28,50 (29,94)'dir.

Yoksullukla (Gold vd.2002:79), refahla ve eğitimsizlikle (TNSA, 2009:73) ilişkili olduğu bilinen ve kadınların hastalanma sıklıklarını artırdığı gibi eğitim almalarını ve işgücüne katılmalarını da engelleyen adölesan doğurganlığı bu araştırmada (%16,7) Türkiye ortalamasından (%51) (DSÖ, 2009:19) daha düşük, ancak Eskişehir'in içinde bulunduğu Doğu Marmara Bölgesi ortalamasından (%2,5) (TNSA, 2009:73) daha yüksek bulunmuştur. Türkiye genelinde okuryazar olmayanlarda adölesan annelerin oranı %5,5, lise ve üzeri eğitim almış olanlarda %2,6'dır (TNSA, 2009:73). Hane halkı refah düzeyinin en düşük olduğu grupta adölesan annelerin oranı %8-11 arasında değişmekte, en yüksek olduğu grupta ise %2 civarında kalmaktadır (TNSA, 2009:73-74). TNSA (2009) bulgularına paralel olarak bu araştırmada adölesan doğurganlığı oranı okuryazar olmayanlarda %26,3, diplomasız okuryazarlarda %27,3, ilkokul mezunlarında %14,3'tür, daha yüksek eğitim kategorilerinde ise 18 yaş altında doğum yapan hiçbir kadın yoktur. Gelir grupları açısından incelendiğinde de aylık 500 TL veya daha az kazanan kadınların %15,1'inin, 501-1500 TL arasında kazanan kadınların %23,3'ünün 18 yaşın altında doğum yaptığı gözlenmiş, daha üst gelir kategorilerinden hiçbirinde 18 yaşın altında doğum yapan kadın olmadığı görülmüştür. Adölesan doğurganlığı kırsal alanda

⁵⁶ Mahalle örneklemindekilerin (n=56) ilk doğum yaşı 15-38 arasında değişmektedir, ortalaması 22,93, medyanı 21,50'dir. Üniversite örneklemindekilerin (n=35) ilk doğum yaşı 21-40 arasında değişmektedir, ortalaması 29,54, medyanı 28'dir.

yaşayan kadınlarda %19,1, kentsel alanda yaşayan kadınlarda ise %14,3'tür. İlk doğum yaşı ile ve adölesan doğurganlık oranı ile ilgili bulgular kırsal alanda yaşayan eğitimsiz ve yoksul kadınların daha erken yaşta çocuk doğurmaya başladıklarını göstermektedir. Erken yaşta doğum yapmaya başlamak bu kadınların bundan sonra eğitim almalarını ve işgücüne katılmalarını zorlaştıracak, yani eşitsizlikler nedeniyle erken yaşta üstlendikleri çocuk bakımı bu eşitsizliklerin devam etmesini sağlayacaktır.

Tablo 40: Doğumun Yapıldığı Yerin Örnekleme Dağılımı

%		Doğumun yapıldığı yer				
		n	Evde	Hastanede	Bazılarını evde bazılarını hastanede	Toplam
Örneklem geneli		206	46,6	48,1	5,3	100
Örn. grubu	Köy	93	76,3	18,3	5,4	100
	Mahalle	113	22,1	72,6	5,3	100
Yaş	-40	50	14	78	8	100
	41-60	80	42,5	52,5	5	100
	61+	75	72	24	4	100
Gelir	-500	104	61,5	31,7	6,7	100
	501-1500	85	30,6	64,7	4,7	100
	1501-2500*	8	12,5	87,5	-	100
Eğitim	Okuryazar değil	23	73,9	17,4	8,7	100
	Okuryazar	16	68,8	18,8	12,5	100
	İlkokul m.	130	50,8	46,2	3,1	100
	Ortaokul m.	16	6,3	87,5	6,3	100
	Lise m.	19	5,3	84,2	10,5	100
	Üniversite m.	2	-	100	-	100
Doğum yeri	Köy	145	57,2	37,2	5,5	100
	Köyden büyük	61	21,3	73,8	4,9	100
Yaşanan yer	Kırsal	93	76,3	18,3	5,4	100
	Kentsel	113	22,1	72,6	5,3	100
Meslek	Çiftçi	43	76,7	23,3	-	100
	Ev kadını	88	51,1	43,2	5,7	100
	İşçi	37	24,3	73	2,7	100
	Memur	7	71,4	-	28,6	100
	Esnaf	20	35	60	5	100
Çocuk sayısı	En fazla 2	80	17,5	78,8	3,8	100
	3 ve üzeri	126	65,1	28,6	6,3	100

Sağlık Bakanlığı'nın yönergelerinde "Gebelik sayısı ne olursa olsun, doğum mutlaka bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmelidir. Ancak zorunlu hallerde sağlık personeli yardımı ile evde gerçekleştirilebilir." ifadesi bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010:33). TNSA (2009:150) sonuçlarına göre sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğum oranlarında son beş yılda bir yükselme gözlenmiş ve ülke genelinde kadınların %90'ı doğumlarını sağlık kuruluşlarında gerçekleştirmişlerdir. 35 yaşın altındaki kadınlar 35 yaşın üzerindeki kadınlara

oranla, kentsel alanda yaşayan kadınlar kırsal alanda yaşayan kadınlara, eğitim ve refah düzeyi yüksek olan kadınlar düşük olan kadınlara oranla doğumlarını daha yüksek oranda sağlık kurumlarında yapmaktadırlar. Sağlık kuruluşu dışında gerçekleşen doğumların neredeyse hiçbirinde doktor yardımı alınmamıştır ve sadece yüzde 16'sında hemşire/ebe bulunmuştur (TNSA, 2009:152).

Tablo 40'ta görüldüğü gibi köy ve mahalle örnekleminde doğumlarının tamamını hastanede yapanlar örneklemin yarısından azdır (%48,1). Çiftçilerin (%76,7), ve kırsal alanda yaşayanların (%76,3) dörtte üçünden fazlası doğumların tamamının evlerinde gerçekleştiğini belirtmişlerdir. Gelir ve eğitim düzeyi yükseldikçe doğumu evde yapma oranı azalmaktadır. Doğumu evde yapanlara kimlerin yardım ettiği incelendiğinde, örneklem genelinde %68,9'una ebe, %17'sine komşuları, %2,8'ine akrabaları yardım etmiş, %11,3'ü ise hiç kimseden yardım almadan tek başlarına doğum yapmıştır. Doğumu kendi kendilerine yaptıklarını belirten kadınlar ancak bir sorun olduğu takdirde ebeye başvurduklarını ifade etmişlerdir. Yardım almadan doğum yapan kadınlardan bazılarının ifadeleri aşağıdadır.

“Evde kendim. O zaman ebe-doktor yoktu burda.” (köy, 8 gebelik, 1 düşük)

“Evde yaptım göbek bağına kesçek [kimse] yoktu.” (mahalle, 12 gebelik, 4 düşük)

“Evde kendim leğene doğurdum. Ölüyü ebe doğurdu.” (köy, 8 gebelik, 1 düşük)

Dünyada meydana gelen doğumların üçte biri evde vasıflı bir sağlık personeli olmadan gerçekleşmekte, ancak bu doğumların büyük kısmı az gelişmiş ülkelerde meydana gelmekte, gelişmiş ülkelerdeki doğumların ise %99'u vasıflı sağlık personeli eşliğinde gerçekleşmektedir (DSÖ, 2008). DSÖ (2010) yeni doğan ve ana ölümlerini azaltmak için bütün doğumların vasıflı personel eşliğinde gerçekleştirilmesi gerektiğini savunmakta ve vasıflı sağlık personeli eşliğinde doğum oranlarını sağlık alanındaki iyileştirmeyi ölçmek için bir gösterge olarak kullanmaktadır. DSÖ (2010) doğumda kadınlara yardımcı olan geleneksel ebeleri vasıflı personel olarak görmemekte, ancak uygun eğitim gören ve akredite olmuş personeli vasıflı personel olarak nitelendirmektedir.

TNSA (2009:143) verilerine göre Türkiye'de kadınların %92'si araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinin (doktor ve hemşire/ebe) doğum öncesi bakım almış, bunların da neredeyse tamamı bu bakımı doktordan almıştır. Yine TNSA sonuçlarına (2009:144) göre 35 yaşın altındaki kadınların doğum öncesi bakım alma oranı, 35 yaşın üzerindeki kadınlara oranla daha yüksektir. Doğum öncesi bakım alma oranları yaşı yanı sıra eğitim, refah ve yaşanan yerin niteliği ile de ilişkilidir, kentsel alanlarda yaşayan kadınların doğum öncesi bakım alma oranları kırsal alanda yaşayan kadınlara oranla yaklaşık üç kat daha yüksektir; eğitim düzeyi yüksek kadınlar eğitim düzeyi düşük olanlara oranla, refah düzeyi yüksek olan kadınlar da refah düzeyi düşük olanlara oranla daha yüksek oranda doğum öncesi bakım almaktadırlar (TNSA, 2009:144).

Tablo 41: İlişkili Değişkenlere Göre Gebelik, Düşük, Doğum, İlk Doğum Yaşı ve Gebelikte Doktor Kontrolü Değerleri

		Geçirilen gebelik sayısı			Yapılan doğum sayısı			Gebelikte gidilen doktor kontrolü sayısı		
		n	X	SD	n	X	SD	n	X	SD
Örn. Geneli		220	4,82	3,26	213	3,50	2,02	208	5,32	10,07
Örn. grubu	Köy	98	6,31	3,56	96	4,53	2,19	95	2,54	10,27
	Mahalle	122	3,62	2,42	117	2,66	1,40	113	7,65	9,32
Yaş	-40	59	2,44	2,11	53	2,08	1,10	52	8,06	6,68
	41-60	83	4,65	2,77	82	1,40	1,73	81	6,21	13,15
	61+	77	6,81	3,25	77	4,69	2,14	74	2,49	7,21
Gelir	-500	109	5,58	3,35	108	3,91	2,08	106	3,06	10,23
	501-1500	92	4,08	3,10	88	3,03	1,90	85	7,82	9,77
	1501-2500*	9	3	1,12	8	2,75	1,83	8	12,75	6,64
Eğitim	Okuryazar değil	24	6,54	3,61	24	4,42	1,88	22	1	3,23
	Okuryazar	16	5,75	3,60	16	3,94	2,62	15	2,40	5,09
	İlkokul m.	135	5,24	3,03	135	3,70	1,96	132	5,14	11,35
	Ortaokul m.	19	2,68	2,94	17	1,94	1,60	17	6,17	6,31
	Lise m.	24	2,04	1,42	19	2,21	,918	20	12,40	8,34
	Üniversite m.	2	1,50	,70	2	1,50	,70	2	8,50	,70
Doğum yeri	Köy	151	5,36	3,26	148	3,84	2,03	146	4,40	10,61
	Köyden büyük	69	3,62	2,95	65	2,74	1,78	62	7,47	8,33
Yaşanan yer	Kırsal	98	6,31	3,56	96	4,53	2,19	95	2,54	10,27
	Kentsel	122	3,62	2,42	117	2,66	1,40	113	7,65	9,21
Meslek	Çiftçi	44	6,45	3,56	44	4,70	2,44	42	4,95	15,62
	Ev kadını	91	5,21	3,30	90	3,54	1,98	88	3,52	6,11
	İşçi	43	3,74	2,87	39	2,69	1,54	38	7,11	9,36
	Memur	7	3,14	,90	7	2,71	,95	7	8,43	11,1
	Esnaf	20	3,85	2,36	20	3,05	1,23	20	8,80	10,40
Çocuk sayısı	En fazla 2	83	2,77	1,86	82	1,91	1,13	80	7,59	7,11
	3 ve üzeri	129	6,43	3,03	129	4,57	1,74	129	3,99	11,45

* 2501-3500 kategorisinde tek bir vaka olduğu için ortalama değerleri hesaplanmamıştır.

Köy ve mahalle örnekleme genelinde gebelik sürecinde doktor kontrolüne gitme ortalaması düşüktür, her ay gidildiğinde ortalamanın 9 çıkması gerekirken Tablo 41'de görüldüğü gibi ortalama 5,32'dir, bu oran köy örnekleminde 2,54'e, okuryazar olmayanlarda ise 1'e gerilemektedir. İlkokul mezunları okuryazar olmayanların 5 katından fazla, lise mezunları ise 12 katından fazla doktor kontrolüne gitmiştir. Doğum yeri köy ve köyden büyük olanlar arasındaki fark 3,07 iken kırsal ve kentsel alanlarda yaşayanlar arasındaki farkın 5,11 olması gebelik kontrolüne gitmenin doğum yerinden ziyade yaşanan yerin fiziksel olanaklarına bağlı olduğunu göstermektedir. Gebelik sürecinde hiç doktor kontrolüne gitmediğini belirten köy örneklemindeki bazı kadınlar bu durumu şu şekilde ifade etmektedirler:

“Yoğudu o zaman gitmezdi ki gimse de” (köy)

“Yooh, daha gebeliği diyon, düşürmek için bile gitmediydik. Deliymişik hekim yok dohtur yok ne haplar içtik onlar düşsün diye de düşmedi, öleyazdım da komşu kızı kurtardı, çekeceğim varmış.” (köy)

Doğumlarından itibaren çocukların aşılarının zamanında yapılması sağlık açısından oldukça önemlidir, bununla birlikte köy ve mahalle örnekleminin üçte ikisinden biraz fazlası (%65,1) çocukların aşılarını zamanında ve düzenli bir şekilde yaptırdığını belirtmektedir. Örneklemin %14,4'ü eve ya da okula gelen sağlık personelinin çocukları aşıladığını, bunun dışında herhangi bir aşı yaptırmadıklarını belirtmektedirler. Buna ek olarak %8,8'lik bir kısım ise çocuğa hiçbir aşı yapılmadığını belirtmiştir. Tablo 42'de görüldüğü gibi mahalle örnekleminde bulunanların, kentsel alanda yaşayanların, eğitim ve gelir düzeyi yüksek olanların ve en fazla iki çocuğu olanların çocuklarının aşılarını zamanında yaptırmaya eğilimleri daha yüksektir.

Gelişmekte olan ülkelerde yoksul kadınların daha zengin kadınlara oranla daha erken yaşta ve daha fazla doğum yaptıkları, iki kat daha kötü beslendikleri, zengin kadınların gebelik önleyici araçlar kullanma oranının yoksul kadınların dört katı, doğum yaparken tıbbi personelden yardım alma oranının beş katı, liseye gitme oranlarının ise dokuz katı olduğu bilinmektedir (Levy ve Sidel, 2006:389-390). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde genel olarak yoksul insanlar eğitim, sağlık/beslenme bilgisi ve sağlık hizmetlerine erişim açısından zayıftırlar

ve iyi sağlık için gerekli olan faktörlerin neredeyse hiçbirine sahip değildirler (Levy ve Sidel, 2006:390).

Tablo 42: Çocukların Aşılarını Zamanında Yaptırma Davranışının Örnekleme Dağılımı

%		Çocukların aşılarını zamanında yaptırma						
		n	Zamanında yaptırım	Okulda ve eve gelip yapılanlar dışında yaptım	Hiç aşı yaptırmadım	Yaptırdım ama gecikmeli	Hatırlamıyorum	Toplam
Örneklem geneli		215	65,1	14,4	8,8	3,7	7,9	100
Örn. grubu	Köy	99	45,5	25,3	11,1	4	14,1	100
	Mahalle	116	81,9	5,2	6,9	3,4	2,6	100
Yaş n=	-40	56	76,8	10,7	-	1,8	10,7	100
	41-60	83	71,1	10,8	7,2	2,4	8,4	100
	61+	75	50,7	21,3	17,3	5,3	5,3	100
Gelir n=	-500	107	57	20,6	12,1	3,7	6,5	100
	501-1500	90	75,6	7,8	5,6	3,3	7,8	100
	1501-2500*	8	100	-	-	-	-	100
Eğitim n=	Okuryazar değil	23	47,8	30,4	8,7	8,7	4,3	100
	Okuryazar	16	62,5	18,8	12,5	-	6,3	100
	İlkokul m.	130	66,2	13,5	10,5	3,8	6	100
	Ortaokul m.	17	70,6	11,8	5,9	-	11,8	100
	Lise m.	23	73,9	4,3	-	4,3	17,4	100
	Üniversite m.	3	66,7	-	-	-	33,3	100
Doğum yeri	Köy	150	60	16,7	10,7	4	8,7	100
	Köyden büyük	65	76,9	9,2	4,6	3,1	6,2	100
Yaşanan yer	Kırsal	99	45,5	25,3	11,1	4	14,1	100
	Kentsel	116	81,9	5,2	6,9	3,4	2,6	100
Meslek	Çiftçi	43	51,2	20,9	16,3	2,3	9,3	100
	Ev kadını	89	66,3	15,7	12,4	2,2	3,4	100
	İşçi	40	80	10	-	2,5	7,5	100
	Memur	7	100	-	-	-	-	100
	Esnaf	21	57,1	14,3	4,8	14,3	9,5	100
Çocuk sayısı	En fazla 2	80	86,3	7,5	5	-	1,3	100
	3 ve üzeri	128	55,5	19,5	11,7	6,3	7	100

Levy ve Sidel (2006) özetle kırsal alanlarda yaşayan, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan kadınların kentsel alanlarda yaşayan, eğitim ve gelir düzeyi nispeten yüksek kadınlara oranla daha erken yaşıta doğum yapmaya başladıklarını, daha fazla çocuk doğurduklarını, doğumlarını sağlık kuruluşunda ve sağlık personeli eşliğinde yapma oranlarının da, doğumdan önce tıbbi bakım görme oranlarının da daha düşük olduğunu belirtmektedir. Bu alışma Levy ve Sidel'ın (2006) bulgularını büyük ölçüde desteklemektedir, bulgular kırsal alanda yaşayan, gelir ve eğitim düzeyi düşük olan kadınların kentsel alanda yaşayan ve daha yüksek gelir ve eğitim düzeyine sahip olan kadınlara oranla daha çok çocuk

doğurduğunu, doğum yapmaya daha erken yaşlarda başladıklarını, doğumlarını evde gerçekleştirme oranlarının daha yüksek olduğunu ve gebelikte doktor kontrolüne gitme sıklığının daha düşük olduğunu göstermektedir.

Doğumu sağlık kuruluşunda ve eğitilmiş sağlık personeli eşliğinde gerçekleştirme, medikalizasyon tartışmaları açısından kadın yaşamının doğal bir parçası olan doğumun tıbbi gözetim ve denetleme gerektiren tıbbi bir sorun haline getirilmesi olarak yorumlanmakta (Oakley 1980; Roberts, 1990) ve kadınların evde doğum yapmalarının iddia edildiği kadar güvensiz olmadığı (Oakley, 1984; Tew, 1990) ileri sürülmektedir. Bu tartışmalar yerinde bir soruna değinmekle birlikte DSÖ'nün sağlık kuruluşlarında vasıflı sağlık personeli eşliğinde doğum oranını bir gelişmişlik düzeyi göstergesi olarak kabul ettiği düşünüldüğünde kırsal alanlarda yaşayan, eğitim ve gelir düzeyi düşük kadınların daha genç yaşlarda, evde, vasıflı sağlık personeli olmadan, doğum öncesi bakım görmeden ve çok sayıda doğum yapmaları, kadınların kendi içindeki hiyerarşik yapıyı göstermektedir.

Bu veriler bir yandan cinsiyete dayalı eşitsizliklerin eğitim ve gelir eşitsizlikleri gibi diğer toplumsal eşitsizliklerle birlikte işlediğini, bir yandan da bunun sonucu olarak kadınların kendi içlerinde homojen bir grup olmadıklarını göstermektedir. Bu da, her ne kadar bütün kadınların paylaştığı ortak sorunlar olsa da her bireyin yaşamındaki çoklu baskı sistemlerinden etkilendiğini ve kadınların birbirleri üzerinde kurduğu baskının ancak kadınların kendi aralarındaki farklılıklar kabul edildiğinde anlaşılabilirliğini belirten (Collins, 1990; Annandale, 1998) postmodern feminizmin haklılığını göstermektedir.

3.5. Sağlık Sistemine Yönelik Algı, Tutum ve Değerlendirme

3.5.1. Tercih edilen sağlık kuruluşları, bu tercihin nedenleri, algılanan kalite düzeyleri ve hastanelerin birleştirilmesine yönelik tutum

Tablo 43'te görüldüğü gibi örneklemin tercih ettiği sağlık kuruluşu, bu tercihin nedeni, devlet hastaneleri ve özel hastanelerin kalabalıklık ve hizmet kalitesi açısından karşılaştırılması ve hastanelerin birleştirilmesine yönelik tutumları çeşitli değişkenlerle ilişkilidir.

Tablo 43: Sağlık Kuruluşlarına Yönelik Algı ve Tutum Değişkenlerinin Diğer Değişkenlerle İlişkisi

	Tercih edilen sağlık kuruluşu				Tercih nedeni				Devlet hast. ve özel hast. hizmet kalitelerinin karşılaşt.			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örneklem grubu	355	281,25	16	≤.01**	287	74,27	14	≤.01	352	22,65	6	≤.01
Cinsiyet	354	14,00	8	≥.05	287	7,37	7	≥.05	352	1,00	3	≥.05
Yaş	352	40,73	16	≤.01	285	24,61	14	≤.05*	349	42,91	6	≤.01
Gelir	338	294,39	48	≤.01	276	81,29	42	≤.01	337	35,38	18	≤.01
Eğitim	355	211,59	8	≤.01	287	50,54	7	≤.01	352	23,13	3	≤.01
Doğum yeri	351	90,63	8	≤.01	286	26,58	7	≤.01	348	10,15	3	≤.05
Yaşanan yer	355	69,43	8	≤.01	287	22,58	7	≤.01	352	15,20	3	≤.01
Meslek	355	301,32	40	≤.01	287	105,67	35	≤.01	352	28,87	15	≤.05
Çocuk sayısı	326	89,94	8	≤.01	267	24,66	7	≤.01	323	23,75	3	≤.01
Sosyal güvence	355	300,67	40	≤.01	287	83,28	35	≤.01	352	30,35	15	≤.05
Alg. sağlık stat.	349	57,44	14	≤.01	286	27,04	14	≤.05	350	6,02	6	≥.05
	Devlet hastaneleri için kalabalık algısı				Özel hastaneler için kalabalık algısı				Hastanelerin birleşmesine yönelik tutum			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örneklem grubu	347	23,06	6	≤.01	348	85,80	8	≤.01	350	34,21	6	≤.01
Cinsiyet	347	6,97	3	≥.05	348	2,76	4	≥.05	348	,78	3	≥.05
Yaş	345	21,29	6	≤.01	345	34,41	8	≤.01	347	16,14	6	≤.05
Gelir	332	47,73	18	≤.01	333	99,22	24	≤.01	335	44,54	18	≤.01
Eğitim	347	14,63	3	≤.01	348	73,43	4	≤.01	350	16,02	3	≤.01
Doğum yeri	343	7,41	3	≥.05	344	30,91	4	≤.01	346	7,26	3	≤.05
Yaşanan yer	347	,678	3	≥.05	348	27,22	5	≤.01	350	5,74	3	≥.05
Meslek	347	34,63	15	≤.01	348	83,53	20	≤.01	350	33,44	15	≤.01
Çocuk sayısı	319	3,90	3	≥.05	319	27,56	4	≤.01	321	10,36	3	≤.05
Sosyal güvence	347	36,93	15	≤.01	348	104,78	20	≤.01	350	42,81	15	≤.01
Alg. sağlık stat.	346	15,32	8	≥.05	346	15,31	8	≥.05	348	1,84	6	≥.05

* α=.05 için anlamlıdır.

**α =.01 için anlamlıdır.

Hastaların hangi sağlık kuruluşlarını ve neden tercih ettikleri hakkında bundan önce yapılan çeşitli çalışmalarda ilk sırayı SSK hastanesi ya da sağlık ocağının aldığı görülmektedir. Gebze'de (Ateş vd., 2004) yapılan bir çalışmada örneklemin ilk tercihi SSK hastanesi olmuş, Eskişehir'de %39,5; Çorum'da %73 ve Gölbaşı'nda %80'in üzerinde oranlarla (İkinci Sağlık Projesi 1995'ten aktaran Ateş vd., 2004:334) sağlık ocakları ilk sırayı almıştır. Bu araştırmada köy ve mahalle örneklemleri ilk olarak devlet hastanesini, üniversite örneklemleri ise üniversite hastanesini tercih etmektedir. Örneklem genelinde sağlık ocağını tercih edenler %14'tür, bu oran köy örnekleminde %21,6; mahalle örnekleminde %20, üniversite örnekleminde ise %1,6'dır. Tablo 43'te görüldüğü gibi tercih edilen sağlık kuruluşu ve tercih nedeni tabloda yer alan değişkenlerden cinsiyet dışında tamamıyla ilişkilidir.

Tablo 44: Tercih Edilen Sağlık Kuruluşu ve Tercih Nedeninin Örnekleme Dağılımı

%		Tercih edilen sağlık kuruluşu									Sağlık kuruluşunu tercih etme nedeni									
		n	sağlık ocağı	Sağlık hastanesi	Devlet hastanesi	SSK hastanesi	Ünivers. hastane	Özel hastane	Özel muayeneh.	Ankara'daki Sağlık Kur.	Toplam	n	Daha yakın	Daha kaliteli	Daha hızlı	Daha ucuz	Bize yarar	Güvenli	Aışkanlık	Diğer
Örn. Geneli		350	14	40,9	5,7	25,7	8,3	3,1	2,3	100	287	34,8	17,8	5,6	10,1	12,9	11,1	4,2	3,5	100
İm. grubu	Köy	102	21,6	65,7	3,9	1	5,9	2	-	100	95	31,6	16,8	3,2	21,1	14,7	6,3	3,2	3,2	100
	Mahalle	125	20	58,4	12,8	3,2	4	1,6	-	100	119	35,3	16,8	1,7	7,6	19,3	6,7	7,6	5	100
	Üniversite	123	1,6	2,4	-	69,1	14,6	5,7	6,5	100	73	38,4	20,5	15,1	-	-	24,7	-	1,4	100
Yaş	-40	92	13	43,5	4,3	21,7	12	2,2	3,3	100	76	34,2	26,3	5,3	14,5	3,9	9,2	5,3	1,3	100
	41-60	168	13,1	29,8	6	36,3	7,7	4,8	2,4	100	128	34,4	13,3	7,8	6,3	14,8	15,6	3,1	4,7	100
	61+	87	17,2	59,8	6,9	8	5,7	1,1	1,1	100	81	35,8	16	2,5	12,3	18,5	6,2	4,9	3,7	100
Gelir	-500	112	25	63,4	5,4	-	4,5	1,8	-	100	104	39,4	14,4	2,9	13,5	16,3	4,8	6,7	1,9	100
	501-1500	95	17,9	58,9	10,5	5,3	6,3	1,1	-	100	91	28,6	19,8	2,2	14,3	18,7	5,5	4,4	6,6	100
	1501-2500	13	7,7	38,5	15,4	30,8	-	7,7	-	100	12	41,7	16,7	-	-	16,7	25	-	-	100
	2501-3500	18	-	5,6	-	66,7	11,1	5,6	11,1	100	9	33,3	22,2	11,1	-	-	22,2	-	11,1	100
	3501-4500	25	-	4	-	76	4	8	8	100	16	31,3	18,8	12,5	-	-	37,5	-	-	100
	4501-5500	19	5,3	5,3	-	52,6	21,1	5,3	10,5	100	8	25	12,5	25	-	-	37,5	-	-	100
	5501+	52	-	3,8	-	75	11,5	5,8	3,8	100	36	38,9	25	13,9	-	-	19,4	-	2,8	100
Eğitim	Ort. ve altı	197	21,8	61,9	9,1	1	4,6	1,5	-	100	185	34,6	15,7	2,7	14,1	18,4	4,9	5,4	4,3	100
	Lise ve üz.	153	3,9	13,7	1,3	57,5	13,1	5,2	5,2	100	102	35,3	21,6	10,8	2,9	2,9	22,5	2	2	100
Doğ. yer	Köy	171	19,9	58,5	7	7,6	5,3	1,2	0,6	100	160	36,3	15,6	1,3	13,1	17,5	8,1	3,8	4,4	100
	Köyden büy.	175	8,6	24	4,6	42,9	11,4	5,1	3,4	100	126	32,5	20,6	11,1	6,3	7,1	15,1	4,8	2,4	100
Yaş. yer	Kırsal	102	21,6	65,7	3,9	1	5,9	2	-	100	95	31,6	16,8	3,2	21,1	14,7	6,3	3,2	3,2	100
	Kentsel	248	10,9	30,6	6,5	35,9	9,3	3,6	3,2	100	192	36,5	18,2	6,8	4,7	12	13,5	4,7	3,6	100
Meslek	Çiftçi	44	18,2	65,9	-	-	13,6	2,3	-	100	41	31,7	19,5	9,8	12,2	4,9	12,2	7,3	2,4	100
	Ev kadını	92	25	66,3	6,5	1,1	1,1	-	-	100	88	40,9	14,8	1,1	17	17	1,1	5,7	2,3	100
	İşçi	47	21,3	46,8	23,4	2,1	4,3	2,1	-	100	44	31,8	9,1	-	6,8	29,5	11,4	2,3	9,1	100
	Memur	130	1,5	6,9	-	65,4	13,8	6,2	5,2	100	80	35	21,3	13,8	1,3	2,5	25	-	1,3	100
	Esnaf	22	13,6	54,5	9,1	9,1	9,1	4,5	-	100	20	20	40	-	5	15	-	10	10	100
	Diğer	15	20	66,7	6,7	6,7	-	-	-	100	14	35,7	7,1	-	28,6	14,3	7,1	7,1	-	100
Çocuk yaş.	En fazla 2	189	8,5	28	5,8	38,6	11,6	3,7	3,7	100	143	32,9	21	7	4,9	12,6	16,1	4,2	1,4	100
	3 ve üzeri	132	24,2	61,4	5,3	3,8	3	2,3	-	100	124	38,7	12,1	3,2	15,3	15,3	4,8	4,8	5,6	100
Sos. güv.	Yok	30	16,7	63,3	13,3	3,3	3,3	-	-	100	30	38,4	20,9	12,8	1,2	2,3	23,3	-	1,2	100
	Bağ-Kur	92	20,7	67,4	1,1	2,2	6,5	2,2	-	100	86	27,5	15,9	2,9	12	21,7	4,3	5,8	10,1	100
	SSK	73	17,8	53,4	19,2	2,7	5,5	1,4	-	100	69	37,2	15,1	3,5	14	15,1	5,8	7	2,3	100
	Em.San.	137	2,9	10,2	0,7	62	13,1	5,1	5,8	100	86	30	23,3	-	20	10	13,3	3,3	-	100
	Yeşil Kart	17	47,1	52,9	-	-	-	-	-	100	15	46,7	6,7	-	13	26,7	-	6,7	-	100

Tablo 44'te görüldüğü gibi köy ve mahalle örnekleme ağırlıklı olarak devlet hastanesini ve sağlık ocağını tercih etmekte, özel hastane, özel muayenehane tercih oranları son derece düşük kalmakta ve Ankara veya İstanbul'daki sağlık kuruluşlarını hiç tercih etmemektedirler. Yaşlılar daha gençlere, düşük gelir gruplarında yer alanlar daha yüksek gelir gruplarında yer alanlara, ortaokul ve altı eğitim görenler lise ve üzeri eğitim alanlara, köy doğumlular daha büyük birimlerde doğanlara, kırsal alanlarda yaşayanlar kentsel alanlarda yaşayanlara,

üç veya daha fazla çocuğu olanlar daha az çocuğu olanlara, Bağ-Kur'lular diğer sosyal güvence kategorilerine oranla devlet hastanesine başvurmaya daha fazla eğilimlidirler.

Eskişehir'de Aile Hekimliği uygulaması 2006 yılının Temmuz ayında başlamış olduğu, verilerin toplanmaya başlandığı tarihte (Haziran 2009) Eskişehir'de Aile Hekimliği uygulaması başlayalı 37 ay olduğu halde aile hekimine başvurduğunu belirten sadece iki kişinin (mahalle örnekleminde) olması ilgi çekicidir, yine de bu kişiler hangi sağlık kuruluşunu tercih ettikleri sorulduğunda sağlık ocağı yanıtını vermişlerdir. Eskişehir'de aile hekiminin fazla tercih edilmediği 2009 yılında Eskişehir'de kentsel alanda yapılan bir başka çalışmada da (Çelikay, 2009:133, 142) ortaya konmuş, örneklemin sadece %20'sinin bir sağlık problemiyle karşılaştığında aile hekimine gitmeyi tercih ettiği, %70'inin doğrudan devlet hastanesine ya da özel hastaneye başvurduğu ve %69'unun aile hekimliklerinde kaliteli bir hizmet sunulmadığını düşündükleri saptanmıştır. Bu çalışmada üniversite örnekleminde, yüksek gelir grupları, lise ve üzeri eğitim görenler ve memurlar özellikle sağlık ocağını çok düşük derecede tercih etmekte ve ağırlıklı olarak üniversite hastanesine başvurumaktadırlar. Üniversite örnekleminde yer alanlardan bir kısmının "üniversite hastanesi" ile kastettiği hastane kampus içinde yer alan bir hastanedir ve tıp fakültesi hastanesi değildir. Bu durum kuruluş tercihinde etkili olan nedenlerde de görülmektedir, yakınlık, her üç örneklem grubunun tercihinin etkileyen en önemli neden olarak görülmektedir. Bununla birlikte tercih edilen sağlık kuruluşu ile tercih nedeni arasındaki ilişki ($X^2(42, n=286)=213,118, p\leq.01$) incelendiğinde yakınlığın öneminin bazı gruplar için daha fazla önem taşıdığı görülmektedir.

Tablo 45'te görüldüğü gibi sağlık ocağı, devlet hastanesi ve üniversite hastanesini tercih edenler en önemli tercih nedenlerinin yakınlık olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların hastane tercihlerini belirleyen etkenler üzerine yapılan çeşitli çalışmalardan bazıları gibi (Tengilimoğlu, 2001; Gesler ve Meade, 1989; Dinçer vd., 1994, Boscarino ve Steiber, 1982) bu çalışmada da sağlık kurumunun fiziksel yakınlığının özellikle sağlık ocağı, devlet hastanesi ve üniversite hastanesini tercih edenler için önemli bir etkisi olduğu görülmektedir. Gebze'de yapılan bir çalışmada sağlık kurumlarının tercihinde en çok etkili olan

faktörün sosyal güvence türü olduğu, ikinci sırada ucuzluk, üçüncü sırada da yakınlık olduğu görülmektedir (Ateş, vd., 2004:327-328), bu araştırmada bu bulgu SSK hastanesini⁵⁷ tercih edenlerin tercihlerine benzemektedir, SSK hastanesini tercih edenlerin üçte ikisinden fazlası (%65) bu hastaneyi (her ne kadar sağlık kurumları tek çatı altında toplanmış olsa da) "kendilerine bu kuruluş baktığı için" tercih etmektedir.

Yaklaşık üçte ikisinin (%65,7) devlet hastanesini tercih ettiği köy örneklemini için yakınlık önemli bir rol oynamaktadır ve ulaşılabilirlik ön plana çıkmaktadır. Yakınlığı vurgulayanlardan bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir:

"Yakın diye Çifteler hastanesine gidiyoruz. Köyden araba gidiyor." (köy)

"Çiftelere gidiyoruz. Orada da var devlet hastanesi, yakın azıcık yol. Buradan otobüs kalkıyor öyle." (köy)

"Çiftelere gidiyoruz yok başka tansiyon yükselse ebe, doktor yok, ölçtürecek insan yok, en yakın ora." (köy)

"Doktorlar orda, burada kimse yok. Yakın orası, damat götürüyo." (köy)

Köy ve mahalle örnekleminde yönlendirmeden kaçınmak için herhangi bir şık okunmamış olduğu halde tercih ettiği kuruluşu 'ucuz' olduğu için tercih edenler, tercih ettikleri sağlık kuruluşuna alternatif olarak sadece özel hastane veya muayenehaneyi gördüklerini veya diğer kuruluşlarda ücret ödemeleri gerektiğini ima eden yanıtlar vermişlerdir. Bu yanıtlardan bazıları aşağıdaki gibidir:

"Başka yere gidemezsin, anca oraya gücün yetiyor" (köy)

"Özele para bulamadığım için devleti tercih ediyorum." (köy)

"Devlete giderim. Paralı hastane tıkr tıkr para ister, bu karneye yazar." (köy)

"Sağlık ocağı. Param yok ondan." (köy)

"Devlet. Mecburen başka özele gitmeye para yok ki." (mahalle)

"Sağlık ocağı. Param yok, sağlık ocağına gidiyom ama param olsa özele giderim. Her şey paraya bağlı işte." (mahalle)

"Burlar bedava olduğu için. Hastaneye gitsen para alacaklar". (köy)

Köy örnekleminde de mahalle örnekleminde de sağlık ocağını tercih edenlerin üçte ikisi (%66,7) yakınlık nedeniyle tercih etmektedir, bununla birlikte köy örnekleminde yer alanların bir kısmı aşağıdaki ifadelerde görüldüğü gibi zaman

⁵⁷ SSK hastaneleri devlet hastanesi haline gelmiş olsa da örneklemin algısını yansıtmaması açısından bu ifadeyi kullananların verdikleri yanıtlar devlet hastanesi yanıtlarına eklenmemiş, SSK hastanesi adlı ayrı bir kategori halinde bırakılmıştır.

zaman sağlık ocağını 'hafif' olarak algıladıkları hastalıklar için tercih ettiklerini belirtmektedirler.

“Sağlık ocağı, sonra devlet. İlk orayı [sağlık ocağını], beklemeden daha iyi. Ağır olursa devlete gidiyoruz” (köy)

“Grip falan olunca sağlık ocağına gideriz. Oğlum götürür. Diğer kontrollere devlet hastanesinde Polatlı'ya giderik.” (köy)

“Devlette daha yetkili doktorlar var. İlk sağlık ocağına gideriz sonra durum ağırsa devlet hastanesine Polatlı'ya gideriz” (köy)

“Küçük hastalıklarda sağlık ocağı, büyük hastalıklarda devlet hastanesi” (köy)

Tablo 45'te görüldüğü gibi tercih nedeni olarak güven duymanın yüksek oranda gösterildiği kuruluşlar daha çok üniversite örnekleminin başvurduğu üniversite hastanesi ve Ankara-İstanbul'daki sağlık kuruluşlarıdır. Köy ve mahalle örnekleminin başvurduğu kuruluşlar içinde ise güven en yüksek düzeyde devlet hastanesini tercih edenlerin tercih nedenidir. Devlet hastanesini güven duydukları için başvurdıklarını belirtenlerden bazılarının yanıtları aşağıdaki gibidir.

“Devlet. Devlet sağ olduğu müddetçe güvenimiz sabit.” (mahalle)

“Devlet. İnsanları farklı, devletin doktoru, işte ondan” (mahalle)

“Devlet. Devlet kazansın diye, devleti soydurmamak için.” (mahalle)

“Devlet. Daha iyidir devletim bana sahip çıkar.” (mahalle)

Tablo 45: Tercih Edilen Sağlık Kuruluşuna Göre Tercih Nedenleri

%	Yakınlık	Ucuzluk	Kalite	Hız	Sos. güven	Güven	Alışkanlık	Diğer	Toplam
Sağlık ocağı n=49	63,8	12,8	4,3	4,3	4,3	4,3	2,1	4,3	100
Üniversite hastanesi n=90	49,1	1,8	14	5,3	-	26,3	-	3,5	100
Devlet hastanesi n=143	31	15,5	14,7	0,8	16,3	10,1	7,8	3,9	100
SSK hastanesi n=20	10	5	15	5	65	-	-	-	100
Özel hastane n=29	-	-	59,1	31,8	-	4,5	-	4,5	100
Özel muayenehane n=11	-	-	50	37,5	-	-	-	12,5	100
Ankara veya İstanbul'daki sağlık kuruluşları n=8	-	-	66,7	-	-	33,3	-	-	100

Üniversite hastanesini tercih edenler yakınlık, güven ve kalite nedenleri ile bu kurumu tercih etmektedirler, ancak üniversite örneklemini de köy örnekleminin hafif hastalıklarda sağlık ocağına başvurması ve ağır hastalıklarda başka kuruluşları tercih etmesi gibi hafif hastalıklarda kampus içinde bulunan Mavi Hastane'yi tercih etmekte, bu kuruluşun yeterli olmayacağını düşündükleri hastalıklarda ise başka hastaneleri tercih etmektedirler. Diğer bir deyişle

örneklemin sağlık kuruluşu tercihleri farklı olsa da hafif/ağır, önemli/önemsiz hastalık ayırımına göre iki kademeli tercih yapma davranışı örneklem genelinde görülmektedir. Bu durumu ifade eden yanıtlardan bazıları aşağıdadır.

"Üniversite. Üniversitemizin hastanesinde pek bir sağlık hizmeti verilmemesine karşın ciddi bir sağlık problemim olmadığı için bana yeterli oluyor. Ancak ailem için genellikle ESOGÜ Tıp Fakültesi'ni tercih ediyoruz. (üniversite)

"Üniversite, özel. Sürekli kontroller için özel muayene, çünkü doktorum durumumu bilir. Ciddi rahatsızlıklar için üniversite hastanesi, çünkü güvendiğim doktorlar vardır." (üniversite)

"Üniversite. Önemsiz rahatsızlıklara çözüm bulabiliyorum" (üniversite)

"Grip olunca mavi hastaneye." (üniversite)

"Üniversite, kolaylık nedeniyle. Ancak hastalığın ciddiyetine göre hastane tercihim farklılaşmaktadır." (üniversite)

"Hastalığın önemine göre değişir. Hastalığın durumu ve sağlık kuruluşunun koşullarına ve doktorlarının uzmanlıklarına göre değişir." (üniversite)

"Üniversite. Üniversite ve devlet hastanelerinde o anki hastalığımla ilgili tedavi olamayacağıma inandığımda özel hastanelere giderim. ..." (üniversite)

"Çok önemli değilse Üniversite hastanesi, önemliyse Ankara'da sağlık kuruluşu"

Köy ve mahalle örnekleminde özel hastane veya muayenehaneyi tercih edenler, *"bilgi, ilgi, bakım güzel, paraylan olduğu için." (köy); "Hastaneye gitsem ilgilenmiyolar mecbur yazıhaneye gidiyosun" (mahalle); "Daha iyi rağbet, insana insan gibi davranıyorlar." (mahalle)* gibi yanıtlar vererek daha çok sıra beklememek ya da ilgi görebilmek için bu kuruluşları tercih ettiklerini belirtmektedirler. Üniversite örnekleminde özel hastane veya muayenehaneyi tercih edenler ise aşağıdaki bazı ifadelerden anlaşıldığı gibi ilgi ve özen kadar doktorların niteliğine de dikkat etmektedirler.

"Özel muayenehane. Eskişehir'de sağlık hizmetlerinin hiçbir kurumda (özel-kamu) yeterli olmadığını düşünüyorum. İnsan yaşamının öneminin ötesine geçen faktörler var. Çoğunlukla bilgilendirilmiş değil, çoğunlukla gelişmelerin takip edilmediğini de kişisel gözlemlerimle öğrenmiş bulunuyorum." (üniversite)

"Özel muayenehane. Soruna bilgi ve ciddiyetle yaklaşım" (üniversite)

"Ankara ve İstanbul'daki kuruluşlar. Her doktor doktor değil, kapı kapı dolaşıp perişan olmak istemem." (üniversite)

"Özel muayenehane. Tecrübeli doktor bulabilmek." (üniversite)

"Ankara ve İstanbul'daki kuruluşlar. İyi doktorları ve sağlık kuruluşları büyük kentlerde bulunuyor." (üniversite)

"Özel muayenehane. Daha az uğraşmak için. Özellikle hastane bağlantılı doktor muayeneleri pratik oluyor." (üniversite)

Tablo 46: Hastanelere İlişkin Seçilmiş Değişkenlerin Örneklemde Dağılımı

%	Özel hastanelerin kalabalıklığı					Hizmet kalitesi değerlendirmesi						Hastanelerin birleşmesine yönelik tutum						
	n	Ekrim yok	Kalabalık	Sakin	Toplam	n	Ekrim yok gitmedim	Devlet hst.	Özel hst.	Aynı	Toplam	n	Ekrim yok	İyi oldu	Kötü oldu	Bir şey değişmedi	Toplam	
Örn. Geneli	348	25	34,8	40,2	100	352	18,8	12,8	50	18,5	100	355	17,7	65,7	5,1	11,4	100	
Örn. gr.	Köy	103	39,8	19,4	40,8	100	103	31,1	12,6	42,7	13,6	100	103	17,5	72,8	1,9	7,8	100
	Mahalle	126	31	19	50	100	126	18,3	15,9	49,2	16,7	100	126	15,1	73,8	7,9	3,2	100
	Üniversite	119	5,9	64,7	29,4	100	123	8,9	9,8	56,9	24,4	100	121	20,7	51,2	5	23,1	100
Yaş	-40	91	17,6	30,8	51,6	100	92	6,5	14,1	58,7	20,7	100	91	14,3	68,1	3,3	14,3	100
	41-60	167	19,2	41,9	38,9	100	169	13,6	10,7	55	20,7	100	169	20,7	57,4	7,7	14,2	100
	61+	87	43,7	25,3	31	100	88	39,8	15,9	31,8	12,5	100	87	16,1	78,2	2,3	3,4	100
Gelir	-500	113	42,5	18,6	38,9	100	113	27,4	16,8	39,8	15,9	100	113	21,2	70,8	1,8	6,2	100
	501-1500	96	25	19,8	55,2	100	96	20,8	11,5	52,1	15,6	100	96	11,5	75	9,4	4,2	100
	1501-2500	13	23,1	38,5	38,5	100	13	7,7	7,7	69,2	15,4	100	13	23,1	61,5	7,7	7,7	100
	2501-3500	17	-	64,7	35,3	100	18	-	-	55,6	44,4	100	18	27,8	50	5,6	16,7	100
	3501-4500	24	16,7	54,2	29,2	100	25	20	16	52	12	100	25	12	64	4	20	100
	4501-5500	19	5,3	63,2	31,6	100	20	10	5	70	15	100	19	36,8	42,1	-	21,1	100
	5501+	51	3,9	68,6	27,5	100	52	5,8	15,4	51,9	26,9	100	51	13,7	51	7,8	27,5	100
Eğitim	Ortao.ve altı	199	39,2	18,6	42,2	100	199	26,6	14,6	44,2	14,6	100	199	16,6	72,9	4,5	6	100
	Lise ve üz.	149	6	56,4	37,6	100	153	8,5	10,5	57,5	23,5	100	151	19,2	56,3	6	18,5	100
Doğ.yeri	Köy	172	36	22,7	41,3	100	172	25,6	12,8	44,8	16,9	100	172	19,8	68,6	4,7	7	100
	Köyden büyük	172	14,5	46,5	39	100	176	12,5	12,5	55,1	19,9	100	174	14,9	63,8	5,7	15,5	100
Yaş.yr	Kırsal	103	39,8	19,4	40,8	100	103	31,1	12,6	42,7	13,6	100	103	17,5	72,8	1,9	7,8	100
	Kentsel	245	18,8	41,2	40	100	249	13,7	12,9	53	20,5	100	247	17,8	62,8	6,5	13	100
Meslek	Çiftçi	44	38,6	25	36,4	100	44	27,3	15,9	54,5	2,3	100	44	15,9	75	2,3	6,8	100
	Ev kadını	93	35,5	18,3	46,2	100	93	24,7	16,1	40,9	18,3	100	93	19,4	69,9	5,4	5,4	100
	İşçi	47	27,7	21,3	51,1	100	47	21,3	6,4	48,9	23,4	100	47	14,9	76,6	6,4	2,1	100
	Memur	126	6,3	61,9	31,7	100	130	9,2	10	56,2	24,6	100	128	20,3	52,3	5,5	21,9	100
	Esnaf	22	40,9	18,2	40,9	100	22	27,3	18,2	45,5	9,1	100	22	4,5	86,4	-	9,1	100
	Diğer	16	43,8	6,3	50	100	16	18,8	18,8	50	12,5	100	16	18,8	62,5	12,5	6,3	100
Çoc.say	En fazla 2	185	16,8	43,8	39,5	100	189	11,1	11,6	57,1	20,1	100	187	18,7	60,4	5,9	15	100
	3 ve üzeri	134	39,6	20,9	39,6	100	134	31,3	14,9	38,1	15,7	100	134	14,9	75,4	4,5	5,2	100
Sosyal güvence	Yok	31	12,9	25,8	61,3	100	31	9,7	22,6	54,8	12,9	100	31	29	71	-	-	100
	Bağ-Kur	93	37,6	18,3	44,1	100	93	30,1	17,2	37,6	15,1	100	93	17,2	75,3	3,2	4,3	100
	SSK	73	32,9	19,2	47,9	100	73	21,9	11,1	49,3	17,8	100	73	5,5	74	11	9,6	100
	Em.San.	133	8,3	60,9	30,8	100	137	10,9	9,5	56,9	22,6	100	135	20,7	53,3	5,2	20,7	100
	Yeşil Kart	17	76,5	5,9	17,6	100	17	23,5	5,9	58,8	11,8	100	17	17,7	65,7	5,1	11,4	100

Bu noktada örneklemin devlet hastanelerinin ve özel hastanelerin kalabalıklığı ve hizmet kalitesi konusundaki algılarına değinmek yerinde olacaktır. Tablo 46'da görüldüğü gibi örneklem genelinin %40,2'si özel hastanelerin sakin olduğunu, %34,8'i kalabalık olduğunu düşünmekte, dörtte biri (%25) ise hiç gitmediğini ve fikri olmadığını belirtmektedir. Bulguları örneklem gruplarına göre değerlendirecek olursak üniversite örneklemin %64,7'si özel hastanelerin kalabalık, %29,4'ü sakin olduğunu düşünmektedir, bu oranlar sırasıyla köy örnekleminde %19,4 ve %29,4; mahalle örnekleminde ise %19,1 ve %50'dir.

Örneklem genelinin %89,3'ü devlet hastanelerinin kalabalık olduğunu (%63,7'si aşırı kalabalık, %25,6'sı kalabalık), %7,2'si ise sakin olduğunu düşünmekte, çoğunluğunu üniversite örneklemindekilerin oluşturduğu %3,5'lik bir kesim ise fikri olmadığını belirtmektedir. Mahalle örnekleminin %56,3'ü devlet hastanelerinin aşırı kalabalık olduğunu düşünürken bu oran köy örnekleminde %62,1'e, üniversite örnekleminde %72,9'a yükselmektedir. Daha yaşlı gruplar daha genç gruplara oranla, aylık gelir düzeyi 2500 TL'ye kadar olanlar daha yüksek gelir gruplarına oranla, ortaokul ve altında eğitim görenler daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlara oranla, işçiler diğer meslek gruplarına oranla devlet hastanelerinin sakin olduğunu düşünme eğilimindedirler.

Yanıtlayıcılar devlet hastanelerinin kalabalıklığına, Türkiye'de hastanelerin en önemli probleminin ne olduğu ve ideal bir sağlık hizmetinin sağlanması için ne yapılması gerektiği gibi sorularda da sıklıkla değinmişlerdir, devlet hastanesinin ne derece kalabalık olduğu sorusuna kalabalık-aşırı kalabalık yanıtlarını verenlerden bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir:

"Yer bulamıyon sıra bulamıyon. Yatırmıyorlar. Bakınamıyoz. Bir iki ay sonra gel diyor." (köy)

"Polatlı'daki pek kalabalık bir görsen zabağınan 6-7 'de başlıyor. Çok kalabalık." (köy)

"Kıyamet gibi. Sıra gelmez bi kere çok sona kadar beklersin. Sıra gelince doktor hemen bakar alelacele." (köy)

"... Hele oğlumun biri Eskişehir'de göttü beni orda bi hastanaya da aman kızım bi kalaba bi kalaba. ...sıra gelmiyor, iğne atsan yere düşmüyor." (köy)

"Genelde kalabalık, çok kişi var öğlene kadar bekliyon [Çifteler'de]. Hele şehirde uuuuvv. Bi de galdın mı ertesi güne Eskişehir'de kalacak yer ararsın. ... Köylümüze gideriz kalmaya, akrabaya gideriz. (köy)

Tablo 46'dan görülebileceği gibi özel hastanelerin kalabalıklığı sorulduğunda fikir belirtmeyenlerin oranı oldukça yüksektir, bu yanıtı verenler özel hastaneye hiç gitmediklerini, bu nedenle bu konuda bir fikirleri olmadığını belirtmişlerdir. Özel hastanelerin kalabalıklığı hakkında hiç gitmediği için fikri olmadığını belirtenlerin %47,1'i köy, %44,8'i mahalle örnekleminde, %8'i ise üniversite örnekleminde. Yaş açısından incelendiğinde 61 yaş ve üzerindekiilerin %43,7'sinin özel hastaneye hiç gitmediği için fikir belirtmediği görülmektedir, bu oran 41-60 yaş grubunda %19,2'ye, 40 yaş altında ise %17,6'ya gerilemektedir. Yaş azaldıkça özel hastaneler hakkında bilgi sahibi olma düzeyi de artmaktadır. Sosyal güvence, gelir ve meslek değişkenlerinde fikir sahibi olmayan en büyük kategoriler incelendiğinde Yeşil Kartlıların %76,5'inin, 500 TL ve altı gelir grubundakilerin %42,5'inin, esnafın ise %40,9'unun özel hastaneye hiç gitmediği için fikir belirtmediği görülmektedir.

Örneklemin yarısı (%50) özel hastanelerin devlet hastanelerinden daha kaliteli hizmet verdiğini düşünmektedir, bu oran üniversite örnekleminde (%56,9), 40 yaş altında (%58,7), 4501-550 TL gelir grubunda (%70) en yüksek değerlere ulaşmaktadır. Ayrıca ortaokul ve altında eğitim görenlere oranla lise ve üzeri eğitim alanlar, köy doğumlulara oranla daha büyük birimlerde doğanlar, kırsal alanda yaşayanlara oranla kentsel alanda yaşayanlar özel hastanelerin daha kaliteli olduğunu düşünme eğilimindedir. Bu farkın önemli bir bölümü, özel hastanelerin kalabalıklığı sorusunda görüldüğü gibi köy ve mahalle örnekleminin bir bölümünün özel hastanelerin koşullarını deneyimlememiş olmasıdır. Aşağıdaki bazı ifadelerden anlaşıldığı gibi özel hastaneye hiç gitmediği halde hizmet kalitesinin daha üstün olduğunu düşünenler de vardır.

"Gitmedim ama paralı ya, hizmeti de vardır şeyi de vardır." (köy)

"Gitmedim ama herhalde daha iyi (özel), temizliği falan daha iyidir." (köy)

Devletin hizmet kalitesinin daha iyi olduğunu düşünenler ise genellikle özel hastanelerdeki 'para' vurgusundan rahatsız olduklarını belirtmekte ve devlete daha fazla güvenmektedirler. Bu durumu yansıtan yanıtlardan bazıları aşağıdadır.

"Devlet. Özel hastaneler biraz kolaylık gösteriyor ama iş paraya döndüğü için ben sevmiyorum." (köy)

“Özelde ilgi iyi tabii. Devlette de ama bi yamuk yapsa şakkadanak yakalarlar o zaman.” (köy)

“Devlet. Özeller daha çok maddiyata dökümler problemi, devlet hastanesinin daha gerçekçi ilgilendiğini düşünüyorum.” (köy)

“Özelde hastayla daha iyi ilgileniyorlar ama paran için. SSK daha iyi ...” (mahalle)

“[Özelde] Paran varsa tapıyorlar, yoksa bakmıyorlar.” (mahalle)

Kısacası örneklemin üçte birinden fazlası (%40,2) özel hastanelerin sakin olduğunu, %90'ına yakını (%89,3) devlet hastanelerinin kalabalık olduğunu, yarısı da özel hastanelerin hizmet kalitesinin devlet hastanelerinkinden daha iyi olduğunu düşünmektedir. Bu çerçevede hastanelerin birleşmesi konusundaki tutum incelendiğinde özel hastaneleri tercih oranı nispeten düşük olan ve bir kısmı hiç özel hastaneye gitmemiş olan köy ve mahalle örnekleminin bu konuda üniversite örneklemine oranla daha olumlu bir tutum içinde olduğu görülmektedir.⁵⁸

Tablo 46'da görüldüğü gibi köy örnekleminin büyük çoğunluğu (%72,8) hastanelerin birleşmesini olumlu değerlendirmekte, %7,8'i bir şey değişmediğini düşünmektedir. Sekiz numaralı alt problemde sorulan soruya, hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesine yönelik değerlendirmelerin gelir ve eğitim düzeyine ve sosyal güvenlik kurumuna göre farklılık gösterdiği yanıtı verilebilir (bkz.Tablo 43). Düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip olanların daha yüksek gelir ve eğitim düzeyine sahip olanlara, SSK ve Bağ-Kur'luların Emekli Sandığı mensuplarına oranla hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesinden daha yüksek düzeyde memnuniyet duydukları gözlenmiştir.

Mahalle örnekleminin büyük çoğunluğu (%73,8) hastanelerin birleştirilmesi süreci olumlu değerlendirmektedir, ancak olumsuz olduğunu düşünenler (%7,9) köy ve üniversite gruplarından daha fazladır. Üniversite örnekleminde hastanelerin birleştirilmesini olumlu değerlendirenlerin oranı (%51,2) köy ve mahalle örneklemlerinden düşüktür ve bu sürecin hiçbir şeyi değiştirmedikçe düşünenlerin oranı (%23,1) da köy ve mahalle örneklemlerinden daha yüksektir.

