



SAĞLIK - HASTALIĞIN TOPLUMSAL KÖKENLERİ VE SAĞLIK SOSYOLOJİSİ¹

Social Origins of Illness-Health and Health Sociology

Ömer AYTAÇ²

Muzaffer Çağlar KURTDAS³

ÖZET

Sağlık/hastalık her ne kadar sadece tıbbın konusu gibi görünse de, sosyal bilimlerin ve özellikle de sosyolojinin incelediği konular arasında yer almaktadır. Çünkü sağlık/hastalık, sadece biyolojik süreçlerle açıklanabilecek olgular değildir. Sağlık/hastalık sosyal yapı içinde oluşur ve bütün sağlık sistemleri kendi tarihsel süreçleri ve toplumsal koşulları bağlamında ortaya çıkar. Sağlık, birbirine bağlı fiziksel, psikolojik ve toplumsal süreçleri içeren bir olgudur ve aynı zamanda sosyal bir kurumdur. Bu bağlamda sağlık/hastalık toplumsal yapıdan ayrı düşünülemez ve değerlendirilemez. Sağlık/hastalığın toplumsal yapı ile olan ilişkisini inceleyen sosyolojinin alt dalı ise sağlık sosyolojisidir. Sağlık sosyolojisi, sağlık ve hastalıkta sosyal sebeplerin etkisini kendisine konu edinmiştir. Bu makale sağlık/hastalık olgularının toplumsal kökenlerine vurgu yaparken, bir sosyal kurum olan sağlığa, sosyolojinin bakışını göstermeye çalışmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık/hastalık, sağlık sosyolojisi, toplumsal yapı, kültür, sosyolojik teori.

ABSTRACT

Although health/disease is regarded as the subject of medicine, it is also one of the subjects studied in social sciences, especially in sociology. This is because health/disease is not a phenomenon that can solely be explained by biological processes. Health/disease develops in social structure and all health care systems emerge within the context of their own historical processes and social conditions. Health is a phenomenon which includes interconnected physical, psychological and social processes and is also a social institution. In this context, health/disease is inseparable from social structure. Health sociology is the discipline of sociology which studies the relationship between health / disease and social structure. Health sociology studies the effects of social causes of health and disease. This paper tries to emphasize the social origins of health/disease related phenomena, reflecting the sociological perspective to health care, which is a social institution.

Keywords: Health / illness, health sociology, social structure, culture, sociological theory.

1. Giriş

Sağlık ve hastalık denilince akla ilk önce tıp alanı ve bu alana ait kavramlar gelmektedir. Sağlık ve hastalık; hastane, ameliyat, doktor, hemşire, ilaç, tetkikler vb. gibi tamamen tıbbi alana ait kavramlar ve uygulamaları çağrıştırmaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlık sorunu salt biyolojik bir sorunmuş gibi algılanmakta ve çözüm yolları da bu bakışın dışına çıkamamaktadır. Oysa sağlık ve hastalık tıbbi olduğu kadar sosyal ve kültürel bir alandır.

Sağlık söz konusu olduğunda sosyolojik anlamda bir ilişki ve davranış, sosyal bir grup ve toplumsal bir kurumdan bahsetmemiz kaçınılmaz olacaktır. İnsan hayatının en önemli ve değerli yönünü oluşturan sağlık elde edilmesi, korunması ve sürdürülmesi bakımından sosyolojik bir konudur. Her ne kadar çok uzun bir süre sağlığın sosyal ve kültürel yönü görmezden gelinmiş ise de günümüzde sağlığın sosyal boyutu ve sağlığa sosyolojik bir bakış olmazsa olmaz bir gereklilik haline gelmiştir. Sağlık her şeyden önce insanlar arası sosyal ilişkileri ve davranışları kapsamaktadır. Örneğin hangi semptomların hastalık belirtisi olup olmadığı, bireylerin tedavi ve doktor

¹ Bu çalışma 2013 yılında Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalında hazırlanan “*Çalışan Kadınların Sağlık Bilincinin Sosyolojik Analizi (Malatya Örneği)*” isimli doktora tezinden türetilmiştir.

²Prof. Dr. Fırat Üniversitesi, İnsani ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, ELAZIĞ oyatac75@hotmail.com

³Dr. Malatya Bilim ve Sanat Merkezi, MALATYA caglarkurtdas@hotmail.com

tercihleri, tıbbi konulardan çok toplumun kültürü ve yapısıyla ilgilidir. Bunun dışında sağlık alanında oluşan gruplar ve bu grupların diğer grup ve toplumsal yapıyla ilişkisi, bir kurum olarak sağlık kurumunun işleyişi, diğer kurumlarla ilişkileri ve değişimleri sosyolojinin inceleme alanına girmektedir.

Bu yazıda sağlık ve hastalık olguları sosyolojik temelde irdelenmekte, sağlık ve hastalığın tıbbi boyutu dışında kökenlendiği toplumsal zemin odağa alınmakta, toplumsallığın sağlık ve hastalığın inşasında ve sürdürülebilirliğinde üstlendiği role işaret edilmektedir. Ayrıca, sağlık ve hastalığın sosyal epidemiyolojisi ve yaygınlığı üzerine sosyolojik teoride iz bırakan yaklaşımlara yer verilmektedir.

2. Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri

Günümüzde hastalık ve sağlık olguları açıklanırken bedensel, zihinsel ve sosyal yapılar birbirinden ayrı değerlendirilmeden bütüncül bir yaklaşım sergilenmektedir. Bu yaklaşım, geleneksel yaklaşım olan biyomedikal modeli de kapsayan biyopsikososyal sağlık ve hastalık anlayışıdır. Biyomedikal modelde hastalıklar tamamen fizyolojik faktörlerin sonuçları gibi düşünülür ve dıştan gelen bir etkinin fizyolojik faaliyetleri aksatması veya bozması olarak değerlendirilir (Baltaş, 2004: 32). Oysa sağlık ve hastalık sosyal yapı içinde meydana gelir ve onun tarafından şekillendirilir (Mechanic, 1978:26). Modern Batı tıbbi da dâhil olmak üzere bütün sağlık sistemleri kendi tarihinin bir ürünü olup, belirli bir çevresel ve kültürel bağlamda ortaya çıkar (Capra, 1992:349). Bu yüzden büyük oranda toplumsal ve çevresel etkenlerin ürünü olan sağlık ve hastalık anlayışları insanların yaşadığı toplumdan ayrı düşünülemez (Cirhinlioğlu, 2001:40) ve kaçınılmaz olarak toplumun işleyişinin bir sonucu olduğundan toplumsal bir olgudur (Bury, 1997:1). Son yıllarda çok sayıda makale ve kitap sosyal yapıların tıp alanına olan etkilerine işaret etmektedir. Yazarların konuya ilişkin vurguları ve konuyu ele alış tarzları farklı olmasına rağmen benzer temel mesajları; sağlığın sosyal yapılarla olan ilişkisinin, sağlığın tıbbi pratiklerinden az olmadığıdır. Sosyal ilişkiler sağlığa katkıda bulunur ve ona şekil verir (Bury, 1986:137). Genel ya da özel sağlık ve hastalık fikrini içeren tüm fikirler, hastalıkları sağlık kurumunun koşullarına, sağlık bilimine ve insan problemlerini tanımlayan sosyal ve kültürel içeriğe bağlarlar (Mechanic, 1978: 26). Modern tıp sınırlıdır, insan bedenine tıpkı bir makineymiş gibi uzman ve teknik bir bakış açısıyla baktığı için dar bir görüşe dayanır (Turner, 1990:13). Oysa insan biyolojik olduğu karar psikolojik ve sosyal bir varlıktır. Bu yüzden sağlık-hastalık olgusunun daha geniş bir bakış açısına ihtiyacı vardır. Çünkü sağlık/hastalık olgusu biyolojik olduğu karar toplumsal ve kültürelidir.

Sağlık, birbirine dayalı fiziksel, psikolojik ve toplumsal yönleri olan çok boyutlu bir olaydır (Capra, 1992:368). Bunun sonucunda, tedavi etmenin sadece “*ameliyat etme*” ve “*ilaç kullanma*” etkinliklerine indirgenmesi günümüzde kabul edilebilir bir yaklaşım değildir. Çünkü sağlık ve hastalık tıbbi bir terim olduğu kadar, psikolojik ve sosyolojik hatta antropolojik bir kavramdır (Cirhinlioğlu, 2001:9). Her şeyden önce sağlık, toplumsal yapıyı oluşturan temel kurumlardan biridir. Bu yönü ile tek başına kişiye bırakılabilecek bir konu olmadığı gibi topluluğun diğer üyelerini de yakından ilgilendirir. Hak ve yükümlülükler açısından bakıldığında ise toplumsal bir müdahale alanı oluşturur. Çünkü toplum üyelerine elverişli bir yaşam ortamı sağlamak görevini üstlenmiştir (Öztek, 2001:315). Bu açıdan toplum, bireylerin sağlığı ile yakından ilgilidir. Sağlık her dönemde toplumsal ve kültürel bir konu olmuştur. Sağlığın toplumsal yapıyı oluşturan temel kurumlardan biri olması ve devletin vatandaşlarının sağlığı ile doğrudan ilgilenip bu konuda gereken düzenlemeleri yapması ulus devletlerin kurulmasıyla ortaya çıkmıştır. Fransız Devrimi ile birlikte ortaya çıkan iki önemli değişim; hekimlerin din adamlarının yerini alabileceği ve toplumun politik değişimle özgün sağlığına kavuşabileceği düşüncesidir. Bu sayede hastalık toplumsal bir konu haline gelmiş ve yalnızca hasta olan kişilerin sorunu olmaktan çıkmıştır (Illich, 1995:108). Bunun sonucunda sağlık ve hastalık toplumsal bir olgu olarak devletin denetim alanına girmiş ve bu alanda hızlı bir uzmanlaşma ve tıbbin hâkimiyeti başlamıştır. Toplumsal işleyişte bireylerin

rollerini yapmalarına engel olan hastalık, toplumun işleyişine bir tehdit oluşturabilir. Çünkü sağlıklı bireyler sağlıklı toplum demektir.

Sosyal bir kurum olan sağlık; toplum üyelerinin sağlık ile ilgili ihtiyaçlarını karşılamak için oluşturulmuş yol ve biçimleri, rolleri, etkileşimleri, inançları, değerleri, normları içerir. Toplumun sürekliliği sağlıklı bireylerle sağlanır. Bu bağlamda toplumu oluşturan bireylerin ruhsal, bedensel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde olmalarını sağlamak sağlık kurumunun temel hedefleri arasındadır. Sosyal yapı içinde sosyal kurumların birbiri ile ilişkili ve bağımlı olduğu gerçeğinden hareketle sağlık kurumu da diğer kurumlardan etkilenir ve toplumun sosyo-kültürel yapısına göre biçimlenir (Özen, 1994:133; Adak, 2002:9).

Sağlık kurumunun sosyal sistem açısından başlıca fonksiyonları şunlardır: Toplumdaki insanların sağlık-hastalık konularında bilinçlendirmek, insanları hastalık ve rahatsızlıktan arındırmak, insanlara sağlıklı yaşam sunmak, insanlara temel sağlık hizmetleri sunmak (Kızılcıkelik, 1996:33).

Sağlık kurumu bütün toplumsal yapılarda varlığını sürdürmektedir ve içinde yer aldığı toplumsal yapının bir ögesidir. Sistemi, aralarında karşılıklı işlevsel bağlar bulunan öğelerin oluşturduğu bir bütün olarak tanımlarsak bu sistemin bir ögesi olan sağlığın da içinde bulunduğu toplumsal yapı ile işlevsel bağlara uyumlu biçimde hareket edeceği bir gerçektir. Bu durumda sağlık hizmeti örgütlenmesi, farklı toplumsal yapılarda farklı düzeylerde gerçekleşmektedir (Üçkuyu, 2006:325). Bu farklı düzeyler, en ilkel topluluklardan en modern toplumlara kadar basit ya da karmaşık tüm toplumsal yapılarda yer almıştır. Buna bağlı olarak sağlık olgusu, çeşitli dönemlerde farklı biçimlerde var olmuştur. Sağlık ve hastalık kimi zaman doğaüstü güçlerle etkileşimde bulunan ve iyileştirici bir gücü olan büyücünün denetiminde iken, daha sonra din adamlarının tekelinde etkinliğine devam etmiş en son olarak da doktorlara ait kolayca aşılamayan yüksek duvarlara sahip profesyonel bir alan olarak toplumsal yapı içinde varlığına devam etmektedir.

