

Yazar Bilgileri
Author(s)

**Doç. Dr.
İslam Can**
Selçuk Üniversitesi Edebiyat
Fakültesi Sosyoloji Bölümü
islamcan@hotmail.com
ORCID: 0000-0002-5789-9104

Öz

Modern tıp anlayışı bugünün sağlık ve hastalık sistemleri üzerinde güçlü bir egemenliğe sahiptir. Modern tıbbın inşa ettiği bu iktidar, onu sorgulanamaz hale getirerek adeta bir "bilim kilisesi"nin kurulmasına neden olmuştur. Modern tıp biyolojiye fazlasıyla önem vermekte, sağlık ve hastalığın psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik yönlerini göz ardı etmektedir. Halbuki bugünün en önemli sağlık problemlerinin temel nedeni, biyolojik ve genetik etkenlerden ziyade insan davranışlarına, alışkanlıklara ve yaşam tarzlarına bağlı nedenlerdir. Dolayısıyla tıp ahlında uygulamalı bir bilim dalı olduğu kadar, sağlık/hastalık ve toplum ilişkisi göz önünde tutulduğunda, aynı zamanda bir sosyal bilim dalıdır. Bu perspektiften ele alındığında günümüz toplumlarının karşı karşıya kaldığı sağlık risklerinin "sosyal epidemiyoloji" sine odaklanması önem arz etmektedir. Bu çalışma, sağlık ve hastalığı sadece biyoloji temelli açıklayan biyo-medikal modelin aksine sosyal etmenlerin de insan ve toplumsal sağlığını önemli ölçüde belirlediğini iddia etmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada, öncelikle tıbbın aynı zamanda bir sosyal bilim olduğu temellendirilmeye çalışılacak, daha sonra ise mikrodan makroya birçok sosyal değişkenin insan ve toplum sağlığına ne ölçüde etki ettiği yapılan birtakım araştırmalarla desteklenerek izah edilecektir. Ayrıca bu çalışma, son dönemlerde yayımlanan sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik çalışmalara da katkı sunmayı amaçlamaktadır.

Abstract

The modern understanding of medicine has a strong dominance over today's health and disease systems. This power built by modern medicine has made it unquestionable and led to the establishment of a "church of science". However, this unquestionability does not mean that modern medicine cannot be error-free. This understanding, which is disconnected from the individual's social and cultural environment and sees the patient as a mere machine, is experiencing major crises today. In other words, the issue of health should be addressed not only as a biological issue, but with a social research motivation that centers on the examination of health conditions. Because modern medicine attaches great importance to biology and ignores the psychological, social, cultural and economic aspects of health and disease. However, the main cause of today's most important health problems is due to human behavior, habits and lifestyles rather than biological and genetic factors. Therefore, while medicine is actually an applied science, it is also a social science when the relationship between health/disease and society is taken into consideration. Considered from this perspective, it is important to focus on the "social epidemiology" of the health risks faced by today's societies. This study claims that, contrary to the bio-medical model that explains health and disease solely based on biology, social factors also significantly determine human and social health. In this regard, this study will first try to establish that medicine is also a social science, and then the extent to which many social variables, from micro to macro, affect human and public health will be explained, supported by some research. In addition, this study aims to contribute to recently published studies on social determinants of health.

Makale Tarihleri
History of Article

Geliş Tarihi /Received
09.05.2024
Kabul Tarihi/Accepted
11.06.2024

Anahtar Kelimeler / Keywords

Sağlık / Health
Hastalık / Disease
Tıp / Medicine
Sosyal bilim / Social science
Sağlık sosyolojisi / Sociology of health

Makale beyanı

Çalışma, özgün bir makaledir.

Teşekkür, Çıkar Çatışması ve Katkı Oranı Beyanı**Statement of Acknowledgment, Conflict of Interest and Contribution Rate**

- Çalışmada çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Atıf / Citation

Can, İ. (2024). Bir Sosyal Bilim Olarak Tıp Ya da Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri. *Olgu Sosyoloji Dergisi*, 3(1), pp. 18-29.

DOI

<https://doi.org/10.58632/olgosos.1480922>

1. Giriş

Sağlık; aile, eğitim, ekonomi, siyaset ve din gibi geçmişten günümüze insanların temel toplumsal ihtiyaçlarını karşılayan, ayrıca bu sosyal kurumlarla da yakından ilişkili olan bir kavramdır. Gerek toplumsal bir kurumu gerekse de insanın biyolojik sıhhatini niteleyen sağlıkla ilgili bazı tanımlar yapılmaktadır. Bunlar içerisinde en çok referans gösterilen Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı sağlık tanımıdır. DSÖ sağlığı; sadece hastalık ya da sakatlıkların olmaması değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden de tümüyle bir iyilik hali içerisinde olma durumu şeklinde tanımlamaktadır (WHO, 1998). Sağlıkla birlikte ele alınan diğer kavram ise hastalıktır. Hastalık; doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin ortaya çıkardığı durumdur. Sağlık ve hastalık kavramları her ne kadar biyolojik bir eksenle tanımlansa da, sadece biyolojik bir süreç değildir. Zira sağlık ve hastalık, aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgudur (Piyal, 2011: 4). Dolayısıyla sağlık ve hastalık sadece bireyi ilgilendiren ve bireyle sınırlandırılan bir durum değil, aksine bireyin gündelik yaşamından tüm sosyal matrislere kadar doğrudan ya da dolaylı etkisi olan bir sistemdir.

Modern dönemle birlikte toplumların yapısı büyük ölçüde dönüşüme uğradı. Siyaset, ekonomi, hukuk, eğitim, kültür ve daha birçok sosyal kurum adeta yeniden düzenlendi. Bu süreçte modern dönemin önemli göstergelerinden biri olan Sanayi devriminin şüphesiz büyük bir etkisi bulunmaktaydı. Sanayileşme 19. ve 20. yüzyıllarda kasaba ve kentlerin devasa biçimde sayılarının artmasına, kırdan kente doğru yapılan yoğun göç hareketlerine, çalışma hayatının evden fabrikalara taşınmasına, ailenin ve üyelerinin rollerinin değişmesine, gündelik yaşam pratiklerinin farklılaşmasına, ekolojik dengenin bozulmasına ve hava ve su kirliliklerinin yaygınlaşmasına ve bunun gibi birçok sosyal problemin gelişmesine neden oldu. Bu değişimlerle birlikte sağlık ve hastalığın nedenleri de önemli ölçüde farklılaşmaya başladı. Bugünün toplumlarında insanların yakalandığı birçok hastalığın temelinde, sanayileşmeyle birlikte oluşan yeni yaşam formlarının ürettiği pratikler ve alışkanlıklar yatmaktadır. Modern dönem bir yandan tıp alanında gerçekleştirilen yeni icat ve teknikleri insanlığa armağan ederken, diğer taraftan aynı insanları da birçok hastalığa maruz bırakmıştır. Turner'a (2011: 17) göre 19. yüzyılda Amerika'da doktorlar, akut ve bulaşıcı olan çeşitli hastalıklarla karşılaşmaktaydı. 1900 yılında Amerika'da temel ölüm nedenleri; grip, zatürre, verem ve mide-barsak iltihabı gibi hastalıklarken, 1980'lerde kalp hastalıkları, kötü huylu tümörler yani kanserler, merkezi sinir sistemindeki damar hasarları ve kazalar başlıca ölüm nedenleri arasında yerini almıştı. 20. Yüzyıla gelindiğinde ise hastalıklar, nüfusun yaşlanması ve yaşam tarzlarındaki değişikliğe bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğin 20. Yüzyılda şeker hastalığı, temel ölüm nedenleri içerisinde bulunmasa da, zenginleşen ve giderek yaşlanan nüfusa sahip ülkelerde şeker hastalarının sayısı gittikçe artmaktadır. Dolayısıyla son iki asırda sosyal şartların değişmesine bağlı olarak sağlık ve hastalık durumlarında da ciddi farklılaşmalar ortaya çıkmıştır.

Sağlık ve hastalık, biyo-medikal yaklaşımın önermelerinin aksine sadece biyo-kimyasal göstergelerle ilişkili olmayıp sosyal belirleyiciler tarafından da tanzim edilir. Birey; bir yandan sağlık sistemi içerisinde doğumu, beslenmesi, iş ve meslek hayatı, kültürü, toplumsallaşması, eğitimi, toplumsal bütünleşmesi gibi sağlık ve hastalıklarla ilgili tutum ve davranışlarına, diğer yandan ekonomi, aile, din, eğitim, siyaset gibi sosyal sistemin diğer alt sistemlerine kadar birçok mikro-mezzo ve makro yapıardan etkilenmektedir (Adak, 2002: 203). Sağlığın aynı zamanda sosyal etkenler tarafından belirlendiği gerçeğine vurgu yapan, 1821-1902 yılları arasında yaşayan ve 1847-1848 yıllarında yaptığı araştırmalarda, alınan siyasal ve ekonomik önlemlerin halkın sağlığında ciddi iyileşmelere neden olduğunu belirten Alman tıpcı Rudolf Virchow, "tıp bir sosyal bilimdir" çıkarsamasıyla sosyal bilimcilerin tıbbi bakışını önemli ölçüde etkilemiştir. Çünkü sağlık ve hastalık, Virchow'un da dikkat çektiği gibi, tıpla ilgili bir terim olduğu kadar psikolojik, sosyolojik ve antropolojik bir terim olmakta, dolayısıyla interdisipliner bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır (Cirhinlioğlu, 2001: 9). Bu perspektiften ele alındığında günümüz toplumlarının karşı karşıya kaldığı sağlık risklerinin "sosyal epidemiyoloji" sine odaklanması önem arz etmektedir. Bu çalışma, sağlık ve hastalığı sadece biyoloji temelli açıklayan biyo-medikal modelin aksine sosyal etmenlerin de insan ve toplumsal sağlığını önemli ölçüde belirlediğini iddia etmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmada, öncelikle tıbbın aynı zamanda bir sosyal bilim olduğu temellendirilmeye çalışılacak, daha sonra ise mikrodan makroya birçok sosyal değişkenin insan ve toplum sağlığına ne ölçüde etki ettiği yapılan birtakım araştırmalarla desteklenerek izah edilecektir. Ayrıca bu çalışma, son dönemlerde yayımlanan sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik çalışmalara da katkı sunmayı amaçlamaktadır.

2. Sosyolojinin Konusu Olarak Tıp

Çağdaş toplumlarda karşılaşılan sağlık ve hastalık durumları kompleks niteliklere sahip olmasından dolayı farklı disiplinlerin, teorilerin ya da metodolojilerin tıbbi olgularla ilgili yeterli bir perspektif geliştirebilmeleri için bir tıp sosyolojisine ihtiyaç duymaktadır (Turner, 2011: 24). Sosyal bilimler alanı yaklaşık iki asırdır sağlık/hastalık veya tıp bilimiyle ilgili çalışmalar yapmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar çoğunlukla sosyoloji ve antropoloji bilimlerince gerçekleştirilmektedir. Porter'a (2016: 160) göre tıp, hastaların yanı sıra sağlıklı olan insanların da planlı bir şekilde izlenmesi; bebeklerden yaşlılara kadar çeşitli yaş gruplarının takip edilmesi; kalıtsal, kronik ve yapısal rahatsızlıkların vaka bazında verilerinin oluşturulması; ayrıca eğitim, gelir, barınma, yeme alışkanlığı gibi değişkenlerin sağlığa etkileri gibi birçok faktörle ilgilenmelidir. Zira günümüzde sağlık ve hastalık, biyolojik olduğu kadar sosyal bir fenomen olarak da istatistiğin, sosyolojinin, fizyolojinin ve siyasetin tanımladığı bir durumu ifade etmektedir. İnsanların sağlık ve hastalık durumlarını açıklayan bazı modeller bulunmaktadır. Bu modeller, hastalığın nedenleri ve sağlıklı olmanın imkânı konularında biyolojik, davranışsal ve toplumsal kaynaklar ekseninde saptamalarda bulunmaktadır. Bu çerçevede

bu modeller arasında en fazla öne çıkan biyo-medikal ve biyo-kültürel modellerin temel iddialarına değinmek yerinde olacaktır.