⁵⁸ Tablo 43'te görülmüş olduğu gibi “hastanelerin birleşmesi” olarak adlandırılan sürecin değerlendirilmesi ile örneklem grubu ($X^2(6, n=350)=34,21, p\leq.01$), gelir ($X^2(18, n=335)=44,54, p\leq.01$), eğitim ($X^2(3, n=350)=16,02, p\leq.01$), doğum yeri ($X^2(3, n=346)=7,26, p\leq.05$), meslek ($X^2(15, n=350)=33,44, p\leq.01$), çocuk sayısı ($X^2(3, n=321)=10,36, p\leq.05$) ve sosyal güvence ($X^2(15, n=350)=42,81, p\leq.01$) değişkenleriyle ilişkilidir.

Gelir açısından incelendiğinde gelir grupları arasında hastanelerin birleştirilmesini en olumlu değerlendiren grupların 500 TL ve altı gelir grubu (%70,8) ile 501-1500 TL gelir grubu (%75) olduğu görülmektedir, ancak 501-1500 TL gelir grubu aynı zamanda olumsuz değerlendirme oranının da en yüksek (%9,4) gözlendiği gelir grubudur. Gelir düzeyi yükseldikçe olumlu değerlendirme oranı azalmakta ve hiçbir şeyin değişmediğini düşünenlerin oranı artmaktadır. Düşük eğitim düzeyindekiler daha yüksek eğitim görmüş olanlara oranla, köy doğumlular daha büyük birimlerde doğanlara oranla, üç ve daha fazla çocuğu olanlar daha az çocuğu olanlara oranla hastanelerin birleşmesini daha olumlu değerlendirme eğilimindedirler.

Meslekler açısından incelendiğinde olumlu değerlendirme oranı en yüksek esnaflarda (%86,4), işçilerde (%76,6), çiftçilerde (%75) gözlenmekte, en düşük oran ise memurlarda (%52,3) görülmektedir.

Sosyal güvence türü açısından incelendiğinde olumlu değerlendirme oranı en yüksek görüldüğü gruplar sırasıyla Bağ-Kur'lular (%75,3), SSK'lılar (%74) ve sosyal güvencesi olmayanlardır (%71). Yeşil kartlıların (%65,7) ve Emekli Sandığı üyelerinin (%53,3) olumlu değerlendirme oranları diğer gruplardan düşük, hiçbir şeyin değişmediğini düşünme oranları da diğer gruplardan yüksektir.

Bu bulgular Eskişehir'de 2009 yılında yapılan ve örneklemin %68'inin GSS ile birlikte vatandaşların sağlık güvencesinin arttığı düşüncesine, %62'inin de sağlık sisteminde yapılan düzenlemelerle daha nitelikli bir hizmet sunumu sağlandığı düşüncesine katıldığının ortaya konduğu bir çalışmanın (Çelikay, 2009:129-130) bulgularıyla paraleldir.

Bu bulgular SDP öncesinde var olan ve nüfusun belirli kısımlarının belirli hastanelerden hizmet almasını olanaksız kılan hiyerarşik yapının kırılmasının özellikle sağlıkta dönüşüm öncesinde bu durumdan muzdarip olan Bağ-Kur ve SSK üyelerini olumlu etkilediğini göstermektedir. Bu etki, daha sonra değinileceği üzere sağlık hizmetlerinden duyulan genel memnuniyet düzeyinin artmasında da etkili olmaktadır. Bu açıdan araştırma bulguları SDP'nin bileşenleri üzerinden değil bir bütün olarak değerlendirip olumsuz olarak

etiketlenmesinin "gerçek hayattaki durumu iyi analiz edememek"ten (Elbek, 2009b:5-6) kaynaklandığı şeklindeki görüşü desteklemektedir. Prime dayalı bir sağlık sistemi olması ve katkı ve katılım payları gibi mali yükleri ortadan kaldırmaması açılarından haklı olarak eleştirilebilecek olan SDP, hastanelerin birleştirilmesiyle önceden mağdur olan geniş bir kitlenin sağlık hizmetlerinden daha geniş bir çeşitlilikte yararlanmasını sağlamakta, isteyenin istediği sağlık kurumunda tedavi görmesine izin vermekte ve bu durum da en çok SDP öncesinde istediği tedavi kurumundan hizmet alamayanları memnun etmektedir. Hastanelerin birleşmesini olumlu değerlendirenlerin büyük çoğunluğu bu düşüncelerinin nedeni olarak istedikleri hastanede tedavi olanağı bulabilmelerini göstermektedirler. Bu tip yanıtlardan bazıları aşağıdadır:

"İyi. her yere gidebiliyoz. eskiden Tıp'ta paran olmadı mı ameliyat yapamıyolardı, ama şimdi yapıyolar." (mahalle)

"İyi oldu ben SSK'ya varıyodum sen Bağ-Kur'lusun diyodu bakmıyodu şimdi varıyorum her eczaneden ilacımı alıyorum." (köy)

"Her hastaneye gidebiliyon önceden sadece devlete gidiyodun." (köy)

"İyi. Tabi çok güzel oldu, özelliklere evvelden gidemiyoduk maddi yönden, tıp hastanesine gidememiştik." (köy)

"Eskiden hep bi hastaneye gidiyoduk imdi hangi şeye gidersen git o olmadı ona, o olmadı ona." (mahalle)

Sağlık kurumlarına ulaşım maliyetleri örneklemdaki düşük gelirli için özellikle önemlidir, bu nedenle aşağıdaki örneklerde de görüldüğü gibi bazıları için hastanelerin birleştirilmesini nitelik olarak istedikleri kuruma başvurabilmekten çok en yakındaki kuruma başvurabilmek anlamına gelmektedir.

"Serbest oldu. Hani farzedelim Polatlı yakında, ama Sivrihisar'a gidiyosun. Yok orda doktor ama oraya gidiyosun sevk oluyosun. Şimdi hepsini buluyorsun nere yakınsa oraya gidiyosun." (köy)

"Hincik araba 15 geçiyor bindin mi devlet hastanesine gidiveriyon. SSK'ya nasıl gitceğidin yoksa." (mahalle)

"Ordaki hastane uzak, insanlar burada kısaca yakın olduğu için işlerini kolay hallediyor" (mahalle)

"Tepebaşı'na giderdik sigortaya şimdi yürüyerek devlete gidiyoz, sağlık ocağına gidiyoz, devlet yakın" (mahalle)

Yanıtlayıcılardan bir kısmı olumlu düşüncelerinin nedenini açıklarken kendi tedavilerine yönelik değil, genel olarak insanlar arasındaki ayrımcılığın kalkmasına ilişkin ifadeler kullanmışlardır. Bu yanıtlardan bazıları aşağıdadır:

“İnsanlar herkes eşit oldu insan ayrımı olmadı, memurları ayırmıyorlar.” (mahalle)

“Tabi ki. İnsanlarda sınıflandırma olmadı.” (mahalle)

“İyi. Kişiler birbirinden ayrılmamış gibi oldu. Gidemeyenler de aynı imkanlardan yararlanmış oldu.” (köy)

“İyi. Herkes aynı hakkı kazansın. Zengin gitsin fakir kalsın olmasın.” (köy)

“İyi oldu olmaz olur mu biz gitsek her yer bakıyo, ayrımcılık kalktı.” (köy)

“Yeşil Kart geçiyo dıpta, sigortada geçmiyodu. Birleşmesi çok güzel oldu.” (mahalle)

“İyi. Bağ-Kurluların da o imkanları olması lazımdı ben gidiyodum onların da gitmesi iyi oldu (köy)

Aşağıdaki ifadelerden görüleceği gibi hastanelerin birleşmesini olumlu değerlendirenlerin bir kısmı, istedikleri hastaneye başvurmadan çok hastanelerdeki kalabalığın azalması nedeniyle olumlu değerlendirdiklerini belirtmişlerdir.

“Tabi, en azından kalabalık sıralar azaldı.” (mahalle)

“Çok çok iyi oldu bi yerde yoğunluk oluyodu baştan savma tedavi ediliyodu tabi yine yetersiz de eskiye göre iyi.” (mahalle)

“İyi. kuyrukları azalttı, zamanı kısalttılar.” (mahalle)

“İyi. her taraf kalabalıktı, 4-5 saat kuyrukta ilaç sırası beklerdik.” (mahalle)

“Eskiden çok sıra beklerdik ama şimdi böyle şeyler kalmadı.” (mahalle)

“En azından o kadar eskisi kadar kalabalık değil.” (mahalle)

“İlaç alıyon rahat oluyo, bi haftalık zor çıktığımda hastaneden şimdi hemen çıkıyorum.” (mahalle)

Hastanelerin birleşmesinin bir şey değiştirmedeğini düşünenler (%11,4) ise genellikle kalabalığın azalmadığına, para ilişkisinin ortadan kalkmadığına ve insana verilen değer artmadığına ilişkin nedenlerle aynı sıkıntıların devam ettiğini ifade etmektedirler. Bu yanıtlardan bazıları aşağıdadır.

“Gene aynı sırada bekliyon gene aynı rezillik.” (köy)

“Aynı varıyon gine sırayı bekliyon, paran yok.” (köy)

“Eskiden SSK’da bi yoğunluk vardı. Şimdi gidiyon yine aynı yoğunluk.” (mahalle)

“Bişey değişmedi. Gene kalabalık, hâlâ devlet oraya çok acil olunca gideriz yakın diye, ama kalabalık. Ora hep öyleydi.” (mahalle)

“Yine özele gitmeyince bakmıyo adam.” (köy)

“N’ooldu, yine parayla gidiyosun, derdini anlatıyosun, ordan oraya git, ordan oraya git.” (mahalle)

“Her taraf parayla dönüyo yine torpili olan geçiyo.” (mahalle)

“Değişen bir şey yok. Hizmet kötü, adama değer yok.” (köy)

Hastanelerin birleşmesinin kötü olduğunu düşünenler (%5,1) ise ağırlıklı olarak önceden gittikleri hastanelerin şimdi daha kalabalık olmasından yakınmaktadırlar. Bu yanıtı verenlerden bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir:

“Özel hastaneler birleştirilmeden evvel sakindi.” (köy)

“Biz SSK’lıyız yeşil gartlılar geliyo hastaneye hakkımızı gaydırıyo.” (köy)

“Ona varıyon, ona varıyon. Hepsiciği doluyo. Eyi bi şey değil birleşmek.” (köy)

“Belirli hastanelerde yığılmalar meydana geldi, herkes büyük hastanelerde.” (mahalle)

“Çok kalabalık oluyo. Şimdi devlet hastanesi hepsine, Yeşil Kart, SSK, Bağ-Kur bakıyo. Kalabalık oluyo, sıkıntı tabi.” (mahalle)

“Ben memnun değilim. SSK’da devletin hiçbi şeyi yoktu. Şimdi muayene parası alıyo.” (mahalle)

“Daha kalabalık oldu. Sıra alırsan on saatte yirmi saatte sıra geliyo o kalabalık hasta ediyo insanı zaten.” (mahalle)

“Niye birleştirdi sigortayı, birleştirmeyi yapmayaydı. İyi olmadı. Çok kalabalık oldu. Sıra bulamadım. ...” (mahalle)

“Bence hastanelerin birleşmesini kaldırsınlar, o çok yanlış oldu. Sana beş dakika düşünüyor, öbür türlü adam 15 dakika ilgileniyodu.” (mahalle)

3.5.2. Sağlık personelinin davranışından duyulan memnuniyet düzeyi ve bıçak parasına yönelik tutum

Sağlık hizmetlerinden yararlanma özellikle hastalar açısından oldukça kişisel bir süreç olduğu ve bu hizmetler nihai olarak sağlık personeli tarafından birebir verildiği için sağlık personelinin davranışların duyulan memnuniyet bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanması açısından oldukça önemlidir. Eskişehir’de 2009 yılında yapılan bir çalışmada da örneklemin %73’ü sağlık hizmetlerinden yararlanma açısından sağlık personelinin davranışlarının son derece önemli olduğunu ifade etmektedir (Çelikay, 2009:133). Örnekleme doktorların ve hemşirelerin davranışından ne derece memnun oldukları sorulduğunda örneklem genelinin %68,1’i memnun olduğunu, %31,9’u ise memnun olmadığını belirtmiştir. Tablo 47’de görüldüğü gibi sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyet cinsiyet ve algılanan sağlık statüsü dışındaki bütün değişkenlerle ilişkilidir. Bu bulgular dokuz numaralı alt problemde sorulan soruyu yanıtlamakta, sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyet düzeyinin eğitim ve gelir düzeyine göre farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Gelir ve eğitim düzeyi arttıkça sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyetin azaldığı gözlenmiştir.

Tablo 47: Sağlık Personelinin Davranışların Duyulan Memnuniyet, Rahatsız Olunan Davranışlar ve Bıçak Parasına Yönelik Tutumun Seçilmiş Değişkenlerle İlişkisi

	Sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyet				Rahatsız olunan sağlık personeli davranışı				Bıçak parasına yönelik tutum			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örneklem grubu	343	23,64	4	≤.01**	99	69,02	20	≤.01	351	9,16	4	≥.05
Cinsiyet	343	1,58	2	≥.05	99	13,57	10	≥.05	351	3,07	2	≥.05
Yaş	340	12,41	4	≤.05*	98	21,13	20	≥.05	348	26,99	4	≤.01
Gelir	329	27,47	12	≤.05	95	113,07	60	≤.01	336	16,91	12	≥.05
Eğitim	343	15,68	2	≤.01	99	39,02	10	≤.01	351	12,95	2	≤.01
Doğum yeri	341	9,44	2	≤.01	99	18,94	10	≤.05	347	2,89	2	≥.05
Yaşanan yer	343	15,29	2	≤.01	99	18,65	10	≤.05	351	6,32	2	≤.05
Meslek	343	21,58	10	≤.05	99	97,07	50	≤.01	351	23,54	10	≤.01
Çocuk sayısı	314	11,83	2	≤.01	90	24,50	10	≤.05	322	15,31	2	≤.01
Sosyal güvence	343	25,70	10	≤.01	99	71,05	40	≤.01	351	18,81	10	≤.05
Alg. sağlık statüsü	341	5,09	4	≥.05	98	28,76	20	≥.05	349	1,90	4	≥.05
Tercih ed. sağlık kur.	336	8,760	6	≥.05	96	93,04	60	≤.01	348	17,79	12	≥.05

* α=.05 için anlamlıdır.

**α =.01 için anlamlıdır.

Sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyet düzeyi, Tablo 47'de görüldüğü gibi örneklem gruplarına göre farklılık göstermektedir. Tablo 48'de görüldüğü gibi köy örneklemini diğer örneklem gruplarına, 61 yaş üzerindeki 61 yaş altındakilere, ortaokul ve altında eğitim alanlar daha yüksek eğitimlilere, köyde doğanlar daha büyük birimlerde doğanlara, kırsal alanda yaşayanlar kentsel alanda yaşayanlara, çiftçiler diğer meslek gruplarına, üç ve daha fazla çocuğu olanlar daha az çocuğu olanlara, Yeşil Kartlılar ve sosyal güvencesi olmayanlar diğer sosyal güvence türlerine mensup olanlara oranla doktor ve hemşirelerin davranışlarından daha yüksek oranlarda memnundurlar. Tablo 48'de görüldüğü gibi örneklem grupları arasında sağlık personelinin en yüksek düzeyde memnun olan köy örneklemini (%82,5), en düşük düzeyde memnun olan ise yarısından azının memnun olduğu (%43) üniversite örneklemidir. Yaş grupları açısından incelendiğinde yaş arttıkça personelin davranışlarından duyulan memnuniyetin yükseldiği gözlenmektedir.

TÜİK verilerine göre 2009 itibariyle nüfusun %71,13'ü doktorların hastalara davranışlarında sorun olmadığını belirtmektedir, eğitim düzeyi yüksek olanlar düşük olanlara, gençler yaşlılara oranla, kentsel alanlarda yaşayanlar da kırsal alanlarda yaşayanlara oranla doktorların davranışlarını daha sorunlu bulmaktadırlar (TÜİK, 2010). Kamu hastanelerinde ve özel hastanelerde hasta memnuniyetini araştıran Tengilimoğlu vd. (1999:83, 86) hem doktorların hem de hemşirelerin genel tutumundan duyulan memnuniyetin kamu hastanelerinde de özel hastanelerde yüksek olduğunu (ancak özel hastanelerde biraz daha yüksek olduğunu) ortaya koymuştur. TÜİK'in (2010) yaşam memnuniyeti araştırması sonuçlarına göre hemşire ve hastabakıcılardan duyulan memnuniyet 2003-2008 yılları arasında artmış, hemşire ve hastabakıcıların davranışlarının sorunsuz olduğunu düşünenlerin oranı %40,29'dan %70,07'ye yükselmiştir.

Bu araştırmada da benzer şekilde örneklemin %68'i doktor ve hemşirelerin davranışlarından genel olarak memnun olduğunu belirtmektedir. Sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyetin artması, performansa dayalı ücretlendirme sistemi nedeniyle hastaların müşteriler olarak görülmesinin, sağlık alanında Toplam Kalite Yönetimi gibi müşteri odaklı yönetim anlayışlarının benimsenmesinin ve bunlara bağlı olarak SABEM gibi şikayet hatlarının açılmasının sonucu olarak değerlendirilebilir. Çelikay'ın (2009:134) Eskişehir'de yaptığı araştırmada örneklemin üçte ikisine yakını (%63) GSS sonrası sağlık personelinin hastalara karşı tavırlarında olumlu bir gelişme gözlemlendiğini düşünmektedir. Bu araştırmada da örneklemden GSS öncesi ve sonrası bir kıyaslama yapılması istenmediği halde verilen *"şimdi gerçekten ilgileniyorlar. önceden hemşireler çok sertti disiplinliler."* (köy), *"Önceden hastaya ilgi yoktu."* (mahalle), *"Önceden daha kötüydü"* (mahalle) gibi yanıtlar sağlık personelinin hastalara yönelik tutumunun değişmesinde SDP'nin etkili olduğuna ilişkin ipuçları vermektedir.

Tablo 48: Sağlık Personelinin Davranışından Duyulan Memnuniyet

Sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyet					
%		n	Memnun	Memnun değil	Toplam
Örneklem Geneli		354	68,1	17,5	100
Örneklem grubu	Köy	103	82,5	17,5	100
	Mahalle	122	66,4	33,6	100
	Üniversite	114	57	43	100
Yaş	-40	88	62,5	37,5	100
	41-60	163	63,2	36,8	100
	61+	85	83,5	16,5	100
Gelir	-500	111	81,1	18,9	100
	501-1500	94	70,2	29,8	100
	1501-2500	12	33,3	66,7	100
	2501-3500	17	70,6	29,4	100
	3501-4500	23	43,5	56,5	100
	4501-5500	19	63,2	36,8	100
	5501+	49	57,1	42,9	100
Eğitim	Ortaokul ve altı	195	75,9	24,1	100
	Lise ve üzeri	144	57,6	42,4	100
Doğum yeri	Köy	169	75,7	24,3	100
	Köyden büyük	168	60,1	39,9	100
Yaşanan yer	Kırsal	103	82,5	17,5	100
	Kentsel	236	61,9	38,1	100
Meslek	Çiftçi	44	86,4	13,6	100
	Ev kadını	90	72,2	27,8	100
	İşçi	46	73,9	16,1	100
	Memur	121	57	43	100
	Esnaf	22	68,2	31,8	100
	Diğer	16	62,5	37,5	100
Çocuk sayısı	En fazla 2	181	62,4	37,6	100
	3 ve üzeri	129	76	24	100
Sosyal güvence	Yok	31	83,9	16,1	100
	Bağ-Kur	92	76,1	23,9	100
	SSK	71	69	31	100
	Em.San.	128	55,5	44,5	100
	Yeşil Kart	16	87,5	12,5	100

Doktor-hasta arasındaki ilişkinin ve sözlü ve sözsüz iletişimin niteliğinin hastanın memnuniyeti (Buller vd., 1987; Squier, 1990; Stewart, 1995; Buetow, 1995) ve genel olarak sağlığı (Stewart, 1995; Kaplan vd., 1989) açısından önemli bir faktör olduğu bilinmektedir. Hastaların memnuniyeti ve sağlık sonuçları açısından doktorun hastayı bilgilendirme düzeyi, olumlu konuşması, empati kurması ve hastanın katılımına izin verecek bir iletişim kurması (Steward, 1995; Squier, 1990; Lassen, 1991; Buetow, 1995) hastayı etkileyen önemli davranışlardır. Ancak bu konuda da sınıfsal bir eşitsizlik deseni görülmekte, konuyla ilgili çalışmalarda doktorların düşük sosyal sınıflara mensup hastalarla duygusal açıdan olumlu konuşmaları daha az yaptıkları, onlarla daha biyomedikal bir dille konuştukları, böylece hastanın tedavi ile ilgili kararlara katılım düzeyinin düşük olduğu, direktif verici bir iletişim kurdukları ve

hastayı teşhis ve tedavi konusunda daha az bilgilendirdikleri (Waitzkin, 1985; Street, 1991), düşük sınıflara mensup olanların yanı sıra kadınlara, özellikle de orta yaşlı kadınlara (Arber vd., 2004) yönelik olarak da benzer davranışlarda bulundukları ortaya konmuştur.

Doktorla olan iletişimlerinde pasif kalan, daha az soru soran, görüşlerini daha az belirten ve doktor tarafından da daha az bilgilendirilen düşük eğitim düzeyli hastaların aksine eğitim düzeyi daha yüksek olan hastalar doktorlardan daha fazla bilgi almakta ve daha aktif bir iletişim kuraktadırlar (Street, 1991). Bu durumun doktorlarla benzer sosyal geri planlara sahip olan ve aralarında büyük bir kültür farkı olmayan hastaların doktorlarla daha rahat etkileşim kurmalarından kaynaklandığı (Street, 1991), doktorların düşük sosyal sınıflara mensup, eğitim ve gelir düzeyi düşük hastaları daha az bilgilendirmelerinin de muhtemelen bu hastaların sağlıkları hakkında bilgi edinmekle ilgilenmediklerini ya da bu bilgiyi anlamayacaklarını varsaymaları olduğu belirtilmektedir (Waitzkin, 1985; Street, 1991).

Yapılan çalışmalar düşük statülü hastaların doktor-hasta ilişkisinin daha yüksek statülü gruplar kadar iyi olmadığını, daha az bilgilendirildiklerini, aktif bir iletişim kuramadıklarını, daha çok doktorun direktiflerine uymaktan fazla ileri gitmediklerini (Waitzkin, 1985; Street, 1991) gösterdiği halde bu grupların doktor ve hemşirelerin davranışlarından daha memnun olmaları önemlidir. Bu durum daha önce doktordan utanma konusunda değinilen statü farkından kaynaklanmaktadır. Doktorların normatif yargılarına maruz kalan (Foucault, 1977:304) ve kendilerini sunma biçimlerinin doktorların standartları arasında uyumsuzluk olduğunu (Edelmann, 1985) düşünen düşük statülü gruplar, bu durum nedeniyle doktor muayenesinden daha yüksek düzeyde utandıkları gibi, kendi statülerinin doktorların standartlarını karşılamadığını düşündükleri için doktorlardan beklentisi düşük olan bu gruplar, doktor ve hemşirelerin davranışlarından da daha yüksek düzeyde memnuniyet duymaktadırlar.

Sağlık personelinin davranışlarından memnun olmadığını belirtenlere hangi davranışlardan rahatsız oldukları sorulduğunda azarlama (%22,2), ilgisizlik (%15,2), özensizlik (%10,1), suratsızlık ve ilgisizlik (%8,1), ilişkilerin

ticarileşmesi (%7,1), kapris (%7,1), saygısızlık, bilgilendirmeme ve kapris (%7,1), saygısızlık (%6,1), yetersizlik (%6,1), ilgisizlik, saygısızlık ve yetersizlik (%6,1) ve bilgilendirmeme (%5,1) yanıtları alınmıştır.

Tablo 47’de görüldüğü gibi rahatsız olunan davranışlar örneklem grubu, gelir, eğitim, doğum yeri, yaşanan yer, meslek, çocuk sayısı, sosyal güvence türü ve tercih edilen sağlık kuruluşu ile ilişkilidir. Bu çerçevede örneklem gruplarının hangi davranışlardan rahatsız olduğu incelendiğinde köy örnekleminin en çok azarlama (%40), suratsızlık ve ilgisizlik (%20), yetersizlik (%20), ilgisizlik (%13,3) ve ilişkilerin ticarileşmesinden (%6,7) rahatsız olduğu görülmektedir. Mahalle örnekleminin de en çok rahatsız olduğu davranış azarlamadır (%43,2), bunu ilgisizlik (%18,9), ilişkilerin ticarileşmesi (%13,5), suratsızlık ve ilgisizlik (%10,8), özensizlik (%10,8) ve kapris (%2,7) izlemektedir. Üniversite örneklemini ise en çok saygısızlık, bilgilendirmeme ve kapris (%12,8), ilgisizlik (%12,8), özensizlik (%12,8), kapris (%12,8), saygısızlık (%12,8), ilgisizlik, saygısızlık ve yetersizlik (%12,8), bilgilendirmeme (%10,6), yetersizlik (%6,4), ilişkilerin ticarileşmesi (%2,1) ve suratsızlık ve ilgisizliktir.

‘Saygısızlık’, ‘bilgilendirmeme’, ‘kapris’ gibi ifadeleri içeren yanıtları verenler içinde 500 TL ve altında geliri olan, ortaokul ve altı eğitim görmüş, köyde doğmuş, kırsal alanda yaşayan, çiftçi, ev kadını, işçi ve esnaf, SSK’lı, Bağ-Kur’lu, Yeşil Kartlı ve sosyal güvencesi olmayan hiç kimse yoktur. Diğer bir deyişle bu şikayetler yüksek gelir ve eğitim düzeyine sahip kentlilerin şikayetleridir. Düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip kırsal kesimin şikayetleri ise azarlama, ilgisizlik ve suratsızlık kategorilerinde yoğunlaşmaktadır. Azarlama yanıtını verenlerin çoğu mahalle örnekleminde (%72,7), üçte ikisinden fazlası (%68,2) kadındır, yarısına yakını (%45,5) 40 yaş altındadır, çoğu (%65) 501-1500 TL gelir grubundadır, büyük kısmı (%81,8) en fazla ortaokul mezunudur, yarısından fazlası (%54,5) köy doğumludur, çoğu (%63,6) ev kadınıdır, yarısı (%50) SSK’lıdır ve çoğu devlet hastanesini tercih edenlerden (%59,1) oluşmaktadır. Azarlanmaktan şikayet edenlerin yanıtlarından bazıları aşağıdadır:

“Doktorlardan ben bi kutuları götürmedim diye nasıl azarladı. ben kutuları götürmedim, ben canımı zor götürüyöz. Azarlıyorlar. Hemşireler de elim eğildi

diye aman neler dedi. Yaşın 70 iş bitmiş ama çok azgınlar. Amanın o doktorlar var ya...” (köy, kadın)

“Bi yere doktora gittim mesela, ters cevap vermeler, bişey soruyosun hemşireye, seni azarlaması, küçük düşürüyor yani, zaten sağlam olsan oraya gitmezsin.” (mahalle, erkek)

“...Bağırıp çağırıyolar, azarlıyorlar. Buna hiç hakları yok mecbur onlar bu mesleği seçtiler. Yemin ediyolar bi de. Bakıcaksın. İnsanın kalbini kırmak ne kadar kolay. Adam orda hasta. Al içeri bak. İlgi yok güzelim, ilgi yok.” (mahalle, kadın)

“Köpek gibi davranıyor hepsi de, özele gidersen oo yağ bal gibi hepsi de.” (mahalle, kadın)

“... emir veriyorlar, azarlıyorlar, paylıyorlar.” (mahalle, erkek)

“Mesela yakınlarda yeğenim rahatsızlandı tersler, asık suratlılar. Bi ton tafralar, havalara bağırıp çağırıyorlar.” (mahalle, erkek)

“Şimdi ben şunu deyim. Hemşireler köpek gibi atıyor ya. Bişey sorduğunda bile cevabını ukalaca alıyosun. Var mı memnun olan ya.” (mahalle, erkek)

“Bazı ısıtıyorlar. ısıtıyorum ben de. Biz gelmekten bıktık, sen bakmaktan bıktın. Onlar hurt derse ben de haf diyom. Azarlıyor kimileri söylerim valla. Tuvaletçi karı yıkamış. Bekletiyorlar. Kocakarılar şalvarına donuna edecek girdirmiyö. Küreği ittim. Sen bizden ekmek yersin. Doktoru da dursun bakanlar da dursun. Sandalyeye otururlar. Kaptı mı seni de beni de tanımaz.” (mahalle, kadın)

“...bir şey dedin mi çok biliyosun sen der, reçeteni de kendin yaz o zaman der, bana gelmeseydin der... bağırır, azarlar...” (mahalle, erkek)

İlgisizlik yanıtını verenlerin %46,7’si, suratsızlık ve ilgisizlik yanıtını verenlerin yarısı (%50) mahalle örnekleminde, ilgisizlik yanıtını verenlerin yarısından fazlası (%53,3), suratsızlık ve ilgisizlik yanıtını verenlerin dörtte üçü (%75) erkektir. Bu yanıtları verenlerin tamamı en fazla 2500 TL gelire sahiptir. İlgisizlik yanıtını verenlerin yarısından fazlası (%53,3), suratsızlık ve ilgisizlik yanıtını verenlerin %62,5’i en fazla ortaokul mezunudur. İlgisizlik yanıtını verenlerin üçte ikisi (%66,7) köyden daha büyük birimlerde doğmuştur, %86,7’si kentsel alanda yaşamaktadır, yarısına yakını (%46,7) memur, yarısından fazlası (%53,3) Emekli Sandığı üyesidir. İlgisizlik yanıtını verenlerin %42,9’u devlet hastanesini, %28,6’sı üniversite hastanesini, suratsızlık ve ilgisizlik yanıtını verenlerin yarısı (%50) devlet hastanesini, dörtte biri (%25) üniversite hastanesini tercih etmektedir. Kısacası bu yanıtları verenler genel olarak düşük statü gruplarında bulunan ve ağırlıklı olarak devlet hastanesini tercih eden bireylerdir. İlgisizlik, suratsızlık ve özensizlik yanıtını verenlerin bir kısmı aşağıdaki yanıtlardan anlaşıldığı üzere muayenelerin çok kısa sürmesini vurgulamaktadırlar.

“Alelacele hastaları geçiştiriyorlar, ilgilenmiyorlar” (köy)

“Hastaneye gidiyom başını kaldırmıyor. Söylüyün girdiğin çıktığın bir 10 dakkeyi bile durmuyor. Bir film, bir tahlil öğleden sonra gel diyor. İlaç yazıyor yallah.” (köy)

“Genelde soru sordun mu doğru cevap vermiyorlar. Hastalığımı soruyom cevap vermiyorlar. Muayene açısından da öyle. Güzel bakmıyorlar. Hemen yallah.” (mahalle)

“Saat beş olsun da kendi işimize gidelim gibi yapıyorlar. Yakından ilgilenmiyorlar, mesai doldurmak için çalışıyorlar.” (mahalle)

“Odalarına kapanıp bi Çifteler’deki başhekim bakmadı. 11’de geldi, 11 buçuk oldu afedersin bakmadı. Saatinde gel, bekletme, herkes köylü işi var, güdülecek koyun var.” (köy)

“Özellikle devlet hastanelerinde hastaya eşya gibi davranmaları” (mahalle)

Aynı yanıtı verenlerin bir kısmı ise aşağıda örnekleri görüldüğü gibi kılık kıyafetlerinden veya geldikleri yerden ötürü kendilerine ayrımcılık uygulandığını düşünmektedirler.

“Köyden gittiğin zaman fazla ilgilenmiyorlar. Hastanede tanışınız varsa yırttınız.” (köy)

“İlgisizlik. Temizlik falan iyi de. Kıyafetine bakyolar. Köylü her zaman son şeylerde. Nasrettin Hoca gibi kürke bakıyorlar.” (köy)

“...Çok beynelminellik var ilgi yok, ilgi göstermiyorlar hele hele geceleri kılık kıyafetine göre muamele ediyorlar, acık paran oldu mu her şey başka.” (köy)

“.. Giyimin guşamın farkedeyor doktorun yanına girdiğinde.” (mahalle)

İleride inceleneceği gibi ideal bir sağlık hizmeti için ne yapılması gerektiği sorusuna örneklem genelinin %5,6’sı yukarıdaki ifadelere benzer bir vurguyla 'insana değer verilmesi gerektiği' şeklinde yanıt vermiştir. Bu yanıt gelir grupları içince en yüksek oranda aylık 500 TL ve altı kazanan, eğitim grupları açısından ortaokul ve altında eğitim görmüş olanlarda, sosyal güvence açısından da Bağ-Kur'lular tarafından verilmiştir. Aşağıda örnekleri görüldüğü gibi ideal sağlık hizmeti ile ilgili soruya verilen bazı yanıtlar da yukarıdaki gibi sağlık personelinin davranışları ile ilişkilidir.

“Çok zor işler para yoksa olmaz, parayı bastır, ideal sağlık. Sen anlat dur doktora, dinlemiyor, uzatırsan tekme atarlar adama.” (köy)

“Bi kere doktorların çok iyi olması lazım, hastalarıyla gerçekten iyi ilgilenmesi, giymet vermesi lazım.” (köy)

Bu yanıtlar doktor hasta ilişkisindeki sorunlara gönderme yapmaktadır. Bu ilişkideki sorunlar da temel olarak doktorların sıradan insanların sunduğu sıradan bilgiyi çoğu zaman dikkate değer bulmamalarından kaynaklanmaktadır.

Tek gerçek bilginin bilimsel bilgi olduğu ve bu bilgiye de ancak bilim aracılığı ile ulaşılabilceğini ileri süren pozitivist paradigma içinde sıradan insanların kendi yaşamlarından elde ettikleri sıradan bilgi gerçek bilgi olarak görülmemektedir. Sağlık profesyonelleri sıradan insanların kendi sağlıkları hakkındaki fikirlerini uygun olmayan yollarla edinilmiş bilgiler olarak görmekte ve genellikle yersiz kabul edilmektedir⁵⁹. Bazı çalışmalar sağlığı iyileştirmeyi mümkün kılacak bulgular içerdiği halde sıradan bilgiye dayandıkları için fen bilimciler tarafından önyargıyla karşılandığı, öznel veya abartılı bulunduğu ve görmezden gelindiğini belirtilmektedir (Williams ve Popay, 2001:36-37). Eleştirel teori, pozitivist yöneltilen eleştirilere katılır ve epistemolojik hegemonyaya karşı çıkar, çünkü kendisinin dışında gerçek bilgiyi kabul etmeyen pozitivist bilim anlayışı hem sıradan bilgi gibi belirli bilgi biçimlerini bilimsel tartışmaların dışında bırakır hem de bilimin baskın paradigması dışında kalan güçsüz grupların yapacağı katkıları engellemiş olur (Habermas, 1971). Sıradan bilgi, sıradan insanların öznel bakışları ile ilgili gibi görünse de bu bilgi yaşamdaki belirli olaylara ve deneyimlere verilen yanıtlardan elde edilir ve insanların içinde yaşadığı koşullar tarafından şekillendirilir. Sıradan bilginin gündelik yaşamın maddi koşulların içine gömülü olduğu için yaşam biçimlerinin dilbilgisi ile ilişkili olduğunu belirten Williams ve Popay (2001:31) sıradan bilginin kendine kamusal bir forum arayan ama çoğunlukla devletin ve ekonominin sistem güçleri tarafından dışlanan yaşam dünyasının bir ifadesi olduğunu belirtmektedir. Williams ve Popay (2001:31-34) sıradan insanların içinde bulundukları sağlık risklerini ifade ettikleri çeşitli çalışmaları inceleyerek insanların bu riskleri akademik veya soyut kavramlarla ifade etmeseler de yaşam dünyasının dilini kullanarak oldukça zengin bir şekilde ifade ettiklerini belirtmektedir. Bu sıradan bilgi, baskın bilimsel paradigma dışında bir düşünme yolu sağladığı için eleştireldir ve kamu sağlığında demokrasiye ulaşmak için sıradan insanların öznelliklerinin altında yatan maddi ve tarihsel temeller kullanılmalıdır (Williams ve Popay, 2001:41). Doğa bilimlerinde sıradan bilginin değersiz/anlamsız/ilgisiz görülmesi, doktor

⁵⁹ Williams ve Popay (2001:35) sıradan insanların kendi sağlıkları hakkında yaptıkları açıklamaları inceleyen sosyal bilim çalışmalarının da çoğunlukla sağlıksızlığın nedenlerini açıklamaya değil, neden insanların farklı açıklamalar yaptıklarını anlamaya yönelik olduklarını belirterek sosyal bilimlerin bu konuda fen bilimlerinin bakış açısını paylaşmakla eleştirmektedirler.

hasta ilişkisinde somutlaşmakta ve doktorların hakim paradigmaya dayanarak bilimsel olmayan bilgi ve ifadeleri reddetmelerine ve hastaların ifade ve açıklamalarına değer vermemelerine neden olmaktadır. Mahalle örnekleminde bir katılımcının belirttiği gibi bu gibi durumlar bireylerin kendilerini değersiz hissetmelerine neden olmaktadır: *“...sen ne diyosun diye bir dinleme yok, okudum diye ben ne dersem o olur diye bakıyo doktorlar hastalarına. Yüzüme bakmadan ilaç yazdı diyorum işte daha ne olsun ... seni takan yok yani hastanede”*.

Doktorların davranışlarındaki bu tutumda, tıbbın askeri kökenlerinin de etkisi vardır. Klinik tıbbın ilk olarak askeri hastanelerde öğretildiği Fransa (Foucault, 1973) gibi Osmanlı İmparatorluğu'nda modern tıp eğitiminin askeri tıp okullarında (1827'de kurulan Tıphane-i Amire'de) başladığı kabul edilmektedir (Ataç, 2004). Tıbbın, modern ordunun ihtiyaçlarını karşılamak üzere açılan askeri tıp okullarında ve askeri anlayış içinde gelişmesi, emir-komuta zincirinin biyomedikal tıp anlayışına hakim olmasında etkili olmuştur. Tıp eğitime yansıyan bu anlayış, günümüzde doktorların hastalara karşı davranışlarında görülen hiyerarşik tutumda halen kendini göstermektedir.

Doktor hasta arasındaki iletişimi anlamanın en iyi yollarından biri Habermas'ın iletişimsel eylem ve stratejik eylem kavramları üzerinden okumaktır. İletişimsel eylem anlamaya yönelik, biz uzlaşmanın amaçlandığı etkileşimdir, stratejik eylem başarıya yönelik, konuşmacılardan en az birinin dinleyici üzerinde bir etki yaratmaya çalıştığı etkileşimdir (Habermas, 1984:289). Eğer katılımcılardan en az biri bilinçli olarak başarıya yönelik olarak davranıyor, ama diğer katılımcıların iletişimsel eylem için gerekli koşulların oluştuğuna inanmalarına izin veriyorsa bu durum 'manüpilasyon' ya da 'açık aldatma' (conscious deception) olarak, bu durum bilinçsiz bir şekilde meydana geliyorsa 'sistemik olarak bozulan/tahrip edilen iletişim' olarak ifade edilir. Doktorların kendilerine direnen hastanın gözünü korkutmak, onlara boyun eğdirmek ya da onaylarını almak için teknik jargonu kullandığı, ancak doktorun da hastanın da iletişimsel değil, stratejik eylem içinde olduklarının farkında olmadıkları zaman, yani birbirlerini anlamaya değil, başarıya yönelik davrandıkları zaman sistemik olarak bozulan iletişim söz konusudur (Scambler ve Britten, 2001:54). Doktorların biyomedikal modele dayanan, teknik ve araçsal olan *tıbbın sesini* (Mishler, 1984:192) ve dilini

kullanarak hastaları yönlendirmeleri, kontrol altında tutmaları, onlara hükmetmeleri ve hayatı medikalize etmeleri, Habermas'ın seçici rasyonelleştirme (selective rationalization) ve yaşam dünyasının kolonizasyonu olarak adlandırdığı süreçlerin dolaylı olmayan sonuçlarıdır (Scambler ve Britten, 2001:55). Mishler (1984:104, 193) tıbbın sesiyle konuşmanın olayları kişisel ve toplumsal bağlamından kopardığını, doktor ve hasta arasında asimetrik bir ilişki kurulmasına neden olduğunu, insancıl bir bakımın ancak hastaların güçlendirilmesine (empower), doktorların daha çok dinlemelerine, daha çok soru sormalarına ve tıbbın teknik dilini yaşam dünyasının diline tercüme etmelerine bağlı olduğunu belirtmektedir.

Mishler'in bu iddialarını sınamak için bir çalışma yapan ve doktor ve hasta arasındaki iletişim desenlerini ortaya koymaya çalışan Barry vd. (2001) bilgi edinme ya da katılım açısından en kötü sonuçların hastanın yaşam dünyasının diliyle konuştuğu ancak söylediklerinin ya görmezden gelindiği ya da engellendiği durumlarda alındığını belirtmektedirler. Doktor hasta ilişkisi, tıbbın sesinin yaşam dünyasının sesini tamamen bastırabileceği bir alandır. Üstelik Waitzkin'in (1991:231-232) vurguladığı gibi hastaların sözünü kesme, susturma ya da hastayla biyomedikal söylemin teknik diliyle iletişim kurma gibi eylemlerle doktorlar uygun davranış hakkındaki ideolojik varsayımları yeniden üretmektedirler, bu da sistem dünyasını (Habermas, 1971) güçlendirmekte ve yaşam dünyasını zayıflatmaktadır. Bu durum hastalıkların algılanma biçimlerini de etkilemektedir, Waitzkin (1991:45-46) doktor ve hasta arasındaki görüşmelerde hastayı dinlemeyen doktorun hastalığın ardında yatan sosyal nedenleri göremediğini, dolayısıyla tıbbi söylemin özellikle iş ve meslekle ilgili sorunlarda bireyi suçlayan, bireye sorumluluk yükleyen ideolojiyi güçlendirdiğini belirtmektedir.

Buna ek olarak doktor-hasta ilişkisinde doktorların kullandığı dilden kaynaklanan sorunların özel muayenehanelerde azaldığı ve doktor hasta iletişiminin "ticari zeminin hazırladığı ..sağlıklı ve etkin" bir iletişime dönüştüğü belirtilmektedir (Yağbasan ve Çakar, 2006:615). Elazığ'da yaptıkları çalışmada Yağbasan ve Çakar (2006:621-623) hastaların doktorların dilini büyük ölçüde anlamadıklarını, doktorların olumsuz tutumları nedeniyle soru sormaktan

çekindiklerini, çoğunun doktorların özel muayenehanelerine gittiklerini ve bu ortamda doktorla daha iyi iletişim kurduklarını belirtmektedir. Burdur'da yapılan bir başka çalışmada da (Tekin, 2007:244) örneklemin yarısına yakınının doktorun özel muayenehanesine gittiği, gidenlerin yarısından fazlasının kendisine özel muayenehanede daha iyi davranıldığı için gittiği ortaya konmuştur. "Aynı hastaya farklı mekanlarda farklı teşhis koyabilecekleri sanısına kapılarak" (Cirhinlioğlu, 2001:112) hastalarını özel muayenehanelerine çağırarak tamamen müşterileştiren doktorlar görüldüğü kadarıyla özel muayene ücretlerinin karşılığını genellikle teşhis ve tedaviden önce hastayla kabul edilebilir bir iletişim kurarak ödemektedirler.

Her ne kadar bu çalışmanın kapsamı dışında olsa da doktorların hemşireler gibi diğer tıp profesyonellerine yönelik az çok benzer tepkilerinin olduğu ve hemşirelerin de doktorların kendilerine yukarıdan bakmalarından rahatsız olduğu, aralarında cinsiyete dayalı eşitsizlikleri de içeren karmaşık bir hiyerarşi olduğuna (Demir ve Kasapoğlu, 2008) değinmek gerekir. Doktorlar hem hastaları hem de birlikte çalıştıkları sağlık personeli ile girdikleri ilişkiler çerçevesinde zorlayıcı, bilgiye dayalı, uzmanlığa dayalı güç gibi çeşitli güç türlerini kullanmakta (Kasapoğlu, 1999:33), gücün eşitsiz dağıldığı ilişkilerde açık bir hakimiyet kazanmakta ve bu durumu hastalara ve hemşirelere açıkça hissettirmektedirler.

Doktorların bu çerçevede Parsons'ın (2005 [1951]) bahsettiği meslek etiğinden uzaklaştığı görülmekte, bu durum da hastalara karşı davranışlarının dışarıdan denetlenmesi oldukça zor olan bu meslek grubunun mesleki eğitimleri sırasında hastalara karşı yükümlülüklerine ilişkin mesleki değerleri kazanmaları gerektiğini (Kasapoğlu, 1988:88) ve oluşturulan sağlık piyasasının uysal üyeleri olmamaları gerektiğini belirginleştirmektedir. Ancak burada sorun neo-liberalizmin üniversiteleri de etkilemesi ve bir yandan akademik tıbbın finansal olarak endüstri tarafından desteklenmesi, bir yandan da üniversitelerin "girişimci, rekabetçi" gibi sıfatlarla açıkça gösterdikleri gibi eğitimlerinde neo-liberal ideolojinin değerlerini merkeze almalarıdır (Elbek, 2007:132).

Kısacası sağlık ilişkilerinde gücün eşit dağılması ve insancıl ve demokratik bir yapının oluşması için bilimsel paradigmanın sıradan bilgiye yönelik tutumunun

eleştirilmesi, doktorlarla hastalar ve diğer sağlık çalışanlarının ilişkilerindeki bu tek taraflı tahakkümün ortadan kalkması ve doktorların sağlığın kapitalizm tarafından ticarileşmesine meslek etiği açısından karşı çıkmaları gerekmektedir.

Sağlık personelinin rahatsız olunan davranışlarına dönecek olursak bütün örneklemin değiştiği bir diğer şikayet konusu da doktor, sağlık kuruluşu ve hasta arasındaki ilişkilerin ticari doğasıdır. Buna değinenlerden bazılarının yanıtları aşağıdadır:

“Canım çıkıyor gidene kadar, doktor azarlıyor, ne biliyim ben ne yuttuğumu, karneye bakmıyorlar bana soruyorlar. Paran var mı teyze aşağı paran var mı teyze yukarı. Anca parayı sorarlar” (köy)

“... kulak burun boğazcıya gittik, ameliyat dedi ama sen benim hastam değilsin dedi muayenehanesine gitmediğim için. Ölürsen öl tohumuna para mı saydım sana dedi.” (mahalle)

“Her şeyden önce seni para makinesi olarak görüyorlar ne kadar çok para verirsene o kadar iyi bakacaklarını söylüyorlar.” (mahalle)

“Hepsi paraya dökmüş para verirsene iyiler yoksa azarlıyorlar hep (mahalle)

“Vaktinde gelmiyorlar, serumun bitiyiye bakmıyorlar, Özelde tık düğmeyle geliyolar. Para yoksa ilgi de yok” (mahalle)

“Görevlerini idealist anlamda yerine getirenlerin sayısı çok az. Hepsi denmese de çoğu, maddi çıkarlar açısından hastalara yaklaşıyorlar.” (üniversite)

Eğitim ve gelir düzeyi yüksek kentli grubun rahatsız olduğu davranışların başında ise diğer örneklem gruplarından farklı olarak ‘saygısız’ davranışlar gelmektedir. Kendi sosyal geri planları doktorlarınkine benzer olan, eğitim düzeyleri ise zaman zaman daha yüksek olan üniversite örneklemini, aşağıdaki bazı ifadelerden anlaşıldığı üzere doktorların (örneklemedekilerin) kendi statülerine uygun davranmadıklarını belirtmektedir.

“Tavırları hoş değil, saygısızlar.” (üniversite)

“Saygısızlar çoğu zaman, doktorlar elitistler.” (üniversite)

“Randevu almak, aşırı kendilerini üst sınıf görme duyguları.” (üniversite)

“Sağlık personeli, özellikle doktorlar kendilerini ulaşılmaz, üstün, ayrıcalıklı sınıf kabul ettiklerinden kibirleri iletişimi engelliyor.” (üniversite)

“Doktorların ve hemşirelerin deneyimli olması ve hastaya hitabı çok önemli. Gençlerde maalesef sen-siz kullanımı ortadan kalkıyor ve sen hitabı alışkanlık oluyor.” (üniversite)

“Kaba davranış, güler yüzlü ve nazik olunmaması, hitap eksikliği (devlet hastanesi) .” (üniversite)

“Doktorların karşılarındaki kişiye yukarıdan bakmaları, örneğin “sen” diye hitap etmeleri ve hastalık bulguları konusunda yeterince bilgi vermemeleri.” (üniversite)

“Açıklama yapmamaları ve kendilerini beğenmiş olmaları.” (üniversite)

Ancak üniversite örnekleme doktorların insanlara saygısız davranmalarından değil, saygısız davranılmamayı hak etmiş olan kendi statü gruplarına saygısız davranmalarından rahatsızdır. Aşağıdaki bazı ifadelerde görüldüğü gibi üniversite örnekleme yurt dışında okumakla ya da belirli bir titre sahip olmakla hem bazı standartlarla sahip olmuş hem de belirli davranışları 'hak etmiş' oldukları halde saygısızca davranışlara maruz kalmaktan rahatsızdırlar. Bu durum, Bourdieu'nun (1984) kültürel sermayesi yüksek olanların, yani yüksek statü sahiplerinin diğer kültürel biçimleri ve bu kültürel biçimlere ait beğeni ve standartları “kaba” olarak değerlendirdiği yönündeki görüşü ışığında anlam kazanmaktadır.

*“Kabalık, duyarsızlık. Aynı harekete maruz kaldığım zaman benim çok kaba bulduğum şeyi **adam normal kabul edebiliyor** ben yurtdışında okuduğum için belli bir standart bekliyorum, o da zor.” (üniversite)*

*“Doktorların hastalık hakkında yeterli açıklama yapmamaları, hemşirelerin ise kimi zaman **hadlerini aşan şekilde** hastayı ve hasta yakınlarını azarlamaları.” (üniversite)*

*“**Titime bağlı olarak** şu andaki halden memnunum” (üniversite)*

Sağlık personelinin davranışlarından memnun olanlardan bazıları yanıtlarında sağlık personeliyle empati kuran yanıtlar vererek memnun olmadıkları bazı davranışları meşrulaştırmaktadırlar. Bu tip yanıtlar da ağırlıklı olarak köy ve mahalle örnekleminde ve şikayet edilen davranışları meşrulaştırarak kendi statülerinin doktorlara oranla düşük oluşunu ve bu nedenle bu tip davranışlardan rahatsız olmamaları gerektiği düşüncesini de meşrulaştırmaktadırlar. Bu tip yanıtlardan bazıları aşağıdaki gibidir:

“Kibar iyi davranıyolar da kirli pis gidersen kimse kabul etmez. Doktor temizsen tiksirmeden bakar.” (köy)

“... Hemşireler gürültü yapıyor, kovuyor, onu da haklı görecen, kolay değil o da ayakta dikiliyor. Kadın iğneler yapılacak diye.” (köy)

“Onlar da haklılar, akşama kadar milletle uğraşıyolar. Sıraya girmez, laf anlamaz.” (köy)

“Sen iyi olursan herkes iyi olur, kör aynaya bakarsan ayna da öyle bakar.” (mahalle)

“Sen insan olursan onlar da sana insanca davranır.” (mahalle)

“Emrivaki yapıyorlar, iyi bir davranışları yok, ama insanımızda da sorun var. Düzensizlik yapıyorlar, sıra yok, herkes kapıya üşüşüyo.” (mahalle)

Üniversite örneklemindeki bazı yanıtlayıcılar da empati kurarak şikayete konu olan bazı davranışları meşrulaştırma eğilimindedirler, ancak meşrulaştırırken köy ve mahalle örneklemini gibi 'kendilerinden kaynaklanan' sorunlara değil, aşağıdaki örneklerden görülebileceği gibi doktorların yoğun ve yorucu çalışma tempolarına gönderme yapmaktadırlar.

“..Doktorların kendileri de bakıma muhtaç, bezginler.” (üniversite)

“Yoğunluktan dolayı stres altında olmaları ve gerektiği gibi hizmet vermemeleridir.” (üniversite)

Şikayet edilen davranışların meşrulaştırılmasındaki mekanizmalar, bıçak parasını haklı bulma tutumunda da benzer şekilde işlemektedir. Örneklem genelinin %12,3'ü doktorların 'bıçak parası' olarak bilinen ücreti almalarını haklı (doğru), %78,1'i haksız (yanlış) bulmakta, %9,7'si ise fikir belirtmemektedir. Tablo 47'de görüldüğü gibi bıçak parasına yönelik tutum ile yaş ($X^2(4, n=348)=26,99, p\leq.01$), eğitim ($X^2(2, n=351)=6,32, p\leq.05$), yaşanan yer ($X^2(2, n=351)=6,32, p\leq.05$), meslek ($X^2(10, n=351)=23,54, p\leq.01$), çocuk sayısı ($X^2(2, n=322)=15,31, p\leq.01$) ve sosyal güvence türü ($X^2(10, n=351)=18,81, p\leq.05$) değişkenleri ilişkilidir. Hiçbir grup içinde bıçak parası alınmasını haklı bulanlar haksız bulanlardan daha fazla değildir, ancak bıçak parası alınmasını haklı bulduğunu belirtenlerin genel özellikleri ortaya konabilir. Bu çerçevede doktorların bıçak parası almalarını haklı bulanların %41,9'u 41-60 yaş aralığında, %39,5'i 61 yaş ve üzerinde, %18,6'sı 40 yaş ve altındadır. Bıçak parasını haklı bulanların %58,1'i en fazla ortaokul, %41,9'u lise ve üzeri eğitim görmüştür, %67,4'ü kentsel alanda, %32,6'sı kırsal alanda yaşamaktadır, %32,6'sı memur, %30,2'si ev kadınıdır, %56,1'inin en fazla iki çocuğu vardır, %37,2'si Emekli Sandığı üyesi ve %30,2'si Bağ-Kur'ludur.

Diğer bir deyişle 41 yaş ve üzerindekiler daha gençlere oranla, ortaokul ve altında eğitim görenler daha yüksek eğitim düzeyine sahip olanlara, kentsel alanda yaşayanlar kırsal alanda yaşayanlara, memurlar diğer meslek gruplarına, en fazla iki çocuğu olanlar daha fazla çocuğu olanlara ve Emekli Sandığı mensupları diğer sosyal güvenlik kurumlarına mensup olanlara oranla doktorların bıçak parası almasını haklı bulma eğilimindedirler.

Bıçak parasını haklı bulanlar bu parayı normal ücret gibi görerek ya da doktorların ücretlerinin düşüklüğünü vurgulayarak meşrulaştırmakta, bazıları ise haklı bulmamakla birlikte yanlış olduğunu da ifade etmemektedirler. Bıçak parasının doktorların ‘emeklerinin karşılığı olan’ normal ücret olduğunu vurgulayanlardan bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir.

“Emeğini alır naapsın, senin babanın oğlu değil ya, alır. Elimde param olsa veririm.” (köy)

“Gelir olur ona da. ... Onu da normal gördüm ben.” (köy)

“Ama el emeği diyom kendi kendime. Biz de çapaya gidiyoz mesela de mi?” (köy)

“Adam bıçak hakkını alacak tabii. Ben ameliyat oldum 2001’de yüz gayme verdim. Adam resmen söylüyo. 100 lira aldı benden. Niye vermiyim beni hayata kavuşturdu, çocuklarımın başına kodu.” (köy)

“... Ekmek parası emme alabilirse alır tabi, o da şey ediyö, emek çekiyo.” (köy)

“Bilmiyom orasını emeğinin karşılığı o onun. Aşırı olmadıktan sonra normal bize oldu mu çekeceği yük oldu mu.” (köy)

“E tabi doğru canım bedavaya babanın hizmetçisi yok orda. Tıpta verdim 2 milyar da öyle ameliyat ettiler.” (mahalle)

“Okuyacak yıllarını verecek alsınlar tabii, ama fazla almayacak hakkını alacak” (mahalle)

“Hakları da var aslında, bi tek altına yatıyon seni kurtarıyolar yani.” (mahalle)

Aşağıdaki yanıtlardan görülebileceği gibi mahalle ve üniversite örneklemindeki bazı yanıtlayıcılar ise doktorların aldıkları ücretlerin düşüklüğünü vurgulayarak bıçak parasını haklı bulduklarını belirtmektedirler.