Hastalık ve sağlık; her ikisinin de kökleri yaşam ve çalışma koşullarının, toplumsal ilişkilerin derinliklerinde yatar. Sağlık ve hastalık hem toplumsal etmenlerin hem de sağlık hizmetlerinin ürünüdür. Sağlık hizmetleri toplumsal ve siyasi yapı çerçevesinde belirlenmektedir ve toplumsal yapıdan ayrı düşünülemez (Depe, 2011:43; Coburn, 2011:59). Bu bağlamda sağlık kurumu toplumsal yapıyı oluşturan diğer kurumlar (aile, eğitim, siyaset, ekonomi, din...) ile karşılıklı ilişki halindedir. Sağlık, bugün artık toplumsal yaşantıyı etkileyen ve kendisi de toplumsal ve ekonomik olaylarda etkilenen bir toplumsal olgu olarak kabul edilmektedir (Belek, 1998:67). Genel olarak sağlığı etkileyen en önemli toplumsal yapı faktörleri nüfus (doğum-ölüm oranları ve göç oranları), aile, sosyal sınıf, din, dil, kültür, ekonomidir. Yaşanılan coğrafi bölge, meslek, cinsiyet, etnik köken, medeni durum, işsizlik, yaş, sosyal sınıf, kültürel yapı, sağlık ve hastalıkla en fazla ilişki halinde olan sosyal değişkenler (Özen, 1993: 81) olarak karşımıza çıkmaktadır. Ekonomik, toplumsal ve kültürel ilişkiler sağlık ve hastalık konusunda temel belirleyicilerden biridir.

Bireylerin sosyo-ekonomik durumları, onların sağlık ve hastalık düzeylerini doğrudan etkiler. Bireylerin almış oldukları eğitim ve ekonomik düzeyleri sağlık ve hastalık durumlarını olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemektedir. Özellikle ekonomik yetersizliklere bağlı olarak ortaya çıkan uygun olmayan koşullarda yaşam, yetersiz beslenme, sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamama bireylerin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Yaşam stili ve yaşam koşulları üzerinde odaklanan sosyo-ekonomik durum ile sağlık arasındaki ilişkiyi açıklayan yaklaşımlar, kalabalık ve yoksul konutlar ve kötü beslenmeyi, yoksul sosyal sınıflar arasında ölümlülük ve hastalığı artıran faktörler (Özen, 1994:135) olarak görmüşlerdir.

Geçtiğimiz yüzyılda kamu sağlığı alanında gerçekleşen bütüncül iyileşmeler, sağlık ve hastalığın genel nüfus içinde eşit biçimde yayılmadığı olgusunu gizleyememiştir. Araştırmalar bazı grupların diğerlerine göre daha sağlıklı olduğunu göstermiştir. Bu durum toplumların sosyo-ekonomik yapılarıyla ilişkilidir (Giddens, 2005:144). Sonuçta bireylerin sağlık ve hastalık durumları sosyo-ekonomik durumları ile yakından ilgilidir. Birçok hastalığın temelinde, uygun

olmayan koşullarda yaşamak, yanlış inançlar, eğitim yetersizliği, ekonomik yetersizlikler ve buna bağlı olarak yetersiz beslenme, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi sosyal faktörler ve ülke sağlık sisteminden kaynaklanan olumsuzluklar vardır.

Her toplumsal kurum gibi sağlık kurumu da amacına uygun olarak örgütsel bir yapılanmaya sahiptir. Roller, statüler ve bunları çevreleyen değerler, normlar, anlayışlar bu örüntünün özünü oluşturur. Bu açıdan sağlık kurumu toplumsal sistemin bir alt sistemi olduğu gibi, kendisi de kendi içinde alt sistemlere ayrılır (Oskay, 1993: 94).

Sonuçta sağlık ve hastalık çok yönlü kavramlar olduğu gibi onlara etki eden faktörler de aynı şekilde çok yönlüdür ve birbirinden bağımsız değildir. Bu etkenlerin her biri tek başına sağlık ve hastalık olgusunu açıklamakta yetersiz kalır. Bu nedenle toplum içinde hastalıkların dağılımında birçok faktör rol oynamaktadır. Bunlar;

1. Hastalık etkeni (hastalığa neden olan etken bakteri, besin vb.)
2. Hem fiziksel hem de sosyal çevre (sıcaklık, coğrafya, yaşanılan yer, s.sınıf vb.)
3. İnsanın özellikleri (yaş, cinsiyet, yaşam stili vb.) (Coe, 1978:65).

Hastalık/sağlık olgusu, toplumdan topluma farklılık göstereceği gibi aynı toplum içerisindeki sınıflar arasında da farklılıklar gösterebilir (Freund ve McGuire, 1991). Örneğin, zayıf düşürücü bir hastalığı olan bir birey, sağlık sigortası olmadan profesyonel sağlık hizmeti almayabilir ya da işini kaybetme korkusuyla işyerinden izin almaktan kaçınabilir. Sosyo-ekonomik faktörler, bireylerin hasta rolü oynamalarında kimi zaman engelleyici tesirde bulunabilir (Newman, 2013:58).

Sağlık ve hastalığın toplumsal yönüne bir örnek tarihsel süreçte değişen hastalık anlayışları ve hastalıklar konusunda verilebilir. Özellikle 19. ve 20. yy'larda meydana gelen büyük dönüşümlerle birlikte modern endüstriyel toplumlarda hastalık modelleri de değişmiştir. 19.yy hastalıkları yoksulluk hastalıkları olarak adlandırılırken, 20.yy hastalıkları medeniyet ve zenginlik hastalıklarıdır. Bu hastalıklar çok yemek yeme, yetersiz egzersiz yapma, sigara ve içki gibi zararlı alışkanlıklar sonucu ortaya çıkan hastalıklar, ortalama yaşam süresinin artmasına bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar, kalp damar hastalıkları, şeker hastalığı, akciğer kanseri, (Adak, 2002: 38) uykusuzluk, anksiyete, stres, depresyon, yorgunluk ve kronik ağrılar ve trafik kazaları sonucu meydana gelen ölümler gibi hastalıklardır ve bu özellikle de sanayileşmiş ülkelerde artış içindedir. Bu koşullar ve hastalıklar uzun süredir var olsalar bile bunların insan sağlığı üzerinde uyguladığı baskı ve yıkım eskisine göre daha fazladır (Giddens,2005:143). Bu bağlamda toplumsal değişimler, yaratmış oldukları etkiye bağlı olarak farklı sağlık ve hastalık anlayışları ortaya çıkarabildiği gibi, var olan sağlık ve hastalık anlayışlarında da değişiklik yaratmaktadır.

Sağlık ve hastalık olgularının toplumsal yapı/sistem ile olan ilişkisini daha iyi anlayabilmek için özellikle, *toplumsal sınıf, toplumsal cinsiyet ve ırk-etnisite* değişkenleriyle olan ilişkisini iyi kavramak gerekir. Zira söz konusu değişkenler, sağlık ve hastalığın toplumsal temellendirilmesinde ve toplumsal hayattaki anlam ve pratiklerin nasıl bir görünüm aldığına ilişkin gerçekçi bir tablo ortaya koyabilmektedir.

Toplumsal Sınıf ve Sağlık

Sağlık ve hastalığın toplumsal kökenlerinin anlaşılmasında toplumsal sınıf faktörü başat bir öneme sahiptir. Araştırmalar, farklı sosyal sınıflara mensup bireylerin ölüm oranları arasındaki farklılıklar, sosyal sınıfların değişen risk faktörlerine maruz kaldıklarını göstermektedir (Calnan-Johnson, 1985:55). Sosyal sınıflar arasındaki farklılıklar bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmelerini etkilemektedir. Sosyal sınıflar ile bireylerin sağlığı arasında dolaysız bir ilişki vardır. Bireylerin sağlık sistemlerinden yararlanma hakları, içinde yaşadıkları sınıfsal konumla yakından ilgilidir. Ancak sağlık ile sosyal sınıflar arasında kurulacak ilişki genel eğilimleri belirtir ve her zaman korelatif bir ilişkidir. Çünkü sosyal sınıflarla sağlık arasında sözü edilen ilişki zamana göre değişim gösterebilir. Örneğin 1930'lu yıllarda İngiltere'de koroner kalp yetmezliği üst sınıf erkeklerin

yakalandığı bir hastalıkken, 1950’li yıllarda bu hastalık alt sınıfın yakalandığı bir hastalık olmuştur (Cirhinlioğlu, 2001:35-37).

Resmi istatistikler de, göstermektedir ki, neredeyse her tür hastalık ve rahatsızlık, sosyal sınıfla bağlantılıdır. Örneğin yoksulluk hastalığın ana belirtgeni durumundadır ve yoksullar zengin kesime oranla daha sık hastalanmakta ve hastalık dönemleri daha uzun sürmektedir. Dahası, yoksul kesimin hayatta kalma süresi zenginlere göre daha azdır. En genç yaşta ölenler, refah devleti yardımlarıyla geçinenler ve düşük ücretlilerdir. Bu sosyal kategorideki insanlar sağlıksız koşullarda çalışmakta, kötü barınaklarda yaşamakta ve ucuz, sağlıksız gıdalarla beslenmektedirler (Browne, 2014:492).

2010’daki *Adil Toplum, Sağlıklı Yaşamlar* adlı bir raporda, Britanya’da herhangi bir ciddi rahatsızlık veya sakat bırakıcı bir hastalığa yakalanma oranları açısından nüfusun en yoksul % 5’lik dilimdekilerin en zengin % 5’dekilerden yaklaşık 17 yıl daha az yaşadıkları ifade edilmektedir. En yoksul olanlar, hem daha genç ölmekte hem de bu yaşamlarını pek çok engelle mücadele ederek geçirmektedirler. Akciğer ve mide kanseri, beden gücüyle çalışan erkeklerde, profesyonel iş yapan erkeklere oranla iki kat daha fazla görülmekte, kalp hastalıklarıyla akciğer kanserinden ölenler beden işçilerinde iki kat daha fazladır. Yine, en dezavantajlı sosyal sınıflarda yer alan kadınların en avantajlı kesimdeki kadınlara oranla solunum hastalıklarından ölme riskleri altı kat, kalp ve sindirim hastalıklarından ölme riskleri beş kat ve akciğer kanseri ve inmelerden ölme riskleri üç kat daha yüksektir. Mesleki açıdan yapılan analizlerde de görüldüğü üzere, vasıfsız ya da yarı vasıflı işçiler, profesyonel ve idari mesleklerdekilere kıyasla hastalık nedeniyle daha çok işten geri kalmakta, uzun süreli hastalığın görülme olasılığı, vasıfsız işçilerde profesyonel olanlara oranla % 50 daha yüksektir. Yine uzun süreli işsizlik yaşayanlarda ve diğer yoksul gruplarda sözü edilen hastalıklara yakalanma riski oldukça yüksektir (Browne, 2014:492-3).

Sınıfsal eşitsizlikler aynı zamanda sağlık imkânlarına erişimi de güçleştirmektedir. Zira yoksul bölgelerde daha az sayıda pratisyen aile doktoru, daha az hastane ve tıbbi destek olanağı bulunmaktadır. Yine, yoksul işçi sınıfı üyeleri, *Ulusal Sağlık Hizmetleri*’ndeki en kalabalık tesislere ve sınırlı teknik cihazların olduğu kurumlara ancak kabul edilmektedirler. Alt sosyal kesimdekiler toplu taşımayı daha fazla kullanmakta ve hastanelere, aile doktorlarına ulaşmak için daha fazla zaman harcamaktadırlar (Browne, 2014:494).

Sağlık alanında sosyal sınıf farklılıkları hemen her ülkede gözle görülebilir nitelikte bir eşitsizliğe tekabül etmektedir. Bu konuda özellikle rahatsız edici husus, söz konusu, eşitsizlik ve farklılıkların birikimsel olmasıdır. Çocuklukta ya da genç yetişkinlikte çok az sağlık hizmeti almak ya da hiç almamak, ileri yaşlarda daha fazla hastalık anlamına gelmektedir. Düşük gelir, arzu edilebilen sağlık hizmetinin önünde engel teşkil ettiği sürece hastalık daha da kronikleşmekte ve tedavi daha da zorlaşmaktadır (Syme, 2008; Schaefer, 2013:424).

Aslında sağlık-hastalık ve ölümlere dair söz konusu göstergeler, sağlığı etkileyen esaslı faktörün biyolojik yapımızdan daha çok, toplumsal yapı ve koşullar olduğu, toplumun sosyo-kültürel örgütlenme biçiminin söz konusu negatif tablonun oluşmasında belirleyici bir öneme sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık

Sağlık/hastalık göstergeleri cinsiyet değişkeni açısından da bariz şekilde farklılaşmaktadır. Çünkü kadın ve erkeklerin sosyalleşme süreçleri/biçimleri ve kültürel önkabuller kadın ve erkek rolünü, tutum, davranış, tercih ve yönelimleri önemli ölçüde belirlemektedir. Hemen hemen bütün toplumlarda kadın ve erkek rolleri kültürün ya da toplumsal sistemin kontrol ve manipülasyonu altındadır. Bu durum, kadın ve erkeklerin hem ruhsal ve bedensel vaziyet alışlarını, hem de sağlık/hastalık algılarını ve hastalığa maruz kalma biçimlerini önemli ölçüde etkiler.

