

SAĞLIK ve SOSYO-KÜLTÜREL YAPI DEĞİŞKENLERİ

Sevinç Özen*

Sosyal bir kurum olarak, sağlık kurumu, toplumun ve üyelerinin sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamak için oluşmuş, yol ve biçimleri, roller, etkileşimler, inançlar, değerler, normları içerir. Toplumun sürekliliği, sağlıklı bireylerle sağlanır. Bir kültürde, sosyal kurumların birbiriyle ilişkili, bağımlılık ilişkisi içinde, genel sosyo-kültürel ortam içinde işlediği gerçeğinden hareketle, sağlık kurumunun da, toplumun eğitimsel, dinsel, ekonomik, ailesel, politik kurumlarından etkilendiği, her toplumun sosyo-kültürel yapısına göre sağlık kurumunu biçimlendirdiği belirtilebilir.

Toplumsal bütünlük oluştuktan sonra, üye yenileme, sosyal kontrol, üretim, bölüşüm, savunma gibi gereksinmelerin giderilmesi gerekmekte, bu gereksinmeleri gidermek için çeşitli toplumsal kurumların oluştuğu görülmektedir. Özellikle toplumu oluşturan bireylerin ruhsal, bedensel, sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olmalarını sağlamak, sağlık kurumunun hedefleri arasındadır.

Bir toplumun yaşama biçimi olarak da kısaca tanımlanabilecek olan kültür, insan tarafından içinde yaşadığı toplumun bir üyesi olarak toplumdan elde ettiği bilgi, inanç, sanat, ahlâk, kanun kuralları, gelenek, alışkanlıklar ve yeteneklerin meydana getirdiği karmaşık bir bütündür¹. Keesing'e göre ise, kültür, insanlığın yaşama biçimlerinde ifade edilen ve paylaşılan düşünceler, kavramlar, kurallar ve anlamlar sistemidir².

Beslenme fiziki, yaşamsal bir gereksinme olduğunu, ama neyin, nasıl yenileceğini kültür dünyasındaki değer, inanç ve alışkanlıkların belirlediği söylenebilir.

Sağlıklı olma hali, vücut ile çevresi arasındaki ilişkiden hareket ederek tanımlanabilir. Sağlıklılık hali, bu ilişkideki azami denge ve kendini koruma ve uyum yeteneği ile nitelenir. İnsan toplumlarında, bireyin sağlığından söz ederken, kültürel uyum kavramının da sözkonusu olması gerekir. İşte insanın çevresine biyolojik ve kültürel uyumu sağlıklılık hali olarak adlandırılabilir. İnsanoğlu, toplumun yaşama biçimine sosyal olarak uyum sağlayabiliyorsa sağlıklıdır³. Sağlığın, fiziksel (bedensel), ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir; şeklinde tanımlanması da bu gerçeği dile getirmekte, sağlığı etkileyen sosyal, kültürel değişkenleri gözönüne almak gerektiğini

* Doç.Dr. Ege Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü.

¹ Cecil G. Helman, *Culture, Health and Illness*, Butterworth/Heinemann, 1992, s. 2.

² Cecil G. Helman, a.g.e., s. 2.

³ Jozsef Kovacs, "Concepts of Health and Disease", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 14.3.1989, s. 261-267

belirtmektedir.

Sağlıkta Sosyal ve Ekonomik Değişkenler:

Toplumlar arasında, sağlık konusunda yapılan karşılaştırmalarda, bireylerin doğuştan ortalama yaşam beklentisi, bebek ölümü hızı, çocuk ölüm hızı, beslenme, çevresel riskler ve çevre koşulları, okur-yazarlık oranı, kentleşme ve işsizlik, birey başına düşen gayri safi milli hasıla, bulaşıcı hastalıklardan ölüm hızı, hekim başına düşen nüfus, anne ölüm hızı gibi göstergelerin kullanıldığı görülmektedir⁴. Bu göstergeler incelendiğinde gelişmiş, gelişmekte ve az gelişmiş ülkeler arasında şu tür farklılıkları görmek mümkündür:

	En az gelişmiş ülkeler	Gelişmekte olan ülkeler	Gelişmiş ülkeler
Ülke sayısı	29	90	37
Toplam nüfus (milyon)	283	3001	1131
Çocuk ölüm oranı (1000 canlı doğum)	160	94	19
Doğuştan Ortalama yaşam süresi (yıl)	45	60	72
2500 gr. daha fazla doğum kilosu olan bebek oranı	% 70	% 83	% 93
Temiz su kaynağı olan ülke	% 31	%41	% 100
Yetişkinlerde okur-yazar oranı	% 28	% 55	% 98
Kişi başına yıllık milli gelir (Amerikan Doları)	170	520	6230
Kişi başına sağlık harcaması (Yılda Amerikan doları)	1.7	6.5	244
Genel sağlık harcaması (milli gelirin % si olarak)	% 1	% 1.2	% 3.9

Tablo 1: Sağlık ve ilgili sosyo-ekonomik göstergeler⁵

Tablo, sağlığa ilişkin sosyo-ekonomik göstergeler açısından, en az gelişmiş ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasında oldukça derin farklılıkları göstermektedir. Bu verileri sosyolojik olarak yorumlamadan önce, çeşitli ülkeler arasındaki farklılıkları ele almak gerekmektedir.