“Doktorların ekonomik şeyleri kısıtlı bir işçiden az maaş aldıkları için doğru buluyorum yazık ki işçi 2000 alıyo, yeni doktor 1200 alıyo.” (mahalle)

“Hem doğru hem yanlış. Doğru, avukatların ve başka meslek mensuplarının götürdüklerinin yanında devede kulak kalır. Yanlış, devletin karşılaması gereken ödentiyi hasta ödüyor. Doktorlar insan hayatı için büyük riske giriyorlar ama hak ettikleri kazancı alamıyorlar.” (üniversite)

“Çünkü yeterli ücret aldıklarını düşünmüyorum, aldıkları hizmetlerini karşılamıyor. Aşırı bir iş yükü altında çalışıyorlar.” (üniversite)

Doktorların bıçak parası almalarını haklı bulanların da haksız bulanların da bir kısmı bu ücrete makul bir neden göstermemekte, ancak kendilerine daha iyi bakılması söz konusuysa bu ücreti haklı görmekte mahzur görmemektedirler. Bu ifadelerden bazıları aşağıdadır:

“Bir yandan doğru. Neden? Acaba o parayı verince bana daha mı iyi bakar? Gönlünden kopup veriyorsun. 500 lira verdik, çocuklarım verdi. Halı dokuyup verdik, çanta verdik.” (köy)

"Beni iyileştirsinler, can yani, razıyım. 2004'te 3 milyar, o zaman vardı verdim şimdi olsa kredi çekerim." (köy)

"Ben doktor olsam bıçak parası aldığıma daha özen gösteririm." (köy)

"Kötü ama ne bileyim verdin mi de ameliyatı iyi yapıyor adam." (köy)

"Yanlış ama iyi baksın diye veriyosun. Bizi okuturken yanımızda devlet yoktu dedi bize. Yine 300'den 250'ye verdik." (mahalle)

"Yakınım için verdik, zaten herkes istiyor, parayı verirsen böyle, vermezsen böyle olur, herkes sistemi biliyor." (mahalle)

"Annemin kolu kırıldıydı yanlış dikmesin diye verdik." (mahalle)

Doktorların bıçak parası almalarını haksız bulduğunu belirtenler ağırlıklı olarak doktorların yaptıkları iş karşılığında maaş aldığını vurgulayan yanıtlar vermişlerdir. Bu yanıtlardan bazıları aşağıdaki gibidir:

"Hakkı olmayan bir şey. Devletten maaşını alıyor." (köy)

"Devletten mayışını alıyo, bi de bıçak parası isteyolar, bi de muayne parası isteyolar. Ya milleti soymasın, ya devleti soymasın." (köy)

"Aman vayy vicdansız kappeler paran varsa zaten iyiler. O kadar para veriyo devlet. ...Ameliyatta 11-12 milyar senet imzalattılar. Borçlara aldığı mı veriyorum daha hâlâ." (köy)

"Aslında hatalı devlet hastanesinde almıyolar desek yalan, ağır ameliyatlarda gizli de olsa alıyor yani. Almaması lazım zaten devlet veriyo parasını..." (köy)

"Kesinlikle yanlış. Oğlan okulda spor yaparken kolunu kırdı, Eskişehir devlet hastanesinde 300 lira istedi, veremedim, kaç gün geç çıktı." (köy)

"Yanlış. O parasını zaten alıyor. Şimdi ben arabaya bindirdim adamı ehliyet(im) var diye. Para mı alayım adamdan." (mahalle, şoför)

"Kesinlikle yanlış. Doktorun bir görevi var. O zaman herkes her şey için bişey istesin." (mahalle)

Bıçak parasını haklı bulmadığını belirten yanıtlayıcıların bir kısmı ücretin meşru olup olmamasından çok 'ödeyebilen ve ödeyemeyen ayrımı yapılmaksızın' herkesten istenmesinin yanlış olduğunu vurgulayan yanıtlar vermişlerdir. Bu tip yanıtlardan bazıları aşağıdaki gibidir:

"Herkes yapamaz. Kimisinin durumu var kimisinin yok. Durumu olmayan ölsün mü." (mahalle)

"Ee geçim sıkıntısı olanlar nasıl ödiyecek o zaman ayırım oluyo işte." (mahalle)

"Veren var vermeyen var parası olmayana da yazık" (köy)

"Adamın gücü varsa zaten elinin emeğini verir, adam veremiyor fakir olunca garşiyım ona vermek isteyen zaten verecek emeğinin hakkını" (köy)

"O devletten aylığını alıyo, belki de veremiycem parayı ölecem. Babamdan çok para istediler. Parayı da verdik ama kurtulamadı." (köy)

"Yanlış bence. Tabi parası olandan alsın da olmayandan almasınlar Allahı var doğru değil, hem mayış alıyolar hem bıçak parası almasalar iyi olur." (köy)

"Yeşil kartı varken niye alıyo ona haksız ama devlet acık onları durdurmalı. Parası var mı yok mu. Bişey diyemiyon dedi mi azarlıyolar bizim işimize sen ne karışıyor diyolar." (köy)

3.5.3. Devletin ilaçların bir kısmını karşılamasına yönelik tutum, sağlık hizmetlerinden yararlanmada hiyerarşi algısı ve başkalarının karnesi/kartı üzerinden sağlık hizmeti alanlara yönelik tutum

Örnekleme devletin bazı ilaçları karşılamaması hakkında ne düşündüğü sorulduğunda örneklem genelinin %61,2'si bu durumu yanlış bulduğunu ve devletin bütün ilaçları karşılaması gerektiğini düşündüğünü belirtmiştir. Örneklemin %14,4'ü bu durumu doğru bulmakta, devletin her şeyi karşılayamayacağını düşünmektedir. Bunun dışında %8'lik bir kısım ilaca göre ayırım yapan yanıtlar, %7,7'lik bir kısım ise kişinin ekonomik durumuna göre ayırım yapan yanıtlar vermiş, yine %7,7'lik bir kısım zaten hepsini karşıladığını, karşılamadığı ilaç olmadığı yanıtını vermiş, %0,8'lik bir kısım ise durumun iyi ve kötü yanları olduğunu belirtmekle yetinmiştir. Tablo 49'da görülebileceği gibi devleti bazı ilaçları karşılamamasına yönelik tutum ile örneklem grubu, cinsiyet, eğitim, yaşanan yer, meslek, çocuk sayısı ve sosyal güvence tipi ilişkilidir.

Tablo 49: Devletin Bazı İlaçları Karşılamamasına Yönelik Tutum, Sağlık Hizmetlerinden Yararlanmada Hiyerarşi Algısı ve Başkalarının Karnesi/Kartı Üzerinden Sağlık Hizmeti Alanlara Yönelik Tutum ile Seçilmiş Değişkenlerin İlişkisi

	Devletin bazı ilaçları karşılamamasına yönelik tutum				Sağlık hizmetlerinden faydalanmada eşitlik algısı				Bşkalarının Yeşil Kartını kullananlara yönelik tutum			
	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p	n	X ²	Sd	p
Örneklem grubu	312	28,41	10	≤.01*	343	20,04	4	≤.01	330	18,15	2	≤.01
Cinsiyet	312	13,66	5	≤.05	343	11,63	2	≤.01	330	1,84	3	≥.05
Yaş	310	8,69	10	≥.05	341	5,44	4	≥.05	328	11,15	2	≤.01
Gelir	302	10,19	30	≥.05	329	31,15	12	≤.01	317	24,03	6	≤.01
Eğitim	312	11,92	5	≤.05	343	19,69	2	≤.01	330	16,87	1	≤.01
Doğum yeri	309	9,22	5	≥.05	339	3,58	2	≥.05	327	3,14	1	≥.05
Yaşanan yer	312	14,89	5	≤.05	343	4,44	2	≥.05	330	1,01	1	≥.05
Meslek	312	37,80	25	≤.05	343	10,99	10	≤.01	330	20,10	5	≤.01
Çocuk sayısı	286	23,74	5	≤.01	316	20,52	2	≤.01	307	2,33	1	≥.05
Sosyal güvence	312	50,40	25	≤.01	343	32,97	10	≤.01	330	16,71	5	≤.01
Alg. sağlık stat.	310	4,91	10	≥.05	341	7,37	4	≥.05	328	2,36	2	≥.05

* α=.05 için anlamlıdır.

**α =.01 için anlamlıdır.

Tablo 50'de görüldüğü gibi her üç örneklem grubunda da devletin bütün ilaçları karşılaması gerektiğini düşünenler ağırlıklı olmakla birlikte devletin bütün ilaçları

karşılması gerektiğini en yüksek oranda düşünen mahalle örneklemidir (%63,6). Mahalle örneklemini ayrıca kişilerin ekonomik durumuna göre ayırarak devletin yoksulların ilaçlarını karşılaması gerektiğini de diğer örneklem gruplarından daha yüksek oranda (%9,1) düşünmektedir. Üniversite örnekleminin ise yaklaşık altıda biri devletin bütün ilaçları karşılaması gerekmediğini düşünmektedir ve ilaçlar arasında ayırarak önemli ilaçları karşılaması gerektiğini düşünenlerin oranı (%12,5) köy (%5,3) ve mahalle (%6,6) örneklemindeki oranların iki katı kadardır.

Tablo 50: Devletin Bazı İlaçları Karşılamamasına Yönelik Tutumun İlişkili Değişkenler Açısından Örnekleme Dağılımı

%		Devletin bazı ilaçları karşılamamasına yönelik tutum							
		n	Yanlış, bütün ilaçları karşılamalı	Doğru, bütün ilaçları karşılayamaz	Zaten hepsini karşılıyor	Pahalı /önemli ilaçları karşılamalı	Yoksulların ilaçlarını karşılamalı	Tartışmalı	Toplam
Örneklem Geneli		312	61,2	14,4	7,7	8	7,7	1	100
Öm.gr.	Köy	95	56,8	14,7	15,8	5,3	7,4	-	100
	Mahalle	121	63,6	13,2	7,4	6,6	9,1	-	100
	Üniversite	96	62,5	15,6	-	12,5	6,3	3,1	100
İns.	Erkek	170	62,4	18,2	7,6	7,1	3,5	1,2	100
	Kadın	142	59,9	9,9	7,7	9,2	12,7	0,7	100
Eğitim	Ortaokul ve altı	186	63,4	14	9,7	5,4	7,5	-	100
	Lise ve üzeri	126	57,9	15,1	4,8	11,9	7,9	2,4	100
Yaş.y	Kırsal	95	56,8	14,7	15,8	5,3	7,4	-	100
	Kentsel	217	63,1	14,3	4,1	9,2	7,8	1,4	100
Mes.lek	Çiftçi	42	59,5	19	9,5	7,1	4,8	-	100
	Ev kadını	86	62,8	8,1	11,6	4,7	12,8	-	100
	İşçi	43	67,4	18,6	9,3	2,3	2,3	-	100
	Memur	103	61,2	16,5	-	12,6	6,8	2,9	100
	Esnaf	22	59,1	13,6	13,6	9,1	4,5	-	100
	Diğer	16	43,8	12,5	18,8	12,5	12,5	-	100
Oc. ayısı	En fazla 2	165	62,4	12,1	2,4	11,5	10,3	1,2	100
	3 ve üzeri	121	58,7	15,7	15,7	5	5	-	100
Os. tıv.	Yok	27	59,3	11,1	3,7	7,4	18,5	-	100
	Bağ-Kur	86	60,5	14	17,4	4,7	3,5	-	100
	SSK	72	61,1	15,3	8,3	8,3	6,9	-	100
	Em.San.	109	62,4	15,6	-	11,9	7,3	2,8	100
	Yeşil Kart	17	64,7	11,8	11,8	-	11,8	-	100

Ortaokul ve altında eğitim görenler daha yüksek eğitimlilere, işçiler diğer meslek gruplarına, erkekler kadınlara oranla devletin bütün ilaçları karşılaması gerektiğini düşünmeye daha eğilimlidirler. Erkekler arasında devletin bütün ilaçları karşılaması gerekmediğini düşünenlerin oranı (%18,2) kadınlarınkinin (%9,9) yaklaşık iki katıdır, buna karşılık kadınlar devletin pahalı ya da önemli

ilaçları karşılaması gerektiğini düşünmeye erkeklere oranla daha eğilimlidirler, ayrıca kadınlar içinde devletin yoksulların ilaçlarını karşılaması gerektiğini düşünenlerin oranı (%12,7) erkeklerinkinin (%3,5) üç katından fazladır. Kadınlar devletin bütün ilaçları karşılaması gerektiği düşüncesine erkeklerden daha az katılmakla birlikte devletin 'muhtaç olanlara destek' olması gerektiğini düşünmeye erkeklere oranla daha eğilimlidirler.

Sosyal güvenlik kurumu açısından incelendiğinde devletin bütün ilaçları karşılaması gerektiğini en yüksek oranda düşünenler Yeşil Kart sahipleridir (%64,7). Önemli sayılabilecek bir oranı (%17,4) devletin bütün ilaçları karşıladığını düşünen Bağ-Kur'luları dışarıda bıraktığımızda SSK'lılar devletin esneklik göstererek bazı ilaçlara ya da bazı hastalara ayrıcalık yapması gerektiğini en düşük düzeyde düşünen grup olmaktadır.

Devletin bütün ilaçları karşılaması gerektiğini düşünenlerin bir kısmı, ağırlıklı olarak mahalle örneklemindekiler ve SSK'lılar, bunun gerekçesi olarak ödedikleri primleri göstermektedirler. Bu tip yanıtlardan bazıları aşağıdaki gibidir:

"Mecbur bence olmaz. İnsanlara bakmak zorunda olduğu için. Bakmak zorunda değil mi, Bağ-Kur ödüyoruz." (köy)

"Algısı vergisi her şeyi veriyon devlete, elektrik, su, her şey para. Biz telefon su ödemeyiz diyemiyoruz devlet niye desin, demesin" (köy)

"Benim SSK'nın bir anlamı yok o zaman. Lazım olduğu zaman ilacı vermek zorunda, benden her ay belli bişey kesiyö. Ben her zaman ödüyöm. O zaman verecek." (mahalle)

"Onu gerçekten çok mantıksız buluyorum, benden eşek yüküyle para kesiliyor hiç anlamıyorum, eczanelerin muayene ücreti almaları da çok yanlış." (mahalle)

"Doğru bulmuyorum çünkü benim her ay maaşımdan kesiliyo bu SSK'ya." (mahalle)

Devletin bütün ilaçları karşılaması gerektiğini düşünenlerin bir kısmı, ağırlıklı olarak köy ve üniversite örneklemindekiler, doğrudan vatandaşlık hakkı kavramına gönderme yapmasalar da prim ödemelerine ya da kişilerin ekonomik durumuna gönderme yapmadan bu düşüncelerini ifade etmektedirler. Bu yanıtlardan bazıları aşağıdaki gibidir.

"Yanlış buluyorum bunu ben. N'apsın adam ölsün mü devletin o ilacı karşılaması gerekir." (köy)

"Onu yanlış görüyoruz devlet bulamazsa veremezse ben nerden bulucam?" (köy)

“... pahalıları ödemiyor, ucuzları ödüyor. Sağlığımız başkasının eline bakıyor.” (köy)

“Mesela vitamin hapi vermiyor karşılamıyor diye vermeliler tabi insanın vitamine de ihtiyacı oluyor.” (mahalle)

“Devletin hepsini karşılaması lazım, ben keyfi ilaç almıyom ki ödesin, ödemiyosa doktor yazmasın.” (mahalle)

“Karşılması lazım. Tedavi için. Devletin doğal görevi.” (üniversite)

“Uygun bulmuyorum. Sosyal devlet anlayışına aykırı.” (üniversite)

“Çok yanlış Annemin kolesterolü düştüğü için ilacı vermediler, kolesterolü ölçen kişi kendisine ‘ne uğraşıyorsun teyze, akşam iki yumurta ye öyle gel’ demiş, o da bir hafta perhizini bozdu, ... kolesterolü yükseldi, gidip ilacını yazdırdı. Sağlığı korumak bunun neresinde?” (üniversite)

“İlaça karar veren doktor ise, doktorun yazacağı ilacı karşılamalıdır. İlaç bir hastalık tedavisi içindir. Şu ilacı ödemem demek o hastalıklar önemli değil demektir. Soruna hasta açısından bakıldığında çok yanlış bir anlayıştır.” (üniversite)

“Bu uygulamanın sosyal devlet anlayışı ile bağdaşmadığını düşünüyorum.” (üniversite)

“Sağlık konusunda yapılan her türlü kemer sıkma politikasını yanlış buluyorum. Ödenmeyen bir ilaç olmamalı, hastalıkları hastalar seçmez, tedavilerini de.” (üniversite)

Bununla birlikte, aşağıdaki ifadelerde görüldüğü gibi üniversite örnekleminde yer alanlardan bazıları ilaçların karşılanması gerektiğini savunmakla birlikte suiistimallere dikkat çekmektedir:

“Hekimin reçete ettiği ilaçların tümü karşılanmalıdır ancak halkın ilaç kullanımı ile ilgili eğitilmesi şarttır.” (üniversite)

“Suiistimleri ortadan kaldırıp karşılamalı.” (üniversite)

“Doğru bulmuyorum. Kötü niyetli kullanımları önlemenin yolu bu olmamalı.” (üniversite)

“Çok yanlış bir tutum. İstismar edilmemesi halinde tüm ilaçların masrafları devletçe karşılanmalı.” (üniversite)

İlaça yönelik ayırım yapanların bir kısmı ilacın pahalılığına göre ayırım yapmakta, bir kısmı ise ilacın tedavi değeri açısından bir ayrıma gitmektedir. İlacın ücreti üzerinden ayırım yapanlar ağırlıklı olarak köy ve mahalle örnekleminde dirler ve ifadelerinden bazıları aşağıdaki gibidir.

“... Asıl iyi ilaçları ödemiyorlar, yaramaz ilaçları ucuz ilaçları veriyorlar.” (köy)

“Karşılamalı, kanser ilacının hepsini karşılamalı onlar çok pahalı ilaçlar.” (mahalle)

“Sosyal güvencesi olana karşılamalı. Kimisi de çok pahalı 100-300 liraya ilaçlar var, ufak tefek olur da küçükler değil büyükler önemli.” (mahalle)

“E tabi bazen pahalı oluyo yani mesela benim ilacım 60 milyon mu onu Yeşil Kartla aldığım halde 15 milyon verdim. Olmasa n’apıcam. Hepsini karşılaması lazım. Olmaz öyle.” (mahalle)

“O anda maddi durumda sıkıntı çekebiliyorum en ucuzu veya sigortanın verdiği alıyorum. Eczacı uyarıyor zaten, onu sigorta karşılamaz diye almıyorum. Ben bi ilaca yüz lira veririm sonra ne yaparım ki.” (mahalle)

“Valla karşılaması gerekiyo da mesela benim kemik erimesini karşılamıyomuş langadart galiveriyorum pahalı ilaç nasıl alayım.” (mahalle)

İlacın ücretinden bahsetmeyip tedavi değeri üzerinden ayırım yapan ve tedavi için elzem olan ilaçların karşılanması gerektiğini belirtenler ağırlıklı olarak üniversite örnekleminde yer almaktadırlar. Bu ifadelerden bazıları aşağıdadır.

“Karşılamalı ya. Madem sosyal güvence veriyor karşılasın. Keyfi olan kremler falan normal de adam kanser olmuş ilacını karşılamıyor.” (mahalle)

“Normaldir canım karşılanmayacak ilaçtır. Canım karşılanacak ilaç var karşılanmayacak ilaç var.” (mahalle)

“Haklı buluyorum. Çünkü Türkiye’de hastanelerde devleti dolandırmaya yönelik pek çok entrika dönüyor, sağlık skandalları var, devleti dolandırmaya yönelik sağlık çeteleri söz konusu. Her hizmette olduğu gibi sağlıkta da devletin verdiği hizmette bir sınır olmalı diye düşünüyorum. Gerçekten acil ilaçları vermeli, olmazsa olmaz niteliktekileri vermeli. Vitaminler gibi ilaçları vermeyebilir.” (üniversite)

“Suistimali ve ilaç israfını engellemek için bazı ilaçlarda ödeme yapılmaması uygun. Ancak reçete edilmiş ve hayati öneme sahip rahatsızlıklar için kullanılan ilaçlarda bunun söz konusu olmaması gerekir.” (üniversite)

“Estetik ve özel ilaçlarda doğru, zorunlu ilaçlarda yanlış.” (üniversite)

“İlacın ne ilacı olduğuna bağlı, vitaminse doğru, kanser ilacı ise yanlış.” (üniversite)

İnsanların ekonomik durumu üzerinden ayırım yapanlar, ilaçların fiyatına değinmemekte ama ‘herkesin değilse de yoksulların’ ilaçlarının devlet tarafından karşılanması gerektiğini düşünmektedirler. Örneklemedekilerden bazıları bu durumu aşağıdaki gibi ifade etmektedirler:

“İnsan kızıyo vermesi gerekiyor ya da dönüp geliyon devlet de bu fakir demiyor ben ödeyemiyorum elin başın üstünde dönüyon geliyon alamıyon. Yeşil kart için fotoğraf istediler uzatmak için, para yoktu, yaptıramadım, fotoğrafı vermeyince uzatmadılar.” (köy)

“Çok kötü, kendin alabiliyosan alırsın yoksa kadere kalmış bişey, paramız olursa alıyoz olmazsa almıyoz. Yanlış görüyom onu. Zaten gücü varsa alır” (köy)

“Ödemesini isterdim, imkanı olan kadar %70’inin olmayanı da var.” (köy)

“İyi olmuyor. paran yoksa ölcen mi? İlaç almıcan mı?” (mahalle)

“Yarisını en azından herkese değil aşırı hasta olana değil. Herkes istiyor. Fukaraya, ihtiyacı olana verse.” (mahalle)

“Paramız varsa gidip alıyoruz yoksa Allah kerim.” (mahalle)

“O kişilere “öl” demek olduğunu düşünüyorum.” (mahalle)

Üniversite örneklemindekilerin de bir kısmı da aşağıdaki bazı ifadelerde görüldüğü gibi kişilerin ekonomik durumlarına göre ayırım yapmakta ve yoksul ve muhtaç durumda olanların ilaçlarının karşılanması gerektiğini ifade etmektedir.

“Olumlu bakmıyorum, muhtaç olanların sağlık problemlerinin ve ilaç paralarının büyük bir kısmının karşılanması gerektiğini düşünüyorum.” (üniversite)

“Bu tür ilaçları alamayacak durumda olan yoksul kişiler açısından daha tutarlı ve somut çözümler üretmelidir.” (üniversite)

“Bu ilaca ihtiyacı olan ve satın alamayan insanların düştükleri durumun telafi edilmesini isterim.” (üniversite)

“Parası olmayan vatandaşın sağlık haklarını ihlal ettiğini, iyileşmelerini engellediğini düşünüyorum.” (üniversite)

“Fakir kesimin ilaçlarını alamaması çok adaletsiz bir tutum.” (üniversite)

“Anlamsız buluyorum. Emekliler ve Yeşil Kartlılar için özellikle çok anlamsız.” (üniversite)

Örneklem genelinin %14,4'ü doğrudan devletin bütün ilaçları karşılaması gerekmediğini düşünmektedir. En yüksek oran üniversite örnekleminde (%15,6) olmakla birlikte örneklem grupları arasındaki fark yüksek değildir, köy örnekleminin %14,7'si ve mahalle örnekleminin %13,2'si de aynı fikirdedir. Bu yanıtı verenlerden bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir.

“Devlet hesap ediy o belki fazlaya gidiyo mecbur vermez. ...Demek kurtarmıyor o da halkı şimdi bisürü bana hap veriyor.” (köy)

“Devlet de hangisini ödesin. Herkes başı ağrıyan hastaneye gidiyo.” (köy)

“Devletin bileceği iş. Hepsini de devletin sırtına sarmayalım.” (köy)

“Bütçesi yetmiyor, ödeyebilse hepsini öder” (köy)

“Devlet de haklı hangi birine yetişecek biraz vatandaş.” (mahalle)

“Ne yapsın devlet babam yetiştirebiliyo mu millet ver de ver. Devlet kazanabiliyor mu, vergi veren mi var? Fabrikası var tadilat var diye düşünüyor. Bizden düşer.” (mahalle)

“Mecbur n'apıcan ödenmesi gerekse zaten almaz, bizden aldığına göre vardır bi bildiği.” (mahalle)

“Ya öyle oluyor, karşılamıyor. Para ödüyöz işte. N'apam ona da şükür deyip oturuyor her şeyi devletten beklemiyom ben. Hep devletten ummasınlar.” (mahalle)

“Bütçe disiplini açısından gerekli olduğu kanısındayım” (üniversite)

“Bu bir bütçe meselesidir. Yetersiz imkanlar kısıtlamayı getirir. Kapsam dışılık yaşamsal önemi olan ilaçlar için uygulanmamalıdır.” (üniversite)

“Ülkemizin durumu göz önünde tutulacak olursa normal karşılıyorum.” (üniversite)

Üniversite örnekleminin bir kısmı ise aşağıdaki bazı ifadelerde görüldüğü gibi konunun tartışmalı olduğunu düşünmektedir:

“Oradaki şey karışık çünkü kimileri bunu çok kötüye kullanıyor bu arada gerçekten ihtiyacı olanlar mağdur kalıyor, devlet ne yazık ki aşağı tükürsen sakal yukarı tükürsen bıyık.” (üniversite)

“İyi ve kötü yanları var. Gerçekten hasta olmayanlar lüzumsuz ilaç kullanıyor. Hasta olanlar zorluklardan dolayı alamıyor.” (üniversite)

“İyi araştırılması ve tartışılması gerekir.” (üniversite)

“Bu ‘bazı’ ilaçların nasıl belirlendiği önemli.” (üniversite)

Bu çerçevede kentsel alanda yaşayan, ortaokul ve altında eğitim gören iki ya da daha az çocuklu işçiler devletin bütün ilaçları karşılaması gerektiğini düşünmektedir. Kırsal alanda yaşayan düşük eğitilmiş ve çok çocuklu aileler bir yandan devletin karşılamadığı ilaçlar olduğunu bilmemekte, diğer taraftan devlete ‘yük’ olmaktan çekinmektedirler. Üniversite örneklemini köy örneklemine oranla devletten ‘daha fazlasını’ beklemekte ise de aynı zamanda devleti ‘anlamakta’, bununla birlikte bütçe kısıtlaması ya da finansal problemler çözülürken önemli ilaçların ya da kendi ilaçlarını alamayacak olan yoksulların ilaçlarının devlet tarafından karşılanması gerektiğini düşünmektedir.

Burada önemli olan bir nokta, devletin bütün ilaçları karşılaması gerektiğini düşünenlerin örneklemin üçte ikisi kadar bile olmamasıdır. Bu durum sosyal devletin zayıflamasıyla birlikte devletin yükümlülükleri konusundaki anlayışın da değiştiğini göstermektedir, önemli sayıda katılımcı devletin küçülmesi, masrafları azaltması gerektiği yönündeki neo-liberal varsayıma inanmış ve sağlık harcamaları üzerinden yurttaşların devlete yük olduğuna kanaat getirmiş görünmektedir.

Örneklemin devletin ilaçları karşılaması konusundaki tutumu, toplumsal dayanışma, işbirliği ve uyumun temelini aşındığı göstermektedir. Toplumun kendine olan bu güvensizliği, hiyerarşik toplumsal yapının da etkisiyle güçlenmektedir. Toplumsal yapıdaki hiyerarşi, örnekleme Emekli Sandığı mensuplarının diğer sosyal güvenlik kurumlarına oranla sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlanıp yararlanmadıkları konusunda ne düşündükleri sorulduğunda kendini göstermektedir. SDP sonrası sosyal güvenlik kurumlarının sağlığa erişim düzeyleri arasındaki fark ortadan kalksa da bir yandan uzun yıllar var

olan hiyerarşik yapı, diğer yandan sosyal güvenlik kurumundan bağımsız olarak (aşağıda görüleceği gibi kıyafete ya da kırsal-kentsel kökene dayalı olarak) yapılan ayrımcılıklar örneklem grubunun yarısından fazlasının memurların sağlık hizmetlerinden diğer sosyal güvenlik kurumlarının mensuplarına oranla daha iyi faydalandıklarını düşünmelerine neden olmaktadır.

Örneklem genelinin %52,8'i memurların sağlık hizmetlerinden SSK ve Bağ-Kur'lulara nazaran daha iyi faydalandığını, %28'i böyle bir ayrımın olmadığını belirtmiş, %19,2'i ise fikir belirtmemiştir. Tamamı memur olduğu için üniversite örnekleminde yer alan ve memurların daha iyi faydalandığını düşünenlere bu durumun değişip değişmemesi gereği konusundaki düşünceleri sorulmuş, %73,6'sı değişmesi gerektiğini, %22,2'si değişmemesi gerektiğini belirtmiş, %4,2'si ise fikir belirtmemiştir. Tablo 49'da görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitliğe yönelik algı değişkeni örneklem grubu ($X^2(4, n=343)=20,04, p\leq.01$), cinsiyet ($X^2(2, n=343)=11,63, p\leq.01$), gelir ($X^2(12, n=329)=31,15, p\leq.01$), eğitim ($X^2(2, n=343)=19,69, p\leq.01$), meslek ($X^2(10, n=343)=10,99, p\leq.01$), çocuk sayısı ($X^2(2, n=316)=20,52, p\leq.01$) ve sosyal güvence ($X^2(10, n=343)=32,97, p\leq.01$) değişkenleri ile ilişkilidir.

Tablo 51'de görüldüğü gibi üniversite örnekleminde yer alanların yaklaşık onda altısı, köy ve mahalle örnekleminde daha yüksek bir oranla memurların SSK'lılara ve Bağ-Kur'lulara oranla sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalandığını düşünmektedir, ancak bir fark olmadığını düşünenlerin oranı da en yüksek üniversite örnekleminde gözlenmektedir. Köy ve mahalle örneklemindekilerin dörtte birinden fazlasının fikrim yok yanıtını vermesi bu yanıtlayıcıların aşağıdaki bazı ifadelerinden de görüldüğü gibi memurların sağlık hizmetlerinden nasıl yararlandıkları hakkında fikir sahibi olmamalarından ve kıyaslama yapamamalarından kaynaklanmaktadır:

"Ne bileyim memurların nasıl yaptırdıklarını. Burda memur mu var?" (köy)

"Şehirde yaşamıyoz biz köydeyiz anlamayız." (köy)

"Bilmiyoz ki gızım o da ben de bakınıyoz işte. Adam mı gayıracaklar ki hastanalarda?" (köy)

"Bilmiyom onlar da muayene oluyor biz de. Görmüyoruz ki. O da giriyo sen de giriyo. Anlamıyoz ki ." (köy)

"Bilmiyom ki tanımiyom hiç memur." (köy)

“Bilmiyorun memur değilin bişey değilin, züğürdüz biz.” (mahalle)

Tablo 51: Memurların Sağlık Hizmetlerinden Eski SSK ve Bağ-Kur'lulara Oranla Daha İyi Faydalanıp Faydalanmadığına İlişkin Algı

%		Memurların sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalanıp faydalanmadığı algısı				
		n	Daha iyi	Aynı	Fikrim yok	Toplam
Örneklem Geneli		343	52,8	28	19,2	100
Örneklem grubu	Köy	103	52,4	22,3	25,2	100
	Mahalle	126	47,6	26,2	26,2	100
	Üniversite	114	58,8	35,1	6,1	100
Cinsiyet	Erkek	186	46,2	35,5	18,3	100
	Kadın	157	60,5	19,1	20,4	100
Gelir	-500	113	45,1	22,1	32,7	100
	501-1500	96	56,3	29,2	14,6	100
	1501-2500	12	41,7	25	33,3	100
	2501-3500	17	41,2	47,1	11,8	100
	3501-4500	24	58,3	37,5	4,2	100
	4501-5500	18	61,1	33,3	5,6	100
	5501+	49	63,3	30,6	6,1	100
Eğitim	Ortaokul ve altı	199	49,2	23,6	27,1	100
	Lise ve üzeri	144	57,6	34	8,3	100
Meslek	Çiftçi	44	50	31,8	18,2	100
	Ev kadını	93	59,1	14	26,9	100
	İşçi	47	46,8	29,8	23,4	100
	Memur	121	58,7	35,5	5,8	100
	Esnaf	22	18,2	40,9	40,9	100
	Diğer	16	43,8	18,8	37,5	100
Çocuk sayısı	En fazla 2	182	11	57,1	31,9	100
	3 ve üzeri	134	31,3	46,3	22,4	100
Sosyal güvence	Yok	31	51,6	29	19,4	100
	Bağ-Kur	93	39,8	25,8	34,4	100
	SSK	73	53,4	23,3	23,3	100
	Em.San.	128	60,9	33,6	5,5	100
	Yeşil Kart	17	58,8	17,6	23,5	100

Cinsiyet açısından incelendiğinde kadınlar erkeklere oranla memurların sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalandığını düşünmeye daha eğilimlidirler. Üniversite örneklemindeki erkeklerin %65'i bu durumun değişmesi gerektiğini düşünürken kadınlarda bu oran %84,4'e yükselmekte, erkeklerin %30'u bu durumun değişmemesi gerektiğini düşünürken kadınlarda bu oran %12,5'e gerilemektedir.

Gelir açısından incelendiğinde memurların sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlandığını düşünme oranının en üst gelir gruplarında en yüksek olduğu, herkesin aynı hizmeti aldığını düşünme oranının ise 2501-2500 TL gelir grubunda en yüksek olduğu gözlenmektedir.

Emekli Sandığı üyelerinin SSK ve Bağ-Kur'lulara göre sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalandığını belirtenlerden bazılarının ifadeleri şöyledir:

"Hepsi birleşti ayrım yok diyolar ama var yine de." (köy)

"Bize göre iyiler her yerde hoş tutuluyorlar." (köy)

"Onlara ilgi daha fazla tabii. Kırsaldan gelene pek iyi bakmıyorlar hastanede." (köy)

"Tabi olmaz olur mu onlar birinci sınıf vatandaş oluyor gravatlı oldun muydu buyurun buyurun, köylü 3. sınıf. Şehrin efendisi diyolar ya yok öyle bişey." (köy)

"Onlara ilgi daha çok oluyo, onlara düşüyorlar bize bakan yok." (mahalle)

"Normal vatandaşla memura davranışta fark var." (mahalle)

"... Tabi senlen memur bir mi olur." (mahalle)

Emekli Sandığı'na, SSK'ya ve Bağ-Kur'a bağlı olanlar arasında bir ayrım olmadığını düşünenlerden bazıları ise bu durumu ifade ederken sıklıkla önceden var olan eşitsizliklerin artık olmadığını vurgulamaktadırlar. Bu tip yanıtlardan bazıları aşağıdadır:

"Hepimiz aynı ayrım yok." (köy)

"Hepsi eşit. şimdi seçmiyorlar." (köy)

"Bilemeyon, Bağ-Kur'lular da iyi, bedavaca her şeyini yapıyon." (köy)

"Şimdi sıra alınıyor eskiden giravatlıysan önce girersin." (köy)

"Eskiden öyleydi şu an eşit değerdemiz." (mahalle)

"Öyle bişey kalmadı, eskidendi o." (mahalle)

"Önceden öyleydi aslında şimdi eşitledi." (mahalle)

Memurların sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalandığını düşünenlere bu durumun değişmesinin gerekip gerekmediği sorulduğunda örneklem genelinin %77,8'i değişmesi gerektiğini, %22,2'si değişmesi gerekmediğini belirtmiş, %4,2'si ise fikir belirtmemiştir. Memurların sağlık hizmetlerinden daha iyi faydalandığını düşündükleri halde bu durumun değişmemesi gerektiğini belirtenlerin tamamı üniversite örnekleminde yer almaktadır. Yüksek bir oran olmasa da böyle bir eğilimin sadece üniversite örnekleminde bulunması, bu grubun "SSK ve Bağ-Kur'luların durumu iyileşsin. ... Emekli Sandığı iyi yapıyorsa bozmaya ne gerek var" ifadesinde örneği görüldüğü gibi diğer grupların sağlık hizmetlerine erişiminin iyileşmesi pahasına bile olsa kendi statüsünün zayıflamasından korktuğunu göstermektedir. Diğer bir deyişle zaten sağlık hizmetlerine erişim açısından diğer gruplara oranla avantajlı durumda olan, yani "kaybedecek bir

şeyi olan” Emekli Sandığı mensupları, kaybedecek şeyleri olanlara özgü statükoyu koruma eğilimine çok yüksek oranlarda olmasa da sahiptir.

Üniversite örnekleme içinde yer alanların bir kısmı memurlarla diğer sosyal güvenlik kurumu üyeleri arasındaki eşitsizliğin ortadan kalkması, sosyal güvenlik kurumları üyeleri arasında ayırım yapılmaması gerektiğini belirtmekte, diğer bir deyişle *istihdam* ve sosyal güvenlik statüsüne göre bir ayırım yapmakta ve çalışan herkesin eşit olması gerektiğini vurgulamaktadırlar. Bu tip yanıtlardan bazıları aşağıdadır:

“Her türlü çalışanın haklarının korunması gerektiğini düşünüyorum.” (üniversite)

“Tüm çalışanların aynı kalitede sağlık hizmeti almaları gerekir.” (üniversite)

“Eğer sosyal sigorta kolları birleştiyse sigortalılar arasında ayırım yapılmamalıdır.” (üniversite)

“Sağlık hizmetinin tüm çalışanlar adil ve eşit verilmesi sağlanır.” (üniversite)

“Sağlık sigortasını ödeyen herkes eşit hizmet almalı.” (üniversite)

“Konu sağlık olunca sınıf ayrımı yapılmamalı, sağlık sigortasını sıkı tutmak, yaşamın önemli bir parçası kabul etmek gerekir. Devlet Baba olmamalı. Vatandaş da katılmalı, katmalı.” (üniversite)

Bununla birlikte daha geniş bir grup memurlarla diğer sosyal güvenlik kurumlarına mensup olanlar arasındaki bu eşitsizliğin ödenen sigorta primlerinden bağımsız olarak, insan hakları çerçevesinde yanlış olduğu için ortadan kalkması gerektiğini belirtmektedir. Bu yanıtlardan bazıları aşağıdaki gibidir.

“Sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanmak her bireyin hakkıdır.” (üniversite)

“Sağlık, insanın sağlıklı yaşam sürmesi insan hakkıdır. Halktan herkes eşit yararlanmalıdır.” (üniversite)

“Yani eğer devlet herkese eşit mesafede duruyorsa herkesin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması gerekir. Herkesin sağlık hizmetleri iyileştirilmeli. Niye bazılarının sağlığı diğerlerinden daha önemli olsun?” (üniversite)

“Tüm vatandaşlar için “eşitlik ilkesi” önemli.” (üniversite)

“Sağlık yardımı insan hakkıdır. Tüm insanlar aynı kalitede sağlık yardımına ulaşmalıdır.” (üniversite)

“İnsan haklarına aykırı. Ayrımcılık yapılıyor.” (üniversite)

“Bütün sağlık hizmetleri unvan, statü vs bakılmaksızın her Türk vatandaşı için eşit olmalıdır.” (üniversite)

“Çünkü hastalıkların karşısında herkes eşittir, herkes eşit hizmet hakkına sahip olmalıdır.” (üniversite)

“Temel insan haklarından biri olarak her vatandaşın sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanması gerekir.” (üniversite)

Bununla birlikte herkesin sağlık güvencesi olmadığı için toplumda bazı gruplar başkalarının sağlık güvenceleri üzerinden muayene olmakla ve ilaç giderlerini de bu şekilde karşılamaktadırlar. Başkalarının Yeşil Kartını kullananlar ve başkalarının sağlık karnesine ilaç yazdıranlar hakkında ne düşündükleri açık uçlu olarak sorulduğunda örneklem genelinin %82,1'i başkasının Yeşil Kartının kullanılmasına kesinlikle karşıdır, %17,9'u ise yanlış bulmakla birlikte zorunluluk durumunda makul bulduğunu belirtmiştir. Tablo 49'da görüldüğü gibi başkalarının Yeşil Kartının kullanılmasına yönelik tutum örneklem grubu ($X^2(2, n=330)=18,15, p\leq.01$), yaş ($X^2(2, n=328)=11,15, p\leq.01$), gelir ($X^2(6, n=317)=24,03, p\leq.01$), eğitim ($X^2(1, n=330)=16,87, p\leq.01$), meslek ($X^2(5, n=330)=20,10, p\leq.01$) ve sosyal güvence türü ($X^2(5, n=330)=16,71, p\leq.01$) değişkenleri ile ilişkilidir. Bu ilişkiler açısından bulguları aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür.

- Örneklem grupları incelendiğinde köy örnekleminin %85,3'ünün, mahalle örnekleminin %90,3'ünün, üniversite örnekleminin %69,2'sinin başkasının Yeşil Kartının kullanılmasına kesinlikle karşı olduğu, köy örnekleminin %14,7'sinin, mahalle örnekleminin %9,7'sinin, üniversite örnekleminin ise %30,8'inin yanlış bulsa da zorunluluk durumunda makul karşıladığı görülmektedir.
- Yaş grupları incelendiğinde yaş arttıkça gösterilen hoşgörünün azaldığı görülmektedir, 40 yaş altındakilerin %70,5'i başkasının Yeşil Kartının kullanılmasına kesinlikle karşı iken bu oran 41-60 yaş grubunda %87,2'ye, 61 yaş ve üzerinde %84,5'e yükselmektedir.
- Gelir açısından incelendiğinde de düşük gelir gruplarının nispeten daha katı olduğu görülmektedir, 500 TL ve altı gelir grubunun %91,9'u başkasının Yeşil Kartının kullanılmasına kesinlikle karşıdır, bu oran 501-1500 TL gelir grubu için %85,3, 1501-2500 TL gelir grubu için %66,7, 2501-3500 TL gelir grubu için %60, 3501-4500 TL gelir grubu için %63,6, 4501-5500 TL gelir grubu için %80, 5501 TL ve üzeri gelir grubu için ise %70,2'dir.

- Eğitim grupları incelendiğinde en fazla ortaokul mezunu olanlar içinde başkasının Yeşil Kartının kullanılmasına karşı olanların oranı (%89,3) lise ve üzeri eğitim görenlere (%71,6) oranla daha yüksektir.
- Meslek grupları incelendiğinde başkasının Yeşil Kartının kullanılmasına en yüksek oranda karşı olanların çiftçiler olduğu (%93,2) görülmektedir, onları sırasıyla ev kadınları (%88), esnafar (%86,4), işçiler (%80,4) ve memurlar (%70,3) izlemektedir.
- Sosyal güvenlik kurumu açısından incelendiğinde başkasının Yeşil Kartının kullanılmasına en yüksek oranda karşı olanların Bağ-Kur'lular (%91,3) ve sosyal güvencesi olmayanlar (%90) olduğu, onları sırasıyla SSK'lıların (%84,7), Yeşil Kart sahiplerinin (%82,4) ve son olarak da Emekli Sandığı üyelerinin (%71,2) izlediği görülmektedir.

Ağırlıklı olarak köy ve mahalle örnekleminde yer alanların bir kısmı kendi yaşamlarında sağlık hizmetlerine erişim ve ilaç temini gibi sorunlarını mallarını satmak, büyük güçlüklerle da olsa primlerini ödemek gibi çeşitli zorluklarla çözmüşlerdir, bu nedenle herkesin bu tip 'bedel'leri ödemesi gerektiğini ifade etmekte, başkalarının kartını/karnesini kullananları 'başkalarının sırtından geçinen', 'başkalarının hakkını yiyen' insanlar olarak görmektedirler. Bu tip yanıtlardan bazıları aşağıdadır.

“Kullanmam, kendi karnemi de vermem, başkası neden benim sırtımdan geçinsin” (köy)

“Kendi karnemi kullan herkes kendi başının çaresine baksın banane ben nasıl bakıyorum” (köy)

“... vermem de sağlık karnemi, ben gibi çalışsın yoksa Yeşil Kart çıkarttırsın.” (mahalle)

“Doğru görmüyom ben. Hastaysa, parasını yatıracak ilacını alacak. ...” (köy)

“Yanlış. Ölmediyse bile üstümüzü sattık ilacımızı aldık biz.” (mahalle)

“Ona ben karşıyım yani isterse babam olsun herkes hakkına riayet etsin. Sen nasıl çalışıp şey sahibi olduysan o da olsun.” (mahalle)

“Çok garşıyım. Öldürmeyi bile düşünüyim garşımdakini. Yeşil kart alana da garşıyım. Çalışmayan tembel insanın Yeşil Karta ihtiyacı var Yeşil Kartı alan devleti düşünmüyor bana göre.” (mahalle)

“...Sigortası da yok. Yok çünkü hali vakti de iyi, 30 danası var, 8-9 tane inek var ama Bağ-Kur'unu yatırmıyor. Gelini var hamile ama karnesi yok. Gidiyo yazdırıyo. Ama ödemiyor ondan. Biz nasıl yatırıyoruz Bağ-Kur'u biz ondan varlıklı mıyız?” (köy)

Ağırlıklı olarak köy ve mahalle örnekleminde yer alan bir kısım ise devletin vatandaşlarının sağlık ihtiyaçlarını karşılayacağına tamamen güvendikleri için başkalarının Yeşil Kartının kullanılmasına karşıdırlar. Bu gruba girenler hiçbir sosyal güvencenin olmayabileceği durumları dikkate almamakta, devletin zor durumda olan herkese Yeşil Kart vereceğini düşünmektedirler. Bu tip yanıtlardan bazıları aşağıdadır:

“Şimdi maddi durumu olmasa Yeşil Kart verir fakirse niye başkasına şey ediyor.” (köy)

“Amanın milletin hakkını yemek olmaz gızım. Devlet çok muhtacına zaten Yeşil Kart veriyor.” (köy)

“...Devlet Yeşil Kart veriyolar olmayana. Bu kadar da sahtekarlık olmaz.” (mahalle)

“Birisi Bağ-Kur’ludur SSK’lıdır ya da Yeşil Kartlıdır. Yeşil Kartı olacak mutlaka. Alacaksın. Devletten isteyecek. Rezalet ya.” (mahalle)

“Yok canım. Yeşil Kart veriyolar zaten herkese, gerek yok ki.” (mahalle)

“Yoksa yok gızım, parayla gitsin. Gızıl, yeşil gart mı, kırmızı gart mı, onu alsın. Hindi her şey iyi.” (mahalle)

“Sağlık güvencesi elde etmek için gayret etmeliler. Doğru bulmam.” (üniversite)

Ağırlıklı olarak köy örnekleminde bulunan daha küçük bir grup ise yakalanıldığı takdirde karşılaşılabilecek yaptırımlar ya da ortaya çıkabilecek hukuki karışıklıklar nedeniyle başkalarının Yeşil Kartının kullanılmaması gerektiğini düşünmektedir. Bu düşüncede olanlardan bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir:

“Yanlış. Birisini burda hemen yakaladılar. Gıyamamış argadaşına vermiş.” (köy)

“Hiç gullanmadım guzum. Doğru değil o insan da riske gircek, sen de.” (köy)

“Yanlış. Bir şey duydum. Kadın kendi karnesiyle kardeşine muayene ettirmiş, kardeşi ölmüş kadın ölü gözüküyormuş. Hiç bulamıyorsa Yeşil Kart çıkarsın.” (köy)

“Çok mecbursa parayla alsın, yanlış. Yakalandık mı daha bizi hasta olduğumuza pişman ederler” (köy)

“Kesinlikle yanlış çünkü bazıları yakalandı, cezasını da görür yani.” (mahalle)

Yine ağırlıklı olarak mahalle ve köy örnekleminde başkalarının Yeşil Kartının kullanılmasına karşı çıkanların bir kısmı bu durumu ahlaki olarak yargılamakta, başkalarının hakkını yemek “ayıp ya da günah” olduğu için başkalarının kartının ya da karnesinin kullanılmasına karşı çıkmaktadırlar. Bu tip yanıtlardan bazıları aşağıdaki gibidir:

“Aman günah gızım, adamın iki yanında melekler var yazar onlar yazar sonra öbür dünyada nasıl hesap vercen.” (köy)

“Mümkün değil olmaz o tip haksızlıklara karşıyım. Öyle olur mu? Saçı bitmedik çocuğun hakkı var.” (köy)

“Doğru değil yanlış olur diye düşünüyorum. Kimsenin hakkı geçmesin.” (köy)

“Olmaz. Yanlış şey. Herkes hakkını alsın. Kul hakkı olmasın. Yanlış şey.” (köy)

“Doğru değil yapmamaları lazım, günah. .” (mahalle)

“Kullanmaması gerekir tabi. Bence hırsızlık. Bi başkasının hakkını gaspetmek.” (mahalle)

“Başkalarına saygısızlık” (üniversite)

Aşağıdaki ifadelerde görüldüğü gibi, başkalarının Yeşil Kartının kullanılmasına kesinlikle karşı olanların bir kısmı da devlete haksızlık yapılmaması gerektiğini düşündükleri için karşıdırlar:

“Yazdırmam, yazdırtmam devlete zararımız olmaması için.” (köy)

“Yanlış bi durum aslında doğru değil. Devleti dolandırmış gibi bişi oluyo o da. Haketmeyen, devlete borcunu ödemeyen insan onu kullanıyo” (köy)

“Devlet haklı. Haksız yere konuşmaz devlet. O zaman parasıyla bakınacak. Devlet haklı o yanda, bir şey olsa devletin başı şeye girecek.” (köy)

“Ben yazdırmam da yazdırtmam da. ... Hükümeti zarara uğratiyolar, ben dedim doktora [ilaç] fazla yazma zarar olmasın deyî.” (köy)

“Hayır doğru değil, kötü düşünüyorum. Devlet anlatıyo bize zarar oluyo diye...” (mahalle)

“Valla tamamen devlete külfet yani sahtekarlık.” (mahalle)

“Vermem de almam da. Yanlış, devleti dolandırmaktır.” (mahalle)

“Kesinlikle yanlış. Başkasının hakkına tecavüz ediyosun. Devletine ihanet.” (mahalle)

“Yasak. Uygun değil. Sakıncalı. Devlet haklarına sahip çıkmalı.” (mahalle)

Üniversite örnekleminde başkalarının Yeşil Kartının kullanılmaması gerektiğini düşünenler genel olarak köy ve mahalle örnekleminde gibi ayrıntılı yanıtlar vermemişler, ancak büyük çoğunluğu durumu köy ve mahalle örnekleminde gibi ‘başkalarının hakkı’ üzerinden değerlendirmemiş, sadece bu davranışın yazılı ya da yazısız normlara aykırı bir davranış olduğunu vurgulamışlardır. Başkalarının Yeşil Kartının kullanılmaması gerektiğini düşünenlerin yanıtları incelendiğinde ‘hak’ sözcüğü köy örnekleminin yanıtları içinde 11, mahalle örnekleminin yanıtları içinde 19, üniversite örnekleminin yanıtları içinde ise 7 kere kullanıldığı görülmektedir. Köy örnekleminde verilen yanıtlar içinde ‘hırsız’ sözcüğü hiç geçmezken mahalle örnekleminde 5 kere, üniversite örnekleminde

verdiği yanıtların içinde 6 kere geçmektedir. Köy örnekleminin verdiği yanıtlar içinde ‘*sahtekâr*’ sözcüğü 2 kere, mahalle örnekleminde 5 kere, üniversite örnekleminde ise 15 kere geçmektedir. Köy örnekleminde hiç kullanılmayan ‘*gasp*’ sözcüğü mahalle örnekleminde 1, üniversite örnekleminde 2 kere geçmekte, yine köy örnekleminde hiç kullanılmayan ‘*ayıp*’ sözcüğü mahalle örnekleminde 2, üniversite örnekleminde 4 kere geçmektedir. Diğer iki örneklem grubunda hiç verilmeyen ‘etik değil’ yanıtı da üniversite örnekleminde 7 kere verilmiştir. Üniversite örnekleminde yer alan ve başkalarının Yeşil Kartının kullanılmasına karşı çıkan yanıtlayıcılardan bazılarının ifadeleri aşağıdadır:

“Sahtekârlıktır, cezalandırılmalı.” (üniversite)

“Sahtekar adamlar.” (üniversite)

“Hırsızlık.” (üniversite)

“Yolsuzluk.” (üniversite)

“Sahtekar, dolandırıcı.” (üniversite)

“Sahtekarlık yapıyorlar ve devleti soyuyorlar, vesikalı hırsızlıktır.” (üniversite)

“Gereksiz ve ayıp.” (üniversite)

“Hak gaspı yapan sahtekarlar olarak düşünüyorum. Bunlara müsamaha etmek kendi hakkımdan vazgeçmek anlamına gelir.” (üniversite)

“Ahlaksız ve hırsız olduklarını düşünüyorum.” (üniversite)

“Kesinlikle karşıyım. Cezalandırılmaları gerektiğini düşünüyorum.” (üniversite)

“Hakların kötüye kullanımıdır. Dahası suçtur.” (üniversite)

Diğer taraftan zorunluluk hallerinde başkalarının karne ya da Yeşil Kartının kullanılmasını makul görenler özellikle köy ve mahalle örnekleminde aşağıdaki örneklerde görüldüğü gibi önceki deneyimlerine dayanarak bir kanıya varmaktadırlar. Devletin hiçbir güvencesi olmayan bireyleri yalnız bırakmayacağı varsayımı, gerçek hayattaki deneyimlerle uyuşmamaktadır.

“Yanlış, ben yazdırmam kızım ama bi defa ilacı alamamış bi kadın ağlıyordu ona verdim. Alamıyom ilacı dedi ağladı, ben de verdim, doğru değil ama verdim.” (köy)

“Doğru değil bence. Ne bileyim olmaması gerekiyor. Ama o da hayat şartından. Kimin hasta oluyo çocuğu, çok gördüm, mecburiyetten yani.” (mahalle)

“Çok zor durumdaysa hiçbir sağlık güvencesi yoksa kullansın. Benimkini de kullandırımdı birine, hiçbi şeyi yoktu ne karnesi ne Yeşil Kartı. Devlet Yeşil Kartı olmayana bakmıyo.” (mahalle)

Üniversite örnekleminde başkalarının Yeşil Kartının zorunluluk halinde kullanılmasını makul bulanlar da muhtaçlığa ve çaresizliğe gönderme yapmakta

ancak sıklıkla kişinin niyetinden emin olunması gerekliliğini vurgulamakta ve yine de durumu ahlaki olarak yargılamaktadırlar. Bu tip yanıtlardan bazıları aşağıdadır.

“Eğer gerçekten muhtaçsa olumsuz bakmam. O insanı bu yola başvurmasına neden olan etkenleri, toplumsal nedenlere bakarım” (üniversite)

“Bunu kimin yaptığına bağlı. Çaresiz, ilaç alamayacak birisini hoşgörebilirim. Devlet bu insanları çaresiz bırakıyorsa “ahlak” adına ölmeleri gerekmez herhalde!” (üniversite)

“Tabii ki doğru bir davranış değil ama insan çaresiz ise ve başka şansı yoksa çok da insanca bir durum.” (üniversite)

“Hak ettiği halde Yeşil Kartı olmayanlar için sorumlu devlettir. Diğer durumda kişi suç işlemiştir.” (üniversite)

“Bir yandan kullanılmamalı, ödediğimiz vergilerimiz farklı yerlere gidiyor diye düşünüyorum. Diğer yandan çok yaşlı olan, ilaç alamayan ve çocuğuna ilaç alamayanları düşünüyorum.” (üniversite)

“Sosyal güvencesi olmayan durumu yetersiz olan için onaylarım, makul görebilirim. Ama aksi durumun affedilmesini onaylamam.” (üniversite)

“Etik olmadığını düşünüyorum ancak yoksulluk nedeniyle çaresiz kalan insanlar da olabilir.” (üniversite)

Kısacası eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan 40 yaş altı memurların başkalarının Yeşil Kartının zorunluluk durumunda kullanılmasını makul bulduğu, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan, çiftçi, esnaf ve ev kadınlarının, Bağ-Kur'luların ve sosyal güvencesi olmayanların ise başkasının Yeşil Kartının kullanılmasına daha yüksek oranda karşı olduğu görülmektedir. Bağ-Kur'luların yaklaşık üçte birinin Bağ-Kur'a borçlu olduğu, örnekleme sosyal güvencesi olmayanların %45,2'sinin ev kadını olduğu düşünüldüğünde, sağlık hizmetine erişimi diğer gruplara oranla en kısıtlı olanların başkalarının Yeşil Kartının kullanılmasına bu kadar katı bir şekilde karşı çıkması ilgi çekicidir. Başkalarının Yeşil Kartının ya da sağlık karnesinin kullanılmasında bireysel ve toplumsal olmak üzere iki temelde karşı çıkmaktadır. Bireysel temelde karşı çıkışlar ahlaki, dinsel ya da hukuksal normlara karşı çıkmaktan ve yaptırımlardan duyulan endişe üzerinden kendini göstermektedir. Toplumsal düzeyde ise iki gerekçeden ilki devletin kimseyi başkasının karnesini/kartını kullanacak derecede çaresiz bırakmayacağına olan inanç, diğeri de devletin zarara uğratılmasından duyulan endişe ve sorumluluktur. Bu çerçevede özellikle başkalarının Yeşil Kartının ya da sağlık karnesinin kullanılmasına en yüksek oranda karşı çıkan mahalle örnekleminde bu durum *“Yanlış. Ben yapmıyorum. Ben **babamın oğluna vermem.**”*

(mahalle), “Doğru bulmuyorum bana göre sahtekarlık yani. Yapanı da görsem duysam **ailem de olsa şikayet ederim.**” (mahalle) gibi ifadelerden de görülebileceği gibi oldukça katı bir şekilde ifade edilmektedir.

İster günah olarak, ister devleti kandırmak olarak görülsün, bu davranış insanlara eşit davrandığı varsayılan koruyucular olan 'Tanrı'nın ya da 'Devlet'in kurallarına karşı gelmek olarak yorumlanmaktadır. Dolayısıyla başkalarının sağlık karnesinin ya da Yeşil Kartının kullanılmasına yoğun olarak karşı çıkanlar ister ahlaki, ister toplumsal gerekçeler gösterebilirler, verdikleri bu katı tepkiler aslında sağlık hizmetlerine ulaşma açısından içinde bulundukları zor koşullara rağmen karşı karşıya olduklarını düşündükleri adaletsizlikle ilişkilidir.

Memurlarla diğer sosyal güvenlik kurumu mensupları arasında bir ayrım olduğunu düşünenlerin neredeyse beşte dördü bu durumun değişmesi gerektiğini, örneklem genelinin üçte ikisine yakını devletin bütün ilaçları karşılaması gerektiğini, geri kalanların bir kısmı "hiç değilse yoksulların" ilaçlarının karşılanması ve bıçak parasının "hiç değilse yoksullardan" alınmaması gerektiğini düşünmektedir. Bu çerçevede örneklemin sağlık hizmetlerine erişimde özellikle gelire dayalı eşitsizliklerin farkında olduğu ve bu eşitsizliklerin giderilmesi yönünde bir tutuma sahip olduğu söylenebilir. Ancak bu tutum başkalarının sağlık karnesini ya da Yeşil Kartını kullananlara yönelik bir empatiye veya hoşgörüye dönüşmemektedir. Örneklem genelinin beşte dördünden fazlası başkalarının Yeşil Kartı ya da sağlık karnesi üzerinden muayene olunmasını veya ilaç alınmasını yanlış bulmakta ve bu eylemlerde bulunanları oldukça katı şekillerde yargılamaktadır.