Batı toplumlarında yapılan kimi araştırmalar kadın ve erkeklerin sağlık/hastalık halleri, ölüm ve yaşam göstergeleri, yakalandıkları hastalık türleri vs. itibarıyla farklı tepkiler/yanıtlar

verdiklerini ortaya koymaktadır. Örneğin, Browne (2014:495-7)'nin de ifade ettiği gibi, hemen hemen bütün yaşlarda kadın ölüm oranları, erkeklerinkinden daha düşüktür. Erkeklerin ortalama ölüm oranları, kadınlarınkinden % 40 oranında daha yüksektir ve bir kadın bir erkekten ortalama beş yıl daha fazla yaşamaktadır. 65 yaş öncesi ölümlerin neredeyse üçte ikisi erkek ölümüdür. 65-85 yaş arasında yaşayan kadın sayısı erkek sayısını bire iki oranında geçmektedir. Ölüm oranları ve ortalama yaşam beklentisi gösterge olarak alınacak olursa, kadınlar erkeklerden daha sağlıklıdır sonucuna varabiliriz. Ancak, istatistikler genelde daha erken ölen erkeklerin daha uzun yaşayan kadınlar kadar hastalık tecrübesi yaşamadıklarını göstermektedir. Kadınlar sağlık bakım hizmetlerinin ana kullanıcılarıdır ve hastalıkta ya da engellilikte daha uzun yıllar geçirmektedirler. Aşağıdaki tespitler, bu gerçeği daha güçlü bir şekilde desteklemektedir: Erkeklerle kıyasla kadınlar 16 yaş sonrası doktora % 50 oranında daha fazla gitmekte, baş ve mide ağrılarında daha fazla şikâyet etmekte, daha çok reçeteli/reçetesiz ilaç kullanmakta, hastaneye daha fazla yatmakta ve operasyon geçirmekte, tansiyon, baş ağrısı, depresyon ve uykusuzluk gibi rahatsızlıklardan doktora daha sık gitmekte, daha fazla sakinleştirici, uyku ilacı, antidepresan kullanmakta, hastalıkla ilgili yazılan raporlardan dolayı işe daha fazla gitmemekte, çoğu günü yatakta dinlenerek geçirmektedirler ve 65-74 yaş dilimindeki kadınlar aynı yaş grubundaki erkeklerle oranla romatizma ve eklem iltihabı hastalığına üçte iki oranında daha fazla yakalanmaktadır.

Kadınlardan yana negatif nitelikte olan bu göstergeleri izaha çalışan uzmanlar, bunu kadınların biyolojik yapısına olduğu kadar, toplumdaki kadın sosyalleşmesine ve toplumsal cinsiyetçi önkabullere bağlamaktadırlar. Onlara göre (Browne, 2014:496); erkek cinsiyetindeki bebek ölüm oranları daha yüksektir ve kadınların kalp hastalıklarına karşı genetik dirençleri daha iyidir. Toplumsal cinsiyetçi sosyalleşme süreci erkekleri hastalıklara daha yatkın kılmaktadır. Onlar daha çok içki ve sigara içmekte, bağımlılık yapıcı illegal maddeleri daha çok kullanmaktadır. Bunlar sağlık için önemli riskler içermektedir. Ayrıca, yediklerine fazla dikkat etmemekte ve duygularını kadınlar kadar açık etmemekte ve daha çok stres altındadırlar. Kadınlar aile sağlığı ile daha fazla ilgilidirler, çünkü aile içinde çocuk bakımı ve yetiştirme rolü daha çok kadına aittir. Bu yüzden hastalıklara karşı daha duyarlıdırlar. Kadınlar kendilerine özen gösterme açısından erkeklerle kıyasla daha çok sosyalleşmişlerdir ve daha sık doktor denetiminden geçmekte, bu da onların daha iyi sağlık bakım hizmeti aldıkları anlamına gelmektedir. Erkekler kadınlara göre daha riskli işler yapmakta, iş kazalarına ve hastalık riskine karşı daha korunaksızdırlar. Hatta evde tehlikeli ve riskli işleri de erkeklerin yapma ihtimali yüksektir. Trafikte araç kullanma oranı da yine erkeklerde fazladır ve bu durum erkek ölümlerini artırıcı bir etken durumundadır. Ayrıca, fazla mesai yapmak ve vardiyalı işlerde erkekler daha fazla çalışmakta, bu da onların sağlıkları için yıpratıcı olabilmektedir.

Tüm bunlara rağmen kadınlar erkeklerle oranla daha fazla hastalıktan muzdarip durumdadırlar ve en fazla yakınan, şikâyette bulunan kesimi oluştururlar. Bunu da uzmanlar şu gerekçelere bağlamaktadırlar: kadınlar yüksek stres altındadırlar, düşük ücretli işçi olmak, ev işleri ve çocuk bakım sorumluluğu gibi stres artırıcı uyaranlara muhataptırlar. Yine, yoksul ailelerde yoksulluğun yükünü en fazla kadınlar taşımakta, aile üyelerinin beslenme ve gıda tedarikleri konusunda kadın birincil sorumluluk altındadır. Erkeğin çoğu zaman ev dışında olması, yoksulluğa dayalı gerilimlerle baş etmekte kadını çaresizlik ve ağır psikolojik gerilime itmektir. Evde ücretsiz çalışması, emeğinin ya da hakkının ödenmediği duygusu yaratmaktadır. Ücretli emeğin saygı gördüğü toplumda, ödenmeyen, tekrarlayan, ödüllendirilmeyen düşük statülü ev işleri depresyona sebebiyet verebilmektedir. Yine kadınlar ailenin sağlık ve bakım işlerini üstlendiklerinden duygusal hırpalanmaya uğramakta, bunu kadın sosyalleşmesinin bir gereği olarak daha fazla dile getirmektedirler. Kadınlar sıkıntılarını aşma yönünde sözel dile daha sık müracaat etmekte, antidepresan ilaçlar almayı tercih etmekte, erkekler ise buna mesafeli durduklarından alkol gibi daha farklı yollara başvurmaktadırlar (Browne, 2014:498-9).

Kadın ve erkeklerle dönük toplumsal cinsiyetçi kültürlenme biçimi doğal olarak sağlık ve hastalığın hem sosyal epidemiyolojisini hem de kalifikasyonunu önemli ölçüde belirlemektedir.

Yapılan araştırmalar (bkz. Rieker-Bird, 2000) da hastalıkların kadınlara ve erkeklere göre farklılaştığını, cinsiyet kültürünün hastalık ve sağlıklı olma rolünü önemli ölçüde belirlediğini ortaya koymaktadır.

Etnik/İrki Farklılık ve Sağlık

Sağlık hastalık durumunu belirleyen faktörler sadece sosyal sınıf ve toplumsal cinsiyet değil aynı zamanda etnisite ya da etnik ve ırksal farklılıklar da önemli etkenlerdir. Sosyal sınıfta olduğu gibi azınlık etnik grupların kötü sağlık koşulları da kültür ve biyolojiden çok sosyal ve iktisadi faktörlerden etkilenmektedir. Browne (2014:501) bunu Britanya özelinde şu şekilde açıklamaktadır:

Çoğunluk olan beyaz etnik grupla kıyaslandığında siyahi etnik gruplar kendi hastalıklarını daha çok dile getirmekte, kendi sağlıklarının nüfusun geri kalanından daha kötü olduğunu ifade etmektedirler. Ancak, farklı etnik gruplar arasında hastalıklar pek çok açıdan farklılık arz etmektedir. Örneğin, Afrikalı-Karayipliler bir kan hastalığı olan hücre (sickle cell) anemisine karşı biyolojik olarak daha savunmasızdırlar, hipertansiyon ve inmeden ölme olasılıkları daha yüksektir. Şizofren olarak teşhis edilme olasılıkları büyüktür ve akıl hastanelerine bu ve benzeri hastalıklardan dolayı yatırımları olasıdır. Etnik azınlık grup üyelerinin Britanya vatandaşı beyazlara oranla zihinsel hastalık teşhisi alma olasılıkları yüksektir ve akıl hastanelerindeki her beş kişiden biri siyahi ve diğer azınlık etnik gruplardan gelmektedir. Asyalılar (Hintli, Pakistanlı, Bangladeşli) kalp hastalıklarından daha fazla mustarip, % 50'sinin kalp krizi geçirme ve bundan ölme ihtimali daha yüksektir, aynı zamanda diyabetlilerin oranı da bu grupta yaygındır. Ayrıca, etnik grupların çoğunda düşük yapma ve çocuk ölüm oranları yüksektir; doğumu takip eden hafta, ay ya da yılda ölümler yüksek oranda seyredir. Afrikalı-Karayipliler, Pakistanlılar ve Bangladeşlilerin % 30 ile % 50'sinde herhangi bir hastalıktan mustarip olma olasılığı yüksektir.

Ciddi hastalıklar açısından bakıldığında, etnik ve ırksal grupların sağlık dengesizlikleri daha net görülecektir. Örneğin, son 20 yıl zarfında kalp krizi geçiren siyahların beyazlardan 20 kat daha fazla riske sahip olduğu görülmüştür. Amerika'da HIV virüsü taşıyanların % 43'ü Afrika kökenli Amerikalılar oluşturur. 25-44 yaş arası Afrika kökenli Amerikalıların ölüm nedenleri arasında kalp hastalığı, kanser, kazalar ve cinayet başı çekmektedir (Bibbins-Domingo, 2009; Andriote, 2005; Newman, 2013:189).

Yine, *Amerikan Organ Tedarik ve Nakli Ağı* (2011)'na göre, ulusal böbrek nakli bekleme listesindekilerin % 38'i beyaz, % 34'ü zencilerden oluşmaktadır. Yani zenciler, Amerikan nüfusunun % 13'ünü oluşturmakla birlikte böbreğe ihtiyacı olan bireylerin üçte birini oluşturmaktadır. Bununla birlikte listedeki beyazların % 52.5'i sağlıklı böbreğe kavuşurken, zencilerin sadece % 26'sı bu şansa sahip olabilmektedir. Bu farklılık büyük ölçüde bireylerin, nakil için gerekli parayı ödeyebilme gücüyle ilişkilidir. Bu politikalar bazen *yeşil ekran* veya *cüzdan biyopsisi* olarak da adlandırılır. Nitekim bir karaciğer nakli, yerine göre 100 bin ile 400 bin dolara mal olabilmektedir (bkz. Stolberg, 1998; Newman, 2013:189).

Etnik azınlık gruplar arasında seyreden yüksek hastalık ve ölüm oranları büyük ölçüde sağlık alanındaki eşitsizliklerden kaynaklanmaktadır. Bunlar arasında ırkçılık ve yoksulluk, beslenme yetersizliği, dil ve kültürel engeller başta gelir. Bazı azınlık gruplara karşı uygulanan ırkçılık ve sosyal tecrit politikaları ve beyaz çoğunluk grupla kıyaslandığında görece dezavantajlı koşullarda yaşamaları onları hastalık ve ölüm riski ile daha fazla karşı karşıya getirir. Yine, etnik azınlık üyelerinin yüksek kalp hastalıklarına yakalanmaları, yüksek yağ oranı içeren Asyalı beslenme usulünden kaynaklandığı ifade edilmektedir. Bu beslenme tarzı aynı zamanda obezite oranını yükseltmekte, bu da kalp ve şeker hastalığına davetiye çıkarmaktadır. Yine azınlık üyeleri arasında yüksek seyreden çocuk ölümleri, Asyalı kadınların doğum öncesi ve sonrası kliniklere gitme oranının düşüklüğünden kaynaklandığı ifade edilmektedir. Asyalı kadınların çoğu kere kadın doktora gözükmek istemeleri, beyaz erkek doktorlarla sorunlarını tartışmalarını önlemektedir. Ayrıca, Asyalı ailelerin yaşadığı muhitlerde kadın aile doktorlarının sayısı oldukça azdır. Yine,

Asyalı kadınların ve yaşlı erkeklerin İngilizceyi etkili şekilde kullanamamaları, onların sağlık hizmetlerine erişimlerinde sınırlılıklar yaratmaktadır (Browne, 2014:502).

