Sağlığın ve Hastalığın Toplumsal Nedenleri

William C. Cockerham



İngilizceden Çeviren: Ercan Tugay Akı

AYRINTI

WILLIAM C. COCKERHAM

Doktorasını California Üniversitesi'nden (Berkeley) alan Dr. William Cockerham, 1994-2000 ve 2011-2017 yılları arasında Birmingham Alabama Üniversitesi'nde Sosyoloji Bölüm Başkanlığı yapmıştır. Şu anda Cockerham, Birmingham Alabama Üniversitesi'nde Ordinaryüs Profesörlük ve William ve Mary Üniversitesi Sosyoloji Bölümü'nde araştırmacılık yapmaktadır.

Cockerham ayrıca Birmingham Alabama Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki Obezite Sağlık Eşitsizlikleri Araştırma Merkezi'nin bir üyesidir. 2006-2010 yılları arasında Uluslararası Sosyoloji Derneği'nin Sağlık Sosyolojisi Araştırma Komitesi'nde başkanlık ve *the American Sociological Review*, the *Journal of Health and Social Behavior*, *Society and Mental Health, Social Currents, Current Sociology Monographs* ve *Social Science Quarterly* gibi dergilerde çeşitli editoryal görevler yapmıştır.

Cockerham'ın yakın tarihli diğer kitapları şöyledir: *Sociological Theories of Health and Illness* [Sağlığın ve Hastalığın Sosyolojik Teorileri] (Routledge, 2021), *The COVID-19 Reader: The Science and What It Says About the Social* [COVID-19 Okuru: Bilim ve Toplumsal Olan Hakkında Söyledikleri] (Routledge, 2021), *Sociology of Mental Disorder*, 11th ed. [Akıl Hastalığının Sosyolojisi] (Routledge, 2021), the *Wiley Blackwell Companion to Medical Sociology* [Wiley Blackwell Sağlık Sosyolojisi El Kitabı] (Wiley Blackwell 2021) ve *Medical Sociology*, 15th ed. [Sağlık Sosyolojisi] (Routledge, 2021).

Ayrıntı: *1608*
İnceleme Dizisi: 340

Sağlığın ve Hastalığın Toplumsal Nedenleri
William C. Cockerham

Kitabın Özgün Adı
The Social Causes of Health and Disease

Dizi Editörü
Güven Gürkan Öztan

İngilizceden Çeviren
Ercan Tugay Akı

Yayıma Hazırlayan
Güven Gürkan Öztan

Son Okuma
Ergül Karakaya

© William C. Cockerham 2021
The right of William C. Cockerham to be identified as Author of this Work has been asserted in accordance with the UK Copyright, Designs and Patents Act 1988.
This edition is published by arrangement with Polity Press Ltd., Cambridge

Bu kitabın Türkçe yayım hakları Ayrıntı Yayınları'na aittir.

Kapak Tasarımı
Arslan Kahraman

Dizgi
Esin Tapan Yetiş

Baskı ve Cilt
Ali Laçin - Barış Matbaa-Mücellit
Davutpaşa Cad. Güven San. Sit. C Blok No. 286
Topkapı/Zeytinburnu - İstanbul - Tel. 0212 567 11 00
Sertifika No: 46277

Birinci Basım: *2022*

ISBN 978-605-314-601-8
Sertifika No.: 10704

AYRINTI YAYINLARI
Basım Dağıtım San. ve Tic. A.Ş.
Hocapaşa Mah. Dervişler Sok. Dirikoçlar İş Hanı
No: 1 Kat: 5 Sirkeci/İstanbul
Tel.: (0212) 512 15 00 Faks: (0212) 512 15 11
www.ayrintiyayinlari.com.tr & info@ayrintiyayinlari.com.tr

twitter.com/ayrintiyayinevi facebook.com/ayrintiyayinevi instagram.com/ayrintiyayinlari

Sağlığın ve Hastalığın Toplumsal Nedenleri

William C. Cockerham

İNCELEME DİZİSİ SON ÇIKAN KİTAPLAR

KÜRESEL POLİS DEVLETİ
William I. Robinson

BİR BORU HATTI NASIL PATLATILIR
Yanmakta Olan Bir Dünyada
Mücadele Etmeyi Öğrenmek
Andreas Malm

NEDEN VEGAN?
Etik Beslenme
Peter Singer

YEMEĞİN PSİKOPOLİTİKASI
Neoliberal Çağda Yemek Ritüelleri
Mihalis Mentinis

SİYASET TEORİSİ
Pete Woodcock

ELEŞTİREL BİLİNÇ İÇİN EĞİTİM
Paulo Freire

ADINI SÖYLEMEYE CESARET EDEN
BİR SOL
34 Zamansız Müdahale
Slavoj Žižek

FREDRIC JAMESON
Diyalektik Eleştiri Projesi
Robert T. Tally Jr.

ENGELSİZ ANARŞİ
Peter T. Leeson

KÜLTÜR TEORİSİNDE ESKİZLER
Zygmunt Bauman

SAPKIN
Gey Normalleşmesi ve
Queer Antikapitalizm
Peter Drucker

SOSYOLOJİ NE İŞE YARAR?
Zygmunt Bauman

NE ADAM NE HAYVAN
Feminizm ve Hayvanların
Savunulması
Carol J. Adams

AKIŞKAN KORKU
Zygmunt Bauman

TAHRAN 1979
Ekber'i Hatırlamak
Behrooz Ghamari

PSİKOTERAPİDE İNTERNET
BAĞIMLILIĞI
Daria J. Kuss & Mark D. Griffiths

KENT HAKKI
Sosyal Adalet ve
Kamusal Alan Mücadelesi
Don Mitchell

AHLAKİ KÖRLÜK
Akışkan Modernlikte
Duyarlılığın Yitimi
Zygmunt Bauman & Leonidas Donskis

ANLATININ SÖYLEMİ
Yöntem Hakkında Bir Deneme
Gérard Genette

EĞİTİM ÜZERİNE
Riccardo Mazzeo ile Söyleşi
Zygmunt Bauman

MİZAH
Terry Eagleton

MARKSİZM VE KENT
Ira Katznelson

MARKSİZM, ORYANTALİZM,
KOZMOPOLİTANİZM
Gilbert Achcar

GREV!
Jeremy Brecher

BORÇLU ZAMANLARDA
YAŞAMAK
Citlali Rovirosa-Madrazo ile Söyleşi
Zygmunt Bauman

SAVAŞ SUÇLARI
Zulüm ve Adalet
Michael J. Shapiro

PASİF DİRENİŞ
Mitin Ötesinde Bir Tarih
Domenico Losurdo

İçindekiler

Önsöz 7
1 Sağlıklı ve Hasta Olmanın Toplumsal Sebepleri 11
2 Sağlığı ve Hastalığı Kuramlaştırmak 53
3 Sağlıksal Yaşam Tarzları 92
4 Sınıfın Gücü 131
5 Sınıf ve Sağlık: Aradaki İlişkiyi Açıklamak 167
6 Yaş 199
7 Toplumsal Cinsiyet 216
8 Irk ve Etnik Köken 239
9 Yaşam Koşulları ve Dezavantajlı Muhitler 261
10 Sağlık ve Sosyal Sermaye 279
Son Sözler 302
Kaynakça 314
Dizin 355

Önsöz

Sağlık sosyolojisi, 75 yıldan fazla süredir ana akım sosyolojinin bir alt dalı olarak gelişimine devam etmektedir. Zamanla sosyolojideki en popüler uzmanlık dallarından biri haline gelse de sağlık sosyolojisinin bu evrimi, başlangıçta sosyolojiden ziyade sağlığa dayalıydı. Zamanla değişmeyen şey yoktur ve sağlık sosyolojisi de ortaya çıkışından bu yana ciddi değişiklik geçirmiştir. Eskiye dayanan, sağlık sosyolojisinin teorik olmadığı iddiası zamanla ortadan kalkmıştır. Artık sağlık sosyolojisi üzerine bir dergi (*Social Theory & Health*) ve kitaplar vardır. Sosyoloji teorileri, bilimsel araştırmalarda çok temel ve özgün bir konum elde etmiştir.

Sağlık sosyolojisi ayrıca sağlıklı ve hasta olmanın toplumsal sebeplerinin daha net ve geniş çaplı analiz edilmesinde de

önemli bir konumda yer almaktadır. Bu kitabın ilk baskısı, sağlığı etkileyen sosyal faktörlerin incelenmesinde yeni bir yol haritası çizen, 20. yüzyılın ilk bilimsel eserlerinden biridir. Bahsi geçen bu sosyal faktörler, kitapta öngörüldüğü gibi ilerleyen zamanlarda herkes tarafından kabul görmüştür. Üçüncü baskı olan bu kitap da aynı argümanın devamını getirmektedir. Kitap, toplumun sizi hasta edebileceği fikrini dile getirmekte ve bunun nasıl olacağını açıklamaktadır.

Revize edilmiş bu kitap, Ocak 2006'daki soğuk, gri, çamurlu ve ıslak bir kış gününde Kanada'daki Montreal Üniversitesi'nde verdiğim bir dersin devamı niteliğindedir. Bu ders, üniversitenin "Alexis de Tocqueville: Amerikan Toplumu Üzerine Sorular" isimli dersler dizisinin bir parçası olarak gerçekleşmişti. Sosyoloji bölümünden Arnauld Sales ve *Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prevention** (GRASP)'dan Andrée Demers, katılımcılara mükemmel ev sahipliği yaptılar. Bu derse hazırlanırken, sağlık sosyolojisinin geçmişine ya da şu anki haline değil, geleceğine odaklanmayı arzulamıştım. Teorinin o anki durumu ve çok katmanlı analizlerdeki istatiksel gelişmeler, sosyologların toplumsal yapının farklı katmanlarının bireylerin sağlığı üzerindeki etkisini daha iyi değerlendirmesini sağladığı aşikârdı. Bunlar sadece gelecekteki çalışmalarda toplumsal yapının üzerine daha çok odaklanılacağının bir göstergesi olmakla kalmamış, aynı zamanda sağlıklı olmaya ya da hasta olmaya yol açan toplumsal mekanizmaların ortaya çıkarılmasına olanak vermiştir. Bu kitap, bu yönde devam etme niteliğinde atılmış bir adımdır.

Bu kitabın hazırlanmasında ve gözden geçirilmesindeki emeği ve yardımlarından ötürü Cambridge, İngiltere'deki Polity Yayınevi'nin sosyoloji alanı editörü Jonathan Skerrett'e teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca yardımcı editör Karina Jákupsdóttir'e de bu kitabın yayım sürecinde sunduğu katkılardan dolayı teşekkür ederim.

* Sağlıklı olmanın ve hastalıktan korunmanın toplumsal tarafları üzerine bir araştırma grubu. (y.h.n.)

Gözü pek bir eleştirmen olan Mike Bury, Royal Holloway Londra Üniversitesi'nde Onursal Sosyoloji Profesörüdür. Kendisi kitabın ilk baskısı için Polity Yayınevi'nde eleştirmenlik yapmıştı. Kitap hakkındaki detaylı yorumları, kitabın tezinin daha keskinleşmesine yardım etmiştir. Mike Bury bir eleştirmenden çok daha fazlasını yaparak, verdiği sayısız isabetli ve sağlam tavsiyelerle bu kitabın yazılmasına büyük katkıda bulunmuştur. Ayrıca Birmingham Alabama Üniversitesi eski doktora öğrencileri Brian Hinote, Jason Wasserman, Carrie Betcher ve Katie McIntyre'e bu kitabın tüm baskıları için sundukları katkılardan dolayı teşekkür ederim. Polity Yayınevi adına bu kitabı inceleyen diğer tüm eleştirmenlere de yapıcı yorumları için keza teşekkür ederim. Bu kitabın yazımında önemli katkı sağlayan Birmingham Alabama Üniversitesi Sosyoloji Bölümü ve Kütüphanesine ve William & Mary Koleji'ne teşekkürlerimi sunarım. Son olarak aralıksız desteğinden dolayı eşim Cynthia'ya teşekkür ederim. İnsanın toplumsal durumunun ne derece entelektüel, sezgisel ve iğneleyici bir gözlemcisi olduğunu defalarca kanıtlamıştır.