⁴ Dünya Sağlık Örgütü (WHO), (çev. Bülent Berkarda- Uğur Derman), 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Yayını, İstanbul, 1982, s. 21-40.

⁵ Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yage, s. 27.

Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri

	5 yaşından küçük			
	Bebek ölüm hızı (binde)	çocuklarda ölüm oranı (binde)	Doğumda yaşam beklentisi (yıl)	Bin kişiye düşen hasta yatağı sayı.
ABD	9	11	76	5
İsveç	6	7	77	13
Kanada	7	9	77	16
Fransa	8	9	76	11
B.Almanya	7	9	75	11
İtalya	9	10	76	7
İngiltere	8	9	76	7
Türkiye	69	80	65	2

Tablo 2: Bazı OECD ülkelerinde 1990 Yılı Sağlık Göstergeleri⁶

Toplumlar arasında sağlığa ilişkin sosyo-ekonomik göstergeler açısından farklılıkların olması, her toplumun sosyo-ekonomik ve kültürel yapısının analiz edilmesini ve değişkenlerin ortaya konmasını gerektirmektedir. Bunun yanısıra, sağlık göstergeleriyle ilgili çalışmalarda, tıbbin etkisini sınırlı olduğu, ülkeler arasındaki farklılıklarda sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerini kullanmanın sağlık düzeyi ile ilişkili olmadığı, önemli olan etmenlerin ülkenin sağlık kurumları ile politik, ekonomik kurumlarının ilişkileri, sağlık örgütlenmesinde rol oynayan inançlar ve tutumlar olduğu belirtilmektedir.⁷ Bir başka deyişle toplumların insani ve doğal kaynaklarını nasıl kullandıkları, farklılıkları yaratan etmen olarak ortaya çıkmaktadır.

Sosyo-ekonomik Değişkenler:

Sağlıklı olmanın toplumla yakından ilişkili olduğu gerçeğinden hareketle, sağlık sosyolojisinde sosyo-ekonomik değişkenler ile ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır.

Sosyo-ekonomik durum ile sağlık arasındaki ilk açıklamalar yaşam stili ve yaşam koşulları üzerinde odaklanmıştır. Kalabalık, yoksul konutlar, kötü beslenme, yoksul sosyal sınıflar arasındaki ölümlülük ve hastalığın faktörleri idi. Daha sonra Mechanic, sosyo-ekonomik göstergelerle birlikte hastalığa kültürel tepkilerin de ele alınması gerektiğini belirtti⁸.

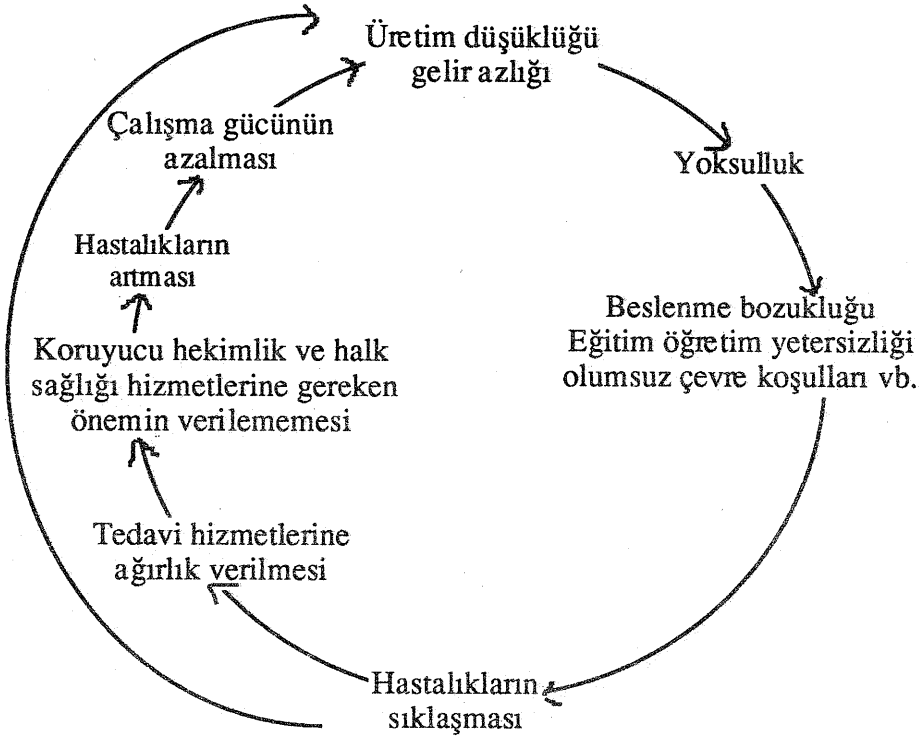
Sosyo-ekonomik durum ile sağlık arasında birbirini sürekli etkileyen bir ilişki olduğu, kronik hastalıkların bazı bireyleri uygun bir gelir elde etmeden alıkoyduğu,

⁶ Bülent Kılıç/Çiğdem Bumin, "İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi", *Toplum ve Hekim*, say. 56, 1993, sf. 37.

⁷ Ata Soyer, "Sosyalizm mi? Kapitalizm mi?, Halkın Sağlık İhtiyaçlarını Karşulamakta Hangisi Başarılı?" (V.Navarro ile yapılan görüşme), *Toplum ve Hekim*, say. 53, 1993, sf. 27-40

⁸ David R. Williams, "Socioeconomic Differentials in Health: A Review and Redirection", *Social Psychology Quarterly*, c. 53, N. 2, 1990, s. 81-99.

bunun da bireyleri sosyo-ekonomik açıdan aşağı doğru hareket ettirdiği söylenebilir. E. Chadwick ekonomik durum ile sağlık-hastalık arasındaki kısır döngüyü şöyle çizmektedir⁹.