Araştırmalar, Afrika kökenli Amerikalıların daha sağlıklı olma arzusu ve tıbbi yardım arama istekliliğinde beyazlardan geri kalmadıklarını ortaya koymasına rağmen, beyazlara kıyasla siyahlar arasındaki yüksek yoksulluk ve işsizlik oranları onların günlük tercihlerini önemli ölçüde etkilemekte ve neden zencilerin çocukluk çağında daha çok öldüğünü, yetişkinlerde şiddete, madde bağımlılığına ve kötü sağlık koşullarına sahip olduklarını açıklamaya yardım eder (Schnittker, Pescosolido&Croghan, 2005; U.S. Census Bureau, 2008; Macionis, 2012:544).

ABD’de son on yıllarda azınlıkların eğitim ve ekonomik durumlarında kayda değer iyileşmeler görülse de, sağlık ve tedavi ile ilgili sürüp giden dezavantajlar önemini korumaktadır. Örneğin azınlık üyeleri rutin tıbbi ve psikiyatrik ilaç araştırmalarında daha az temsil edilmektedirler (Vedantam, 2005). Azınlıkların sağlık sigortası yaptırma olanakları, beyazlara kıyasla sınırlıdır. Herhangi bir sağlık sigortası bulunmayan beyazların oranı % 12 iken, sigortasız Latinlerin (Meksikalı, Orta Amerikalı) oranı % 31, zencilerin ise % 21’dir (DeNavas-Walt vd., 2011). Amerikan Tıp yetkililerinin de dediği gibi, *sigortası olmayan insanlar, hasta olarak yaşamlarını sürdürürler ve daha genç yaşta ölürlere* (Wilson, 2009; Newman, 2013:188).

Howard Waitzkin, irksal gerilimlerin de siyahlar arasında tıbbi sorunlara sebebiyet verdiğini ifade etmektedir. Ona göre, ırk temelli önyargı ve ayrımcılıklardan kaynaklanan baskı, Afrika kökenli Amerikalılarda (ve Hispaniklerde) Beyazlara oranla daha fazla hipertansiyona neden olmaktadır. Beyazlara göre siyahlarda iki kat daha fazla görülen hipertansiyon, siyah nüfus içinde kalp hastası, böbrek hastalıkları ve felç nedenli ölüm oranlarının yüksek olmasında önemli bir unsur olmaktadır (Schaefer, 2013:426).

Öz itibarıyla, irki ve etnik farklılık, genel çoğunluğun dışında marjinal ya da azınlıkta olmak; imkan ve fırsatlardan yararlanmada eşitsizlikler yaratmakta, bu da sağlıklı olma ya da hastalığa yakalanma olasılığını artırmaktadır. Irki ve etnik dezavantajlılık neredeyse bütün dünyada önemli hak ihlalleri ve imkânlarla erişim eksikliğine neden olmaktadır.

4. Sağlık - Hastalığın Kültürel Kökenleri

İnsanın yaşadığı toplum ve çevrenin etkisinde olan sağlık ve hastalık anlayışları tarihsel süreçte dönemsel farklılıklar gösterdiği gibi, aynı dönemde kültürler arası farklılıklar da göstermektedir. Bunun yanında aynı kültür içinde alt-kültürler arasında farklılıklar görebildiğimiz gibi, kuşaklar arası farklılıklar da çok sık görülmektedir. İnsan biyolojik bir organizma olsa da bundan çok daha fazla bir şeydir. İnsan, bir davranış sistemi, bir kişilik, yapılandırılmış toplumsal sistemlerin bir üyesi, kültürel sistemdeki bir katılımcı ve kimi zaman *insanlık durumu* olarak adlandırılan şeyin anlamını oluşturan son derece karmaşık bir modeldir. Bu bağlamda sağlık problemlerinin kökeni son aşamada her ne kadar biyolojik olsa da, sadece organik bir problem olarak değerlendirilmemelidir (Parsons, 2001:100). Bu bakımdan hastalık anlayışı toplumun kültürü ile yakından ilgilidir. Kültür toplumun bir üyesi olarak birey tarafından kazanılmış bilgi, inanç, sanat, kanun, ahlak, gelenek ve diğer kabiliyet ve alışkanlıkları içine alan bir bütündür. Toplumun hastalık hakkındaki değer oryantasyonu, tutum ve inançları kültürün karakterini yansıtır. Her toplumun kültürü, sosyal organizasyonu, sağlık ve hastalık problemini kendi değerler sistemine göre geliştirir. Hastalık kültür kalıplarına göre anlam kazanır (Türkdoğan, 1991:4-5).

Bireyin sağlığında kalıtım kadar belirleyici olan kültür, çok özelleşmiş yöresel inançlardan, tutum ve alışkanlıklardan, felsefi yorumlara kadar uzanan geniş bir yelpazeyi içine alır. Hastalıkların sebepleri ve tedavileri konusundaki inançlar kişisel ve kültürel farklılıklar gösterir (Baltaş, 2004:73). Örneğin hastalık toplumdan topluma farklılık gösterebilir. Sosyal olarak inşa edilen ve bireyin toplumsallaşma sürecinde edindiği hastalık algısı bu anlamda içinde yaşadığı toplumun hangi belirtileri hastalık olarak kabul ettiğine bağlıdır. Bazı hastalık belirtileri toplum ve çevreleri tarafından hastalık olarak onaylanırken, aynı belirtiler farklı bir toplumda hastalık olarak

kabul edilmemektedir (Adak, 2002: 32). Hastalıklar ortama göre farklı yorumlanabilmektedir. Örneğin Rönesans döneminde melankoli seçkinler arasında kabul edilebilir bir rahatsızlıkken, bu durumdaki yoksullar sarsaklıkla, somurtkanlıkla suçlanırdı. Cinsiyetin de bu farklılaşmada rolü büyüktür. Örneğin 1800'lü yıllarda, bir kadında *isteri* olarak değerlendirilen belirtiler, erkek kardeşini *hastalık hastası* yapabiliyordu (Porter-Vigarello, 2008:273).

Parsons'un da belirttiği gibi, kültür; hastalıkların doğasını olduğu kadar hastalığın tanımını ve bireylerin hastalığı yaşama biçimlerini de önemli ölçüde belirler. Her toplumda, bireyler hastalandığında nasıl davranılması gerektiğini belirleyen bir *hasta rolü* kalıbı vardır. Hasta rolü, hasta bireyin yapması gereken belirli davranışları ve bazı ayrıcalıkları da beraberinde getirir (Parsons, 1951; Newman, 2013: 57).

Ancak hasta insanların haklarını kullanırken ya da hasta rolünün gereklerini yerine getirirken gereken hassasiyeti göstermemesi (örn. aşırı derecede öksürürken işe gitmesi) içinde bulunduğu grubun yaptırımlarına maruz kalmasına neden olabilir. Bunun dışında hasta olmaktan memnunmuş gibi görünenler de kısa sürede sempatilerini kaybedebilirler. İnsanlar yasal hakları olmasına rağmen uzmandan destek almayı reddedebilir, inançları nedeniyle hasta çocuklarına tıbbi müdahaleler yapılmasına engel olan ana/babalar çocuklarını riske etmekte suçlanabilir, dahası tutuklanabilirler (Crary, 2007; Newman, 2013: 58).

Sadece hastalığın kendisi değil, hasta rolü de kültürden kültüre farklılaşabilmektedir. Örneğin, ABD'ye yeni gelmiş Latin Amerikalı göçmenler hastalandıklarında önce doktora değil botanica (aktar) giderler. Botanicas, iyileştirici olduğu düşünülen geleneksel halk ilaçları, dini nesnelere, muskalar, bitkisel yağlar ve parfümler gibi malzemeler satarlar. Alternatif tıp kapsamında yer alan bu tür uygulamalar oldukça yaygındır ve Roman Katolikleri ve bazı inanç grupları, mali problemler haricindeki her şeyi bu yolla iyileştirebileceklerini düşünürler (Trotter ve Chavira, 1997; Newman, 2013: 58).

Sosyal bir durum olan hastalık farklı kültürler ve farklı sosyal gruplar içinde farklı değerlendirilip desteklenir. Bazı kültürlerde ve sosyal çevrelerde bazı durumlar (örneğin premenstural hastalık, hamilelik) tıbbi ve dinlenmeyi gerektiren bir durum olarak değerlendirilirken, bazılarında ise tıbbi olmayan normal bir durum olarak görülür (Thomas, 2003:5). Bazı kültürlerde obez kadın kıskançlık ve arzu objesi iken bazı kültürlerde ise obezite duygusal ve fiziksel bir hastalık olarak tanımlanır. Bazı toplumlarda epilepsi doğaüstü güçlere bağlanırken, diğerlerinde sadece hastalık olarak hesaba katılmamış sosyal bir önyargının ve hor görmenin objesi olmuştur (Mechanic, 1978: 26). Yine Japonya'da organ nakli nadiren yapılmakta, Japonlar genelde, beyin ölümü gerçekleşmiş donörlerden organ almaya olumlu bakmaktadırlar (Shepherd, 2003).

Araştırmacılar, hastalıkların da belirli kültürlere özgü paylaşılan anlam dünyalarından türediklerini göstermişlerdir. Kültüre bağlı sendrom terimi, özgül toplumsal bağlamından ayrı olarak anlaşılacak bir hastalığa işaret etmektedir. Yine kültür bir hastalığın/rahatsızlığın sıklığını ve yaygınlığını da etkileyebilir. Dr. Lori Arviso, *Scapel and the Silver Bear* adlı kitabında, yerliler için ayrılmış arazilerdeki yaşama eşlik eden depresyon ve alkolizmin *tarihsel kader*'den kaynaklandığını ileri sürer. Navajo çocukları, atalarının ve büyükannelerinin esir alınma ve katledilme öykülerini sık sık dinlediklerinden, onlar da bu psikolojiyi paylaşırlar. Alvord sadece Navajo için değil siyahlar için de yüzyıllar boyu süren acı, ızdırap, adaletsizlik ve kaybın kendini genelde umutsuzluk ve bağımlılıkla gösterdiğine işaret ediyor. Yine Amerikan yerlileri arasındaki alkolizme bağlı ölümler, ABD genelindeki aynı nedenle ölümlerden yaklaşık beş kat daha fazladır (Alvord ve Van Pelt, 1999: 12; Schaefer, 2013: 419).

Görüldüğü üzere, kültüre bağlı ön kabuller ve sosyalleşme süreçleri hastalık ya da sağlık halinin niteliğini ve oranını önemli ölçüde etkiler. Bireylerin toplumsal inanç, eğilim, tutum ve değerleri hastalık algısında ve davranışında etkilidir. Bireylerin hastalık karşısındaki tutum ve davranışları, içinde buldukları kültürün bir yansımasıdır. Bu durumda bireyin hastalık belirtileri

durumunda belirtilere karşı göstereceği tepki ve tutum toplumsal kültür tarafından şekillendirilmekte ve bireyin sağlıklı ilgili davranışlarını ve sağlık düzeyini etkilemektedir.

5. Sağlık Sosyolojisinin Doğuşu ve Gelişimi

Hastalık ve sağlık konularına modern tıp ağırlıklı olarak biyolojik bir yaklaşım sergileyerek, sağlık ve hastalığın biyolojik bir süreç olduğuna vurgu yapar. Bu yaklaşım eksik bir yaklaşımdır ve sağlık ve hastalığın çok boyutluluğunu göz ardı etmektedir. Oysa sağlık ve hastalık biyolojik olduğu kadar toplumsal ve kültürel bir olgudur. Sağlık ve hastalığa çok boyutlu bakış, hastalıkların sadece tespit edilip tedavi edilmesi değil, aynı zamanda hastalıkların önlenmesini ve hastalığa neden olan faktörlerin yok edilmesini sağlar. Sağlık ve hastalığa sosyal ve kültürel bakış, sosyolojik bir yaklaşımı gerektirmektedir. Bu sosyolojik bakış açısı, sağlık ve hastalığın kökenleri, önlenmesi ve daha sağlıklı bireyler ve toplum yaratmada büyük katkı sağlayacaktır.

Modern tıp, hastalıkların tedavisinin en iyi şekilde hastalık ilerlemeden önce yapılacağını söyler. Ancak bu modern tıbbın ya da doktorların yapabileceği bir şey değildir. Bunun için sağlıklı ilgili anlayışların geliştirilmesi, ilişkilerin düzenlenmesi, uygun önlemlerin alınması gerekir ki, bu noktada sosyolojinin bilgisine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık süreci hastane ve hastane öncesi/sonrası dönem olarak düşünüldüğünde hastane dönemi tıp alanına denk düşerken, hastane öncesi/sonrası dönem sosyoloji ve diğer sosyal bilimlere denk düşmektedir. O halde sağlık sorunlarının belirlenmesi ve çözümünde medikal yaklaşım kadar sosyolojik yaklaşımlara da ihtiyaç duyulmaktadır. Bu, sağlığa daha geniş bir perspektiften bakma anlamı da taşımaktadır (Cirhinlioğlu, 2001:135-136).