William C. Cockerham
Williamsburg, Virginia

1
Sağlıklı ve Hasta Olmanın Toplumsal Sebepleri

Toplumsal faktörlerin insanları hasta etme kapasitesi genel olarak herkes tarafından kabul gören bir durumdur. İnsanlara toplumun onları hasta edip etmeyeceğini sorun, yüksek ihtimalle alacağınız cevap ettiği yönünde olacaktır. Özü itibarıyla toplumsal birer değişken olan stres, yoksulluk, düşük sosyoekonomik konum, sağlıksız yaşam tarzı, kötü hayat ve iş şartları gibi durumlar, insanlar tarafından hastalık sebebi olarak görülmektedir. Ancak stres dışındaki diğer bahsi geçen durumlardan literatürde bahsedilmemektedir. Epidemiyoloji, davranışsal tıp ve diğer sağlık bilimleri alanlarında halk sağlığı üzerine yapılan çalışmalarda toplumsal faktörlere çok az yer

verilmektedir. Genellikle bu tarz toplumsal değişkenler, sağlığı ve hastalığı etkileyen ikincil sebepler olarak sınıflandırılmaktadır (Link ve Phelan, 1995, 2000; Phelan ve Link, 2013). Mesela yoksulluk durumu, hastalığa sebep veren birincil neden olmaktan ziyade insanı hastalığa maruz bırakacak bir etkene yol açan şey olarak görülmektedir. Ancak önceden sanıldığının aksine toplumsal değişkenlerin, insan sağlığına olumlu ya da olumsuz yönde etkisinin çok güçlü olduğu ortaya çıkmıştır. Toplum gerçekten de sizi hasta edebilir ya da aksine iyileştirebilir.

Bu kitabın da amacı, toplumun sağlık üzerindeki etkisini gösteren kanıtları incelemektir. Birçok hastalığın toplumsal etkenlerle bağlantılı olduğu aşikârdır. Yani hastalığın bulaşıcı, genetik, metabolik, kötü huylu ya da dejeneratif olduğuna bakmaksızın toplumsal etkenler, hastalığa maruz kalma derecesini, bağışıklık sisteminin zayıflamasını, hastalık sürecini ve sonucunu etkilemektedir (Holtz vd, 2006). Buna kalp rahatsızlığı, Tip 2 diyabet, felç, akciğer ve rahim ağzı kanseri, HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, akciğer ve böbrek hastalıkları gibi birçok hastalık dahildir. İlk bakışta tamamen fizyolojikmiş gibi gözüken romatizma bile bireyin sosyoekonomik konumuyla bağlantılıdır. Sosyoekonomik konumu kötü olan insanların bu rahatsızlığa maruz kalma riski yüksek olanlardan daha fazladır (Bengtsson vd, 2005; Pederson vd, 2006). Netice itibarıyla bu kitabın ana tezi, toplumsal faktörlerin insan sağlığını sadece etkilemekle kalmadığı, insanın sağlıklı ya da hasta olmasının birincil sebebi olduğudur.

Peki, bu nasıl mümkün olabilir? Birçok hastalığın toplumsal etkenlerle bağlantısı var diye bu, hastalıkların çıkış noktasının o toplumsal etkenler olduğu anlamına gelmez - ya da gelir mi? Hayat şartları, yaşam tarzı, strese neden olan şeyler, normlar, toplumsal değerler ve tutumlar, tabii ki mikrop ve virüs gibi patojen ya da damarları tıkayan kanser hücreleri değil. Fakat laboratuvarda tecrit altında tutulan virüs ve kanser gibi hastalıklar da durup dururken insanı hasta yapmaz. Hastalığa sebebiyet vermeleri için insan vücudunun onlara maruz kalması ve

böylelikle vücudun fizyolojik savunmasının zarar görmesi gerekmektedir. Ancak bu nedenselliği yalnızca biyolojik varlıklara atfetmek, hastalığa sebebiyet veren diğer etkenleri yok saymak demektir. Bu etkenlerin başında bireyi daha en başta hastalığa maruz bırakan toplumsal tutum ve durumlar gelmektedir. Toplumsal faktörler hastalığın başlangıcını tetikleyebilmekte ve böylelikle birçok hastalığın asıl sebebi haline gelmektedir. Bunun en baş iki örneği, koronavirüs ve sigara içmektir.

Koronavirüs

Koronavirüs (COVID-19) 2019 sonbaharında, Çin'in 11 milyon nüfuslu Wuhan şehrinde ortaya çıkmıştır. Koronavirüs, 1918'deki İspanyol gribinden bu yana dünyada görülen en bulaşıcı küresel salgındır. 2020'nin yaz aylarına gelindiğinde 10 milyonu aşkın insanın bu virüse yakalandığı, 500.000'i aşkın insanın bu virüs sebebiyle hayatını kaybettiği ve küresel anlamda ticaretin ve seyahatlerin neredeyse tamamen durma noktasına geldiği kayıtlara geçmiştir. Salgının ölümcül etkilerini yansıtan en son rakamlar bu kitapta yer almamaktadır çünkü salgın süreci bu kitabın yayım sürecinde hâlâ devam etmektedir. Zaten COVID-19'un tarihe geçecek büyüklükte bir salgın olduğunu göstermek için bu rakamlara gerek de yok. Dünyadaki neredeyse tüm ülkeler bu salgından etkilenmiştir. Hava ve deniz yolculukları durduruldu, insanların toplu olarak bir araya gelmesi engellendi, işyerleri ve okullar kapatıldı, devletler tarafından "evde kal" emri yayımlandı, işsizlik tavan yaptı ve 2020 Olimpiyatları ertelendi.

Peki, bu salgında "sosyal" faktörlerin bir rolü var mı? "Sosyal mesafe" (insanlara yaklaşmamak) kuralından da anlaşılacağı üzere, elbette var. Koronavirüs hakkındaki ilk bilgilere göre virüs, Çin'deki yarasalarda ortaya çıkmıştır. Bu yarasalardan da karıncayiyen olarak bilinen canlıya bulaşmıştır. Bunu, yarasalar ve karıncayiyenlerde yapılan genom dizileme testi kanıtlamaktadır. Bu testin sonucuna göre, yarasa ve karıncayiyenlerdeki genom ile virüse yakalanmış insanların genomu neredeyse

aynıdır (Andersen vd, 2020; Zhou vd, 2020). Eğer koronavirüs insanlara bulaşmayıp, varlığını sadece doğadaki yarasalarda ve karıncayiyenlerde sürdürseydi bugün sadece biyolojik bir anomali olarak görülecekti. Ama öyle olmadı. Son yıllardaki kentleşme, küreselleşme ve iklim değişikliği sonucunda doğal yaşam alanlarındaki birçok canlı gitgide daha çok insanla temas etmek durumunda kaldı (Armelagos ve Harper, 2016; Cockerham ve Cockerham, 2010).

Karıncayiyenler de enfekte olunca "sosyal", salgının nedenleri arasındaki yerini aldı. Karıncayiyenler Çin'de çok talep gören bir yiyecek türüdür. Bu tür ve benzeri diğer vahşi hayvanlar, besin olarak tüketilmek üzere Wuhan'daki Huanan Deniz ve Toptan Satış Pazarı'nda satışa çıkmaktadır. Tıpkı 2002-2003 yıllarında Çin'deki vahşi hayvan pazarlarında ortaya çıkan SARS (ağır akut solunum yolu yetersizliği sendromu) salgını gibi koronavirüs de yarasalardan hayvanlara (misk kedisi ve rakun köpeğinden ziyade karıncayiyenlere), hayvanlardan pazar alanındaki insanlara uzanan, benzer bir yol haritası izlemiştir. Yetersiz sağlık ve güvenlik düzenlemelerinin yanı sıra yerel hükümetin bu tarz pazarları denetlemede etkisiz kalması, virüsün yayılmasını kolaylaştırmıştır. Nereden ortaya çıkmış olursa olsun, virüs en sonunda bir insana bulaşmıştı. İlk koronavirüs vakası (sözde "hastalığı yayan ilk kişi?") iddiaya göre Wuhan'ın da içinde yer aldığı Hubei eyaletinde yaşayan 55 yaşındaki bir Çinlide görülmüştü. Bahsi geçen bu şahıs, 2019 Kasım ayının ortalarında, tanımlanamayan bir zatürree türü teşhisi ile hastaneye kaldırılmıştı. Takvimler 8 Aralık'ı gösterdiğinde ise hasta sayısı çoğalmıştı.

Wuhan Merkez Hastanesi'nde göz doktoru olan 34 yaşındaki Dr. Li Wenliang, 30 Aralık 2019'da bazı hastalarının viral enfeksiyon gösterdiğini fark etmese kimse alarm butonuna basmayacaktı. Dr. Li, SARS salgınının yeniden ortaya çıktığını düşünüp, meslektaşlarını sosyal medya üzerinden bu konuda uyardı. Bunun üzerine Wuhan polisi, yalan haber yaydığı gerekçesiyle Dr. Li'yi 2020'nin ilk günlerinde gözaltına aldı.

Serbest bırakılması için söylediklerinin aldatmaca olduğunu belirten bir ifadeyi imzalamak zorunda kaldı. Bundan yaklaşık bir ay sonra (7 Şubat'ta) göz tansiyonu olan bir hastasından koronavirüs kaparak hayatını kaybetti ve pandemi sürecinin gerçek kahramanlarından biri oldu.

23 Ocak 2020'de Wuhan'a giriş çıkışlara yasak geldi ancak o zamana kadar enfekte olmuş Çinliler hastalığı hem tüm ülkeye hem de dünyanın birçok yerine taşımışlardı bile. Wuhan Belediyesi Sağlık Komisyonu, başlarda ağır akut solunum yolu yetersizliği sendromu koronavirüsü 2 (SARS-CoV-2) olarak adlandırılan yeni bir virüs ile başlayan bir salgın hakkında Dünya Sağlık Örgütü'nü 31 Ocak'ta bilgilendirdi. DSÖ, 12 Şubat'ta virüsün ismini COVID-19 olarak değiştirdi. Şubat ayının ortalarına gelindiğinde koronavirüs, Çin'de 90.000'den fazla insana bulaşmış, en az 4.600 kişiyi öldürmüş, turizm ve iş seyahatleri aracılığıyla tüm dünyaya yayılmaya başlamış büyük çapta bir epidemi halini almıştı. Çin hükümeti, halkı evlerine kapatmak için gaddarca önlemler almaya başlamıştı. Tüm ülkeye seyahat yasağı getirildi ve bütün sağlık sektörü virüs üzerinde testler yapmak ve hastaları en iyi şekilde tedavi etmek için seferber edildi. Çin'deki durum, mart ayının ortalarında iyileşmeye başlamıştı.

Fakat başta İran, İspanya ve İtalya olmak üzere değişik ülkelerde ciddi sorunlar ortaya çıkmaya başlamıştı. İtalya'daki problemin kaynağı Çin'deki gibi izolasyon ve seyahat yasağı sürecinin geç başlatılmasıydı. İtalya'daki ilk koronavirüs vakası, Çin'e hiç gitmemiş ve hastalığı başka bir Avrupalıdan kapmış olduğu düşünülen, Kuzey İtalya'nın Lombardiya bölgesinden 38 yaşındaki bir adamda görülmüştü. Koronavirüsün bulaşmış olduğu bu adam, hastaneye yatmayı reddederek evine dönmüş, hastalığı hem birden fazla sağlık personeline hem de aktif sosyal yaşantısı olan bir futbolcu olmasından dolayı çevresindeki diğer insanlara bulaştırmıştı. Virüs o kadar hızlı yayıldı ki 24 saat içinde 36 kişi daha hastaneye yatırıldı ve bunların hiçbiri ilk vakanın görüldüğü kişi ile temas kurmamıştı. Bahar aylarının

sonuna gelindiğinde İtalya'da 234.000 vaka kayıtlara geçmiş, 34.000'den fazla kişi hayatını kaybetmişti. İspanya 287.000 vaka ile İtalya'yı bile geçmişti ancak ölüm sayısı 30.000 ile İtalya'dan azdı. Daha sonra ölüm sayısında birinciliği Birleşik Krallık, en sonunda da Rusya almıştı.

Çok sayıda uluslararası ziyaretçisi ile ABD, virüsten en çok etkilenen ülke olmuştur. Haziranın sonlarına gelindiğinde yaklaşık 2.5 milyon kişi enfekte olmuş, 126.000'den fazlası hayatını kaybetmişti. Ancak pandemi süreci hâlâ devam ettiğinden vaka sayıları günlük olarak değişmektedir ve bu kitap basıldığında sayılar yüksek ihtimalle çok daha fazla olacaktır. Koronavirüs ABD'de ilk olarak Washington eyaletinin batı kıyısında ortaya çıkmış, hemen sonrasında da California'da görülmüştür. Virüsten en çok etkilenen yer, ülke çapındaki vakaların %30'undan fazlasının görüldüğü New York olmuştur. Görünüşe göre virüs New York'a Avrupa'dan gelen bir yolcu vasıtasıyla geldi. Haziranın sonlarında New York'taki 395.000'i aşkın vaka sayısı ABD, Brezilya, Rusya ve Hindistan dışındaki tüm ülkelerden daha fazlaydı. Virüse yakalanma oranı erkeklerde, kadınlara göre daha fazlaydı. Obezite, hipertansiyon, kalp rahatsızlığı, diyabet, bunama, atriyal fibrilasyon ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi sağlık sorunlarına sahip 65 yaş ve üzeri insanların enfekte olma ve hayatını kaybetme riski çok yüksektir. Ülke çapında %20 ölüm oranıyla huzurevleri, bulaşmanın en çok olduğu yerlerdendir. Neyse ki çocuklar, virüsten en az etkilenen gruptu. İtalya'daki yüksek ölüm oranı, ülkedeki yaşlı nüfusun fazlalığından kaynaklanmaktadır. 2019-20 koronavirüs salgını hikâyesinin son sayfası henüz yazılmamıştır ancak enfeksiyonu engellemenin birincil yolunun "sosyal mesafe" ve "evde kal" önlemleri olduğu, virüsü kapmanın ise sosyal yakınlık ile gerçekleştiği koronavirüs, hastalıkların toplumsal etkenlerden kaynaklanabileceğinin en iyi örneklerinden biridir.