Bu normatif tutum, daha önce değinildiği gibi bir yandan insanların kendi yaşadıkları sıkıntılar nedeniyle karşı karşıya olduklarını düşündükleri adaletsizlik duygusundan kaynaklansa da, diğer taraftan insanların topluma olan güvensizliğini yansıtmaktadır. Başkalarının Yeşil Kartını ya da sağlık karnesini kullananlardan bahsedildiğinde örneklemin öncelikle sağlık hizmetlerine erişmek zorunda olduğu halde erişemeyenlerin değil, sahtekarlık yapanların gelmesi bu güvensizliği göstermektedir. Herkes eşit bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanabilse, ilaçlara eşit şekilde erişebilse ve kimse bu hizmetlere

başkalarının hakları üzerinden erişmek zorunda kalmazsa bu tip bir ayrımcılık söz konusu olmayacaktır. Sağlık hizmetlerinin herkesin hakkı olarak değil, istihdam statüsü, prim ödemeleri ya da yeterince yoksul olduğunu belgeleyebilmek gibi çeşitli kriterler üzerinden sağlanması, bu hizmetlerin hegemonik iktidar tarafından kullanılan bir araca dönüşmesine neden olmakta, bu durumda da bu haklara "sahip olanlar" olmayanlara karşı ya öfke ya da şefkat duymaktadırlar. Diğer bir deyişle sağlık hakkı bir durumdan ötürü kazanılan bir şey haline gelmektedir.

Örneğin 30 Ekim 2008'de Adana valisi devlete karşı yapılan gösterilere katılan çocukların ailelerinin yeşil kartlarının iptal edileceği ve kendilerine yapılan kömür yardımlarının kesileceği açıklamasında bulunmuş ve bu ailelerin yeşil kartlarıyla ilgili inceleme başlatmıştır (Hürriyet, 29 Ekim 2008). Alınan tepkiler karşısında bu ailelerin Yeşil Kartlarının iptal edilmesi kararından vazgeçilmiş olsa da bu olay, devletin kendisinin de Yeşil Kartı sağlık hizmetlerini herkesin erişimine açık bir hale getirme çabasının bir sonucu değil, "kömür yardımı" ile aynı kefeye konabilen ve rıza üretmeye yönelik bir aygıt olduğunu göstermektedir. Yeşil Kart, devletin şefkatine değer görülen seçilmiş yoksullara verilmekte (Yoltar, 2009:780) ve yukarıdaki örnekte görüldüğü gibi gerek duyulduğunda geri alınmasına yönelik girişimler başlatılabilmektedir.

Açıkça görülmektedir ki sağlık gibi temel insan haklarının yurttaşlık ölçütü üzerinden herkese ve eşit olarak sağlanmaması bir yandan bir grubun bu hizmetlere erişimden mahrum kalmasına neden olmakta, bir yandan da toplumun kendi üyelerine yönelik algısını çarpıtmakta ve hak eden/etmeyen ayrımı üzerinden sosyal dayanışma kavramını da zedelemektedir. Böyle bir hak eden/etmeyen ayrımı öznelerde yapının etkisinden bağımsız olarak gelişemez. Davranışlarla toplumsal yapılar arasındaki ilişkiyi somutlaşmış sosyal öğrenme ve habitus kavramlarıyla açıklayan Elias (1997) ulusal habitusların verili olmadığını, maruz kaldıkları devlet formasyonu tarafından biçimlendirildiğini ve sınırlı olmakla birlikte devlet formasyonunun biçimlenişini etkilediğini belirtmektedir. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin sunumunda uzun yıllar toplumda ayrımcılık yapan bir devlet anlayışı, ulusal habitusu biçimlendirmiş ve

bu da toplumun içselleştirilmiş eğilimlerinin devletin bakış açısını ve genel olarak toplumsal yapıyı yansıtmasına neden olmuştur.

Örneklemin devletin yoksullara "yardım etmesi" gerektiğini düşündüğü halde başkalarının Yeşil kartlarını ya da sağlık karnelerini kullananlara bu kadar sert tepkiler vermesi, Bourdieu'nun (1984) oyun kavramıyla okunabilir. Sınıfsal çatışmaları alanlar üzerinden açıklayan Bourdieu (1984), toplumdaki eyleycilerin (oyuncuların) sahip oldukları sermaye türlerini kullanarak çıkarlarını gerçekleştirmeye çalışmalarını bir oyuna benzetir, alan bu oyunun oynandığı yerdir, alandaki oyuncuların çatışma ve rekabet halindedir ancak alan varlığını sürdürdüğü sürece oyunun oynanması gerektiğine olan inancı paylaşırlar. Bu durumda örneklemdedekiler oyun sonunda elde edeceği beklentileri sağlamak için ekonomik, kültürel ve sosyal sermayelerini kullanmakta (sağlık hizmetleri için ücret ödeyerek ya da 'çalışıp' sosyal güvenceye hak kazanarak) kendileri de eşitsizliklerle ve zorluklarla karşılaşsalar da rekabeti sürdürmekte ve sermayelerini riske etmeyenleri oyunun dışına çıkarmaya çalışmaktadırlar. Bu alanda sosyal güvence, oyundaki oyuncuların ellerindeki kartlara, başkalarının hakları üzerinden sağlık hizmeti elde etmeye çalışanların dışlanması ise oyundaki doxa'lara (ifade edilmeyen kurallara) işaret etmektedir. Yani rekabet Bourdieu'nun alan kavramsallaştırmasında olduğu gibi bir karar verme gücüne ya da bu tip bir iktidara sahip olmak için işlemese de örneklemdedekilerin zihinlerinde bir rekabet algısı vardır. Çaresiz durumdaki yoksullara ilaç 'yardımı' yapılması ya da onlardan bıçak parası alınmaması gibi ifadeler bu rekabette ekonomik ve/veya sosyal sermayesi zayıf olanları vurgulamaktadır, ancak başkalarının yeşil kartlarını kullanarak sorunlarını kendileri çözen, yani artık "çaresiz" olmayanlar oyunun kurallarına uymamışlardır ve bu şefkati hak etmemektedirler.

Bu bulgu Giddens'in (1984) Yapılaşma teorisini hatırlatmaktadır. Hak eden/etmeyen ayrımını yaparken davranışları büyük ölçüde yapı tarafından biçimlendirilen ve sınırlandırılan özneler, yeşil kart konusundaki tutumlarıyla aynı yapıyı yeniden üretmektedirler. Neo-liberal sağlık söylemini içselleştirmeleri ve kurumsal tıbbın ve sağlık piyasasının birlikte oluşturdukları korku kültürünü benimsemeleri sonucunda öznelerin değişen davranışları düşünsel bir

şekilde yapıyı yeniden üretmekte ve sağlık sisteminin neo-liberal bağlamda yeniden biçimlenmesinde, diğer bir deyişle neo-liberal sağlık sistemine dönüşmesinde etkili olmaktadır. Kısacası özneler, davranışları ile yapının dönüşümünde etkili olmaktadır. Ancak bu dönüşümün öznelerin kendi çıkarına olmaması, yapı tarafından biçimlendirilen davranışların yine yapının yeniden üretilmesini sağlaması, bu bulguların hegemonya kavramı üzerinden okunması gerektiğini vurgulamaktadır.

3.5.4. Hastanelerin en önemli problemi

Örnekleme Türkiye’de hastanelerin en önemli probleminin ne olduğu sorulmuştur. Verilen geçerli yanıtlar⁶⁰ incelendiğinde örneklem geneli için en önemli sorunlar kalabalık ve sıra (%30,7), kötü muamele ve ilgisiz personel (%15,7), personel eksikliği (%11), hastane, malzeme ve ekipman eksikliği (%8,8), temizlik (%7,2), ticarileşme (%6,6), bürokrasi, yönetim ve organizasyon sorunları (%6,1), nitelsiz personel (%6,1), muayenelerin çok kısa sürede yapılması (%5,2), kaynak ve ödenek eksikliği (%1,4) ve torpil-adam kayırma (%1,1) şeklinde sıralanmaktadır.

Kalabalık ve sıra, özellikle kırsal alanda yaşayanların (%59,2), ev kadınlarının (%50) ve çiftçilerin (%41,3), sosyal güvencesi olmayanların (%48,6), 61 yaş ve üzerindeki (%46,1), köy örnekleminin (%43,3), sağlığının kötü olduğunu düşünenlerin (%41,5), köy doğumluların (%41), ortaokul ve altı eğitim görenlerin (%39,6), 500 TL ve altında (39,8) ve 501-1500 TL gelir gruplarının (%36,7) ve kadınların (%37,7) en önemli gördüğü sorundur. Köy örnekleminde kalabalık ve sıra problemi ile ilgili ifadelerden bazıları aşağıdaki gibidir:

“Amanın devlet hastanesi bi kalabalık sen de biliyon nümra alacan da sıra sana gelecek. ... koridorda durcak yer yok hele pazartesi olunca.” (köy)

“Çok kalabalık, hep kalabalık. Hastaların çok olması, hastaların suçu değil ki.” (köy)

“Tepebaşı kalabalık, Tıp kalabalık. Yer bulamıyoz, sekizde gidiyoz onda sıra alıyoz bir gün evveli randevu alıyosun dört beş ayda sıra veriyolar.” (mahalle)

⁶⁰ Yanıtlar çoklu yanıt kategorileri şeklinde (multiple response) analiz edildiği için yüzdeler anketlerin değil yanıtların dağılımı üzerinden alınmıştır.

"Millet gidiyo numara alamayo, sabah beşte gidiyosun mesela ben gittim geri geldim, yok, n'apiyim şimdi." (mahalle)

"...Zingazınk dolu. Rahatsızsın, canın çıkıyor sırada. Anadolu hastanesine saat üçte gittim yediye kadar sıra gelmedi." (mahalle)

"Çok erken gidiliyor, kalabalık, sabah beşte gittim üçüncü sırayı aldım, sekizde gittim sıra alamadım." (köy)

"Çok sıra beklemek ve personel eksikliği herhalde. Tıp fakültesinden randevu istedik bir ay sonrasına verdiler" (mahalle)

"...dediler hasta, iki hafta ömrü var. Alete sokacaklar işte, tahlil falan yapacaklar, bir ay sonraya gün verdiler. Sen adama iki hafta ömrün var de, bir ay sonraya gün ver. Olacak iş mi. Gittik hepsini dışarda yaptırdık mecbur." (mahalle)

Kalabalık ve sıradan sonra en yüksek oranda tekrarlanan yanıt olan kötü muamele ve ilgisiz personel, Tablo 52'de görüldüğü gibi, özellikle SSK'lılar (%28,6), 500-1500 TL gelir grubu (%21,1), mahalle örnekleme (%24,8) tarafından önemli bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Bu sorunun ikinci sırada yer alması, sağlık personelinin duyulan memnuniyet değişkeni incelenirken aynı örneklem grubunun en çok azarlama, ilgisizlik ve özensizlikten rahatsız olduğu bulgusuyla da örtüşmektedir. Kötü muamele ve ilgisiz personel sorununu vurgulayan yanıtlardan bazıları aşağıdadır:

"İlgisizlik. Temizlik falan iyi de. Kıyafetine bakıyorlar. Köylü her zaman son şeylerde. Nasrettin Hoca gibi kürke bakıyorlar." (köy)

".. hemşireler biraz fazla hırpalıyorlar tam şey davranmıyorlar yani." (köy)

"Hemen müdahale edilmiyo, ilgilenilmiyo, ölsen umurunda değil." (mahalle)

"İlgilenmiyorlar, kötü davranıyorlar." (mahalle)

"Bakılmıyon, laf işitiyon mesela. Azarlıyorlar." (mahalle)

"İnsana insanca değer verilmeli, hastalar aşağılanmamalı." (mahalle)

"On tane hemşire varsa üç beş tanesi çok fena. Göpek gibi atıyorlar adamı. Gendi babasının evi mi orası. Ne var iyi olsa." (mahalle)

"İlgisizlik. Hasta psikolojisiyle ilgili eğitim alınmalı. Özellikle yeni mezun olmuş internler hasta ve yakılarına kötü davranıyorlar." (üniversite)

Üçüncü sıradaki en önemli sorun, personel eksikliğidir, bu sorun üniversite örnekleme (%14,4), memurlar (%14,9), esnaf (%18,2), lise ve üzeri eğitim görenler (%14,5) tarafından diğer gruplara oranla daha sık vurgulanmaktadır. Eğitim ve gelir düzeyi yüksek memurların önemseydiği bir diğer sorun ise niteliksiz personel sorunudur, Üniversite örnekleminde Türkiye'de hastanelerin

en önemli sorununun niteliksiz personel eksikliği olduğunu düşünenlerin oranı (%12,9) köy (%1) ve mahalle (%3) örneklemindeki oranlardan oldukça yüksektir.

Hastane, ekipman ve malzeme eksikliği de sık verilen yanıtlar arasındadır ve özellikle köy örnekleme (%12,4), işçiler (%13,3), kırsal alanda yaşayanlar (%16,9), Bağ-Kur'lular (%13,3) ve kendi sağlığını kötü algılayanlar (%13,2) için diğer gruplara göre daha önemli bir sorundur. Köy örnekleminde yer alanlar daha ağırlıklı olarak hastanelerin (ve yatakların) eksikliğini vurgularken mahalle örnekleme daha çok teknik ekipman yetersizliğini vurgulamaktadır.

Bu durum köy ve mahalle örneklemelerinin sağlık algılarında farklılık ile de örtüşmektedir, sağlığı daha bütüncül algılayan köy örnekleme oranla daha hastalık odaklı bir sağlık algısına sahip olan ve piyasanın tüketim ve rekabet ortamından daha çok etkilenen mahalle örnekleme, hastaneleri değerlendirirken de içindeki teknolojik ağırlıklara daha fazla önem vermekte, biyomedikal tıbbın teknik-mekanik söylemini daha çok içselleştirdiğinin bir işareti olarak kabul edilebilir. Bu tip yanıtlardan bazıları aşağıdadır.

“İlacın yetersizliği, yatakların az olması, malzemenin olmaması, doktorlar çok çaresiz kalıyo bazen elinden bişe gelmiyo.” (köy)

“Malzemesizlik, yatak olmuyor.” (köy)

“Malzeme eksikliği diyebiliriz. Valla ben tıp olarak doktor yeterli görüyorum, teknoloji olarak biraz eksikliğimiz var.” (mahalle)

“Personel eksikliği, cihazımız falan yok yani.” (mahalle)

“Alet eksikliği, mesela SSK'ya gidiyon bu alet yok, Tıp'a varıyon o da bekletiyo birkaç ay.” (mahalle)

“Tıbbi cihaz bence...” (mahalle)

Bir diğer sorun olarak hastanede ilişkilerin ticarileşmesi de örneklem genelinde verilen yanıtların %6,6'sını oluşturmaktadır. Tıbbın ticarileşmesi eğitim düzeyi düşük olanlara oranla yüksek olanlar için ve algılanan sağlık statüsü iyi olanlar için daha önemli bir problem oluşturmaktadır. Bu bulgu TÜİK (2010) bulgularını destekler niteliktedir, TÜİK'e (2010) göre üniversite mezunlarının %59,80'i doktorların özel muayenelerinin olmasına karşırken bu oran diplomasız okuryazarlarda %27,78'e gerilemekte, aynı oran kentsel alanlarda yaşayanlarda %50,62 iken kırsal alanda yaşayanlarda %42,59'a gerilemektedir. Türkiye'de hastanelerin en önemli sorununun tıbbın ticarileşmesi olduğunu düşünenlerden bazılarının ifadeleri aşağıdaki gibidir:

"Bakım iyi değil, insanın değeri yok, para için yapıyorlar." (köy)

"Para verirken eyi kötü bakıyorlar, yoksa baştan savma ediveriyorlar." (köy)

"Doktorlara muayene parası olmayanlara devletin diplomasının altında arpalık gibi kullanıyor, doktorların özel muayenehanesi olmasın." (köy)

"Doktorlar uyduruk. Hep sallama, parayı verirken bakarlar." (mahalle)

"Doktorlara para vermediğin zaman gözünün içine bakıp duruyo." (mahalle)

"Tüccar doktorlar." (üniversite)

"Para peşinde olmaları." (üniversite)

"Tıp hizmetlerinin metalaşması ve endüstrileşmesi." (üniversite)

"Hasta eşittir müşteri eşittir karlılık anlayışı." (üniversite)

Muayenelerin çok kısa sürmesi ve hastalara yeterince zaman ayrılmaması, doktor-personel eksikliğinden, ilgisizlikten ya da hastanelerdeki kalabalıktan ayrı bir kategori olarak oluşturulmuştur çünkü bu durum her zaman kalabalıktan kaynaklanmayabilir, çeşitli çalışmalar doktorların hastaları tedavi ederken hastaların toplumsal konumlarını dikkate alarak davrandığını, düşük statüdekileri, daha yüksek sosyal statüye sahip olanlardan daha kısa süreyle muayene ettiklerini göstermektedir (White 2002:38). Bu araştırmada da hastanelerin en önemli probleminin muayene sürelerinin kısalığı olduğunu belirtenler köy örnekleminde (%8,2), üniversite örnekleminin (%3,8) iki katından fazla, kırsal alanda yaşayanlar arasında (%11,3) kentsel alanda yaşayanların (%6) yaklaşık iki katıdır. Bu sorunu vurgulayan yanıtlardan bazıları aşağıdadır:

"Dikkatli bakmamaları, kısa bakmaları." (köy)

"Doktorların hastayla az ilgilenmesi." (köy)

"Bazı yerlerde doktorlar ilgilenmiyorlar. ... Sen derdini anlatmak istiyon, adam yazıyo çıkariyo."(köy)

"... adam muayene etmiyo, yaz bi ilaç gönder oluyor, ilgi bile göstermiyorlar."(köy)

"Doktorların alelacele hastaları geçiştirmeleri, dört dörtlük hizmet olmuyo ama mecbur gidiyoruz." (mahalle)

"... doktorların vurdumduymazlığı...." (mahalle)

"... sana bakmadan başlıyo reçete yazmaya."(mahalle)

"... Girip çıkman bir oluyor."(mahalle)

"Hastalara yeterince özen göstermemesi, onları geçiştirmesi, yeterince zaman ayırmaması." (üniversite)

Bunların dışındaki yanıtları özetlemek gerekirse 'aşırı bürokrasi, yönetim ve organizasyon sorunları' özellikle üniversite örnekleme (%13,6), memurlar (%12,8), lise ve üzeri eğitim görenler (%11,5) köyden büyük yerlerde doğmuş olan (%10,2) kentsel alanlarda yaşayanlar (%11,5) ve algılanan sağlık statüsü iyi olanlar (%8,8) için diğer gruplara oranla daha önemli bir problemdir. 'Torpil ve adam kayırma' *"Tahliller üzerinde bazı doktorların hemşireler tarafından adamlarını önce alıyor. "Adam kayırma." (köy), "Hastanelerin az olması, yeterli kapasite olmadığı için tam hizmet yok, dayın varsa işin görülüyor." (mahalle)* gibi cümlelerle ifade edilmekte ve mahalle örnekleminde (%1,5) diğer örneklem gruplarına göre, Yeşil Kart sahipleri tarafından da (%6,7) diğer sosyal güvenlik kurumu üyelerine oranla daha önemli bir sorun olarak görülmektedir.

Az sayıda olmakla birlikte mahalle ve üniversite örnekleminde hastanelerin problemlerinin hastaneden değil, hastalardan kaynaklandığını düşünenler olduğu görülmektedir. Bu durum aşağıdaki örnek ifadelerde görüldüğü üzere daha önce sağlık personelinin kötü davranışlarının meşrulaştırılması gibi sistemin meşrulaştırılması ve sağlık sistemindeki aksaklıklar için hastaların suçlanması anlamına gelmektedir.

"Giriş paralı olmalı, başı, dişi ağrıyon gidiyo." (mahalle)

"Başı ağrıyo millet gidiyo. Millet kendi yapıyor, hastane yetirmiyor." (mahalle)

"Hastalık hastaları." (üniversite)

"Aşırı hasta talebi olması." (üniversite)

".. insanların hasta olmadığı halde meşgul etmemeleri lazım" (mahalle)

"... Kafamız ağrıyınca doktora gidiyoruz, kendimiz kalabalık yapıyoruz..." (mahalle)

“Bu iş karşılıklı. Devletin her şeyi sağlaması yeterli değil. Toplumun da çağdaş ve medeni olması lazım.” (üniversite)

“Hasta sayısı fazla, insanlar pratisyen hekimin halledebileceği durumlarda da hastaneye gidiyorlar (aile hekimliği yaygınlaştırılmalı), özel hastaneler pahalı.” (üniversite)

Köy örnekleminde bu şekilde hastanelerin problemlerinin hastalardan kaynaklandığını düşünen kimse yoktur, ama bu grupta da hastanelerin hiçbir sorunu olmadığını düşünenlerin sayısı mahalle ve üniversite örnekleminde daha fazladır. Köy örnekleminde 16 kişi hastanelerin hiçbir sorunu olmadığını düşünmektedir, bu sayı mahalle örnekleminde 9’a gerilemektedir, üniversite örnekleminde ise böyle düşünen kimse yoktur. Hastanelerin hiçbir problemi olmadığını düşünenlerden bazılarının yanıtları aşağıdadır:

“Hiç şikayet edecek bir şeyi yok elinden gelen hapı verdi, mayanamı [muayenemi] verdi, Çifteler’deki doktor dedi seninki büyük hastanede olacak biz bişey desek de senin derdinin ne olduğunu sen anlayamazsın dedi.” (köy)

“Ne bileyim valla, her gittiğim yerde iyi baktılar, ne sorunu var bilmiyorum ki ben.” (köy)

“Hastanenin ne sorunu olsun yaa, yardımcı oluyo sana.” (köy)

“Bizlere çalışıyollar, yetişiyyollar sağolsunlar. Gidersek elinden geleni yapıyollar, ne yapsınlar daha.” (köy)

“Yapıyorlar Allah var. Geç de olsa oluyor. Çok araştırıyorlar, hasta ölüyor ama çok araştırıyorlar.” (mahalle)

3.5.5. İdeal sağlık hizmeti algısı ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyi

3.5.5.1. İdeal sağlık hizmeti algısı

Örnekleme bir devletin ideal sağlık hizmeti sağlayabilmesi için ne yapması gerektiği açık uçlu olarak sorulduğunda verilen yanıtların %13’ü sağlık kurumu sayısını artırması ve yeterli sağlık kurumu sağlaması gerektiğini, %12,6’sı yoksullara yardım etmesi ve yine yoksullara ucuz ilaç sağlaması gerektiğini, %11,9’u herkese eşit/ücretsiz sağlık hizmeti sağlaması gerektiğini, %10,8’i köylere sağlık kurumu ve personeli sağlaması gerektiğini, %10,8’i hastanelerdeki kalabalık ve sıra sorununun çözülmesi ve hastaneye giden hastalara daha fazla zaman ayrılması gerektiğini, %8,9’u sağlık personeli sayısının artırılması gerektiğini, %7,4’ü sağlık personelinin niteliğin artırılması gerektiğini, %5,6’sı insana değer verilmesi gerektiğini, yine %5,6’sı sağlık

kuruluşları için denetim ve yaptırım mekanizmaları kurulması ve işletilmesi gerektiğini, %4,5'i sağlığa daha fazla kaynak ayrılması gerektiğini, %2,6'sı sağlık çalışanlarının koşullarının iyileştirilmesi gerektiğini, %2,2'si aile hekimliğinin, %2,2'si koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması gerektiğini ve %1,9'u hastanelerdeki temizlik sorununun çözülmesi gerektiğini ifade etmektedir.

Tablo 53'te görüldüğü gibi sağlık kuruluşu sayısının artırılması, diğer bir deyişle genel olarak hastane sayısının artırılması yanıtı, diğer yanıtlarla kıyaslandığında örnekleme nispeten homojen bir dağılım göstermektedir.

Devletin ideal sağlık hizmeti sağlamak için *yoksullara* yardım etmesi ve ucuz ilaç sağlaması gerektiği yanıtını verenler ağırlıklı olarak mahalle (%20,7) örnekleminde yoğunlaşmaktadır, köy örneklemindeki yanıtların %16,9'u, çiftçilerin yanıtlarının %21,9'u, ev kadınlarının yanıtlarının %25'i, sosyal güvencesi olmayanların yanıtlarının %26,9, Yeşil Kart sahiplerinin yanıtlarının %25'i ideal sağlık hizmeti için *yoksullara* yardım edilmesi gereğini vurgulamaktadır. Bu yanıtlardan bazıları aşağıdaki gibidir:

"Yoksula ilaçları bedava vermeleri lazım." (köy)

"Yardımcı olursa daha iyi. Parasız insanlara yardımcı olmak hem Allah hem kul hakkında yardımcı olmalı. Türkiye'de her şey para demek." (köy)

"... Fakirlere bakmalı. Ele veriyor, bize vermiyor." (köy)

"... Ayda köyümüze bir doktor gelse, hap dağıtsa. Sade yazıyo, eczaneye para gerek. İşene gelene ilaç veriyolar, parasız ilaç dağıtsa fena mı? ..." (köy)

"Hapını iğnesini vermek şart...." (köy)

"Her şeyi kolaylaştırması lazım. Kiminin parası var kiminin yok. Bedava yapsa insan rahatça muayene olur." (köy)

"Para almasın parasız insanlar çok, doktorları da çok olsun ya daha ne." (köy)

"Hastanelerini çoğaltmalı, doktorların para almalarının önüne geçmeli, şu anda hiçbi doktor parasız hizmet etmiyor." (köy)

"İlaçlar ücretsiz olmalı. Sağlık bu sonuçta, isteyerek hasta olmuyoruz." (köy)

"Ücret almasınlar ilaçlardan. Ben borçluyum eczaneye." (köy)

"Doktorların özel yazıhaneleri kalksın. O yüzden hastaları kandırıyolar. Hepsini aynı bi şeyde görmesi gerekir. Fakir düşüp ölse çoğunlukla bakmıyolar." (köy)

Herkese eşit/ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi gerektiği yanıtı örneklem grupları arasında en yoğun olarak üniversite örnekleminde (%15,4) verilmiştir ama memurlara (%15,5) oranla işçiler (%17,9) bu yanıtı daha çok vermektedirler. Yeşil Kartlıların dörtte biri ve 2501-3500 TL gelir grubunun dörtte birine yakını (%22,5) devletin ideal sağlık hizmeti sunması için herkese ücretsiz sağlık hizmeti vermesi gerektiğini düşünmektedir. Özellikle köy örnekleminde yer alanlar ücretsiz sağlık hizmetinden çok eşitliğe vurgu yapmakta, mahalle örnekleminde bu yanıtı verenler ise daha çok ücretsiz ya da ucuz sağlık hizmetleri gibi parayla ilgili kavramlarla ifade etmektedirler. Bu yanıtlardan bazıları aşağıdadır.

“Eşit tutmalı ya insanları, buralara da hastane yapsın, suyu temizlesin.” (köy)

“Toplumu ayırmamalı, zengin fakir ayrımı yapmamalı.” (köy)

“Her şeyi eşit yapması lazım. Bir memurla bir vatandaşı eşit yapmalı.” (köy)

“Herkese eşit davranması lazım. Ayrım olmadı mı iyi.” (mahalle)

“Herkese parasız bakması daha iyi. O her vakit lazım çünkü.” (mahalle)

“Eğitim ve sağlık ücretsiz olacak. Şimdi biz halk olarak devletten sadece beklediğimiz eğitim ve sağlık hizmeti. Başka da bir beklentimiz yok. Bunları da yapamıyorsa devlet olmasın.” (mahalle)

“Parasız sağlık hizmeti, kolay erişilebilir ve şu andakinden kesinlikle daha kaliteli bir hizmet sunması gerekir.” (üniversite)

“Sağlık hizmetleri parasız olmalı...” (üniversite)

“Sağlık hizmetleri parasız (ya da çok az ücretli) olmalı, yaygınlaştırılmalı, genel sağlık sigortasından herkes yararlanmalı....” (üniversite)

Köy örnekleminin %9,6'sı herkese eşit/ücretsiz sağlık hizmeti sağlanması gerektiğini düşünürken %34,6'sı köylere ağırlık verilmesi gerektiğini ve köylerdeki sağlık kurum ve personeli sayısının artırılması gerektiğini düşünmektedir. Bu yanıtlardan bazıları aşağıya aktarılmıştır.

“... doktor gelsin buraya aracımız yok biz gidemiyoruz.” (köy)

“Devlet köyleri umursamıyo ... Şehir yerinin zaten imkanı var. Vallaha göye sağlık ocağı hemşire istiyoz. Çok sıkıldık bunaldık. Bizim şeyimiz sağlık ocağı, doktur. Köyümüz bitti gidiyo. Sağlık olmayınca gidiyolar. Sağlık şeylerini kontrol etmiyolar. Herkes çöpünü, şeyini atmıyo. Bulaşık çöpleri yok. Gavaklar zaraz. Her yer polen, pislik.” (köy)

“Buraya bi hastane kurabilir, ilçelere hastane yapabilirler. Eskişehir merkeze biz çok uzağız, beldelere ilçelere yapsınlar en azından yetiştiririz biz de hastaları.” (köy)

“Tüm beldelerdeki insanları şehir yoluna düşüreceğine her yere hastane yapması daha uygun.” (köy)

"Benim sağlık ocağı var ya orda her şeyin muntazam şekilde olmasını isterim. Mahallede olsun. Bilet parası olan var olmayan var. Hastaneye gitmek zorunda kalmayalım." (mahalle)

Aşağıdaki bazı yanıtlardan görüldüğü gibi köy örnekleminde bulunanlar özellikle tansiyon ölçe ya da iğne olma gibi acil durumlarda en yakın sağlık kurumuna ulaşmanın zaman ve maliyet açısından yarattığı sıkıntıları vurgulamaktadırlar.

"Bizim koca köyde bir hemşire yok 10 tane doktor iğne verdi, ben vurduramadım. Her gün gidemem Han'a 5 gidiş 5 dönüş veriyon 10 lira. Taksii de tutmaz herif. Köyümüzde bir ebe yok. Ebe olsa ona bir kalbimi ölçer tansiyonumu ölçer ateşimi ölçer." (köy)

"İmkan tanıyacak vatandaşa vatandaş mağdur hep. Ebe istiyoz iğne yapacak adam yok taksi dutup geliyor. 25 lira alıyor gidip gelmeye." (köy)

"Sağlık ocağı köyümüze açsalar da iyi olur. Köyde şeker, tansiyon hastası olan var. İğne yaptıracak olan var ama yaptıramıyor." (köy)

"Bizim buna iğneci gelsin be yavrum. Benim şeker olunca ben yapamıyorum..." (köy)

"Gelip baksalar evlere gelsinler muayene yapsınlar doktor buraya gelsin. Köy yeri olsa herkes muhtaç. şehirde her mahallenin bir doktoru varmış. Çifteler'e gidemiyom, gelemiyom. Doktor gelip muayene edip ilaç verse." (köy)

"Sağlık ocağı istiyoz köyümüze. İğne vurunmaya Han'a gidiyoz. Ben sağlık ocağı istiyom, başka ne isteyim. Devlet onu yapacak." (köy)

"Ne bileyim ilaçlardır bizi muayene etmek için yapsınlar. Gelin doğum yapcak, nası götüröcen para yok. Buraya bir ebe gelmedi. Gelinin aşısına götürdüm 20 lira verdim bi daha nası götüröcen." (köy)

Bu bulgular, birçok ölkede yoksulluğun temel sağlık hizmetlerinin düşük düzeyde sağlandığı kırsal alanlarda yoğunlaştığı, kaynakların ağırlıklı olarak kentsel alanlara aktarılmasının birçok ölkede temel sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayrılamaması sorununu beraberinde getirdiğı, özellikle de kırsal alanda yaşayan yoksulların sağlık hizmetlerine erişim düzeyini azalttığı bulgularının (DSÖ, 2006:23) önemini vurgulamaktadır.

Devletin ideal sağlık hizmeti verebilmesi için sağlık personelinin niteliğinin artırılması gerektiğı yanıtı ağırlıklı olarak üniversite örnekleminde (%19,2), memurlar arasında (%17,9), lise ve üzeri eğitim görenler arasında (%16,7) ve 3501 TL ve üzeri gelir grubunda verilmiştir. Köy örnekleminde, çiftçiler arasında, kırsal alanda yaşayanlar, Bağ-Kur'lular, Yeşil Kart sahipleri ve sosyal güvencesi olmayanlar arasında sağlık personelinin niteliğinden bahseden hiç yanıt yoktur. Sağlık personelinin niteliğı ile ilgili yanıtlardan bazıları aşağıdadır:

"Duruma göre devlet hastanesi doktoru iyi değil. İyi olsa adamlar orda durmaz. Adamlar güvenmiyor." (mahalle)

“Bence personelini daha çoğaltması lazım. Eğitimlerini daha iyi yapması lazım bence.” (mahalle)

“Bütçeyi ona göre ayarlamalı, modern donatıları sağlamalı. Tıp fakültelerinin ve yardımcı sağlık personelinin eğitim kalite ve kapasitelerini arttırmalı. Özel sağlık kuruluşlarını desteklemeli ve denetlemeli.” (üniversite)

“Sağlık sektörü iyi eğitim almalı, gerekli kaynak ayrılmalı ve çok iyi organize olmalı.” (üniversite)

“... nitelik iyileştirilmesinin yollarını araştırmaları gerekir.” (üniversite)

Bir devletin ideal sağlık hizmeti vermesi için insana değer verilmesi gerektiği yanıtı çiftçiler (%9,4) ve esnaflar (%11,1) arasında diğer meslek gruplarına oranla, kendi sağlığını iyi algılayanlar arasında (%8,2) sağlığını orta (%1,7) ve kötü (%5) algılayanlara oranla daha fazladır. Mahalle örnekleminde bulunanlar devletin ideal sağlık hizmeti vermesi için insana değer vermesi gereğini ifade ederken köy örneklemine oranla daha sıklıkla rüşvet ve torpilden duydukları rahatsızlığı vurgulamaktadırlar. Aynı konuda, yani devletin insana değer vermesi konusunda üniversite örnekleminde verilen yanıtlar ise hasta hakları, bilgilendirme, hizmet içi eğitim gibi temaları içermektedir. İdeal sağlık hizmeti için insana değer verilmesi gerektiğini ifade eden yanıtlardan bazıları aşağıdadır:

“Çok sıkıntı yaşadık beklemekten azarlanmaktan...” (köy)

“Kıymet vermiyor. Yardım yani mesela en ufak hastaneye vardığında işimizi halledemeden geliyoz. Bir çare...Zor, çok zor...” (köy)

“İnsana kıymet versin güzel baksın, vardığın zaman işini görsün.” (köy)

“İnsanlarına değer versin. İnsanca muamele istiyoz. Varıyon oraya, oraya git buraya git, bi imza atılacak yok oraya git buraya git, başhekime git, len bi imza at işte, at bitir.” (mahalle)

“Dürüst doktorlar getirmelidir. Devlet iş verdiği kişileri ayırt etmeden herkesin tam görevini yapmasını sağlasın, orada olan haksızlıkları gözetsin yani.” (mahalle)

“...haydi onun akrabası var gir, böyle devlet. Derdini anlatmaya gidiyosun yok. Sana bakmıyo bile.” (mahalle)

“... mutlaka hasta insanların karşılaştığı sorunlar, yaşadığı güçlüklerin farkında olması yani onların gözünden bakarak çözüm üretmesi gerekir.” (üniversite)

“... hasta haklarının korunması.” (üniversite)

“Öncelikle doktor ve hemşirelerin davranışlarının daha düzgün olması için hizmet içi eğitim gerekir.” (üniversite)

İdeal sağlık hizmeti sağlanması için aile hekimliğinin ve koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması gerektiğini düşünenler yalnızca üniversite örnekleminde yer almaktadır. Bu yanıtlardan bazıları aşağıda verilmiştir:

“Aile hekimliği müessesesinin çok iyi çalıştırılması gerekir.” (üniversite)

“Aile hekimliği konusunda daha büyük ilgi ve kaynak ayırması gerekir. Fikir aslında çok iyi ama sağlık ocakları yeterli teknoloji ve hastalar için konfora sahip değil....” (üniversite)

“Aile doktoru sistemini yaygınlaştırmalı ve aile doktorunun sevk etmediği hiçbir hasta hastaneye gitmemeli.” (üniversite)

“... Koruyucu sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması ilk basamaktır.” (üniversite)

“Koruyucu hekimlik hizmetlerine önem vermesi gerekir. Hastalığın tedavisi son aşamadır.” (üniversite)

“Tüm sağlık hizmetlerinin parasız olması, koruyucu hekimliğin ön plana çıkartılması, aile hekimliğinin batılı ülkeler, örneğin İngiltere'deki gibi uygulanması ve küba örneğindeki gibi.” (üniversite)

İdeal sağlık hizmetinin nasıl olması gerektiği sorusuna verilen yanıtlar arasında az sayıda olmakla birlikte gezici sağlık tırları ya da kinin veya süttozu yardımlarından, hormonlu yiyecek üretiminin önlenmesinden, sağlık politikalarının yapısından bahseden yanıtlar vardır. Bununla birlikte devletin ideal sağlık hizmeti vermesi için ne yapılması gerektiği sorusuna verilen 245 geçerli yanıtta sadece aşağıda aktarılan ikisi sağlığı sağlık dışındaki alanlarla ilişkilendirmekte, sağlık kurumları, sağlık personeli, yiyecek denetimleri ya da ilaçlarla ilgili olmadan doğrudan sağlığı etkileyen diğer faktörlerle ilgilidir.

“Bize doğru düzgün iş verse hepsinden iyi olur. Her şeyden önce iş önemli, yiyecek veriyor koli veriyor ama o bitiyor ama benim işim olsa 100 lira da olsa gelirdi en azından.” (mahalle)

“Gelir uçurumunu azaltmak” (üniversite)

Herkese eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti sağlanması, sağlık bir insan hakkı olarak düşünüldüğünde ideal sağlık hizmetinin ön koşuludur. Bununla birlikte bu yanıt örneklem genelinde ancak %11,9 civarında kalmaktadır. Diğer bir deyişle açık uçlu olarak bu soru sorulduğunda örneklemdeki her yüz kişiden ancak 12'si ideal sağlık hizmeti olarak eşit ve ücretsiz sağlık hakkını talep etmekte, geri kalanlar hastanelerdeki sıralarla, personelin niteliğiyle ya da mevcut sistemde sağlık hizmeti veya ilaç satın alamayan 'çaresiz'lere 'yardım' edilmesi gerektiği ile ilgili yanıtlar vermektedirler. Köy ve mahalle örnekleminin ortalama %78,2'sinin parası olsaydı evde geçirdiği hastalıklarda hastaneye gitmeyi tercih edeceği, diğer bir deyişle parası olmadığı için hastalıklarının bir kısmını evde geçirdiği, yarısından fazlasının (%56,6) hastaneye gitmek için paraya ihtiyacı

olduğu halde parasız olduğu, bunların dörtte birinden fazlasının (%25,4) da bu sorunu hiçbir şekilde çözemediği için sağlık hizmetinden mahrum kaldığı hatırlandığında ideal sağlık hizmeti söz konusu olduğunda bahsi geçen birçok konu anlamsızlaşmakta ve köy ve mahalle örnekleminde ideal sağlığı eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti olarak görenlerin ancak %11,7'de kalması dikkat çekmektedir. Bununla birlikte köy ve mahalle örnekleminin en yüksek oranda yoğunlaştıkları yanıtlar yoksullara yardım edilmesi gerektiğiyle ilgili yanıtlardır. Bu durum mevcut sağlık sisteminin ve genel olarak neo-liberal anlayışın kanıksandığını göstermektedir. Herkesin başının çaresine bakması gerektiği anlayışına karşı çıkılmamakta, devlet sorumluluğunu üstlenmeye çağrılmamakta, bu eşitsiz yapıdan kurtulmak için bireyler ancak yoksulluk üzerinden devletle paternalist bir ilişki kurmaya çalışmaktadırlar. Diğer birçok soruda da olduğu gibi devletin sosyal devlet olmanın gerektirdiği uygulamaları yürütmesi değil, savunmasız durumda olan yoksullara 'yardım etmesi' beklenmektedir. Örneklemin sahip olduğu ve temelde kendi çıkarlarıyla çelişen nitelikteki bu tutum, piyasanın ve daha avantajlı konumda bulunan üst sınıfların değerlerinin ve normlarının benimsendiğini göstermektedir. Örneklemin kendi çıkarlarıyla çeliştiği halde bu değerleri benimsemesi, Fransız Düzenleme Okulu'nun düzenleme rejimi kavramıyla ve hegemonya ilişkileri üzerinden açıklanabilir.

Fransız Düzenleme Okulu, kapitalizmin girdiği krizlerinin aşılabilmesi yapısı değişen birikim rejiminin ihtiyaç duyduğu koşulları sağlamak üzere yeni bir düzenleme biçiminin oluşturulduğunu ve toplumsal kurumların bu düzenleme biçimine göre değiştiğini belirtmektedir. Lipietz (1988:11,13) sosyal ilişkilerin ancak yeniden üretime açıksa var olabileceklerini, bu yeniden üretimin çatışmacı, zıt ve zararlı bir niteliğe sahip olduğunu, sosyal ilişkinin düzenlenmesinin ise bu ilişkinin çatışmacı ve zıt niteliğine rağmen yeniden üretilmesi anlamına geldiğini belirtmektedir. Sosyal ilişkinin çatışmacı doğasının bir sonucu olarak bireylerin ve sosyal grupların özerkliği, yaratıcılığı veya tatminsizliği, onları yeni normlar ve yeni hegemonik ilişkiler içinde oyunu oynamanın başka yollarını talep etmelerini teşvik eder. Gruplar ve bireyler birbirleriyle ilişkiye girdiklerinde kaçınılmaz olarak çatışırlar, ancak bu sosyal

ilişkinin yıkılacağı anlamına gelmez, Bourdieu'nun (1984) alan var olmaya devam ettiği sürece oyuncuların oyunun devam etmesi gerektiğine inandıklarını belirttiği gibi Lipietz de (1988) bir kriz meydana gelene dek çatışmacı nitelikte de olsa bireylerin ve grupların bu sosyal ilişkiyi devam ettirdiklerini belirtir. Böylece taraflar arasındaki çatışmaya rağmen, hatta zaman zaman bu çatışma üzerinden sosyal ilişkiler yeniden üretilmiş olur. Bu yeniden üretimin ne şekilde gerçekleşeceği, normların ne şekilde değişeceği de düzenleme problemidir (Lipietz, 1988:13). Normları değiştiren sosyal prosedürler ve otorite yapıları düzenleme biçimlerini meydana getirir, düzenleme biçimleri de hep birlikte düzenleme rejimini oluştururlar, bu süreçte Lipietz (1988) devletin önemli bir rolü olduğunu belirtir. Devlet hem belirli sosyal grupların tahakkümünden sorumlu olan genel bir hegemonyanın hem de tahakkümün kendisinin ifadesidir (Lipietz, 1988:14). Üretim biçimleri kendi varlıklarını sürdürmek için insan davranışlarının kurumsal olarak düzenlenmesine ihtiyaç duyar ve bu düzenlemeyi kabul ettirirler. Diğer bir deyişle devlet, birikim rejimlerinin krizlerini aşabilmek için düzenlemenin kurumsal ve yapısal biçimlerini oluştururken belirli sosyal sınıfların çıkarına uygun bir şekilde hegemoniktir. Bu açıdan düzenleme biçimleri kavramı bir birikim rejimi çerçevesi içinde toplumsal ilişkilerle bu ilişkilerin çatışmacı niteliğini uyumlu hale getirme görevini üstlenen bir kurumsal biçimler ve ağlar bütünlüğüdür.

Bu çerçevede değişen sağlık paradigmasının Fordist kriz sonrasında değişen birikim rejimine tekabül eden düzenleme biçiminin bir parçası olduğu söylenebilir. Birey ve grupların sağlık algıları, sağlıkla ilgili konulardaki tutumları ve davranışları değişmektedir. Sosyal devletin sorumluluğunda olan birçok alan ekonomik gerekçelerle devletin sınırları dışına çıkarıldığında bu durum toplumdaki bireylerin sistemle çatışmasını yaratmıyorsa, bunun nedeni yeni düzenleme biçimi aracılığıyla kurumsal olarak normların, rollerin ve beklentilerin de değiştirilmesidir. Böylece örneklemede bir kısım cevaplayıcıların gösterdiği gibi bireyler devletten ideal sağlık hizmeti olarak herkese eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti vermesini değil, yoksullara yardım etmesini isteyebilmekte, sağlığı araçsal işlevsellik kapasiteleri üzerinden algılamakta, hastalıklardan bireyin

tarihini (genlerini) veya davranışlarını sorumlu tutmakta, devletin bütün ilaçları karşılaması gerektiğini savunmayabilmektedirler.

Sağlığa ilişkin bu tutumlar sağlıkta devletin koruyucu ve kapsayıcı rolünü azaltıp sağlık maliyetlerini bireye yükleyen, sağlığı da pazarlığa tabi bir mal haline getiren piyasa koşullarına uyum sağlamış tutumlardır ve yeni sosyal ilişkilerin, neo-liberal dönemin sosyal ilişkilerinin niteliğini taşımaktadırlar. Bunu sağlayan otorite yapısı da devletin kendisidir. SDP çerçevesinde edinilen kazanımlar yeniden hatırlatmak gerekirse Dünya Bankası'nın sadece Türkiye için değil, birçok diğer ülke için de getirdiği tavsiyeler doğrultusunda şekillenmiş kazanımlardır. Diğer bir deyişle hastanelerin birleşmesi ve GSS'nin oluşturulması gibi toplum açısından olumlu gelişmeler sosyal refah devleti ilkeleri doğrultusunda değil, sağlığın verimli bir piyasa haline getirilmesi ve nihayetinde özel sektörün güçlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen uygulamaların sonuçlarıdır. Bu açıdan bu kazanımlar dayatma ve baskı yoluyla olmasa da alt sınıfların rızasını kazanmaya yönelik araçlardır.

Her iki durumda da Elias'ın (1997) ve Giddens'in (1984) vurguladığı gibi yapının hegemonya aracılığı ile öznenin davranışlarını biçimlendirmesi ve rıza gösteren öznelerin de davranışları aracılığıyla hegemonyayı da, hegemonyayı üreten toplumsal yapıyı da yeniden üretmesi söz konusudur. Burada mesele, Gramsci'nin ve Lipietz'in belirttiği gibi bu hegemonyayı üst sınıflar üzerinden devletin mi kullandığı, yoksa Foucault'nun savunduğu gibi hegemonyanın devamlılığını sağlayan belirli bir sınıfın olmadığı yaygın bir yapının mı söz konusu olduğudur. Bu sorunun yanıtı tıp mesleğini icra edenlerin tutumuyla biraz açıklık kazanacaktır. Devletin SDP çerçevesinde taşeronlaştırma, güvencesiz çalıştırma, çalışma koşullarında yapılan iyileştirmelerin özlük haklarına yansımaması, zorunlu mesleki sigorta gibi uygulamalarla sağlık çalışanlarının gücünü zayıflatması bu hegemonyanın sınıfsal niteliğine vurgu yapmakta, tıp mesleğindeki içine almadan hakim sınıfların kapitalist çıkarlarının korunduğunu göstermektedir. Diğer taraftan doktorların neo-liberal koşullara uyum sağlamaları, sağlığın bir meta haline getirilmesine rıza göstermeleri, rekabet koşulları giderek keskinleşen sağlık piyasası içinde kâr güdüsüyle hareket etmeleri, sermayedar olmasalar da meslek emperyalizmi

açısından hakim sınıflar arasında yer alan bu meslek grubunun da söz konusu hegemonyanın yeniden üretilmesine katkıda bulunduğunu gösterecek, yani Foucault'nun bahsettiği anlamda hegemonyanın yaygınlaşmasına ve açık bir hedef olmadığı için de direnç olasılıklarının zayıflamasına neden olacaktır. Her iki durumda da bu hegemonya, sağlık alanını dönüştürmekte, devletin "bazı harcama kalemlerini" üstlenmeyip kapsam dışı kalan bu hizmetlerin tamamen özel sektörün sorumluluğuna bırakması gibi neo-liberal hamlelerin meşru/doğal görünmesine neden olmaktadır.

Hegemonyanın başarısı, insanların bilinçlerini değiştirmesinden kaynaklanmaktadır. Tıp mesleğinin bu hegemonik yapının oluşmasında en büyük katkısı, neo-liberal anlayışın risk kavramı çerçevesinde kurguladığı korku kültürünün "bilimsel" dayanağını oluşturması ve bu kültürün değer ve normlarını meşru olarak hastalara/topluma aktarması olacaktır. Böylece örneğin kuş veya domuz gribi salgınları gibi olası sağlık krizleri çerçevesinde ekonomi piyasasının ihtiyaç duyduğu canlanma sağlanabilir, sadece bir firmanın ürettiği tekel ilaçlar satılabilir veya şirketleşmemiş küçük üreticilerin hammaddelerine meşru olarak el konabilir. İnsanların yiyecekleri yemeklerden giyecekleri kıyafetlere, kullanacakları aletlere kadar her şeyin sağlıklı olup olmaması söz konusudur, yaşam neredeyse tamamen medikalize edilmiş, gündelik yaşamın her anı sağlık üzerinden tıbbın iktidarına sunulmuştur. Bu çerçevede sağlık piyasa ile ilişkilendirildiği ve tıp da *sadece* nesnel bilimsel gerçekleri ifade eden değil, hegemonyayı yeniden üreten bir yapıya sahip olduğu sürece insanların tıbbı başvurduğu hemen her konuda sonuç hakim sınıfların çıkarlarının gerçekleşmesi ve hakim sınıfların iktidarının kanıksanması olabilir. Eğer tıp mesleğindeki kolektif çıkarları toplumun kolektif çıkarlarıyla değil, hakim sınıfların çıkarlarıyla daha çok uyuyorsa o zaman bu meslek de hegemonyanın yeniden üretilmesinden daha çok çıkar sağlar. Ancak bir toplumsal kurum olarak tıp sağlığı yeniden insan hakları çerçevesine çeker ve devletin sağlıkla ilgili yükümlülüklerini hatırlatıcı bir rol oynarsa, yani hegemonya karşıtı bir tutum benimserse, o zaman neo-liberal koşulların bireylerin ve toplumun sağlığına verdiği zarar hafifletilebilir.

3.5.5.2. Sağlık hizmetlerine yönelik genel değerlendirme

Örneklem genelinin %32,9'u Türkiye'de sağlık hizmetlerinin genel olarak yeterli olduğunu, üçte ikisine yakını (%64,6) yetersiz olduğunu belirtmekte, %2,6'sı fikri olmadığını belirtmektedir. Eskişehir'de kentsel alanda yapılan bir başka çalışmada da (Çelikay, 2009) örneklemin yarısı sağlık sisteminin riskleri kapsamında yetersiz olduğunu düşündüğü ortaya konmuştur.

Tablo 54: Sağlık Hizmetlerine Yönelik Genel Değerlendirmenin Seçilmiş Değişkenlere Göre Gösterdiği Farklılık

	Türkiye'de sağlık hizmetlerine yönelik genel değerlendirme			
	n	X ²	Sd	p
Örneklem grubu	350	18,62	4	≤.01
Cinsiyet	350	4,78	2	≥.05
Yaş	347	4,55	4	≥.05
Gelir	336	31,76	12	≤.01
Eğitim	350	9,67	2	≤.01
Doğum yeri	346	5,12	2	≥.05
Yaşanan yer	350	3,27	2	≥.05
Meslek	350	23,87	10	≤.01
Çocuk sayısı	321	5,21	2	≥.05
Sosyal güvence	350	24,13	10	≤.01
Alg. sağlık statüsü	348	7,19	4	≥.05
Tercih edilen sağlık kuruluşu	349	19,33	8	≤.05
Hastan. Birleş.Duy.Memnuniyet	286	8,44	2	≤.05
Sağlık Personelinden Davr.Duy.Mem.	338	4,82	1	≤.05
Devletin bütün ilaçları karşılamamasına yönelik tutum	303	13,76	3	≤.01

* α=.05 için anlamlıdır.

**α =.01 için anlamlıdır.

On numaralı alt problemde sorulan sorunun yanıtı olarak Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin yeterliliğine ilişkin değerlendirmelerin eğitim ve gelir düzeyine göre farklılık gösterdiği söylenebilir. Eğitim ve gelir düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerinin yeterli olduğunu düşünme oranının azaldığı gözlenmiştir. Tablo 54'te görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin yeterli olup olmadığına ilişkin algı örneklem grubuna, gelire, eğitime, mesleğe, sosyal güvenceye, tercih edilen sağlık kuruluşuna, memurlarla diğer sosyal güvenlik kurumlarının üyeleri arasında bir hiyerarşi olup olmadığı algısına, hastanelerin birleşmesinden ve sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyet düzeyine ve devletin bütün ilaçları karşılamamasına yönelik tutuma göre farklılık göstermektedir.

Tablo 55'te görüldüğü gibi mahalle ve köy örneklemi içinde sağlık hizmetlerinin yeterli olduğunu düşünme oranı birbirine yakındır ve üniversite

örneklemindekilerin yaklaşık iki katıdır. Ortaokul ve altında eğitim alanlar lise ve üzerinde eğitim alanlara, esnaf ve işçiler diğer meslek gruplarına, aylık geliri 1500 TL'nin altında olanlar daha yüksek gelir gruplarına oranla sağlık hizmetlerinin yeterli olduğunu düşünme eğilimindedirler.

Tablo 55: Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yönelik Genel Değerlendirmenin Örnekleme Dağılımı

Türkiye’de verilen sağlık hizmetlerinin yeterliliği algısı						
%		n	Yeterli	Yetersiz	Fikri yok	Toplam
Örneklem Geneli		350	32,9	64,6	2,6	100
Örneklem grubu	Köy	103	39,8	58,3	1,9	100
	Mahalle	126	40,5	55,6	4	100
	Üniversite	121	19	79,3	1,7	100
Gelir	-500	113	44,2	49,6	6,2	100
	501-1500	96	35,4	64,6	-	100
	1501-2500	13	7,7	92,3	-	100
	2501-3500	18	16,7	83,3	-	100
	3501-4500	25	16	80	4	100
	4501-5500	20	20	75	5	100
	5501+	51	25,5	74,5	-	100
Eğitim	Ortaokul ve altı	199	38,7	57,8	3,5	100
	Lise ve üzeri	151	25,2	73,5	1,3	100
Meslek	Çiftçi	44	36,4	61,4	2,3	100
	Ev kadını	93	35,5	60,2	4,3	100
	İşçi	47	42,6	57,4	-	100
	Memur	128	20,3	78,1	1,6	100
	Esnaf	22	50	45,5	4,5	100
	Diğer	16	56,3	37,5	6,3	100
	Yok	31	48,4	51,6	-	100
Sosyal güvence	Bağ-Kur	93	43	52,7	4,3	100
	SSK	73	37	61,6	1,4	100
	Em.San.	135	20	77,8	2,2	100
	Yeşil Kart	17	29,4	64,7	5,9	100
	Yok	16	56,3	37,5	6,3	100
Tercih edilen sağlık kuruluşu	Sağlık ocağı	49	42,9	53,1	4,1	100
	Devlet hastanesi	143	37,8	60,1	2,1	100
	SSK hastanesi	20	25	65	10	100
	Üniversite hastanesi	89	20,2	78,7	1,1	100
	Özel hastane	27	37	63	-	100
	Özel muayenehane	11	45,5	54,5	-	100
	Ankara-İstanbul'da	8	12,5	75	12,5	100
	Diğer	1	100	-	-	100
Hastanelerin birleştirilmesi	İyi oldu	229	36,2	61,6	2,2	100
	Kötü oldu	18	11,1	83,3	5,6	100
	Birşey değişmedi	39	17,9	82,1	-	100
Sağlık pers. davran. duy. memnuniyet	Memnun	230	36,5	61,3	2,2	100
	Memnun değil	108	27,8	70,4	1,9	100
Devletin bazı ilaçları karşılamamasına yönelik tutum	Hepsini karşılamalı	226	29,2	67,3	3,5	100
	Hepsini karşılayamaz	52	34,6	63,5	1,9	100
	Zaten hepsini karşılıyor	24	70,8	29,2	-	100

Gelir grupları incelendiğinde, büyük kısmı (%61,9) köy örnekleminde yer alan, kronik hastalık sayısı ortalamasının (2,8) en yüksek olduğu, her gün hasta olma

oranının en yüksek olduğu (%27,4), diğer gelir gruplarına göre sağlığını iyi algılama oranı en düşük olan (%40,7), yarısından fazlası (%56,6) doktora ancak çok hastalandığında giden ve %12,4'ü hiç gitmeyen, %42,5'i özel hastaneye hiç gitmemiş olan, %59,3'ü en az bir kere hasta olduğu halde para bulamadığı için doktora gidememiş olan 500 TL ve altı gelir grubu, bütün gelir grupları arasında sağlığı yeterli bulma oranı en yüksek olan gruptur. Sosyal güvenlik açısından incelendiğinde sosyal güvencesi olmayanların sağlık sistemini yeterli bulma oranının Bağ-Kur'lulara, SSK'lılara, Emekli Sandığı üyelerine ve Yeşil Kartlılara oranla daha yüksektir.