Sağlık ve hastalık, mikro organizmaların oynadığı rol kadar toplumların kültürel ve yapısal kalıplarınca da belirlenmektedir (Cockerham, 2022). Sağlık ve hastalık kavramlarının tüm boyutlarıyla anlaşılması ve açıklanması için, modern tıbbın tek boyutlu yaklaşımının aşılması ve çeşitli faktörlerin etkisine dikkat çekilmesi gerekmektedir (Cirhinlioğlu, 2001: 7). Bilindiği üzere modern tıp biyomedikal yaklaşım üzerine inşa edilmiştir. Biyo-medikal model, insanı bir canlı organizma olarak ele almakta ve hastalığı, hücrelerdeki bozulma bağlamında yorumlamaktadır. Biyolojik nedenlere bağlanan hastalıklarda, tanı koyma, tetkik ve tedavi etme, ilaç kullanımı, cerrahi müdahale ya da radyoterapi gibi süreçler, biyo-medikal yöntemlerle çözümlenmektedir (Harlak, 2016: 174). Biyo-medikal yaklaşımın temel sayıltılarını şu ilkeler oluşturmaktadır:

- İnsan bedeni akıl ve vücut olarak ikili bir biçimde ele alınmalıdır. Böylece fiziksel hastalıklar sadece maddi vücutla ilgili olup tıp, sadece vücudun fiziksel yanı ile ilgilenmeli ve diğer konularla dikkatini dağıtmamalıdır.
- Hastalıklar, toplumsal, psikolojik ve çevresel faktörlerden bağımsız bir şekilde incelenmelidir. Dolayısıyla hastalıklarda toplumsal bağlam (social body) dikkate alınmamalı, sadece bireyin bedeni (individual body) ile sınırlandırılmalıdır.
- Hastalıkların sebebi olarak sadece mikroplar gösterilmektedir. Ancak bu yaklaşım, kompleks kronik hastalıkları mikrop teorisiyle açıklayamamıştır.
- Beden bir makine gibi düşünülmektedir. Hastalıklar, bu biyo-kimyasal makinede ortaya çıkan uyumsuzluklar ya da makinenin bozulmuş bir parçası olarak yorumlanmıştır.
- Bu yaklaşım, makine benzetmesiyle uyumlu olarak, bedeni, sağlığın düzeltilmesi ve korunması konusunda sorumlulukları bireyde olan bir nesne olarak düşünmüştür. Dolayısıyla spor, diyet, hijyen koşullarının sağlanması ve cinsel yaşamın düzenlenmesi gibi aktiviteler, beden nesnesinin korunmasına yardımcı faaliyetlerdir (Cirhinlioğlu, 2001: 92).

Biyo-medikal modele yönelik eleştiriler getiren Bryan S. Turner'a göre de bu model, bir yandan sağlık ve hastalığı sadece biyo-kimyasal temelli açıklamaya çalışması, diğer yandan ise bedeni bir makine olarak görerek Kartezyen felsefeye dayanan beden ve zihin ayrımını radikal bir şekilde tıp sistemine tahkim etmesi bağlamlarda öne çıkmaktadır.

“Biyo-medikal modelin tıbbi hastalık açıklaması bazı önemli yanlara sahiptir. Bu modelde hastalık biyo-kimyasal bir makine olarak kavramsallaştırılan insan bedenindeki belirli aksamaların sonucu olarak görülür. İkinci olarak, biyo-medikal model insanlardaki aksamaların nihayetinde organizma içindeki belirli özel nedensel mekanizmalarla açıklanabileceğini varsayar; gerçekte, belirli zihinsel rahatsızlık biçimleri doğrudan biyo-mekanik değişimlerle açıklanabilir. Biyo-medikal model, tüm hastalıklar ve rahatsızlıkların nedenlerinin bazı özel biyo-kimyasal mekanizmalarla açıklanabileceğini savunması anlamında indirgemecidir. Ayrıca, biyo-medikal model alternatif perspektifleri geçersiz olarak görmesi bakımından dışlayıcıdır. Son olarak, biyo-medikal model, nihayetinde, rahatsızlığın nedensel failini insan bedeni içinde arayan açık bir zihin/beden ayrımına dayanır” (Turner, 2011: 19).

20

Biyo-medikal model, evrensel, genellenebilir bilim olarak değerlendirilirken, sıradan insanın gündelik yaşam bilgisi ve bireysel deneyimleri, “medikal olmayan” şeklinde kavramsallaştırılır. Ancak gündelik sıradan bilgi de, özünde ve zorunlu olarak tıbbi bilgiden bağımsız değildir (Kasapoğlu, 1999: 11). Ne var ki sağlık ve hastalık sistemini kuşatan biyo-medikal yaklaşımın temel ilkeleri sorgulanır hale gelmiş ve inandırıcılığını kaybetmeye başlamıştır. Biyo-medikal modele alternatif olarak birçok model önerilmiştir. Bu modeller içerisinde, sağlık ve hastalık sisteminin toplumun kültüründen bağımsız olamayacağı ilkesine dayanan biyo-kültürel model modern tıba yeni perspektifler kazandırmıştır. Biyo-kültürel veya sosyal model, Kartezyen felsefenin etkisiyle oluşan, insanın zihin ve beden ayrışmasını kabul etmeyerek bedenin fiziksel-biyolojik bir bağımsız nesne gibi “onarılabilirliği” düşüncesine karşı çıkmaktadır. Bu yaklaşıma göre sağlık-hastalık, sadece biyolojik veya fizyolojik değişimlerle açıklanamayacağı gibi sosyal, ekonomik ve kültürel boyutlardan yoksun tanımlamalar da, sağlık ve hastalığa ilişkin betimlemeleri eksik bırakacaktır. Başka bir deyişle biyo-kültürel yaklaşım, kültürü odak noktası yaparak biyo-medikal yaklaşımın metodolojik problemlerine de radikal eleştiriler getirmektedir. Biyo-kültürel yaklaşıma göre sağlık ve hastalık sadece modern tıbbın teknik bilgisine göre açıklanabilen bir olgu değildir. Bilakis sağlık-hastalık sistemi, sosyo-kültürel kodlarla inşa edilen, zihin ve bedeni ayırtmadan bir bütünsellik içerisinde ele alan, hekim ve uzmanlar dışında da, geleneksel iyileştiriciler gibi, bilgi alınabilecek mercilerin olabileceğini savunan yaklaşımdır (Tecim, 2016: 23-24).

Modern tıp; pozitivist bilimin sağladığı iktidar, Kartezyen felsefeden edindiği meşruiyet ve teknik gücün aletlerle sağladığı üstünlükle birlikte geleneksel tıbbi saf dışı bırakmış ve bedeni müdahale edilmesi gereken bir nesne olarak inşa etmiştir. Modern tıbbın dayanağı olan Descartes'in Kartezyen felsefesi, bedenle ruhu birbirinden ayırarak beden imgesini, geometrinin ve mekaniğin ilkeleriyle veya saat yapan ustaların mantığıyla, bir mühendis tarafından onarılabilir makine biçimine dönüştürmüştür. Dolayısıyla beden, ruhun sahiplendiği fakat neredeyse sonsuz bir uzaklıktan yönetilen cihaz halini almıştır (Illich, 2017: 109). Ancak gelinen bu süreçte modern tıp, biyo-medikal teori ekseninde geliştirdiği pratikleri, azami düzeyde yaşamı tıbbileştirmesi, insan sağlığını ticari bir metaya endekslediği uygulamaları ve iktidara dönüştürdüğü bilgi birikimiyle inandırıcılığını kaybetmeye başlamıştır. Bunun gibi etkenlerden dolayı bugünün toplumları, modern tıbbi ve tedavisini reddetmemesine rağmen modern tıba duyduğu güvende düşüş yaşamaktadır. Böylece birey, hastalanmadan önce sağlıklı kalabilmenin yöntem ve teknikleriyle daha çok ilgilenir hale gelmiştir. Bu yönelim kuşkusuz alternatif tıba olan ilgiyi artırmakla birlikte “doğal yiyecekler” ve “doğal tedaviye” olan talepleri de yükseltmektedir (Cirhinlioğlu, 2001: 30). Çünkü modern tıbbın tedavi süreciyle ilgili olarak günümüzde

geldiği nokta “ameliyat etme” ve “ilaç kullanma” pratiklerine indirgenmiştir. Zira modern tıp, her bireyin sağlığına etki eden iç ve dış faktörlerin aynı olduğunu kabul eden “tek tipçi” bir felsefeye dayanmaktadır. Nasr’a göre son derece bireyci karaktere sahip Batı medeniyetinin bir ürünü olan bu tıp anlayışı, bir ilaca karşı tüm bedenlerin aynı veya benzer tepkiler gösterdiği fikrine dayanan “tek biçimliliğin” yürürlükte olmasıyla esasında bir paradoks alamıdır. Ancak ferdi yaradılışın külli düzene boyun eğdiği bir medeniyetin ürünü olan geleneksel tıpta, her hasta kendi başına ele alınır ve mizacı biricik, eşsiz (unique) olarak kabul edilir. Dolayısıyla bir ferde ait bütünlük, denge şartlarına bağlı olarak birebir ya da tıpatıp başka bir fertte bulunmamaktadır (2006: 162). Bireyi biricikliğinden, yaşadığı sosyal çevre ve yetiştiği kültürden bağımsız bir şekilde ele alan modern tıp geleneği, tıpkı toplumların doğa bilimlerinin kanunlarıyla açıklanabileceğini iddia eden pozitivist yaklaşım gibi, bireyin de biyo-medikal modelin tamir etme pratiğine göre iyileştirilebileceğini öne sürmektedir.

Toplum olarak modern tıba karşı bir güven bunalımı yaşanmaktadır (Illich, 2017: 12; Cockerham, 2022). Illich, modern tıbbın krizinin çözülmesinde tıbbi biyolojiden ya da tıbbi teknolojiden daha da önce ve elzem olan “tıbbi epistemoloji”nin yürürlüğe sokulması gerektiğini belirtir. Tıbbi epistemoloji, öncelikle fiziksel hastalıklarda teşhis ve tedavinin bilimsel statüsünü ve toplumsal yapısını açıklamakla işe başlamalıdır. Çünkü her hastalık, toplum tarafından üretilen bir gerçekliktir. Kaldı ki bunun bir anlamı ve uyandırdığı refleksin bir tarihi bulunmaktadır. Bu tarihlerin incelenmesi ise topluma empoze edilen tıbbi ideolojinin insanları ne düzeyde tutsak ettiğinin anlaşılmasını sağlayacaktır (2017: 121). Illich bugünün hekim egemenliğini (iatrojenez) ve tıbbın krizini durdurabilecek potansiyel perspektifin ve etkili müdahalenin hekimler tarafından değil, hekim olmayan kişiler tarafından gerçekleştirilebileceğini iddia etmektedir (2017: 13). Hekim olmayan bu kişiler ise sağlık ve hastalığı, toplumun sosyal ve kültürel gerçeklerine göre yeniden yorumlayan, hastalığı sadece tek bir nedene göre değil birden fazla faktör üzerinden açıklamaya çalışan ve tıp anlayışını; tarih, kültür, inanç, değer, gelenek, alışkanlık gibi birçok bağlamıyla yeniden tanımlayabilecek kişiler; yani sosyal bilimcilerdir.