Şekil 1: Ekonomik durum ve sağlık-hastalık ilişkisi

Şekilde de görüldüğü gibi, yoksulluk beslenme bozukluğuna, hastalıkların sıklaşmasına, bireyin gelirinin çoğunu tedaviye ayırmasına, çalışma gücünün azalmasına, gelir azalmasına ve dönerek yoksulluğa yol açmaktadır.

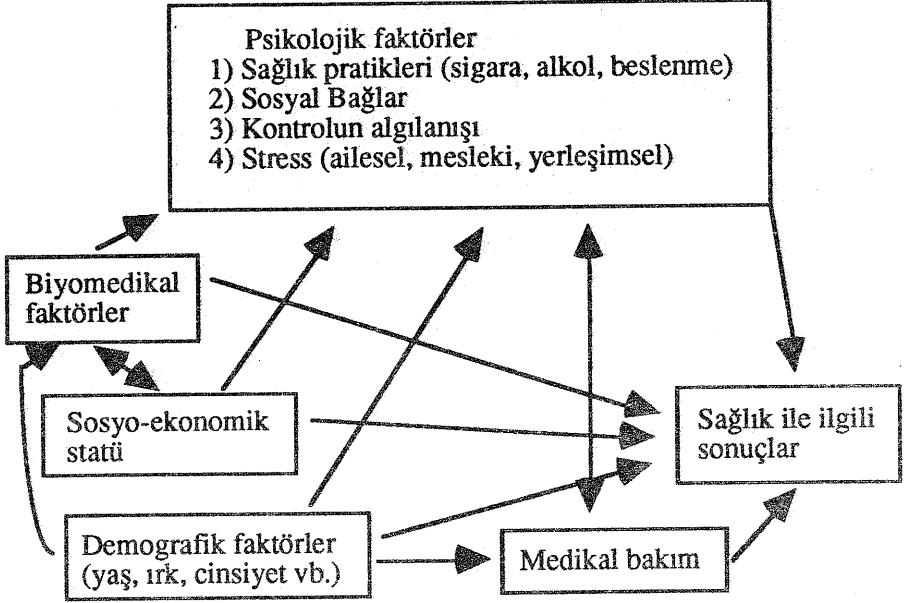
Sağlığın belirleyicileri konusundaki son araştırmalar, tutumsal yönelimler, sosyal bağlar, sağlık pratikleri, çevresel baskılar gibi psiko-sosyal faktörleri de içermektedir.

D Williams, sosyo-ekonomik durum ile sağlık ilişkisi konusunda araştırmalar için bir model önermektedir¹⁰.

⁹ Rahmi Dirican, *Toplum Hekimliği*, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1990, s.33.

¹⁰ David R. Williams, age. s. 82

Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri



Şekil 2: Sosyo-ekonomik durum ve sağlık ilişkisi konusunda bir araştırma modeli

Şekilde de görüldüğü gibi, sosyo-ekonomik ve demografik faktörler sağlık ile ilgili pratikleri, tutumları, algıları etkilemekte ve bağımlı değişken olarak sağlık durumu ortaya çıkmaktadır.

Sosyo-ekonomik statü terimi, toplumda varolan hiyerarşideki eşitsizliği ifade etmede, tanımlamada kullanılır. Eğitim, gelir, meslek, kültürel olanaklardan yararlanma göstergelerini içerir.

Sosyo-ekonomik statü ile sağlık konusunda yapılan araştırmalarda, bu değişkenin ölümlülük ile ilişkisi ele alınmıştır. Antonovsky, 30'dan fazla araştırmasında en düşük sosyo-ekonomik statü grubunun en yüksek ölümlülük oranlarına sahip olduğu, gruplar arasındaki farklılıkların son yıllarda azaldığını belirtmektedir¹¹.

Dünyada genel olarak ölüm nedenlerine bakıldığında, yaklaşık 20 milyon tüberküloz hastasının % 95'inin, tüberküloza bağlı ölümlerin % 99'unun az gelişmiş ülkelerde olduğu görülmektedir¹². Sosyo-ekonomik gelişmişlik ile bebek ve çocuk ölüm oranlarına bakıldığında, sosyo-ekonomik gelişme ölçütü yüksek olan ülkelerde,

¹¹ Aaron Antonovsky, "Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality"den aktaran, D. Williams, age, s. 81-99.

¹² S.Şemin, "Toplum Sağlığı Yönünden İlacın Öteki Yüzü", *Toplum ve Hekim*, sayı: 56, 1993, s. 44.

bebek ve 1-4 yaş çocuk ölümlerinin düşük olduğu görülmektedir.