Sağlık sosyolojisi, sağlık ve hastalıkta sosyal sebeplerin etkisini öne çıkartır. Akademik bir disiplin olarak sosyoloji, sosyal sebepler ve insan davranışlarının sonuçlarıyla ilgilidir. Bu yüzden, sağlık ve hastalığa etki eden sosyal sebepler sağlık sosyolojisinin ilgi alanına girer (Cockerham, 2007:1). Sağlık söz konusu olduğunda sosyolojik yaklaşımdaki hâkim görüş; *hasta olmanın* esasen organizmanın biyokimyasal işleyişindeki bir bozukluktan ziyade bir toplumsal ilişkiler durumu olduğudur. Sosyoloji, hastalığın toplumsal nedenlerini, bir toplumsal rol olarak hastalık durumunun karakterlerini ve insanların hastalık durumu karşısında duygular, dil ve toplumsal eylemler aracılığıyla verdikleri tepkileri açıklamaya çalışır (Turner, 2011:49). Bu bağlamda, sağlık sosyolojisi çalışmaları hastalık ve sağlığa sosyal bakışı sunar ve sağlık organizasyonu ve sağlık kurumlarının sosyal fonksiyonları, sağlık bakım sistemlerinin diğer sosyal sistemlerle ilişkisini ve sağlık ve hastalıkta sosyal davranışı kendisine konu edinir (Cockerham-Ritchey, 1997:34).

Sosyal bilimler, özellikle de sosyoloji, tıp alanına çok katkı yapmaktadır. Hastalıkların toplumdaki dağılımı, hastalıklara kültürel bakış açısı, roller, davranışlar, tedavi merkezlerinin toplumsal örgütlenme içindeki değeri, tedavi ve destek kurumlarının ilişkisi gibi tüm konular sosyolojinin ilgi alanındadır. Benzer şekilde, sosyologların tıp alanındaki araştırmaları da genel sosyoloji alanına katkı yapmaktadır (Coe, 1978:2). Sağlık sosyolojisini önemli yapan şey bireylerin, grupların ve daha büyük toplumların sağlığının belirlenmesinde sosyal faktörlerin etkileri ve bu faktörlerin sağlık ve hastalığın belirleyiciliğindeki önemli rolüdür. Sosyal şartlar ve durumlar sadece hastalık ve sakatlığın olasılığını artırmazlar, aynı zamanda hastalığın önlenmesi ve sağlığın sürdürülmesi olasılığını artırır (Cockerham, 2007:1).

Sağlık ve hastalıkta neden sosyolojiye ihtiyaç duyuyoruz? Sağlık hizmeti ve sağlık hakkında sosyal olan şey nedir? Sağlık ve hastalık deyince akla biyolojik ve tıbbi süreçler gelmektedir. Ancak bireysel insan davranışı sosyal davranıştır ve bunun anlamı *sağlık davranışının* sosyal davranış olduğudur. Sosyal faktörler tüm davranışlarımızı etkiler buna bağlı olarak sağlık hizmetleri kurumunca oluşturulmuş özel davranış modelleri vardır. Hastalık durumunda birey rastgele hareket edemez, kesin kuralları takip eder. Eğer kuralları takip etmezse sosyal gruplar ve sağlık hizmetleri sistemi tarafından eleştirilebilir ve hatta hasta rolünden çıkarılabilir (Thomas, 2003:4). Sosyal yapının diğer kurumları gibi sağlık kurumunun da kendi içyapısı ve işleyişi vardır ve örgütsel bir yapılanma içinde bireylerin statüleri, rolleri, bunlara şekil ve yön veren değerler,

normlar vardır. Bu yapılanma içinde bireyler sağlık kurumunun değer ve normlarına uygun olarak belli bir statü ve rol davranışı içinde hareket ederler ve bunun dışına çıkmaları kendilerinden beklenmez. Bu yönüyle sağlık kurumuna, diğer sosyal kurumlar gibi sosyolojik bakış açısı ile de bakmak gerekmektedir. Bu bakış açısının gerekliliği, sağlık sosyolojisi alanının doğmasına neden olmuştur.

Marshall (1999:629), sağlık ve hastalık sosyolojisinin üç temel alanından söz etmektedir. Bunlar, sağlık ve hastalığın kavramsallaştırılması, sağlık ve hastalığın ölçülmesi ve toplumsal epidemiyolojisi ile ilgili araştırmalar ve sağlık ve hastalık kalıplarının açıklanması. Burada önem kazanan husus, sağlık ile hastalığın sınırlarının kültürel değişkenliğine, kavramların çok yönlü niteliğine açıklık kazandırılmasıdır. Sağlıklı olmama, arzu edilmeyen bir bedensel ve zihinsel durumu; buna bağlı olarak, bu istenmeyen durumu iyileştirmek ya da tedavi etmek için yapılacak müdahalelerin uygun görülmesini anlatır. Sosyologlar, sağlığı/hastalığı, genellikle bireysel davranışların ötesini araştırıp, toplumun daha genel özellikleri çerçevesinde kavrama eğilimindedirler.

Sağlık ve hastalık hali, toplumsal eylemin bir tezahürüdür. Hastalık durumu, basitçe sahip olunan bir özellikten ziyade, inşa edilen bir şeydir. Hasta olmak yorumlama, seçim ve eylemi gerektirir. Hasta olmak toplumsal aktörler olarak insanlar için belirli bir anlama sahiptir (Turner, 2011: 238). Hastalık evrensel bir olgudur ve bu yüzden tüm insanları etkiler, fakat bu etki daima aynı yolla ve aynı derecede değildir. Hastalığın insan gruplarını hangi yollarla ve nasıl etkilediğinin araştırılması sosyolojik bilgi ve araştırma tekniklerine başvurmayı gerektirir. Bu konuda yapılacak analizde en az dört boyuttan bahsedebiliriz. İlk olarak, hastalık ne benzeri şekilde ne de tesadüfi olarak meydana gelir, aksine genellikle az veya çok yaygın çeşitli sosyal gruplanmalarda gözlenmiştir. Hastalığın bu farklı dağılımı sosyal yapı ve farklı yaşam stillerinden kaynaklanır ve hastalığın doğası ve sebepleri hakkında ipucu verir. İkinci olarak, insanlar hastalığı sahip oldukları kültürel bakış açısıyla görerek bu bakış açısına göre tepki gösterme eğilimindedirler. Üçüncü olarak, insanlar sistematik olarak görülen hastalıkları tedavi etmek için bir dizi kurum geliştirirler. Bu kurumlar göreceli olarak bir tıp adamı rolü gibi basit de olabilir, tıbbi bir merkez olarak modern bir üniversite gibi oldukça karmaşık da olabilir. Dördüncü olarak, hastalığın tedavisinde tıbbi kurumlar aracılığıyla başvuru saf tıbbi bilgiden daha fazlası önerilebilir. Modern toplumlarda tıbbi bakım sağlayan kurumlar, gönüllü sağlık kuruluşları, halk sağlığı birimleri, ilaç firmaları ve sağlık sigortası firmaları gibi birçok diğer organizasyonca desteklenmektedir. Tüm bu tıbbi kurumlar diğer sosyal kurumlar tarafından kısmen kontrol edilir ve onlarla ilişkilidir (Coe,1978:1-2). Bu boyutlar- yapı, kültürel, kurumsal- sağlık ve hastalığın sosyolojik bakış açısına ihtiyaç duyduğunu ve bu bağlamda araştırılıp değerlendirilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Sağlık sosyolojisi çalışmaları özellikle II. Dünya Savaşından sonra ortaya çıkmış ve gelişmiştir ama sağlığın daha erken sosyolojik çalışmalarda ve kuramlarda da yer aldığını söyleyebiliriz. Örneğin Durkheim *İntihar* adlı araştırmasında bireyleri intihara sürükleyen toplumsal değişimlere dikkat çekmiştir. Aynı şekilde Marx yabancılaşma kuramında, bireyleri ruhsal rahatsızlıklara iten sosyal ve ekonomik koşulları açıklamaya çalışmıştır (Cirinlioğlu, 2001: 39). Bugün kullandığımız anlamıyla sağlık sosyolojisi kavramının kökeni ise 19.yy'a dayanmaktadır ve birbiriyle örtüşen üç kavramdan türemiştir: sosyal bir bilim olarak tıp, sosyal tıp ve tıbbin sosyolojisi. Bu üç kavramın açıklamaları da sosyal şartların tıbbi problemlerle olan bağlantısı ile ilgilidir. Bu bağlamda, insanın kültürel çevresi ve sosyal aktiviteleri daima hastalığı değiştirir ve hastalığa aracılık eder (Bloom, 2002:11).

Sağlık sosyolojisi teriminin ilk kullanımı, Charles McIntire'nin sağlıkta sosyal faktörlerin önemini belirten bir makalesinde 1894'lü yıllarda görülmüştür. Diğer erken çalışmalar Amerika'da tıp okulundan mezun ilk kadın olan Elizabeth Blackwell tarafından 1902'de yapılan toplum ve tıp arasındaki ilişki üzerine deneme çalışmaları ve 1909'da James Warbass'ın çalışmalarıdır. Ancak bu erken dönem yayınları sosyolojiden çok tıp ile ilgili olmuştur. Sosyolojik perspektif taşıyan ilk çalışma ise *Social Factors in Medical Progress* başlığı ile 1927'de Bernard Stern tarafından

yayınlanan çalışmadır. Sağlık sosyolojisinin esas gelişimi ise II. Dünya Savaşından sonra, önemli miktarda Federal fonun sosyomedikal araştırmalar için ayrılmasından sonra olmuştur (Cockerham, 2007:2; Bloom, 2002:21). 19.yy'a kadar sağlığın sosyal faktörlerle olan ilişkisi bilinmekte idi ancak bu dönemden itibaren bu ilişkinin nasıl olduğu olgusunun daha sistematik olarak incelenmeye başlanması ve o güne kadar var olan yaklaşımdan daha farklı olarak ortaya çıkması sağlık sosyolojisinde önemli gelişmelere yol açmıştır. Kamu sağlığı, sosyal hijyen ve sosyal tıp kavramları daha çok kullanılmaya başlanmış (Bloom, 2002:19) ve bunun sonucunda sağlık ve hastalıkta sosyal faktörlerin etkisini inceleyen sağlık sosyolojisi önemli gelişmeler sağlamıştır.

1940'lı yıllarda ABD'de özel bir alan olarak kurulan sağlık sosyolojisi o dönemlerde sosyologlar tarafından çok fazla ilgilenilen bir alan olmamıştır ve 1960'lara kadar önemli bir gelişme sağlayamamıştır (Thomas, 2003:7; Cockerham, 2007:2; Coe, 1978:4-5).

Bu tarihten itibaren tıp ve sosyoloji gelişmelerini birbirinden bağımsız olarak sürdürmüş ve zaman içinde birbirlerine yaklaşmışlardır. Coe (1978: 27) bunun temel bazı nedenlerini şu şekilde sıralamaktadır:

1. Ölüm/hastalık oranlarındaki değişim, tıbbın kronik hastalıklara, özellikle onların sosyo-psikolojik bileşenlerine bakmasına neden olmuştur.
2. Sosyal psikolojinin zihinsel hastalıkların sosyal sebeplerine olan vurgusu gelişmiştir.
3. Kamu sağlığı hizmetleri gelişmiştir.
4. Sağlık hizmetlerinin odağı olarak genel hastanelerin toplumsal sağlık hizmeti veren bir yer olarak ortaya çıkması.
5. Sosyolojinin olgunlaşıp gelişmesiyle kuramsal ve metodolojik olarak ilgisinin tıp alanına hazır hale gelip, genişlemesi.