Sağlıklı bir toplum oluşturma hedefine ulaşmak için sadece tıp bilgisinden faydalanmak, kuşkusuz yeterli değildir. Sosyal bilimler, Amerika’da yapılan medikal sosyoloji çalışmalarında olduğu gibi, tıp bilgileriyle birlikte inceleme ve analiz sürecine dahil edildiği zaman sağlık alanında önemli mesafeler kat edebilir. Başka bir deyişle sağlık konusu, sadece biyolojik bir mesele olarak değil, sağlık koşullarının incelenmesini merkeze alan toplumsal bir araştırma motivasyonu ile ele alınmalıdır (Cirhinlioğlu, 2001: 7-9). Çünkü modern tıp biyolojiye fazlasıyla önem vermekte, sağlık ve hastalığın psikolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik yönlerini göz ardı etmektedir. Halbuki bugünün en önemli sağlık problemlerinin temel nedeni, biyolojik ve genetik etkenlerden ziyade insan davranışlarına, alışkanlıklara ve yaşam tarzlarına bağlı nedenlerdir (Elmacı, 2013: 58). Dolayısıyla tıp aslında uygulamalı bir bilim dalı olduğu kadar, sağlık/hastalık ve toplum ilişkisi göz önünde tutulduğunda, aynı zamanda bir sosyal bilim dalıdır.

21

Medikal sosyolojinin kurucusu olarak da kabul edilen Parsons, çalışmalarında hastalıkların biyolojik kökeni olduğu kadar toplumsal kökenlerinin olduğunu da ortaya koydu (Cockerham, 2011: 236; Cirhinlioğlu, 2001: 60). Çünkü sağlık sosyolojisi, sağlık-hastalık sistemine ilişkin açıklamalarda medikal gerekçelerin yanı sıra bireysel, kültürel ve ekolojik faktörlerin, kısacası insan faktörünün de bu denkleme dahil edilmesi gerektiğini savunmaktadır (Tecim, 2016: 14). Kaldı ki geçmiş dönemlerde sağlık ve hastalık durumlarının sosyal sistem içerisinde toplum kültürünün bir parçası olarak değerlendirilmemesindeki nedenlerden biri de, kültürün sağlık ve hastalık sistemini sosyolojik bir problem olarak değil, tıp biliminin kapsamı içerisinde düşünülmesi ve kabul edilmesiydi (Türkdoğan, 2006: 16). Sonraki dönemlerde sağlık sisteminde yaşanan değişimler ve sağlığın ya da sağlık sorunlarının toplumsallaşması gibi etkenler, sağlık sosyolojisindeki çalışmaların artmasına neden oldu. Ayrıca tıp alanının sosyal bağlamlarındaki değişimler, kısmen sosyal bilimlerin tıp alanına yaptığı gerekli müdahalelerle de açıklanabilir. Zira sosyal bilimin tıp alanına yaptığı bu müdahale, sağlık sorunlarının kaynağına yönelik farklı bakış açılarını da beraberinde getirmiş, böylelikle modern tıbbın biyo-medikal geleneğinde dönüşümlere kapı aralamıştır (Akbal, 2008: 41).

Sosyologlar geçtiğimiz dönemlere kıyasla bugün daha yoğun biçimde tıp alanında çalışmaya başlamıştır. Sosyologların bu alandaki çalışmaları tıp alanına farklı ve yeni perspektifler kazandırmış, dolayısıyla bugün tıpta ve sosyolojide hastalar, sadece bir cisim veya vaka değil sosyal çevreleri tarafından büyük ölçüde etkilenen kişiler olarak değerlendirilmeye başlanmıştır (Kasapoğlu, 1988: 85-86). Sağlık sosyolojisi alanında yapılan çalışmaların artış göstermesinde, etiyoloji ve epidemiyoloji biliminin ve hatta koruyucu hekimlik anlayışının da etkili olduğu görülmektedir. Hastalıkların sebep ve kaynaklarını inceleyen tıp bilimi olarak tanımlanan etiyoloji, sağlık sosyolojisinin gelişimine önemli katkılar sağlamıştır. Çünkü hastalığın nedenlerine ilişkin yapılan klinik araştırmalar, istatistiksel deneyler ve hastalığın niteliği ve nedenlerine yönelik çalışmalar, sağlık ve hastalığın boyutlarını ortaya çıkarmada yeterli olmamış, buna ek olarak hastanın sosyo-ekonomik unsurlarının da etkili olduğu saptanmıştır. Kaldı ki suçlu çocuklar, alkolizm, eroin ve afyon gibi madde kullanımı, zihinsel hastalıklar, intiharlar, kalp hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıkların etiyojisi, sosyo-ekonomik faktörlerin etkili olduğunu göstermiştir (Türkdoğan, 2006: 26). Diğer yandan hastalıkların insan gruplarındaki görülme sıklığını ve bu sıklığı etkileyen faktörleri inceleyen bilim dalı olarak epidemiyoloji, sağlık ve hastalığın toplumsal yönü üzerine odaklanması bakımından da sağlık sosyolojisi çalışmalarına katkı sağlamıştır. Önceki dönemlerde epidemiyoloji, hastalıkların görülme sıklığının anlaşılması ve salgınların durdurulması için alınacak önlemlerin tespiti üzerine yoğunlaşmaktaydı. Epidemiyolojiye sosyal boyutun eklenmesiyle birlikte salgınların nasıl başladığı, nasıl sona erdiği, insan gruplarının demografik niteliklerinin bu hastalıkların gelişiminde ne denli etkili olduğu düşüncesi, sağlık sosyolojisinin çalışma alanlarını da genişletti (Türkdoğan, 2006: 24; Cockerham, 2011: 234-236).

Sağlık sosyolojisinin gelişmesinde, hastanın sosyal sistemin bir üyesi olduğu, sosyal ekoloji ile hasta arasında etkileşimlerin olduğu gerçeğinden hareket eden koruyucu hekimlik felsefesi de etkilidir. Çünkü hekim, hastalığın tedavisiyle meşgul olan bir “simyacı” olmanın ötesinde, hastaya etki eden sosyal faktörlere, aile ilişkilerine, toplum tipine ve diğer değişkenlere yönelen bir teşhis ve tedavi yöntemine odaklanmaktadır (Türkdoğan, 2006: 26). Dolayısıyla sağlık sosyolojisinin etiyoloji, epidemiyoloji ve koruyucu hekimliğin sosyal boyutlarından faydalanması, sosyal bilimlerin sağlık ve hastalığa bakışına dair yeni önermeler kazandırmıştır. Böylelikle tıbbın bir sosyal bilim olarak inşasında da yeni argümanların ve anlayışların oluşmasına imkân sağlanmıştır.

Sağlık ve hastalığa ve hatta modern tıba yönelik sağlık sistemlerindeki değişme ve gelişmeler, çok hızlı şekilde yol almaktadır. Yakın geçmiş dönemlerde sağlık ve hastalık konuları genellikle hastane, doktor, hemşire, ilaç ve ilk yardım dolabı gibi anahtar kavramlar etrafında algılanırken, günümüzde sağlıklı yiyecekler, organik gıdalar, vitamin ilaçları, alternatif tıp, sağlık kulüpleri, spor, aerobik, yürüyüş, diyet, zayıflama, estetik, terapi, psikolojik danışmanlık ve sağlık kontrolleri gibi birçok anahtar kavram etrafında şekillenen bir sağlık sistemine dönüşmüştür (Kasapoğlu, 1999: 4). Ayrıca tıp ve sağlık sosyolojisi alanında yapılan çalışmalarda, kentleşme, yetersiz beslenme, stres, su ve hava kirliliği, alt yapı yetersizliği, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık çalışanlarının azlığı, aile, din, ekonomi gibi sosyal kurumlarda yaşanan değişimler, sağlıksız çalışma koşulları, boş zamanları değerlendirme alışkanlıkları, uyku süreleri, hükümetlerin sosyal politika yetersizlikleri gibi birçok makro ve mikro konular da, sağlık ve hastalığın toplumsal boyutlarını ortaya koymaktadır. Porter’a (2016: 17,34) göre hastalıklar toplumla birlikte ortaya çıkmış olup aynı zamanda hastalık da toplumun bir ürünüdür. Kaldı ki olumlu ve olumsuz yönleriyle sanayileşme, nüfusun büyümesini ve daha büyük bir refahı getirmenin yanı sıra sağlıklı olmayan yaşam koşullarını, meslek hastalıklarını ve raşitizm gibi kente özgü yeni hastalıkları da beraberinde getirmiştir.

Modern tıp anlayışı bugünün sağlık ve hastalık sistemleri üzerinde güçlü bir egemenliğe sahiptir. Zira tıp terimleriyle tanımlanamayan durumlar veya rahatsızlıklar, modern tıp tarafından yok sayılmakta, ayrıca hastanın bireysel arzu ve isteklerine ya da kararlarına gerekli özen gösterilmemektedir. Ne var ki bu anlayış, modern tıbbın dışına çıkıncı, bilimin de dışına çıkmış sayar ve reddeder (Elmacı, 2013: 59). Modern tıbbın inşa ettiği bu iktidar, onu sorgulanamaz hale getirerek adeta bir “bilim kilisesi”nin kurulmasına neden olmuştur. Ancak bu sorgulanamazlık, modern tıbbın hatasız olamayacağı anlamına kuşkusuz gelmemektedir. Kaldı ki modern tıp, yapısı itibarıyla baskındır ve yöntem bakımından ise kesinlikle doğru uygulamayı icra ettiği varsayımına dayanır (Elmacı, 2013: 39). Fakat bugünün hastanelerinde birçok hekim, hastalık sürecinin sonlarına yaklaşmış olan hastalarla karşılaşmaktadır. Başka bir deyişle modern tıp, sosyal belirleyicilerden bağımsız bir şekilde hastalıkları tedavi etmeye odaklandığı için, yeterli tedavi hizmeti sunamamaktadır. Çünkü hastalık süreci, bireyin hasta olmasından ve/veya bir sağlık kuruluşuna başvurmasından çok daha önce başlamakta, fakat hastanelerde sonlanmaktadır. Dolayısıyla sağlıklı olmak ya da sağlığı muhafaza etmek, sosyal bilimlerin tıp bilimiyle birlikte bu alanda üreteceği bilgiler dahilinde gerçekleştirilebilir (Cirinlioğlu, 2001: 21). Bu nedenle Cirinlioğlu’nun da (2001: 9) belirttiği gibi sağlık konusu, sadece tıp bilgisine haiz olanlara bırakılmayacak kadar ciddi bir meseledir.