İngiltere'de yaşa göre standardize ölüm oranlarının sosyo-ekonomik durum ile ilişkisi bu değişkenin etkisini göstermektedir. Sosyo-ekonomik durumu en kötü olan grupta, standardize ölüm oranı 100.000'de 678 iken (ortalama ölüm oranı 100.000'de 278'dir¹³). Yine İngiltere'de sosyal sınıflar ve sağlık ilişkisi ele alındığında, bebek ölüm oranının, standardize ölüm oranının, sigara kullanımının, yıllık doktora başvuru oranının en yüksek vasıfsız işçiler grubunda, en düşük yöneticiler ve iş adamlarında bulunduğu görülmektedir. Makro düzeyde İngiltere'de Kara Rapor diye adlandırılan rapor, sosyal sınıf ile sağlık arasındaki ilişkileri, yüksek ölümlülük açısından ele almaktadır. Gelişmekte olan dünyada da, gelir ile sağlık arasında bir ilişki vardır. Bu ülkelerde nüfusun çoğu enfeksiyon hastalıklarından ölmekte, bu hastalıklar kirli su, kötü temizlik koşulları ve yetersiz-sağlıksız konutlar ile daha da artmaktadır¹⁴.

Ölümlülük ve sosyo-ekonomik durum ile ilgili Ürdün'ün başkenti Amman'ın gecekondu bölgelerinde yapılan bir araştırmada, okur-yazar olmayan anne, düşük konut kalitesi, informel sektörde çalışan hane reisi, ortanın altında aile geliri olan (bu dört durumun biraraya geldiği) ailelerde çocuk ölüm oranı %135 iken; okur yazar anne-yüksek konut kalitesi, beyaz yakalı işlerde çalışan hane reisi, ortanın üstü gelire sahip ailelerde çocuk ölüm oranı %36'dır. Burada ekonomik değişken olarak gelir ve mesleğin yanı sıra, eğitim, konut, beslenme pratikleri, hastalığa duyarlılık, temizlik standartları da sözkonusudur¹⁵.

Sosyo-ekonomik duruma bağlı olarak hamile kadınların sağlık kontrolundan geçip geçmeme özellikleri de, farklılıkları belirgin olarak göstermektedir. Alt sosyo-ekonomik kesimde, sağlık kontrolundan yararlanma oranı %62,9, üst sosyo-ekonomik kesimde %87'dir¹⁶.

Sosyo-ekonomik kriterler açısından gelişmiş bir ülke olan Kanada'da, en yüksek gelirden en düşük gelire doğru gidildikçe, bebek ölüm oranlarının arttığı, beklenen yaşam süresinin azaldığı, yetişkin ölüm oranlarının arttığı görülmekte, bu da sosyo-ekonomik durum değişkeninin sağlık üzerindeki önemli etkisini göstermektedir.

Alt sosyo-ekonomik çevreler yüksek suç oranları, coğrafi hareketlilik, evlilikte dengesizlik ve uyumsuzluk gibi sosyo-ekolojik sorunlara, bunlar da sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Aynı zamanda, alt sosyo-ekonomik düzeydeki kişiler kazalara, yaralanmalara, iş kazalarına daha yakındırlar¹⁷. İşsizlik, evlilikte güçlükler, boşanma,

¹³ Bake M.Najman, Healty and Poverty, Past Present and Prospects for the Future, *Social Science and Medicine*, 36, 2, 1993, s. 157-165.

¹⁴ S.A. Zaidi, "Poverty and Disease: Need for a structural Change", *Social Science and Medicine*, 27, 1988, s. 119-127'den aktaran C. Helman, age, s. 268.

¹⁵ Belgin Tekçe-F.C.Shorter, "Determinants of Child Mortality: A Study of Squatter Settlements in Jordan", *Population and Development Review (Child Survival Strategies for Research)*,c. 10, 1984,

¹⁶ İnci Erefe ve diğerleri, İzmir Anakentinde Aile ve Toplum Sağlığı Öncelikleri, E.Ü. Rektörlüğü Araştırma Projesi, Hem/002, İzmir, 1988, sf.124.

¹⁷ Ernest Harburg ve diğer., "Socioecologic Stressor Areas and Black-White Blood Pressure : Detroit", 1973'den aktaran D. Williams, age, sf. 81-99.

Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri

yetişkin ve bebek ölümlülüğü-hastalığını içeren yaşam olayları, sosyo-ekonomik durum ile yakından ilişkilidir.

Sağlık ve hayatta kalma konusunda sosyal farklılıkların açıklamaları geniş bir bakış açısı ile gerçekleştirilmelidir. Gelir, iş ve meslek hastalıkları, konut ve çevre, sağlığa ilişkin tutumlar, yaşam stili, sağlık hizmetlerinin sağlanması, yapısı ve kullanımı gibi faktörleri içeren sosyal ve ekonomik faktörler, birbiriyle ilişkili ve açıklamanın temelinde bulunan faktörlerdir¹⁸.

Sosyo-Kültürel Değişkenler:

Sağlık sosyolojisinin varoluşunun önemli nedenlerinden biri, sağlık ve hastalık kavramlarının farklı toplumların kültürlerine göre, farklı anlamlar içermesidir. Belirli bir fiziksel ya da mental duruma pozitif ya da negatif değer verilmesi, kültüre bağlı bir süreç içinde toplum tarafından yapılır. Ağrı, acı, hastalık, ölüm; farklı farklı anlamlarda kullanılır. Aynı şekilde, insan için uygun olan, normal olan da toplumun başat dinsel ya da ideolojik ideallerine, yaşam biçimlerine, üretim kültürüne bağlı olarak değişir.