Sigara

En çok hastalığa sebep olan alışkanlık, sigara içmektir. Tütün içmek ya da herhangi bir şekilde tütün ürünlerini kullanmak, sağlığa zararlıdır (Cockerham, 2013b). Ağır sigara tiryakilerine yapılan otopsiler sağlıklı, pembe renkte olan akciğer dokusunun gri ve kahverengimsi beyaza döndüğünü göstermektedir. Sigara içmek, dolaşım sisteminin zarar görmesi, sırt ağrıları ve kireçlenme sonucu diz eklemlerinde meydana gelen kıkırdak kaybı gibi insan vücudunda birçok olumsuz sonuca yol açmaktadır. Sigara içmekten kaynaklanan fizyolojik hasar, yanan tütünden çıkan dumanda bulunan tahriş edici ve kanserojen maddenin ("katran") solunum yoluyla akciğerlere ve oradan da kan dolaşımı ile tüm vücuda yayılmasıyla meydana gelmektedir. Akciğer kanserinden hayatını kaybeden insanlar, ciğerlerin oksijeni kana yayma kapasitesini kaybettiğinden boğulacak gibi hissederek, nefes almakta zorluk çekmektedir.

Birleşik Krallık'ta yılda 114.000 kişi sigara içmekten hayatını kaybetmektedir. Daha kalabalık bir nüfusa sahip ABD'de yılda 480.000 kişi sigara içmekten, 41.000 kişi de pasif içicilikten meydana gelen rahatsızlıklardan hayatını kaybetmektedir. Sigara içmek, atardamarları daraltarak ve sertleştirerek kan taşıyan damarlara zarar verir ve parçalanmalarına (anevrizma) neden olur. Bu da kalp krizi ve felce yol açmaktadır. Sigara bağımlılığı çoğunlukla erken ölüme sebebiyet vermektedir. ABD'de sigara içenler, içmeyenlerden ortalama 10 yıl daha az yaşamaktadır. Toplumsal değişkenlerin bu hastalığın sebebi konusunda oynadığı rol nedir? İlk bakışta tüm sebepler biyolojikmiş gibi gözükmektedir: dumandaki katran kansere yol açar ve kan dolaşımına zarar verir. Ancak hastalığın sebebi, sadece katran değildir. Katranın hasara yol açması için önce insan vücuduna girmesi gerekmektedir. Bu durumda ana sebep hem dumanı içine çeken hem de dumanlı hava sahası yaratan insandır. Sigara içmenin toplumsal faktörlere dayanması, tütün kullanımının toplumsal yapıların etkisinden bağımsız, tamamen gelişigüzel ve bireysel bir tercih olmadığını ortaya koymaktadır.

Ancak sigara kullanımı ve bunun gibi diğer riskli davranışlar üzerine yapılan araştırmalar, bu alışkanlıkları toplumsal bağlamda ele almaktan ziyade birey özelinde ele almaktadır. Bu araştırmalara bakılırsa, insanların sigaranın olumsuz etkilerinden korunmak için yapacakları tek şey sigara içmemektir. Eğer sigara içmeyi tercih ederlerse, başlarına gelecekler yalnız onların suçudur. Suçu kurbana atan bu tarz yaklaşımlar, özellikle sosyal durumu dezavantajlı insanların neden sigara içmek gibi sağlığa zararlı alışkanlıklara başvurduğunu açıklamamaktadır. Günümüzde sigara kullanımı, toplumun üst ve orta sınıfında çok azken alt sınıfta çok yaygındır. Sigara kullanımı, 20. yüzyılın başlarında sosyoekonomik statüsü yüksek olan insanlar ile başlamıştı ancak 1960'larda sigaranın zararlı etkileri hakkında yapılan propagandalar ile birlikte sigara içme alışkanlıklarında zamanla değişiklikler yaşanmıştır. Eğitim ve refah seviyesi yüksek olan gruplar, gitgide sigarayı bırakmaya başlamıştır (Antunes, 2011; Cockerham vd, 2017b; Ho ve Fenelon, 2015; Narcisse vd, 2009; Pampel, 2009). 21. yüzyılın başlarına gelindiğinde, sigara içme alışkanlıkları ciddi şekilde değişmiştir.

Mieke Thomeer ve yazar arkadaşlarına (Thomeer vd, 2019) göre sosyal çevre, bir insanın sigara içip içmeyeceğinin belirlenmesi konusunda önemli rol oynamaktadır. Sosyal çevre, bireyin sigara içip içmeyeceğini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Sigarayı bırakmanın ya da bıraktıktan sonra tekrar başlamanın en önemli sebebi, yetişkinlikte değişen sosyal çevredir (farklı iş arkadaşları olan yeni bir işe girmek ya da sevgiliden ayrılmak gibi). Mesela 11 yaşındaki bir çocuk, babasının sigara içişini "havalı" olarak gördüğü için sigara içmeye başlamıştır. Bir kadın, küçükken anneannesinin sigara dumanını suratına üflemesinden dolayı sigaranın kokusuna tahammül edemediğini ve hayatında hiç sigara içmediğini söylemiştir. Bu örneklere bakıldığında, sigara içmenin ya da içmemenin diğer insanlarla bağlantılı olduğu aşikârdır. Ancak ergenlik dönemindeki akran ilişkilerinin, sigarayı bıraktırmaktan ziyade sigaraya başlatmaya

yönelttiği görülmektedir. Steven Haas ve David Schaefer'in ABD'de ülke çapında yaptığı araştırmada (2014: 126) şöyle denmektedir: "Ergenlik döneminde olan bireylerin arkadaş çevresinin etkisi olmadan sigara içmeye başladığı neredeyse hiç görülmemektedir. Ancak bu bireylerin, arkadaşları içmeye devam etse de sigarayı bıraktığı görülmektedir".

Sigara içmenin toplumsal süreci, Jason Hughes (2003) tarafından yıllar önce tanımlanmıştır. Hughes'e göre sigara içmenin beş evresi vardır: (1) sigaraya başlamak, (2) alışkanlık haline getirmek, (3) düzenli içicilik, (4) bağımlılık ve bazıları için (5) sigarayı bırakmak. Birleşik Krallık'ta sigara içenler ve sonradan bırakanlar ile yapılan röportajlara dayanarak Hughes, ilk defa sigara içerken duyulan hissiyatın tatsız bir deneyim olduğunu öne sürmektedir. İlk defa sigara içenlerin çoğu, kusacakmış gibi hissetmektedir. Katılımcılardan biri Hughes'e (2003: 148) ilk sigara deneyimini "iğrenç" olarak nitelendirdiğini ve bu deneyimden duyduğu memnuniyetsizliği dile getirmiştir. Bu, çok önemli bir soruya yol açmaktadır: ilk sigara deneyimi bu kadar kötüyse, insanlar neden sigara içmeye devam ediyor? Hughes'e göre insanlar sigara içmeyi başkalarının bu tecrübeyi onlar için yorumlaması sonucunda öğrenmektedir. Bu süreçte sigara içerken duyulan tatsız his arka plana atılarak duyulması arzulanan his ön plana çıkartılmaktadır. Bir başka deyişle insanlar, dumanı içlerine nasıl doğru şekilde çekeceklerini öğrenmektedir. Hughes'ün çalışmasında (2003: 149) yer alan bir kadın, ilk sigara içme deneyimini şöyle anlatmaktadır: "Gerçekten çok heyecanlıydı. Sanki birden büyümüş gibiydim! Adeta yeni bir şey keşfetmiştim. İnsanların sizin için 'dumanı ne biçim çekiyor, böyle sigara içilmez ki' dememesi için bunu düzgünce yapabilmeyi öğrenmek zorundasınız. Bu bir yetenek işi." Hughes'e göre sigara içmek, başlangıçta diğer insanlarla yapılan bir sosyal aktivitedir. Sigara içmenin çıkış noktası, ergenlik dönemindeki arkadaş çevresidir. Bu dönemdeki gençler, yetişkinlerin ya da kendilerinden yaşça büyük akranlarının davranışlarını taklit eder (de la Haye vd, 2019).

Gençler arkadaşlarıyla "bağ kurmak", onlarla "uyumlu olmak" ve onları "etkilemek" için sigara içerler. Joy Johnson ve yazar arkadaşları (Haines, Poland ve Johnson, 2009; Johnson vd, 2003) Kanada'da gençlerin sigara içmesi üzerine bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmanın sonucunda ergenlik dönemindeki gençlerin sigarayı, başlarda fiziksel bir ihtiyaçtan ziyade sosyal bir ihtiyaç olarak gördükleri ortaya çıkmıştır.

Tütün dumanını soluma arzusundan ziyade arkadaşlarla birlikte vakit geçirilen sosyal çevre, sigara içmenin esas sebebidir. Ergenlik dönemindeki gençler, yalnızken genelde sigara içmemektedir. Ancak yanlarında arkadaşları varken; onlarla sosyal bir bağ kurmak, "kafa" çocuk imajı vermek ve onlarla uyumlu olmak için içmektedirler. Johnson ve diğerlerinin (2003: 1484-6) çalışmasında yer alan üç genç, akran gruplarındaki sigara kullanımını şu şekilde analiz etmektedir:

> Sigara içmek sanki sosyal yaşamlarının doğal bir parçasıymış gibi onsuz yapamaz hale geliyorlar. Sigara içilen çevre, sigaranın kendisi gibi bağımlılık yapıyor. (17 yaşındaki bir kız.)
> İnsanlar sigara içmek zorunda oldukları için değil, başkalarına uyum sağlamak, şekil yapmak ya da keyfi bir başka sebep için sigara içiyor. (17 yaşındaki bir erkek.)
> Bu, sigara içmekten ziyade arkadaş çevresine uyum sağlamakla alakalı. Çünkü insanlar aslında sigara içmek istemiyor. (16 yaşındaki bir erkek.)

Bu gibi görüşler, Hughes'ün (2003) sigara tiryakiliğinin başlangıç evresinin *sosyal* bir deneyim olduğu savını desteklemektedir. Akran gruplarında öğrenilen teknikler gibi sigara içme eylemi de sosyal ilişkileri geliştirmeye, samimiyeti artırmaya ve aidiyet hissini ifade etmeye yaramaktadır. Genç içiciler çok geçmeden, nikotin kullanımının duygusal etkilerinin farkına varmaktadır. Sigara içmek onları sakinleştirmekte ve kaygıyı azaltmaktadır. Ayrıca bunalım, hüzün, korku, yalnızlık ve öfke gibi hisleri de yatıştırmaktadır. Bazı toy içiciler sigaranın tadını sevdiklerini, bazıları ise sigara içmenin yetişkinliğe

geçişi işaret ettiğini düşünmektedir. Birçok insan gençken bir dönem sigara içmiş olsa da bunların çoğu içmeye devam etmemektedir. İçmeye devam edenlerin büyük bir kısmı ise Hughes'ün tanımladığı, sigara içmenin ikinci evresine giriş yapmaktadır. Bu evredeki içici, sigara içmeyi sürekliliği olan bir davranış biçimi haline getirmektedir. Bu tarz içiciler, sigarayı sosyalleşme aracı olarak kullanmanın yanı sıra rahatlamak, keyif almak, stresle mücadele etmek ya da konsantre olmak amacıyla kullanmaktadır. Bu kişiler yanlarında biri olmadan, yalnızken de sigara içmektedir. Kendilerini içici olarak görmeye başlarlar ve sigara içmenin bir hayat alışkanlığı haline geldiği üçüncü evreye geçerken nikotin bağımlılıklarının derecesi gitgide artmaktadır. Bundan sonra gelen dördüncü evrede ise içiciler, kendilerini "normal" hissetmek için sigara içmek zorunda hissetmektedirler. Sigara bağımlısı bir kişi, durumu şu şekilde ifade etmektedir (Johnson vd, 2003: 1488):

> Bu seviyede olay, arzu ya da zevk meselesinin çok ötesinde. Vücudunuz sigaraya öyle bir bağımlı oluyor ki herhangi bir günü sigarayı düşünmeden ya da sigaraya ihtiyaç duymadan geçiremiyorsunuz (19 yaşındaki bir kız).