22

3. Sağlığın ve Hastalığın Sosyal Epidemiyolojisi

Modern dönem, geleneksel dönemden daha fazla ve karmaşık olarak bir risk toplumunu inşa etmiştir. Nükleer patlamalar, türlerin yok oluşu, iklim değişiklikleri ve birçok risk faktörü, insan ve çevre sağlığını ciddi düzeyde etkilemekle birlikte sonraki kuşakların sağlığını da tehlikeye atmaktadır (Adak, 2016: 17). Kuşkusuz bu sağlık riski, hiç kimseyi ayırt etmeden risk toplumunda yaşayan herkesi etkisi altına almaktadır (Beck, 2011). Örneğin sanayileşme ve sonrasında kentleşme süreciyle birlikte yoksullara özgü hastalıkların ortaya çıkmasının yanı sıra zenginlere özgü hastalıklar da ortaya çıkmaya başladı. Özellikle gelişmiş ve nüfusu giderek yaşanan ülkelerde kanser, obezite, koroner kalp hastalığı, yüksek tansiyon, diyabet, amfizem ve birçok kronik ve dejeneratif hastalıklar bedenlerde yerini aldı. Ayrıca daha çok batılı yaşam tarzlarıyla ortaya çıkmaya başlayan sigara, alkol, yağlı yiyecekler, fast food ve uyuşturucular, ekonomik olarak gelişmekte ya da gelişmemiş ülkelerde de görülmeye başlanmış, böylelikle Asya, Afrika ve Latin Amerika ülkelerinde bu tür hastaların sayısı giderek artış göstermiştir (Porter, 2016: 34). Risk toplumunda sağlık riski oluşturan şüphesiz birçok konu bulunmaktadır. İklim değişikliği, küresel ısınma, sanayileşme, kentleşme, hava kirliliği, trafik kazaları, nükleer patlama ya da sızıntı, salgın hastalıklar, GDOlu ürünler, gıda terörü, savaşların etkisi, göçler, sağlık hizmetlerine erişimde yetersizlik ve daha onlarca faktör, risk toplumunun sağlık risklerini oluşturmaktadır. Bu faktörler aynı zamanda birey ve toplumun sağlığını doğrudan ya da dolaylı şekilde etkilediği için sağlığın sosyal belirleyicileri arasında da yer almaktadır. Dolayısıyla risk toplumunda karşılaşılan en büyük risk, kuşkusuz sağlık riskidir.

Risk toplumunun getirdiği sağlık risklerinin yanı sıra birey ve toplum sağlığını etkileyen pek çok belirleyici de bulunmaktadır. Sağlık ve hastalığın sosyal belirleyicileri konusunda araştırmalar yapan Müslüman filozof-hekimlerin üzerinde mutabık kaldıkları altı dış faktör, insan ve toplum sağlığının korunması hususunda önemli bir açılım sunar. Altı dış faktör ya da altı gereklilik, şu faktörlerden oluşmaktadır: a. İklim, hava ve arazi şartlarının sağlık ve hastalığa etkisi, b. Yiyecek ve gıdaların öğün zamanları ve bu gıdaların ne kadar alınması gerektiği, c. Dinlenme süresi, ayrıca spor ve jimnastik gibi bedensel hareketler, d. Uykunun hangi vakit aralıklarında ve ne kadar süreyle gerçekleştirileceği, e. Stres, duygu yoğunlukları, gerginlik gibi nörolojik durumların sinirler üzerinde oluşturduğu gerginlik ya da rahatlıklar ve f. Beden sağlığı açısından cinsel ilişkinin sağlıklı ya da sağlıksız olması (Nasr, 2006: 162). Sağlığı temin eden bu altı faktör, “sağlıklı yaşam tarzı”nın reçetesini sunmakla birlikte aynı zamanda koruyucu hekimlik modelinin hastalığı önleyici pratiğidir. Ayrıca hekimler bu altı faktörün her biri için çeşitli araştırmalar yapmış ve çözüm önerilerini yine koruyucu hekimliğin rasyonelitesine uygun bir sistemle açıklamaya çalışmışlardır. Örneğin İslam tıbbında

hıfzıssıhha açısından beslenme ve perhiz, önemli bir koruyucu hekimlik işlevi görmektedir. Beslenme, modern tıp için ifade ettiğinden daha fazla anlama sahiptir. Müslüman hekimlere göre yiyeceğin türü ve tüketilme tarzı, sağlıklı doğrudan ilişkili olup beslenme, sağlık ve hastalık konusunda doğal yoldan yapılan ilaçlardan (drog) bile daha güçlü etkiye sahiptir (Nasr, 2006: 166). Beslenmenin yanı sıra bu hekimler insanın dış dünyasının biyolojik sağlığına etkisini de ele almışlardır. Bu sağlık anlayışına göre; iklim insan sağlığında önemli bir faktördür, çünkü her iklim kendi atmosferinde yaşayan insanlarda diğer iklimlerdekinden farklı mizaçların oluşmasına neden olmaktadır. Ayrıca kalıtım (irsiyet), yaş ve cinsiyet de mizacı etkilemektedir (Nasr, 2006: 162). Dolayısıyla sağlığa etki eden sosyal, kültürel ve çevresel koşullara karşılık koruyucu hekimlik, beslenmeden solunan havaya, stresten uykunun düzenlenmesine kadar birçok değişkenin insan sağlığı üzerindeki etkisinin bilinmesi ve sağlığa zarar vermezden önce gündelik yaşam alışkanlıklarının belirli bir rasyonellik temelinde düzenlenmesidir.

Sağlığa etki eden olumsuz belirleyicilere karşılık koruyucu hekimlik, modern öncesi dönemlerde din ve kültür eksenli tıp anlayışlarında gündelik yaşamın çeşitli pratiklerinde doğal bir süreç olarak uygulanırken modern tıpla birlikte sistematik olarak uygulanan, kurum ve kuruluşlar aracılığıyla sosyal politikaya dönüşen önleyici tedavi uygulamasıdır. Nasr'ın da dikkat çektiği üzere esasında sağlıklı yaşam tarzı, günümüzde olduğunun aksine ekstra çaba harcanan, büyük harcamalar yapılan, ilaç endüstrilerinin gönüllü kulluğunun yapıldığı, kısacası "sağlık hastalığı"na ya da sağlıksız olma korkusuna dönüşen bir koruyucu hekimliği değil, yeme-içme, barınma, giyinme, su, hava ve gündelik yaşamın olağan akışı içerisinde yer alan bir tür "yaşam biçimi" olarak koruyucu hekimliği ifade eder. İslam tıp anlayışının yanında diğer geleneksel tıp anlayışlarında da buna benzer koruyucu hekimlik uygulamalarının olduğu görülmektedir. Modern dönem öncesinde yer alan bu tip geleneksel tıp ve koruyucu hekimlik uygulamaları, asırlardır toplumların yaşam tarzlarını ve sosyal ilişkilerini belirlemiş ve halen kısmi olarak da belirleyen, önemli bir sağlık sermayesi olarak varlığını koruyagelmıştır.

Sağlıklı yaşam tarzı olarak koruyucu hekimlik uygulamaları, "halk sağlığı" kavramını da gündeme getirmiştir. Sağlık bilimci Nusret Fişek'e göre halk sağlığı, organize edilmiş toplum çalışmaları sonunda çevre sağlık koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlayacak, sağlık örgütleri kurarak, toplumsal çalışmaları her bireyin sağlığını sürdürecektir bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığı ile çalışma gücünün artırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattır (Piyal, 2011: 10). Sağlık problemlerinin toplumsal bağlamlar temelinde ele alınması ilkesine dayanan halk sağlığı, Bryan S. Turner'a göre üç önemli sonucun ortaya çıkmasına vesile olmuştur: 1. Hastalıklar tek bir nedene göre değil ancak çok nedensel ilişkiler içerisinde anlaşılabilir. 2. Bir topluluğun sağlık durumunu anlamak ve değiştirmek, toplumsal ve siyasal düzenlemeler ve reformlarla mümkündür. 3. Bu iki sonuçla birlikte toplum hekimliği hem yürürlükteki tıbbi anlayışa hem de topluma yönelik bir eleştiri geliştirmiş, dolayısıyla politika anlamında radikal bir siyasi harekete dönüşmüştür (Turner, 2011). Halk sağlığı ile koruyucu hekimlik arasındaki temel fark, halk sağlığının genel olarak kamunun sağlığını, koruyucu hekimliğin ise bireyin sağlığını korumaya referans etmesidir (Cırhınlioğlu, 2001: 16). Dolayısıyla günümüzde halk sağlığı ve koruyucu hekimlik uygulamalarının iç içe geçtiği ve sağlık politikaları anlamında bir bütünsellik sağladığı görülmektedir.

23

3.1. Sosyal Belirleyiciler

Sağlığın sosyal belirleyicileri; bireyin ve toplumun sağlığıyla ilişkili olan fiziksel, biyolojik, ekonomik, psikolojik, dinsel ve siyasal birçok sosyal örüntüyle ve değişkenle doğrudan ilişkilidir. Sağlığın sosyal belirleyicileri arasında en çok dikkat çeken değişken, *cinsiyettir*. Sağlıklı ya da hasta olma hali, bir tür kültürel aktarım şeklinde ve toplumsallaşma aracılığıyla öğrenilir. Bir toplumun kültürü, kendine has kültür örüntüleriyle, sahip olduğu cinsiyet özelliklerine göre erkeğe ve kadına bir takım roller vermektedir. Eryiğit Günler'e (2016: 105-106) göre kadınların ve erkeklerin toplumsallaşma süreçleri kuşkusuz birbirinden farklı biçimde gerçekleşmektedir. Toplumda erkeklerden erkeksi (maskülen), kadınlardan ise kadınsı (feminen) cinsiyet rollerini benimsemesi ve uygulaması beklenir. Böylelikle toplumsal cinsiyet rollerinde; dayanaklılık, güçlü olma, baskınlık, bağımsızlık, saldırganlık ve sağlıklı olma gibi roller erkeklere, hastalık; dayanıksızlık, bağımlılık, duygusallık, fedakarlık ve zayıflık gibi roller de kadınlara tahvil edilmektedir. Ayrıca toplumda kadının hasta ve erkeğin ise sağlıklı olarak inşa edilmelerinde de yine toplumsallaşma sürecinin büyük bir etkisi vardır. Doğumundan itibaren başlayan toplumsallaşma sürecinde cinsiyet rollerini öğrenen birey, toplum içerisinde gerçekleştirilen davranış biçimlerinin nasıl olması gerektiğini de bu süreçte edinmektedir (Eryiğit Günler, 2016: 105). Bu durum bir sosyalleşme biçimi olan gündelik yaşam ilişkilerinde yer alan diyaloglarda da kendini göstermektedir. Zira erkeklerin ve kadınların kendi aralarındaki diyaloglarda, kadınların sağlık, hastalık, hastalık belirtileri, uzman hekim tavsiyesi, hastalık-sağlık deneyimleri, beslenme, diyet, kişisel bakım, egzersiz gibi konuları kendi aralarında sıklıkla konuştukları görülürken, erkeklerin bu tür diyaloglarda daha az buldukları ve hatta bu tür diyalogları "feminen" olarak algıladıkları ifade edilebilir.