Sağlığın tanımı da beşeri çevreye göre farklılaşır. 18. yy. da hekimler, Amerika'da belirli bir hastalığı drapetomania olarak adlandırır. Drapetomania, bir yaşam biçimi olarak köleliğe uyum sağlayamayan, sahibinden kaçmaya çalışanların durumunu belirtmektedir. Fakat günümüz tıbbi içinde, bu sosyal koşullar ortadan kalktığı için böyle bir hastalık da yoktur. Buradan hareketle sağlıklı insan kimdir? Normal ve patolojik olan arasındaki sınır nasıl çizilir? soruları sorulur. Bu açıdan bakıldığında, bir toplumun sağlıklılığı, bireylerin toplum tarafından önerilen amaçları, fiziksel ve psikolojik olarak izleyebilmesi ile değerlendirilebilir. Sağlık nosyonu, bireyin belirli bir uygarlık tarafından istenen standartlar, değerler, belirli yaşam biçimlerini gerçekleştirme araçlarını nasıl etkili olarak kullandığını ifade eder. Arzulanan sosyal durumlara uymanın nasıl mümkün olduğunu, bireyin bu durumları gerçekleştirmeye katkısını ifade eder¹⁹.

Kültür ile hastalık arasında oluşan ilişkinin biçimi de kültüre özgü olup, normal ile hasta arasında farklılaşma da bir kültürden diğerine değişmektedir. Hastalığın algılanması o toplumun kültürünün bir parçasıdır. Toplumun hastalık hakkındaki değer yönelimi, vaziyet alış ve inançları, kültürün karakterini yansıtır. Kültürler arasındaki farklılıklar dolayısıyla, hastalık-sağlık sisteminde bir kültürel görelilik sorunu bulunmaktadır. Her toplumun kültürü, sosyal organizasyonu, sağlık ve hastalık problemini kendi değerler sistemine göre geliştirir. Hastalık, kültür biçimlerine göre anlam kazanır²⁰. "Örneğin, ağrıya karşı kültürel tutumlar, çocukluğun ilk yaşlarından

¹⁸ Ivan Reid, *Social Class Differences in Britain*, Fontana Press, Glasgow, 1989, sf. 163.

¹⁹ Jozsef Kovacs, age, sf. 261-267.

Ayrıca bu noktada normal ve patolojik olanın ayrımı konusundaki açıklaması için bkz. E. Durkheim, (çev. C.B. Akal), *Toplumbilimsel Yöntemin Kuralları*, BFS yayınları, İstanbul, 1985. Toplumsal yapı ile kültürel yapı arasındaki uyumsuzluk durumunu ifade eden anomi kavramı için bkz. Barlas Tolan, *Çağdaş Toplumun Bunalımı: Anomi ve Yabancılaşma*, Ankara İktisadi Ticari İlim. Aka. yayın No: 166, Ankara 1981.

²⁰ Margaret Mead'dan aktaran Z. İlbars, "Sara Hastalığının Kültürel Boyutu", *Kültür*

itibaren ebeveyn ve akraba gruplarından öğrenilmek suretiyle ferde nakledilir. Böylece fert bu kültür kompleksini kültürleme süreciyle kazanmış olur. Çünkü her kültür, mensub olduğu fertlere diğer tali kültür hususiyetlerinden farklı tepki ve tutum biçimlerini aşılır²¹.

Hastalık evrensel; hastalığın algılanışı, hastalığa tepkiler ve tutumların kültürel olduğunu söyleyebiliriz.

Kültürel faktörler, sağlık-hastalık ilişkilerinde harekete geçirici, neden olabilirler. Antropolog, epidemiyolog ve sosyologların çalışmalarından ortaya çıkan kültürel faktörleri-değişkenleri şu şekilde sıralamak mümkündür²²:

a) Ekonomik Durum:

Refahın toplumdaki dağılımı; gelirin yeterli konut, beslenme, giyinme için uygun olup olmadığı; refah, yoksulluk, istihdam ve işsizlikle birleşmiş kültürel değerler; temel ekonomik birimin birey, aile, veya daha geniş kollektivite olup olmadığı gibi konuları kapsar.

b) Aile Yapısı:

Ailelerin geniş-çekirdek olup olmadığı; etkileşim derecesi; aile üyeleri arasındaki bağ ve karşılıklı destek; bireysel başarının mı, ailesel başarının mı önemli olduğu; çocuk yetiştirme sorumluluğu; gıda koruma, yaşlı, zayıf ve hastaların bakımı gibi işlerin aile üyeleri arasında nasıl paylaşıldığı konularını içerir.

Kültürün bir unsuru olarak aile yapısı-sağlık etkileşimine Dr. Marriott'un Kuzey Hindistan'ın Kishan Garki adlı bir köyünde yapmış olduğu araştırma iyi bir örnek olabilir. Batı doktorları, malaryadan yatan bir kıza kinin tedavisi teklif ediyorlar. Bir kaç gün sonra hasta, doktorlar tarafından tekrar ziyaret edildiğinde, kininin hastaya verilmediği müşahade ediliyor. Yapılan inceleme sonunda büyük ailenin en yaşlı kadını bu ilacın kıza verilmesine itiraz etmiştir. Görülüyor ki, burada akrabalık sistemi doktor-hasta münasebetlerini ve tedaviyi etkileyebilir²³.