Hastanelerin birleştirilmesini olumlu bulanlar bulmayanlara, sağlık personelinin davranışlarından memnun olanlar bulmayanlara, devletin bazı ilaçları karşılamamasını makul bulanlar bulmayanlara nispeten daha yüksek oranda sağlık hizmetlerinin yeterli olduğunu düşünmektedirler. Sağlık hizmetlerini yeterli bulanlar içinde açıklama yapanların yanıtlarından bazıları aşağıdadır:

“Bundan iyisini bilmiyorum ben.” (köy)

“Yeterli, bunlara bile sahip olamayanlar var.” (mahalle)

“Bizim için her şeyi yapıyorlar. Hasta olanlar var ama neyine dikkat etmiyorlar bilmiyorum.” (köy)

“Yeterli hizmet şu anda çok iyi, biz anneme kemik ölçümü raporunu 6 ayda alıyoduk şimdi bir günde.” (mahalle)

“Hepsi birleşmiş daha da mı yetmedi.” (mahalle)

“Bence yetersiz çok hem de. Ama AKP döneminde özelleştirme olunca yeterli olmaya başladı, rezaletti öncesinde, eşim sağlık personeli.” (mahalle)

“Önkünden iyi. Eskilere bakarak iyi. Sağlık ocağı artık iyi.” (mahalle)

Sağlık hizmetlerini yetersiz bulanlar içinde açıklama yapanların yanıtları incelendiğinde özellikle mahalle örneğinde sıklıkla parası olmayanın yeterli sağlık hizmeti alamayacağı vurgusunun yapıldığı ve bu nedenle sağlık hizmetlerinin yetersiz olarak değerlendirildiği görülmektedir. Bu tip yanıtlardan bazıları aşağıda yer almaktadır:

“Nerde yeterli! Şu kadar insana azcık hastane var. Bi de özel var ama para mı var millette.” (köy)

“Yetersiz. Paran varsa güzel, hepsi o. 92'de eşim kadın doğuma gitti 52 tuttu 50 vardı bende 2 lirayı buldum geldim öyle çıkarttım.” (köy)

“Çünkü doktora gidiyorsun doktor yok çok hasta bile olsam görüldüğüm doktora görünmek zorundayım o zaman başka doktor bakmıyo, senin paran yoksa muamele de yok.” (mahalle)

“Sağlık sıfır yani Türkiye’de sağlık diye bişey yok yani fakirsen bişey yok.” (mahalle)

“Çok yetersiz. Niye mi? İcabında bir suyu bile paraylan alıyorsun. Gidemirik, yaşlı insan sıra bekliyemiyik.” (mahalle)

“Parası olana var. Paran varsa bakılıyor. Bi zaman devlet insanı söylemişti, parasız insan lüzumsuz insandır. Hatırlarlar.” (mahalle)

“Oldukça yetersiz. Paran olursa sağlık hizmetin en önde. İki lafı üst üste soramıyorsun hemen geçiştiriyorlar.” (mahalle)

“Hiç denk olmuyor. İhtiyacı olana, imkanı olmayana zor, varlıklı fakirin hakkını yiyor. Paran varsa iyi hizmet.” (mahalle)

Sağlık hizmetlerini yetersiz bulanlar içinde özellikle köy örneğinde yer alanların bir kısmı köyde sağlık personeli ve sağlık kurumu olmamasına değinmekte, sağlık hizmetlerini bu nedenle yetersiz bulmaktadırlar. Bu yanıtlara ek olarak aşağıdaki bazı örneklerde görüldüğü gibi köy örneğinde sağlıklı içme suyu ihtiyacının karşılanması gerektiğini vurgulayanlar ve gördükleri bazı başka ülkelerin sağlık sistemlerine gönderme yapanlar bulunmaktadır.

“Bazı yerleri yetersiz ama kaç kişi vefat ediyor televizyonlarda görüyoruz. Hastaneler dolu deyip almıyorlar bazen. Bazen ihmalkarlık yapıyorlar, geri gönderiyorlar. Köyümüzde sağlıklı bir içme suyu olmasını istedik. Biz kullanmıyoz ama kullananlar ve rahatsızlananlar var. Hele yukarılara su da çıkmıyomuş bize yine geliyor.” (köy)

“Avrupa gibi yeterli değil, ameliyat oldum İsviçre’de kaçak gittiğim halde süperdi. Hastaya ilgi çok güzel, şevkat var. Ama sonra sınır dışı ettiler kaçak olduğumu anlayınca ama önce baktılar yani. ...” (köy)

Bunların dışında sağlık hizmetlerini yetersiz bulanların yanıtları önceki bölümlerde Türkiye’de hastanelerin en önemli sorunu ve ideal sağlık hizmeti bölümlerinde de olduğu gibi sağlık kurumlarına ulaşamama, hastanelerin kalabalık olması, sağlık personelinin ilgisiz olması gibi gerekçeler içermektedir. Bu yanıtlardan bazıları aşağıdadır:

“Tomografiye gidiyorsun adam sana 15 gün sonraya randevu veriyö. göz için de öyle on güne veriyö.” (mahalle)

“Benim özürülü çocuğum var zor oluyor arada hastabakıcılar tahammülsüz oluyor, bağırıp çağırıyorlar çocuk zaten kafasından özürülü hoş görmeleri lazım, hem işleri bu, hemen kızıyorlar bişey oldu mu”. (mahalle)

“1700 başkentte dış için verdik. SSK’nın anlamı yok. Bu para nasıl alınıyo benden. SSK’nın SSK’lı olmasının bi anlamı yok. Benden her ay kesiliyor ama benden neyi karşılıyor.” (mahalle)

“Aile doktoru şu bu ama günlük yaşama yansıyan bişey değil. Sadece tv’de haberlerde kalan bişey. (mahalle)

“Devlet sağlık hizmetini rant görüyor sanki. Devletin şirketiymiş gibi, ordan kazanç sağlıyor. (mahalle)

“Eğer devlet büyüklerimiz tedavilerini yurtdışında yaptırıyorsa tabi ki yetersiz demektir.” (üniversite)

Gelir ve eğitim düzeyi düşük olan, sosyal güvence açısından devletin yarattığı yurttaşlar hiyerarşisinde (Üstündağ ve Yoltar, 2007:57) daha alt basamaklarda bulunan, kırsal alanda ve kentin merkeze uzak mahallelerinde yaşayanların daha zengin, daha eğitilmiş, statüsü daha yüksek mesleklere sahip ve sağlık hizmetlerine daha kolay erişebilen gruplara oranla sağlık hizmetlerinin yeterli olduğunu daha fazla düşünüyor olması, TÜİK’in Yaşam Memnuniyeti Araştırması’nın (TÜİK, 2010) (yeterlilik algısını değil, memnuniyet düzeyini ölçse de) bulgularına paralellik göstermektedir. TÜİK’e göre Türkiye’de 2003 yılında araştırma örnekleminin %39,52’si genel olarak sağlık hizmetlerinden memnun olduğunu belirtirken bu oran 2009 yılında %65,05’e yükselmiştir. 2009 yılı itibarıyla kırsal alanda yaşayanların %68,01’i genel olarak sağlık hizmetlerinden memnunken kentsel alanda bu oran %63,75’e; okuryazar olmayanların %72,43’ü sağlık hizmetlerinden memnunken üniversite mezunlarında %50,27’ye kadar gerilemektedir (TÜİK, 2010).

Bu bulgu, temel olarak formel eğitim ve sınıfsal yaşam tarzı ile şekillenen kültürel sermayenin (Bourdieu, 1986) Türkiye’de insanların kamu hizmetlerine ilişkin algı ve değerlendirmelerini etkilediğini ve kültürel sermaye düzeyi azaldıkça kamu hizmetlerinin kalitesinin daha olumlu değerlendirildiğini gösteren Arun’un (2009:92-93) çalışmasının bulgularıyla paralellik göstermektedir. Düşük statü gruplarının daha yüksek statü gruplarına oranla Türkiye’deki sağlık hizmetlerini daha yeterli bulması, düşük sosyal statüye sahip olan bireylerin devletten beklentilerinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Önceki bölümde değinildiği gibi düşük sosyal statülü bireyler sağlık haklarını devletten yurttaşlık hakkı olarak değil, ya ödedikleri primlerin karşılığı olarak ya da paternalist ilişkiler çerçevesinde bir yardım kurgusu üzerinden talep etmektedirler. Sağlık hakkının paternalist çerçevede düşünülmesi, sağlık hizmetlerinin yeterli olduğunun düşünülmesine neden olabilir, eğer sağlık

hizmetleri devletin yurttaşlarına sağlamakla yükümlü olduğu hizmetler olarak değil, yoksul ya da çaresiz oldukları için kendilerine sunulan bir lütuf olarak düşünülürse bireyler sağlık hizmetlerini eleştirecek gücü kendilerinde bulamayabilir ve mevcut sağlık hizmetlerini yeterli görme oranları yükselebilir. Arun'un (2009:93) belirttiği gibi, "kültürel sermayeye yüksek düzeyde sahip olan kişi kendisi için en makbul sosyal hayatı daha kati, kusursuz biçimde talep edebilir". Bu durum sağlık hizmetlerinin yeterliliğini değerlendirmenin sadece sağlık hizmetlerine erişimle değil, yanıtlayıcıların devletle olan ilişkileriyle de ilgili olduğunu göstermektedir.

4. Sonuç ve Öneriler

4.1. Sonuç

Bu çalışmanın amacı, sosyal ve ekonomik statünün algılanan sağlık statüsünü ve sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışları etkileyip etkilemediğini ortaya koymak, örneklem grubunda bulunan farklı sosyal ve ekonomik statü gruplarının sağlık statülerinin, sağlığı ve hastalığı algılayış biçimlerinin, sağlığa ilişkin tutum ve davranışlarının, sağlık kurumlarına yönelik tercih, memnuniyet ve değerlendirmelerinin farklılaşıp farklılaşmadığının, farklılaşıyorsa ne şekilde farklılaştığının belirlenmesiydi. Bu amaca ulaşmak için farklı statü gruplarını temsil ettiği varsayılan üç gruptan oluşan bir örneklem seçilmiş ve yapılan araştırmada örneklemin sağlık ve hastalık algıları, sağlığa ilişkin tutum ve davranışları ve sağlık kurum ve hizmetlerine yönelik değerlendirmeleri incelenmiştir.

Bulgular sağlık algısının, mevcut sağlık göstergelerinin, algılanan sağlık statüsünün, sağlık bilgisinin kaynağının, sağlık hizmetlerine erişim düzeyinin, sağlık kurumları tercihinin, doktordan utanma davranışının, sağlık personelinin davranışlarından duyulan memnuniyet düzeyinin, hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi, bazı ilaçların devlet tarafından karşılanmaması veya bıçak parası gibi bazı uygulamalara yönelik değerlendirmelerin, sağlık kurumlarıyla ilgili algılanan problemlerin, ideal sağlık hizmeti algısının ve Türkiye'deki sağlık hizmetlerine yönelik genel değerlendirmenin örnekleimde homojen olmadığını, gelir, eğitim, meslek gibi sosyal ve ekonomik statüyü belirleyen çeşitli değişkenlere göre farklılık gösterdiğini ve genel olarak sınıfsal bir desene sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bu farklılıklar örneklemini oluşturan üç grup olan köy, mahalle ve üniversite gruplarının profillerinde somutluk kazanmıştır.

Örneklem gruplarının sağlık ve hastalık algılarının birbirinden farklı olması ve kendi yaşamlarının somut gerçekleri etrafında biçimlenmiş olması, sağlığın da hastalığın da biyomedikal modelin sağlayabileceği gibi herkes için geçerli tek bir anlam taşımadığını göstermektedir. Sağlığın 'hastalığın yokluğu' olarak tanımlanmasına karşı çıkan DSÖ'nün de savunduğu gibi sağlık fiziksel, zihinsel ve toplumsal açılardan tam bir iyilik halidir. Bu tanımın muğlaklığı, sağlık ve

hastalık algısının öznel biçimlenişinden kaynaklanmaktadır, araştırmanın bulguları bireylerin hayatlarındaki koşulların sağlık algılarını biçimlendirdiğini göstermektedir. Bu çerçevede kırsal alanda yaşayanların sağlık ve hastalık algısı doğaya ilişkin kavramlarla kurgulanan, yaşam dünyasının diliyle iletilen ve somut göstergelerle ilişkilendirilen nispeten bütüncül bir sağlık algısıdır. Kentsel alanda yaşayanların sağlık ve hastalık algısı ise statü gruplarına, gelire ve eğitime göre farklılaşmakla birlikte piyasa koşullarına uyum sağlama zorunluluğu nedeniyle piyasa kavramlarıyla ve sistem dünyasının (Habermas, 1971) diliyle kurgulanıp iletilmekte ve hastalık etiketlenerek hasta olma durumundan kaçınılmaya çalışılmaktadır. Bu çerçevede statüsü nispeten düşük olan kentliler sağlığı işgücü olarak sahip oldukları rolün gerekliliklerinden biri olarak görmekte, hastalığı açıklarken mikrop, virüs gibi bireysel kontrol dışında olan faktörlere gönderme yaparak hasta olmanın sorumluluğunun kendilerinde olmadığını vurgulayarak hastalığı meşrulaştırmaya çalışmaktadırlar. Bireylerin kronik hastalık sayısı arttıkça hastalığı kaderle açıklama eğilimlerinin artması da hastalıkları meşrulaştırma eğiliminin bir yansımasıdır. Neo-liberal sağlık paradigmasının hastalıklar için bireyi suçlayan açıklamalarını en çok içselleştirenler kentli yüksek statü grubudur, bu grup bireyleri tarihleri ve yaşam tarzları üzerinden suçlamakta, bireylerin etraflarını saran sağlık risklerine karşı kendileri korumaları gerektiğini düşünmekte, sağlık durumunu etkileyen sosyal faktörleri büyük ölçüde görmezden gelmekte ve hasta olmakla etiketlenmekten çekinmektedir. Hasta olarak etiketlenme endişesi mevcut sağlık statüsü bozuldukça artmaktadır, bireylerin sağlık göstergeleri bozuldukça özellikle kentte, özellikle yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip olanlar arasında sağlıklarını iyi algılama eğilimi görülmektedir.

Bulgular hem beslenme ve barınma koşulları gibi sağlığı doğrudan etkileyen faktörler üzerinden sağlık risklerinin, hem sağlık hizmetlerine erişim düzeyinin ve sağlık hizmetlerini alma biçimlerinin toplumda eşitsiz bir şekilde dağıldığını, sağlık kurumlarına, sağlık personeline ve genel olarak sağlık hizmetlerine ilişkin değerlendirmelerin de buna bağlı olarak farklılaştığını göstermektedir. Bölgesel ve ekonomik eşitsizlikler nedeniyle kırsal alanda yaşayanlar kentsel alanda yaşayanlara oranla daha yetersiz beslenmekte, sağlık hizmetlerine daha zor

erişmekte, hem sağlık kurumlarının uzaklığı hem de yol ve ilaç masrafları başta olmak üzere cepten yapılan ödemeler nedeniyle birçok durumda sağlık hizmeti almaya çalışmaktan ya da tedaviden vazgeçmektedirler. Bu eşitsizlikler cinsiyet eşitsizlikleriyle birlikte işlemektedir, bu açıdan en savunmasız durumda olanlar kırsal alanda yaşayan kadınlardır. Bununla birlikte sağlık riskleri, sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ve bu hizmeti alma biçimi kentte de homojen bir dağılım göstermemekte, eğitim ve gelir düzeyi yükseldikçe sağlık kurumlarına daha hafif rahatsızlıklarda gidilmekte, özel sağlık kurumlarına ya da büyük kentlerdeki sağlık kurumlarına gitme oranı artmakta, sağlık kurumu seçerken kalite arayışı ön plana çıkmaktadır, eğitim ve gelir düzeyi azaldıkça ise sağlık kurumlarına daha acil durumlarda gidilmekte ve sağlık kurumu seçilirken fiziksel olarak en yakında olan kurum seçilmektedir. Bu bulgular toplumda sağlık risklerinin dağılımının olduğu kadar sağlık hizmetlerine erişimin de hiyerarşik bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir.

SDP öncesinde Türkiye'de uzun yıllar sağlık hizmetlerine erişim açısından bireyler istihdam statüsü üzerinden ayrıştırılmış, eğitim ve gelir düzeyi nispeten yüksek olan kentli memurlar hem sağlıklarını doğrudan etkileyecek beslenme ve barınma koşullarını nispeten sağlayabilecek bir ücret düzeyi ve ek faydalar hem de sağlık bakımı hizmetleri açısından ayrıcalıklı bir konuma sahip olmuştur. SDP kapsamında elde edilen hastanelerin tek çatı altında birleşmesi veya performans dayalı ücretlendirme sayesinde sağlık personelinin bireylere davranışlarının iyileşmesi gibi yeni kazanımlar bu nedenle toplumda önceden dezavantajlı konumda olan grupların daha çok memnun olduğu kazanımlardır. Bununla birlikte araştırma bulguları hiyerarşik yapının sadece sağlık kurumlarının mevzuatla birbirinden ayrılmasından kaynaklanmadığını göstermektedir. Farklı statü gruplarının kurumsal tıp ile ve sağlık personeli ile ilişkileri de birbirinden farklıdır. Yüksek statü grupları sağlık bilgisini daha çok internetten, dergilerdeki makalelerden ya da doktor arkadaşlarından öğrenmekte, farklı kaynaklar kullanarak bir çeşit sağlık alışverişine çıkmakta, böylece doktor karşısında diğer gruplara oranla biraz daha güçlenmekte, ayrıca sağlık personelinin niteliğine diğer gruplara oranla daha çok önem vermekte ve kendi statüleri ile doktorların statüleri arasında bir uçurum görmedikleri için

doktorların meslek emperyalizminden kaynaklanan biyomedikal tavırlarını terk etmeleri yönünde daha fazla talep sahibi olabilmektedirler. Yine aynı nedenlerden ötürü gelir ve eğitim düzeyi yüksek olanlar kurumsal tıbbi bilgiyi sağlık alanındaki tek geçerli bilgi, doktoru da bu bilgiyi iletmenin tek meşru aracısı olarak kabul etmemeye diğer gruplara oranla daha eğilimlidirler. Ancak bu tutum her zaman başkalarının verdiği ilaçları kullanma gibi davranışlara dönüşmemektedir. Diğer taraftan düşük statülü gruplar sağlık bilgilerini ağırlıklı olarak televizyondan elde etmekte, yakın çevresinden bilgi edinse de bu bilgilerin doğruluğuna fazla güvenmemekte, sağlıkla ilgili bilginin ancak doktordan öğrenilmesi gerektiğine inanmaktadır. Bu nedenle kurumsal tıba ve doktorlara olan bağımlılığı daha yüksek olan bu grup aynı zamanda kendi statüsü ile doktorların beklentileri arasında bir uçurum algılamakta, bu iki faktör nedeniyle de doktor karşısında daha güçsüz kalmaktadır. Tıba ve doktora yüklediği değer ve kendi statüsüne yönelik algısı nedeniyle doktorların niteliğinden çok niceliğine önem vermekte, ayrıca kendilerine yönelik azarlama, bağırma gibi kötü davranışlarından muzdarip olduğu sağlık personelinin davranışlarından yüksek statü gruplarına oranla daha fazla memnuniyet duymaktadır. Diğer bir deyişle ekonomik, eğitimsel ve bölgesel eşitsizlikler nedeniyle düşük statü sahibi olan bu grup tam da bu nedenle tıbbın kurduğu mesleki hakimiyet karşısında daha zayıflamaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin veriliş biçimindeki hiyerarşinin sadece yasal düzenlemelerden kaynaklanmadığını göstermektedir. Bir yandan toplumsal tabakalaşma olgusu sağlık alanına sağlık kurumları mevzuatından ayrı olarak yansımakta, diğer yandan tıp profesyonelleri kendi mesleki hakimiyetlerini kurarken düşük statülü gruplar üzerinde daha fazla etkili olmaktadır. Bu bulgular sağlık alanındaki hiyerarşik yapının çoklu etkilerle şekillendiğini göstermektedir.

Bir yandan tıp karşısındaki pozisyona ilişkin bu güç eşitsizliği, diğer yandan ekonomik, bölgesel, eğitimsel ve cinsiyete dayalı eşitsizlikler nedeniyle birleştirilmiş de olsa sağlık kurumlarına ulaşamama veya tedaviye devam edememe şeklinde kendini gösteren sağlık hizmetlerine erişim eşitsizliği, sağlık alanındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması için sağlık mevzuatının değişmesinin yeterli olmadığını göstermektedir. Hastanelerin birleştirilmesi ve

GSS şüphesiz sağlık hizmetlerinde önceden mevcut olan eşitsizliklerin azalmasına yardımcı olmakta, bu hiyerarşik yapıyı hiç değilse yasal açıdan ortadan kaldırmaktadır, ancak hem yukarıda değinildiği üzere hiyerarşi yasal mevzuattakiyle sınırlı değildir, hem de sağlık sistemi prime dayalı olarak devam ettiği, katkı ve katılım paylarının alınması sürdüğü ve birinci basamak sağlık hizmeti köylerde kurum ve personel açısından eksiksiz bir şekilde verilmediği sürece sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ekonomik eşitsizliklerden etkilenmeye devam edecektir.

Sağlık risklerinin dağılımında ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizlikler ekonomik eşitsizliklerle sınırlı değildir. Bulgular ekonomik eşitsizliklerin cinsiyete dayalı eşitsizliklerle birleşmesi sonucunda kadınların erkeklere oranla daha fazla eşitsizliğe maruz kaldığını göstermektedir. Özellikle düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip olan kadınlar kaynaklara erişimleri erkeklerden düşük olduğu için daha kötü beslenmekte, hem ekonomik hem de ataerkil nedenlerle sağlık kurumlarına erkeklere oranla daha seyrek ve daha acil durumlarda başvurmaktadırlar. Bulgular sınıf ve statü konumu düşük olan kadınların hem erkeklere hem de daha yüksek sınıf ve statü konumuna sahip olan kadınlara oranla daha fazla sağlık eşitsizliğine maruz kaldığını göstermektedir. Özellikle kırsal alanlarda yeterli yerel sağlık hizmetinin sunulmaması, kadınları erkeklerden daha fazla etkilemektedir.

Araştırma bulguları bütün toplumsal kurumlarda kendini gösteren toplumsal tabakalaşma olgusunun sağlık alanında da işlediğini, toplumun hem sağlık hizmetlerinden bu tabakalaşmanın katmanları doğrultusunda faydalandığını hem de bu tabakalı yapıyı içselleştirerek sağlıkla ilgili talep ve isteklerini bu yapısal sınırların içinde tuttuğunu göstermektedir. Bu eşitsiz hiyerarşik yapı, hem ekonomik hem de kültürel sermaye açısından sınıfsal bir desen izlemektedir. Toplumsal tabakalaşma olgusu, yapısal işlevselcilik gibi bazı yaklaşımlar tarafından işlevi üzerinden değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım toplumda bazı birey ve grupların kaynaklara diğerleri kadar erişememesini fedakarlık ve ödül kavramları üzerinden açıklamakta ve yüksek ödüllere erişmek için yapılacak rekabetin toplum açısından en gerekli görevlere en başarılı

kişilerin gelmesi ile sonuçlanacak faydalı bir rekabet olduğunu savunmaktadır. Toplumda sınıf ve statü pozisyonunun hastalıkları ve yaşam süresini belirlediği, alt sınıfların ve statü gruplarının daha yukarıdakilere oranla daha hasta ve kısa ömürlü oldukları literatürde çok sayıda çalışmayla ortaya konmuştur. Bu durum sağlığın Anayasa tarafından korunan bir insan hakkı olması ile çelişmektedir. Diğer bir deyişle herkesin sağlıklı bir çevrede sağlıklı bir yaşam sürmesi Anayasa tarafından sağlanan ve Evrensel İnsan Hakları Bildirisi tarafından korunan bir hak olarak kabul edilmiştir, bu hak modern endüstriyel toplum örgütlenmesi ve ulus devlet yapılanması sonucunda elde edilmiş bir haktır. Ancak bu hakkı sağlayan aynı faktörler, yani devlet ve toplumsal örgütlenme biçimi aynı zamanda sağlık eşitsizliklerini de yaratan ve yeniden üreten yapılar olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal Refah Devleti çerçevesinde toplumsal düzeyde bu haklara erişim nispeten sağlanmışken değişen ekonomi politikaları ve buna uygun olarak biçimlendirilen yeni düzenleme biçimi, sağlık alanında yaşanan eşitsizlikleri derinleştirmektedir. Hem toplumsal sağlık risklerinden korunma hem de sağlık hizmetlerine erişim açısından bir insan hakkı olarak sağlığın eşitsiz dağılımı, işlevselci bir bakış açısıyla bile toplum faydası sağlayacak bir şekilde yorumlanamaz ve meşru kılınamaz.

Bununla birlikte, araştırmanın önemli bulgularından biri sağlık konusunda devletten beklentilerin düşüklüğüdür. Devletin bütün ilaçları karşılaması gerektiğini düşünenlerin örneklemin üçte ikisinden az olması ve ideal sağlık hizmetinin nasıl olması gerektiği sorulduğunda da eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti yanıtının son derece düşük bir oranda kalması bu duruma işaret etmektedir. Yoksullara yardım edilmesi yanıtının eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti yanıtından fazla olması ve genel olarak ideal sağlık hizmeti tanımlanırken sağlık hakkı ile değil, sağlık kurumlarının sayısı veya işleyişi ile ilgili yanıtlar verilmesi neo-liberal paradigmanın değer ve normlarının yüksek düzeyde içselleştirildiğini göstermektedir. Devletin sağlık alanından giderek çekilmesi, GSS kapsamına baştan itibaren alınmayan bazı sağlık kalemlerinin doğrudan özel sektöre devredilerek tamamlayıcı sigorta kapsamına sokulması, temel teminat paketinin kapsamının Maliye Bakanlığı genelgeleriyle daraltılabilmesi gibi uygulamalar neo-liberal birikim rejimine uygun yeni bir düzenleme biçimi yaratılması,

toplumsal kurumların yeni birikim rejiminin varlığını sürdürmesine olanak sağlayacak şekilde yeniden yapılandırılmasının sonucudur ve bu yeni sistemin toplumda buna uygun değer ve normlar yerleştirilmeden tek başına işlemesi mümkün değildir. Özellikle kentsel alanda yaşayanların sağlığı biyomedikal kavramlar çerçevesinde algılamaları, bireyi sorumlu tutacak açıklamalar yapmaya nispeten eğilimli olmaları ve sistem dünyasının (Habermas, 1971) diliyle konuşmaları bu yeni düzenleme biçiminin yürümesi için gerekli değer ve norm değişikliklerinin yaşanmakta olduğunu göstermektedir. Toplumun devletten eşit ve ücretsiz sağlık hizmetleri ya da ücretsiz tedavi talep etmediği bir ortam devletin sağlık alanından çekilerek bu alanı özel sektörün kâr elde edebileceği bir piyasa haline dönüştürmesi için gerekli bir ortamdır.

Elbette bu durum bireylerin önceden devletten daha çok hizmet talep ederken taleplerinin sonradan azalması şeklinde gerçekleşmemektedir. Türkiye'de sağlık politikalarının geçmişine bakıldığında tamamen eşit ve ücretsiz bir sağlık hizmetinin hiçbir zaman verilmediği, en olumlu dönem olan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi döneminde bile sağlık hizmetlerinin prime ve hizmetlerin bir kısmına katılınmasına dayalı olarak verildiği görülmektedir. Toplumun sağlıkla ilgili beklentileri de yapısal faktörlerle sınırlanmakta, bu nedenle örneklemede eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti talebi yüksek oranda görülmemektedir. Aynı neden, örneklemin sağlık hakkını bir yurttaşlık hakkından çok istihdama karşılık elde edilen bir hak olarak görmesine neden olmakta, sağlık hakkını bu şekilde kavramsallaştırmaları sağlığın metalaştırılmasının meşrulaştırılmasını kolaylaştırmaktadır. Devletin Yeşil Kartı yurttaşları 'cezalandırmak' istediği zaman geri alabileceği hegemonik bir araç olarak kullanması da sağlık hakkına ilişkin bu algıyı güçlendirmekte, bu nedenle herkese eşit olarak verilmesi gereken Anayasal bir sağlık hakkı algısından ziyade devletin gerektiğinde yoksullara yardım etmek için sağlayacağı paternalist bir sağlık hakkı algısı oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin giderek özelleştirilmesi, önceden devlet tarafından sağlanan bazı hizmetlerin artık teminat kapsamı dışında kalması gibi sınırlandırmalara kitlesel olarak karşı çıkılmaması, bu konudaki direnişin daha çok meslek örgütleri çerçevesinde yapılması, bu araştırmanın bulgularıyla

örtüşmekte, toplumun sağlık alanında devletin küçülen rolünü kabullendiğini, bu yönde yeni değerler geliştirdiğini göstermektedir.

Toplumsal değer ve normların değiştirilerek neo-liberal paradigmaya uygun hale getirilmesi hegemonya yoluyla gerçekleşmektedir. Bir yandan hastanelerin birleştirilmesi gibi kazanımlarla toplumun rızası kazanılmakta, bir yandan da kitle iletişim araçları üzerinden bireysel sağlık risklerinin merkezde yer aldığı bir korku kültürü yaratılarak hegemonyanın dayattığı paradigma meşrulaştırılmakta ve desteklenmektedir. Örnekleme için sağlık bilgisinin en önemli kaynağının kitle iletişim araçları olduğu dikkate alındığında korku kültürünün etkisi daha iyi anlaşılabilir. Bireyler kitle iletişim araçları ile sürekli olarak çeşitli hastalıklara ve bireysel yaşam tarzı faktörlerinin etkilerine karşı uyarılmakta, sağlık harcamalarının maliyetinin çok yükseldiği ve devletin hepsini karşılayamayacağı sürekli vurgulanmakta, bu çerçevede kendilerini korumaları, korumak için gerekli önlemleri almaları gerektiği sürekli hatırlatılmaktadır. Bu korku kültürünün etkisiyle bireyler sağlık hakkını devletten talep etmek yerine sağlıklarını korumak için gereken her şeyi yapmaya hazırlanmaktadırlar. Bu değer değişikliği son derece önemlidir, çünkü toplumun sağlık politikalarını etkileme potansiyelini azaltmaktadır. İngiltere'de ulusal sağlık sistemini kaldırmaya çalışan Muhafazakar Partinin başta sağlık çalışanları olmak üzere toplumdan gelen aşırı tepkiler nedeniyle bu hamlenin kendisine seçimi kaybettireceği endişesi duyması ve bu hamleyi programından çıkarması, toplumun kolektif talebinin politikayı etkileme gücünü göstermektedir. Ancak politik değişimler baskı yoluyla değil, SDP çerçevesinde olduğu gibi hegemonik yollarla gerçekleştirildiğinde oluşabilecek tepkiler azalmaktadır. Bireylerin sağlıkla ilgili konulardaki algısının hegemonik araçlardan etkilendiği ve yapısal sınırlar içinde şekillendiği, örneklemin ancak üçte biri sağlık hizmetlerinin yeterli olduğunu düşündüğü halde bu durumun iyileştirilmesi için eşit ve ücretsiz sağlık hizmetlerine fazla vurgu yapmamalarından, daha çok oyunun (Bourdieu, 1984) kuralına uygun şekilde sağlık kurum veya personel sayısının artırılması gibi iyileştirmeler beklentilerinden anlaşılmaktadır.

Bununla birlikte sağlık kurumlarının ya da personelinin artırılması gibi iyileştirmeler tek başına sağlığın iyileştirilmesi için yeterli değildir, bulgular sağlıklı bir yaşam için gerekli olan beslenme ve barınma koşullarının da örneklemde gelire, eğitime ve mesleğe göre farklılaştığını göstermektedir. Daha önce de değinildiği gibi sağlık alanındaki eşitsizlikler diğer toplumsal eşitsizliklerden bağımsız değildir. Bu nedenle her ne kadar hegemonik ilişkiler çerçevesinde hastanelerin birleştirilmesi gibi bazı kazanımlar elde edilmiş olsa da bu tip kazanımlar ancak liberal anlayışa uygun bir şekilde fırsat eşitliği sağlayacaktır. Diğer bir deyişle sağlık sisteminde ilk kez yasal hiyerarşiyi ortadan kaldıran düzenlemeler yapılarak fırsat eşitliği sağlanmıştır, ancak fırsat eşitliği genel olarak eşitliği sağlamak için yeterli bir kavram değildir. Fırsat eşitliği sağlansa, herkes istediği sağlık kurumuna başvurmakta *zgr* olsa da cepten yapılan sağlık harcamaları, yol ve ilaç masrafı nedeniyle sağlık hizmeti alamama ya da tedaviyi tamamlayamama, düşük gelir nedeniyle yeterince beslenememe gibi durumlar toplumun sadece bazı kesimlerini, geliri, eğitim düzeyi, mesleki statüsü düşük olan grupları etkilemekte, bu grupların hastanelerin birleştirilmesinden duydukları memnuniyet hastane seçme özgürlüğünü daha iyi sağlık hizmetlerine erişmekten ziyade öncelikle en yakın, dolayısıyla en az masraflı hastaneye gidebilme hakkına kavuşmaktan kaynaklanmaktadır. Sağlık eşitsizlikleriyle diğer toplumsal eşitsizliklerin bu i ie geçmiş deseni dikkate alındığında sağlık açısından koşullarda ve sonuçlarda eşitlik sağlanmadığı sürece fırsat eşitliğinin kağıt üzerinde kalmaktan öteye gidemeyeceği açıktır. Koşullarda ve sonuçlarda eşitlik sağlanmaması, sağlık alanında mevcut eşitsizliklerin bireysel faktörlerden kaynaklandığı anlayışını destekleyecektir. Bu durumda bir toplumsal kurum olarak sağlık, kendi içindeki eşitsizlikler nedeniyle mevcut toplumsal eşitsizliklerin meşrulaştırılmasına ve yeniden üretilmesine katkıda bulunacaktır. Tabakalı toplum yapısından kaynaklanan eşitsizliklerin sağlık risklerinin dağılımında ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliğe neden olması ve örneklemenin bu durumu kanıksamış görünmesi, bu durumun bir yansımasıdır.

Sonuç olarak sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi sadece sağlık kurumu ile ilişkili yasal düzenlemelerle gerçekleştirilebilecek gibi görünmemektedir. Bu

amaca sağlık eşitsizliklerini derinleştiren diğer toplumsal eşitsizliklerin de giderilmesi, sadece sağlık kurumlarına başvurma hiyerarşisinin değil, genel olarak sosyal gruplar arasındaki hiyerarşinin ortadan kaldırılması ile erişilmesi m¼mk¼n olabilir. Toplumsal tabakalaşma çeşitli kuramlar tarafından iřlevi¼zerinden desteklenebiliyorsa da bu yapının bireylerin sağlıklarını, dolayısıyla yaşam haklarını etkilemesi hiçbir kuramsal d¼zlemde meşru kılınabilecek bir olgu değildir. Sağlıklı bir yaşam yasal olarak b¼t¼n toplumun hakkı gibi g¼r¼nse de neo-liberal ekonomik d¼zende hakim sınıfların çıkarlarını korumaya odaklanmış politikalarla bu hakkın herkese eşit olarak sağlanması pek m¼mk¼n g¼r¼nmemektedir. Bu d¼n¼ř¼m s¼recinde uluslararası neo-liberal politikalar çerçevesinde hazırlanan reform programları sayesinde ¼nemli kazanımlar elde edilmiştir, ancak bu kazanımlar toplum sağlığını iyileştirme girişimlerinin doğrudan sonuçları olmaktan çok sağlık piyasasını neo-liberal ilkeler çerçevesinde d¼zenleme çabalarının dolaylı sonuçlarıdır ve hegemonik bir nitelik taşımaktadırlar. Toplumun sağlık algısı da hem piyasa ile iliřkileri¼zerinden kendi yaşamlarındaki maddi koşullardan hem de yapısal fakt¼rlerden etkilenererek şekillenmektedir. Devlet toplumla hegemonik bir ilişki kurarak çeşitli kazanımlar ve kitle iletişim araçlarının etkisiyle yapısal fakt¼rlerin etkisini g¼lendirmekte, b¼ylece bireylerin sağlıkla ilgili algılarını ve davranışlarını biçimlendirmede etkili olmaktadır.

Devletlerin hakim sınıfların çıkarlarını korumaya y¼nelik politikalarının sağlık alanını bir mal ve hizmet piyasası haline getirmeleri insanların ¼nlenebilecek halde iken hastalanmalarına ve ¼lmelerine neden olmaktadır. Sağlığın diğer alanlara oranla nispeten korumacı kalabilmesi, kapitalizmin sağlıklı ve kitlesel iřg¼c¼ne duyduğu ihtiyaçtan kaynaklanmaktadır. Sosyal Refah D¼neminde bir yandan kitlesel ¼retim için gerekli olan kitlesel iřg¼c¼, bir yandan da yine kitlesel ¼retim sonucunda ¼retilen ¼r¼nleri t¼ketecek kitlesel bir t¼keticici g¼ruhu yaratma çabaları, işçilerin ve toplumun sağlığından devletin sorumlu olmasını beraberinde getirmiştir. Ancak 1970'lerden itibaren Sosyal Refah Devleti'nin zayıflaması, genel olarak sosyal demokrasilerin zayıflamasına ve neo-liberal ekonomi politikalarını uygulamak ¼zere yeni sağ partilerin iktidara gelmesine neden olmuş ve bu d¼nemden itibaren sağlık da piyasalaştırılmaya

başlanmıştır. Bu çerçevede 1980'lerden itibaren devletin sağlık harcamaları kısılmasa da bu harcamalar özel sektöre aktarılmaya ve sağlık hizmetleri özel sektör üzerinden sağlanmaya başlanmıştır. Bir yandan devletin küçülmesi sağlığı etkileyebilecek koruyucu düzenlemelerin (suların ve gıdaların kontrolü gibi) yapılamamasına neden olarak sağlık risklerini artırmış, diğer yandan ücretler azaldığı için sağlıklı olmak için gerekli olan beslenme ve barınma koşullarını yerine getiremeyenlerin sayısı ve formel sektör daralıp enformel sektör genişlediği için sağlık güvencesinden yoksun kalanların sayısı artmıştır. Bu yollarla toplum sağlığı üzerinde bozucu bir etkisi olan neo-liberalizm, bireyci ve rekabete dayalı ideolojisi ile sağlığın sosyal belirleyicilerinin gizlenmesini sağlamış ve sağlığın büyük ölçüde bireylerin davranışları sonucunda şekillendiği şeklindeki açıklamaları desteklemiştir. Sağlık alanında yaşanan dönüşümler bu çerçevede değerlendirildiğinde, neo-liberalizm hakim paradigma olarak kaldığı sürece GSS'nin sağladığı sağlık teminat paketinin daralması, özel sektörün yapacağı tamamlayıcı ve ek sigorta paketlerine giderek daha fazla ihtiyaç duyulması şaşırtıcı olmayacaktır. Kaldı ki bu paketten de ancak primlerini, katkı ve katılım paylarını ödeyebilenler yararlanacaktır. Diğer bir deyişle sosyal güvencesi ve sağlık sigortası olan, bu sayede kendini güvende hissedenler, aslında güvende olmadıklarını, birden sigorta kapsamına girmeyen bir tedaviye ihtiyaç duyduklarında fark edeceklerdir. Sağlık alanında amacın para olması, neo-liberalizmin derinleştirdiği sınıfsal ve ekonomik eşitsizliklerin sağlık alanına aktarılması anlamına gelecek, temel hedefin para kazanmak olduğu bir sağlık hizmeti anlayışı çerçevesinde toplumda ekonomik güce sahip olmayanların daha çok hastalanıp daha kısa sürede ölmesi giderek daha fazla meşruiyet kazanacaktır.

Toplumsal bağlılığın ve dayanışmanın yüksek olduğu, devletin toplumun adalet ihtiyacını tatmin ettiği eşitlikçi toplumların sağlıklarının diğer toplumlardan daha iyi olduğu (Wilkinson, 1996, 2000) hatırlanmalıdır. Eşitsiz toplumlarda bireyler kendilerini izole olmuş, savunmasız ve adaletsizlikle karşı karşıya hissetmektedirler, eşitsizliğin meşrulaştırılması ve kurumsallaştırılması her şeyden önce bu nedenle sakıncalıdır. Bununla birlikte araştırmanın bulguları toplumsal dayanışmanın zeminin aşınmakta olduğunu göstermektedir. Sosyal

güvenlik kurumları tek çatı altında toplandığı halde farklı sosyal güvenlik kurumlarının arasında bir hiyerarşi olduğu algısı sürmektedir. Bu eşitsizlik duygusu diğer insanlara karşı bir güvensizlik duygusu yaratmakta ve sağlık sorunlarını sistemin boşluklarından yararlanarak çözenlere karşı abartılı bir kırgınlık duyulmasına neden olmaktadır. Ancak toplumun üyeleri, kendi çıkarları kadar toplumun diğer üyelerinin çıkarlarını da düşündüğünde ve koruduğunda kolektif çıkarlara ulaşmak mümkün olacaktır. Bu durum devletlerin hakim sınıfların çıkarlarını koruyup geri kalanları hegemonik araçlarla sessizleştirdiği neo-liberal dönemin toplumları için özellikle geçerlidir.

Bu çerçevede bu çalışmanın sonucu, sağlığa ilişkin algı, tutum ve davranışların sosyal ve ekonomik statüden etkilendiği, toplumsal eşitsizliklerin sağlık alanına yansıdığı, eşitsizliklerin birikimsel bir desende işlediği, dolayısıyla diğer toplumsal eşitsizlikler açısından dezavantajlı olan grupların sağlık riskleri ve sağlık hizmetlerine erişim gibi konularda da dezavantajlı olduğu, sağlık hizmetlerinin topluma eşit bir şekilde ulaşmadığı şeklinde özetlenebilir. Çalışma özetle sağlık eşitsizliklerinin diğer toplumsal eşitsizliklerle birlikte ve toplumsal yapının karmaşıklığı içerisinde işlediğini, bu eşitsizliğe sadece yasal mevzuat neden olmadığı için sadece yasal düzenlemelerle sağlık alanındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılamayacağı sonucuna ulaşmıştır.

4.2. Öneriler

Sağlık alanındaki eşitsizliklerin diğer toplumsal eşitsizliklerle iç içe geçmesi, sağlık alanındaki eşitsizliklerin azaltılması için tek boyutlu girişimlerin yeterli olmayacağını göstermektedir. Toplum sağlığının iyileştirilmesi için ekonomik, bölgesel, eğitimsel ve cinsiyete dayalı eşitsizliklerin de azaltılması gerekmektedir. Bu çerçevede geliştirilecek sağlık politikalarında sağlık mevzuatında yapılacak yasal değişiklikler kadar diğer toplumsal alanlarda da iyileşme sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.

Sağlık alanındaki eşitsizliklerle ilgili yapılacak çalışmaların bu eşitsizlikleri sadece sağlık hizmetlerine erişim açısından değil, hem sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen hem de sağlık risklerini şekillendiren toplumsal ve ekonomik faktörlerin eşitsiz dağılımını da içerecek şekilde yapılandırılması, bu konunun

daha iyi anlaşılmasını sağlayabilir. Bu araştırmanın bulgularında eğitimin zaman zaman gelirden de önemli bir değişken olarak öne çıkması, sağlık eşitsizlikleri ile ilgili araştırmalarda ekonomik sermaye kadar kültürel sermayenin de etkisinin ayrıntılı bir şekilde incelenmesi gereğine işaret etmektedir.

Toplum üyeleri kendi çıkarları kadar diğer üyelerin çıkarlarını da düşünmediği ve savunmadığı takdirde bu tip uygulamalara daha fazla maruz kalacak ve daha eşitsiz bir yapı içinde daha fazla mağdur olacaklardır. Ama kolektif talepler oluşturarak hem sağlık politikalarını hem de sağlık alanında ve diğer alanlarda eşitsizlik yaratan politikaları etkilemek, bir karşı hegemonya yaratmak mümkün olacaktır. Bu açıdan hem eşit ve ücretsiz sağlık hakkının hem de sağlık hizmetlerini sadece tedavi hizmetleriyle sınırlı görmemenin önemi vurgulanmalı, sağlık alanına yansıyan eşitsizlikleri azaltacak eşitlikçi politikalara ağırlık verilmeli, toplumsal dayanışma düzeyi artırılmalıdır. Toplumsal dayanışma son zamanlarda sıklıkla olduğu gibi yanlış bir şekilde yardımlaşma kavramına indirgenmemeli, toplumun kolektif çıkarlarını gerçekleştirmeyi sağlayacak bir güç elde edilmek için kullanılmalı ve sağlık politikaları kolektif çıkar doğrultusunda etkilenmelidir.

Bu araştırmanın bulguları sağlık ve hastalık kavramsallaştırmalarının çeşitli faktörlere bağlı olarak farklılaştığını göstermektedir. Bu algı çeşitliliği, belirli durumların hastalık olarak görülüp görülmemesine neden olabilir. Bu çerçevede biyomedikal modelin iddialarının aksine hastalıkların doğal ve verili kategoriler olarak algılanıp algılanmadığı, sağlık ve hastalık sosyolojisi açısından önemli bir araştırma konusu olabilir. Ayrıca doktor-hasta etkileşiminin ve bireylerin tıbbi ve tıbbi uygulamalara yönelik tutumları, özellikle de neo-liberalizmin sağlıklılık paradigması içinde hasta rolünün içeriğinin değişip değişmediği daha detaylı araştırmaların konusunu oluşturabilir.

Ekler Listesi

Ek-1: Ayvalı, Gökçeyayla ve Kayı Köylerinden fotoğraflar	389
Ek-2: Ayvalı Köyü'ndeki sağlık evini, sağlık evinde görev yapan ebeyi, Han (ilçe merkezi) Aile Sağlığı Birimini ve Çifteler Devlet Hastanesini gösteren fotoğraflar	392
Ek-3: Gündoğdu ve Emek Mahallelerinden fotoğraflar	393
Ek-4: Köy örnekleme uygulanan mülakat formu	395
Ek-5: Mahalle örnekleme uygulanan mülakat formu	400
Ek-6: Üniversite örnekleme uygulanan anket formu	405

Ek-1: Ayvalı, Gökçeyayla ve Kayı Köylerinden fotoğraflar







Ek-2: Ayvalı Köyü'ndeki sağlık evini, sağlık evinde görev yapan ebeyi, Han (ilçe merkezi) Aile Sağlığı Birimini ve Çifteler Devlet Hastanesini gösteren fotoğraflar



Ek-3: Gündoğdu ve Emek Mahallelerinden fotoğraflar





Ek-4: Köy örneklemine uygulanan mülakat formu⁶¹

1. Cinsiyet (..) Erkek (..) Kadın
2. Yaş _____
3. Doğduğu şehir _____
4. Doğduğu yer (..)Köy (..) Kasaba-ilçe (..)Kent merkezi
5. Kaç yıldan beri Eskişehir'de ikamet ediyorsunuz? _____
6. Medeni durumunuz nedir? (..) evli (..) bekar (..)dul (..) boşanmış

7. Eğitim	(..)Okuryazar değil	(..)diplomasız okuryazar	(..) ilkokul mezunu	(..)ortaokul mezunu	(..) lise mezunu	(..) üniversite mezunu
Kendisinin						
Annesinin						
Babasının						

8. Mesleğiniz nedir?	Kendisinin	Annesinin	Babasının

9. Sosyal güvenceniz var mı? (..) Emekli Sandığı () SSK () BAĞ-KUR () Diğer () Yok
10. Kaç yıldır var?
11. Yıllık hane gelirin ne kadar?
12. Yılın ne kadarlık bir zamanını çalışarak geçiriyorsunuz?

13. Kaç çocuğunuz var?	Yaşı	Cinsiyeti	Okuyor-Nerede?	Çalışıyor-Nerede?	Evli	Diğer
1.çocuk						
2.çocuk						
3.çocuk						
4.çocuk						
5.çocuk						
6.çocuk						

14. (Evli çocuğu varsa) Evlenmiş olan çocuklarınızın sağlık harcamalarından siz mi sorumlusunuz?
() evet () hayır
15. Evde çocukların ayrı yatak odaları var mı? () var () yok
16. Evde yatalak-felçli-bakıma muhtaç hasta var mı? () var () yok
17. Herhangi bir yerden sosyal yardım alıyor musunuz? (..) almıyor (..) belediyeden (..) valilikten (..) diğer
18. Eviniz kime ait? (..)kendimize (..)aileden başka birine (..) kira (Kirası ne kadar.....?)
19. Evde eşiniz ve çocuklarınız dışında yaşayan kaç kişi var? (anne-baba vb).....

⁶¹ Mülakat ve anket formlarının asıllarında cevap yazılması için bırakılan boşluklar kaldırılmıştır.

20. Hane durumu:		
Tuvalet evin	() İçinde	() Dışında
Ahırınız var mı?	() Var	() Yok
Ahırınız eve bitişik mi, ayrı mı? (Gözlemlendiyse sorulmayacak)	() Bitişik	() Ayrı
Kümesiniz var mı?	() Var	() Yok
Kümesiniz eve bitişik mi, ayrı mı?	() Bitişik	() Ayrı
Evde banyo var mı?	() Var	() Yok
Banyo ve tuvalet aynı mı ayrı mı?		
Banyoda su tesisatı var mı?	() Var	() Yok
Tuvalette su tesisatı var mı?	() Var	() Yok
Mutfakta su tesisatı var mı?	() Var	() Yok
İçme suyu (Kalabak vs)	() Musluktan akan suyu içiyor	() Parayla içme suyu alıyor
	() Kuyu suyu içiyor	() Taşıma su kullanıyor (taşıyor)
Yemek yaparken hangi suyu kullanıyorsunuz? () Şebeke suyu () İçme Suyu () Diğer		
Çamaşırı nasıl yıkıyorsunuz?	() Elde	() Makinede
Elde yıkıyorsanız suyu nasıl ısıtıyorsunuz?		
Buzdolabı var mı?	() Var	() Yok
Nasıl ısıtılıyorsunuz?		
Haftada kaç tane (rulo) tuvalet kağıdı tüketiyorsunuz?		
Küçük çocuğunuz varsa hazır çocuk bezi kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır		

21. Genel olarak sağlığını nasıl? (..) çok iyi (..) iyi (..) orta (..) kötü (..) çok kötü
22. (Evde yaşayan anne varsa) Annenizin sağlığı genel olarak nasıl? (..) çok iyi (..) iyi (..) orta (..) kötü (..) çok kötü
23. (Evde yaşayan baba varsa) Babanızın sağlığı genel olarak nasıl? (..) çok iyi (..) iyi (..) orta (..) kötü (..) çok kötü
24. Sizce sağlıklı beslenme nedir?
25. Aşağıdakileri ne sıklıkta yiyorsunuz?

	Her gün	Haftada bir	Ayda bir	Birkaç ayda bir	Yılda bir
Et-tavuk-balık					
Peynir-yumurta-süt-yoğurt					
Sebze-meyve					
Ekmek, patates, makarna, pilav, bulgur					

	hiçbir zaman	birkaç ayda bir	ayda bir	haftada bir	her gün	fikrim yok
26. Ekonomik sıkıntılar nedeniyle (mesela çocuklara kalsın diye) porsiyonlarınızı küçülttüğünüz (az yediğiniz) ya da öğün atladığınız (mesela bu öğlen yemeyeyim dediğiniz) olur mu?						

27. Ekonomik sıkıntılar nedeniyle (mesela çocuklara kalsın diye) sofradan aç kalktığınız olur mu?						
28. Ne sıklıkta hasta olursunuz?						
29. Kendinizi ne sıklıkta yorgun hissedersiniz?						
30. Ne sıklıkta ağrınız olur? (baş, diş, eklem vs)						
31. Ne sıklıkta ilaç içersiniz?						
32. Ne sıklıkta uyuma problemi –uyku bozukluğu çekersiniz?						
33. Kendinizi ne sıklıkta stresli hissedersiniz?						
34. Ne sıklıkta egzersiz-spor yaparsınız?						
35. Ne sıklıkta alkol alırsınız?						
İçiyorsa	Kaç yıldır içki içiyorsunuz?					
36. Ne sıklıkta sigara içersiniz?						
İçiyorsa	Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?					

37. Hiç grip aşısı oldunuz mu? () evet () hayır 31.a. Olduysanız şimdiye kadar kaç kere oldunuz?
38. Hepatit aşısı oldunuz mu? () evet () hayır
39. Aşağıdaki kronik hastalıklardan hangileri sizde var? (Birden fazla işaretlenebilir)
- () şeker () romatizma () tansiyon () kalp () yüksek kolesterol () astım-bronşit () diğer
40. Doktora-hastaneye ne sıklıkta gidersiniz?
- () hiç gitmem () biraz hastalanınca giderim () çok hastalanınca giderim () hasta olmasam da kontrole giderim () fikrim yok
41. Dişçiye ne sıklıkta gidersiniz?
- () hiç gitmem () dişim ağrırsa giderim () dişim apse yaparsa giderim () düzenli kontrole giderim () fikrim yok
42. Gideceğiniz doktorun kadın ya da erkek olmasına dikkat eder misiniz?
- () kesinlikle ederim () ederim () etmem () kesinlikle etmem () fikrim yok
43. Doktora muayene olurken utanır mısınız? () evet () hayır () fikrim yok
44. Doktor karşı cinsse muayene olurken utanır mısınız? () evet () hayır () fikrim yok
45. Kadın doğum doktorundan (jinekoloji) / erkek doktorundan (beviye) utanır mısınız?
- () evet () hayır () fikrim yok
46. Aşağıdaki ifadelerle katılıyor musunuz?

Ateşim çıktığında hastaneye-doktora giderim	() Evet	() Hayır	() Fikrim Yok
Grip olunca hastaneye-doktora giderim	() Evet	() Hayır	() Fikrim Yok
Nezle olunca hastaneye-doktora giderim	() Evet	() Hayır	() Fikrim Yok
İshal olunca hastaneye-doktora giderim	() Evet	() Hayır	() Fikrim Yok

47. Sizce hastalığın nedeni nedir yoksa yaşam koşulları mıdır?
48. Çeşitli hastalıklar geçiriyoruz. Bunlardan bazılarını ayakta geçiriyoruz. Hangi durumda, ne olursa hastaneye gitmek lazım?

49. Hasta olduğunuzda komşular, akrabalar size ilaç verse ya da tavsiye etse kullanır mısınız?

() kesinlikle kullanırım () çoğunlukla kullanırım () çoğunlukla kullanmam () kesinlikle kullanmam () fikrim yok

50. İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?

() kesinlikle ederim () çoğunlukla ederim () çoğunlukla etmem () kesinlikle etmem () fikrim yok

51. Kaç gebelik geçirdiniz? / Eşiniz kaç gebelik geçirdi?.....

46.1. Kaçı düşük ya da ölü doğumdu?

46.2. Kaç doğum yaptınız?

46.3. Hamileyken kaç kere doktor kontrolüne gittiniz?

46.4. Hamileyken doktor kontrolü için nereye gittiniz?

() ana-çocuk sağ.mrk. () sağlık ocağı () devlet hast. () ssk hast. () üniv.hast. () özel has. () özel muayenehane

46.5. Doğumu nerede yaptınız?

46.6. Doğumu evde yaptıysanız kim yardım etti? () ebe () komşu () akraba () diğer....

52. Çocuklarınızın aşılarını düzenli olarak yaptırıyor musunuz? (yoksa birkaç gün tarihi geçtiği oluyor mu?)

53. Sağlıkla ilgili konularda bilgilerinizi nereden öğrendiniz? (birden fazla şık işaretlenecekse öncelik belirtilmeli)

() televizyon-radyo () internet () komşu () akraba () diğer

54. Televizyonda-radyoda-internette sağlıkla ilgili verilen bilgilerin doğruluğuna inanıyor musunuz?

() hepsine inanıyorum () büyük kısmına inanıyorum () çok az bir kısmına inanıyorum () hiçbirine inanmıyorum () fikrim yok

55. Komşuların-akrabaların sağlıkla ilgili verdiği bilgilerin doğruluğuna inanıyor musunuz?

() hepsine inanıyorum () büyük kısmına inanıyorum () çok az bir kısmına inanıyorum () hiçbirine inanmıyorum () fikrim yok

56. Başkasının yeşil kartını kullanmak ya da başkasının sağlık karnesine ilaç yazdırmak konusunda ne düşünüyorsunuz?

57. Sizce sağlıklı olmak ne demektir?

58. Sağlığınızla ilgili olarak en önemli sorunuz nedir?

59. Sizce hastalık nedir?

60. Sizce hastalığa ne neden olur?

61. Normalde hastaneye gitmeyip evde geçirdiğiniz hastalıkları, çok paranız olsa yine evde mi geçirirdiniz yoksa hastaneye ya da doktora gider miydiniz? () evde geçirirdim () hastaneye giderdim

62. İyileşmek amacıyla hacıya-hocaya gider misiniz?

() giderim () gitmedim ama başka çarem kalmazsa giderim () gitmem

(Evetse) Eğer çok paranız olsaydı yine de iyileşmek için hacıya hocaya gider miydiniz? () evet () hayır

63. Hastalandığınız zaman hangi sağlık kuruluşunu tercih edersiniz?

() sağlık ocağı () devlet hastanesi () ssk hastanesi () üniversite hastanesi

() özel hastane () özel muayenehane () diğer

60.a. NEDEN bu kuruluşu tercih ediyorsunuz?

64. Hastanelerin birleşmesi vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşması açısından
() iyi oldu () kötü oldu () bir şey değişmedi () fikrim yok 64.a.NEDEN?.....
65. Belli bir hastaneye gitmek isteyip de oraya sevk edilmediğiniz oldu mu? () evet () hayır
66. Sizce özel hastaneler () aşırı kalabalık () kalabalık () sakin () çok sakin () diğer
67. Sizce devlet hastaneleri () aşırı kalabalık () kalabalık () sakin () çok sakin () diğer
68. Sizce hizmet kalitesi açısından hangi hastane daha iyidir? () devlet hastanesi () özel hastaneler () ikisi de aynı () fikrim yok
69. Sizce Türkiye’de hastanelerin en önemli sorunu nedir? ...
70. Doktorların ve hemşirelerin size davranışlarından memnun musunuz? () evet () hayır (Hayırsa lütfen bir örnek verin.)
71. Doktorların ameliyatlar için “bıçak parası” olarak adlandırılan ücreti almalarını doğru buluyor musunuz?
() Kesinlikle doğru () Doğru () Yanlış () Kesinlikle yanlış () Fikrim yok
72. Sizden hiç bıçak parası istediler mi? () Evet () Hayır (Evetse: Nasıl oldu?)
73. Hastane-doktor için paraya ihtiyacınız olup paranız olmadığı oldu mu? () evet () hayır (Evetse) Nasıl çözdünüz, nasıl hallettiniz?
74. Devletin bazı ilaçları karşılamaması hakkında ne düşünüyorsunuz?
75. Sizce memurlar sağlık hizmetlerinden SSK ve Bağ-Kur’lulardan daha mı iyi faydalanıyorlar?
() evet () hayır
76. Bir devletin vatandaşlarına ideal sağlık hizmeti sağlaması için ne yapması gerekir?
77. Sizce Türkiye’de sağlık hizmetleri ne kadar yeterlidir?
() oldukça yeterli () yeterli () yetersiz () oldukça yetersiz () fikrim yok
78. Benim sorularım bu kadardı. Cevap verdiğiniz için teşekkür ederim. Benim sormadığım ama sizce sorulması gereken başka soru ya da eklemek istediğiniz bir şey var mı?