Sigara kaynaklı bir hastalığa giden bu yol, şöyle şekillenmektedir: Arkadaş çevresindeki sosyal etkileşim, sigaraya başlamaya neden olur. Sigara içmeye düzenli olarak devam edildiğinde bu, bağımlılığa döner ve sağlık sorunu yaşama riskini yüksek oranda artırır. Sigara içen tüm insanlar sigara içmeye bir başkası vasıtasıyla başlamış olmasa da neredeyse hepsi öyle başlamıştır. Sigara içmek kendiliğinden öğrenilen bir şey olsa da çalışmada yer alan bir toy içici, sigara içen başka insanların yanında pratik yapıldığını belirtmiştir (Haines vd, 2009). Bir ya da iki ebeveynin de sigara içtiği ve sigara içen arkadaşlarıyla düzenli olarak sosyalleştiği bir ortamda yetişen çocuklarda sigara kullanımı daha sık görülmektedir. Hemen hemen tüm durumlarda, sigara kullanımı başlangıçta başkalarıyla birlikte gerçekleşen bir davranıştır (de la Haye vd, 2019; Thomeer vd,

2019). Bu neden-sonuç zincirinin başlangıç noktası toplumsaldır. Toplumsal unsurların zincirden çıkarılması durumunda bütün bozulur ve hastalığa giden bu yol tıkanmış olur.

Sigara kullanımı genellikle sosyal ağ vasıtasıyla başladığından, durdurulması da yine aynı ağlar vasıtasıyla sağlanabilmektedir. Bu olasılık, Framingham Kalp Çalışması kapsamında yoğun olarak birbiriyle iç içe olan sosyal ortamlardaki sigara içme alışkanlıkları üzerine araştırma yapan Nicholas Christakis ve James Fowler (2008) tarafından dikkate alınmıştır. Araştırmanın sonucunda, aynı sosyal çevrede birbiriyle etkileşim halinde olan insan gruplarının sigara içmeyi genel olarak birlikte bıraktığı ortaya çıkmıştır. Bunun sebebi, içinde bulundukları sosyal ağdan; yani eşler, kardeşler ve diğer aile üyeleri, iş arkadaşları ve yakın arkadaşlardan gelen kolektif baskıdır. Christakis ve Fowler'a göre sigara içmek, sosyal ve dolayısıyla ortaklaşa gerçekleşen bir davranıştır. Bu yüzden, sigara içen insanlar birlikte içecek kimseyi bulamayınca sigarayı bırakmaktadır. Araştırmanın sonunda şu ifadeye yer verilmiştir: "Sigarayı bırakma kararı, bireyin kendi başına aldığı bir karar değildir. Daha ziyade bu karar, aynı sosyal çevrede bulunan insanların birlikte aldığı kararın bir yansımasıdır" (Christakis ve Fowler, 2008: 2256). Sosyal çevreler gittikçe daha çok sigara içenler ve içmeyenler olarak ikiye ayrıldığından, sigarayı bırakmayanlar sigara kullanımı olmayan çevrelerden dışlanmaktadır. Bu bağlamda yapılan bir diğer araştırma da arkadaş çevresinin sigara kullanımındaki etkisini, ülke çapında doğrular niteliktedir (de la Haye vd, 2019). Sigara içmek söz konusu ise bunun sebebinin sosyal olduğu açıktır.

2019'da ABD'de farklı bir sigara içme şeklinin yarattığı bir kriz meydana geldi. Akciğer rahatsızlığından dolayı hastaneye kaldırılanların ve elektronik sigara içmekten hayatını kaybedenlerin sayısında artış olduğu gözlemlenmiştir. Elektronik sigara içenler, elektronik sigaranın sıvı ısıtarak oluşturduğu aerosolü ciğerlerine çekmektedir. Bu kitap yayımlanırken Columbia Bölgesi'ndeki 50 eyalette yaklaşık 2807 kişi elektronik

sigara içmekten meydana gelen hastalıklar nedeniyle hastaneye kaldırılmış, 68 kişi hayatını kaybetmiştir. Bunun genel sebebi, "kafa" yapan esrarın bir türevi olan THC* ile birlikte elektronik sigarada bulunan E vitamini asetattır. E vitamini asetatı, THC yağını sulandırmakta kullanılmaktadır, bu sebeple fazla miktarda kullanımına gereksinim duyulmadığından elde edilen kârı artırmaktadır. Ancak bu vitamin ısıtıldığında, akciğer astarını yakmaktadır. Başlangıçta elektronik sigaralar, insanlara tütün ürünü kullanmayı bırakmaları konusunda yardımcı olmak amacıyla üretilmişti. Ancak işin içine "meyve" aromaları girince, çok sayıda genç ve yetişkin elektronik sigara içmeye başladı. Elektronik sigara kullanımından kaynaklanan akciğer hastalıkları, en çok bu gruplarda görülmektedir.

Sigara içmek, kötü beslenme, spor yapmamak ve içki içmek gibi benzer kötü davranışları da tetiklemektedir (Burdette vd, 2017; Cockerham, 2005; Edwards vd, 2006; Lawrence, 2017; Lawrence, Mollborn ve Hummer, 2017). Ayrıca sınıf ve toplumsal cinsiyet gibi toplumsal faktörlerin sigara kullanımı gibi sağlığa etki eden davranışları olumlu ya da olumsuz yönde etkilediğinin göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Toplumsal süreçlerin sigara içmekten kaynaklanan sağlık sorunlarında pay sahibi olmadığını iddia etmek ya da bu sorunlardaki etkisini küçümsemek, bu tür araştırmalarda varılan sonuçların eksik olmasına yol açmaktadır.

Biyomedikal Model

Toplumsal faktörlerin sağlıklı ya da hasta olmanın nedenleri üzerine yapılan çalışmalarda genellikle göz ardı edilmesi, biyomedikal modelin hastalığın kavramsallaştırılmasında ne kadar yaygın olduğunu göstermektedir. Biyomedikal model, her hastalığın belirli bir patojenik kökeni olduğu ve hastalığa sebep olan şeyi ortadan kaldırmanın ya da kontrol altına almanın tıbbi yöntemlerle sağlanabileceği fikrine dayanmaktadır. Bu

* Tetrahidrokannabinol'ün kısaltması, hintkenevirinde bulunan analjezik madde. (y.h.n.)

da belirtileri hafifletecek ya da iyileştirecek bir ilaç kullanmak demektir. Kevin White'a göre (2006) bu, Batı toplumu tarafından sorgusuz sualsiz kabullenilmiş, her hastalığın tedavisinde uygulanan bir yöntem haline gelmiştir. Bu fikre göre hastalık; bir mikrop, virüs, kanser veya kalıtsal hastalıklardan kaynaklanan sebeplerden vücutta hasara yol açan, düpedüz fiziksel bir olguymuş gibi değerlendirilmektedir. White'a göre (2006: 142) "Birçoğumuzca hasta olmak, sosyal hayat ile ilgisi olmayan, doğal bir biyokimyasal süreç [olarak düşünülmektedir]". White, bu görüşün günümüzde tıbbi olarak nadiren geçerli olsa da varlığını hâlâ sürdürdüğünü vurgulamaktadır.

Tedavide biyomedikal model kullanma ısrarı şüphesiz bu modelin bulaşıcı hastalıkların tedavisinde gösterdiği başarıya dayanmaktadır. Mikrobiyoloji, biyokimya ve diğer benzer alanlarda yapılan araştırmalar, birçok hastalığı etkili bir şekilde tedavi eden çeşitli ilaçların ve ilaç merkezli tedavi yöntemlerinin bulunmasını sağlamıştır. Bu yaklaşım, ilaçların vücuda "sihirli kurşunlar" misali enjekte edilerek hastalığı iyileştirdiği düşüncesinin hâkim olmaya başladığı tıpta kullanılan ana tedavi yöntemi haline gelmiştir. İngiliz tarihçi Roy Porter'ın bir zamanlar (1997: 595) dediği gibi "Temel araştırmalar, klinik bilim ve teknolojinin yaptığı işbirliği, modern tıbbın günümüzde geldiği son noktayı şekillendirmiştir. Önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Neredeyse her hastalık için bir şeyler yapılabilmektedir. Bazıları tamamen iyileştirilebilmektedir." Özellikle diyet, konutların iyileştirilmesi, halka açık yerlerin temiz tutulması ve kişisel temizlik gibi gelişmeler, bulaşıcı hastalık riskini büyük ölçüde azaltmaya yardım etmiştir. Epidemiyoloji doktoru Thomas McKeown (1988), bu yöntemlerin 19. yüzyılın ikinci yarısında su ve besin kaynaklı hastalıklara karşı daha etkili olduğunu gözlemlemiştir.

Fakat yaşam standartlarında meydana gelen iyileşmenin sağlıklı yaşama katkıda bulunması ve ölüm oranlarını azaltması doğal bir sonuç olduğu için McKeown'un tezi, biyomedikal modele karşı bir görüş olarak zayıf kalmaktadır. McKeown

ayrıca sağlık politikasında meydana gelen değişiklikler ve yapılan reformlar gibi çeşitli toplumsal faktörleri göz ardı ederek yalnızca bireye odaklanması yüzünden de eleştirilmektedir (Nettleton, 2020). Yine de sağlık politikasında yapılan reformlar ve biyomedikal yaklaşımların yanı sıra yaşam standartlarında ve çalışma koşullarında genel olarak gerçekleşen iyileşmeler, bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasına önemli katkıda bulunmaktadır. 1960'ların sonuna gelindiğinde çocuk felci ve çiçek hastalığı gibi bulaşıcı hastalıklar tamamen ortadan kalkmıştı ve dünyanın birçok bölgesinde bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alınmaktaydı. Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması, insan ömrünü uzatmıştır. Ancak bu sefer de bulaşıcı hastalıkların yerini, tedavisi olmayan kronik hastalıklar almıştır. Bu epidemiyolojik dönüşüm ilk olarak endüstrileşmiş uluslarda yaşanmış ve daha sonra tüm dünyaya yayılmıştır. Bu dönüşüm sonucunda kanser, kalp hastalıkları ve felç gibi kronik hastalıklar, en çok ölüme yol açan sağlık sorunları haline gelmiştir. Porter'ın da (1997) gözlemlediği gibi kanser, Antik Yunan ve Roma döneminden bu yana vardır ancak insan ömrü uzadıkça gitgide daha yaygın bir hastalık haline gelmiştir.

Epidemiyolojik dönüşüm kuramı, bu gelişmeyi açıklamaktadır. Bu kurama göre bazı hastalıklar, belirli tarihsel dönemlerde diğer hastalıklara göre daha yaygındır (Omran, 1971). Epidemiyolojik dönüşüm kuramı, başlıca ölüm sebeplerini üç evreye ya da "çağa" ayırmaktadır: (1) Başlıca ölüm nedenlerinin bulaşıcı ve paraziter hastalıklar olduğu, en eski çağlardan 1800'lere kadar uzanan "Veba ve Kıtlık Çağı"; (2) 1800'lerin başından 1960'a kadarki süreçte hijyen, sanitasyon, beslenme, kamusal sağlık önlemleri ve yaşam standartlarında yapılan iyileştirmeler ile birlikte tıpta kaydedilen ilerlemeler sayesinde meydana gelen kitle bağışıklığı, antibiyotikler, gelişmiş cerrahi yöntemler ve bunlar gibi diğer yeniliklerle bulaşıcı ve paraziter hastalıkların kontrol altına alındığı "Salgın Hastalıkların Kaybolma Çağı"; ve (3) 1960'larla birlikte başlıca ölüm nedeni haline gelerek bulaşıcı hastalıkları önemsiz kılan, kalp ve damar

hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıkların egemenliğinde geçen "Dejeneratif ve İnsan Kaynaklı Hastalıklar Çağı". Kalp hastalıklarıyla (Cockerham, Hamby ve Oates, 2017c) ve kanserle (Hiatt ve Breen, 2008) yaşam tarzı, stres ve çevresel tehlikeler aracılığıyla olan bağlantısından dolayı toplumsal faktörler, üçüncü evrede daha çok öne çıkmaktadır.

Bu kuram, 1970 ve 1980'lere kadar süregelen epidemiyolojik trendlerin temsili bir özeti niteliğindedir. 1980'den sonra ise kalp ve damar hastalıklarından kaynaklanan ölümlerde şaşırtıcı derecede hızlı bir düşüş yaşanmıştır. Bunun akabinde, 1990'ların sonu ve 2000'lerin başında Batı Nil virüsü, SARS, Ebola ve Zika virüsü gibi yeni bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkmıştır (Armelagos ve Harper, 2016). Yaşanan bu gelişmeler, kuramda bazı değişikliklerin yapılmasına sebep olmuştur. Bu değişiklikler şöyledir: beklenmedik ve ölümcül bir şekilde ortaya çıkan yeni bulaşıcı hastalıkların üçüncü evreye eklenmesi, bireysel davranışların ve yaşam tarzlarının başlıca ölüm nedenleri olarak kalp hastalıkları ve kanserin yanına eklendiği (Rodgers ve Hackenberg, 1987) "Melez [ya da Karma] Çağı", kalp hastalıkları ve kanser gibi kronik hastalıkların çok yaşlı insanlar dışında ölümle sonuçlanmadığı (Olshansky ve Ault, 1986) "Tehirli Dejeneratif Hastalıklar Çağı" ya da kalp hastalıklarının tedavisinde yaşanan gelişmelerin ölümleri azaltmaya ve insan ömrünü uzatmaya devam ettiği (Meslé ve Vallin, 2006) "Kardiyovasküler Devrim Çağı" gibi dördüncü evrelerin yaratılması.