Byng-Hall, kuşaktan kuşağa geçirilen "aile mirası" (yazıları 'script) kavramından söz eder. Bu miras, davranma biçimleri, dünyayı algılama biçimleri, duygusal davranışlardır. Aileler, diğer kültürel gruplar gibi, kendi dünya görüşlerine, kendi davranış kodlarına, kendi cinsiyet rollerine, kendi zaman ve mekan kavramlarına, kendi özel konuşma ve dil tarzlarına, kendi tarihlerine, kendi mitlerine ve ritüellerine sahiptir. Bu aile kültürü, sağlığı, ya koruyucu, ya bozucu olabilir. Örneğin belirli aile yapısı tipleri, alkol kullanımına neden olabilir, bazıları buna karşı bireylerini koruyabilir.

Bakanlığı, *Türk Halk Hekimliği Sempozyumu Bildirileri*, A.Ü. Basımevi, Ankara, 1989, sf. 163-169.

²¹ Orhan Türkdöğen, *Doğu Anadolu'da Sağlık-Hastalık Sisteminin Toplumsal Araştırması: Erzurum'da bir Kasabanın Medikal Sosyolojik Yapısı*, Atatürk Üni. Yay, No: 161, Erzurum, 1972, sf. 4.

²² Buradaki değişimler için bkz. C. Helman, age, sf. 272-278.

²³ Orhan Türkdöğen, age, sf. 54-55.

Fakat, aile, diğer sosyal-kültürel kurumlarla karşılıklı ilişkili bir sistem olarak alınmalıdır²⁴.

c) Cinsiyet Rollerini

Cinsler arasındaki işbölümü; çalışan-evde olan- yemek hazırlayan- çocuk bakımını gerçekleştiren kim olduğu; iki cinsin beklentileri, sorumlulukları ve sosyal hakları, her bir cinsin davranışına ilişkin kültürel inançlar (alkol tüketimi, sigara, rekabet davranışı, erkekler için doğal, kadınlar için doğal kabul edilmeyen davranışlar), kadının yaşam biçiminin tbbileşme derecesi gibi konuları kapsar.

Genetik, somatik, psikolojik ve sosyal unsurların bileşimiyle oluşan cinsiyet rolleri açısından bakıldığında, erkeklerin daha fazla alkol aldığı, sigara kullandığı, daha rekabet edici, risk alıcı olduğu görülmektedir. Avcılık, savaşıklık, tehlikeli sporlar pek çok kültürde erkeklerin etkinlikleridir. Modern endüstri toplumlarında, kadınların genel ekonomik yaşam içinde yer almaları ile hastalık örüntüleri değişime uğramıştır.

d) Evlilik Örüntüleri

Çok eşli, tek eşli evlenmeler, endogamik-eksogamik evlilikler, akraba evliliklerine bağlı hastalıkları (haemophilia, thalassameia (akdeniz anamisi) gibi kan ve beyin hastalıkları) kapsar.

e) Cinsel Davranış

Cinsel karmaşa- rastgelelik; evlilik öncesi ve evlilik içindeki cinsel ilişkiler, yasaklar, kadına ve erkeğe özgü cinsel normlar, toplum içindeki sınırlı gruplara uygulanan cinsel normlar, kadında ve erkekte homoseksüelliğin hoş görülmesi veya yasaklanması; hamilelik, menstruation, emzirme boyunca cinsel ilişki tabularının olup olmadığı gibi konuları kapsar.

Bu konularla ilgili olarak toplumumuzda da hamilelik, emzirme döneminin kadın için normal durumdan farklı olduğu, farklı davranışları gerektirdiği şeklinde bir düşünce sözkonusudur (Al basması, kırk çıkma, nazar değme gibi inanışlar).

f) Önleyici Örüntüler

Doğum kontrolü, gebeliği önleme ve kürtaja ilişkin kültürel tutumları kapsar. Kadın sağlığını nasıl etkileyeceği, önleyici kullanımına ilişkin tutumlar, cinsel yolla geçen hastalıkların yayılması (hepatit B ve AIDS gibi) gibi konuları içerir.

Bu davranışlar, her ne kadar toplum düzeyinde ortaya konmuş nüfus politikaları doğrultusunda ortaya çıkıyor görünse de, kültürlere göre farklılıklar gösterebilmektedir.

Ankara Etimesgut ve Gölbaşı Bölgesinde yapılan araştırmada, gebeliği önleyici etkin yöntemler kullanma oranının Etimesgut'ta % 59.2, Gölbaşı'nda % 56.8 olduğu, etkin yöntem kullanmama oranının da sırasıyla % 40.8 ve % 43.4 olduğu görülmektedir.

²⁴ Cecil G. Helman, Culture, Health and Illness, sf. 242-243.

Geleneksel yöntemi kullanan kadınların tümü ilkökul ve daha alt eğitim düzeyindedir²⁵.

g) Nüfus Politikası:

Optimum aile büyüklüğüne (örn. Çin'de bir çocuklu aile politikası) ve çocuğun cinsiyetine ilişkin kültürel inançları kapsar.

h) Hamilelik ve Çocuk Doğum Pratikleri:

Hamilelik boyunca beslenme, giyinme ile ilgili davranıştaki değişimleri kapsar. Doğumda kullanılan teknikler, bebeğin beslenmesinde kullanılan yiyecekler incelenir.