Hegemonik erkeklik, zayıflığın ve savunmasızlığın reddedilmesini, duygusal ve fiziksel denetlemenin ve kontrolün sağlanmasını, herhangi bir yardıma ihtiyaç duyulmamasını, cinsel ilişkilerde sürekliliği, güçlülüğün ve sağlamlığın temsili, saldırgan davranışlar sergilemeyi ve fiziksel egemenliği tesis etmeyi ifade eder (Erdoğan, 2013: 138-139). Ancak kadınlar şikâyetlerini bildirmede erkeklere kıyasla daha gönüllüdür. Eğer toplumun kültüründe kadının sağlık durumuyla ilgili şikâyetlerini bildirmesi normal bir durum olarak karşılanıyorsa, kadınların bu davranışı sergilemeleri olağandır. Kadınların bu davranışı, teşhis ve tedavi süreçlerine olumlu düzeyde yansımaktadır. Kadınların hastalıklarını ya da rahatsızlıklarını dillendirerek yardım istemeleri, hastalıklarının erken teşhis ve tedavisini mümkün kılmakta, böylelikle daha uzun süre yaşamalarına neden olabilmektedir (Eryiğit Günler, 2016: 106-107). Buna karşın hegemonik

erkeklik ve özellikle de erkeklerin hastalıklara karşı dayanıklı olduklarına inanmaları, hastalıklara karşı risk altında oldukları fikrinden uzaklaşmalarına neden olmaktadır (Erdoğan, 2013: 139). Çünkü erkeklerin güçlü görünme arzusu, hastalandıklarında bu durumu başkalarıyla paylaşmama davranışına yöneltmektedir. Hastalıkların görmezden gelinmesi ya da yok sayılması ise, hastalıkların geç teşhis edilmesini, tedavi sürecinin zorlaşmasını ya da imkânsız hale gelmesini, böylelikle erken ölüm riskini beraberinde getirmektedir (Eryiğit Günler, 2016: 107).

Toplumun cinsiyetlerden beklediği roller ve bu rollerden beklentilerin yüksek olması, erkeklerin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Zira erkeklerin çoğunlukla ailenin geçimini sağlamak gibi bir sorumluluğunun olması, kadınlara kıyasla daha ağır işlerde çalışmalarına neden olabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı erkeklerde mesleki hastalıklara ve kazalara bağlı ölümler daha sık görülmektedir. Örneğin maden işçiliği, maskülen bir meslek olup maden işçisi olarak çalışan erkeklerde, yaptıkları mesleğe bağlı olarak akciğer hastalıkları daha yaygındır. Ayrıca erkeklerde, kadınlara kıyasla, kasıtlı ya da kasıtsız kazalar sonucunda sakat kalma, hastalık ve ölüm olayları daha sık yaşanmaktadır (Küçükşen, 2016: 133). Diğer yandan erkeklerin kadınlara oranla ölümcül hastalıklara daha çok yakalanmasına karşın, kadınların erkeklere nazaran daha çok kronik hastalıklara yakalandıkları görülmektedir (Eryiğit Günler, 2016: 115). Örneğin histeri, agorafobi, anoreksiya nevroza gibi hastalıkların, duygularını yoğun olarak yaşayan kadınlarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Bu hastalıklardan histeri, ağlama, sinir krizleri geçirme, bayılma, gülme krizleri, çılgık atma gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Agorafobi, “kalabalık korkusu” olarak tanımlanan ve kamusal hayata etkin bir biçimde katılım göstermeyenlerde, bu yönüyle özellikle kadınlarda, sık görüldüğü ifade edilmektedir. Kadınlara ilişkilendirilen bir diğer hastalık olan anoreksiya nevroza ise, genç kız hastalığı olarak bilinen ve bir çeşit yeme bozukluğu olan hastalıktır. Bu hastalıkların ve belirtilerinin genellikle kadınlarda görülmesi, toplumsal cinsiyetçi perspektiften kadınlara özgü hastalıklar olarak nitelendirilmesine neden olmuştur. Bunun yanı sıra depresyon, anksiyete, mevsimsel duygu değişimi, yeme bozuklukları, panik bozukluklar, fobiler, kişilik bozuklukları ve intihar girişimleri, erkeklere kıyasla kadınlarda daha çok rastlanıldığı tespit edilmiştir (Eryiğit Günler, 2016: 111-114).

Sağlık ve hastalık durumlarına etki eden en önemli faktörlerden biri de *ekonomik gelirdir*. İnsanların alım gücünün düzeyi, birçok sağlık ve hastalık sürecini doğrudan belirleyebilmektedir. Batı toplumlarında yapılan araştırmalara göre, gelir durumunun azalmasıyla hastalık oranının artması arasında bir ilişki bulunmaktadır. Bu araştırmalarda, yeterli beslenme, kaliteli barınma imkanları, temiz suya erişim gibi sağlık için gerekli ön etkenlerin sağlanması ve böylelikle steril ortamların oluşmasıyla hastalıkların azaldığı bulgulanmıştır (Türkdoğan, 2006: 142). Son yıllardaki sağlıkla ilgili yapılan birçok araştırma da göstermektedir ki, insan sağlığı üzerindeki en önemli belirleyici etmen ekonomik gelirle ilişkili olarak beslenmedir (Albritton, 2014: 205). Esasında dünyadaki kaynaklar, tüm insanların sağlıklı bir beslenme düzenini karşılayabilecek yeterliliktedir. Ancak dünya nüfusunun dörtte biri gerek nitelik gerekse de nicelik bakımından zayıf bir beslenme neticesinde açlıkla pençeleşirken, diğer dörtte birlik kesim ise gereğinden fazla gıda tüketmekte ve bu fazla tüketim, şeker hastalığını ve obezitenin ürettiği çeşitli kronik rahatsızlıklarını/hastalıklarını hızla arttırmaktadır (Albritton, 2014: 205). Ekonomik gelir adaletsizliği, sadece düşük ekonomik gelire sahip insanların değil aynı zamanda yüksek gelir düzeyine sahip insanların da hasta olmalarına neden olmaktadır. Örneğin 20. yüzyılın önemli hastalıklarından biri olan verem, çoğunlukla yoksulların hastalığı olarak kabul edilmekteydi. Yoksulluğun karakteristiğini oluşturan ince vücutlar, soğuk odalar, kötü sağlık koşulları ve yetersiz beslenme, kısacası mahrumiyet şartlarının göstergeleri, veremin bedenleştiği mekanlardı (Sontag, 1988: 19). Buna karşılık kanser, burjuvaların hastalığı olarak bilinirdi. Zengin ülkelerde kansere yakalanma oranları yüksek düzeyde seyretmekteydi. Çünkü kanser olgusunun artışı, kısmen yağ ve protein bakımından zengin beslenme biçimine ve bolluğu üreten endüstri toplumunun zehirli artıklarına bağlanmaktaydı (Sontag, 1988: 20). Günümüzde ise gut hastalığı, halk arasında “zengin hastalığı” olarak adlandırılmaktadır. Ortaya çıkmasında kırmızı et ve hayvansal proteinlerin aşırı tüketilmesi gibi nedenlerin gösterildiği gut hastalığı, alım gücü yüksek kişilerde daha çok görülmektedir.

Sosyal epidemiyolojiye neden olan sebeplerden bir diğeri de yine ekonomik gelirle de ilintili olan *işsizliktir*. İstihdam edilmekle işsiz kalmak arasında sağlık ve hastalık bakımından önemli ayrışmaların yaşandığı görülmektedir. Araştırmalarda işsizlerin çalışanlara kıyasla sağlıklarının genel olarak %54 daha kötü ve streten kaynaklanan hastalıklara yakalanma oranının %83 daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca işten çıkartılanların sağlıkları bozulmakla birlikte işten çıkarılma korkusunun dahi tansiyon, obezite ve psikolojik rahatsızlıklar gibi birçok hastalığa yol açtığı bulgular arasındadır (Gönç, 2016: 68). Öte yandan işsizliğin hem ölüm oranı hem de hastalık oranlarıyla ilişkisi, yapılan araştırmalarda da ortaya çıkmaktadır. Amerika’da 1980-2006 yılları arasında ölen insanların “ölüm raporları”nı inceleyen bir araştırmaya göre, işsiz olanların 10-15 yıllık bir zaman içerisindeki ölüm riski, istihdam edilmiş kişilerin ölüm riskinden iki kat daha fazladır (Gönç, 2016: 68). İşsizlerle ilgili yapılan başka bir araştırmada, işsizliğin kalp hastalıkları üzerinde ciddi etkilerinin olduğu saptanmıştır. Bunun nedenleri olarak ise, işsizlerin hayat standartlarının düşmesi ve işsizlerin toplumsal ilişkilerinin zayıflamasından kaynaklı olarak stresin kronik hale gelmesi gösterilmektedir (Cirhinlioğlu, 2001: 33). Dolayısıyla birçok yönden ele alındığında işsizlik, gerek yeterli beslenme, barınma ve giyinme gibi fiziksel ihtiyaçların karşılanamaması, gerekse de işsizlik halinin stres, üzüntü, ümitsizlik, kaygı gibi psikolojik hastalıklara kaynaklık eden ruh hallerinin ortaya çıkması gibi nedenlere bağlı olarak hastalıklara davetiye çıkartan önemli bir sosyal değişkendir.

Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılının Mart ayında *Sağlıkta Sosyal Belirleyiciler* ismini verdiği bir komisyon kurmuştur. Bu konuda önemli çalışmalara imza atan Michael Marmot’un başkanlığını yaptığı bu komisyon, küresel ölçekte sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması amacıyla çalışmalar yapmaktadır. Dünyanın çeşitli ülkelerinden olan ve 20 uzmandan oluşan bu komisyon; sağlığın sosyal belirleyicileri olan gıda tüketimi, madde bağımlılığı, yoksulluk, yaşlılık, eğitim durumu, işsizlik, sosyal destek, stres, ulaşım ve erken yaşam nitelikleri gibi birçok konu bağlamında analizler yapmaktadır (Şahin, 2018: 54). Bu komisyonun sağlığın sosyal belirleyicilerinin neler olduğunu birçok bağlamda ayrı ayrı ele alan edisyon

çalışması Türkçeye de çevrilmiştir (Marmot & Wilkinson, 2009). Aşağıda hem bu komisyonun çalışmalarından oluşan raporlardan hem de Turner, Cirhinlioğlu ve Türkdoğan gibi sosyologların sağlık sosyolojisi alanında yaptığı çalışmalardan faydalanılarak sağlığın sosyal belirleyicilerine dair birtakım örnekler ve araştırma bulgularına yer verilmiştir. Sağlığın belirleyicilerine yönelik tüm bağlamlara değinmek kuşkusuz bu çalışmanın sınırlarını aşmaktadır. Dolayısıyla burada sağlık/hastalık ve sosyal belirleyiciler arasındaki etkileşimin anlaşılmasına katkı sağlayacak verilere kısaca değinmenin uygun olacağı düşünülmüştür.