Henüz netleşmeyen dördüncü evrede toplumsal faktörler; ister riskli davranışların başlıca ölüm nedeni olduğu "Melez (Karma) Nedenler", ister yaşlanmanın biyolojik etkileri veya sosyal stres ve sağlıksız yaşam tarzı sonucunda vücutta meydana gelen fiziksel "aşınmanın" yaşandığı "tehirli dejeneratif hastalıklar" ister kalp hastalıklarıyla olan bağlantısı sebebiyle sağlıklı yaşam tarzının ölüm oranlarının belirlenmesinde önemli rol oynadığı "Kardiyovasküler devrimde" olsun, her durumda çok önemli bir role sahiptir. Bu, yeni dördüncü ev-

rede sigara kullanımı, obezite, sağlıksız davranışların yanı sıra iklim değişikliği ve Zika virüsü ve koronavirüs (COVID-19) gibi yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların rolü muhtemelen çok önemli olacaktır. Yeni ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar, birinci evre olan "Veba ve Kıtlık Çağına" kısmi bir dönüşü simgelemektedir. Bu da epidemiyolojik dönüşüm kuramının ne kadar gözden geçirilmeye ihtiyaç duyduğunu göz önüne sermektedir. Kesin olan şu ki epidemiyolojik dönüşümün şu anki evresi, iyi ya da kötü davranış pratiklerinin sağlıklı olmaya veya hasta olmaya yol açtığını göz ardı etmemelidir.

Kalp hastalıklarına gelecek olursak Porter (1997: 585), önde gelen bir İngiliz doktorun kalp hastalıkları nedeniyle ölümlerin "görece nadir" olduğu yönünde 1892 yılında yaptığı yoruma dikkat çekmektedir. Ancak bu gözlem yapıldıktan sonraki 30-40 yıl içinde kalp hastalıkları, insan ömrünün uzadığı Batı toplumlarında başlıca ölüm nedeni haline gelmiştir. Bunun üzerine yeni tanısal teknikler, ilaçlar ve kalp nakli, by-pass ameliyatı, anjiyoplasti gibi cerrahi ameliyat yöntemleri geliştirilmiştir. Porter'a göre bunlara ek olarak sigara kullanımı, kötü beslenme, obezite, spor yapmama ve yaşam tarzında yaşanan değişiklikler hakkında halkın bilinçlenmesini sağlamak, kalp ve damar hastalıklarını azaltma yolunda önemli bir etken olmaktadır.

Kronik hastalıklara doğru yaşanan geçiş, tıbbın bireyin "tüm" sağlık sorunlarıyla aynı anda mücadele etmesine neden olmuştur. Böylelikle durum, virüs gibi biyomedikal modele uyan tekil hastalık nedenlerinin ötesine geçmiştir. Porter'ın da vurguladığı gibi 20. yüzyıl, kronik hastalıkların tedavisine en çok kaynak ayrılan dönem olmuştur ancak bu, kronik hastalıkların ortadan kalkmasını sağlayamamıştır. Porter, konuyla ilgili şunları söylemiştir (1997: 594): "Kronik hastalıkların ortadan kaldırılmasındaki başarısızlığın sebeplerinden biri akut infeksiyöz hastalıkların ortadan kaldırılmasında başarılı sonuçlar elde eden 'mikrop avcısı' stratejisinin, kronik ve dejeneratif rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmaya uygun olmamasıdır."

Netice itibarıyla modern tıbbın, tedavide kullanılmak amacıyla bireylerin sosyal davranışları üzerine eğilme ihtiyacı gitgide daha da belirginleşmiştir. Porter'a göre tıbbi uygulamalarda sosyal faktörlerin göz önünde bulundurulması fikri yalnızca yeni bir "bütünsellik" yaratmaya çalışan radikal düşünürler tarafından değil, ayrıca insan vücudunu mekanik bir modelmiş gibi tedavi edilmesinin gerçekten sağlıklı olmayı sağlamayacağını düşünen, tıp alanındaki birçok saygın kişilerce de savunulmaktadır. Porter şunları vurgulamaktadır:

> 1900'larda hastalıklar, biyolojik olduğu kadar toplumsal birer olgu olarak da kavramsallaştırılmaya başlanmıştır. Böylelikle istatiksel, sosyolojik ve psikolojik - hatta politik olarak algılanmaya başlanmışlardır. Tıbbi yaklaşımlar, gelir, yaşam tarzı, beslenme, alışkanlıklar, istihdam, eğitim ve aile yapısı gibi psikososyal ögeleri de içinde barındırmak zorunda kalmıştır. Tıp, kitle toplumuyla olan mücadelesini ancak bu şekilde verebilirdi.

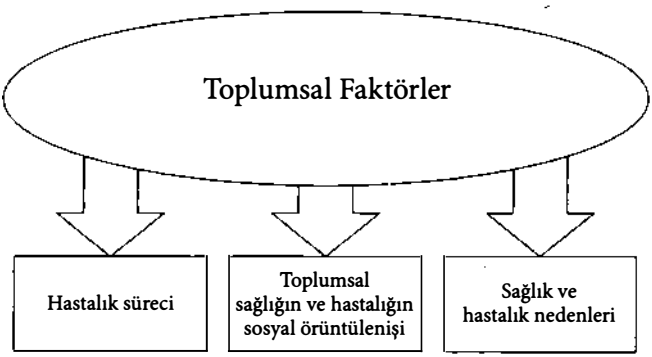
Çağdaş tıp insanları artık tabiri caizse "yaşamsal sorunlar" olarak tanımlanan birçok sağlık sorununu da tedavi etmektedir. Bu sorunlar, özünde toplumsal ve günlük hayatın parçası olan birçok sebepten kaynaklanabilmektedir. Bunlara, sağlığa ya da hastalığa yol açan sınıf, hayat şartları ve sosyal sermaye gibi toplumsal faktörler dahildir. Buradaki nedensellik ilişkisi, bu faktörlerin bireyin sağlıklı ya da sağlıksız bir yaşam sürmesine etki yapmasından kaynaklanmaktadır. Mesela, yeni doğan bebeklerde görülen düşük doğum ağırlığını düşünün. Bu bebeklerin sağlık sorunları yaşama riski, normal ağırlıkta doğan bebeklere nazaran daha fazla, doğum sonrası dönemi atlatma oranları ise daha düşüktür. Bu durum üzerinde araştırma yapan Dalton, Conley, Kate Strully ve Neil Bennett'e (2003) göre eğer aynı durumda olan yüksek gelirli ve düşük gelirli iki aileyi düşünecek olursak, her bir ailenin düşük doğum ağırlıklı bir bebek sahibi olmaya olan biyolojik yatkınlığı %20'dir. Ancak daha iyi beslenme ve doğum öncesi bakım sağlayabileceğinden dolayı yüksek gelirli ailenin bu biyolojik yatkınlığa karşı verdiği

mücadeleyi kazanma ihtimali çok daha yüksektir. Bu örnekte de görüldüğü üzere yüksek gelir gibi daha iyi eğitim, yaşam standardı, iş fırsatı, sağlık hizmeti, iyi beslenme ve diğer sağlıklı yaşam pratiklerine fırsat veren toplumsal faktörler, biyolojik riskleri tersine çevirmektedir. Bahsi geçen iki grup için de toplumsal faktörler bir neden-sonuç ilişkisi doğurmaktadır. Biyolojik riskler, yüksek gelirli ailede ortadan kalkarken düşük gelirli aile için risk oluşturmaya devam etmektedir. Dahası, düşük gelir gibi yetersiz eğitim, düşük yaşam standardı, işsizlik, yetersiz sağlık hizmeti ve kötü beslenmeye yol açmanın yanı sıra sigara ve alkol bağımlılığına sebep olan toplumsal faktörler, ihtimal dahilinde olan biyolojik risklerin gerçeğe dönmesine neden olmaktadır.

Toplumsal faktörler insanın sadece hasta olup olmayacağını değil, ayrıca toplumun genel olarak nasıl bir sağlık modeline sahip olacağını ve insanların hastalıkları nasıl geçireceğini de şekillendirmektedir. Toplumsal faktörlerin sağlığa ve hastalığa olan bu direkt etkileri, şekil 1.1'de gösterilmiştir. Tabloda ilk vurgulanan şey, toplumsal faktörlerin hastalık sürecini şekillendirdiğidir. Bunu, kişinin ilaçlara ve tedaviye olan erişimini, yaşadığı çevrenin iyileştirici veya zararlı olmasını ya da alacağı sağlık hizmetinin iyi mi yoksa kötü mü olacağını belirleyerek şekillendirir. Yani toplumsal faktörler, bireyin gösterdiği belirtilerin azalmasında ya da artmasında belirleyicidir. Tabloda vurgulanan ikinci şey, toplumsal faktörlerin toplumun genelini kapsayacak şekilde bireylerin hastalık ve sağlık durumlarını belirleyen, yapısal olarak işleyen bir kılavuz olmasıdır. Bu, toplum sağlığı üzerine belli dönemleri ve belirli coğrafi bölgeleri kapsayacak şekilde yapılan araştırmalarda görülmektedir (Hummer ve Hamilton, 2019). Ortaya çıkan bu modeller; gelir, eğitim, ırk ve toplumsal cinsiyet gibi toplumsal değişkenlerin hastalık ve sağlık bağlamında bireylerin profilini belirlemedeki etkisini ortaya koymaktadır.

Tabloda vurgulanan üçüncü şey ise bu kitabın konusudur: sağlığın ve hastalığın toplumsal nedenleri ya da belirleyici

faktörleri. Bu konu, bu ve bundan sonraki bölümlerde detaylı olarak ele alınmaktadır. Toplumsal faktörler, hastalık etkeni ya da sebebi olarak insan sağlığı üzerinde yadsınamaz bir etkiye sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre (2011) sağlığı etkileyen toplumsal faktörler "bireyin dünyaya geldiği, yetiştiği, çalıştığı, yaşadığı ve yaşlandığı koşulların yanı sıra günlük hayat şartlarını da şekillendiren sistemler bütünüdür." Sağlığa etki eden faktör olarak "toplumsal"; bireylerin, ailelerin, belli grup ve toplulukların sağlığını olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyen sosyal pratikler ve koşullar (eşitsizlik, yaşam tarzı, hayat ve çalışma koşulları, yaşanılan çevrenin niteliği, yoksulluk ve çevre kirliliği gibi), sosyoekonomik konum, sosyal stres ve ırk ayrımcılığının yanı sıra ekonomik (işsizlik gibi), politik (devlet politikaları, hükümet programı ve sağlık sigortası ayrıcalıkları gibi) ve dini (dindarlık, sigara ve içki yasağı gibi) etkenlere gönderme yapmaktadır (Cockerham vd, 2017c). Toplumsal faktörler hastalıklara ve sakatlıklara yol açabileceği gibi hastalıkların önlenmesine ve sağlığın korunmasına da katkı sağlayabilmektedir.



Şekil 1.1 Toplumsal faktörlerin hastalığa ve sağlığa doğrudan etkileri

Mesela tüm toplumlarda toplumsal hiyerarşiler bulunmaktadır. Bu hiyerarşilerde üst katmanda yer alanlar genellikle sağlıklı ve uzun ömürlü olurken, alt katmanda yer alanlar erken yaştan itibaren hastalıklarla boğuşmak durumundadır. İki kat-

man için de bu akıbet, onlar dünyaya gelmeden belirlenmiş, tabiri caizse bir alın yazısı gibidir. Çünkü hiyerarşiyi oluşturan sosyal katmanların sahip olacakları yaşam tarzı, hayat şartları ve fırsatlar zaten önceden belirlenmiş durumdadır.

Kanıt Unsurları

Sağlığı etkileyen toplumsal faktörler hakkında kanıt toplamak, sosyolojik olan ile biyolojik olanı birbiri ile ilişkilendirmenin güçlüğü sebebiyle zor bir iştir. İkisinin yarattığı etkiler, genellikle iç içe geçmektedir. Bu iç içe geçme, biyoloji ve sosyokültürel deneyim arasındaki çizginin bulanıklaştığı, içinde bulunduğumuz post-genomik araştırma çağında gözler önüne serilmektedir. Epigenetik, 2003 yılında tamamlanan İnsan Genom Projesi'nden bu yana büyük çaplı bir gelişim yaşamıştır. Epigenetik, hücredeki genotipler (bir hücrenin DNA dizilimi) ile fenotipler (nitelik) arasındaki ilişkinin üzerine çalışmaların yapıldığı bir bilim dalıdır. Toplumsal epigenetik, toplumsal fenotiplere odaklanmaktadır (Bliss, 2018). İtalyan biyososyolog Maurizio Meloni'ye göre (2019: ix) epigenetiğin yükselişi, "[mevcut düşünce yapısında] biyolojiye takılı kalmış fikirlerden, biyolojik materyallerin başka faktörlerden nasıl etkilendiğine geçiş" ile sonuçlanmıştır. Bu gelişme, toplumsal faktörlerin insan vücudunun biyolojik işleyişine ve dolayısıyla insan sağlığına ne denli etki edebileceğini, eskiye nazaran çok daha fazla göz önüne sermektedir.