ı) Çocuk Yetiştirme Pratikleri:

Çocuğun yetiştiği duygusal ortam; yekeci mi, hoşgörülü mü olduğu; çocuklar arasındaki rekabet derecesi (mental hastalık, intihar girişimleri vb.), fiziksel ya da duygusal istismarın normal kabul edilip edilmediğini; ergenliğe geçiş ritüelleri gibi konuları kapsar.

i) Vücut İmajındaki Değişmeler:

Vücuda ilişkin olarak kültüre göre değişen imajlar ve değişmeler; kozmetiklerin etkisi, estetik cerrahinin etkisi; kadınlar arasında zayıflık, uzunluk gibi vücudun biçimine ilişkin kültürel değerleri kapsar.

j) Beslenme:

Yemeklerin nasıl hazırlandığı; nasıl korunduğu; yemek pişirmede kullanılan yollar, araçlar; gıda ve gıda olmayan şeyler ayrımı, sıcak-soğuk gıdalar ayrımı, besin değerlerine ilişkin anlayışlar; hamilelik, emzirme, menstruation, hastalık durumlarındaki özel beslenmeler; et yeme-yememe (vejeteryanizm) davranışları; beslenme alışkanlıkları ve modalar; Batılıların gıda kullanımı- çok tuzlu yiyecekler, şişmanlık, rafine karbonhidrat düzeyleri- ile Batılı olmayanların gıda kullanımları arasındaki farklar; modernleşmenin beslenmeye etkisi gibi konuları içerir.

Her kültürde gıda olan ve olmayan şeyler, kutsal-kutsal olmayan gıdalar, gıdaların ilaç olarak, ilaçların gıda olarak kullanılması, gıdaların sosyal fonksiyonları sözkonusudur. Örn. Hinduizm'de ineklerin kutsal sayılması, yenmemesi, İslamiyet'te domuz eti ve ürünlerinin yenmemesi, gıdaların sıcak ve soğuk dikotomisi içinde değerlendirilmesi, bitkilerin hem ilaç hem gıda olarak kullanılması, yemeklerin açlık gereksinmesini tatmin etmesinin yanısıra sosyal statüyü sembolize etmesi, gıdaların renklerinin bile statü göstergesi olması (beyaz ekmeğin tercih edilmesi) beslenme-kültür ilişkisini göstermektedir²⁶.

Doğu Anadolu'da sıcak-soğuk dikotomisi mevcuttur. Hararet veren hastalıklarda

²⁵ B. G. Doğan, S. Tezcan, E. Aksoydan, "Ankara'nın İki Bölgesinde Gebeliği Önlemek İçin Bilinen Halk İlaçları ve Uygulamaları", *Toplum ve Hekim*, sayı 56, 1993, sf. 7-10.

²⁶ C. Helman, age, sf. 31-54.

ayran, yoğurt, elma, portakal, vişne, taze dut verilir. Bunun gibi, kavurma, yağlı yemekler, çorbalar, kaz dolması sıcaklık veren yiyeceklerdir²⁷.

Kısaca, sağlık-hastalık sistemi üzerinde yiyecek ve beslenme tarzı ile ilgili gelenekler sistemi önemli rol oynamaktadır.

k) Giyinme:

Kadın ve erkeklerin giyim biçimlerine ilişkin kültürel algılamalar, belirli yerlerde nasıl giyildiğini, giyinme modaları; tight, korse, yüksek topuklu ayakkabı kullanımı, belirli hastalıklarla ve kazalarla bunların ilişkisi; kozmetik, sabun, parfüm, saç boyaları, vücut losyonlarının cilt hastalıklarına neden olup olmadığı gibi konuları kapsar. Kültüre göre uzun giysiler giyme alışkanlığı ve peçe takılması (Yemen'de kadınlarla ilgili bir araştırmada) kemik hastalıkları, tüberküloz ve anemiye yol açmaktadır²⁸.

İngiltere'de, vejeteryanlıkla birlikte güneş banyosu eksikliği, eve hapsolme ve uzun giyecekler, göçmen kadınlarda yüksek oranda kemik hastalıklarına yol açmıştır²⁹.

1) Kişisel Hijyen:

Bireysel-kişisel hijyenin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği, yıkama ve temizlik alışkanlıkları ve kuralları, banyonun özel mi topluluğa ait olacak şekilde mi düzenlendiği gibi konuları içerir.

m) Konut Düzenlemeleri:

Konut yapma, oturma, yaşam alanlarını bölümleme, aynı ailenin üyelerinin işgal ettikleri alan, birey başına düşen oda sayısı (bunlar bulaşıcı hastalıkların yayılmasını etkileyebilir) gibi konular incelenir.

n) Genel Sağlık Düzenlemeleri:

Çöplerin nasıl değerlendirildiği, yok edildiği, su kaynakları veya gıda arzının yerleşim bölgeleriyle uzaklığı gibi konular ele alınır.

Günümüzde hızlı nüfus artışı, kentsel bölgelere göçler; çevre sağlığı, temiz su kaynakları sağlama ve çöp değerlendirme sorunlarını gündeme getirmiştir.

o) Meslekler:

Kadın ve erkeklerin farklı veya benzer meslekleri izleyip izlemediği, belirli mesleklerin toplum içinde belirli bireylere, ailelere veya gruplara ayrılıp ayrılmadığı - örneğin Hindistan'da geleneksel kast sisteminde veya Güney Afrika'daki apartheid (ırk ayrımcılığı) sisteminde olduğu gibi-, belirli mesleklerin bazı toplumlarda daha yüksek ödül ve prestije sahip olup olmadığı, geleneksel avcılık, balıkçılık, tarımcılık, madencilik gibi belirli teknikleri kullanmayı gerektiren mesleklerin yol açtığı hastalıklar (ölümler, travmalar, bulaşıcı hastalıklar), endüstrileşmiş ülkelerdeki modern

²⁷ O. Türkdöğan, age, sf. 89-100.