Cinsiyet, yaş, etnisite, medeni durum, kentleşme, toplumsal bütünleşme ve din gibi sosyal değişkenlere yönelik bazı bulgular aşağıda verilmiştir. Kuşkusuz bu değişkenlerin dışında sağlığın ve hastalığın toplumsal nedenlerini oluşturan daha birçok faktör bulunmaktadır. Bu sosyal değişkenlerle ilgili aşağıda verilen örnekler, sosyal epidemiyolojinin sağlığa ve hastalığa etkisini ortaya koyan bazı verilerden oluşmaktadır:

- Dünya Sağlık Örgütü'nün ölüm oranlarıyla ilişkili etkenlerle ilgili tahmini, yedi ana risk etkeninden altısının diyet ve fiziksel aktivite kalıplarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bunlardan temel risk etkeni, obezite ve yüksek tuz alımıyla doğrudan ilişkili olan yüksek kan basıncıdır. İkinci risk etkeni ise doymuş yağ alımıyla doğrudan ilişkili olan yüksek serum kolesterolüdür. Sigara kullanımı üçüncü etkenidir. Dördüncü risk etkeni yüksek beden kitle indeksidir, çünkü aşırı kilonun ve obezitenin KDH, tip II diyabet ve bazı kanserlerle güçlü ilişkisi bulunmaktadır. Beşinci olarak, yetersiz sebze ve meyve tüketimi de yine bazı kanserlerin ve KDH'nın yüksek yaygınlığıyla yakından ilişkilidir. Altıncı ana etken düşük seviyelerdeki fiziksel aktiviteyken, yedincisi ise fazla miktarda alkol tüketimidir (Robertson, Brunner & Sheeham, 2009: 200-201).
- Kadınlar, sosyal statüleri ve vatandaşlık hakları (iş, eğitim, gelir düzeyi vb.) bakımından erkeklerin sosyal statülerine yaklaştıkça, kadınlarda ve erkeklerde görülen hastalıkların birbirine paralellik göstermesi beklenmektedir. Örneğin Batılı sanayileşmiş ülkelerde, kadınlar arasında son yıllarda yüksek alkolizm oranı dikkat çekmektedir. Britanya'nın bazı bölgelerinde kadınların yüksek alkolizm sebebiyle tedaviye başlama düzeyi, bu tedaviye başlayan erkeklerin oranına oldukça yakındır. Almanya'daki 1960'daki %8'lik oran, 1969'da ciddi bir artışla %30'lara çıkmış, ayrıca 2000'li yılların başında Stockholm'de alkolik kadınların sayısı, önceki dönemlere kıyasla iki kat artmıştır. Yüksek alkolizm, çalışma hayatında erkeklerle rekabet halinde olan ve daha fazla eşitlik sağlama çalışan kadınlarda görülmektedir. Bu durum kadınların, bir yandan geleneksel kadın rollerini terk ederek erkeksi sosyal rolleri benimsemelerinin, diğer yandan ise egemen grup olan erkeklerin davranışlarını taklit etmelerinin birer sonucu olarak değerlendirilebilir (Turner, 2011: 130-131).
- Kapitalizmde işçi sınıfının sağlık standartlarının düşük olduğu görülmektedir. Zira düşük kalitede gıdalar tüketmeleri, yerleşim alanlarının yetersiz olması ve çevresel düzenlemelerin olmaması, işçilerde önemli hastalık örüntülerinin sıklıkla görülmesini beraberinde getirmektedir (Turner, 2011: 201). Turner'a göre rekabetçi kapitalizm, birtakım sağlığa ilişkin sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bunlar arasında; yaşanan kazalarla birlikte yüksek oranda endüstriyel yaralanmaların ortaya çıkması; fiziksel yaralanmalar ve işçilerin fiziksel yıpranmalarına bağlı olarak sanayii sektörüne yoğun işçi girişi veya çıkışının yaşanması; sanayileşmeden kaynaklanan çevre kirliliği ve bu kirliliğin ürettiği gıda, su ve hava kirliliğine maruz kalan insanlarda oluşan akut ya da kronik hastalıklar gibi birtakım problemler sayılabilir (2011: 201).
- Araştırmalar işsiz olan kadın ve erkeklerde hastalık ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Örneğin İngiltere'de yapılan bir araştırmada, ailelerin çalışma ve işsizlik süreçleriyle psikolojik sağlık arasındaki ilişkiyi ölçen Genel Sağlık Anketi uygulanmıştır. Bu araştırmaya göre bir önceki yıl borç para almak zorunda kalmış uzun dönem işsizlerin 4,5 oranında depresyon riski taşıdığı, borç almak zorunda olmayan işsizlerin ise 2,0 oranında depresyon riskine sahip olduğu bulgulanmıştır. Ayrıca borç para alan işsizler, diğer işsizlere göre daha fazla fizyolojik sağlıklarında bozulma olduğunu bildirmişlerdir (Bartley, Ferrie & Montgomery, 2009: 99, 103).
- Bireylerin yaşadığı sosyal çevreyi değiştirmeleri, fiziksel ya da ruhsal rahatsızlıklara neden olabilmektedir. 1960 ve 1970'li yıllarda yapılan araştırmalarda, çalıştığı iş yerlerini ve mesleklerini, oturduğu mahalleyi, ikamet ettiği yerleşim birimlerini değiştiren kişilerin daha fazla hastalandıkları belirlenmiştir. Örneğin çiftlikte çalışanların şehirde çalışmaya başlamalarıyla kalp hastalığına yakalanma riskleri, kırsal kesimden kente göç edenlerin kansere yakalanma riskleri daha yüksektir (Cirhinlioğlu, 2001: 32-33).
- Sağlık ve medeni durum ilişkisi de araştırmalarda konu edinilmiştir. Cirhinlioğlu'na göre toplumsal bir olgu olan boşanmanın sağlık üzerindeki etkilerini inceleyen bu araştırmalarda, boşanmışların, dulların ölüm oranlarının evli çiftlere kıyasla daha yüksek olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Ayrıca boşanmış veya dul erkeklerin, boşanmış veya dul olan kadınlara kıyasla ölüm oranlarının yüksek olduğu da bir diğer bulguyu oluşturmaktadır (2001: 33).
- Kadınların psikolojik sağlığı üzerine yapılan bir araştırmada, kadınların depresyonuna etki eden dört faktör olduğu bulgulanmıştır. 1. Eşi ile çok iyi ve samimi bir ilişkisinin olmaması, 2. Kadının on bir yaşından önce annesini kaybetmesi, 3. Ev dışında herhangi bir işe/çalışmaya sahip olmaması ve 4. Kadının on beş yaşından küçük üç ya da daha fazla çocuğa sahip olması (Cirhinlioğlu, 2001: 34).
- Amerika'da yapılan bir araştırmada siyahilerin beyazlara kıyasla ölüm oranlarının yüksek olduğu, ayrıca bulaşıcı hastalıklara siyahilerin daha fazla maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır. Aynı araştırmanın bir diğer bulgusu ise, düşük gelir gruplarının kalp hastalıklarından kaynaklı ölüm oranının ekonomik gelir düzeyi yüksek olanlardan üç kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Cirhinlioğlu, 2001: 35).

- Alerjik hastalıklar ve astımın gelişmesinde ‘batılılaşma’ olgusunun etkili olduğu, diğer bir deyişle batılılaşmanın en önemli göstergelerinden biri olan kentleşmenin özellikle astım türü rahatsızlıkların ortaya çıkışı ile doğru orantılı bir ilişkisinin olduğu bulgulanmıştır (Odabaş, 2008: 169).
- Araştırmalar, ebeveynlerin çocuklarına yönelik duygusal anlamda tutarsız, rahatsızlık verici ve özellikle taciz edici ve cezalandırıcı şekildeki yanlış davranışlarının, çocukluk döneminden sonra anti-sosyal davranış sorunlarına, davranış bozukluklarına ve anti-sosyal kişilik geliştirmelerine neden olduğunu ortaya koymaktadır (Wadsworth & Butterworth, 2009: 50).
- Ailenin içinde bulunduğu sosyal sınıf, bebeğin doğum ağırlığının da habercisi olabilmektedir. Doğum ağırlığı ise insanın yaşamında değişik sağlık problemleriyle ilişkilidir (Blane, 2009: 74). İngiltere’de yapılan bir araştırmada altı librenin (2,721 gr) üzerinde ve altında doğanlar iki gruba ayrılmış ve bu bireylerin 7, 11, 16 ve 23 yaşlarındayken toplanan sosyal veri farklılıkları ile ilişkisi incelenmiştir. Analizin ortaya çıkardığı sonuç, düşük doğum ağırlığıyla dünyaya gelen bebeklerin çocukluklarını, genellikle daha az varlıklı ailelerde ve düşük kaliteli evlerde geçirdikleri olmuştur. Örneğin, 7 yaşındaki çocuklardan, düşük doğum ağırlıklı olanlardan %43’ünün, doğum ağırlıkları 2,721 gr veya daha fazla olanlardan ise %35’inin babalarının, beyaz veya mavi yakalı sosyal sınıftan oldukları ve aşırı kalabalık evlerde yaşadıkları görülmüştür. Öte yandan, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin %17’sinin, doğum ağırlıkları 2,721 gr veya daha fazla olanların ise %22’sinin babaları I ve II. derecede profesyonel sosyal sınıflardan oluşmaktadır (Blane, 2009: 74-75).
- Erken yaşam dönemindeki biyolojik gelişimin, sosyal ve çevresel koşulların belirlediği sağlık durumunun etkileri hayat boyu sürmektedir. Yetişkinlerdeki sağlık problemlerinin birçoğu, çocukluk dönemindeki büyümenin zayıf olmasıyla ilişkilidir. Bu sağlık problemleri arasında; kalp-damar sistemi ve solunum sistemi işlevleri, bilişsel fonksiyon bozuklukları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, şizofreni, psikolojik işlev ve strese yatkınlık, koroner kalp hastalığı ve diyabet, erken yetişkinlikteki serum kolesterolü, atopik hastalık ve meme kanseri bulunmaktadır (Wadsworth & Butterworth, 2009: 45-46). Sosyal etkenler olarak, doğum öncesindeki ve bebeklikteki büyümeye olumsuz yönde etki eden faktörler arasında; yoksulluk, annenin sigara kullanması ve alkol alması, ilaçların yanlış kullanılması ve annelerin ve bebeklerin yetersiz ve kötü beslenmesi yer almaktadır (Wadsworth & Butterworth, 2009: 46).
- Freud psikolojik problemlerin, gastrit, ülser, astım gibi hastalıklara yol açtığını ve bu yaklaşımı sürdürenler de hastalıkların psikosomatik (psikolojik kökenli fiziksel hastalıklar) olduğunu ileri sürmüşlerdir. Günümüz tıp felsefesinde, toplumsal ve psikolojik faktörlerin neredeyse tüm hastalıklarda etkin olduğu görüşü yaygınlaşmıştır (Cirhinlioğlu, 2001: 27).
- Stres, insanın beden ve zihin sağlığına etki eden önemli bir sağlık riskidir. İnsanların sosyal ve psikolojik koşulları, sağlıkları üzerinde uzun dönemde ciddi hasarlar bırakmaktadır. Kronik endişe, güvensizlik, düşük özsaygı, izolasyon ve mesleklerinde düşük düzeyde kontrol sahibi olma gibi faktörler, akıl sağlığına ve fiziksel sağlığa zarar vermektedir. Bunlardan biri olan umutsuzluk, Kierkegaard’a göre ölümcül bir hastalıktır. Başka hastalıklardan daha fazla olarak umutsuzluk, varlığın en saygın özüne yani “ben”e saldırmaktadır (2010: 26, 29). Dolayısıyla psiko-sosyal tehditler karşısında insan biyolojisi, doğal olarak kontra atağa geçmektedir. Bu stres yanıtı, bağırsıklık ve kalp-damar sistemini etkileyen stres hormonlarını kaskatı etkinleştirir. Hormonların ve sinir sisteminin hızlı tepkisi, fiziksel tehditle başa çıkması için bireyi hazırlar. Böylelikle kalp hızı artar, kan kaslara yöneltilir, endişe ve uyarılmışlık düzeyi azamiye çıkar. Bedenin bu yanıtı yüksek bir adaptasyonu içermekle birlikte uzun vadede sağlık problemlerini beraberinde getirir. Bu sağlık problemleri içerisinde; depresyon, enfeksiyonlara yatkınlığın artması, diyabet, yüksek kan basıncı, damar duvarlarında kolesterol birikimi ve beraberinde kalp krizi ve inme riski gibi problemler yer alabilir. Ayrıca bu sağlık problemleri, sanayileşmiş ülkelerde sosyal tabakanın aşağısına doğru inildikçe daha sık görülmeye başlanır. Çünkü psiko-sosyal dezavantajın, çoğunlukla çocukluğun erken dönemlerinde kötü bir duygusal ortamla başlayan kümelenmesi ve birikimi, kişinin daha sonraki yaşamında büyük sağlık risklerine yol açabilmektedir (Brunner & Marmot, 2009: 41-42).
- Geçmiş dönemlerde stres ve sağlık arasında anlamlı bir ilişki kurulmamakta ve stres, bireylerin özellikleri olarak görülmekteydi. Hatta herhangi bir stres kaynağı, bir kişi için stres, başka biri için uyarıcı niteliği taşıdığı düşünülmekteydi. Ancak bugün bu ezber, neredeyse tümüyle bozuldu. Bununla birlikte bireyin biyolojik yanıtının, üzerine etki eden sosyal çevrenin bir ürünü olduğu düşüncesi yaygınlık kazandı (Brunner & Marmot, 2009: 19-20). Meslek stresi, erken kalp hastalığının ortaya çıkmasında önemli risktir. İngiltere’de 17.000 kamu görevlisinin izlendiği bir araştırmada, yüküm ve sorumlulukları fazla olan makamlarda görev yapan bürokratların sigara kullanmak, serum kolesterolü ve tansiyon gibi kan basıncını kapsayan hastalık risklerinin bileşiminden daha fazla sağlık riskine sahip oldukları bulgulanmıştır (Brunner & Marmot, 2009: 32). Benzer araştırmalarda da iş yerindeki psiko-sosyal etkenlerin, fiziksel ve ruhsal hastalık riskini arttırdığı ve birtakım sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına neden olduğu saptanmıştır (Marmot, Siegrist & Theorell, 2009: 119).
- Stockholm’de, düzensiz çalışma geçmişine ve sıklıkla sosyal hizmet desteği gerektirmiş çeşitli sorunlara sahip erkekler arasında yapılan bir çalışma, düşük ücret alsalar bile halen iş sahibi olanların, işsizlere göre daha aktif ve toplumla bütünleşmiş (ve psikolojik olarak daha sağlıklı) kişiler olduğunu tespit etmiştir. Finlandiya’da, işten çıkmış sanayi işçileri arasında yeniden iş bulanların psikolojik sağlıklarının ciddi oranda düzeldiği ve bu düzelmeyen yeniden işe girmeden önce veya sonraki finansal koşullardan bağımsız olduğu görülmüştür. İşlerinden atılan İtalyan işçiler, normal ücretlerinin tamamını almaya devam etmelerine karşın hem fiziksel hem de psikolojik sağlıklarında bozulma yaşamışlardır. Tüm bu çalışmalar, işin psikolojik sağlığa parasal olmayan