Meloni ve diğer yazarlara (Bliss, 2018; Freese, 2008) göre biyoloji ve toplumsal etkenler arasına kalın bir sınır çizen sözde "doğrular", günümüzde hükmünü kaybetmiş demode düşüncelere dönüşmüştür. Bunların arasında kalıtım ve yaşanan çevre, genler ve davranış, doğuştan gelen ve yetiştirilme biçimi arasına çekilen net çizginin yanı sıra ırkın toplumsal bir inşa olmasından dolayı biyolojik gerçeklikle ilgisinin olmaması gibi düşünceler bulunmaktadır. Fakat biyolojik ve toplumsal olan arasında bariz bir neden-sonuç ilişkisi vardır ve her bir tarafın öteki üzerindeki etkisi yadsınamayacak kadar fazladır.

Jeremy Freese'in (2008: S13) de vurguladığı gibi "*genlerden kaynaklanan etkenler, insan vücuduna direkt etki etmektedir*" [kaynakta da italik yazılmıştır]. Yani bireyin fizyolojik ve davranışsal işlevi, gen kaynaklıdır. Ancak bu işlevler aynı zamanda sosyal çevrenin de etkisi altındadır. Sosyal çevre, bireye etki eden genetik faktörleri bastırabilir ya da daha da belirginleştirebilir. Böylelikle çevre, birçok bedensel duruma etki eden bir konumda yer almaktadır (Horwitz, 2017: 131). Freese'e göre (2008: S28) "Genetik kaynaklı etkenler, toplumsal faktörlerle bir rekabet içinde değildir, aksine onların bir ürünüdür".

Sosyal çevre, belli gen ürünlerinin oluşturulup oluşturulmayacağı, oluşturulacaksa bunların hangi bağlamda, ne biçimde olacağının belirlenmesinde tetikleyici rol oynamaktadır (Bell ve Figert, 2015; Horwitz, 2017; Shostak ve Moinester, 2015). Avshalom ve meslektaşları tarafından gerçekleştirilen (2003), bu alanda önde gelen çalışmalardan biri olan araştırmaya göre 5-HTTLPR geninin kısa aleli (bir genin alternatif biçimi) stresli çevreden etkilenmişse, bu genin bir ya da daha fazla kopyasına sahip bireyler, kısa alel barındırmayan bireylere kıyasla depresyona daha çok yatkındır. Diğer taraftan, iki uzun alele sahip olan bireyler ise stresli durumlardan kaynaklanan genetik etkilere karşı genellikle bağışıklık göstermektedir.

Sağlık sosyologları tarafından bahsi geçen bu çalışmaları takiben yapılan araştırmalar, toplumsal değişkenlerin insan vücudu üzerindeki fizyolojik etkilerini gözler önüne sermektedir. Örneğin Chioun Lee ve meslektaşları (Lee, Coe ve Ryff, 2017), ağır çocuk istismarına maruz kalan bireylerin yetişkinlik döneminde ciddi fizyolojik bozukluklar yaşadığını ileri sürmüştür. Araştırmadan elde edilen bu sonuç, ABD'de yaşayan ve İngilizce konuşan insanlardan elde edilen veriler ışığında ortaya çıkmıştır. Bu bireylerden elde edilen; yaşadıkları sosyal çevrenin özellikleri, çocukken gördükleri kötü muamelenin seviyesi ve biyobelirteçler [*biomarkers*] gibi verilere, idrar ve kan testi, kan basıncı, hormonal aktivite ve benzeri biyolojik göstergeler ışığında, bir klinik araştırma merkezinde ulaşıl-

mıştır. Lee ve diğerlerine (2017: 374) göre "çocukken aşırı ya da kronik istismara maruz kalan bireyler, birincil stres sistemlerinden (HPA aksı ve SNS) anormal seviyede hormon salgılamaktadır. Bu, vücutta stres fizyolojisiyle ilintili olan diğer sistemlerdeki kötü biyolojik profillerden (kan şekeri regülasyonu, lipid metabolizması, kalp ve damar işlevi, bağışıklık yetisi) kaynaklanmaktadır." Bulgular, sosyoekonomik olarak dezavantajlı bireylerin en yoğun stres yaşayan grup olduğunu göstermektedir.

Yapılan diğer araştırmalar, erken yaşta yaşanan sosyal sıkıntıların biyolojik yaşlanmayı hızlandırdığını (Simmons vd, 2019), sosyal eşitsizliğin siyahi kadınlarda daha çok kilo almaya yol açtığını (Hargrove, 2018) ve çocukluk döneminde maruz kalınan kronik stresin siyahilerde ve Latin Amerikalılarda düşük dereceli inflamasyon riskini artırdığını (Schmeer ve Tarrence, 2018) göz önüne sermektedir. Ayrıca evli ve belli sosyal grupların parçası olmanın, stres altındayken şiddetli derecede nikotin özlemi çekmeye genetik yatkınlığı bulunan erkeklerdeki nikotin bağımlılığı riskini azalttığı (Perry, 2016) gözlemlenirken, aileden alınan güçlü sosyal desteğin alkole olan genetik yatkınlığı ortadan kaldırdığı ortaya konmuştur (Pescosolido vd, 2008). Tüm bu araştırmalarda bahsi geçen sosyal sıkıntı, eşitsizlik, çocukluk dönemi stresi, medeni hal, grup üyeliği ve aile desteği gibi ögeler, müşterek bir şekilde bireylerin yaşamını etkileyen toplumsal faktörlerdir.

Bunlara ek olarak elde edilen başka bulgulara göre dezavantajlı sosyal durumdan kaynaklanan kronik stresin sosyoekonomik statüsü (SES) düşük olan çocuklarda hücre yaşlanmasında çok erken yaşlarda farklılıklara neden olduğu, böylelikle erken yaşlanmaya yol açtığı görülmektedir (Needham vd, 2012). Yapılan diğer araştırmalar, sosyoekonomik statüsü düşük olan bireylerde strese bağlı olarak ileri yaşlarda allostatik yüklenmeye* maruz kalma olasılığının sosyoekonomik statüsü yüksek

* Uzun süre strese maruz kalmanın sonucu olarak beden ve zihinde oluşan aşırı yıpranma hali. (y.h.n.)

olanlara göre çok daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Dahası, içinde bulundukları kötü yaşam koşulları, alt sınıftaki bireylerin sağlığına gitgide daha da çok olumsuz etkide bulunmaktadır (Das, 2013; Gruenewald vd, 2012; Seeman vd, 2008). Allostatik yüklenme, kronik strese neden olan durumlara tekrar tekrar adapte olmaya çalışan insan vücudunda meydana gelen ve giderek etkisini artıran yıpranma ve aşınmadır. Aşırı allostatik yüklenmeden kaynaklı oluşan erken yaşlanma belirtileri, Arline Geronimus tarafından "çürüme" olarak tanımlanmıştır. Geronimus ve meslektaşları (Geronimus vd, 2006, 2015) ezilen ve ırkçılığa maruz kalan Afrikalı Amerikalılar ve Detroit'teki yoksul semtlerde yaşayan ve birçok zorlukla mücadele eden gruplarda yaptıkları araştırmalarda çürüme hipotezini destekleyen kanıtlar bulmuştur. Detroit'in yoksul semtlerinde yaşayanlar üzerinde yapılan araştırmada, vücuttaki telomer uzunluğunun yoksullarda zenginlere kıyasla daha kısa olduğu ve böylelikle stresle bağlantılı biyolojik yaşlanma riskinin çok daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Telomerler her bir DNA zincirinin ucunda bulunurlar ve işlevleri, kromozomları korumaktır. Doğal olarak, zamanla kısalırlar ve bu da hücrelerin yaşlanmasına yol açar. Ancak telomerlerin normalden daha önce kısaldıkları ve erken yaşlanmaya ya da yıpranmaya neden oldukları da olur. Bunun sebebi, kronik strestir.

Sosyal durumlar yalnızca genetik ve allostatik yüklenme gibi biyolojik olguları değil, ayrıca sınıfsal farklılıklar ve yaşam koşulları bağlamında genel olarak sağlığı da olumlu ya da olumsuz şekilde etkilemektedir. Adam Lippert'a (2016) göre yaşanılan muhit, obezite konusunda belirleyicidir. Devamlı olarak yoksul muhitlerde yaşayan gençlerin yetişkinlik dönemine geldiklerinde obez olma ihtimali, refah seviyesi yüksek muhitlerde yaşayan gençlere göre daha yüksektir. Yoksul muhitlerden ayrılmak, yetişkinlikte obez olmayı engellerken bu muhitlere taşınmak ya da bu muhitlerde yaşamaya devam etmek ise obez olma riskini yükseltmektedir. Toplumsal farklılıklar ve insan sağlığı arasındaki neden-sonuç ilişkisi böylece bir kez daha gözler önüne serilmektedir.

Toplumsal faktörlerin neden-sonuç ilişkisiyle olan bağlantısı, bu faktörlerin geleneksel aracı-konak-çevre epidemiyolojik üçgeninde oynadığı farklı rollerden de gözlemlenmektedir. Aracı, hastalığa doğrudan yol açan, birincil sebeptir. Aracılar biyolojik, besinsel, kimyasal, fiziksel ve sosyal olabilir. Konak ise aracıya ve içinde aracının da bulunduğu, sağlığı iyi ya da kötü şekilde etkileyen dış kayaklı toplumsal faktörlerden oluşan çevreye karşı duyarlı olan insandır. Konak, hem aracıdan hem de çevreden kolayca etkilenebilmektedir. Sınıfsal konum, meslek, yaşanılan muhit ve yaşam tarzının insan sağlığına olan etkisinden de görüleceği üzere aracılar, sosyal faktörlerden de oluşabilmektedir. İnsan konaklar hem sosyal (alışkanlıklar, gelenekler, normlar ve yaşam tarzları) hem de biyolojik (yaş, cinsiyet, bağışıklık derecesi ya da hastalığa direnmeyi sağlayan veya yenik düşmeye sebep olan diğer fiziksel özellikler) niteliklerin bir yansımasıdır. Çevresel faktörler yalnızca fiziksel niteliklerden değil; ayrıca yoksulluk, sağlıksız yaşam koşulları, sosyal ilişkiler, normlar, değerler ve belirli toplumsal bağlamlarda gerçekleşen etkileşim biçimlerinden oluşan sosyal niteliklerden de oluşmaktadır.

Sağlıkla ilgili yaşam tarzları, olumlu ya da olumsuz sağlık sonuçları doğuran toplumsal mekanizmalar olarak öne çıkmaktadır. Anthony Giddens'a göre (1991: 91) yaşam tarzı, ergonomik ihtiyaçları karşılayan ve sınıfsal konum gibi anlatılara ya da kimliksel ifadelere somut biçim veren bir pratikler bütünüdür. Yoksul da olsa herkesin bir yaşam tarzı vardır.

Yaşam tarzı, sağlık konusunda birçok rol oynamaktadır. Yaşam tarzı, birey (konak) için belirli bir ortamda (çevre) normatif olan, kolektif bir davranış şeklidir (aracı). Üçüncü Bölüm'de de bahsedileceği gibi yaşam tarzı, çocukluktan yaşlılığa uzanan süreçte bireyin sağlığı ve ömrü konusunda belirleyicidir (Burdette vd, 2017; Cockerham, 2013b; Mollborn ve Lawrence, 2018). Netice itibarıyla diyebiliriz ki bireyin yaşadığı sağlık sorunlarının tek suçlusu biyolojik faktörler değildir. Önümüzdeki bölümlerde ele alınacak diyabet ve HIV/AIDS

örneklerinde de görüleceği üzere birçok durumda belirleyici olan şey, toplumsal faktörlerdir.