²⁸ N.F. Stanley- R.A. Joshe (edr.), Changing Disease Patterns and Human Behavior, Academic Press, London, 1981'den aktaran C. Helman, age, sf. 272-278.

²⁹ S.M. Qureshi, Health Problems of Asian Immigrants, Medicos 5, 1980, sf. 19-21'den aktaran C. Helman, age, sf. 272-278.

mesleklerin yol açtığı hastalıklar- boya işçilerinde mesane kanseri, metal işçilerinde silicosis, kömür madencilerinde pnömokonyoz vb. - gibi konuların incelenmesi sözkonusudur.

ö) Din:

Din, kutsal bir dünyayla karakterize edilir, gıda tabuları, toplulukça düzenlenen şöenler, ayinler, belirli hastalıklarla ilişki içinde ele alınmaktadır.

Din, sosyal sistem içinde sosyo-kültürel yapının bir parçasıdır. Sağlık-hastalık yönelimi dini hayat görüşleri ile içiçedir. Dini hayat çoğu kez hastanın dünyasına etkide bulunur. Bazı hallerde kader ve hastalık arasında sıkı bir nedensellik bağı kurulmak sureti ile rasyonel faktörler problem dışı görülür.

p) Alışkanlıklar:

Ölüm, doğum törenleri, yerleşim, gıda ve su kaynaklarına bağı hastalıklar gibi konuların incelenmesi sözkonusudur.

Örn. suyu kaynatmadan içme alışkanlığı veya bir pınardan su içme alışkanlığı çeşitli hastalıkların oluşumuna yol açabilmektedir.

r) Kültüre Bağı Stress:

Kültürün değerleri, hedefleri, prestij hiyerarşileri, normlar, tabular ya da beklentilerin hastalık ile ilişkisi incelenir.

s) Göçmen Statüsü:

Göçmenlerin davranış, dil, beslenme ve giyinmede somutlaşan yeni kültüre uyum sağlayıp sağlamadıkları, ayrımcılığa konu olup olmadıkları, yerli topluluğun zulmüne ya da ırkçılığına maruz kalıp kalmadıkları; aile yapısı ve dinsel dünyanın göç sonrası değişip değişmediği; yerli topluluğun kültürü ve göçe ilişkin tutumları içerir.

s) Kimyasal Yardımcıların Kullanımı:

Sigara, alkol, çay, kahve, reçeteli-reçetesiz ilaçlar, dini törensel ilaçların kullanımı, alışkanlık yapıcı ilaçların kullanımı, bu gruplarda Hepatit B ve AIDS'in görülme sıklığı gibi konuları içerir.

t) Boş Zaman Alışkanlıkları:

Spor, eğlence biçimleri, fiziksel baskı, rekabet, yaralanma, hastalık risklerinin olup olmadığı gibi konular ele alınır.

u) Ev Hayvanları ve Kuşlar:

Evde beslenen hayvanlar, bireylerle ilişkisi, çeşitli viral hastalıklar, toksoplazma gibi hastalıklar incelenir.

ü) Kendi Kendini Tedavi Stratejileri ve Terapiler:

Geleneksel-halk-sağlık bakım sektörlerinde kullanılan tedaviler, bitkisel ilaçlar, özel yiyecekler ele alınır. Bunların bulaşıcı hastalıklara neden olup olamayacağı incelenir. Örneğin akupunktur gibi alternatif tedavilerin Hepatit B enfeksiyonunun yayılmasına neden olabileceği belirtilmektedir³⁰.

SONUÇ

Sosyal bir kurum olarak sağlık, büyük ölçüde sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel değişkenler tarafından belirlenmektedir. Toplum, sağlık-hastalık kavramlarını, kültürün etkisiyle biçimlendirmekte ve değerlendirmektedir. Bu gerçeği ayrıntılı araştırmalarla derinleştirme görevini üstlenen medikal sosyologların, sağlık hizmetlerini sunma ve sağlık politikalarını çizme görevini üstlenen kuruluşların çalışmalarını verimli hale getirecekleri belirtilebilir.

Sağlık kuruluşlarına, sağlık hizmetlerini sunan kişilere düşen görev, sağlık hizmetlerinin alıcısı konumundaki toplumun çeşitli kesimlerinin kültürünü, inanç ve değerler sistemini bilmek, hastaların yaşam tarzlarını yakından izlemek olacaktır diyebiliriz.

ABSTRACT

In this article, we examine social and cultural factors effecting health. Within this perspective the basic propositions in this paper can be summed up in two parts. Firstly, we have discussed the distinctive features of health indicators of various societies. Secondly, we have concentrated on socio-cultural variables, like cultural values in relation to economic conditions, family relations and family structure, sex roles, marriage patterns, sexual behavior, contraceptive methods, population policy, pregnancy and birth practices child-rearing practices, changes in body images, nutrition, dressing, personal hygiene, housing arrangements, general sanitation arrangements, occupations, religion, habits, culture and stress, migrant status, leisure habits, domestic animals and birds, self treatment strategies and therapies.

³⁰ C. Helman, age, sf. 272-278.