Ek-5: Mahalle örneklemine uygulanan mülakat formu

1. Cinsiyet (..) Erkek (..) Kadın

2. Yaş _____

3. Doğduğu şehir _____

4. Doğduğu yer (..)Köy (..)Kasaba-ilçe (..)Kent merkezi

5. Kaç yıldan beri Eskişehir'de ikamet ediyorsunuz? _____

6. Medeni durumunuz nedir? (..) evli (..) bekar (..)dul (..) boşanmış

11. Eğitim	(..)Okur yazar değil	(..) diplomasız okuryazar	(..) ilkokul mezunu	(..)ortaokul mezunu	(..) lise mezunu	(..) üniversite mezunu
Kendisinin						
Annesinin						
Babasının						

12. Mesleğiniz nedir?	Kendisinin	Annesinin	Babasının

9. Sosyal güvenceniz var mı? (..) Emekli Sandığı (..) SSK () BAĞ-KUR () Diğer () Yok

10. Kaç yıldır sosyal güvenceniz var?

11. Aylık hane geliriniz ne kadar? 11.a. Aylık kendi kişisel geliriniz ne kadar?

12. Kaç çocuğunuz var?	Yaşı	Cinsiyeti	Okuyor-Nerede?	Çalışıyor-Nerede?	Evli	Diğer
1.çocuk						
2.çocuk						
3.çocuk						
4.çocuk						

13. (Evli çocuğu varsa) Evlenmiş olan çocuklarınızın sağlık harcamalarından siz mi sorumlusunuz? () evet () hayır

14. Evde çocukların ayrı yatak odaları var mı? () var () yok

15. Evde yatalak-felçli-bakıma muhtaç hasta var mı? () var () yok

16. Herhangi bir yerden sosyal yardım alıyor musunuz? (..) almıyor (..) belediyeden (..) valilikten (..) diğer

16.a.Ne yardımı? (nakit, kömür, erzak vs.).....

17. Hiç göç ettiniz mi?

(..) Hayır

(..) Evet, Eskişehir'in köyünden merkeze

(..) Evet, başka bir ilin köyünden Eskişehir merkeze (hangi il?)..... (kaç yıl önce?).....

(..) Evet, başka bir şehir merkezinden Eskişehir merkeze (hangi il?).....(kaç yıl önce?).....

18. Neden göç ettiniz?...

19. Göç etmeden önce bulunduğunuz yerde sağlık hizmetlerine erişimle ilgili sıkıntınız var mıydı? () evet () hayır

(Varsa ne gibi sıkıntılarınız vardı? _____)

20. Göç ettikten sonra bu sıkıntılarınız ortadan kalktı mı? () evet () hayır () o sıkıntılar bitti ama şimdi başka sıkıntılar var (nelerdir?)

21. Eviniz kime ait? (..)kendimize (..)aileden başka birine (..) kira (Kirası ne kadar.....?)
22. Evinizin türü ne? (..) müstakil (..)gecekondu (..)apartman dairesi (..)kapıcı dairesi () diğer.....
23. Evde eşiniz ve çocuklarınız dışında yaşayan kaç kişi var? (anne-baba vs).....
24. Hane durumu

Tuvalet evin	() İçinde	() Dışında
Banyoda su tesisatı var mı?	() Var	() Yok
Tuvalette su tesisatı var mı?	() Var	() Yok
İçme suyu (Kalabak vs)	() Musluktan akan suyu içiyor () Kuyu suyu içiyor	() Parayla içme suyu alıyor () Taşıma su kullanıyor (taşıyor)
Yemek yaparken hangi suyu kullanıyorsunuz?	() Şebeke suyu	() İçme Suyu () Diğer
Çamaşırı nasıl yıkıyorsunuz?	() Elde	() Makinede
Elde yıkıyorsanız suyu nasıl ısıtıyorsunuz?		
Buzdolabı var mı?	() Var	() Yok
Nasıl ısıtılıyorsunuz?		
Haftada kaç rulo tuvalet kağıdı tüketiyorsunuz?		
Küçük çocuğunuz varsa hazır çocuk bezi kullanıyor musunuz?	() Evet	() Hayır

25. Genel olarak sağlığınız nasıl? (..) çok iyi (..) iyi (..) orta (..)kötü (..) çok kötü
26. (Evde yaşayan anne varsa) Annenizin sağlığı genel olarak nasıl? (..)çok iyi (..) iyi (..) orta (..)kötü (..) çok kötü
27. (Evde yaşayan baba varsa) Babanızın sağlığı genel olarak nasıl? (..)çok iyi (..) iyi (..) orta (..)kötü (..) çok kötü
28. Sizce sağlıklı beslenme nedir?
29. Aşağıdakileri ne sıklıkta yiyorsunuz?

	Her gün	Haftada bir	Ayda bir	Birkaç ayda bir	Yılda bir
Et-tavuk-balık					
Peynir-yumurta-süt-yoğurt					
Sebze-meyve					
Ekmek, patates, makarna, pilav, bulgur					

30. Hiç grip aşısı oldunuz mu? () evet () hayır
- 30.1. Şimdiye kadar kaç kere oldunuz?
31. Hepatit aşısı oldunuz mu? () evet () hayır
32. Aşağıdaki kronik hastalıklardan hangileri sizde var? (Birden fazla işaretlenebilir)
- () şeker () romatizma () tansiyon () kalp () kolesterol () astım-bronşit () diğer
33. Check-up nedir, biliyor musunuz?
- 33.1. Hiç check-up oldunuz mu? () evet () hayır

34.	hiçbirza man	birkaç ayda bi	ayda bir	haftada bir	her gün	fikrim yok
35. Ekonomik sıkıntılar nedeniyle (mesela çocuklara kalsın diye) porsiyonlarınızı küçülttüğünüz (az yediğiniz) ya da öğün atladığınız (mesela bu öğlen yemeyeyim dediğiniz) olur mu?						
35. Ekonomik sıkıntılar nedeniyle (mesela çocuklara kalsın diye) sofradan aç kalktığınız olur mu?						
36. Ne sıklıkta hasta olursunuz?						

37.	Kendinizi ne sıklıkta yorgun hissedersiniz?						
38.	Ne sıklıkta ağrınız olur? (baş, diş, eklem vs)						
39.	Ne sıklıkta ilaç içersiniz?						
40.	Ne sıklıkta uyuma problemi –uyku bozukluğu çekersiniz?						
41.	Kendinizi ne sıklıkta stresli hissedersiniz?						
42.	Ne sıklıkta egzersiz-spor yaparsınız?						
43.	Ne sıklıkta alkol alırsınız?						
	içiyorsa Kaç yıldır alkol alıyorsunuz?						
44.	Ne sıklıkta sigara içersiniz?						
	içiyorsa Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?						

45. Doktora-hastaneye ne sıklıkta gidersiniz?

() hiç gitmem () biraz hastalanınca giderim () çok hastalanınca giderim () hasta olmasam da kontrole giderim () fikrim yok

46. Dişçiye ne sıklıkta gidersiniz?

() hiç gitmem () dişim ağrırsa giderim () dişim apse yaparsa giderim () düzenli kontrole giderim () fikrim yok

47. Gideceğiniz doktorun kadın ya da erkek olmasına dikkat eder misiniz?

() kesinlikle ederim () ederim () etmem () kesinlikle etmem () fikrim yok

48. Doktora muayene olurken utanır mısınız? () evet () hayır () fikrim yok

49. Doktor karşı cinsse muayene olurken utanır mısınız? () evet () hayır () fikrim yok

50. Kadın doğum doktorundan (jinekoloji) / erkek doktorundan (bevliye) utanır mısınız?

() evet () hayır () fikrim yok

51. Aşağıdaki ifadelerle katılıyor musunuz?

Ateşim çıktığında hastaneye-doktora giderim	() Evet	() Hayır	() Fikrim Yok
Grip olunca hastaneye-doktora giderim	() Evet	() Hayır	() Fikrim Yok
Nezle olunca hastaneye-doktora giderim	() Evet	() Hayır	() Fikrim Yok
İshal olunca hastaneye-doktora giderim	() Evet	() Hayır	() Fikrim Yok

52. Sizce hastalığın nedeni kader midir yoksa yaşam koşulları mıdır?

53. Çeşitli hastalıklar geçiriyoruz. Bunlardan bazılarını ayakta geçiriyoruz. Hangi durumda, ne olursa hastaneye gitmek lazım?

54. Hasta olduğunuzda komşular, akrabalar size ilaç verse ya da tavsiye etse kullanır mısınız?

() kesinlikle kullanırım () çoğunlukla kullanırım () çoğunlukla kullanmam () kesinlikle kullanmam () fikrim yok

55. İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?

() kesinlikle ederim () çoğunlukla ederim () çoğunlukla etmem () kesinlikle etmem () fikrim yok

56. Kaç gebelik geçirdiniz? / Eşiniz kaç gebelik geçirdi?.....

56.1. Kaçı düşük ya da ölü doğumdu?

56.2. Kaç doğum yaptınız?

56.3. Hamileyken kaç kere doktor kontrolüne gittiniz?

56.4. Hamileyken doktor kontrolü için nereye gittiniz?

() ana-çocuk sağ.mrk. () sağlık ocağı () devlet hast. () ssk hast. () üniv.hast. () özel has. () özel muayenehane

- 56.5. Doğumu nerede yaptınız?
- 56.6. Doğumu evde yaptıysanız kim yardım etti? () ebe () komşu () akraba () diğer....
57. Çocuklarınızın aşılarını düzenli olarak yaptırıyor musunuz? (yoksa birkaç gün tarihi geçtiği oluyor mu?).....
58. Sağlıkla ilgili konularda bilgilerinizi nereden öğrendiniz? (birden fazla şık işaretlenecekse öncelik belirtilmeli)
- () televizyon-radyo () internet () komşu () akraba () diğer....
78. Televizyonda-radyoda-internette sağlıkla ilgili verilen bilgilerin doğruluğuna inanıyor musunuz?
- () hepsine inanıyorum () büyük kısmına inanıyorum () çok az bir kısmına inanıyorum () hiçbirine inanmıyorum () fikrim yok
79. Komşuların-akrabaların sağlıkla ilgili verdiği bilgilerin doğruluğuna inanıyor musunuz?
- () hepsine inanıyorum () büyük kısmına inanıyorum () çok az bir kısmına inanıyorum () hiçbirine inanmıyorum () fikrim yok
56. Başkasının yeşil kartını kullanmak ya da başkasının sağlık karnesine ilaç yazdırmak konusunda ne düşünüyorsunuz?
57. Sizce sağlıklı olmak ne demektir?
58. Sağlığınızla ilgili olarak en önemli sorunuz nedir?
59. Sizce hastalık nedir?
60. Sizce hastalığa ne neden olur?
61. Normalde hastaneye gitmeyip evde geçirdiğiniz hastalıkları, çok paranız olsa yine evde mi geçirirdiniz yoksa hastaneye ya da doktora gider miydiniz? () evde geçirirdim () hastaneye giderdim
62. İyileşmek amacıyla hacıya-hocaya gider misiniz?
- () giderim () gitmedim ama başka çarem kalmazsa giderim () gitmem
- (Evetse) Eğer çok paranız olsaydı yine de iyileşmek için hacıya hocaya gider miydiniz? () evet () hayır
63. Hastalandığınız zaman hangi sağlık kuruluşunu tercih edersiniz?
- () sağlık ocağı () devlet hastanesi () ssk hastanesi () üniversite hastanesi
- () özel hastane () özel muayenehane () diğer (Lütfen belirtiniz.....)
- NEDEN bu kuruluşu tercih ediyorsunuz?
64. Hastanelerin birleşmesi vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşması açısından
- () iyi oldu () kötü oldu () bir şey değişmedi () fikrim yok
- NEDEN?.....
65. Belli bir hastaneye gitmek isteyip de oraya sevk edilmediğiniz oldu mu? () evet () hayır
66. Sizce özel hastaneler () aşırı kalabalık () kalabalık () sakin () çok sakin () diğer
67. Sizce devlet hastaneleri () aşırı kalabalık () kalabalık () sakin () çok sakin () diğer
68. Sizce hizmet kalitesi açısından hangi hastane daha iyidir? () devlet hastanesi () özel hastaneler () ikisi de aynı () fikrim yok
69. Sizce Türkiye’de hastanelerin en önemli sorunu nedir?
70. Doktorların ve hemşirelerin size davranışlarından memnun musunuz? () evet () hayır (Hayırsa lütfen bir örnek verin.)
71. Doktorların ameliyatlar için “bıçak parası” olarak adlandırılan ücreti almalarını doğru buluyor musunuz?

() Kesinlikle doğru buluyorum () Doğru buluyorum () Yanlış buluyorum () Kesinlikle yanlış buluyorum () Fikrim yok

72. Sizden hiç bıçak parası istediler mi? () Evet () Hayır (Evetse: Nasıl oldu?)

73. Hastane-doktor için paraya ihtiyacınız olup paranız olmadığı oldu mu? () evet () hayır (Evetse)

Nasıl çözdünüz, nasıl hallettiniz?

74. Devletin bazı ilaçları karşılamaması hakkında ne düşünüyorsunuz?

75. Sizce memurlar sağlık hizmetlerinden SSK ve Bağ-Kur'lulardan daha mı iyi faydalaniyorlar? () evet

() hayır

76. Bir devletin vatandaşlarına ideal sağlık hizmeti sağlaması için ne yapması gerekir?

77. Sizce Türkiye'de sağlık hizmetleri ne kadar yeterlidir?

() oldukça yeterli () yeterli () yetersiz () oldukça yetersiz () fikrim yok

78. Benim sorularım bu kadardı. Cevap verdiğiniz için teşekkür ederim. Benim sormadığım ama sizce sorulması gereken başka soru ya da eklemek istediğiniz bir şey var mı?

Ek-6: Üniversite örneklemine uygulanan anket formu

1. Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın
2. Yaşınız:
3. Doğduğunuz şehir:
4. Doğduğunuz yer (..)Köy (..)Kasaba-ilçe (..)Kent merkezi
5. Kaç yıldan beri Eskişehir'de ikamet ediyorsunuz?
6. Medeni durumunuz nedir? (..) evli (..) bekar (..)dul (..) boşanmış
7. Unvanınız nedir? () Profesör () Doçent () Yardımcı Doçent
8. Annenizin mesleği nedir?
9. Babanızın mesleği nedir?
10. Kaç yıldır sosyal güvenceniz var?
11. Bütün ek gelirleriniz (kira vb dahil) aylık kişisel geliriniz ne kadar?
12. Eşinizin aylık geliri ne kadar?
13. Kaç çocuğunuz var?

	Yaşı	Cinsiyeti	Okuyor	Çalışıyor	Diğer
1.çocuk					
2.çocuk					
3.çocuk					
4.çocuk					

14. Eviniz kime ait? (..)Kendimize (..) Aileden başka birine (..) Kira (Kıraya kirası ne kadar?
15. Eviniz hangi mahallede?
16. Evinizin türü ne? (..) müstakil (..)apartman dairesi (..) site içinde apartman dairesi
17. Genel olarak sağlığınız nasıl? (..) çok iyi (..) iyi (..) orta (..)kötü (..) çok kötü
18. Annenizin sağlığı genel olarak nasıl? (..) çok iyi (..) iyi (..) orta (..)kötü (..) çok kötü ()vefat etti
19. Babanızın sağlığı genel olarak nasıl? (..)çok iyi (..) iyi (..) orta (..)kötü (..) çok kötü ()vefat etti
20. Lütfen aşağıdaki gıdaları ne sıklıkta tükettiğinizi uygun kutuya bir işaret koyarak belirtiniz:

	Her gün	Haftada bir	Ayda bir	Birkaç ayda bir	Yılda bir
Et-tavuk-balık					
Peynir-yumurta-süt-yoğurt					
Sebze-meyve					
Ekmek, patates, makarna, pilav					

21. Sağlıklı beslenmek, kilo vermek veya almak için hiç diyetisyene başvurduğunuz mu? (..)evet (..)hayır
22. Özel sağlık sigortanız var mı? (..) evet (..) hayır (Varsa kaç yıldır var?
23. Son 5 yılda sağlık amacıyla kaplıca, şifalı su gibi yerlere gittiniz mi? (..) evet () hayır

24. Ne sıklıkta hasta olursunuz?	()	(.)	(..)	(..)	(..)	(..)
	Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her zaman	Fikrim yok
25. Ne sıklıkta yorgun hissedersiniz?	()	(.)	(..)	(..)	(..)	(..)
	Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her zaman	Fikrim yok
26. Ne sıklıkta ağrınız olur? (baş, diş, eklem vs)	()	(.)	(..)	(..)	(..)	(..)
	Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her zaman	Fikrim yok
27. Ne sıklıkta ilaç içersiniz ya da iğne olursunuz?	()	(.)	(..)	(..)	(..)	(..)
	Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her zaman	Fikrim yok
28. Ne sıklıkta uyku bozukluğu çekersiniz?	()	(.)	(..)	(..)	(..)	(..)
	Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her zaman	Fikrim yok
29. Ne sıklıkta stresli hissedersiniz?	()	(.)	(..)	(..)	(..)	(..)
	Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her zaman	Fikrim yok
30. Ne sıklıkta egzersiz-spor yaparsınız?	()	(.)	(..)	(..)	(..)	(..)
	Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her zaman	Fikrim yok
31. Ne sıklıkta alkol alırsınız?	()	(.)	(..)	(..)	(..)	(..)
	Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her zaman	Fikrim yok
31.a. Alkol alıyorsanız kaç yıldır alıyorsunuz? Lütfen yazınız						
32. Ne sıklıkta sigara içersiniz?	()	(.)	(..)	(..)	(..)	(..)
	Hiçbir zaman	Birkaç ayda bir	Ayda bir	Haftada bir	Her zaman	Fikrim yok
32.a. Sigara içiyorsanız kaç yıldır içiyorsunuz? Lütfen yazınız						

33. Hiç grip aşısı oldunuz mu? () evet () hayır

33.1. Olduysanız, her yıl olur musunuz? () evet () hayır

33.2. Şimdiye kadar kaç kere oldunuz?

34. Hepatit aşısı oldunuz mu? () evet () hayır

35. Aşağıdaki kronik hastalıklardan hangileri sizde var? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

() şeker () romatizma () tansiyon () kalp () yüksek kolesterol () astım-bronşit

() diğer (Lütfen belirtiniz

36. Doktora-hastaneye ne sıklıkta gidersiniz?

() hiç gitmem () biraz hastalanınca giderim () çok hastalanınca giderim

() hasta olmasam da kontrole giderim () fikrim yok

37. Dişçiye ne sıklıkta gidersiniz?

() hiç gitmem () dişim ağırırsa giderim () dişim apse yaparsa giderim

() düzenli kontrole giderim () fikrim yok

38. Hasta olduğunuzda komşular, akrabalar size ilaç verse ya da tavsiye etse kullanır mısınız?

() kesinlikle kullanırım () çoğunlukla kullanırım

() çoğunlukla kullanmam () kesinlikle kullanmam () fikrim yok

39. İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?

() kesinlikle dikkat ederim () çoğunlukla dikkat ederim

() çoğunlukla dikkat etmem () kesinlikle dikkat etmem () fikrim yok

40. Sağlıkla ilgili en önemli iki bilgi kaynağınız hangileridir? Lütfen öncelik numarası veriniz:

() televizyon-radyo () internet () komşu () akraba () popüler sağlık kitapları

() dergilerde sağlıkla ilgili makaleler () diğer (lütfen belirtiniz:)

41. Medyada sağlıkla ilgili verilen bilgilerin doğruluğu hakkında ne düşünüyorsunuz?

() kesinlikle inanıyorum () inanıyorum () fikrim yok () inanmıyorum () kesinlikle inanmıyorum

42. Komşuların-akrabaların sağlıkla ilgili verdiği bilgilerin doğruluğu hakkında ne düşünüyorsunuz? ()

kesinlikle doğrudur () doğrudur () yanlıştır () kesinlikle yanlıştır () fikrim yok

43. Hiç iyileşmek amacıyla hacıya-hocaya gittiniz mi?

() evet, gittim () gitmedim ama başka çarem kalmazsa giderim () gitmedim, kesinlikle de gitmem

44. Başkasının yeşil kartını kullananlar ya da başkasının sağlık karnesine ilaç yazdıranlar hakkında ne düşünüyorsunuz?

45. Sağlığınızla ilgili olarak en önemli sorunuz nedir?

46. Sizce sağlıklı olmak ne demektir? Lütfen tanımlayınız:

47. Sizce hastalık nedir? Lütfen tanımlayınız:

48. Sizce hastalığa ne neden olur?

49. Hastalandığınız zaman hangi sağlık kuruluşunu tercih edersiniz?

() sağlık ocağı () devlet hastanesi () ssk hastanesi () üniversite hastanesi

() özel hastane () özel muayenehane () Ankara-İstanbul'da bir sağlık kuruluşuna

() diğer (Lütfen belirtiniz.....)

49.1. Lütfen **neden** bu kuruluşu tercih ettiğinizi belirtiniz.....

50. Hastanelerin birleşmesi vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşması açısından

() iyi oldu () kötü oldu () bir şey değişmedi () fikrim yok

51. Lütfen aşağıdaki ifadelere katılıp katılmadığınızı uygun şıkkı işaretleyerek belirtiniz.

Ateşim çıktığında hastaneye-doktora giderim	() Evet	() Hayır	() Fikrim Yok
Grip olunca hastaneye-doktora giderim	() Evet	() Hayır	() Fikrim Yok
Nezle olunca hastaneye-doktora giderim	() Evet	() Hayır	() Fikrim Yok
Diare (ishal) olunca hastaneye-doktora giderim	() Evet	() Hayır	() Fikrim Yok

52. Sizce özel hastaneler () aşırı kalabalık () kalabalık () sakin () çok sakin () diğer
53. Sizce devlet hastaneleri () aşırı kalabalık () kalabalık () sakin () çok sakin () diğer
54. Sizce hizmet kalitesi açısından hangi hastane daha iyidir?
() devlet hastanesi () özel hastaneler () ikisi de aynı () fikrim yok
55. Sizce Türkiye’de hastanelerin en önemli sorunu nedir?
56. Doktorların ve hemşirelerin size davranışlarından memnun musunuz? () evet () hayır
57. Doktorların ameliyatlar için “bıçak parası” olarak adlandırılan ücreti almalarını doğru buluyor musunuz? () Kesinlikle doğru buluyorum () Doğru buluyorum
() Yanlış buluyorum () Kesinlikle yanlış buluyorum () Fikrim yok
58. Sizce hastalık da sağlığı ve sağlığı belirlemede hangisi daha ağırlıklıdır? Lütfen size en uygun kutucuğu işaretleyiniz: Kader ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Yaşam koşulları
59. Bir devletin vatandaşlarına ideal sağlık hizmeti sağlaması için ne yapması gerekir?
60. Devletin bazı ilaçları karşılamaması hakkında ne düşünüyorsunuz?
Sizce Türkiye’de sağlık hizmetleri kadar yeterlidir?
() oldukça yeterli () yeterli () yetersiz () oldukça yetersiz () fikrim yok
61. Sizce emekli sandığı çalışanlarını sağlık hizmetlerinden SSK ve Bağ-Kur’lulardan daha mı iyi faydalanıyorlar? () evet () hayır
- 61.1. (Evetse) Sizce bu durumun değişmesi gerekir mi? () evet () hayır
- 61.2. Neden?

Kaynakça

- Adaman, F. ve Keyder, Ç. (2006). Poverty and social exclusion in the slum areas of large cities in Turkey. http://www.sd-certificate.info/dyn_files/info/318.pdf. (Erişim: 18.11.2009).
- Adler N. E. ve Newman, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. *Health Affairs*, 21(2), 60-76.
- Ağartan, T. (2005). Health sector reform in Turkey: old policies new politics. *2005 ESPANET Genç Araştırmacılar Çalıştayı'na* sunulan Bildiri. http://www.allacademic.com/meta/p86395_index.html. (Erişim: 16.10.2009).
- Ağartan, T. (2007). Sağlıkta Reform Salgını. *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. (Ed: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan ve Ç. Yoltar). İstanbul: İletişim Yayınları, ss.37-54.
- Ağartan, T. (2010). Sağlıkta Reform Salgını ve Türkiye. *TES-İŞ Dergisi*. Nisan, 64-71.
- Ahmed, S.M.; Adams, A. M.; Chowdhury M. ve Bhuiya, A. (2003). Changing health-seeking behavior in Matlab, Bangladesh: Do development interventions matter? *Health Policy and Planning*. 18 (3):306-15.
- Aikins, Ama de-Graft. (2006). Reframing applied disease stigma research: a multilevel analysis of diabetes stigma in Ghana. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 16(6), 426-441.
- Akadlı Ergöçmen, B.; Akşit, B.; Atauz, A.; Biliker, M. A.; Eraydın, A. ve Kasnakoğlu, H. (2002). *Türkiye'nin Nüfus ve Kalkınma Konularıyla İlgili Literatürü Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme*. http://www.kbam.metu.edu.tr/published/turkiyenin_nufus_kalkinma_literaturu.pdf (Erişim: 10.10.2009).
- Akalın, A. (1998). Sağlık hizmetlerinde özelleştirme hızlanıyor. *Toplum ve Hekim* 13(3), 162-166.
- Akbar Zaidi, S. (1996). Gender Perspectives and quality of care in underdeveloped countries: disease, gender and contextuality. *Social Science and Medicine*. 43(5), 721-30.
- Akdağ, R. (2009). *T.C. Sağlık Bakanlığı 2010 Mali Yılı Bütçesinin TBMM Genel Kurulu'na Sunumu*. <http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/dosya/1-53117/h/sb-2010-butce-sunum.pdf>. (Erişim: 16.10.2009).
- Akdağ, R.; Aydın, S. ve Demirel, H. (ed.) (2008). *İlerleme Raporu: Sağlıkta Dönüşüm Programı*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını No:749.
- Akın, Y. (2004). *Gülbüz ve Yavuz Evlatlar: Erken Cumhuriyet'te Beden Terbiyesi ve Spor*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Aksakoğlu, G. (1994). İngiltere ulusal sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim*. 64(5), 96-100.

- Aksakoğlu, G. ve Giray, H. (2006). Birleşik Krallık'ta ulusal sağlık hizmetinin öyküsü. *Toplum ve Hekim*. 21(5-6), 335-343.
- Aksakoğlu, G.; Kılıç, B. ve Uçku, R.(2003). Aile hekimliği modeli/sistemi Türkiye için uygun değildir. *Toplum ve Hekim*, 18(4), 251-257.
- Akşit B.ve Akşit, B. (1989). Socio-cultural determinants of infant and child mortality in Turkey. *Social Science and Medicine*. 28(6), 571-576.
- Akşit, B. (1991). Türkiye'de bebek ve çocuk ölümlerinde anne eğitiminin rolü. *Toplum ve Bilim*. 51/52, 117-127.
- Akşit, B. (1993). Rural health seeking: under fives in Sivas, Van and Ankara. *Culture and the Economy: Changes in Turkish Vilages* (Ed. P.Stirling). Cambridgeshire: Eothen Press.
- Akşit, B. (1994). Sosyal , demografik ve ekonomik yapılarıdaki dönüşüm ve beslenme modelleri. *Hızlı Hazır Yemek Sistemi* (Ed. F. Akdağ ve P. Arslan) Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını.
- Akşit, B. ve Akşit, E.E. Social services, health and welfare. *World Bibliographical Series: Volume on Turkey*. (Ed. Ç. Balım). Oxford: Clio Press Ltd.
- Almond, D. (2006). Is the 1918 influenza pandemic over? Long-term effects of in utero influenza exposure in the post-1940 U.S. population'. *Journal of Political Economy*. 114(4), 562-712.
- Alt, R.L. (2002). Where the boys are not: a brief overview of male preventive health. *Wisconsin Medical Journal*. 101(4), 22-7.
- Alvarez, J. L.; Gil, R.; Hernández, V. ve Gil, A. (2009). Factors associated with maternal mortality in Sub-Saharan Africa: an ecological study. *BMC Public Health*. 9, 462.
- Angell, Marcia (2000). Is Academic Medicine for Sale?. *The New England Journal of Medicine*. 342 (20), 1516-1518.
- Annandale E. ve Field, D. (2007). Gender Differences in Health. *Sociology of Health and Health Care*. (Ed: S.Taylor ve D. Field) Blackwell Publishing, ss.93-113.
- Annandale, E. (1998). *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Annandale, E. and Clark, J. (1996). What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction. *Sociology of Health and Illness*. 18(1), 17-44.
- Annandale, E. ve K. Hunt (Ed.) (2000). *Gender Inequalities in Health*. Milton Keynes: Open University Press.
- Annandale, E. ve Hunt, K. (1998). Accounts of disagreements with doctors. *Social Science and Medicine*. 46 (1), 119-129.
- Arber S. (1993). Chronic illness over the life course: class Inequalities among men and women in Britain. *Medical Sociology: Research on Chronic*

- Illness*. (Ed: T. Abel; S. Geyer; U. Gerhardt; J. Siegrist; W.J.A. van den Heuvel). KOIN: Informationszentrum Sozialwissenschaften, ss.39-64.
- Arber S., McKinlay J., Adams A.; Marceau, L.; Link, C. ve O'Donnell, A. (2004). Influence of patient characteristics on doctors' questioning and lifestyle advice for coronary heart disease: a UK/US video experiment. *British Journal of General Practice*. 54(506), 673–678
- Arber, S. (1991). Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Social Science and Medicine*, 32(4), 425–436.
- Arendt, J.N. (2005). Does Education Cause Better Health? A panel data analysis using school reform for identification. *Economics of Education Review*. 24:149-160.
- Arıkan, Z., Çoşar, B., Işık, A., Candansayar, S. ve Işık, E. (1996). Yarı Kentsel Bir Bölgede Alkolizm Prevalansı. *Kriz Dergisi*. 4, 93–100. <http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/kriz/1996/2/93.pdf>. (Erişim: 20.05.2010).
- Armstrong, D. (1983). *Political Anatomy of the Body: Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Armstrong, D. (1993). From clinical gaze to regime of total health. *Health and Wellbeing: Course Reader*. (Ed: A. Beattie; M. Gott; L. Jones ve M. Sidell). London: MacMillan, ss. 55-65.
- Armstrong, D. (2002). The Rise of Surveillance Medicine. *The Sociology of Health and Illness Reader*. (Ed:S. Nettleton and U. Gustaffson. Cambridge: Polity Press, ss.112-118.
- Arney, R. ve Bergen, B. (1984) *Medicine and the Management of Living: Taming the Last Great Beast*. Chicago: University of Chicago Press.
- Arslan, E. ve Durukanoğlu, Ç. (2008). Tuzla Tersaneler Bölgesi Gerçeği. *Metalurji*.150, 27-30. www.metalurji.org.tr/dergi/dergi150/d150_2730.pdf
- Aslan, D.; Özcebe, H.; Bilir, N.; Vaizoğlu, S. ve Subaşı, N. (2006). What Are the Predictors of Health Services Utilization by Women in a City Center Located in the Eastern Part of Turkey?: A Cross Sectional Study. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 36, 37-43.
- Asthana, S. (2006). *Equity in Health Provision: a Fair Deal for Rural Areas? The Rural Citizen: Governance, Culture and Wellbeing in the 21st Century*. UK: University of Plymouth. www.ruralfuturesconference.org/2006/Asthana.pdf.
- Arun, Ö. (2009). Yaşlı Bireyin Türkiye Serüveni: Türkiye’de Yaşlı Bireyler Arasında Kültürel Sermaye Dağılımı. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 8(1), 77-100.

- Ataç, A. (2004). 19. Yüzyılda Türkiye’de cerrahinin gelişimi ve Op.Dr. Cemil Topuzlu Paşa. *Ankara Üniversitesi Osmanlı Tarihi Araştırma ve Uygulama Merkezi Dergisi*. 16, 66-76.
- Atav, S. A. (2001). Issues in health policy: The case of the developing world. *Journal of Multicultural Nursing and Health*. 7, 6-10.
- Ateş, M.; Erbaydar, T.; Demirkıran, K.; Özhan, G.; Cevahir, E. ve İşçi, E. (2004). Gebze Halkının Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Sağlık Kuruluşlarını Tercih Etme Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 7(3), 319-341.
- Atkinson, P. (1988). Discourse, Descriptions and Diagnoses: Reproducing Normal Medicine. *Biomedicine Examined*. (Ed: M. Lock and D. Gordon). London:Kluwer Academic Publishers, ss.57-97.
- Aydın, S. (2010). Genel Sağlık Sigortası Neler Getiriyor?. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*. <http://www.sdplatform.com/KoseYazisi.aspx?KID=55> (Erişim: 18.10.2010).
- Backhans, M., Lundberg, M., ve Mansdotter, A. (2007). Does increased gender equality lead to convergence of health outcomes? A study of Swedish municipalities. *Social Science and Medicine*, 64 (9), 1892–1903.
- Bader, G. ve Ohayon, M.M. (2002). Insomnia in the general population of Sweden. *Journal of Sleep Research*. 11, 10-11.
- Badur, S. (2009) *AIDS neden önlenemiyor?*. <http://www.aidsrehberi.com/6/aids-neden-onlenemiyor/> (Erişim: 18.10.2010).
- Baghadi, G. (2005). Gender and medicines: an intenational public health perspective. *Journal of Women’s Health*. 14(1), 82-86.
- Balabanova , D. ve Mckee, M. (1999). Patterns of alcohol consumption in Bulgaria. *Alcohol and Alcoholism*. 34(4), 622-628.
- Baloğlu, B. (2006). *Sağlık ve Hastalık: Ekonomik ve Sosyolojik Bakış Açısıyla*. İstanbul: Der Yayınları.
- Banks, J.; Marmot, M.; Oldfield, Z. ve Smith, J.P. (2007). The SES Health Gradient on Both Sides of the Atlantic. *Yaşlanma Ekonomisi Konferansı’nda sunulan bildiri*. Carefree, Arizona. http://www.nber.org/books_in_progress/boulders05/banks-et-al8-9-06.pdf (Erişim: 02.11.2009)
- Barbeau, E.; Krieger, N. ve Soobader M.J. (2004). Working Class Matters: Socioeconomic Disadvantage, Race/Ethnicity, Gender, and Smoking in NHIS 2000. *American Journal of Public Health*, 94(2), 269-278.
- Barnett, E., Armstrong, D. ve Casper, M. L. (1997). Social class and premature mortality among men: A method for state-based surveillance. *American Journal of Public Health*. 87(9), 1521-1525.

- Barnett, S., Roderick, P., Martin, D. and Diamond, I. (2001). A multilevel analysis of the effects of rurality and social deprivation on premature limiting long-term illness. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 55: 44-51.
- Barrett, M. and Roberts, H. (1978) Doctors and Their Patients: The Social Control of Women in General Practice. *Women, Sexuality and Social Control*. (Ed: C. Smart ve B. Smart). London: Routledge and Kegan Paul, ss. 41-64.
- Barry, C., Stevenson, F., Britten, N., Barber, N. and Bradley, C. (2001). Giving voice to the lifeworld. *Social Science and Medicine*. 53(4), 487-505.
- Bartley, M. (1990). Do We Need a Strong Programme in Medical Sociology?. *Sociology of Health and Illness*. 12(4), 371-90.
- Bartley, M., Carpenter, L., Dunnell, K. and Fitzpatrick, R. (1996). Measuring inequalities in health: an analysis of mortality patterns using two social classifications. *Sociology of Health and Illness*. 18(4),455-74.
- Bartley, Mel (2004). *Health Inequality: An introduction to theories, concepts and meyhods*. Polity Press.
- Başara B.B. ve Şahin, İ. (2008). Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 26(2), 319-340.
- Başer, M. (2000). Adölesan Cinselliği ve Gebelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 4 (1), 50-54.
- Battista, J. R. (1997). Corporate Medicine Is Bad Medicine. *The Voice*, December, http://cthealth.server101.com/corporate_medicine_is_bad_medicine.htm (Erişim: 18.10.2010).
- Baudrillard, J. (1983). *Simulations*. New York: Semiotext(e).
- Beaglehole, R. and Bonita, R. (1997). *Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beck, D. (1992). *Risk Society*. London: Sage.
- Becker, G. S. (1993). *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Becker, G.S. (1964). *Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education*. Chicago: University of Chicago Press.
- Behar, J. (1983) The Nonorthodox Cancer Therapy Movement: Emergent Organisation in Healthcare Crisis. *Journal of Sociology and Social Welfare* 10, 440-50.
- Behrman, J.R., ve Rosenzweig, M.R. (2004). Returns to birthweight. *Review of Economics and Statistics* 86(2), 586-601.

- Belek İ. (1999). Sosyal Sınıf, Eğitim, Gelir ve Mahalle; Hangisi Sağlığın En Önemli Belirleyicidir? Antalya'da Bir Araştırma. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 2(1-2), 49-75.
- Belek İ. (2000b). Social Class, Income, Education, Area of Residence and Psychological Distress: Does Social Class Have an Independent Effect on Psychological Distress in Antalya, Turkey? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 35(2), 94-101.
- Belek İ., Erengin H. ve Dedeoğlu N. (1997). Antalya Ahatlı Bölgesinde 0-59 Aylık Çocuklarda Malnütrisyonu Etkileyen Risk Faktörleri: Bir Vaka Kontrol Çalışması. *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi*. 7(4), 35-44.
- Belek İ., Nalçacı E., Hamzaoğlu O. (1992). Kapitalizmin Ekonomi Politikası Çerçevesinde Sağlıkta Finansman Sorunu. *Toplum ve Hekim*. 50, 12-19.
- Belek, H. (2000). *Ahatlı gecekondü bölgesinde yaşayan annelerin çocuklarının sağlığı ve hastalıkları ile ilgili düşünceleri, algıları, inançları ve çare arayışları*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi.
- Belek, İ. (1998). *Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik*. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ. (2000a). *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlığın Ekonomi Politikası*. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ. (2001) Sağlıkta Eşitsizlik: Kavramlar, Nedenler, Çözüm Politikaları. *Toplumbilim*. 13, 59-71.
- Belek, İ.; Nalçacı, E.; Hamzaoğlu, O. ve Ardiç, F. *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi*. 2.baskı. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Bem, S. L. (1993). *The Lenses of Gender: Transforming the Debate on Sexual Inequality*. London: Yale University Press.
- Berger, P. L. and Luckmann, T. (1967). *The Social Construction of Reality*. London: Penguin.
- Best, S. and Kellner, D. (1991). *Postmodern Theory*. New York: Cuildford Press.
- Beyazova, U. (2008). Poverty And Child Health. *Pediatric Bilimler Dergisi* 4(6), 38-41.
- Bilaloğlu, E. (2004). Sağlık Nereye. *Özgür Üniversite Forumu*. 26-27, 63-81.
- Bilge, Uğur (2008). *Bazı kronik hastalıklarda ruhsal bozuklukların sıklığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
- Bilgiç H. (1991). Tüberküloz Epidemiyolojisi. *Tüberküloz Kliniği ve Kontrolü*. (Ed: A. Kocabaş) Adana: Çukurova Üniversitesi Basımevi, ss.401-37.
- Bilir, N.; Çakır, B.; Dağlı, E.; Ergüder, T. ve Önder, Z. (2010). *Türkiye'de Tütün Kontrolü Politikaları*. Dünya Sağlık Örgütü.

<http://www.ssuk.org.tr/pdf/TurkiyedeTutunKontroluPolitikalari.pdf>
(Erişim: 18.11.2010).

- Bird, C. E. ve Rieker, P. P. (2008). *Gender and Health: The Effects of Constrained Choices and Social Policies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bird, C.E. and Rieker, P.P. (1999). Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health. *Social Science and Medicine*. 48(6), 745–755.
- Black, S.E., Devereux, P.J. ve Salvanes, K.G. (2007). From the cradle to the labor market? The effect of birth weight on adult outcomes. *Quarterly Journal of Economics*. 122(1), 409-439.
- Blackburn, C. (1991). *Poverty and Health: Working with Families*. Milton Keynes: Open University Press.
- Blane, D. (1999) The life course, the social gradient and health. Marmot, M. Ve Wilkinson, R. (ed.) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Blaxter, M. (1987). Health and social class: evidence on inequality and health from a national survey. *Lancet* (4), 30-3.
- Blaxter, M. (2004). *Health: Key Concepts*. Cambridge: Polity Press.
- Blaylock; J. R. ve Blisard, W. N. (1992). Self-evaluated health status and smoking behaviour. *Applied Economics*. 24(4), 429 - 435.
- Bloor, M. (1976). Bishop Berkeley and the Adenotonsillectomy Enigma: An Exploration of Variation in the Social Construction of Medical Disposals. *Sociology* 10(1), 4-1.
- Bloor, M. (2000). The South Wales Miners Federation, Miners' Lung and the Instrumental Use of Expertise 1900-1950. *Social Studies of Science*. 30(1), 125-40.
- Blue, I. (2000). Individual and contextual effects on mental health status in Sao Paulo, Brazil. *RBP Brazilian Journal of Psychiatry*. 22(3), 116-123.
- Blumhagen, D. (1980). The Meaning of Hypertension: A Folk Illness with a Medical Name. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 4, 197-227.
- Bodenheimer T. (2000). Uneasy alliance: clinical investigators and the pharmaceutical industry. *New England Journal of Medicine*. 342(20), 1539-1544.
- Bodur, S. ve Kurt, Ö. (1997). Kırsal alanda toplumun sağık hizmetleri ile ilgili tutumu. *Genel Tip Dergisi*. 7(1), 30-32.
- Boerma, J., Urassa, M., Senkoro, K., Klokke, A. ve Ngweshemi, Z.L. (1999). Spread of HIV infection in a rural area of Tanzania. *AIDS*. 13, 1233-40.
- Bohmer, R. (2007). The Rise of In-Store Clinics - Threat or Opportunity?. *The New England Journal of Medicine*. 356(8), 765-768.

- Boje, D. M. ve R. D. Winsor. (1993). The Ressurrection of Taylorism: TQM's Hidden Agenda . *Journal of Organizational Change Mangement*. 6(4), 57-70.
- Borrell, L. N. (2009). Race, Ethnicity, and Self-Reported Hypertension: Analysis of Data From the National Health Interview Survey, 1997-2005. *American Journal of Public Health*. 99(2), 313-319.
- Boscarino, J. ve Steiber, S.R. (1982). Hospital Shopping and Consumer Choice. *Journal of Health Care Marketing*. 2(2), 15-23.
- Bosma, H.; Peter, R.; Siegrist, J. ve Marmot, M. (1998). Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *American Journal of Public Health*. 88(1), 68-74.
- Bourdieu, P. (1986). The *forms of capital*. *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. (Ed: J.Richardson). New York: Greenwood, ss.241-258.
- Bourdieu, P. (2000). *Televizyon Üzerine*. Çeviren: Turhan Ilgaz. Yapı Kredi Yayınları.
- Bourdieu, P. and Wacquant, L. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bourdieu, P., (1984). *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bourdieu, P., (1974). The School as a Conservative Force: Scholastic Achievement and Cultural Inequalities. *Contemporary Research in the Sociology of Education*. (J. Eggleston, ed.). London: Methuen.
- Bourdieu, P. ; Ferguson, P.P.; Emanuel, S. vd.(1999). *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society*. Cambridge: Polity.
- Bourdieu, P., (1998). *Practical Reason. On the Theory of Action*. Stanford: Stanford University Press.
- Bourne, P. A.; Eldemire-Shearer, D.; McGrowder, D. ve Crawford, T. (2009). Examining health status of women in rural, peri-urban and urban areas in Jamaica. *North American Journal of Medical Sciences*. 1(5), 256-271.
- Boyle, S. (2008). The Health System in England. *Eurohealth*.14(1), 1-2.
- Bratsberg, B. ve Ragan, J.F. (2002). The Impact of Host-Country Schooling on Earnings. *The Journal of Human Resources*. 37, 63-105.
- Braveman, P. (2006) Health disparities and health equity: concepts and measurement, *Annual Review of Public Health*, 27: 167–94.
- Braveman, P. and Gruskin, S. (2003) Defining equity in health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 254–8.
- Brockerhoff, M. (1995). Child survival in big cities: the disadvantages of migrants. *Social Science and Medicine* 40(10), 1371–83.

- Brockerhoff, M. ve Brennan, E. (1998). The poverty of cities in developing regions. *Population and Development Review* 24(1), 75–114.
- Brouwer, S. (2009). The Cuban Revolutionary Doctor: The Ultimate Weapon of Solidarity. *Monthly Review*. January, 28-42.
- Brown, G. ve Harris, T. (1978). *The Social Origins of Depression*. London: Tavistock.
- Budetti, P. P. (2008). Market Justice and US Health Care. *Journal of American Medical Association*. 299(1), 92-94.
- Buetow S. (1995). What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? *Social Science and Medicine*. 40(2), 213-221.
- Buğra Kavala, A. ve Keyder, Ç. (2008). *Kent Nüfusunun En Yoksul Kesiminin İstihdam Yapısı ve Geçinme Yöntemleri*. http://www.spf.boun.edu.tr/docs/kent_yoksullugu_rapor.pdf (Erişim: 12.12.2009).
- Buğra, A. (2001). Ekonomik Kriz Karşısında Türkiye'nin Geleneksel Refah Rejimi. *Toplum ve Bilim*. 89: 22-30.
- Buğra, A. (2008). *Kapitalizm, Yoksulluk ve Türkiye'de Sosyal Politika*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Buğra, A. ve Adar, S. (2007). Türkiye'nin Kamu Sosyal Koruma Harcamalarının Karşılaştırmalı Bir Analizi. *Sosyal Politika Forumu*. http://www.spf.boun.edu.tr/docs/SocialPolicyWatch_Rapor__TR_.pdf. (Erişim: 29.08.2010).
- Buller M. K.; Buller, D. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*. 28(4), 375-88.
- Bulut I. (1984). *Adölesan evliliklerinin ve doğurganlıklarının sosyoekonomik belirleyiciler açısından yetişkin evlilikleri ile karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Bunker, J. (1970). Surgical Manpower: A Comparison of Operations and Surgeons in the u.s. and England and Wales. *New England Journal of Medicine*. 282, 135-144.
- Burström, K., Johannesson, M., ve Diderichsen, F., (2001). Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy*. 55(1), 51–69.
- Bury, M. (1986). Social constructionism and the development of medical sociology. *Sociology of Health and Illness*. 8(2), 137-169.
- Busse, R. (2008). The German Health Care System. *Commonwealth Fund*. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Germany_Country_Profile_2008_2%20pdf.pdf (Erişim: 16.10.2009).

- Byrd-Bredbenner, C. ve Grasso, D. (2000). Health, medicine and food messages in television commercials during 1992 and 1998. *Journal of School Health*. 70(2), 61-66.
- Callahan D. (2000). Death and the Research Imperative. *New England Journal of Medicine*. 342(9), 654-656 .
- Cameron, S., Walker, C. ve Beers, M. (1995). Escherichia coli outbreak in. South Australia associated with consumption of mettwurst. *Communicable Disease Intelligence*. 19, 70-71.
- Canbaz, S.; Dündar, C. ve Peşken, Y. (2006). Birinci basamakta döner sermaye uygulamasının etkileri. *Türk Tabipler Birliği Eskişehir Tabip Odası*.
http://www.ebto.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=204&Itemid=62 (Erişim: 16.10.2009).
- Candansayar, S. ve Coşar, B. (2001). Küreselleşme, Postmodernizm ve kültürel görelilik: Psikiyatride biyomedikal paradigma nasıl korunur?. *Kriz Dergisi*. 9(2), 41-47.
- Cant, S. ve Sharma, U. (1999). *A New Medical Pluralism: Complementary Medicine, Doctors, Patients and the State*. London: Taylor and Francis.
- Capraro, R. (2000). Why college men drink: alcohol, adventure and the paradox of masculinity. *Journal of American College Health*. 48, 307-315.
- Carey, D.; Herring, B. ve Lenain, P. (2009). Health care reform in the United States. *Organisation for Economic Co-operation and Development, Economics Department Working Paper No.665*.
<http://www.saludinvestiga.org.ar/biblioteca/world-health-organization/health-care-reform.pdf>. (Erişim: 03.05.2010).
- Carr-Hill, R. (1987). The Inequalities in Health Debate: A Critical Review of the Issues. *Journal of Social Policy*. 14(4), 509-42.
- Case, A., A. Fertig ve Paxson, C. (2005). The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of Health Economics*. 24(2), 365-389.
- Casterline, J.; Cooksey, E. ve İsmail, A.F. (1989). Household income and child survival in Egypt. *Demography*. 26(5), 15-36.
- Castro, F. (2000). Küba Devlet Başkanı Fidel Castro Ruz'un Güney Zirvesi Konferansı'nda 77.Grup açılışı konuşması.
www.g77.org/summit/cenai.inf.cu/f120400i.html
- Catell, V. (2001). Poor people, poor places and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science and Medicine*. 52, 1501-16.
- Caughy O'Brien, M.; O'Campo, P. J. ve Muntaner, C. (2003). When being alone might be better: neighborhood poverty, social capital, and child mental health. *Social Science and Medicine*. 57(2), 227-237.

- Cavelaars, A.E.J.M.; Kunst A.E.; Mackenbach, J.P. (1997). Socioeconomic differences in risk factors for morbidity and mortality in the European Community: An International Comparison. *Journal of Health Psychology*. 2, 353-372.
- Chadha, S.L.; Gopinath, N. ve Shekhawat, S. (1997). Urban-rural differences in the prevalence of coronary heart disease and its risk factors in Delhi. *Bulletin of the World Health Organization*. 75(1), 31-38.
- Chandola, T.; Clarke, P.; Morris, J. N. ve D. Blane. (2006). Pathways between education and health: a causal modelling approach. *Royal Statistical Society*. 169(2), 337-359.
- Chang, M.; Chen, Y.F.; Shen, C.S. ve Yu, L. (2009). Dimensions of Disease Stigma in Taiwan: A Multidimensional Scaling Analysis. *Journal of Psychology in Chinese Societies*. 10(1), 85-104.
- Chapple, A., Ling, M. ve May, C. (1998). General practitioners' perceptions of the illness and behaviour needs of South Asian women with menorrhagia. *Ethnicity and Health*. 3(172), 81-93.
- Charlton, J., Wallace, M. and White, I. (1994). Long-term illness: results from the 1991 Census. *Population Trends*. 75, 18-25.
- Chavez, R.; Kemp, L. ve Haris, E. (2004). The social capital:health relationship in two disadvantaged neighbourhoods. *Journal of Health Services Research and Policy* 9(2), 29-34.
- Chesler, P. (1990). *The Sacred Bond: Motherhood Under Siege*. London: Virago.
- Chew, F.; Palmer, S. ve Kim, S. (1998). Testing the influence of the Health Belief Model and a television program on nutrition behavior. *Health Communication*. 10(3), 227-245.
- Chew, F.; Palmer, S. ve S. Kim. (1995). Sources of information and knowledge about health and nutrition: Can viewing one television program make a difference?. *Public Understanding of Science*. 4, 17-29.
- Chew, F.; Palmer, S.; Slonska, Z. ve Subbiah, K. (2002). Enhancing Health Knowledge, Health Beliefs, and Health Behavior in Poland through a Health Promoting Television Program Series. *Journal of Health Communication*. 7(3), 179-196.
- Cirhinlioğlu, Z. (2003). Post-Modern Çözölüş ve Sağlık. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 5(1), 131-148.
- Cirhinlioğlu, Z. (2003). Post-Modern Çözölüş ve Sağlık. *Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 5, 131-148.
- Cirhinlioğlu, Z. *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Clark, A. E. ve Oswald, A. J. (1994). Unhappiness and unemployment. *Economic Journal*. 104, 648-649.

- Clark, R., Anderson, N.B., Clark, V.R. and Williams, D.R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: a biopsychosocial model. *American Psychologist*. 54, 805-816.
- Clarke, A. E. (2003). The more things change, the more they [also] remain the same. *Feminism and Psychology*. 3(1), 34-9.
- Clarke, J. (1981). A Multiple Paradigm Approach to the Sociology of Medicine, Health and Illness. *Sociology of Health and Illness*. 3(1), 89-103.
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Leeds: Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Cockerham W.C. (2000). The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles. *Handbook of Medical Sociology*. (Ed: C.E. Bird, P. Conrad ve A.M. Fremont). New Jersey: Prentice Hall, ss. 159-172.
- Cockerham, W.C. (1998). *Medical Sociology*. 7. baskı. New Jersey:Prentice Hall.
- Collins, P. (1990). *Black Feminist Thought*. London: Harper Collins Academic.
- Collins, S. R.; Davis, K.; Doty, M. M.; Kriss, J. L. ve Holmgren, A.L. (2006). Gaps in Health Insurance: An All-American Problem. *Commonwealth Fund Reports* 16, <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2006/Apr/Gaps-in-Health-Insurance--An-All-American-Problem.aspx> (Erişim: 16.10.2009).
- Comaroff, J. (1978). Medicine and Culture: Some Anthropological Perspectives. *Social Science and Medicine*. 12B, 247-254.
- Connell, R. and Messerschmidt, J.W. (2005). Hegemonic masculinity – rethinking the concept. *Gender and Society*. 19 (6), 829–859.
- Conrad, P. (2002). A Mirage of Genes. *The Sociology of Health and Illness Reader*. (Ed:S. Nettleton and U. Gustaffson. Cambridge: Polity Press, ss.76-88.
- Conrad, P. and Schneider, J. (1980). *Deviance and Medicalisation: From Badness to Sickness*. St. Louis: Mosby.
- Cooper, H., Arber, S. ve Ginn, J. (1999). *The Influence of Social Support and Social Capital on Health*. London: Health Education.
- Corea, G. (1985). *The Mother Machine: Reproductive Technologies from Artificial Insemination to Artificial Wombs*. London: The Women's Press.
- Cornwell, J. (1984). *Hard-Earned Lives: Accounts of Health and Illness from East London*. London: Tavistock.
- Coryell W., Endicott J. ve Keller M. (1992). Major depression in a nonclinical sample. Demographic and clinical risk factors for first onset. *Archives of General Psychiatry*. 49(2), 117-125.

- Coulthard, M., Huang Chow, Y., Dattani, N. et al. (2004). Health. *Focus of Social Inequalities*. (Ed: P. Babb, J. Martin ve P. Haezewindt). London: Office of National Stocks, ss. 70–84.
- Courtenay, W.H. (2000). Constructions of Masculinity and their influence on men's wellbeing: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*. 50(10), 1385-1401.
- Crawford, R. (1977). You are Dangerous to Your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming. *International Journal of Health Services*. 7(4), 663-80.
- Crawford, R. (1984). A cultural account of 'health': control, release, and the social body. *Issues in the Political Economy of Health Care*. (Ed: McKinlay). London: Tavistock, ss. 60-103.
- Crawford, R. (1987). Cultural influences on prevention and the emergence of a new health consciousness. *Taking Care: Understanding and Encouraging Self-Protective Behaviour*. (Ed: N. Weinstein). Cambridge: Cambridge University Press, ss.95-115.
- Crimmins, E. M., Kim, J. K., ve Hagedorn, A. (2002). Life with and without disease: Women experience more of both. *Journal of Women Aging*. 14(1/2), 47–59.
- Crossley, M. (1998). Sick Role or Empowerment - The Ambiguities of Life with an HIV Positive Diagnosis. *Sociology of Health and Illness*. 20(4): 507-31.
- Crossley, N. (2003). Prozac Nation and the Biochemical Self: A Critique. *Debating Biology: Sociological Reflections on Health, Medicine and Society*. (Ed: S. Williams, L. Birke ve G. Bendelow). London: Routledge, ss.245-261.
- Cullet, P. (2003). Patents and medicines: the relationship between TRIPS and the human right to health. *International Affairs*. 79(1), 139-160.
- Currie, J. ve Moretti, E. (2003). Mother's Education And The Intergenerational Transmission Of Human Capital: Evidence From College Openings. *The Quarterly Journal of Economics*. 118(4), 1495-1532.
- Cutler, D. M., Lleras-Muney, A. ve Vogl, T. (2008). Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms. *National Bureau of Economic Research, Working Paper No: 14333*. <http://www.nber.org/papers/w14333> (Erişim: 17.10.2009).
- Çalışır, H. C. (2010). *Tüberküloz hakkında detaylı bir derleme*. <http://www.nefesdarligi.com/?p=297> (Erişim: 17.11.2010).
- Çelikay, F. (2009). *Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından genel sağlık sigortası sisteminin etkinliği ve geleceği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.

- Çiftçi, F.; Bozkanat, E.; Deniz, Ö.; İlvan, A.; Taş, D.; Okutan, O. ve Açikel, C. H. (2006). Tüberkülozlu Asker Hastaların Coğrafi Dağılımı. *Toraks Dergisi*. 7(1), 40-44.
- Çilli, A.S.; Kaya, N. ve Bodur, S. (1997). Çalışan ve ev kadınlarında psikolojik belirtilerin karşılaştırılması. Antalya: 33. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı*, s.27.
- Çom, S. (2008). Aile Hekimliği Uygulamasında Son Durum. *Aile Hekimliği Dergisi*. 2(5), 5-6.
- Dahl, E. (1994). Social inequalities in ill-health: the significance of occupational status, education and incomeresults from a Norwegian survey. *Sociology of Health and Illness*. 16(5), 644-667.
- Dahlgren, G., ve Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Institute of Futures Studies, Stockholm'den aktaran OECD (2003). DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562366.pdf> (Erişim:02.06.2008)
- Dally, A. (1991). *Women Under the Knife: A History of Surgery*. London: Hutchinson.
- Daly, M.C.; Duncan, G.J.; Kaplan, G.A. ve Lynch, J.W. (1998). Macro-to-Micro Links in the Relation between Income Inequality and Mortality. *The Milbank Quarterly*. 76(3), 315-339.
- Daly,1990 [1978] *Gynaecology*. Boston: Beacon Press.
- Darmon, N. ve Drewnowski, A. (2008). Does social class predict diet quality?. *American Journal of Clinical Nutrition*. 87(5), 1107-1117.
- Davenas, F. B.; Amara, J.; Oberbaum, M.; Robinzon, B. ve Miadonnai, A. (1988). Human Basophil Degranulation Triggered by Very Dilute Antiserum Against IgE. *Nature*. 333 (6176), 816-18.
- Davies, J.; McCrae, B.P.; Frank, J.; Dochnahl, A.; Pickering, T.; Harrison, B.; Zakrzewski, M. ve Wilson, K. (2000). Identifying male college students' perceived health needs, barriers to seeking help and recommendations to help men adopt healthier lifestyles. *Journal of American College Health*. 48(6), 259-67.
- Davis, K. (1995). *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*. London: Routledge.
- Davis, P. ve Lee, R. (1990). Patterns of Care and Professional Decision Making in a New Zealand General Practice Sample. *New Zealand Medical Journal*. 103, 309-12.
- Day, R. ve Day, J. (1977). A review of the current state of negotiated order theory: an appreciation and a critique. *Sociological Quarterly*. 18, 126-42.