Diyabet

Diyabetin önemi ABD'de gitgide artmaktadır. Sağlığa hiçbir etkisi olmayan, yalnızca toplumsal bir etiket olarak görülmesinin aksine ırk faktörünün diyabet konusunda arz ettiği önem açıktır. Sağlık konusunda ırkı Amerikan toplumunda en önemli faktörlerden biri yapan şey, ırkın refah ve yoksulluk konusunda belirleyici olmasıdır. Her sosyoekonomik kategoride tüm ırktan insanların bulunmasına ve yoksul birçok beyaz olmasına rağmen siyahiler ve Latin Amerikalılar, dar gelirli gruplar arasında en çok öne çıkanlardır (Cosby vd, 2019). Hem Tip 1 hem de Tip 2 diyabette kanda bulunan aşırı şeker (glukoz), vücuttaki organlara zarar vermekte ve böbrek yetmezliği, kalp hastalığı, felç, körlük ve ampütasyon gibi birçok sağlık sorununa yol açmaktadır. Tip 1 diyabet, genellikle çocukluk döneminde ortaya çıkmaktadır. Tip 1 diyabet, bağışıklık sisteminin vücutta hücreleri yok etmesi ile birlikte pankreasın kandaki şeker seviyesini kontrol altında tutan insülini üretmeyi bırakması sonucunda meydana gelmektedir. Tip 2 ya da yetişkinlik dönemi diyabeti, en yaygın diyabet biçimidir ve genellikle 40 yaş üstü insanlarda görülmektedir. Diyabet hastalarının %90'ı Tip 2 diyabet hastalarından oluşmaktadır. Tip 2'de insülin üretimi mevcuttur ancak hücreler insülini kullanamaz durumda olduğundan kandaki şeker seviyesi kontrol altına alınamamaktadır. Tip 2 diyabet çoğunlukla diyet ve egzersiz yoluyla kontrol altında tutulmaktadır ancak bu yollar yetersiz kalırsa ağız yoluyla alınan ilaçlara ve/veya insülin enjeksiyonuna başvurulmaktadır.

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'nin (CDC) 2017 yılı için verdiği rakamlara göre ülke çapında 30.3 milyon Amerikalı diyabet hastasıydı ve buna ek olarak 84.1 milyon kişi prediyabetik dönemdeydi (CDC 2017). Yani neredeyse her üç çocuktan birinin diyabet hastası olması beklenmekteydi. Latin Amerikalılar için ise durum daha vahimdi; her iki çocuktan

birinin diyabet hastası olması öngörülmekteydi. Bu verilere göre, ilerleyen yıllarda ABD'deki diyabet hastası sayısında bir patlama yaşanacaktı.

Genetik, diyabette önemli rol oynamaktadır. Bu sebeple bazı aileler ve gruplarda diyabet, diğerlerine göre daha çok görülmektedir. Amerikan popülasyonunun üçte birinden fazlasında bulunduğu ve Tip 2 diyabet riskini artırdığı öğrenilen bir gen değişkeni (TCF7L2) keşfedilmiştir (Grant vd, 2005). Genler hem anne hem babadan kalıtımsal yolla alındığından her genden iki kopya bulunmaktadır. Hastalığa neden olan gen iki ebeveynden de alındıysa hastalığın riski artmaktadır. Amerikalıların %38'sinde bu genden bir tane bulunmaktadır. Bu kişilerin diyabet hastası olma olasılığı, bu geni taşımayanlara göre %45 fazladır. İki ebeveynden de bu geni alan ve iki kopyaya sahip olanlar ise toplam nüfusun %7'sini oluşturmaktadır. Bu kişilerin diyabet hastası olma olasılığı, bu geni taşımayanlara göre %141 daha fazladır. Bu gen, nesillerden beri Amerikan gen havuzunda bulunmaktadır. Ancak vücutta var oluşu, genin aktif olacağı anlamına gelmemektedir. Daha ziyade, hastalık riskini artırmaktadır. Fakat son yıllarda vaka sayısında yaşanan hızlı artış yalnızca genetik ile ilgili değildir, zira insan gen havuzu bu kadar hızlı şekilde değişmemektedir.

Bilakis burada asıl suçlu, sosyoekonomik statü ve ırk ile doğrudan bağlantılı olan toplumsal davranıştır. Düşük gelir, kalitesiz eğitim ve niteliksiz iş gibi durumların meydana getirdiği düşük sosyoekonomik statüye sahip gruplarda sigara kullanımı, obezite, kötü beslenme ve spor yapmama kötü alışkanlıklar daha yaygındır. Irk faktörü de önemlidir çünkü siyahiler ve Latin Amerikalıların diyabet hastası olma ihtimali beyazlara göre iki kat daha fazladır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'ne göre (2017) diyabet, Kızılderililer/Alaska yerlileri (%15,1), Latin Amerika kökenli olmayan siyahiler (%12,7) ve Latin Amerikalılarda (%12,1) Asyalılara (%8) ve Latin Amerika kökenli olmayan beyazlara (%7,4) göre daha yaygındır. Sosyoekonomik statü ve ırkın diyabet ile olan ilişkisi,

Mario Sims ve meslektaşları (2011) tarafından araştırılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre Afrikalı Amerikalılarda görülen diyabet hastalığının sosyoekonomik statü ile paralel olduğu ortaya çıkmıştır. Sosyoekonomik statüsü düşük olan siyahilerde diyabet hastalığı, sosyoekonomik statüsü yüksek olan siyahilere göre daha yaygın görülmektedir. Sosyoekonomik statü ne kadar düşükse, diyabet hastalığının ortaya çıkma olasılığı o kadar yüksektir. Aynı şekilde sosyoekonomik statü ne kadar yüksekse, diyabet hastalığının ortaya çıkma olasılığı o kadar düşüktür.

HIV / AIDS

HIV/AIDS, ırkın (ve sınıfın) ABD'de ne derece sağlığı etkileyen sosyal bir faktör olduğunun bir başka örneğidir. HIV/AIDS başlarda (1980'lerin ortasında) daha çok beyaz eşcinsel erkeklerin yakalandığı bir hastalıktı. Hastalığı önlemek adına uygulanan güvenli seks yöntemlerini ilk olarak benimseyenler, çoğunlukla varlıklı ve iyi eğitim almış eşcinsel insanlardan oluşmaktaydı. Böylelikle hastalığın yayılma düzeni önemli ölçüde değişti. Hastalığın yayılması 1995'ten sonra düşüşe geçmesine rağmen 1990'larda özellikle Latin Amerikalılarda ve Latin Amerika kökenli olmayan siyahilerde hastalık hâlâ görülmekteydi. Bu kitabın basım yılına yakın en güncel verilere göre 2016'da toplam HIV tanılarının %41'ini Afrikalı Amerikalılar, %16,1'ini Latin Amerikalılar oluştururken onları %12,6 ile çok ırklı insanlar, %9,9 ile Hawaii'de ve Pasifik Adaları'nda yaşayan yerliler, %8,8 ile Kızılderililer ve Alaska yerlileri ve %5,1 ile Asyalılar ve beyazlar takip etmektedir. Bunların %81'ini erkekler oluştururken %70'i eşcinsel ve biseksüeldir. Çoğu kadın HIV'i, hastalığa yakalanmış erkeklerden cinsel birleşme yoluyla kapmıştır.

Hastalığın neden genellikle beyaz ağırlıklı nüfustan çoğunlukla siyahi ve diğer ırklardan oluşan azınlıklara sıçradığının ya da ırksal faktörlerin HIV/AIDS riskini neden yükselttiğinin biyolojik sebepleri bilinmemektedir. Yoksulluk ve refah seviyesi

düşük muhitlerde yaşamak, düşük gelirli Latin Amerikalıların ve beyazların neden bu hastalığa düşük oranda yakalandığını cevaplamamaktadır. Yoksulluğa ek olarak işsizlik, kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin azlığı, utanç verici olması yüzünden tedavi aramadaki gönülsüzlük ve sosyal ayrımcılık da nedenler arasındadır. Edward Laumann ve Yoosik Youm'un (2001) yıllar önce vardığı sonuca göre siyahiler, "ırk içi etkileşim etkisi" sebebiyle cinsel ilişki ile bulaşan hastalıkların en yüksek oranda görüldüğü gruptur. Laumann ve Youm, siyahilerin Amerikan toplumundaki diğer ırk gruplarına göre daha çok ayrımcılığa maruz kaldığını ve bu sebeple hastalığa yakalanmış bir siyahinin hastalığı çevresinde henüz hastalığa yakalanmamış diğer siyahilere bulaştırarak salgını siyahi nüfus içinde tuttuğunu vurgulamaktadır. Laumann ve Youm'a göre bu çevrede yaşayan (enfekte olmamış) bir siyahinin yalnızca tek bir seks partneri olsa dahi o partnerin (enfekte olmuş) siyahi çekirdek gruptan olma ihtimali çevrede yaşayan beyazlardan olma ihtimalinden beş, Latin Amerikalılardan olma ihtimalinden ise dört kat daha fazladır.

Hastalığı Etkileyen Toplumsal Faktörler: Temel Sebep Teorisi

Bruce Link ve Jo Phelan'ın çalışması (1995, 2000; Carpiano, Link ve Phelan, 2008; Phelan ve Link, 2013, 2015; Phelan, Link ve Tehranifar, 2010), hastalıkta sosyal faktörlerin rolü üzerine sağlık sosyolojisi alanında yapılan başlıca kuramsal çalışma olarak kabul edilmektedir. Link ve Phelan, hastalığın temel nedenlerini sosyal koşulların oluşturduğunu savunmaktadır. Link ve Phelan'a (1995: 87) göre toplumsal bir değişkenin hastalık ve ölümün temel bir sebebi olarak değerlendirilebilmesi için o değişkenin (1) birden fazla hastalığa etki etmesi, (2) bu hastalıklar için çeşitli riskler oluşturması, (3) zamanla yinelenmesi ve (4) hastalığa yol açacak tehlikenin önlenmesinde ya da hastalığın olumsuz sonuçlarının minimuma indirgenmesinde rol oynayacak kaynaklara erişimi mümkün kılması

gerekmektedir. Link ve Phelan, sosyal koşulları diğer insanlar ile kurulan ilişkileri içeren faktörler olarak tanımlamaktadır. Bunlar, yakın ilişkilerden toplumun sosyoekonomik yapısı tarafından dayatılan ilişkilere kadar uzanır.

Link ve Phelan, sosyoekonomik statü ve ölüm oranlarını bir neden-sonuç ilişkisi bağlamında birbirine bağlayan uzun ve detaylı bir mekanizma listesi olduğunu savunmaktadır. Sınıf, ırk ve toplumsal cinsiyet gibi sınıflandırma değişkenlerine ek olarak stresli yaşam ve sosyal destek gibi stres sürecindeki değişkenler de sosyal faktör olarak nitelendirilmektedir. İnsanın kendi hayatı üzerinde kontrol kurma duygusu da bu sosyal faktörlerin içindedir çünkü bu tarz kontrollü insanlar genelde kendilerini daha iyi hissederler, stresle daha iyi başa çıkarlar ve daha sağlıklı yaşam tarzlarına adapte olmak için gereken becerilere ve yaşam koşullarına sahiptirler. Bu durum, özellikle sosyal konumu iyi insanlar için geçerlidir. Link ve Phelan'a göre "Sosyal güç, insana kontrolün onda olduğunu hissettirir ve bu his, [sağlıklı olmaya yol açan] güvenlik ve refah durumlarını beraberinde getirir." (2000: 37). Toplumun alt kesiminde olan insanlar hayatları üzerinde daha az kontrole sahiptir, stresle baş etmek için yeterli imkânlara sahip değildir, daha sağlıksız koşullarda yaşamaktadır, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmeye çalışırken daha zor engellerle yüzleşmektedir ve daha erken hayata veda etmektedir. Dolayısıyla Link ve Phelan, geniş tabanlı toplumsal müdahalelerin birçok durumda bireysel müdahale stratejilerinden daha elle tutulur sağlık iyileştirmeleri üretebileceğini öne sürmektedir.

Toplumsal sınıf ve sosyoekonomik statü (SES), yapısal bir sosyal değişken olarak önem arz etmektedir. Bir bireyin sınıfsal konumu, birçok hastalığı birçok şekilde etkilemektedir ve bu neden-sonuç ilişkisi yüzyıllardır devam etmektedir. Yapılan sayısız çalışmalar düşük sosyoekonomik statüyü (SES), sağlıksız hayat ve yüksek ölüm oranı ile ilişkilendirmektedir (Atkinson, 2015; Carr, 2019; Laditka ve Laditka, 2019; Marmot, 2015). 14. yüzyıl Avrupa'sında yaşanan kara vebanın tasvirleri bile yoksulların

zenginlerden ne kadar fazla acı çektiğini göstermektedir (Cantor, 2015). ABD ve Birleşik Krallık gibi gelişmiş toplumlarda insan ömrü, 1900'lerdekinden ortalama 30 yıl daha fazladır. Ölümlerin %80'i, 65 yaş ve sonrasında gerçekleşmektedir. Günümüz yoksul insanları geçmiş dönemdeki zenginlerden daha uzun yaşamaktadır. Ancak yoksul ile zengin arasındaki uçurum hâlâ mevcuttur çünkü en uzun süre hayatını sürdüren kesim hâlâ üst sınıftır. Dolayısıyla Link ve Phelan, bir insanın sahip olduğu para, eğitim, statü, güç ve sosyal çevre gibi sosyoekonomik imkânların o kişinin sağlıklı ya da hasta olmasında ve ne zaman öleceğinde belirleyici olduğunu öne sürmektedir. Phelan ve diğerlerine (2004: 267) göre, bu imkânlar, insanların kişisel sağlık davranışlarını şekillendirmektedir. Bunu, insanların sağlıklı olmayı sağlayan davranışlar hakkında bilgi sahibi olup olmayacağına, bu davranışlara erişip erişemeyeceğine ve bu davranışlara sahip olmak için yeterli ekonomik güce sahip olup olmayacağına etki ederek yapmaktadır. Sağlıklı olmayı sağlayan davranışlar için günümüzden örnekler verecek olursak: Sağlık kurallarını bilmek ya da öğrenmek, sigarayı bırakmak, grip aşısı olmak, emniyet kemeri takmak ve hava yastığı olmayan arabaya binmemek, meyve ve sebze yemek, düzenli olarak spor yapmak ve dinlenmek için tatil yapmak. Sahip olunan imkânlar ayrıca kişinin yaşadığı muhiti, çalıştığı işi ve sosyal çevresini sağlık açısından koruyucu ya da riskli davranışlar bağlamında şekillendirmektedir. Mesela düşük maliyetli konutlar genellikle gürültü ve çevre kirliliğinin bulunduğu, tehlikeli muhitlerde yer almaktadır ve bu sebeple yeterli polis, itfaiye ve sağlık hizmeti alamamaktadır. Mavi yakalıların aldığı sağlık hizmeti beyaz yakalılarınkinden çok daha kötüdür ve mavi yakalıların çalıştığı işler beyaz yakalılarınkine göre daha tehlikeli ve streslidir. Çevresi yüksek statülü kişilerle çevrili olan bir insanın pasif içiciliğe maruz kalma oranı daha düşük, sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olma oranı daha yüksek, sağlık ile ilgili yapılan yeni araştırmalardan haberdar olma ihtimali daha fazla ve en iyi doktorlar tarafından tedavi edilme şansı daha fazladır.