yararlarının kanıtı durumundadır. "Stres" belki de kronik olarak artan anksiyete düzeyinin sonucu olarak, fiziksel ve psikolojik sağlığı etkilemektedir (Bartley, Ferrie & Montgomery, 2009: 105).

- Toplumsal bütünleşme (integration) ile sağlık arasında önemli bir korelasyon bulunmaktadır. Bireylerin toplum içerisinde kurduğu gerek aile ve akrabalık bağları gerekse de komşuluk ve sivil toplum örgütleriyle kurduğu sosyal sermaye ilişkileri, sağlık ve hastalık durumlarının seyrini belirleyen bir faktör haline gelebilmektedir. Kasapoğlu'na (1999: 4) göre medeni durum, arkadaşlık/dostluk, gönüllü kuruluş üyelikleri ile ilgili değişkenlerin değerlendirildiği sekiz yıl süren bir çalışma göstermektedir ki, daha düşük toplumsal bütünleşmeye sahip bireyler, yüksek düzeyde toplumla bütünleşen bireylerle karşılaştırıldığında, düşük toplumsal bütünleşmeye sahip bireylerdeki ölüm oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Dolayısıyla bu bulgu, toplumsal destek/bütünleşme ile ölümler arasındaki ilişkinin çok güçlü ve tekrarlanabilir olduğunu ortaya koymaktadır.
- Bireye önemsendiğini, sevildiğini ve toplumsal bir ağa sahip olduğunu hissettiren toplumsal destek, bireyin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığına pek çok yönden olumlu etki etmektedir (Stansfeld, 2009: 173). Toplumsal destek yetersizliğinin psikiyatrik bozukluklara neden olduğunu Durkheim *İntihar* isimli çalışmasıyla çok önceden tespit etmiştir. Toplumsal izolasyonun daha yüksek intihar oranlarıyla ilişkili olduğunu gösteren Durkheim, toplumsal destek ve sağlık ilişkisine dair bugün yapılan çalışmalara da ışık tutmuştur. Zira son dönemde yapılan araştırmalar, eşini kaybeden yetişkinlerin, eşlerinin kaybını takip eden yılda yüksek ve beklenmeyen hastalık ve mortaliteye sahip olduklarını göstermektedir. Ayrıca eşlerini kaybedenler arasında, kendilerini teselli edecek bir arkadaş veya akraba grubuna sahip olmayanların, kalıcı psikiyatrik sorunlar bakımından da daha yüksek bir risk altında olduğu saptanmıştır (Stansfeld, 2009: 184).
- ABD'nin *Pensilvanya* eyaletinde, İtalya'daki aynı adlı kentten gelen İtalyan göçmenlerin kurduğu *Roseto* kentinde yaşayanlar, geleneksel aile temelli yapılarını korudukları sürece, İtalya'daki akrabaları gibi koroner kalp hastalığı oranlarının düşük olduğu gözlenmiştir. Ancak, burada yaşayanlar, aile ve toplumdan ziyade bireyin baskın birim olarak görüldüğü Amerikan kültürünü özümstedikçe, koroner kalp hastalığı oranı artış göstermiştir (Stansfeld, 2009: 189).
- *Alameda Eyalet Çalışması* isimli bir araştırmada medeni durum, arkadaşlarla ve akrabalarla temas sayısı, kilise ve grup üyeliği sayısı gibi birtakım toplumsal bir ağ dizini yapılandırılmıştır. Dokuz yıllık süreçte, bu dizindeki puanı düşük olanların ölüm oranının 1,9 ila 3 kat daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Dolayısıyla toplumsal teması en az olanların, en yüksek mortalite hızına sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca Finlandiya'daki bir araştırmada yaklaşık altı yıl boyunca takip edilen 2.682 erkek arasında, ölüm riski yüksek olanların pek azının toplumsal destek aldığı veya verdiği ve toplumsal ilişki kalitesinin düşük olduğu bildirilmiştir. Organizasyonlara katılmada eksiklik, az sayıda arkadaş sahibi olmak ve halihazırda evli olmamak da ayrıca genel olarak daha yüksek bir ölüm riski ile ilişkilendirilmiştir (Stansfeld, 2009: 179-180).
- Hastalık ve yaş ilişkisine bakıldığında, hastalıklarının en çok dile getiren ve herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuranların çocuklar ve yaşlılar olduğu görülmektedir. Cinsiyet temelli incelendiğinde ise, kadınların erkeklere kıyasla daha çok hastalıklarının kabul ettiği ve sağlık kuruluşlarına başvurduğu anlaşılmaktadır (Cirhinlioğlu, 2001: 25). Erkeklerin kadınlara kıyasla iş hayatında çokça yer almaları, ayrıca mesleklerinin çoğunlukla kadınların mesleklerinden görece zor olması, meslek hastalıklarına daha fazla yakalanmalarına neden olmaktadır (Eryiğit Günler, 2016: 109).
- Din ve sağlık ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda, dinin sağlık üzerinde önemli etkilerinin olduğu ifade edilmektedir. Bu etkilerden biri olan "sosyal destek" faktörü, dini temelli faaliyetlere ve örgütlere katılım sağlayanlarda oldukça sık görülmektedir. Çünkü bu faaliyetler, diğer insanlarla kurulan sosyal ilişkilerce sağlanan sosyal destek, sağlık ve iyilik hallerine olumlu düzeyde katkı yapmaktadır. Dini etkinliklerde bulunmak, bireylerde bulaşıcı hastalıklar ve diyabet gibi erken ölüm risklerinden korumaktadır (Cirhinlioğlu vd., 2013: 90-91).
- Din, bireylerde travmatik olaylar ve stresle başa çıkma davranışını güçlendiren bir role de sahiptir. Dini inancın özellikle ölüm, ölümlerle neticelenen hastalıklar, ağır ve uzun süreli hastalıklar, ağır kazalar ve yaralanmalar gibi olaylarda, sürecin daha kontrollü atlatılmasına yardımcı olduğu görülmektedir (Cirhinlioğlu vd., 2013: 93).
- Yapılan bir araştırmada dine önem veren ve dini etkinliklerde bulunanların; şiddet, içkili araç kullanma, emniyet kemeri takmama, madde kullanımı, egzersiz yapmama ve yaralama gibi birçoğunun suç olarak değerlendirilebileceği olumsuz davranışları çok daha az gerçekleştirdikleri bulgulanmıştır (Cirhinlioğlu vd., 2013: 94).
- Bağışlama, çoğu dinde onaylanan ve teşvik edilen bir tutum ve davranıştır. Araştırmalarda bağışlamanın olumlu duyguları güçlendirdiği ve huzursuzluğu azalttığı, ayrıca fiziksel ve ruhsal sağlığı olumlu yönde desteklediğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte bağışlayıcı olmayan düşünceler ve olumsuz duyguların yüksek düzeyde kan basıncına, kalp atış hızına ve deri iletkenliğine de neden olduğu saptanmıştır (Cirhinlioğlu vd., 2013: 95).
- Sağlık ve gıda ilişkisini etkileyen önemli faktörlerden biri perakende satış ve pazarlama modelleridir. Örneğin Orta ve Doğu Avrupa'da 1990'lı yıllar boyunca yabancı sermaye girişinin %60'ı şekerleme ve meşrubat üretimi alanındadır; bu değer meyve-sebze için %6'dan azdır. Reklamlar gıda satın alınmasını etkilemektedir ve özellikle 2-6 yaş çocukları hedef alan 20 saniyeye kadar olan reklamlar çocukların gıda tercihlerini önemli ölçüde etkilemektedir. *Marion Nestle* kitabının "Çocukları sömürmek, bozulan okullar" başlıklı bölümünde gıda sanayiindeki yaratıcı pazarlama yöntemlerini anlatılmaktadır. Buna göre tüm gıda reklamlarının yarısından fazlasını şeker, şekerli kahvaltı kıtırları ve fast-food restoranlarının oluşturduğu saptanmıştır; böylelikle reklamı

en çok yapılan yiyecekler yağ ve şeker bakımından zengin, mikro-besinlerce zayıf gıdalar olma eğilimindedir (Robertson, Brunner & Sheeham, 2009: 219).