6. Sağlık Sosyolojisi: İlişkili Disiplinler, Konu Alanları

Sağlık sosyolojisi gibi sağlık ve hastalığa toplumsal bakış açısıyla yaklaşan sosyal tıp, epidemiyoloji, etiyoloji ve halk sağlığı gibi başka disiplinler de mevcuttur. Sosyal tıp bireylerin değil toplumun sağlık sorunlarını kendine konu edinir ve halk sağlığı biliminin sosyal yönüdür. Epidemiyoloji, nüfusun hastalıklarının oluş kalıplarını, hastalık-sağlık ve ölümlle ilgili dağılımları inceler. Etiyoloji hastalığın nedenleri üzerinde dururken, halk sağlığı toplumun sağlığını etkileyen sorunları, genel sağlık hastalık durumunu, çevre sağlığı sağlık hizmetleriyle bu hizmetleri veren kurumların yapısını ve işleyişini inceler (Kızılcıkelik, 1996:17). Bu bağlamda bu disiplinlerin inceleme alanları sağlık sosyolojisinin inceleme alanlarıyla büyük oranda örtüşmektedir. Hepsinin ortak noktası sağlık-hastalık durumunun diğer toplumsal, ekonomik, kültürel ve siyasal alanlarla ilişkili olduğudur. Bir diğer ortak nokta ise, hastalıkların henüz oluşmadan önlenmesi ve toplum sağlığının korunabilmesidir ki; tıp bilimi ancak hastalık ortaya çıktıktan sonra devreye girmektedir. Oysa sağlık sosyolojisi de dâhil olmak üzere sağlık-hastalığın toplumsal yönlerine vurgu yapan disiplinler, hastalıkların ortaya çıkmadan önlenmesi konusunda çalışmalar yapmaktadır.

Sağlık sosyolojisi, sağlığın sosyal faktörlerle olan ilişkisinin anlaşılması üzerine gelişmiş bir alandır ve sağlık ve hastalığın sosyal sebepleri ile ilgilidir. Sağlık sosyolojisi sağlık ve hastalık hizmetleri çalışmalarına sosyolojik perspektif, teoriler ve metotlar getirmiştir (Thomas, 2003:8). Sosyal bir kurum olarak tıp konusuna yönelen sağlık sosyolojisi, tıp faktörünün katıldığı toplumsal olayları inceler ve bu alanda meydana gelen neden-sonuç ilişkilerini saptamaya çalışır (Özen, 1993:73). Sağlık sosyolojisinin en temel inceleme alanları hastalık ve sağlığın sosyal yönü, sağlık hizmetleri personelinin ve hastaların sosyal davranışları, sağlık organizasyonlarında ve sağlık endüstrisindeki sosyal faaliyetler, sağlık hizmetlerinin sosyal yönü ve sağlık hizmetleri sisteminin ekonomi ve politika gibi diğer sistemlerle ilişkisini içerir (Cockerham, 2007:1). Sağlık sosyolojisinin çalışma konuları hakkında yapılan çeşitli sınıflandırmalar mevcuttur ancak bu

konuda yapılan en genel ve sağlık sosyolojisini bir bütün olarak değerlendiren yaklaşım Mechanic'e aittir. Mechanic'e göre sağlık sosyolojisinin alanları şunlardır (1978:3-14):

- Hastalıkların dağılımı ve etiyolojisi
- Sağlık ve hastalığa kültürel ve sosyal tepkiler
- Tıbbi bakımın sosyo-kültürel yönleri
- Ölümlülük
- Sosyal epidemiyoloji
- Tıbbi uygulamanın örgütlenmesi
- Tedavi mesleklerinin sosyolojisi
- Hastane sosyolojisi
- Toplumun sağlığı örgütlemesi
- Toplumsal değişme ve sağlık bakımı
- Sağlık bakımı organizasyonunun karşılaştırılmalı incelenmesi
- Tıbbi eğitim-sağlık eğitimi
- Sağlık bakımı hizmetlerinin kullanımı
- Toplum sağlığı
- Stres, hastalık ve başa çıkma
- Değişen toplumsal davranışlara yönelik yeni teknolojiler
- Toplumsal ve grupsal psikiyatri
- Hukuksal ve etiksel konular
- Tıp ekonomisinin toplumsal yanı
- Davranışsal sorunlar ve tıbbi bakım
- Yarı profesyoneller
- Sağlık politikaları ve siyaset

Sosyolojinin bir alt dalı olan sağlık sosyolojisi, sağlığın sosyal bir kurum olduğu noktasından hareket ederek sağlık ve hastalığın toplumsal yönlerine vurgu yapar. Bu bağlamda sağlık-hastalık kavramı sadece biyolojik süreçlere bağlı değildir. Sağlık-hastalık toplumsal ve kültürel olarak tanımlanmış ve şekillendirilmiştir. Diğer toplumsal kurumlar gibi toplumsal sistemin bir parçasını oluşturur ve kendi iç işleyişi ve örgütlenmesi ile sistemdeki diğer kurumlarla etkileşim içerisindedir. Bu bağlamda en genel anlamıyla sağlık sosyolojisi; sağlık ve hastalığın kökenleri, etkileri ve tedavisi konularına sosyal faktörler açısından yaklaşarak, sağlık ve sağlık hizmetlerini sosyal sistemin bir parçası olarak gören sosyolojinin bir alt disiplinidir.

7. Sağlık Sosyolojisinde Kuramsal Yaklaşımlar

Sağlık sosyolojisinin tarihteki temel dönüm noktası, *Parsons'un Sosyal Sistem* kitabında *hasta rolü* kavramını geliştirmesiyle olmuştur (Turner, 1990:11). Sağlık ve hastalığın analizinde ilk özgün perspektifi geliştiren fonksiyonalizmdir. Bu sosyolojik perspektif, sağlığın sosyal sistemin tümündeki fonksiyonunun önemi ile ilgilidir. Parsons ve onun öğrencisi Renée Fox'un yazılarında sağlık, sosyal eylemin ön koşullarından biri olarak düşünülmüştür. Nüfusun tamamı için en uygun/en iyi sağlık, modern toplumun düzgün fonksiyon gösterebilmesinin ön şartıdır ve sosyal organizasyonun başarısı ve etkisi ona bağlıdır. Hastalık hem biyolojik hem de sosyo-kültürel

kökenlidir ve bireylerin günlük görevleri ve rollerini yerine getirememesi durumu olarak, Parsons tarafından kavramsallaştırılmıştır (Bury,1997:4).

Parsons'a göre toplumda düzenin kurulması ve dengenin sağlanması için bireylerin kendilerine biçilen rolleri yerine getirmesi gereklidir. Bu bağlamda Parsons, toplumun hem hekimlere hem de hastalara belli bir rolü önceden biçtiğini, hasta ve hekimlerin de bu rolü oynadıklarını belirtmiştir. Parsons'un bu görüşü kendisinin genel İşlevselcilik Modelinin bir parçasını oluşturur. Parsons işlevselcilikte toplumların nasıl *denge* içinde kalabileceklerini araştırmış ve bunun da bireylerin kendilerine toplum tarafından önceden konulan birtakım davranış kalıplarına uymalarıyla mümkün olabileceğini belirtmiştir. Hekim ve hastaların da önceden belirlenmiş davranış kalıplarına göre hareket etmeleri hekim ve hasta arasında ortaya çıkabilecek eşitsizlikler, uyumsuzluklar ve anlaşmazlıkları önleyecek ve toplumsal düzenin kurulması ve devamını sağlayacaktır (Cirinlioğlu, 2001:60-61). Sağlık, bireylerin sosyal olarak işlevsel olma yeteneği demektir. Bu ise, bireylerin toplumda kendisinden beklenen rolleri tam anlamıyla yerine getirebilmesidir. Hastalık ise, bireyin normal rollerini yerine getirememesidir (Kasapoğlu, 2001:32) ve hastalık durumu, toplumsal düzenin uyum ve düzenini bozucu bir etkiye sahiptir. Çünkü hasta olan bireyler kendilerinden beklenen rolleri verimli şekilde yerine getiremezler ve bu durum sistemde dengesizliğe yol açar (Giddens, 2005:158). Bu durumda yapılması gereken şey, hasta bireyin hasta statü ve rolünün sosyal kontrol sistemi içinde belgelendirilmesi ve yönlendirilmesi gereğidir. Bunun iki sebebi vardır. Birincisi, hasta bireyin sosyal olarak korunması, kontrol altına alınması; İkincisi, normal rol beklentilerini yerine getirememesinde hastalığı bir araç olarak kullanmasının önlenmesidir (Oskay, 1993:112). Parsons'a göre bunu yapacak olan da sağlık kurumudur. Parsons, sağlık kurumunun modern toplumlarda bireylerin rollerindeki sapmaları kontrol etmede temel bir kurum olduğu noktasına önemle değinmektedir. Bireyler sosyal rollerinden kaçmak için hasta rolü yapabilirler. Bu durum kontrol altına alınmalıdır ve bunu yapacak olan kurum sağlık kurumudur. Böylece sağlık kurumu bireylerdeki sapma eğilimlerini düzenleyerek sosyal bir fonksiyonu yerine getirir (White, 2002:8). Parsons'un analizine göre hastalık salt bireye ilişkin bir durum olmaktan çok, bireyin toplumsal görevlerini yerine getirmesine engel olan, onu pasifleştiren bir durumdur. Bu durumda kişi sosyal sorumluluklarını yerine getiremez. Böyle bir durumda kişiden toplumsal yaşamın olağan akışına engel olan bu durumun ortadan kaldırılmasında kendisine sunulan tedavi olanaklarını kullanması, sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapması beklenir. Bu toplumsal uyum ve gelişme açısından da gereklidir (Demirer, 2006:26). Parsons böylece hastalık durumunu toplumsallaştırarak sağlık kurumunu sosyal sistemdeki diğer kurumlar gibi dengeyi sağlayan bir kurum olarak tanımlamıştır. Bu denge bireylerin önceden belirlenmiş olan rollerine uygun davranmasıyla gerçekleşmektedir. Hasta ve hekimin kendilerine önceden biçilmiş olan rolleri yerine getirmeleri durumunda toplumsal denge sağlanacak ve devam edecektir.

Parsons, kuramıyla sağlık sosyolojisi alanına önemli katkılar sağlamıştır. Ancak Parsons'un kuramı birkaç yönden eleştiriye açıktır. İlk olarak Parsons'a göre hasta birey tıbbi yardıma muhtaçtır ve tıbbi profesyonellerden yardım almalıdır. Ancak toplumda hastalık belirtilerini gösterdiği halde kendisini hasta hissetmeyen bu yüzden doktora başvurmayarak toplumsal rollerini yerine getiren bireyler vardır. Bunun yanında hastalık deneyimi hastalık türüne göre değişmektedir. Bireylerin hastalıklara göstereceği tepkiler ve bu anlamda alacakları destek değişmektedir. Bu model evrensel anlamda da geçerli değildir. Çünkü hastalık kavramı çoğu zaman toplumdan topluma ve kültürden kültüre değişmektedir. Her kültür hastalığı kendi kültürel kalıpları içinde tanımladığı için *hasta rolü* kavramı tüm toplumlar için geçerli değildir. Örneğin hamilelik bazı toplumlarda tamamen normal bir durum olarak algılanıp hamile kadınların kendilerine düşen toplumsal rolleri yerine getirmeleri beklenirken, bazı toplumlarda hamilelik kadının toplumsal rollerini yerine getirmesini engelleyici bir olgudur. İkinci olarak Parsons'un kuramı, kronik hastalıkları, fiziksel bozuklukları ve mental rahatsızlıkları açıklamada yetersiz kalmaktadır. Parsons'a göre hastalık geçici bir durumdur. Ancak fiziksel bozukluklar ve kronik hastalıklar geçici bir duruma denk düşmez. Üçüncü olarak, Parsons doktor ve hasta rollerini ideal tip olarak sunmakta ve ilişkilerin her zaman bu ideal tip bağlamında gerçekleşeceğini varsaymaktadır. Ancak

doktor ve hasta ilişkileri her zaman sunulan şekilde gerçekleşmez ve bazen çatışmalar yaşanmaktadır. Hasta hastalığı hakkında düşündüğü ve hissettiklerini doktorun da paylaşmasını ve çoğu zaman onu onaylayıp gereken tedaviyi vermesini beklerken, doktor bir otorite olarak hastanın tamamen kontrolü kendisine bırakmasını isteyecektir. Bu durum zaman zaman hasta ile doktor arasında bir gerilime ve çatışmaya neden olur.

Sağlık ve hastalığa sosyolojik bakış getiren diğer bir yaklaşım da, politik ekonomik yaklaşımdır. Politik-ekonomik yaklaşım 1970’lerde, fonksiyonalist modele bir eleştiri ve *Marksist görüşün* kapitalist-ekonomik sistemi eleştirisine bağlı olarak gelişmiştir. Özellikle 1970’lerle 1980’lerin başında etkili olan yaklaşıma göre modern tıp ve sağlık sistemi kapitalizmin etkisi altındadır ve geniş ölçüde etkisiz, aşırı pahalı ve çok eşitsizdir. Politik ekonomik yaklaşım, modern tıpta tıp profesyonellerinin yaratmış olduğu fiziksel ve sosyal olumsuz etkileri ve tıbbin bir sosyal kontrol aracı olmasını eleştirir (Lupton, 2003;8-9). Bu yaklaşıma göre, hastalığın üretilmesinde ve onun sosyal düzendeki dağılımında en önemli güç toplumda üretilen ekonomik değerdir. Hastalığın üretilmesi ve ona şekil verilmesinde ekonomik çıkarların rolü belirleyicidir. Marksist yaklaşıma göre tıp hizmetlerinin kapitalist toplumlarda anahtar bir rolü vardır (White, 2002; 7-8). Kapitalist sınıf, tıp kurumunu ve tıp hizmetlerini kullanarak çalışan sınıfı kontrol altına almakta ve böylece kapitalist toplumlardaki üretim ilişkilerinin devamı sağlanmaktadır. Bu bağlamda politik-ekonomik yaklaşım tıp kurumunu kapitalist sınıfın hizmetinde olan bir sosyal kontrol aracı olarak görmektedir.