- De Swaan, A. (1981) The Politics of Agoraphobia: On Changes in Emotional Management. *Theory and Society*. 10(3), 359-85.
- De Vos, P.; De Ceukelaire W. ve Van der Stuyft, P. (2006). Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform. *Tropical Medicine and International Health*. 11(10), 1604–12.
- Deacon, H.; Stephney, I. ve Prosalendis, S. (2005). *Understanding HIV/Stigma. A theoretical and methodological analysis*. Cape Town: HSRC Press.
- Deleuze, G.ve Guattari, F. (1977). *Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia*. New York: Viking Penguin.
- Delisle, H. F. (2008). Poverty: the double burden of malnutrition in mothers and the intergenerational impact. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1136, 172-84
- Demir, B. ve Kasapoğlu, A. (2008). Nurse Physician Relations: A Qualitative Case Study in the Emergency Department of a Hospital in Ankara, Turkey. *European Journal of Turkish Studies*. <http://ejts.revues.org/index1783.html> (Erişim: 17.10.2009).
- Demir, M.(2010). *Sağlık Haberleri ve Medya Gerçeği*. Nobel Yayın Dağıtım.
- Derince, D. (2006). *Eskişehir ili İnönü merkez sağlık ocağı bölgesinde 0-59 aylık çocuğu olan annelerin bağışıklama konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi
- Derrida, J. (1982). *Margins of Philosophy*. Hemel Hempstead: Harvester.
- Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) (2001), *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, DPT Yayınları no: 2561.
- Di Stefano, C. (1990). Dilemma of difference: feminism, modernity and postmodernism. *Feminism/Postmodernism*. (Ed: L. Nicholson) London: Routledge, ss. 63-82.
- Dikbayır G. ve Karaduman, T.A. (2000) Women and health insurance: The situation of women as dependants in Turkey. *Social and Economic Patterning of Health among Women Semineri'*nde sunulan bildiri. http://www.cicred.ined.fr/sante_femmes/actes/Com_Dikbayir.pdf (Erişim:26.12.2008).
- Dikmen, A. (2001a). Giriş. *Toplumbilim*.13, 7-10.
- Dikmen, A. (2001b). Yaşamak ya da Ölmek. Kimin Kararı? *Toplumbilim*.13, 125-129.
- Dikmen, A. (2004). *Kırmızı Kar: Toplumsal ve Kültürel Açından Ayhali*. İstanbul: Bağlam Yayınları.
- Dinçer, B. ve Özaslan, M. (2004). *İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması. DPT Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel*

- Müdürlüğü. <http://ekutup.dpt.gov.tr/bolgesel/gosterge/2004/ilce.pdf> (Erişim: 2 Mayıs 2010)
- Dinçer, B.; Özaslan, M. ve Kavasoglu, T.(2003) *İllerin ve Bölgelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Araştırması*. Bölgesel Gelişme ve Yapısal Uyum Genel Müdürlüğü. www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/3116/2003-05.pdf Erişim:21.05.2008
- Doğan, O.; Gülmez, H. ve Ketenoğlu, C. (1995). *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*. Sivas: Dilek Matbaası.
- Donkin, A.; Huang Lee, Y. ve Toson, B. (2002). Implications of Changes in the UK Social and Occupational Classifications in 2001 for Vital Statistics. *Population Trends*. 107, 23-29.
- Donnison, J. (1977). *Midwives and Medical Men: A History of Inter-Professional Rivalries and Womens Rights*. London: Heinemann.
- Doyal, L. ve Pennell, L. (1979) *The Political Economy of Health*. London: Pluto Press.
- Dönmez L.; Dedeoğlu, N. ve Özcan, E. (2000). Sağlık ocaklarına başvuranlarda ruhsal bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 11, 198-203.
- DSÖ (1996). *Investigating in health research and development*. Geneva: WHO.
- DSÖ (1998). Award of the World Health Organization Health-for-All Gold Medal to His Excellency Dr Fidel Castro President of the Republic of Cuba, http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA51/ead7.pdf.
- DSÖ (2002). *Sağlık Araştırmaları Küresel Forumu*. http://www.who.int/director-general/speeches/1999/english/19990609_geneva_global_forum.html (Erişim:23.06.2009)
- DSÖ (2005). Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure, *Technical Briefs for Policy-Makers*. 2, 1-4. (Erişim:12.12.2009)
- DSÖ (2008). Cuba's primary health care revolution: 30 years on. *Bulletin of the World Health Organization*. 86(5), 327-329.
- DSÖ (2009). *World Health Statistics*. <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>. (Erişim: 02.01.2010).
- DSÖ (2010). *Skilled birth attendants*. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/skilled_birth/en/print.html (Erişim:03.02.2010)
- DSÖ *Dünya Sağlık Örgütü Türkiye İrtibat Ofisi*. <http://www.tasak.org/denizli/docs/almaata.htm>. (Erişim:03.02.2010)

- DSÖ ve UNICEF (2004). *Meeting on the MDG Drinking Water and Sanitation Target: A Mid-Term Assessment of Progress*. New York: World Health Organization and United Nations Children's Fund. (Erişim:02.01.2010)
- Dussault, G. ve Sheiham, A. (1982). Medical Theories and Professional Development. *Social Science and Medicine*. 16(15): 1405-12.
- Dünya Bankası. (1993). *Investing in health*. files.dcp2.org/pdf/WorldDevelopmentReport1993.pdf.
- Dünya Bankası. (2009). *Dünya Ekonomileri Sınıflandırması*. www.iqla.org/./World-Bank_Classification-List_2009.pdf
- Eames, N.; Ben Shlomo, Y. ve Marmot, M. (1993). Social Deprivation and Premature Mortality: Regional Comparison across England. *British Medical Journal*. 307: 1097-1102.
- Easley, A.C. ve Easley, C.E. (2006). Racial and Ethnic Minorities. *Social Injustice and Public Health*. (Ed: Barry S. Levy ve Victor W. Sidel.) Oxford University Press, in Cooperation with the American Public Health Association, ss.46-69.
- Eberhardt, M.S.; Ingram, D.D.; Makuc D. M. (2001). Urban and rural health chartbook. *Health, United States*. Maryland: Hyattsville, National Center for Health Statistics.
- Ebert, T. (1996). The crisis of (ludic) socialist feminism. *Forming and Reforming Identity*. (Ed: C. Siegel ve A. Kibbey) London: New York University Press, ss.339-369.
- Edelmann, R. (1985). Social embarrassment: An analysis of the process. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2, 195–213.
- Ehrenreich, B. (1990). *The Fear of Falling: The Inner Life of the Middle Class*. New York: Harper Perennial.
- Ehrenreich, B. ve English, D. (1978). *For Her Own Good: 150 Years of The Experts' Advice to Women*. London: Pluto Press.
- Eibner, C. ve Evans, W.N. (2005). Relative Deprivation, Poor Health Habits, and Mortality. *Journal of Human Resources*. 40(3), 591-620.
- Eisenstein, Z. (1988). *The Female Body and the Law*. London: University of California Press.
- Ekblad, S. (1993). Stressful environments and their effects on quality of life in Third World Cities. *Environment and Urbanization*. 5(2), 125–34.
- Elbek, O. (2007). Tıp ve felsefe. *Toraks Dergisi*. 8(2), 130-133.
- Elbek, O. (2008). Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Genel Sağlık Sigortası: "Efsaneler & Gerçekler". *Birikim*. 228, 83-91.
- Elbek, O. (2009a). Yoksulluk ve Sağlık. *Birikim*. 246, 55-59.
- Elbek, O. (2009b). Sağlıkta dönüşüm ve sol siyaset. *Birikim*. 246, 68-78.

- Elbek, O. 2010. *Tütünün Ekonomi Politikası*. <http://www.bianet.org/biamag/tarim/123970-tutunun-ekonomi-politigi> (Erişim:23.11.2010)
- Elbek, O. ve Adaş, E.B. (2009). Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*.12(1), 33-44.
- Elias, N. (1997). *The Germans: Power Struggles and the Development of Habitus in the Nineteenth and Twentieth Centuries*. London: Polity Press.
- Elias, N. (2000) [1978] *Uygarlık Süreci*. Çeviren: Ender Ateşman. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Ellisekizinci Hükümet Programı, 2002. www.belgenet.com/hukumet/program/58-1.html. Erişim: 2.01.2010.
- Eldstad, J. J. (2002). The Psycho social perspective on social inequalities in health. *The Sociology of Health and Illness Reader*. (Ed:S. Nettleton and U. Gustaffson. Cambridge: Polity Press, ss.293-305.
- Emerson, E. ve Hatton, C. (2007). Poverty, socio-economic position, social capital and the health of children and adolescents with intellectual disabilities in Britain: a replication. *Journal of Intellectual Disability Research*. 51(11), 866–874.
- Emslie, C. ve Hunt, K. (2008). The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Social Science and Medicine*. 67(5), 808–816.
- Engels, F. (1993) [1845] *The Condition of the Working Class in England*. Oxford: Oxford University Press.
- Epstein, S. ve Swartz, J. (1981). Fallacies of Life Style Related Cancer Theories. *Nature*. 289, 127-130.
- Erchak, G. ve Rosenfeld, R. (1989). Learning Disabilities, Dyslexia, and the Medicalisation of the Classroom. *Images of Issues: Typifying Contemporary Social Problems*. (Ed: J. Best). New York: Aldine, ss.79-97.
- Erdogan, Ş.; Tuncer, İ. ve Ergin, M. (2005). Pathology in Turkey: A historical survey. *Aegean Pathology Journal*. 2, 123–126.
- Erengin, H. ve Dedeoğlu, N. (1998). Sağlıkta Eşitsizliğin Gösterilmesi. *Toplum ve Hekim*. 13(2), 105-109.
- Ergör, G. ve Öztekin, Z. (1996). *Türkiye’de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi*. , http://www.un.org.tr/doc_pdf/saglik_pol.pdf (Erişim:03.04.2008)
- Ericson, R. ve Goldthorpe, J.H. (1992). *The Constant Flux: A Study of Class Mobility in Industrial Societies*. Oxford: Clarendon Press.
- Erol N.; Kılıç C. ve Ulusoy, M. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Ankara: Eksen Tanıtım Ltd.Şti.

- Ersel, B. (2001). Sosyal Sigortalar Kurumunun Özelleştirilmesi Üzerine Tartışmalar. *Mülkiye Dergisi*. 25(227), 171-188.
- Ertem, M. (1999). Göç ve bulaşıcı hastalıklar. *Toplum ve Hekim*. 14(3), 225-228.
- Eskin, M. (1989). Rural population's opinions about the causes of mental illness, modern psychiatric help-sources and traditional healers in Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*. 35, 324-328.
- Evans, G.W. ve Kantrowitz, E. (2002). Socioeconomic status and health: the potential role of environmental risk exposure. *Annual Review of Public Health*. 23, 303-31.
- Evans, R.G. (1994). Chapter 1: Introduction. *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health in Populations*. (Ed: R.G. Evans, M.L. Barer ve T.R. Marmor) New York: Aldine De Gruyter, ss. 3-26.
- Fajnzylber P.; Lederman, D. ve Loayza, N. (2002). Inequality and violent crime. *Journal of Law Economics*. 45, 1-40.
- Falkingham J. (2004). Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Social Science and Medicine*. 58(2), 247-58.
- Farley T.; Galves, A. L.; Dickinson, M. ve Perez, M. J. (2005). Stres, coping and health: a comparison of Mexican Immigrants, Mexican-Americans and Non-Hispanic Whites. *Journal Of Immigrant Health*. 7(3), 213-219.
- Faulkner, W. ve Arnold, E. (1985). *Smothered by Invention: Technology in Women's Lives*. London: Pluto Press.
- Fawcus, S.; Mbizvo, M.; Lindmark, G. ve Nystrom, L. (1996). A community-based investigation of avoidable factors for maternal mortality in Zimbabwe. *Studies in Family Planning*. 27(6), 319-27.
- Feachem, R.; Kjellstrom, R. ve Murray, C. (ed). (1990). *The Health of Adults in the Developing World*. Washington DC: World Bank.
- Fidan, H. (2009). Eskişehir aile hekimliği uygulamasında üç yılın değerlendirilmesi. *Aile Hekimliği Dergisi*. 3(4) <http://www.ailehekimligidergisi.org/Journal/Default.aspx?Ctrl=Text&IDArticle=193> (Erişim:03.02.2010)
- Figlio, K. (1978). Chlorosis and Chronic Disease in Nineteenth Century Britain: The Social Constitution of Somatic Illness in a Capitalist Society. *Social History*. 3, 167-179.
- Figlio, K. (1982). How Does Illness Mediate Social Relations?. *The Problem of Medical Knowledge*. (Ed: P. Wright ve A. Treacher). Edinburgh: Edinburgh University Press, ss.174-224.

- Finch, B.K. (2003). Socioeconomic Gradient and Low Birth-Weight: Empirical and Policy Considerations. *Health Services Research*.38(6), 1819-1841.
- Fine, G. (1993). The sad demise, mysterious disappearance, and glorious triumph of symbolic interactionizm. *Annual Review of Sociology*. 19, 61-87.
- Firestone, S. (1970). *The Dialectic of Sex*. New York: Bantam Books.
- Fişek, N. (1991). Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları. *Toplum ve Hekim*.48, 2-5.
- Fişek, N. (1990). Temel Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Konusunda Söyleşi. *Sağlık İş Kolunda Sendika Dergisi*. http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/31.html#_ftn1 (Erişim:03.02.2010)
- Flax, J. (1990a). *Thinking Fragments*. Oxford: University of California Press.
- Flax, J. (1990b). Postmodernism and Gender Relations in Feminist Theory. *Feminism/Postmodernism*. (Ed: L. Nicholson). London: Routledge, ss.39-82.
- Fleck, L. (1979 [1935]). *The Genesis and Development of a Scientific Fact*. Chicago: Chicago University Press.
- Fleck, L. (1981 [1935]). On The Question of the Foundations of Medical Knowledge. *Journal of Medicine and Philosophy*. 6, 237-56.
- Foster, P. (1995). *Women and the Health Care Industry*. Buckingham: Open University Press.
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic*. London: Routledge.
- Foucault, M. (1976). *The History of Sexuality. Volume 1: An Introduction*. Harmondsworth: Penguin.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. Harmondswol Penguin.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge Selected Interviews and Other Writings, 1972-77*. (Ed:C. Gordon). Brighton: Harvester Press.
- Foucault, M. (1988). Technologies of the self. *Technologies of the Self*. (Ed: M. Luther, M. Martin, H. Cutman ve P. H. Hutton). Massachusetts: University of Massachusetts Press, ss.16-49.
- Foucault, M. (2006 [1967]). *Madness and Civilisation*. Routledge.
- Fox, J. ve Benzeval, M. (1995). Perspectives on social variations in health. *Tackling Inequalities in Health*. (Ed: M. Benzeval, K. Judge and M. Whitehead). London: King's Fund, ss. 10-21.
- Fox, J.; Coldblatt, P. ve Jones, D. (1990). Social class mortality differentials: artifact, selection or life circumstances?. *Longitudinal Study: Mortality*

- and Social Organisation 1971-1981*. (Ed: P. Coldblatt). London: HMSO, ss.81-97.
- Fox, N. (1993). *Postmodernism Sociology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- Fox, P. (1989). From Senility to Alzheimer's Disease: The Rise of the Alzheimer's Disease Movement. *The Milbank Quarterly*. 67, 58-101.
- Frank, A. (1992). Twin nightmares of the medical simulacrum: Jean Baudrillard and David Cronenberg. *Jean Baudrillard: The Disappearance of Art and Politics*. (Ed: W. Stearns ve W. Chaloupka). London: Macmillan, ss. 82-97.
- Freeman, R. ve Moran, M. (2000). Reforming health Care in Europe. *West European Politics*. 23(2), 35-58.
- Freidson, E. (1970a). *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd and Mead.
- Freidson, E. (1970b). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New York: Aldine Publishing Company.
- Freidson, E. (1988 [1970]). *Profession of Medicine*. London: University of Chicago Press.
- Friedan, B. (1963). *The Feminine Mystique*. New York: Dell.
- Fuller, T.D.; Edwards, J.N.; Sermsri, S. ve Vorakitphokatorn, S. (1993). Housing, stress, and physical well-being: evidence from Thailand. *Social Science and Medicine*. 36(11), 1417-28.
- Gabe, J. and Calnan, M. (1989). The Limits of Medicine: Women's Perception of Medical Technology. *Social Science and Medicine*. 28(3), 223-31.
- Gallagher, E. (1976). Lines of reconstruction and extension in the Parsonsian sociology of illness. *Social Science and Medicine*, 10(5), 207-18.
- Gambetti, Zeynep. (2008). Foucault'da Disiplin Toplumu-Güvenlik Toplumu Ayırımı. *Mesele*. 20, 43-46.
- Garcia, J.; Kilpatrick, R. ve Richards. M. (1990). *The Politics of Maternity Care: ServicesforChildbearingWomen in Twentieth-Century Britain*. Oxford: Clarendon Paperbacks.
- Garrahan, P. ve P. Stewart. (1992). *The Nissan Enigma: Flexibility at Work in a Local Economy*. London: Mansell.
- Gartner, A.; Farewell, D.; Dunstan, F. ve Gordon, E. (2008). Differences in mortality between rural and urban areas in england and wales, 2002-04. *Health Statistics Quarterly*, 39(Autumn), 6-13.
- Gascoigne, P.; Mason, M. D. ve Roberts, E. (1999). Factors affecting presentation and delay in patients with testicular cancer: Results of a qualitative study. *Psycho-Oncology*. 8, 144-154.

- Gatens, M. (1992). Power, Bodies, and Difference. *Destabilising Theory*. (Ed: M. Barrett ve A. Phillips). Cambridge: Polity Press, ss.120-138.
- Gerhardt, U. (1989). *Ideas about Illness*. Basingstoke: Macmillan.
- Geronimus, A.T. (1992). The weathering hypothesis and the health of African–American women and infants: Evidence and speculations. *Ethnicity and Disease*. 2(3), 207–221.
- Geronimus, A.T. ve Hillemeier, M.M. (1992). Patterns of blood lead level in US black and white women of childbearing age. *Ethnicity and Disease*. 2(3), 222-231.
- Geronimus, A.T.; Anderson, H. F. ve Bound, J. (1991). Differences in hypertension prevalence among US black and white women of childbearing age. *Public Health Reports*. 106(4), 393–399.
- Gesler, M.W. ve Meade, S.M. (1989). Locational and population factors in health care seeking behavior in Savannah, Georgia. *Methodological Advances in Health Services Research*. (Ed: G.I. De Friese, T.C. Ricketts ve S.J. Stein). Ann Arbor, Health Administration Press, ss.67-86.
- Gibbons, P.; De Arevalo, H. F. ve Monico, M. (2004). Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4(2), 389-398.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self Identity*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A. (1994). *Beyond Left and Right: The Future of Radical Politics*. Cambridge: Polity Press.
- Glaser, B. ve Strauss, A. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine.
- Glaser, B. ve Strauss, A. (1968). *Time for Dying*. Chicago: Aldine.
- Goffman, E. (1961). *Asylums*. Harmondsworth: Penguin.
- Goffman, Erving. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall,
- Gold, R.; Kennedy, B.; Connell, F. ve Kawachi, I. (2002). Teen births, income inequality, and social capital: developing an understanding of the causal pathways. *Health and Place*. 8(2), 77–83.
- Goldberg, D. ve Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Winsdor: NFER-Nelson.
- Goldblatt, P. (1990). *Longitudinal Study: Mortality and Social Organisation 1971- 1981*. London: HMSO.

- Gotsadze, G.; Bennett, S.; Ranson, K. ve Gzirishvili, D. (2005). Health care-seeking behaviour and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia. *Health Policy Planning*. 20(4), 232-242.
- Gould, W.T. (1998). African mortality and the new 'urban penalty'. *Health and Place*. 4(2), 171-81.
- Gökalp P.G. (2007). *Stres, Anksiyete ve Kadın*. <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/3621.pdf>, (Erişim: 27.02.2007).
- Gökmen, C. (1995). *Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinde toplam kalite yönetimi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi.
- Graham, H. (1984). *Women, Health and the Family*. Brighton: Harvester Press/Wheatsheaf Books.
- Graham, Hilary (2007). *Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities*. Maidenhead. Open University Press.
- Gramsci, A. (1971). *Selections from the Prison Notebooks*. International Publishers.
- Groenewegen, P. P. (2007). Doğu Avrupa'da Sağlık Reformu. *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. (Ed: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan ve Ç. Yoltar). İstanbul: İletişim Yayınları, ss.125-140.
- Grosz, E. (1990). Contemporary theories of power and subjectivity. *Feminist Knowledge: Critique and Construct*. (Ed: S. Gunew). London: Routledge, ss.59-120.
- Gupta, R. ve Gupta, V.P. (1996). Meta-analysis of coronary heart disease prevalence in India. *Indian Heart Journal*. 48(3), 241-245.
- Gülbaş, A. (2007). *Ulusal sağlık sigorta sistemi kapsamındaki ödeme sistemine yönelik modellerin değerlendirilmesi ve öneri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Güler, M. (2001). Sosyo-Kültürel Etkenler ve Kadının Ruh Sağlığı: Karanfilköy ve Küçükarmutlu Kadınları. *Toplumbilim*. 13, 93-99.
- Güler, M.(1996). Kente göç eden kadınların aile planlaması ile ilgili tutumları. *II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı*. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü, ss.629-655
- Gültekin, B.K. (2008). Amerika Birleşik Devletleri Ruh Sağlığı Sistemi. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. 11(2), 15-18.
- Günel, A.(2008). Health and citizenship in Republican Turkey: an analysis of the socialization of health services in Republican historical context. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi.
- Gürsoy, A. (2001a). Sağlık ve Sosyal Antropoloji: Çocuk Sağlığının Kültürel Boyutları. *Toplumbilim*. 13, 11-23.

- Gürsoy, A. (2001b). Günümüz Türkiye'sinde Halk Sağlığının Sosyal Bilimci Olarak Değerlendirilmesi. *Toplumbilim*. 13, 137-151.
- Haas, S. (2006). Health Selection and the Process of Social Stratification: The Effect of Childhood on Socioeconomic Attainment. *Journal of Health and Social Behavior*. 47(4), 339-354.
- Habermas, J. (1971). *Knowledge and Human Interests*. Boston: Beacon Press.
- Habermas, J. (1984). *Reason and the Rationalization of Society, Volume 1 of The Theory of Communicative Action*. Boston: Beacon Press
- Haddad, L.; Ruel, M.T. ve Garrett, J.L. (1999). Are urban poverty and undernutrition growing? Some newly assembled evidence. *World Development*. 27(11), 1891-1904.
- Ham, F.L. (1989). The high cost of medical technology: who's to blame? Business and Health. November. http://findarticles.com/p/articles/mi_m0903/is_n11_v7/ai_8540359/ (Erişim:03.02.2010)
- Hammarström A.; Harenstam A. ve Östlin P. (2001). Gender and health- Concepts and explanatory models. *Gender Inequalities in Health: A Swedish Perspective*. (Ed: P. Östlin, M. Danielsson, F. Diderichsen, A. Harenstam ve G. Lindberg). Boston:Harvard School of Public Health, ss.63-80.
- Hammersley, M. (1992). *What's Wrong with Ethnography?*. London: Routledge.
- Hammond, C. (2002). What is it about education that makes us healthy? Exploring the education–health connection. *International Journal of Lifelong Education*. 21(6), 551-571.
- Hamzaoğlu, O. ve Özcan, U. (2006). *Sağlık İstatistikleri*. Türk Tabipleri Birliği. www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf Erişim:12.05.2008
- Hamzaoğlu, Onur (2010). Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye'de Sağlıkta Reform-Dönüşüm. *TES-İŞ Dergisi*. Nisan, 72-87.
- Hanson, K. (1999). Measuring Up: gender, burden of disease and priority setting techniques in the health sector. *Harvard Center for Population and Development Studies. Working Paper Series Number 99.12*.
- Hardey, M. (2001). E-health: The Internet and the Transformation of Patients into Consumers and Producers of Health Knowledge. *Information, Communication and Society*. 4(3), 388-405.
- Hardey, M. (2001). The transformation of patients into consumers and producers of health information. *Communication, Information and Society*. 6(1), 1–21.
- Harding, S. (1995). Social class differences in mortality of men: recent evidence from the OPCS Longitudinal Study. *Population Trends*. 80, 31-7.

- Harling, G.; Ehrlich, R. ve Myer, L. (2008). The social epidemiology of tuberculosis in South Africa: A multilevel analysis. *Social Science and Medicine*. 66(2), 492-505.
- Harpham, T. (1994). Urbanization and mental health in developing countries: a research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. *Social Science and Medicine*. 39(2), 233-45.
- Harpham, T. ve Molyneux, C. (2001). Urban health in developing countries: a review. *Progress in Development Studies*. 1(2), 113-137.
- Harpham, T.; Grant, E. ve Rodriguez, C. (2004). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science and Medicine*. 58(11), 2267–2277.
- Harrell, J.; Hall, S. ve Taliaferro, J. (2003). Physiological responses to racism and discrimination: an assessment of the evidence. *American Journal of Public Health*. 93(2), 243–248.
- Harriss, K. (2007). Ethnicity and health. *Postnote*. 276, 2-4.
- Hart, N. (1982). Is capitalism bad for your health?. *British Journal of Sociology*. 33(3), 435-443.
- Hart, N. (1985). *The Sociology of Health and Medicine*. Ormskirk, Lancs.: Causeway Books.
- Hartmann, H. (1981). The unhappy marriage of Marxism and feminism: toward a more progressive union. *Women and Revolution: A Discussion of the Unhappy Marriage of Marxism and Feminism*. (Ed:L. Sargent). Montreal: Black Rose Books, ss.1-43.
- Hatun, Ş. (2002). *Yeşil Karta Dokunmayın*. <http://www.ttb.org.tr/TD/TD85/2.html>. (Erişim: 03.01.2006).
- Hatun, Ş.; Etiler, N. ve Gönüllü, E. (2003). Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 46, 251-260.
- Hawe, P. ve Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Social Science and Medicine*. 51(6), 871–885.
- Healy, D. ve Thase, M.E. (2003). Is academic psychiatry for sale?. *British Journal of Psychiatry*. 182, 388-390.
- Helman, C. (1985). Psyche, Soma, and Society: The Social Construction of Psychosomatic Disorders. *Culture, Medicine and Society*. 9, 1-26.
- Helman, C.G. (2000). Doctor-patient interactions. *Culture, Health and Illness*. (Ed: C.G.Helman) 3. Basım. London: Wright, ss. 86-126.
- Hemström Ö (2005). Health inequalities by wage income in Sweden: The role of work environment. *Social Science and Medicine*. 61(3), 637–647.
- Hemström, Ö. (1998). *Male susceptibility and female emancipation. Studies on the gender differences in mortality*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Stockholm: Stockholm University.

- Herek G.M.; Capitanio, J.P. ve Widaman, K.F. (2003). Stigma, social risk, and health policy: public attitudes toward HIVsurveillance policies and the social construction of illness. *Health Psychology*. 22(5), 533–540.
- Heron, M.; Hoyert, D.L.; Murphy, S.L.; Jiaquan Xu, B.S; Kochanek, Kenneth, D. ve Tejada-Vera, B. (2009). Deaths: Final Data for 2006. National Vital Statistics Reports. 57(14), 1-136. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_14.pdf (Erişim: 08.11.2009).
- Hippisley-Cox, J.; Pringle, M.; Gown, N.; Meal, A. ve Wynn A. (2001). Sex inequalities in Ischemic heath disease in general practice: cross sectional survey. *British Medical Journal*. 322, 832–834.
- Hirschfeld, K. (2007). *Re-examining the Cuban healthcare system: towards a qualitative critique*. <http://www.miscelaneasdecuba.net/media/pdf/Article-Hirschfeld-Press.pdf>. (Erişim: 11.09.2010)
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*. 85, 551-75.
- Holtgrave, D. R. ve Crosby, R. (2006). Is Social Capital a Protective Factor Against Obesity and Diabetes? Findings From an Exploratory Study. *Annals of Epidemiology*. 16(5), 406–408.
- Holton, R. ve Turner, B. (1989). *Max Weber on Economy and Society*. London: Routledge.
- Homedes N. ve Ugalde, A. (2005). Why Neo-liberal Health Reforms Have Failed in Latin America?. *Health Policy*. 71(1), 83-96.
- Hopton, J.; Platt, S. ve Macleod, L. (2003). Housing conditions and health consequences. *Housing and Health: the Role of Primary Care*. (Ed: P. Gill and G. de Wildt). Radcliffe Medical Press: Oxford, ss.17-45.
- Horton, E. (2007). Neo-liberalism and the Australian Healthcare System (Factory). *Avustralya Eğitim Felsefesi Konferansı'nda sunulan bildiri* <http://www.pesa.org.au/html/documents/2007-papers/Horton,%20E.pdf> (Erişim:03.02.2010).
- Horton, R. (2003). *Second Opinion: Doctors, Diseases and Decisions in Modern Medicine*. London: Granta Books.
- House, J. S.; Lepkowski, J.M.; Kinney, A.M.; Mero, R.P.; Kessler, R.C. ve Herzog, A.R. (1994). The Social Stratification of Aging and Health. *Journal of Health and Social Behavior*. 35, 213-234.
- House, J.S. ve Williams, D.R. (2003). Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Health. *Health and Social Justice*. (Ed: R. Hofrichter). San Francisco: Jossey-Bass, ss.89-131.

- Howard, J. ve Holman, B.L. (1970). The effects of race and occupation on hypertension mortality. *Milbank Quarterly*. 48, 263-296.
- Hsieh, C. ve Pugh, M.D. (1993). Poverty, Income Inequality, and Violent Crime: A Meta-Analysis of Recent Aggregate Data Studies. *Criminal Justice Review*. 18(2), 182-202.
- Hummer, R. A. (1993). Racial differentials in infant mortality in the U.S.: an examination of social and health determinants. *Social Forces*. 72, 529-554.
- Hupkens, C.H.L.; Knibbe, R.A. ve Drop, M.J. (1993). Alcohol Consumption in countries of the European Community: Uniformity and diversity in drinking patterns. *Addiction*. 88, 1391-1404.
- Hupkens, C.L.H.; Ronald, A.K. ve Drop, M.J. (2000). Social class differences in food consumption. *The European Journal of Public Health*. 10(2), 108-113.
- Hürriyet, 29 Ekim 2008.
- Hyman, I. ve Gruge, S. (2002). A review of theory and health promotion strategies for new immigrant women. *Canadian Journal of Public Health*. 93(3), 183-187.
- Illich, I. (1995 [1975]) *Sağlığın Gasplı*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Illsley, R. (1955) Social class selection and class differences in relation to stillbirths and infant deaths. *British Medical Journal*, 2(4955), 1520–1524.
- Illsley, R. ve Le Grand, I. (1987). The Measurement of Inequality in Health. *Economics and Health*. (Ed: A. Williams). London: Macmillan, ss.12-36.
- Inhorn, M. C. ve Whittle, L. (2001). Feminism meets the ‘new’ epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health. *Social Science and Medicine*. 53, 553-567.
- IOM (International Organization for Migration) (2004). *Health and Migration Seminar Report of Meeting*. <http://www.iom.int/jahia/page8>. (Erişim:04.02.2010)
- Ishikawa, K. (1997). Toplam Kalite Kontrol. (Ed: S. Ordaş ve N.Yayla) İstanbul: KalDer.
- İkinci Sağlık Projesi (1995). Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Tercihler, Sağlık Hizmetlerinin Kalitesinin Nasıl Algılandığı, Müşterilerin Kendi Sağlık Durumlarını Nasıl Gördükleri, Sağlıkla İlgili Konulardaki Bilgi Düzeyleri ve Sağlıkla İlgili Faaliyetlere Katılımları Konulu Sağlık Araştırması, Nihai Rapor: Eskişehir'den aktaran Ateş, M.; Erbaydar, T.; Demirkıran, K.; Özhan, G.; Cevahir, E. ve İşçi, E. (2004). Gebze Halkının Sağlık Hizmetlerini Kullanımı ve Sağlık Kuruluşlarını Tercih Etme Nedenlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 7(3), 319-341.

- İpekyüz, N. (1996). Güneydoğu'da iç göç tartışmaları ve sağlık boyutu. *Toplum ve Hekim*, 11(74), 56-60.
- Jadad, A. (1999). Promoting partnerships: challenges for the internet age. *British Medical Journal* 319, 761-764.
- Jaggar, A. (1983) *Feminist Politics and Human Nature*. New Jersey: Rowman and Littlefield.
- James, N. (1989). Emotional labour: skill and work in the social regulation of feelings. *Sociological Review*. 37(1), 15-42.
- Jameson, F. (1991). *Postmodernism, or The Cultural Logic of Late Capitalism*. London: Verso.
- Jarvis, M.C. ve Wardle, J. (2009). Kişisel Sağlık Davranışlarında Sosyal Kalıplanma: Sigara İçme Durumu. *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. (Ed: M. Marmot ve R.G. Wilkinson, Çeviri Ed: İ. Kayı ve Y. Yasin) İstanbul: İnsev Yayınları, ss. 257-272.
- Jewson, N. (1976). The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology 1770-1870. *Sociology*. 10(2), 225-44.
- Johnson, J.; Stewart, W.; Hall, E.; Fredlund, P. ve Theorell, T. (1996). Long-term psychosocial work environment exposure and cardiovascular mortality among Swedish men. *American Journal of Public Health* 86, 324-31.
- Johnson, J.V. ve Hall, E.M. (1995). Class, Work, and Health. *Society and Health*. (Ed: B.C. Amick, S. Levine, A.R. Tarlov, D.C. Walsh). New York: Oxford University Press, ss. 247-271.
- Johnson, T. (1977). Professions in the Class Structure. *Industrial Society: Class, Cleavage and Control*. (Ed: R. Sease). London: Allen Unwin, ss. 93-110.
- Johnson, T.; Dandeker, C. ve Ashworth, C. (1984). *The Structure of Social Theory*. Basingstoke: Macmillan.
- Joseph Rowntree Foundation (2000). Exclusive countryside? Social inclusion and regeneration in rural areas. www.jrf.org.uk/knowledge/findings/foundations/pdf/760.pdf (Erişim: 12 Mayıs 2008).
- Jürges, H.; Reinhold, S. ve Salm, M. (2009). Does Schooling Affect Health Behavior? Evidence from the Educational Expansion in Western Germany. *IZA Discussion Paper No. 4330*. <http://ftp.iza.org/dp4330.pdf> (Erişim: 04.02.2010)
- Kağan, T. (2006). Sosyal güvenlik reformu ve genel sağlık sigortası. *Çalışma ve Toplum*. Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Sempozyumu Özel Sayısı.
- Kağıtçıbaşı, Ç. (1986). Status of women in Turkey: cross-cultural perspectives. *International Journal of Middle East Studies*. 18, 485-499.

- Kahya, E. ve Erdemir, D. (2000). *Bilimsel Çalışmalar Işığında Osmanlı'dan Cumhuriyete Tıp ve Sağlık Kurumları*. Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları.
- Kaiser Family Foundation ve Harvard School of Public Health (2001). Health News Index Poll. *Health Poll Search*, kaisernet.org. http://www.ropercenter.uconn.edu/cgi-bin/hsrun.exe/roperweb/HPOLL/StateId/STiUQeK8r90fcJkHpgnFRsezKi/H AHTpage/SummaryLink?qstn id*459196 (Erişim: 5.10.2008).
- Kalichman, S.C.; Benotsch, E.G.; Weinhardt, L.S.; Austin, J. ve Webster, L. (2002). Internet use among people living with HIV/AIDS association of health information, health behaviors and health status. *AIDS Education and Prevention*. 14(1), 51-61.
- Kaluzny, A.D.; Mc Laughlin, C.P. ve Simpson, K. (1992). Applying total quality management concepts to public health organizations. *Public Health Reports*. 107(3), 257-264.
- Kansu, C.A. (1958). Okuma, Yazma ve Çocuk Sağlığı. *Köy ve Eğitim Dergisi*. 5, 58.
- Kaplan, S.; Greenfield, S. ve Ware, J. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcome of chronic disease. *Medical Care*. 27, 110-127.
- Kapusuz, N. (2008). *Türkiye’de İş Kazaları ve Üç Ayrı Raporun Bize Söyledikleri*. <http://bianet.org/bianet/emek/105928-turkiye-de-is-kazalari-ve-uc-ayri-raporun-bize-soyledikleri--2> (Erişim: 26.10.2010).
- Karan, A., ve Garg, C. (2005). Socio-Economic Determinants of out-of-Pocket and Catastrophic Expenditure in India: A Multivariate Analysis. *Uluslararası Sağlık Ekonomisi Derneği 5. Dünya Kongresi’ne* sunulan bildiri.
- Karancı, A. N. ve Akşit, B. (1999). Strengthening community participation in disaster management by strengthening governmental and nongovernmental organizations and networks: A case study from Dinar and Bursa (Turkey). *The Australian Journal of Emergency Management*. 13(4), 35-39.
- Karancı, A.N. (1993). Causal attributions for illness among Turkish psychiatric out-patients and differences between diagnostic groups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 28(6), 292-295.
- Karasek, R. ve Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Karasu, U. (2007). Eskişehir il merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında ruhsal bozuklukların yaygınlığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.

- Karlsen, S. ve Nazroo, J.Y. (2002). The relationship between racial discrimination, social class and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health*. 92(4), 624-631.
- Karlsen, S. ve Nazroo, J.Y. (2004). Fear of racism and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 58(12), 1017–1018.
- Kasapoğlu, A. (1988). Mesleki Değerlerin Kazanılmasında Eğitimin Etkisi. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*. 32(1-2), 85-94.
- Kasapoğlu, A. (Ed.) (2008). *Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık*. Phoenix Yayınevi.
- Kasapoğlu, A. ve Ecevit, M. (2003). Impact of the 1999 East Marmara Earthquake in Turkey. *Population and Environment*. 24(4), 339-358.
- Kasapoğlu, A. ve Kuş, E. (2008). The role of gender in the stigmatization of people living with HIV/AIDS in Turkey. *Journal of Gender Studies*. 17(4), 359–368.
- Kasapoğlu, A. ve Özerkmen, N. (2008). Predictors of Adolescent Cigarette Smoking Behavior: A Sociological Case Study in Ankara, Turkey. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 17(4), 115-132.
- Kasapoğlu, A.(1991). Doktor-Hasta İlişkisinde Etkileşim ve Uyma. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Araştırma Dergisi*. 13, 363-369
- Kasapoğlu, A.(1992). Tıp-Sosyoloji İlişkisi. *Toplum ve Hekim*. 49, 52.
- Kasapoğlu, A.(1999). Sağlık ve Hastalık Sosyolojisinde Yeni Gelişmeler. *Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar*. (Ed: M. Ecevit). Ankara: Remzi Kitabevi, ss. 1-14.
- Kasapoğlu, A.; Odabaş, Y.Z. ve Kaya, N. (2009). The case of Avian Influenza in Turkey. *European Societies*. 11(4), 495-510.
- Katz, J. N. (1976). *Gay American history: Lesbians and gay men in the USA*. New York: Thomas Y. Crowell Company
- Kawachi, I., Kennedy, B. ve Lochner, K. (1997b). Long live community: Social capital as public health. *American Prospect*, Nov–Dec 97, 56–59.
- Kawachi, I., Kennedy, B. ve Pothrow-Smith, D. (1997a). Social capital, income inequality, and mortality, *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491–1498.
- Kawachi, I.; Kennedy, B. P. ve Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *American Journal of Public Health*. 89(9), 1187–1193.
- Kearns, G. (1988). The urban penalty and the population history of England. *Society, Health and Population During the Demographic Transition*. (Ed:

- A. Brandstrom, A. ve L. Tedebrand). Stockholm: Almquist and Wiskell International, ss. 213–36.
- Keith M.; Brophy J.; Kirby, P. ve Roskam, E. *Çıplak Ayaklı Araştırma*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayını.
- Kelly, M. ve Field, D. (1994). Comments on the rejection of the biomedical model in sociological discourse. *Medical Sociology News*. 19(3), 34-37.
- Keltner, D. ve Anderson, C. (2000). Saving face for Darwin: The functions and uses of embarrassment. *Current Directions in Psychological Science*. 9(6), 187–192.
- Kemmesies, U.E. (2002). What do hamburgers and drug care have in common: some unorthodox remarks on the McDonalidization and retionality of drug care. *Journal of Drug Issues*. Spring, 691-695
- Kennedy, B. P.; Kawachi, I.; Glass, R. ve Prothrow-Stith, D. (1998). Income distribution, socioeconomic status and self-rated heath in the United States. *British Medical Journal*. 317(7163), 917-921.
- Keon, W. J. (2009). Cuba's system of maternal health and early childhood development: lessons for Canada. *Canadian Medical Association Journal*. 180(3), 314-316.
- Keppel, K. G.; Pearcy, J. N. ve Wagener, D. K. (2002). Trends in racial and ethnic-specific rates for the health status indicators: United States, 1990-1998. *Healthy People 2000 Statistical Notes*, 23. <http://www.cdc.gov/nchs/data/statnt/statnt23.pdf> (Erişim: 26.10.2009)
- Keskin, A. (2008). *Eskişehir ilinde ruhsal hastalıkların sıklığı ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
- Kessler, R. C.; Mickelson, K. D. ve Williams, D. R. (1999). The prevalence, distribution, and mental health correlates of perceived discrimination in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*. 40(3), 208–230.
- Keyder, Ç.; Üstündağ, N.; Ağartan, T. ve Yoltar, Ç. (Ed). (2007). *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- KFF ve AHRQ (Kaiser Family Foundation and Agency for Healthcare Research and Quality). (2006). *2006 Update on Consumers' Views of Patient Safety and Quality Information*. Washington, D.C.: Kaiser Family Foundation http://www.kff.org/kaiserpolls/pomr_092706pkg.cfm (Erişim:11.08.2008)
- Khlat, M.; Sermet, C. ve Le Pape, A. (2000). Women's health in relation with their family and workroles: France in the early 1990s. *Social Science and Medicine*. 50(12), 1807-1825.

- Kızılcelik S. (1996a). Mersin'e g etmiş insanları sağlık koşulları üzerine bir alışma. *II. Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı*. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü, ss.657-665.
- Kızılcelik, S. (1995). Postmodernizm ve Alternatif Tıp (I). *Birikim*. 80, 38-47.
- Kızılcelik, S. (1996b). 'Geleneksel İyileştiriciler' zerine Bir Araştırma. *Birikim*. 83, 76-83.
- Klein, Naomi (2002). *Fences and Windows*. London: Flamingo.
- Klein, Rudolf (1995). Big bang health care reform: does it work?: the case of Britain's 1991 national health service reforms. *The Milbank Quarterly*. 73(3), 299-337.
- Kleinman, A. (1980). *Patents and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. California: University of California Press.
- Kooğlu, D. (2006). *Konya merkezinde sağlıklı yaşam biimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya: Seluk Üniversitesi.
- Koos, E. (1954) *The Health of Regionville*. New York: Columbia University Press.
- Köksal, O. (Ed.) (1977). *Türkiye'de Beslenme: Türkiye 1974 Beslenme, Sağlık ve Gıda Tüketimi Araştırması*. Ankara: UNICEF.
- Krieger N. ve Zierler S. (1995). Accounting for health of women. *Current Issues in Public Health*. 1, 251–256.
- Krieger, N. ve Sidney, S. (1996). Racial discrimination and blood pressure: the cardia study of young black and white adults. *American Journal of Public Health*. 86(10), 1370–1378.
- Krieger, N. (2000). Discrimination and Health. *Social Epidemiology*. (Ed: L. Berkman ve I. Kawachi). Oxford: Oxford University Press, ss.36-75.
- Krieger, N. (2001) A glossary for social epidemiology, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 693–700.
- Krieger, N.; Chen, J.T.; Waterman, P.D.; Rehkopf, D.H. ve Subramanian, S.V. (2003). Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in health : a comparison of area-based socioeconomic measures: the public health disparities geocoding project. *American Journal of Public Health*. 93(10), 1655-1671.
- Kroker, A. ve Kroker, M. (1988). *Body Invaders: Sexuality and the Postmodern Condition*. London: Macmillan.
- Kuh, D. ve Ben-Shlomo, Y. (2002). A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology: Conceptual Models, Empirical Challenges and Interdisciplinary Perspectives. *International Journal of Epidemiology*. 31(2), 285-93.

- Kuhn, T. (1962). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: Chicago University Press.
- Kulu, I. (1990). Husbands and decision-makers in relation to family size: East-west regional differentials in Turkey. *Turkish Journal of Population Studies*. 12, 41-64.
- Kurdish Crescent. War and Health in Kurdistan'dan aktaran Adlim, A. (2005). Multiple oppression & women's access to health care. *Uluslararası Özgür Kadınlar Derneği'ne (Hollanda) sunulan bildiri*. http://www.un.org/womenwatch/daw/vaw/ngocontribute/International%20Free%20Women_s%20Foundation.pdf (Erişim: 23.08.2010).
- Laaksonen, M.; Rahkonen, O.; Martikainen, P. ve Lahelma, E. (2006). Associations of working conditions with self-rated general health ve mental health among municipal employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 79(3), 205–212.
- Labonte, R. (1998). World Trade and Investment Agreements: Implications for Public Health. *Canadian Journal of Public Health*. 89(1), 10-12.
- Lahelma, E.; Karisto, A.; Manderbacka, K.; Rahkonen O. ve Karisto, A. (1994). Comparisons of inequalities in health: Evidence from national surveys in Finland, Norway and Sweden. *Social Science and Medicine*. 38, 517-524
- Lahelma, E.; Laaksonen, M. ve Aittomaki, A. (2009). Occupational class inequalities in health across employment sectors: the contribution of working conditions. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 82(2):185–190
- Laing, R. D. (1961) *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. London: Tavistock.
- Landsbergis, P.; Schnall, P.; Pickering, T.; Warren, K. ve Schwartz, J. (2003). Lower socioeconomic status among men in relation to the association between job strain and blood pressure. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 29(3), 206-215.
- Lariscy, R.W.; Reber, B.H. ve H.J. Paek (2010). Examination of Media Channels and Types as Health Information Sources for Adolescents: Comparisons for Black/White, Male/Female, Urban/Rural. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*. 54(1), 102-120.
- Larson, M. (1977). *The Rise of Professionalism*. Berkeley: University of California Press.
- Lassen L. (1991). Connections between the quality of consultations and patient compliance in general practice. *Family Practice*. 8(2), 154-60.
- Lather, P. (1991). *Getting Smart: Feminist Research and Pedagogy With/in the Postmodern*. London: Routledge.

- Layte, R. ve Whelan, C.T. (2008). Explaining Social Class Inequalities in Smoking: The Role of Education, Self-Efficacy, and Deprivation. *European Sociological Review*. 25(4), 399-410.
- Lee, K.A. (2006). Sleep dysfunction in women and its management. *Current Treatment Options in Neurology*. 8(5), 376-386.
- Lee, C.J. (2009). The Role of Internet Engagement in the Health-Knowledge Gap. *Journal of Broadcasting & Electronic Media*. 53(3), 365-382.
- Leigh, A.; Jencks, C. ve Smeeting, T.M. (2009). Health and Economic Inequality. *The Oxford Handbook of Economic Inequality*. (Ed: W. Salverda, B. Nolan ve T. Smeeding). Oxford: Oxford University Press, ss.384-404.
- Leigh, J. P. (1983). Direct and indirect effects of education on health. *Social Science and Medicine*. 17(4), 227-234.
- Lerner, B. (1997). From Careless Consumptive s to Recalcitrant Patients - The Historical Construction of Noncompliance. *Social Science and Medicine*. 45(9), 1423-1431.
- Levy, B.S. ve Sidel, V.W. (2006). International Health. *Social Injustice and Public Health*. (Ed: B.S. Levy ve V.W. Sidel). Oxford: Oxford University Press, ss.378-405.
- Lewis, O. (1966). The culture of poverty. *Scientific American*. 215, 19-25.
- Leys, C. (2007). Piyasa ile Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu. *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. (Ed: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan ve Ç. Yoltar). İstanbul: İletişim Yayınları, ss. 95-110.
- Liang, W.; Shediak-Rizkallah, M.C.; Celentano, D.D. ve Rohde, C.(1999). A population-based study of age and gender differences in patterns of health-related behaviors. *American Journal of Preventive Medicine*. 17(1), 8-17.
- Lindstrom, M.; Hanson, B.S. ve Ostergren, P.O. (2001). Socioeconomic differences in leisure time physical activity: The role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science and Medicine*. 52(3), 441-451.
- Link, B. ve Phelan, J. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behaviour*. 35(Extra Issue), 80-94.
- Linzer, M.; Spitzer, R.; Kroenke, K.; Williams, J.B.; Hahn, S.; Brody, D. ve deGruy, F. (1996). Gender, quality of life and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *American Journal of Medicine*. 101(5), 526-33.
- Lipietz, A. (1988). Accumulation, crisis and ways out. *International Journal of Political Economy*. 18(2), 10-43.

- Lipshitz, S. (1978). *Tearing the Veil: Essays on Femininity*. London: RKP.
- Little, M.; Jorens, C.; Paul, K.; Montgomery, K. ve Philipson, B. (1998). Liminality - A Major Category of the Experience of Cancer Illness. *Social Science and Medicine*. 47(10), 1485-94.
- Littley, R. (2006). Salk, Jonas E., M.D. http://pabook.libraries.psu.edu/palitmap/bios/Salk__Jonas.html (Erişim: 12.09.2010)
- Liu, Y.; elik, Y. ve şahin, B. (2005). *Turkiye’de Sağlık ve İla Harcamaları*. Ankara: Sağlıkta Umut Vakfı.
- Lleras-Muney, A. (2005). The Relationship Between Education and Adult Mortality in the U.S. *Review of Economic Studies*. 72(1), 189-221.
- Lock, M. (1988). *Biomedicine Examined*. London: Kluwer Academic Publishers.
- Lollock, L. (2001). The Foreign Born Population in the United States: March 2000. *U.S. Census Bureau Current Population Reports, P20-534*. Washington: U.S. Census Bureau.
- Longbottom, H. (1997). Emerging Infectious Diseases. *Communicable Diseases Intelligence*. 21(7), 89-93.
- Lorde, A. (1984) *Sister Outsider*. New York: Crossing Press.
- Loueiro, M. L. ve Nayga, R.M. (2005). *Obesity Rates in OECD countries: An international perspective. 6. Avrupa Tarım Ekonomistleri Kongresi’ne sunulan bildiri*.
- Lynch J. ve Kaplan, G. (2000). Socioeconomic Position. *Social Epidemiology*. (Ed: L.F. Berkman ve I. Kawachi). New York: Oxford University Press, ss.13-35.
- Lynch, J. ve Kaplan, G. (1997). Understanding how inequality in the distribution of income affects health. *Journal of Health Psychology*. 2(3), 297-314.
- Lynch, J. W.; Davey-Smith, G.; Kaplan, G. A., House, J.S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*. 320, 1200-1204.
- Lynch, J.W.; Kaplan, G.; Pamuk, E. R.; Cohen, R.D.; Balfour, J.L. (1998). Income Inequality and Mortality in Metropolitan Areas of the United States', *American Journal of Public Health*, 88(7), 1074-80.
- Lynd, R. ve Lynd, H. (1931) *Middletown in Transition*. London: Constable and Co.
- MacIntyre, S.; Annandale, E.; Ecob, R.; Ford, G.; Hunt, K.; Jamieson, B.; MacIver, S.; West, P. ve Wyke, S. (1989). The West of Scotland Twenty-07 Study: Health in the Community. *Readings for a New Public Health*. (Ed: C. Martin ve D. McQueen). Edinburgh: Edinburgh University Press, ss.56-74.

- Macintyre, S. (1997). The Black Report and beyond: what are the issues? *Social Science and Medicine*. 44(6), 723-45.
- Macintyre, S.; Hunt, K. ve Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: Are things really as simple as they seem?. *Social Science and Medicine*, 42(4), 617-624.
- Macintyre, S.; Maclver, S. ve Sooman, A. (1993). Area, class and health: Should we be focusing on places or people?. *Journal of Social Policy*. 22(2), 213-234
- Mackenbach J.P.; Kunst A.E. ve Groenhouf, F. (1999). Socioeconomic Inequalities in mortality among women and among men: an international study. *American Journal of Public Health*. 89(12), 1800-1806.
- Mackenbach, J.P.; Stirbu, I.; Roskam, A.J.J.; Schaap, M.M; Menvielle, G.; Leinsalu, M. ve Kunst, A.E. (2008). Socioeconomic Inequities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*. 358(23), 2468-2481.
- MacLachlan, M. (2009). *Culture and health*. 2. basım. USA: John Wiley and Sons.
- Malterud, K. ve Ökkes, I. (1998). Gender differences in general practice consultations: methodological challenges in epidemiological research. *Family Practice*. 15(5), 404-10.
- Man, F. ve Balcı, A. (2006). *Postmodern Dönemde Modern Bir Pratik Olarak Sağlık. V. Uluslararası Bilgi Kongresi, Kocaeli*.
- Mansdotter, L.L; Lundberg, M.; Winkvist, A. ve Ohman, A. (2006). Parental share in public and domestic spheres – a population study on gender equality, death and sickness. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60, 616-20.
- Margolis, J. (1976). The Concept of Disease. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1, 238-55.
- Marmot, M.; Kogevinas, M. ve Elston, M.A. (1987). Social/Economic Status and Disease. *Annual Review of Public Health*. 8(1), 111–35.
- Marmot, M. (2004). *Status Syndrome: How your Social Standing Directly Affects your Health and your Life Expectancy*. London: Bloomsbury Publishing.
- Marmot, M. ve Theorell, T. (1988). Social Class and Cardiovascular Disease: The Contribution of Work. *International Journal of Health Services*. 18(4), 659-74.
- Marmot, M. ve Wilkinson, R.G (Ed). (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M.; Bosma, H.; Hemingway, H.; Brunner, E. ve Stansfeld, S. (1997). Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *Lancet*. 350, 235-239.

- Marmot, M.; Smith, G.; Stanesfeld, S.; Patel, C.; North, F.; Head, J.; White, I. ve Brunner, E. (1991). Health Inequalities Among British Civil Servants: The Whitehall Study. *Lancet*. 337, 1387-93.
- Marsh, A.; Gordon, D.; Pantazis, C. ve Heslop, P. (1999). *Home sweet home? The impact of poor housing upon health*. Bristol: Policy Press.
- Martin, B. ve Richards, E. (1995). Scientific Knowledge, Controversy and Public Decision Making. *Handbook of Science and Technology Studies* (Ed: S. Jasanoff, G Markle, J. Petersen ve T. Pinch). London: Sage, ss.506-525.
- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body*. Milton Keynes: Open University Press.
- Marx, K. (1971). *Capital, A Critical Analysis of Capitalist Productuon*. Volume 1. London: Lawrence and Wishart.
- Mbizvo, M.T.; Fawcus, S.; Lindmark, G. ve Nystrom, L. (1993). Maternal mortality in rural and urban Zimbabwe: social and reproductive factors in an incident case-referent study. *Social Science and Medicine*. 36(9), 1197-205.
- McCarthy E. D. (1989). Emotions are social things: an essay in the sociology of emotions. *The Sociology of Emotions: Original Essays and Research Papers*. (Ed: D.D. Frank ve E. D. McCarthy). Greenwich: JAI Press, ss.51-72.
- McKee, M.; Pomerleau, J.; Robertson, A.; Pudule, I.; Grinberga, D.; Kadziauskiene, K.; Abaravicius, A. ve Vaask, S. (2000). Alcohol consumption in the Baltic Republics. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 54, 361-366.
- McKeown, T. (1976). *The Role of Medicine. Dream, Mirage or Nemesis?* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- McKevitt, C. ve Morgan, M. (1997). Anomalous Patients - The Experience of Doctors with an Illness. *Sociology of Health and Illness*. 19(5), 644-67.
- McKinlay, J. (1977). The business of good doctoring or doctoring as good business: reflections on Freidson's view of the medical game. *International Journal of Health Services*. 7, 459-83.
- McKinnon, J. (2003). The black population in the United States: March 2002. *US Census Bureau Current Population Reports, Series P20-541*. Washington: US Census Bureau.
- McLoone, P. ve Body, F. (1994). Deprivation and Mortality in Scotland, 1981 and 1991. *British Medical Journal*. 309, 1465-70.
- McNay, L. (1992). *Foucault and Feminism*. Cambridge: Polity Press.
- McNeil, D.G. (2001). Cosmetic Saves a Cure for Sleeping Sickness. *New York Times*. <http://www.nytimes.com/2001/02/09/world/cosmetic-saves-a-cure-for-sleeping-sickness.html> (Erişim:09.10.2010)

- Mead, G. H. (1972 [1934]) *Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorist*. (Ed. C.W. Morris). London: University of Chicago Press.
- Meadowcroft, J. (2008). Patients, Politics and Power: Government Failure and the Politicization of U.K. Health Care. *Journal of Medicine and Philosophy*. 33(5), 427-444.
- Meara, Ellen (2001). Why Is Health Related to Socioeconomic Status? The Case of Pregnancy and Low Birth Rate. NBER (National Bureau of Economic Research) Working Paper No. W8231
- Mechanic, D. (1968). *Medical Sociology: A Comprehensive Text*. New York: The Free Press.
- Mechanic, D. (2006). *The Truth About Health Care: Why Reform is Not Working in America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Mellor, P. ve Shilling, C. (1993). Modernity, Self-Identity and the Sequestration of Death. *Sociology*. 27(3), 411-431.
- Memon, F.Z.; Memon, M.S.; Memon, A.N.; Wattoo, M.H.S. ve Khand, F.D. (2003). Correlation of stress and blood glucose level in working women and house wives in Sindh, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Research*. 42(2), 82-84.
- Merton, R.K. (1938). Social Structure and Anomie. *American Sociological Review*. 3, 672-682.
- Meurer, L.N.; Layde, P.M. ve Guse, C.E. (2001). Self-Rated Health Status: A New Vital Sign for Primary Care. *Wisconsin Medical Journal*. 100(7), 35-39.
- Meyer, R. (1996). The disease called addiction: emerging evidence in a two hundred year debate. *Lancet*. 347, 162-166.
- Miller, R. S. (1996). *Embarrassment: Poise and peril in everyday life*. New York: Guilford Press.
- Millett, K. (1991). *Sex and Politics*. London: Virago.
- Minas, H.; Klimidis, S. ve Tuncer, C. (2007). Illness causal beliefs in Turkish immigrants. *BMC Psychiatry*. 7, 34.
- Mirotznik, J.; Feldman, L. ve Stein, R. (1995). The health belief model and adherence with a community center-based, supervised coronary heart disease exercise program. *Journal of Community Health*. 20(3), 233-247.
- Mirowsky, J. ve Ross, C.E. (2005a). Education, Cumulative Advantage and Health. *Ageing International*. 30(1), 27-62.
- Mirowsky, J. ve Ross, C.E. (2005b). Education, Learned Effectiveness and Health. *London Review of Education*. 3(3), 205–220.
- Mishler, E. (1984) *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood: Ablex.