4. Sonuç

Sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik çalışmaların derinlik kazanmasıyla tıbbın sadece anatomi ya da fen bilimlerinin sınırlarına hapsedilemeyeceği gerçeği güçlü bir zemin kazanacaktır. Zira modern tıbbın sorgulanamaz yapısı, hala önemli bir direnç mekanizmasını üretmektedir. Günümüz tıp anlayışı, sağlık ve hastalığı “beden” eksenli göstergelerle yorumlamakta, hatta sağlığın sınırlarını da hastanenin sınırlarıyla eşdeğer tutmaktadır. Oysa sağlık ve hastalık, hastanenin ve hekimin dışındaki geniş bir alanda, bütün sosyal, siyasal, kültürel, ekonomik, dinsel birçok karmaşık örüntü tarafından her gün yeniden üretilmektedir. Dolayısıyla bugün tıbbın yapması gereken, çeşitli araçlarla iktidarını güçlendirmenin yollarını aramaktan ziyade sağlığın sürdürülebilmesine ve hastalığın sosyal nedenlerinin anlaşılabilmesine imkân tanıyacak disiplinler arası çalışmalara kulak vermesidir.

Sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik gerek birey ve toplum düzeyinde gerekse de politika yapıcılar nezdinde farkındalık oluşturulması gerekmektedir. Zira hem koruyucu hekimlik sisteminin fonksiyonel hale gelmesi, hem halk sağlığının topluma yayılarak hastalıklar konusunda gerekli önlemlerin alınması hem de sağlık harcamalarının düzenlenerek sağlıkta eşitsizliğin azaltılması için sağlıklı yaşamın sürdürülebilirliğinin sağlanması büyük önem arz etmektedir. Çünkü bir ülkenin sağlık alanındaki gelişmişlik düzeyinin göstergesi, sağlığa yapılan harcamaların büyüklüğüyle değil halk sağlığının tesis edilerek sağlık hizmetlerinden gerektiği ölçüde faydalanılmasıyla ölçülebilir olmalıdır. Ancak günümüzde sağlık alanının gelişmişlik düzeyi; hekim ya da sağlık personeli başına düşen hasta sayısı, hastane yatak sayısı, sağlık harcamaları gibi göstergelerle belirlenmeye çalışılmaktadır. Oysa burada önemli olan sağlık endüstrisine ne kadar çok para harcandığı değil, toplumu hasta yapan sosyal etkenlerin tespit edilmesidir. Böylelikle bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmeleri, ortalama yaşam sürelerinin uzaması, sağlık hizmetlerine gereksiz başvurular yapmaması ve sağlık endüstrisinin birer müşterisi olmaması da sağlanmış olacaktır.

Sağlık ve hastalık; sağlık hizmetleri veren kurum, kuruluş ya da sağlık aktörleriyle sınırlı olan bir alan değildir. Aksine toplumsal yaşamın tüm evreleriyle yakından ilişkilidir. Kişinin erken çocukluk dönemi, gelir durumu, beslenme alışkanlıkları, medeni hali, çocuk sayısı, meslek hayatı, toplumsal bütünleşmesi, madde bağımlılığı, stres durumu, dindarlık düzeyi, yaşadığı yerleşim yeri gibi birçok parametrenin sağlık ve hastalıkla doğrudan ilişkisi bulunmaktadır. Dolayısıyla toplumun sağlık alanında kalkınması; sosyal refahın artırılması, çalışma şartlarının iyileştirilmesi, temiz ve sağlıklı suya ve gıdaya erişimin kolaylaştırılması, hava kirliliğinin azaltılması, stres üretmeyen yaşanabilir kentlerin imar edilmesi gibi biyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal alanların iyileştirilmesiyle yakından ilgilidir. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin toplumsal düzlemde yaygınlık kazanması ise koruyucu hekimlik ve halk sağlığı mekanizmalarının birey ve toplum bazında güçlü bir işleyişe sahip olmasıyla mümkün olacaktır. Bu hususta ulusal ve yerel yönetimlerin ilgili birimlerinin geliştireceği sosyal politikalar ve bu politikaların toplum nezdinde karşılık bulabilmesi için yapılacak farkındalık çalışmaları, kuşkusuz hayati bir öneme sahiptir.

5. Kaynakça

- Adak, N. (2002). *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*. İstanbul: Birey Yayınları
- Adak, N. (2016). Günümüz Toplumlarında Sağlığa İlişkin Riskler. N. Adak (Ed.). *Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar*. (ss. 13-32). Ankara: Nobel Yayıncılık
- Akbal, A. (2008). Sağlığın Değişen Anlamı. A. Kasapoğlu (Ed.). *Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık*. (ss. 39-76). Ankara: Phoenix Yayınları
- Albritton, R. (2014). Obezite ile Açlık Arasında: Kapitalist Gıda Endüstrisi. L. Panitch & C. Leys (Ed.), (U. Haskan, Trans.). *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları* içinde (ss. 205-218). İstanbul: Yordam Kitap
- Bartley, M., Ferrie, J. & Montgomery, S. M. (2009). Sağlık ve Emek Piyasası Dezavantajı: İşsizlik, İş Yokluğu ve İş Güvencesizliği. M. Marmot & R. G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 98-118). (İ. Kayı & Y. Yasin, Çev.). İstanbul: İncev Yayınları
- Beck, U. (2011), *Risk Toplumu: Başka Bir Modernliğe Doğru*. (çev. K. Özdoğan & B. Doğan). İstanbul: İthaki Yayınları
- Blane, D. (2009). Yaşam Seyri, Sosyal Gradyan ve Sağlık. M. Marmot & R. G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 72-97). (İ. Kayı & Y. Yasin, Çev.). İstanbul: İncev Yayınları
- Brunner, E. & Marmot, M. (2009). Sosyal Yapı, Stres ve Sağlık. M. Marmot & R. G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 18-44). (İ. Kayı & Y. Yasin, Çev.). İstanbul: İncev Yayınları
- Cirhinlioğlu, Z. (2001). *Sağlık Sosyolojisi*. Ankara: Nobel Yayınları
- Cirhinlioğlu, Z., vd. (2013). *Dindarlık, Ruh Sağlığı ve Modernite*. Ankara: Nobel Yayınları
- Cockerham, W. C. (2011). Health Sociology In A Globalizing World. *Política y Sociedad*, 48 (2): 235-248.

- Cockerham, W. C. (2022). *Sağlığın ve Hastalığın Toplumsal Nedenleri*. (E. T. Akı, Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları
- Elmacı, N. (2013). *Sağlık Antropolojisi: Diyarbakır Örnekleri*. Ankara: Siyasal Kitabevi
- Erdoğan, İ. (2013). Erkek Dergilerinde Sağlıklı Erkek Neden İdeal Erkektir? Men's Health Dergisi'nde Hegemonik Erkeklik ve Popüler Sağlık Söylemi. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*. 133-154.
- Eryiğit Günler, O. (2016). Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Hastalık. (E. Tecim, Ed.). *Sağlık Sosyolojisi Yazıları* içinde (ss. 104-119). İstanbul: Açılım Kitap
- Gönc, T. (2016). Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik. N. Adak (Ed.). *Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar* (ss. 61-83). Ankara: Nobel Yayıncılık
- Harlak, H. (2016). Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp. N. Adak (Ed.). *Sağlık Sosyolojisinde Güncel Tartışmalar* içinde (ss. 173-206). Ankara: Nobel Yayıncılık
- Illich, I. (2017). *Sağlığın Gaspsı*. 4. Baskı. (S. Sertabiboğlu, Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları
- Kasapoğlu, M. A. (1988). Mesleki Değerlerin Kazanılmasında Eğitimin Etkisi. *A.Ü. DTCF Dergisi*. 32 (1-2): 85-94.
- Kasapoğlu, M. A. (1999). *Sağlık Sosyolojisi Türkiye'den Araştırmalar*. Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları
- Kierkegaard, S. (2010). *Ölümcül Hastalık Umutsuzluk*. 5. Baskı. (M. M. Yakupoğlu, Çev.). Ankara: Doğu-Batı Yayınları
- Küçükşen, K. (2016). Yeni Medyada Sunulan Sağlıklı Yaşam Önerilerinin Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi. (E. Tecim, Ed.). *Sağlık Sosyolojisi Yazıları* içinde (ss. 129-155). İstanbul: Açılım Kitap
- Marmot, M. & Wilkinson, R. G. (Ed.) (2009). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* (İ. Kayı & Y. Yasin, Çev.). İstanbul: İnsev Yayınları
- Marmot, M, Siegrist, J. & Theorell, T. (2009). Sağlık ve İş Yerindeki Psiko-Sosyal Ortam. M. Marmot & R. G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde (ss. 119-153). (İ. Kayı & Y. Yasin, Çev.). İstanbul: İnsev Yayınları
- Nasr, S. H. (2006). *İslam ve Bilim, İslam Medeniyetinde Pozitif Bilimlerin Tarihi ve Esasları*. (İ. Kutluer, Çev.). İstanbul: İnsan Yayınları
- Odabaş, Z. Y. (2008). Kronik Bronşit ve Astım: Hasta Çocuk ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi. A. Kasapoğlu (Ed.). *Madalyonun İki Yüzü: Hastalık ve Sağlık* içinde (ss. 167-190). Ankara: Phoenix Yayınları
- Piyal, B. (2011). Halk Sağlığına Giriş. B. Piyal (Ed.). *Halk Sağlığı* içinde (ss. 4-15). Ankara: A.Ü. Uzaktan Eğitim Yayınları
- Porter, R. (2016). *Kan Revan İçinde, Tıbbın Kısa Tarihi*. 2. Baskı. (G. Koca, Çev.). İstanbul: Metis Yayınları
- Robertson, A., Brunner, E. & Sheeham, A. (2009). Gıda Politik Bir Meseledir. M. Marmot & R. G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde. (ss. 200-225). (İ. Kayı & Y. Yasin, Çev.). İstanbul: İnsev Yayınları
- Sontag, S. (1988). *Bir Metafor Olarak Hastalık*. (İ. Murat, Çev.). İstanbul: BFS Yayınları
- Stansfeld, S. A. (2009). Toplumsal Destek ve Toplumsal Birlik. M. Marmot & R. G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde. (ss. 173-199). (İ. Kayı & Y. Yasin, Çev.). İstanbul: İnsev Yayınları
- Şahin, M. (2018). Sağlık Sosyal Belirleyicileri Ve Sosyal Politikalar. Ö. E. Koç (Ed.). *Türkiye'de sağlık harcamaları ve özel kesim uygulamaları* içinde (ss. 47-69). Ankara: Ekin Yayınevi
- Tecim, E. (2016). Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'de Gelişimi ve Yeni Yönelimler. E. Tecim (Ed.). *Sağlık Sosyolojisi Yazıları* içinde (ss. 13-40). İstanbul: Açılım Kitap
- Turner, B. S. (2011). *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*. (Ü. Tatlıcan, Çev.). Bursa: Sentez Yayıncılık
- Türkdoğan, O. (2006). *Toplumsal Yapı ve Sağlık-Hastalık Sistemi*. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayınları
- Wadsworth, M. & Butterworth, S. (2009). Erken yaşam. M. Marmot & R. G. Wilkinson (Ed.). *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* içinde. (ss. 45-71). (İ. Kayı & Y. Yasin, Çev.). İstanbul: İnsev Yayınları
- World Health Organization (WHO). (1998). *Health Promotion Glossary. 1998*.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>