Kapitalist tıba ilişkin Marksist açıklamalar, çeşitli sosyolog ve sağlık politikası analistleri tarafından geliştirilmiştir. Navaro’ya göre tıbbi kapitalist olarak tanımlayan ve kendisinin öne sürdüğü gibi *tıp evinin sermaye tarafından işgali*’ni ifade eden dört belirleyici özellik vardır. Bunlar,

a) Tıp, bireysel ustalıktan veya beceriden *şirket tıbbi*’na dönüşmüştür

b) Tıp giderek uzmanlaşmış ve hiyerarşik hale gelmiştir.

c) Tıp, kapsamlı bir istihdam gücüne sahiptir

d) Tıp doktorları proleterleşmiştir, yani mesleki statüleri yönetim ve idari personelin sağlık hizmetleri sorumluluğunu üzerine almaları sonucunda kademeli olarak zarar görmüştür (Navaro, 1985:31; Bilton vd., 2008:360).

Aslında bu dört özellik, tıbbin herhangi bir ürün, mamul madde gibi piyasada bir meta haline geldiğini gösterir. Bugün için, tıp, sermaye için kârlı bir ticari işletmedir. İlaçların, medikal malzemelerin satışı, sağlık hizmetlerinin maddi getirisinin yüksek olduğu kârlı bir ticari/endüstriyel faaliyet koludur. Marksist yaklaşım, tıp hizmetlerinin insanların sağlık sorunlarını çözmekten çok çalışan sınıflar ve halk yığınlarını toplumsal açıdan kontrol altına almayı ve tıp endüstrisinin hareket alanında tutmaya yaradığını vurgular.

Sosyal oluşturmaçılık yaklaşımı 1980’lerden başlayarak etkili olan bir yaklaşımdır. 1980’lerde ve 1990’larda postyapısalcı ve postmodern yaklaşımlar sosyal oluşturmaçılığın kuruluşunda etkili olmuştur. Sosyal oluşturmaçılık yaklaşım özellikle toplumda oluşan güç ilişkileri üzerinde durmuş ve bu güç ilişkilerinin modern tıp üzerindeki ilişkilerini incelemiştir. Sosyal oluşturmaçılık yaklaşım özellikle tıbbi bilgi ve pratiklerin ve tıp biliminin gelişimini sosyal bir bakış açısıyla incelemektedir. Hastalık, sağlık ve beden konusunda kültürel ve sosyal analizler yapmaktadır (Lupton,2003;11-12). Özellikle Michael Foucault’nun beden üzerine çalışmaları bu yaklaşımın gelişiminde etkili olmuştur.

Foucault’nun teorisi özellikle toplumdaki güç ve bilgi arasındaki ilişkiye odaklanmıştır. Foucault bilginin üretiminde ve kullanımında uzmanlaşmaya dikkat çeker. Bu uzmanlaşma tıp davranışı da dâhil sosyal davranışlara yön ve şekil vermektedir. Foucault’nun medikal sosyolojiye temel katkısı tıbbin sosyal fonksiyonları üzerine yaptığı analizleridir. Foucault; delilik, klinik ve cinsiyet üzerindeki çalışmaları ile tıbbi bilginin bir sosyal kontrol ve denetleme aracı olduğunu

göstermiştir. Foucault'ya göre insan bedeni tıbbi kontrol ve müdahalenin bir aracıdır (Cockerham-Scambler, 2010;15-16).

Foucault, tıbbin toplumsal rolünü anlayabilmek için onu, bedenün yönetim ve gözetimi için daha geniş toplumsal gereksinimin parçası olarak görmek gerektiğini ifade etmiştir. Bedenler terimini, hem fiziksel anlamda bireylerin bedenleri hem de daha soyut anlamda nüfusun bedeni için kullanmıştır. Foucault'ya göre toplum daha karmaşık hale geldikçe, özellikle kentleştikçe ve insanları kitleler halinde biraraya getirdikçe düzenlemeye olan talep de artmıştır. Tıp, özellikle de akıl hastanesi, klinik ve günlük kamu hijyeni, kamusal denetimin daha geniş bir kapsamı içinde anlaşılmalıdır. Foucault, *Cinselliğin Tarihi*'nde özellikle cinsel ifadenin *düzenli* kalıplarına bakarak tıbbın sadece klinik değil aynı zamanda ahlaki bir rolü olduğunu da savunur. Bu, tıbbın kabul edilebilir cinsellik rejimini tahsis etmedeki artan önemini de anlatır. Rasyonel modern disiplinlerin (ekonomi, kentsel planlama, ceza bilgisi ve de tıp) ortaya çıkışı, insanların bireysel ve toplumsal bedenler olarak disipline etmenin temeliydi. Bu disiplinlerin her biri, farklı şekilde sosyal kontrol biçimlerini ve insanlar üzerindeki düzenlemeleri meşrulaştırdı ve güçlü toplumsal söylem biçimleri oluşturdu (Bilton vd.,2008: 363).

Turner'ın da ifade ettiği gibi, modern toplumda hastalık bazı koşullarda yasal, dinsel ve ahlaki çerçeveler olarak kabul edilebilen farklılaşmamış bir kategoriler bütünü olarak anlaşılır. Hastalığın kavramsallaştırılma biçimi, yaygın kültürel sistemin ve egemen söylemlerle ilişkili güç yapısının bir yansımasıdır (2011:105). Modern toplum *yönetilen toplumdur* ve toplumdaki profesyonel gruplar iktidar adına insanları deli, hasta, suçlu, anormal gibi tanımlamalarla kategorilere ayırırlar. Tıp kurumu iktidar tarafından üretilmiştir. Bu sayede iktidar bedene müdahale edip kontrol etmektedir. Foucault'nun teorisi Marksist ve feminist teorilerle benzerlik gösterse de temelde farklıdır. Feminist teori toplumdaki erkek egemenliği ve ataerkil yapının kadınlar üzerindeki gücü ve zorlamasını tartışır. Ancak Foucault'nun teorisi belli bir grubun değil toplumun tamamının söz konusu olduğu bir güç odağı üzerine kurulmuştur. Marksist yaklaşım ise kapitalist sınıfın gücü üzerine odaklanırken, Foucault'nun teorisi tek bir sınıf ile ilişkili değildir. Foucault'nun teorisini faydalı kılan şey tıp kurumunun, tarihsel olarak beden sosyolojisinin gelişiminde ve bedenün kontrolünde etkisini göstermesidir. Foucault bedenün nasıl inşa edildiğini gösterir (White, 2002;9).

Feminist teori de sağlık ve hastalığa sosyolojik bir bakış açısı getirmektedir. Feminist teori toplumda ayrıcalıklı pozisyonlara sahip grupların diğer gruplar üzerinde tıbbi ve bilimsel bilgiyi kullanma yollarına dikkat çekmiştir. Feminist teori kadınların kamu alanına tamamen katılımını reddeden tıbbi bağlamı benimseyen *biology as destiny* (biyolojik kader) ideolojisini ağır bir dille eleştirmiştir (Lupton, 2003;13). Feminist teoriye göre toplumdaki erkek egemen ve ataerkil yapının kadınlar üzerindeki gücü ve zorlaması vardır. Sağlık ve hastalığı belirleyen temel etkenler erkeklik ve kadınlık sosyal rolleridir. Feminist teoriye göre benzer tüm dayatmacı sosyal roller içinde tıbbi rol önemli bir roldür ve özellikle kadınları hedef alır. Çünkü kadınların üreme yeteneğini kontrol etmek ataerkil toplumlarda merkezi önemdedir (White, 2002:9). Feminist teoriye göre kadın bedeni ve sağlığı erkek egemen toplumlar tarafından kontrol edilmekte ve düzenlenmektedir. Beden algıları, sosyal ve kültürel varsayımlara bağlı olarak etkilenmektedir. Kadın bedeni ve hastalıkları da erkek egemen toplum tarafından oluşturulmakta ve denetlenmektedir (Cockerham-Scambler, 2010;18). Bu şekilde kadın bedeni ve sağlığı toplumsallaşmakta ve modern tıp tarafından kontrol edilmektedir (Lee-Frayn, 2008:117-118). Feminist teorinin temel argümanı kadın sağlığının ve bedeninin erkek egemen toplumlarda denetim altına alındığıyla ilgilidir. Bu denetlemeyi sağlayan da erkek profesyonellerin kontrolünde olan tıp kurumudur.

Feministler kadınların ancak Ortodoks Tıbbın erilakım niteliğini kırarak bedenlerinin kontrolünü tekrar ele alabilecekleri iddiasında bulunur. Bu nedenle, tıbbi kurumlarla mücadele eden kadınlar için ve kadınlar tarafından kendi kendine bakım ve iyileşme üzerine bir felsefe geliştirecek feminist sağlık hareketi doğmuştur (Bilton vd., 2008:363).

Feminist yaklaşım öz itibarıyla kapitalist tıbbi bakım hizmetlerinin eleştirisini yapmakta ve tıp kurumunun, hastalığın sebebini oluşturan yoksulluk ve cinsiyetçiliğe hitap etmesi gerekirken,

semptomları ya da bizatihi hastalığı tedavi etmeye yönelmekte, kâr elde etme güdüsünü insanların ihtiyaçlarına yanıt vermenin üstünde tutmaktadır (Macionis, 2012).

İncelenen teorileri şu şekilde özetleyebiliriz:

Tablo 1: Sosyolojik Teoride Sağlık ve Hastalık Yaklaşımları

Kuram	Toplum Modeli	Hastalığın Sebebi	Tıbbın Rolü
Marksist	Çatışma ve sömürüye dayalı	Kâr etme amacını sağlığın önüne koymak	Çalışan sınıfı disipline edip, kontrol emek; bireyselleşmiş hastalık açıklamaları yapmak
Parsonscu	Uyumlu ve sabit bir şekilde birbirine bağlanmış sosyal rol ve yapılar	Sosyal rol taleplerinin yol açtığı zorlamalar	Bireylerin sosyal rollerini yerine getirebilmeleri için iyileştirmek
Foucaultcu	Güce dayalı ilişkiler ağı, tek baskın kaynak olmaksızın yönetimin gözetimi	Nüfusu kolayca kontrol edebilmek için, hastalık etiketini kullanarak onları sınıflandırmak ve ayırmak	Normal sosyal rollere uygun davranmaya zorlamak ve bu normların içselleştirildiğinden emin olmak
Feminist	Ataerkil anlayış ile kadını sömüren ve baskı altına alan toplum	Sosyal rolleri yerine getirmesi için kadının zorlanması	Ataerkil normlar ile annelik ve kadınlığın uygunluğunu dayatmak

Kaynak: Kevin White, *Sociology of Health and Illness*, London,2002, s.7

Sağlık-hastalık olgusuna sosyolojik yaklaşım görüldüğü gibi hastalığın nedenini toplumsal olguya dayandırmaktadır. Bu durum Marksizimde kâr sağlama isteğiyle, Parsons bireylerin sosyal rollerinin getirdiği taleplerdeki zorlanmalara bağlamıştır. Foucault sağlığı nüfusu kontrol etmenin bir aracı olarak görürken, feminist yaklaşım ise erkek egemen bakışın bir yansıması olarak, sağlığı kadının sosyal rollerini yerine getirmesinde bir araç olarak görmüştür. Sonuçta bütün yaklaşımlar, sağlık-hastalığı bir sosyal kontrol aracı olarak görürken, sağlık kurumunu ise toplumsal yapının devamını sağlayan bir kurum olarak resmetmişlerdir.