- Misra, R.; Patel, T.G.; Davies, D. ve Russo, T. (2000). Health promotion behaviors of Gujurati Asian Indian immigrants in the United States: *Journal of Immigrant Health*. 2(4), 223-230.
- Mitra, A. (2007). Food Habits: Some Relationship to Diabetes and Heart Diseases. *Anthropologist*. Special Volume (3), 109-122.
- Moerman, D. (1983) General Medical Effectiveness and Human Biology: Placebo Effects in the Treatment of Ulcer Disease. *Medical Anthropology Quarterly*. 14(3), 14-16.
- Molini, V. ve Nub'e, M. (2007). Is the nutritional status of males and females equally affected by economic growth? Evidence from Vietnam in the 1990s. *Research Paper No. 2007/54*. Amsterdam: United Nations University World Institute for Development Economics Research.
- Mollahaliloğlu, S.; Hülür, Ü.; Yardım, N.; Özbay, H.; Çaylan, A.K.; Ünüvar, N. ve Aydın, S. (Ed.) (2007). *Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Mollahaliloğlu, S.; Özbay, H.; Özgen, H.; Öncül, H.G.; Erişti, H.E.; Gökçimen, M.; Yalçın, P., Arı, O. ve Karaman, Ö. (2006). *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Monden, C. (2005). Current ve lifetime exposure to working conditions. Do they explain educational diverences in subjective health?. *Social Science and Medicine*. 60(11), 2465–2476.
- Monden, I.W.S. (2004). Socioeconomic health inequalities in Latvia: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 32(3), 217-223.
- Monteiro, C.A.; Conde, W.L. ve Popkin, B.M. (2004). The burden of disease from undernutrition and overnutrition in countries undergoing rapid nutrition transition: a view from Brazil. *American Journal of Public Health*. 94(3), 433-434.
- Moore, M.; Gould, P. ve Keary, B.S. (2003). Global urbanization and impact on health. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*. 206(4-5), 269-78.
- Moore, P. J.; Adler, N.E.; Williams, D.R. ve Jackson, J.J. (2002). Socioeconomic Status and Health: The Role of Sleep. *Psychosomatic Medicine*. 64(2), 337-344.
- Moss, N. E. (2002). Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Social Science and Medicine*. 54(5), 649-661.
- Moynihani, R. ve Cassels, A. (2006). *Satılık Hastalıklar*. (Çeviren: Gökçesu Tamer/ Evren Yıldırım). İstanbul: HAYY Yayınları.

- Mullahy, J.; Robert, S. ve Wolfe, B. (2004). Health, Income and Inequality: Review and Redirection. *Social Inequality*. (Ed: K. Neckerman). New York: Russell Sage Foundation, ss.523-544.
- Muntaner, C., ve Lynch, J. (1999). Income inequality, social cohesion, and class relations: A critique of Wilkinson's neo- Durkheimian research program. *International Journal of Health Services*. 29(1), 59–81.
- Muntaner, C.; Lynch, J. ve Davey-Smith, G. (2000). Social Capital and the Third Way in Public Health. *Critical Public Health*. 10(2), 107-124.
- Muntaner, C.; Lynch, J. ve Davey-Smith, G. (2001). Social capital, disorganized communities, and the Third Way: Understanding the retreat from structural inequalities in social epidemiology. *International Journal of Health Services*. 31(2), 213–237.
- Munyati, S.S.; N. Redzo, E.D.; Matambo, R.; Makamure, B.; Bandason, T.; Butterworth, A.E.; Gwanzura, L.; Rusakaniko, S.; Mason, P.R. ve Corbett, E. L. (2006). Human immunodeficiency virus, smoking and self-rated health in Harare, Zimbabwe. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 10(11), 1279–1285.
- Murray, C.J.L., Gakidou, E.E. and Frenk, J. (1999) Health inequalities and social group differences: what should we measure? *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7): 537–43.
- Nalçacı, E.; Hamzaoğlu, O. ve Özalp, E. (Ed). (2006). *Eleşirel Sağlık Sosyolojisi Sözlüğü*. Sol Meclis. Nazım Kitaplığı. İstanbul: Dünya Yayıncılık.
- National Center for Health Statistics (NCHS). (2003). *Health United States*. Hyattsville: US Public Health Service.
- Navarro, V (1994). *The Politics of Health Policy: The US Reforms 1980-1994*. Oxford: Blackwell.
- Navarro, V. (1976). *Medicine Under Capitalism*. New York: Prodist.
- Navarro, V. (1980) Work, Ideology and Medicine. *International Journal of Health Services*. 10(4), 523-50.
- Navarro, V. (1984). A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration. *Social Science and Medicine*. 18(6), 467-474.
- Navarro, V. (2008). Neo-liberalism and its Consequences: The World Health Situation Since Alma Ata. *Global Social Policy*. 8(2), 152-155.
- Navarro, V. ve Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *International Journal of Health Services*. 31(1), 1-21.
- Nazlı, A. (2005). Sapmanın Tıpsallaştırılması ve Tıbbın Toplumsal Normaliteyi Sağlama İşlevi. *Ege Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*. 14, 115-132.

- Nazlı, A.(2007a). Tıbbi Yardım Aramada Etkili Bir Sosyal Olgu: Danışma Sistemi. *Sağlık ve Toplum*. 17(1), 9–16.
- Nazlı, A.(2007b) Hastalığın Sosyal İnşası ve Hastalık Anlatıları: Meme Kanseri Örneği. *Ege Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*. 18, 149-225.
- Nettleton, S. (2006). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Nettleton, S. ve U. Gustafsson (Ed.) (2006). *The Sociology of Health and Illness Reader*, Cambridge: Polity.
- Newburger, E. C., ve Curry, A. (2000). Educational attainment in the United States: March 1999. *US Census Bureau, Current Population Reports-Series P20-528*. Washington: US Census Bureau.
- Normand, C. (1972) Funding Health Care in the UK. *British Medical Journal*. 304, 768-770.
- O'Brien, R.; Hunt, K. ve Hart, G. (2005). It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate: Men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science and Medicine*. 61(3), 503-516.
- O'Reilly, G.; O'Reilly, D.; Rosato, M. ve Connolly, S. (2007). Urban and rural variations in morbidity and mortality in Northern Ireland. *BMC Public Health*. 7, 123.
- Oakley, A (1984) *The Captured Womb*. Oxford: Blackwell.
- Oakley, A. (1980), *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*. Oxford: Martin Robertson.
- Odabaş, S. (2005). Modern Beden Kültüründe Güzellik Salonlarının Yeri:Ankara Örneği. *Toplum ve Bilim*. 104,153-181.
- Odabaş,S., (2008). Güzelliğin On Para Etmez Şu Estetik Cerrahlar Olmasa:Medyada Beden Politikalarının Temsili. *Kültür ve İletişim*. 11(1), 53-72.
- OECD (2003). *DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health*. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562366.pdf> (Erişim:02.06.2008).
- OECD. (2005). *İşgücü İstatistikleri 1984-2004*. www.oecd.org/statsportal. (Erişim:02.06.2008).
- OECD. (2006). OECD Sağlık Verileri. www.oecd.org/dataoecd/29/54/36959956.pdf (Erişim:02.06.2008).
- Offredy, M. (2008). The Health of A Nation: Perspectives from Cuba's National Health System. *Quality in Primary Care*.16, 269–277.
- Ogburn, W. F. (1922). *Social Change with Respect to Culture and Original Nature*. New York: Huebsch.

- Okumuş, E. (2009). Bedene Müdahalenin Sosyolojisi. *Şarkiyat İlmî Araştırmalar Dergisi*. 2, 1-15.
- Olesen, V. (1990). The neglected emotions: a challenge to medical sociology. *Medical Sociology News*. 16, 11-22.
- Onat, A.; Hergenç, G.; Yazıcı, M.; Uyarel, H.; Uzunlar, B.; Toprak, S. ve Sansoy, V. (2003). Alkol içiminin prospektif incelemede risk Değişkenleri, metabolik sendrom ve koroner risk üzerine etkileri. *Türk Kardioloji Derneği Arşivi*. 31(8), 417-25.
- Ordunez, P.; Munoz, J.L.B.; Espinosa-Brito, A.; Silva, L.C. ve Cooper, R.S. (2005). Ethnicity, education and blood pressure in Cuba. *American Journal of Epidemiology*. 162(1), 49-56.
- Oreopolous, P. (2007). Do dropouts drop out so soon? Wealth, health and happiness from compulsory schooling. *Journal of Public Economics*. 91(11-12), 2213-2229.
- Orhan, Ö. (2006). *Küreselleşme süreci ve Türkiye'de sağlık politikaları*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Orr, J. (1990). Theory on the market: panic, incorporating. *Social Problems*. 37(4), 460-483.
- Oskay, Ü. (1993). Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar. *Ege Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*. 4, 89-140.
- Owen, N.; Humpel, N.; Leslie, E.; Bauman, A. ve Sallis, J.F. (2004). Understanding environmental influences on walking: review and research agenda. *American Journal of Preventive Medicine*. 27(1), 67-76.
- Öğün Boyacıoğlu, A. ve Türkmen, A. (2008). Social and cultural dimensions of pregnancy and childbirth in eastern Turkey. *Culture, Health and Sexuality*. 10(3), 277-285.
- Önder, Z. (2010). *Türkiye'de Sigara Fiyatları ve Tüketim İlişkisi*. http://www.toraks.org.tr/sub/sigarasiz/Tr%20sigar_fiyatlari-zeynep_onder.pdf (Erişim:28.10.2010)
- Önen, F.R.; Kaptanoğlu, C. ve Seber, G. (1995). Kadınlarda depresyonun yaygınlığı ve risk faktörleriyle ilişkisi. *Kriz Dergisi*. 3(1-2), 88-103.
- Östlin, P.; Asha, G. ve Sen, G. (2001). Gender, Health, and Equity: The Intersections. *Challenging Inequalities in Health: From Ethics to Action*. (Ed: Timothy Evans, Margaret Whitehead, Finn Diderichsen, Abbas Bhuiya ve Meg Wirth). Oxford: Oxford University Press, ss.174-189.
- Özbekmezci, Ş. ve Sahil, S. (2004). Çukurova Yöresindeki Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yerleşim Dokuları ve Yaşam Üniteleri. *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*. 19(4), 375-391.
- Özçelik-Adak, N. (2002). *Sağlık Sosyolojisi, Kadın ve Kentleşme*. İstanbul: Birey Yayınları.

- Özen S. (1996). Kentleşme sürecinde sağlık problemleri ve politikaları. // *Ulusal Sosyoloji Kongresi Kitabı*. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü, ss.623-628.
- Özen, S. (1993). Sosyolojide bir alan: sağlık sosyolojisi ve sağlık-toplumsal yapı ilişkileri. *Ege Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*. 4, 73-85.
- Özen, S. (1994). Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri. *Ege Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*. 5, 133-147.
- Özen, Y. (2000). *Health policy in Turkey*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi.
- Özen, Yelda. (2008). *Health and illness experiences among the urban poor: The case of Altındağ*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Ortadoğu Teknik Üniversitesi.
- Özer, N., Kasapoğlu, A. (2002). Hastalık Durumunda Toplumsal İlişki Ağının Yapısı ve İşlevi. *Sağlık ve Toplum*. 12(1):37-45.
- Özkara, Ş.; Arpaz, S.; Özkan, S.; Aktaş, Z.; Örsel, O. ve Ecevit, H. (2002). *Tüberküloz Tedavisinde Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT)*. Türkiye Ulusal Verem Savaşı Dernekleri Federasyonu.
- Öztürk, O. (1964). Folk Treatment of Mental Illness in Turkey. *Magic, Faith and Healing*. (Ed: Ari Kiev). New York: Free Press of Glencoe, ss.343-363.
- Pakulski, J. ve Waters, M. (1996). *The Death of Class*. London: Sage.
- Pala, K. (2007). *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?* <http://www.istabip.org.tr/ailehekimligi/tinr.pdf> (Erişim:16.02.2009)
- Pamuk, E. R. (1985). Social Class Inequality in Mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Population Studies*. 39(1), 17-31.
- Pan Amerikan Sağlık Örgütü (1994). *Health Conditions in the Americas*. Washington DC: PAHO.
- Paolissio M. ve Leslie J. (1995). Meeting the changing needs of women in developing countries. *Social Science and Medicine*. 40, 55–65.
- Pappas, G.; Queen, S.; Hadden, W. ve Fisher G. (1993). The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the US, 1960 and 1986. *New England Journal of Medicine*. 329, 103-109.
- Parks, S.E.; Housemann, R.A. ve Brownson, R.C. (2003). Differential correlates of physical activity in urban and rural adults of various socioeconomic backgrounds in the United States. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 57, 29-35.
- Parsons, T. (1975). The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *Health and Society*. 53(3),257-278.
- Parsons, T. (1978). *Action Theory and the Human Condition*. New York: Free Press.

- Parsons, T. (2005 [1951]) *The Social System*. Taylor and Francis e-Library.
- Patillo, M. (1998). Sweet mothers and gangbangers: managing crime in a black middle-class neighborhood. *Social Forces*. 76(3), 747–775.
- Payne, Sarah (2006). *The Health of Men and Women*. Polity Press.
- Pearce, N. ve Davey-Smith, G. (2003). Is Social Capital the Key to Inequalities in Health?. *American Journal of Public Health*. 93(1), 122-129.
- Pellegrino, E. D. (1999). The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic. *Journal of Medicine and Philosophy*. 24(3), 243–266.
- Perez, J.; Perez, D.; Gonzalez, I.; Jidy, M.D.; Orta, M. Aragonés, C.; Joanes, J.; Santin, M.; Lantero, M.I.; Torres, R. Gonzalez, A. ve Alvarez, A. (2004). *Approaches to the Management of HIV in Cuba: Perspective and Management in Antiviral Treatment*. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/cuba/en/index.html (Erişim:14.08.2010).
- Petersen, A. R. (1996). Risk and the regulated self: the discourse of health promotion as politics of uncertainty. *Australia and New Zealand Journal of Surgery*. 32(1), 44-57.
- Peterson, S. ve Peto, V. (2004). *Smoking Statistics*. British Heart Foundation Health Promotion Research Group. Department of Public Health. <http://www.heartstats.org/uploads/documents%5Csmoking2004.pdf> (Erişim:04.02.2010)
- Phillimore, P.; Beattie, A. ve Townsend, P. (1994). Widening Inequality of Health in Northern England, 1981-91. *British Medical Journal*. 308(6937), 1125-8.
- Phillips, D. ve F. Brooks. (1998). Women patients' preferences for female or male GPs. *Family Practice*. 15(6), 543-547.
- Phipps, S. A.; Burton, P. S.; Osberg, L. S. ve Lethbridge, L. N. (2006). Poverty and the extent of child obesity in Canada, Norway and the United States. *Obesity Reviews*. 7(1), 5–12.
- Pilcher, J. ve Whelehan, I. (2004). *50 Key Concepts in Gender Studies*. London: Sage.
- Pittman P. ve Hartigan P. 1996. Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers. *Health Care for Women International*. 17(5), 469-486.
- Platt, L. (2002). *Parallel Lives? Poverty among Ethnic Minority Groups in Britain*. London: CPAG.
- Ploug, N. (2003). Denmark - Conditions of Life - The Scandinavian Welfare Model. *Denmark*. <http://www.um.dk/publikationer/um/english/denmark/index.asp> (Erişim:04.08.2008)

- Polednak, P. (1989). *Racial and Ethnic Differences in Disease*. New York: Oxford University Press.
- Polo-Kantola, P.; Vaari, T.; Engblom, J.; Anttila, L.; Helenius, H.; Erkkola, R.; Makinen, J. ve Salmi, T. (2002). Poor sleep amongst climacteric women: a complex problem. *Abstracts of the ESRS, Reykjavik 2002*. s.182-183.
- Pomare, E. (1988). Groups With Special Health Care Needs. *New Zealand Medical Journal*. 101(856/2), 711-713.
- Porter, M. (1990). Professional-Client Relationships and Women's Reproductive Health Care. *Readings in Medical Sociology*. (Ed: S. Cunningham-Burley ve N. P. McKeganey). London: Routledge, ss. 182-254.
- Portes, A., ve Landolt, P. (1996). The downside of social capital. *American Prospect*. 26, 18-21.
- Prandy, K. (1999) Class, stratification and inequalities in health: a comparison of the Registrar General's Social Classes and the Cambridge Scale. *Sociology of Health and Illness*. 21, 466-484.
- Price, L. (1984). Art, Science, Faith and Medicine: The Implications of the Placebo Effect. *Sociology of Health and Illness*. 61(1), 61-73.
- Prokhorov, A.V.; Warneke, C.; Moor, C.; Emmons, K.M.; Mullin, J.M.; Rosenblum, C.; Hudmon, K.S. ve Gritz, E.R. (2003). Self-reported health status, health vulnerability, and smoking behavior in college students: implications for intervention. *Nicotine and Tobacco Research*. 5(4), 545-52.
- Puhl, R.M. ve Heuer, C.A. (2010). Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health*. 100(6), 1019-1028.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon andSchuster.
- Putnam, R., Leonardi, R. ve Nanetti, R. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press.
- Quaye, R.K. (2001). The Stockholm Model Revisited. International Society of Technology Assessment in Health Care. *Uluslararası Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesi 6. Yıllık Sağlık Bakımı Toplantısı*'na sunulan bildiri.
- Quinlan, M. ve Bohle, P. (2009). Overstretched and unreciprocated commitment: reviewing research on the occupational health and safety effects of downsizing and job insecurity. *International Journal of Health Services*. 39(1),1-44.
- Racine, A. D.; Kaestner, R.; Joyce, T.J. ve Coleman, G.J. (2001). Differential impact of recent Medicaid expainsions by race and ethnicity. *Pediatrics*. 108(5), 1135-1142.

- Rahkonen, O.; Laaksonen, M.; Martikainen, P.; Roos, E. ve Lahelma, E. (2006). Job control, job demands or social class? The impact of working conditions on the relationship between social class ve health. *Journal of Epidemiol Community Health* 60(1), 50-54.
- Rahman, M.O.; Strauss, J.; Gertler, P.; Ashley, D. ve Fox, K. (1994). Gender differences in adult health: An international comparison. *The Gerontologist*. 34(4), 463-469.
- Raine, R.; Hutchings, A. ve Black, N. (2003). Is publicly funded health care really distributed according to need? The example of cardiac rehabilitation in the UK. *Health Policy*. 63, 63-72.
- Ramachandran, A.; Snehalatha, C.; Kapur, A.; Vijay, V.; Mohan, V.; Das, A.K.; Rao, P.V.; Yajnik, C.S.; Prasanna Kumar, K.M. ve Nair, J.D. (2001). High prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in India: National Urban Diabetes Survey. *Diabetologia*. 44(9), 1094-1101.
- Ramazanoğlu, C. (1989). *Feminism and the Contradictions of Oppression*. London: Routledge.
- Ramazanoğlu, C. (1992). What can you do with a man? Feminism and the critical appraisal of masculinity. *Women's Studies International Forum*. 15, 339-50.
- Razzaque, A.; Streatfield, P. ve Gwatkin, D. (2007). Does health intervention improve socioeconomic inequalities of neonatal, infant and child mortality? Evidence from Matlab, Bangladesh. *International Journal for Equity in Health*. 6(4), 1-7.
- Rees, S. J. ve Chavkin, W. (2006). Women. *Social Injustice and Public Health*. (Ed: B. S. Levy ve V. V. Sidel) Oxford: Oxford University Press, ss.69-87.
- Reidy, A. (1984). Marxist functionalism in medicine: a critique of the work of Vicente Navarro on health and medicine. *Social Science and Medicine*, 19(9), 897-910.
- Relman, A. (1980). The New Medical-Industrial Complex. *New England Journal of Medicine*. 303, 963-970.
- Renaud, M. (1975). On the Structural Constraints to State Intervention in Health. *International Journal of Health Services*. 5(4): 559-572.
- Rezaki, M. (1995). Bir Sağlık Ocağına başvuran hastalarda depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 6(1), 13-20.
- Rich, A. (1992). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. London: Virago.
- Rieker, P. P. ve Bird, C. E. (2005). Rethinking gender differences in health: What's needed to integrate social and biological perspectives. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 60B, 40-47.

- Rieker, P. P., ve Bird, C. E. (2000). Sociological explanations of gender differences in mental and physical health. *The Handbook of Medical Sociology*. 5. basım. (Ed: C. E. Bird, P. Conrad, ve A. M. Fremont). New Jersey: Prentice-Hall, ss.98-113.
- Riessmann, C. K. (1983). Women and Medicalization: A New Perspective. *Social Policy*. 14, 3-18.
- Roberts, H. (1990). *Women's Health Counts*. London: Routledge.
- Rodberg, L. ve Stevenson, G. (1979) The Health Care Industry in Advanced Capitalism. *Review of Radical Political Economy*. 9(1), 104-115.
- Roemer, M. (1993). *National Health Systems of the World, the Issues*. (Vol. 2). New York: Oxford University Press.
- Rogers, W. (2004). Evidence based medicine and women: do the principles and practice of EBM further women's health?. *Bioethics*. 18(1), 50-71.
- Romanucci-Ross, L. ve Moerman, D. (1988). The Extraneous Factor in Western Medicine. *Ethos*. 16, 146-166.
- Rose, D. (1995). *A Report on Phase 1 of the ESRC Review of OPCS Social Classifications*. Swindon: ESRC.
- Rosenheck, R.; Morrissey, J.; Lam, J.; Calloway, M.; Stolar, M.; Johnsen, M.; Randolph, F.; Blasinsky, M. ve Goldman, H. (2001). Service delivery and community: Social capital, service systems integration, and outcomes among homeless persons with severe mental illness. *Health Services Research*. 36(4), 691-710.
- Ross, C. E. ve Wu, C. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*. 60, 719-745.
- Ross, C.; Mirowsky, J. ve Goldsteen, K. (1990). The impact of the family on health: The decade in review. *Journal of Marriage and the Family*. 52, 1059-1078.
- Ross, E. (1938). *Principles of Sociology*. New York: D. Appleton Century.
- Ross, N. A.; Wolfson, M.; Dunn, J. R.; Berthelot, J.M.; Kaplan, G. ve Lynch, J. (2000). Relation between income inequality and mortality in Canada and the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics. *British Medical Journal*. 320(7239), 898-902.
- Rossi, A. (1977). A Biosocial Perspective on Parenting. *Daedalus*. 106, 1-32.
- Roth, J. (1963). *Timetables, Structuring the Passage of Time in Hospital Treatment and Other Careers*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Rowland, R (1992). *Living Laboratories: Women and the Reproductive Technologies*. London: Macmillan.
- Sabo, D. ve Gordon, D. (1995). Rethinking men 's health and illness. *Men's Health and Illness: Gender, Power and the Body*. (Ed: D. Sabo ve D. Gordon). London: Sage, ss.1-21.

- Sağduyu A.; Ögel, K.; Özmen, E. ve Boratav, C. (2000). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 11(1), 3-16.
- Sai, M. (2008). Paternal Race/Ethnicity and Birth Outcomes. *American Journal of Public Health*. 98(12), 2285-2292.
- Sallinen, M.; Harma, M.; Mutanen, P.; Pihl, S.; Ranta, R.; Virkkala, J. ve Muller, K. (2002). Sleep in an irregular shift system. *Journal of Sleep Research*. 11(1), 35-42.
- Sandman, D., Simantov, E. ve An, C. (2000). *Out of Touch: American Men and the Health Care System*. New York: The Commonwealth Fund.
- Saraç, C. (2006). 'Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası', 'Primsiz Ödemeler' ve 'Sosyal Güvenlik Kurumu' Kanun Tasarılarına İlişkin Genel Bir Değerlendirme. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 8(1), 325-342.
- Sari, N.; Langenbrunner, J. ve Lewis, M. (2000). Affording Out-of-pocket Payments for Health Services: Evidence from Kazakhstan. *EuroHealth*. 6(2), 37-39.
- Savage, M., Bagnail, G. ve Longhurst, B. (2005). *Globalization and Belonging*. London: Sage.
- Sawicki, J. (1991). *Disciplining Foucault: Feminism, Power and the Body*. London: Routledge.
- Sayar, K. (2001). Küreselleşmenin Psikolojik Boyutları. *Yeni Symposium*. 39(2), 79-94
- Sayar, M. (2006). *A longitudinal study of the relationship between perceived social support and psychological well-being of adolescents from low socioeconomic status*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi.
- Scambler, G. (2009) Health-related stigma. *Sociology of Health and Illness*. 31(3), 441-455.
- Scambler, G. ve Britten, N. (2001). System, lifeworld and doctor-patient interaction. *Habermas, Critical Theory and Health*. (Ed: G. Scambler). London: Routledge, ss.45-67.
- Scheper-Hughes N. (1990). The madness of hunger. *New Internationalist*. 209. <http://www.newint.org/features/1990/07/05/hunger/> (Erişim:24.06.2008).
- Scheper-Hughes N. (1995). Hungry Bodies, Medicine and the State: Toward a Critical Psychological Anthropology. *New Directions in Psychological Anthropology*. (Ed: T. Schwartz, G.M. White, C.A. Lutz). Cambridge: Cambridge University Press, ss.221-247.
- Schilling, C. (2002). Culture, the 'sick role' and the consumption of health. *British Journal of Sociology*. 53(4), 621-638.

- Schnall, P.L. ve Landbergis, P.A. (1994). Job Strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health*. 15, 381-411.
- Scott, S. ve Morgan, D. (Ed.) (1993). *Body Matters: Essays on the Sociology of the Body*. London: Falmer Press.
- Seidell, J. (2000). Obesity, insulin resistance and diabetes: a worldwide epidemic. *British Journal of Nutrition*. 83(1), 5-8.
- Sen, A. (1992). *Inequality Reexamined*. Cambridge: Harvard University Press.
- SGK, 2010. *Aylık İstatistik Bülteni*. SGK Yayın No:50. Ağustos 2010. http://www.sgk.gov.tr/sgkshared/dokuman/istatistik/2010_08_bulten.pdf (Erişim:12.10.2010).
- Shaar, K.; McCarthy, N. ve Meshefedjian, G. (1994). Disadvantage in physically disabled adults: an assessment of the causation and selection hypotheses. *Social Science and Medicine*. 39(3), 407-13.
- Shahmanesh, M. (2007). Neo-liberal Globalisation and Health: A Modern Tragedy. *Critique*. 35(3), 315-338.
- Shaw, C.; Williams, K.; Assassa, P. R. ve Jackson, C. (2000). Patient satisfaction with urodynamics: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 32(6), 1356-1363.
- Shaw, L.; Hachamovitch, R. ve Redberg, R.F.(2000). Current evidence on diagnostic testing in women with suspected coronary heart disease: choosing the appropriate test. *Cardiology in Review*. 8(1), 65-74.
- Shinn, E.; Basen-Engquist, K.; Le, T.; Hansis-Diarte, A.; Bostic, D.; Martinez-Cross, J.; Santos, A. ve Follen, M. (2004). Distress after an abnormal pap smear result: Scale development and psychometric validation. *Preventive Medicine*. 39(2), 404-412.
- Shorter, F. C. (2000). Turkish Population in the Great Depression. *New Perspectives on Turkey*. 23(Fall), 103-124.
- Shott, S. (1979). Emotion and social life: a symbolic interactionist analysis. *American Journal of Sociology*. 84(6),1317-34.
- Shuttleworth, S. (1990). Female Circulation: Medical Discourse and Popular Advertising in the Mid-Victorian Era. *Body/Politics: Women and Discourses of Science*. (Ed: M. Jacobus, E. Fox Keller and S. Shuttleworth) London: Routledge, ss. 47-67.
- Siefert, K.; Heflin, C. ve Corcoran, M. (2001). Food insufficiency and the physical and mental health of low-income women. *Women and Health*. 32(1-2), 159-177.
- Siegrist, J. ve Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Social Science and Medicine*. 58(8), 1463-1473.

- Signorelli, N. (1993). *Mass media images and impact on health*. Westport: Greenwood Pub.
- Sinclair, B. (1989). Strategies for Reducing the Drug Bill. *New Zealand Medical Journal*. 102(865), 165-167.
- Singer, M. (1984). Hypoglycemia: A Controversial Illness in US Society. *Medical Anthropology*. 8(1): 1-36.
- Smidt, C. (1999). Religion and civic engagement. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*. 565, 178–192.
- Smith, J. (1988). Can New Zealand Afford Nonrestricted Antibiotic Prescribing?. *The New Zealand Medical Journal*. 101(844), 213.
- Smith, K.V. ve Goldman, N. (2007). Socioeconomic differences in health among older adults in Mexico. *Social Science and Medicine*. 65(7), 1372-1385.
- Smith-Rosenberg, C. (1984). The Hysterical Women: Sex Roles and Role Conflict in 19th century America. *Health and Disease: A Reader*. (Ed: N. Black, D. Boswell, A. Gray, S. Murphy ve J. Popay). Milton Keynes: Open University Press, ss. 25-49.
- Sobal, J. ve Stunkard, A.J (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychology Bulletin*. 105, 260-275.
- Sooman, A. ve Macintyre, S. (1995). Health and perceptions of the local environment in socially contrasting neighborhoods in Glasgow. *Health and Place*. 1, 15-26.
- Soyer, A. (2000). 1980 Sonrası Sağlıkta Neler Oldu?. *Toplum ve Hekim*. 15(4), 259-264.
- Soyer, A. (2004). Türkiye'de Sağlık Sektörünün Temel Sorunları. *Özgür Üniversite Forumu*. 26-27, 46-62.
- Soyer, A.; Aslanhan, B.; Bilaloğlu, E.; Kılıç, G.; Öztürk, O.; Yavuz, C.I. ve Zincir, M. (2007). *Sağlıkta Piyasacı Tahribatın Son Halkası: AKP*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Soyer, A.; Kılıç, B.; Belek, İ. ve Pala, K. (Ed.) (2003). Türkiye'de Sermayenin Sağlık Sektörü Hayali Gerçekleş(ebil)ecek mi?. *Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003 Türkiye'sinde Halka ve Hekimlere / Sağlık Personeline Ne Getiriyor?* TBB Yayınları, ss.9-13.
- Soyer, Ata (1996). "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri: 1980-1995." *Yüzyıl Biterken Cumhuriyet Dönemi Türkiye Ansiklopedisi*, cilt 14 (İstanbul: İletişim Yayınları, 1996), p. 1115.
- Spector, R. (2004). *Cultural Diversity in Health and Illness*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Spence, D. P. ; Hotchkiss, J.; Williams, C.S. ve P. D. Davies. (1993). Tuberculosis and poverty. *British Medical Journal*. 307(6907), 759–761.

- Spiegel, J. M. ve Yassi, A. (2004). Lessons from the Margins of Globalization: Appreciating the Cuban Health Paradox. *Journal of Public Health Policy*. 25(1), 85-110.
- Squier, R. A. (1990). Model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social Science and Medicine*. 30(3), 325-39.
- Stacey, M. (1981). The division of labour revisited, or overcoming the two Adams. *Practice and Progress: British Sociology 1950-1980*. (Ed: P. Abrams, R. Deem, J. Finch ve P. Rock). London: Allen and Unwin, ss.172-90.
- Steingard, D. S. ve D. E. Fitzgibbons. (1993). A Postmodern Deconstruction of Total Quality Management (TQM). *Journal of Organisational Change Management*. 6, 27-37.
- Stephanie, V.; Scholder, H.K.; Xu, K.; Aguilar-Rivera, A.M. ve Evans, D. (2005). Health Service Utilization and Catastrophic Health Expenditures in Armenia: 1999 and 2001. *Uluslararası Sağlık Ekonomisi Derneği 5. Dünya Kongresi Bildiri Kitabı*, ss. 135-137.
- Stephens, T.; Jacobs, D.R. ve Craig, C. ve White, C.C. (1985). A Descriptive Epidemiology of Leisure-Time Physical Activity. *Public Health Reports*. 100(2), 147-158.
- Stewart M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal*. 152(9), 1423-33.
- Stewart, M. ve Roter, D. (1989). *Which facets of communication have strong effects on outcome - a metaanalysis. Communicating with medical patients*. Newbury Park: Sage.
- Street R. (1991). Information giving in medical consultations: the influence of patients communicative styles & personal characteristics. *Social Science and Medicine*. 32(5), 541-548.
- Strong, P. (1979). *The Ceremonial Order of the Clinic. Parents, Doctors and Medical Bureaucracies*. London: RKP.
- Strong, P. ve Davis, A (1977). Roles, role formats and medical encounters a cross cultural analysis of stafif/client relationships in cbldren's clinics. *Sociological Review*. 25(4), 775-800.
- Surat, E. M. (1993). *Medikal sosyoloji açısından endüstri meslek-çevre hastalıklarına ilişkin bir değerlendirme*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.
- Süyür, H. (2009). *Polivinil klorür maruziyetinin pulmoner sisteme etkileri*. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.

- Szasz, T. (1971). *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Syracuse University Press.
- Szreter, S. (2002). The state of social capital: bringing back in power, politics and history. *Theory and Society*. 31(4), 573–621.
- Şenol Y. ve Belek İ. (2002). Antalya'nın İki Mahallesinde Bir Araştırma: Sağlık Hizmeti Kullanımında Eşitsizlikler ve Eşitsizliklerdeki İki Yıllık Değişim Sonuçları. 8. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı*, ss. 456-459.
- T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (2008). *Kadın ve Sağlık*. Ankara. <http://www.ksgm.gov.tr/Pdf/2006faaliyetraporu.pdf> (Erişim: 10.09.2009)
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2005). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 2004, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2006a). *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Üreme Sağlığına Giriş*. Ankara: Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2006b). *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003*. Ankara: T.C. RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007). Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*. www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/./22_07_2010_14_46_17.pdf Erişim: 16 Eylül 2010
- Tanner, M. ve C. Vlassof (1998). Treatment seeking behavior for malaria: a typology based on endemicity and gender. *Social Science and Medicine*. 46 (4-5), 523-532.
- Tatar, M.; Özgen H.; Şahin, B.; Belli, P. ve Berman, P. (2007). Informal Payments in The Health Sector: A Case Study from Turkey. *Health Affairs*. 26(4), 1029-1039.
- Taussig, M. T. (1980), Reification and Consciousness of the Patient. *Social Science and Medicine*. 14B, 3-13.
- Taylor, C.E. (1993). Learning from health care experiences in developing countries. *American Journal of Public Health*. 83(11), 1531–32.
- Taylor. S. and Ashworth, C. (1987). Durkheim and Social Realism: An Approach to Health and Illness. *Sociological Theory and Medical Sociology*. (Ed: G. Scambler). London: Tavistock, ss. 37-58.

- Tekin, A. (2007). *Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur Örneği)*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Tengilimoğlu, D. (2001). Hastane Seçimine Etkili Olan Faktörler: Bir Alan Uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 1, 85-98.
- Tengilimoğlu, D.; Kısa, A. ve Dziegielewska, S.F. (1999). Patient satisfaction in Turkey: Differences between public and private hospitals. *Journal of Community Health*. 24(1), 73-91.
- Terris, M. (1998). Epidemiology and Health Policy in the Americas: Meeting the Neo-liberal Challenge. *Journal of Public Health Policy* 19(1), 15-24.
- Tesh, S. (1988). *Hidden Arguments*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Tew, M. (1990). *Safer Childbirth: A Critical History of Maternity Care*. London: Chapman Hall.
- Theodosius, C. (2008). *Emotional Labour in Health Care*. London: Routledge.
- Thomson, A. (1988). Workloads in Auckland General Practice 1981/82 to 1984/85. *New Zealand Medical Journal*. 101(857), 763-765.
- Thomson, J.; Lin, M.; Halliday, L., Preston, G.; McIntyre, P. ve Gidding, H. (1998). Australia's Notifiable Disease Status 1998- Annual report of the National Notifiable Diseases Surveillance System. *Communicable Diseases Intelligence*. 23, 277-305.
- Thomson, G.E., Mitchell, F. and Willaims, M.B. (2006) (eds) *Examining the Health Disparities Research Plan of the National Institutes of Health*. Washington, DC: National Academies Press.
- Timur, S. (1982). Türkiye'de Aile Yapısının Belirleyicileri. *Türk Toplumunda Kadın*. (Ed: N.A. Unat) İstanbul: Türk Sosyal Bilimler Derneği ve Ekin Yayınları, ss.97-111.
- TNSA (2004). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Sağlık Araştırması 2003*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği.
- TNSA (2009). *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK.
- Tolhurst, R. ve Nyong'o, F.K. (2002). Developing a Methodology for the analysis of gender equity in malaria. *Special Programme for Research and Training in Tropical Disease (TDR) Report No59*. UNDP, UNICEF ve WHO yayını.

- Toon, P. (1981). Defining Disease: Classification Must be Distinguished from Evaluation. *Journal of Medical Ethics*. 7, 197-201.
- Topçu, S. (2006). *Göç eden ve göç etmeyen kadınların sağlığı geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi
- Torpe, C. (2003). Denmark - Conditions of Life - Social Security. *Denmark*. <http://www.um.dk/publikationer/um/english/denmark/index.asp> (Erişim:06.06.2009)
- Torsheim, T.; Ravens-Sieberer, U.; Hetland, J.; Valimaa, R.; Danielson, M. ve Overpeck, M. (2006). Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science and Medicine*. 62 (4), 815–827.
- Townsend, P. ve Davidson, N. (1982) *Inequalities in Health: The Black Report*. London: Penguin.
- Tönük B.; Gültürk, H.; Güneşli, U.; Arıkan, R.; Kayim, H. ve Bozkurt, Ö. (1987). *1984-Gıda Tüketimi ve Beslenme*. Ankara: Tarım, Orman ve Köyişleri Bakanlığı, Unicef, Koruma Kontrol Genel Müdürlüğü ortak yayını.
- TTB. (2006). On Soruda 224 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. <http://www.ttb.org.tr/index.php/component/content/article/15-genel/54-224-sayili-kanun> (Erişim 28.08.2010)
- TTB. (2007). *Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine Değerlendirme*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- TTB. (2008). *Fusun Sayek TTB Raporları 2008- Sağlık Emek-Gücü: Sayılar ve Gerçekler*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Tubeuf, S.; Jusot, F.; Devaux, M. ve Sermet, C. (2008). Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and Measurement of Inequalities in Health. *Working Paper No.12*. <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT12SocialHeterogeSelfReportHealthStatus.pdf> (Erişim:17.02.2010)
- Tudor-Hart, J. (1971). The Inverse Care Law. *Lancet*. 7696, 405-412.
- Tufan, İ. (2002). *Antik Çağdan Günümüze Yaşlılık*. İstanbul: Aykırı Yayınları, 2002.
- Tufan, İ. (2003). *Yaşlılık ve Yaşlanma: Modernleşen Türkiye’de Yaşlanmanın Sosyolojisi*. İstanbul: Anahtar Kitaplar.
- Tulloch, J. ve Lupton, D. (2003). *Risk and Everyday Life*. London: Sage.
- Turan, M., Çilli, A.S., Aşkın, R., Herken, H., Telcioğlu, M. ve Kucur, R. (1999). Cage Testi ile Alkol Kullanımı Üzerine Epidemiyolojik Bir Çalışma. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2(4), 217-221.
- Turner, B. S. (1996). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*. 2.basım. London: Sage.

- Turner, B. S. (Ed). (1992). *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology*. London: Routledge.
- Turner, B. S. ve Samson, C. (1995). *Medical Power and Social Knowledge*. 2.basım. London: Sage.
- Turner, J. B. (1995). Economic context and the effects of unemployment. *Journal of Health and Social Behaviour*. 36, 213–229.
- Tuzla Tersaneler Bölgesi İzleme ve İnceleme Komisyonu (2008). *Tuzla Tersaneler Bölgesi'ndeki Çalışma Kosulları ve Önlenabilir Seri İş Kazaları Hakkında Rapor*. TMMOB İstanbul İl Koordinasyon Kurulu. kentvedemiryolu.com/indir.php?dosya=tersaneler.pdf. (Erişim: 24.05.2009)
- TÜİK (2008b) 2008 Sağlık Araştırması Haber Bülteni <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=4013> (Erişim: 14.09.2009)
- TÜİK, (2008). Yoksulluk Çalışması 2008. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=4151>
- TÜİK, (2009). Hanehalkı İşgücü Araştırması 2009 Ağustos Dönemi Sonuçları. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=4146> (Erişim: 24.05.2009)
- TÜİK, (2010). TÜİK Yaşam memnuniyeti istatistikleri veritabanı dinamik sorgulama. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/yasamapp/yasam.zul>. (Erişim:04.09.2010)
- TÜİK. (2005). İstatistik Göstergeler 1923-2004. Yayın No: 535, Ankara.
- TÜİK. (2009b). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Basın Bülteni No. 73. (Erişim:18.10.2010)
- Türkdoğan, Orhan. (2006). Toplumsal Yapı ve Sağlık Hastalık Sistemi. IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Türk-İş (2009). Türk-İş Haber Bülteni. <http://www.turkis.org.tr/source.cms.docs/turkis.org.tr.ce/docs/file/aclikeki m09.pdf> (Erişim:17.09.2010)
- Türkkan, A. (2005). *Nilüfer Belediyesi Fethiye Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Merkezi bölgesinde sosyoekonomik açıdan farklı iki bölgede sağlıkta eşitsizlikler ve bunu etkileyen etmenler*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Bursa: Uludağ Üniversitesi.
- Türkkan, A. ve Aytekin, H. (2009). Socioeconomic Health Inequality in Two Regions of Turkey. *Journal of Community Health*. 34, 346-352.
- Tüzün, H. (2010). Sağlıkta dönüşüm ve tedavi edici sağlık hizmetleri. *TES-İŞ Dergisi*, Nisan, 88-93.
- Twaddle, A. C. (1982). From Medical Sociology to the Sociology of Health: Some Changing Concerns in the Sociological Study of Sickness and

- Treatment. *Sociology: The State of the Art*. (Ed: T. Bottomore, M. Sokolowska ve S. Nowak). London: Sage, ss.323-358.
- U.S. Census Bureau. (2008). *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2007*. <http://www.census.gov/prod/2008pubs/p60-235.pdf> <http://www.cms.hhs.gov/MedicareGenInfo/> (Erişim:04.09.2010)
- Üstündağ, N. ve Yoltar, Ç. "Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Bir Devlet Etnografisi". *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları*. (Ed: Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan ve Ç. Yoltar). İstanbul: İletişim Yayınları, ss.55-94.
- Van Doorslaer, E.; Wagstaff, A. ve Rutten, F. (Ed). (1993). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: an International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.
- Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: and individual-level analysis. *Social Science and Medicine*. 50(5), 619–629.
- Veenstra, G. (2002). Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance). *Social Science and Medicine*. 54(6), 849–868.
- Vera H. (1993). The client's view of high quality care in Santiago, Chile. *Studies in Family Planning* 24(1), 40-49.
- Verbrugge, L.M. (1982). Sex differentials in health. *Public Health Reports*. 97(5), 417-437.
- Verbrugge, L.M. (1989). The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behaviour*. 30(3), 282–304.
- Viot-Blanc, V. ve Deschaux, C. (2002). Age effect on insomnia in general practice (part II) according to clinical subtypes. *Journal of Sleep Research*. 11, 27-37.
- Vlahov, D.; Galea, S. ve Freudenberg, N. (2005). Urban health: Toward an Urban Health Advantage. *Journal of Public Health Management and Practice*. 11 (3), 256-258.
- Vlassoff C. (1994). Gender inequalities in health in the third world: uncharted ground. *Social Science and Medicine*. 39(9), 1249–1259.
- Vlassoff, C. ve E. Bonilla (1994). Gender related differences in the impact of tropical diseases on women: what do we know? *Journal of Biosocial Science*. 26, 37-53.
- Wadsworth, M. (1986). Serious illness in childhood and its association with later-life achievement. *Class and Health*. (Ed: R. Wilkinson). London: Tavistock, ss.50-74.
- Waitzkin, H. (1981) A Marxist Analysis of the Health Care Systems of Advanced Capitalist Societies. *The Relevance of Social Science for Medicine*. (Ed: L. Eisenberg ve A. Kleinmann). Dordrecht: D. Riedel, ss. 330-370.

- Waitzkin, H. (1986). A Marxian Interpretation of the Growth and Development of Coronary Care Technology. *The Sociology of Health and Illness*. (Ed: P. Conrad ve R. Kern). New York: St Martin's Press, ss. 247-257.
- Waitzkin, H. (1989)., A Critical Theory of Medical Discourses. *Journal of Health and Social Behaviour*. 30(2), 220-39.
- Waitzkin, H. (1991). *The Politics of Medical Encounters: How Patients and Doctors Deal with Social Problems*. New Haven: Yale University Press.
- Walby, Sylvia. (1990). *Theorizing Patriarchy*. Oxford: Basil Blackwell.
- Waldby, C. (1996). *AIDS and the Body Politic*. London: Routledge.
- Waldron, I. (1983) Sex differences in human mortality: the role of genetic factors. *Social Science and Medicine*. 17(6), 321-33.
- Walters, V., McDonough, P. ve Strohschein, L. (2001). The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: An analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Social Science and Medicine*. 54(5), 677-692.
- Walton, E. C. ve Takeuchi, D. T. (2005). Contextualizing the Education and Health Status Association: Evidence from a National Study of Asian Americans. *Amerikan Sosyoloji Derneği Yıllık Toplantısı'nda sunulan bildiri*.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=104&sid=a7d0383f-7858-46de-89a3-37c6fe6af658%40sessionmgr111>. (Erişim:04.05.2009)
- Wamala, S.P. ve Lynch, J. (Ed.) (2002). *Gender and Social Inequities in Health. A Public Health Issue*. Lund: Studentlitteratur.
- Wardwell, W. (1952). A Marginal Professional Role: The Chiropractor. *Social Forces* 30, 339-48.
- Warren, J.R.; Hoonakker, P.; Carayon, P. ve Brand, J. (2004). Job characteristics as mediators in SES-health relationships. *Social Science and Medicine*. 59(7), 1367-1378.
- Waxler, N.E.; Morrison, B.M.; Sirisena, W.M. ve Pinnaduwage, S. (1985). Infant mortality in Sri Lankan households: a causal model. *Social Science and Medicine*. 20(4), 381–392.
- Webb, J. (1995). Quality Management and the Management of Quality. *Making Quality Critical: New Perspectives on Organisational Change*. (Ed: A. Wilkinson ve H.Willmott) London: Routledge, ss.105-126.
- Weiss, K.B. ve Addington, W.W. (1998). Tuberculosis. Poverty's penalty. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*.157(4), 1011-1017.
- Wenger, N. K. (1997). Coronary Hearth Disease: An older woman's health risk. *British Medical Journal*. 315(7115), 85-90.

- Wenying, Y.; Juming L.; Jianping W.; Weiping J.; Linong, J. vd. (2010). Prevalence of Diabetes among Men and Women in China. *New England Journal of Medicine*. 362(16), 1090-1101.
- West, P. (1991). Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities. *Social Science and Medicine*, 32(4), 373-84.
- Westberg, J. (2006). Making A Difference: An interview of Cosme Ordonez Carceller. *Education for Health*.19(3), 390-397.
- Westergaard, J. (1995). 'Who gets what?' The Hardening of Class Inequality in the Late Twentieth Century. Cambridge: Polity Press.
- White, K. (1991). The Sociology of Health and Illness. *Current Sociology*. 39(2), 1-12.
- White, K. (2002). *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: Sage.
- Whiteford, L. ve Branch, L. (2008). *Primary Health Care in Cuba: The Other Revolution*. Lanham: Rowman and Littlefield.
- Wilkinson, R.G. (1986). Socio-economic differences in mortality: interpreting the data on size and trends. *Class and Health*. (Ed: R. Wilkinson). London: Tavistock, ss.1-33.
- Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, R.G. (1997). Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards?. *British Medical Journal*. 314(7080), 591-595.
- Wilkinson, R.G. (2000). *Mind the Gap: Hierarchies, Health and Human Evolution*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Wilkinson, R.G. ve Marmot, M. (Ed.) (1998). *Social Determinants of Health - The Solid Facts*. World Health Organisation.
- Williams, C.; Kitzinger, J. ve Henderson, L. (2003). Media Reporting on the Ethical Debates on Stem Cell Research. *Sociology of Health and Illness*. 25(7), 793-814.
- Williams, D. (2000). Race, SES and health: The added effects of racism and discrimination. *Perspectives in Medical Sociology*. (Ed: P. Brown) Illinois: Waveland Press, ss. 21-39.
- Williams, G. ve Popay, J. (2001). Lay health knowledge and the concept of the lifeworld. *Habermas, Critical Theory and Health*. (Ed: G. Scambler) London: Routledge, ss.25-44.
- Williams, S. (1998)., Capitalising on Emotions? Rethinking the Inequalities Debate. *Sociology*. 32(1), 121-39.
- Willis, E. (1989). *Medical Dominance*. Sydney: Allen and Unwin.

- Winkleby, M. A.; Jatulis, D. E.; Frank, E. ve Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*. 57(2),153-182.
- Wizeman, T. ve Pardue, M.L. (Ed.) (2001). *Exploring the biological contribution to human health: Does sex matter?*. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Wolf, N. (1991). *The Beauty Myth*. London: Vintage Books.
- Wolf, N.(1994). *Fire with Fire*. London: Vintage Books.
- Wolfe, B. L. (1999). Poverty, Children's Health, and Health Care Utilization. *Federal Reserve Bank of New York Economic Policy Review*. September, 1-13.
- Wollstonecraft, M. (1792). *A Vindication of Rights of Woman* <http://oregonstate.edu/instruct/phl302/texts/wollstonecraft/woman-contents.html> (Erişim:02.11.2009).
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: a critical review. *Theory and Society*. 27(2), 151–208.
- Wright, J. ve Burrows, L. (2004). Being Healthy: The discursive construction of health in New Zealand children's responses to the national education monitoring project, *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education*. 25(2), 211-230.
- Wright, P. ve Treacher, A. (Ed). (1982). *The Problem of Medical Knowledge: Examining the Social Construction of Medicine*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Wu, B.; Mao, Z.F.; Rockett, I.R.H. ve Yue, Y. Socioeconomic Status and Alcohol Use Among Urban and Rural Residents in China. *Substance Use & Misuse*. 43(7), 952-966.
- Wyke, S.; Hunt, K. ve Ford, G. (1998). Gender Differences in consulting a general practitioner for common symptoms of minor illness. *Social Science and Medicine*. 46(7), 901-6.
- Xu, K. ve Borders, T. (2003). Gender, Health and physician visits among adults in the United States. *Amercan Journal of Public Health*. 93(7), 1076-79.
- Yağbasan, M. ve Çakar, F. (2006). Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışa dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 15, 609-631. www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos../YAĞBASAN,%20Mustafa%20vd.pdf
- Yasa, İ. (1962). Türkiye’de Halk Sağlık Folkloru ve Bazı Meseleleri. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*. 17(3-4), 251-302.
- Yavaş, G. (2007). *Fikri Mülkiyet Hakları*. www.dtm.gov.tr/dtmadmin/upload/AB/..TRIPSSlidesson.ppt (Erişim: 12.10.2010)

- Yavuz, C.I. (2010). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde dönüşüm: aile hekimliği sistemi ve işyeri sağlık hizmetleri alanındaki değişimler. *TES-İŞ Dergisi*. Nisan, 102-111.
- Yavuz, M. (2010). Sağlıkta dönüşüm ve genel sağlık sigortası: Finansmanda yaşanan sorunlar. *TES-İŞ Dergisi*. Nisan, 94-101.
- Yen, S. T. (2005). Zero observations and gender differences in cigarette consumption. *Applied Economics*. 37(16), 1839-49.
- Yıldırak, N.; Gülçubuk, B. Gün, S.; Olhan, E. ve Kılıç, M. (2002). *Türkiye’de Gezici ve Geçici Kadın Tarım İşçilerinin Çalışma ve Yaşam Koşulları ve Sorunları*. Ankara: Uluslararası Çalışma Örgütü Türkiye Temsilciliği. <http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/publ/kadintarim.pdf> f (Erişim:27.11.2009).
- Yıldırım, H. H. (2005). Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler, http://www.absaglik.com/hhy_YUP.pdf, ss. 1-25. (Erişim: 17.02.2009)
- Yılmaz, H. (2007). Sağlıkta Harcama Politikaları ve Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi. *Paran Kadar Sağlık*. Mürekkep Dergisi Eki.
- Yoltar, Ç. (2009). When the Poor Need Health Care: An Ethnography of State and Citizenship in Turkey. *Middle Eastern Studies*. 45(5), 1743-7881.
- Young, I. (1981). Beyond the unhappy marriage: a critique of dual-systems theory. *Women and Revolution: A Discussion of the Unhappy Marriage of Marxism and Feminism*. (Ed: L. Sargent). Montreal: Black Rose Books, ss.43-69.
- Yüksel İ. (2003). İşsizliğin psiko-sosyal sonuçlarının incelenmesi:Ankara örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*.4(2), 21-38.
- Yüksel, M.(2002). Günümüzde Fikri Mülkiyet Hakları ve Azgelişmiş Ülkeler. *Ankara Barosu Uluslararası Hukuk Kurultayı, Fikri Mülkiyet ve Rekabet Hukuku (Cilt: 2)*. Ankara Barosu Yayını, ss. 699-732.
- Zablocki, E. (1993). Quality management targets health care - Total Quality Management applied to hospital administration. *Nation's Business*. http://findarticles.com/p/articles/mi_m1154/is_n2_v81/ai_13435559/ (Erişim:03.10.2010).
- Zalewski, M. (1990). Logical contradictions in feminist health care: a rejoinder to Peggy Foster. *Journal of Social Policy*. 19(2), 235-44.
- Zimmerman, M.K. ve Hill, A.S. (1999). Health Care as a Gendered System. *Handbook of the Sociology of Gender*. (Ed: J. Saltzman Chafetz). New York: Kluwer Academic Plenum Publishers, ss.483-518
- Zola, I. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *American Sociological Review*. 20(4), 487-504.

Zust, B.; Natwick, L. ve Oldani, A. (2010). Stress perception among rural and urban perinatal patients. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*. 10(1), 70-79.

Zwi, A.B.; Forjuoh, S.; Murugusampillay, S.; Odero, W. ve Watts, C. (1996). Injuries in developing countries: policy response needed now. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 90(6), 593–95.

www.cms.gov (Erişim:04.09.2010)

www.goldcopd.com/download.asp?intId=189 (Erişim:17.10.2010)

www.saglik.gov.tr (Erişim:18.10.2010)

www.ses.org.tr (Erişim: 07.11.2010)

www.tuik.gov.tr (Erişim:04.09.2010)

<http://ekutup.dpt.gov.tr/bolgesel/dincerb/ilce/2.pdf> (Erişim:16.11.2009)

<http://www.avert.org/aids-history-86.htm>. (Erişim: 18.10.2010).

<http://www.bumko.gov.tr/>. (Erişim: 09.11.2010)

<http://www.haberler.com/van-insan-haklari-kurulu-saglik-ocaklarinda-kurtce-2161731-haberi/>.(Eriřim:16.11.2009)

<http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-kurtce-bilen-doktorlar-is-basinda-2-12-28453.html>. (Erişim:16.11.2009)

<http://www.nho.org/>.(Erişim: 04.09.2010)

<http://www.oecd.org/dataoecd/46/36/38979632.xls> (Erişim:02.06.2008).

<http://www.orlan.net/>. (Erişim: 06.04.2009)

<http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=134928>.(Erişim: 11.11.2010)

<http://www.referansgazetesi.com> (Erişim: 13.11.2010)

<http://www.sgk-tr.com/genel-bilgi/18-yas-alti-cocuklarda-gss.html>
(Erişim:14.10.2010)

<http://www.sochealth.co.uk/Black/black6.htm> (Erişim:14.10.2010)

<http://www.timeturk.com>. (Erişim: 06.10.2010)

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=2080>.(Eriřim:04.09.2010)