8. Sonuç

Sağlık ve hastalık her ne kadar tıbbi süreçleri ve kavramları çağrışırsa da sonuçta tıbbi olduğu kadar sosyal ve kültürel bir olgudur. Bu bakımdan toplumsal ve kültürel olarak da şekillenen bir olgu olduğu için sosyolojik bakış açısına ihtiyaç duymaktadır. Geleneksel biyomedikal modele göre hastalık, dışarıdan gelen ve bedenin fizyolojik yapısını ve ruhsal dengesini bozan bir etkidir ve tamamen fizyolojik süreçlerle açıklanır. Oysa sağlık ve hastalık aynı zamanda sosyal yapı içinde meydana gelir ve sosyal yapı tarafından şekillendirilir. Bu yüzden sağlık ve hastalık toplumsal ve çevresel ürünlerin bir sonucudur. Sağlık ve hastalığa anlamını veren toplum ve toplumun onu algılayış biçimidir. Bu yüzden bazı semptomların hastalık olup olmadığı tarihsel süreç içinde ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir. Örneğin geçmişte arzu edilen, istenilen ve zenginliğin göstergesi olarak kabul edilen şişmanlık, günümüzde bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Bunun yanında her geçen gün günümüz yaşam koşullarına bağlı olarak yeni hastalıklar tanımlanmakta ve bazı hastalıklar geçmişte kalmaktadır.

Sağlık-hastalığın algılanmasında inanç, eğilim, tutum ve değerler de etkilidir. Hastalık karşısındaki tutum ve davranışlar içinde bulunulan kültürün bir yansımasıdır. Bireyin hastalık belirtileri durumunda göstereceği tepki ve tutum, kültür tarafından şekillendirilmektedir. Bu bakımdan hangi semptomların hastalık belirtisi sayılıp sayılmadığı, sağlıklı olmanın kriterleri ve hastalıkların tedavileri kültürden kültüre değişmektedir. Sonuçta bireyin toplumsallaşma sürecinde edindiği hastalık algısı içinde bulunduğu toplum tarafından düzenlenmektedir.

Sağlık aynı zamanda toplumsal yapıyı oluşturan kurumlardan biridir. Toplumun sürekliliğinin sağlanmasında sağlıklı bireylerin önemli olduğu düşüncesinden hareket eden sağlık kurumu, bu anlamda üyelerinin ruhsal, bedensel ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali içinde olmasını amaçlamaktadır. Bunu yaparken de sosyal yapının diğer kurumlarıyla ilişki ve işbirliği içinde olması gerekmektedir. Bu bakımdan sağlık kurumu, siyasi ve ekonomik yapıyla da doğrudan ilişki içindedir.

Hastalık hali neticede; hastalığa neden olan bir etken, fiziksel/sosyal çevre ve insanın özelliklerine bağlı olarak şekillenen bir süreçtir. Bu bakımdan hastalık-sağlığa dair açıklamalar toplumsal ve kültürel değişkenleri dikkate almak durumundadır. Sağlık/hastalığa, toplumsal ve kültürel değişkenleri dikkate alarak yaklaşan disiplin ise sağlık sosyolojisidir. Sağlık sosyolojisi sağlığın sosyal bir kurum olduğu noktasından hareket eder ve sağlık ve hastalığın toplumsal yönlerine vurgu yapar. Sağlık-hastalık, toplumsal ve kültürel olarak tanımlanmış ve şekillendirilmiş olmanın yanısıra, diğer toplumsal kurumlar gibi toplumsal sistemin bir parçasını oluşturur ve kendi iç işleyişi ve örgütlenmesi ile sistemdeki diğer kurumlarla karşılıklı ilişki halindedir. Bu bağlamda sağlık ve hastalığa bütüncül bir yaklaşım, sağlık sosyolojisi araştırmalarından yararlanmayı ve sağlığa sosyal ve kültürel bakış açısı ile bakmayı gerekli kılmaktadır.

Son yıllarda sağlık ve hastalığın toplumsallaşması ve her kesimin üzerinde daha yoğun durduğu bir mesele haline gelişi, toplumsal bilinç ve duyarlılık kültürünün artmasıyla ilişkili olduğu kadar, tıp endüstrisinin ve kapitalist tasarrufların bu alanı bağımlılaştırması ve üzerinden kârı maksimize etme stratejilerinin yürürlüğe konmasının da büyük payı var. Yeni sağlık bakım yöntemlerinin geliştirilmesi, ilaç ve tıbbi malzeme üretimindeki artış, yeni hastalıkların icat edilmesi, sağlığı tehdit edici risk faktörlerinin artması vs. sağlık ve hastalık algısının toplumsallaşmasına neden olmuştur. Bu durum medikal iktidarın, hastalık ve sağlıkla ilgili alanları denetim altına almasının yolunu açmış, hemen her tür rahatsızlık tıp otoriteleri tarafından etiketlenilerek, tıbbın alanına dahil edilmiştir. Böylelikle insanların kendi bedenleri üzerindeki iktidarları yok edilmek suretiyle iyilik ya da kötülük haline dönük farkındalıkları devre dışı bırakılmıştır. Tıp/sağlık kapitalizmi, farklı enstrümanları eliyle hem insan bedeni hem de onun ruhsal ve toplumsal implikasyonları üzerinde tam bir otorite/tahakküm kurmuştur. Bu realite hiç kuşkusuz, *toplumun tıbbileştirilmesi* ya da *toplumun medikalizasyonu* olarak nitelendirilebilecek bir sürecin yaşanmasının da yolunu açtı. Bugün için sağlık/hastalık olgusu, sadece bireysel, biyolojik bir mesele değil aynı zamanda politik, iktisadi, toplumsal ve teknolojik bir mesele haline gelmiştir. Tıpsal kapitalizm, hastalığı-semptomları tedavi edeyim derken, hastalıkların köken bulduğu sosyo-ekonomik ve kültürel dinamikleri göz ardı etmekte, toplumsal/kültürel arkaplanın meselenin anlaşılmasındaki rolünü gözlerden kaçırmaktadır. Sağlık ya da tıp sosyolojisi, yukarıda dile getirildiği üzere, sağlık/hastalığın toplumsal backgrounduna odaklanmak suretiyle, sağlık/hastalığın sosyal ve kültürel veçhesinin sorunun anlaşılmasına olduğu kadar tedavide de işe yarayacağına dikkatleri çekmektedir.

KAYNAKÇA

- Adak, Nurşen (2002), *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*, Birey Yayıncılık, İstanbul.
- Baltaş, Zuhal (2004), *Sağlık Psikolojisi*, Remzi Kitapevi, 2.Basım, İstanbul.
- Belek, İlker (1998), *Sınıf Sağlık Eşitsizlik*, Sorun Yayınları, İstanbul.
- Bilton, Tony vd. (2008), *Sosyoloji*, Çev. Kemal İnal, Siyasal Kitabevi, Ankara
- Bloom, W. Samuel (2002), *The Word as Scalpel: A History of Medical Sociology*, Oxford University Pres, New York.
- Browne, Ken (2014), *Sosyolojiye Giriş*, Çev. İ. Kaya, Say Yayınları, İstanbul
- Bury, Michael (1986), "Social Constructionism and The Development Of Medical Sociology", *Sociology of Health&Illness*, Volume 8, Page 137-169.
- Bury, Michael (1997), *Healthand İllness in a Changing Society*, Routledge, London.
- Calnan, Michael- Johnson, Barbara (1985), "Health, Health Risks and Inequalities: An Exploratory Study of Women's Perceptions", *Sociology of HealthandIllness*, Vol:7, No:1.
- Capra, Fritjof (1992), *Batı Düşüncesinde Dönüm Noktası*, Çeviren: M. Armağan, İnsan Yayınları, İstanbul.
- Cirhinlioğlu, Zafer (2001), *Sağlık Sosyolojisi*, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul.

- Coburn, David (2011), “Eşitsizlik ve Sağlık”, *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*, (Haz. LeoPanitch - ColinLeys), Çeviren: Umut Haskan, Yordam Kitap, İstanbul.
- Cockerham W. C.- Scambler G. (2010), “Medical Sociology and Sociological Theory”, *Medical Sociology* (Edited: W. C. Cockerham), Wiley-Blackwell.
- Cockerham, William, C (2007), *Medical Sociology*, Tenth Edition, PearsonPrenticeHall.
- Cockerham, William, C. - Ritchet, Ferris, C. (1997), *Dictionary of Medical Sociology*, Greenwood Pres, Westport.
- Coe, Rodney M. (1978), *Sociology of Medicine*, Second Edition, McGraw-HillBookCompany.
- Demirer, Yücel (2006), “Kültür ve Siyaset Ekseninde Sağlık'ta Kavramsallaştırma: “Hasta” ve “Hastalık” Örnekleri”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:21,Sayı:1, sh:25-31.
- Deppe, Hans-Ulrich (2011), “Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaşmaya Karşı Dayanışma”, *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*, (Haz: LeoPanitch–Colin Leys) (Çeviren: Umut Haskan), Yordam Kitap, İstanbul.
- Giddens, Anthony (2005), *Sosyoloji*, (Yayına Haz.: Cemal Güzel), Ayraç Yayınevi, Ankara.
- Illich, Ivan (1995), *Sağlığın Gaspsı*, Çev. Süha Sertabiboğlu, Ayrıntı Yayınları, İstanbul.
- Kasapoğlu, Aytül (2001), “Güncel Sosyal Sorunlar ve Sağlık”, *Toplumbilim, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı*, Sayı:13
- Kızılçelik, Sezgin (1996), *Türkiye'nin Sağlık Sistemi, Bir Medikal Sosyoloji Denemesi*, Saray Kitapevleri, İzmir.
- Lee E. - Frayn E. (2008), “The ‘Feminisation’ of Health”, *A Sociology of Health* (Edited by David Wainwright), Sage Publications, London
- Lupton, Deborah (2003), *Medicine as CultureI Illness, Disease and Body in Western Societies*, Second Edition, Sage Publications, London
- Macionis, John J. (2012), *Sosyoloji*, Çev.Ed Vildan Akan, Nobel Yayınları, Ankara
- Marshall, Gordon (1999), *Sosyoloji Sözlüğü*, Çev. O.Akınhay-D.Kömürcü, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara
- Mechanic, David (1978), *Medical Sociology*, TheFree Pres, New York.
- Newman, David M. (2013), *Sosyoloji. Günlük Yaşamın Mimarisini Keşfetmek*, Çev. Ali Arslan, Nobel Yayınları, Ankara
- Oskay, Ülgen (1993), “Medikal Sosyolojide Bazı Kavramsal Açıklamalar”, *Sosyoloji Dergisi*, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:4, ss:89-140.
- Özen, Sevinç (1993), “Sosyolojide Bir Alan: Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık-Toplumsal Yapı İlişkileri”, *Sosyoloji Dergisi*, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:4, ss:73-89.
- Özen, Sevinç (1994), “Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri”, *Sosyoloji Dergisi*, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:5, ss:133-145.
- Öztek, Zafer (2001), “Sağlıkta Kavramlar Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri”, *Yeni Türkiye*, Mayıs-Haziran 2001, Yıl:7, Sayı:39, ss:294-298.
- Parsons, Talcott (2001), “Sağlık ve Hastalık: Sosyolojik Bir Eylem Perspektifi”, (Çeviren: Tülin Kurtarıcı), *Toplumbilim, Sağlık Sosyolojisi Özel Sayısı*, Sayı:13
- Porter, Ray - Vigarello, Georges (2008), “Beden, Sağlık ve Hastalıklar”, *Bedenin Tarihi I Rönesans'tan Aydınlanma'ya* (Haz: Alain Corbin, Jean-JacquesCourtine, Georges Vigarello), Çev. Saadet Özen,Yapı Kredi Yayınları, İstanbul.
- Rieker, Patricia R.,-Chloe E. Bird (2000), “Sociological Explanations of Gender Differences in Mental and Physical Health”, in *Handbook of Medical Sociology*, edited by Chloe Bird, Peter Conrad and Allan Fremont, Prentice Hall, NewYork

Schaefer, Richard T. (2013), *Sosyoloji*, Çev. Ed. Simten Coşar, Palme Yayıncılık, Ankara

Shepherd, Jean (2003), “Japon Performs First Transplants from Brain-Dead Donor” www.pntb.org/ff-rndwrld.html

Thomas, Richard K. (2003), *Society and Health Sociology for Health Professionals*, Kluwer Academic Publishers, New York.

Turner, Bryan, S. (2011): *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*, Çev. Ümit Tatlıcan, Sentez Yayıncılık, Bursa.

Turner, S. Bryan (1990), “The Interdisciplinary Curriculum: From Social Medicine to Postmodernism”, *Sociology of Health & Illness*, Volume 12.

Türkdoğan, Orhan (1991): *Kültür ve Sağlık-Hastalık Sistemi*, MEB Yayınları, İstanbul.

Üçkuyu, Yavuz (2006), “Toplumsal Yapı ve Sağlık Sistemleri: Sağlık Sistemlerine Nasıl Bakılmalı”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:21, Sayı:5-6, ss:325-330.

White, Kevin (2002), *Sociology of Health and Illness*, Sage Publications, London