Phelan ve diğerlerine göre sosyoekonomik statü, temel bir ölüm sebebidir. Bu tezi sosyoekonomik statü ve önlenmesi mümkün olan hastalıklardan dolayı hayatını kaybedenler arasında güçlü bir bağ kurarak desteklemektedirler. Önlenmesi daha güç olan ve tedavisi hakkında çok az şey bilinen hastalıklar ile sosyoekonomik statü arasındaki bağ ise zayıftır. Ancak sahip oldukları imkânların fazlalığından dolayı sosyoekonomik statüsü yüksek olan insanların önlenebilir hastalıklardan kurtulma olasılığı son derece fazladır. Para ve bilgi gibi imkânlara olan erişimleri ve bu imkânların etkili kullanımı, sosyoekonomik statüsü yüksek olan insanların daha uzun ömürlü bir hayat yaşamasını sağlayan sosyal bir mekanizma görevi görmektedir. Bu gibi imkânlar ayrıca daha geniş çaplı bir bağlamda sağlığı olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyen meslek, yaşanılan muhit ve sosyal çevre gibi hızlıca değişebilen faktörleri de şekillendirmektedir. Çeşitli durumlarda kullanılabilir olmalarından ötürü bu imkânlar, çok esnektir. Bu kaynakların erişilebilir olması, bu teorinin işleyişinin hem bireysel (mikro) hem de bağlamsal (makro) düzeyde anlaşılması için önem arz etmektedir çünkü kaynakların etkin kullanımı sağlık açısından çok önemlidir. Bireysel düzeyde bakıldığında Phelan vd, (2010: S30) esnek kaynakları, insanların sağlıklı olmayı sağlayan pratiklere olan ekonomik erişimi ve bu pratikler hakkında bilgi sahibi olup olmadıklarının yanı sıra çalışacakları iş, yaşayacakları muhit ve sahip olacakları sosyal çevre gibi risk ve koruma bağlamında hızlıca değişebilen faktörlerin belirlenmesi bakımından bireysel sağlık davranışlarını etkileyen "nedenin nedeni" ya da "risk riski" olarak tanımlamaktadır. Sahip olunan kaynaklar ve bu kaynakların etkin kullanımı, önlenmesi mümkün olan ölüm nedenleri açısından etkiliyken yaşlılıkla bağlantılı hastalıklar ve rahatsızlıklar açısından etkisizdir.

Temel sebep teorisi ve bu teorinin bir parçası olan esnek kaynak kavramı, COVID-19 gibi bulaşıcı hastalıklara da uygulanabilmektedir. Zira bu kaynaklara sahip olan insanlar, kendilerini diğer insanlardan daha iyi izole etmekte ve sahip

oldukları sosyoekonomik avantajları gerek yiyecek ve ilaç teslimatı gerekse dijital olarak eğlence ve iletişim bağlamında etkili olarak kullanmaktadır. Dahası, gerektiğinde sağlık çalışanları ile telekonferans aracılığıyla görüşüp hastalığı kapmamak için ne gibi önlemler almaları gerektiği konusunda bilgi alabilmektedirler. İşlerini bilgisayar başında yapabilenler işlerini kaybetmeden, evden çalışarak hayatlarına devam etmektedir. Diğer taraftan daha az eğitimli bireyler, çoğunlukla enfeksiyona maruz kalma riski yüksek olan işlerde çalışmakta ya da salgın sürecinde işsiz kalmaktadır. Salgına maruz kalma riskinin yüksekliği bakımından istisnai durumda bulunanlar, ön cephede salgınla mücadele veren sağlık çalışanlarıdır.

Temel sebep teorisi en basit şekliyle para, bilgi, iktidar, itibar ve sosyal çevre gibi kaynakların sağlık açısından bir avantaj yaratması fikridir. Bu kaynakların olmayışı ya da yetersiz oluşu ise hastalığa ve erken ölüme yol açmaktadır. Bu imkânlara sahip insanların önlenebilir hastalıklara maruz kalma riski düşük olmakla birlikte hastalığa yakalandıkları zaman atlatma şansları da daha yüksektir. Düşük gelirli, eğitimsiz ve sosyal statüsü düşük kişiler bu imkânlara sahip olmadığından hastalıklara maruz kalma şansları yüksek, hastalıkların olumsuz etkilerini azaltma şansları düşüktür. Bu, Virginia Chang ve Diane Lauderdale'in çalışmasında (2009) gözler önüne serilmektedir. Bu çalışmada vurgulanan noktalardan biri, kolesterol seviyesini düşürmek ve kalp krizi riskini azaltmak için kullanılan lipit düşürücü ilaçların sosyoekonomik statüsü yüksek olan insanlar tarafından yaygın olarak kullanılırken sosyoekonomik statüsü düşük olan insanların bu ilaçlara erişiminin olmamasıdır. Kamusallaşmayla birlikte düşük fiyatlı lipit düşürücü ilaçlara işçi ve alt sınıfların da erişebilmesi sağlanmıştır. Ancak bu ilaçların kullanımının bu sınıflar bağlamında yaygınlaşması yine çok zaman almıştır çünkü yüksek kolesterol şikâyeti bulunan kişilerin bu ilaçları kullanabilmesi için önce doktor muayenesinden geçip test yaptırmaları gerekmektedir. Link ve Phelan'ın çalışması gibi ABD'nin Ortabatı Eyaletlerinde yer

alan büyük bir şehirde bulunan iki diyabet kliniğindeki hastalar üzerinde Karen Lutfey ve Freese tarafından yapılan bir diğer çalışma (2005) da sosyoekonomik statü ile sağlık arasında bir neden-sonuç ilişkisi olduğunu vurgulamaktadır. Kliniklerin biri (Park Clinic) genellikle beyaz ve üst sınıfa mensup insanlara hizmet verirken diğeri (County Clinic) azınlıklara, işçi sınıfına ve sigortası olmayan insanlara hizmet vermektedir. Çalışma, yüksek glukozun daha önce de vurgulandığı üzere vücuda verdiği zarar sebebiyle diyabet hastalarının hayatta kalabilmesi için elzem olan kan şekeri seviyesinin kontrol altında tutulmasına odaklanmaktadır. Park Clinic'te tedavi olan, sosyoekonomik statüsü yüksek olan hastalar klinikteki kendi doktorlarına düzenli olarak muayene olmak, spor yapmak için sağlık kulüplerine gitmek ve sağlıklı beslenmek gibi diyabet ile etkili biçimde başa çıkma yöntemlerini kullanmaktaydılar. Sosyoekonomik statüsü yüksek olan hastaların kan şekeri seviyesi, sağlıklı olma ve hayatta kalma oranı açısından çok daha önde olması kimseyi şaşırtmayacaktır.

County Clinic'teki hastalar ise hangi doktor o an uygunsa ona muayene olmakta, muayene olabilmek için uzun süre beklemek zorunda kalmakta, ekonomik yetersizlikten dolayı almaları gereken ilaçları alamamakta, çalışma şartları dolayısıyla tedavilerini aksatmakta ve klinikten yazdırılan ilaçların ücreti devlet tarafından karşılandığından klinikteki eczaneden reçete yazdırabilmek için işlerinden izin almak zorundaydılar. Bazı hastalar, ihtiyaçları olmasına rağmen insülin pompası alamayacak kadar yoksul durumdaydı. Bu hastalar için reçete yazdırmak ise çok zaman alan bir işti. County Clinic'te çalışan bir doktor, bu tarz uzun beklemelerin gülünç olduğunu ve varlıklı bir iş insanının reçete yazdırmak için işini bırakıp otobüs bekleyerek kliniğe getirtilmesi durumunda onu oraya getirten doktoru kovdurtacağını belirtmiştir.

İki farklı klinikte tedavi olan ve sosyal konumları birbirinden çok farklı olan hastaları karşılaştıran Lutfey ve Freese, "meta-mekanizmalar" olarak adlandırdıkları birçok mekaniz-

ma ortaya çıkarmıştır. Bu meta-mekanizmalar aracılığıyla sosyoekonomik statü, diyabet kontrol programlarının tasarımını ve uygulanmasını etkilemektedir. Bahsi geçen bu meta-mekanizmalar şöyledir: Kliniklerin örgütsel yapısı (çalışanların uzmanlıkları, diyabet eğitimi hizmetleri ve bakım hizmetlerinin devamlılığı gibi), hastaların önüne konulan engeller (gelir durumu, iş yükü, meslek türü, eczanenin konumu ve özel sağlık sigortası durumu ve geçerliliği gibi), hasta motivasyonuna etki eden şeyler (bekleme süreleri, reçete yazdırma ihtiyacı, şartlara ayak uydurmanın ve yaşam tarzında yapılan değişikliklerin artıları ve eksileri gibi) ve bilişsel yetiler (hasta iletişim becerileri, diyet ve spor programına uyma kabiliyeti gibi).

Hasta görüşmeleri konusunda ise Lutfey ve Freese (2005: 1363) şu kanıya varmıştır: "Sosyoekonomik statüsü düşük hastalar sorunlarını doktorlara genellikle iyi ifade edemezler ve bu yüzden onlarla yapılan hasta görüşmelerinde tecrübeli doktorların bulunması, iki taraf için de maksimum verimlilikle sonuçlanacaktır. Fakat bu hastalarla yapılan görüşmelerin çoğu, tecrübesiz stajyer doktorlar tarafından yapılmaktadır." Park Clinic'in sağladığı klinik içi diyabet eğitim hizmetleri de çok daha çeşitli ve iyiydi. Bu hizmetler, bunlara çok daha fazla ihtiyacı olan ve bu hizmetleri klinik dışında alabilme ihtimali çok az olan County Clinic hastalarına sunulmamaktadır.

Bazı meta-mekanizmalar aracılığıyla ortaya çıkan, sosyoekonomik statüdeki farklılıkların diyabeti kontrol altına almak için uygulanan diyet ve spor programlarını olumlu ya da olumsuz şekilde etki ettiği bulgusu, temel sebep teorisi ile tutarlıdır. Link ve Phelan'a (1995) göre sosyoekonomik statünün sağlığın "temel sebebini" oluşturmasının esas sebebi, –bir değil– birçok açıdan hastalığa ve ölüme neden olmasıdır. Dolayısıyla Lutfey ve Freese'in (2005: 1327) de vurguladığı üzere, temel sebep kavramı spesifik mekanizmaların hastalık ve sosyoekonomik statü arasında doğrudan ve kalıcı bir bağlantı kurduğunu savunan bir teori değildir. Aksine bu teorinin kendisi, sağlığı etkileyen birçok spesifik ve çeşitli mekanizmanın zamanla nasıl ortaya

çıktığının göstergelerinden biridir. Dolayısıyla bazı toplumsal mekanizmaların gücü zamanla meydana gelen tıbbi icatlar, toplumsal değişimler ve bunlar gibi diğer faktörler sebebiyle azalsa ya da tamamen ortadan kalksa da bu kalıcı bağlantı aynı doğrultuda devam etmektedir.

Lutfey ve Freese'in araştırması, diyabetin ortaya çıkışı ya da genetik üzerine değildi. Ama sosyoekonomik statünün diyabet tedavisine olan etkilerini gösterdiği için sosyal neden tezinin algılanmasına önemli katkı sunmuştur. Bu etkiler, diyabet hastalarının hastalıkla ne derece başarılı ya da başarısız şekilde başa çıkacaklarını şekillendirmektedir. Başarısız şekilde başa çıkma, hastanın hayatına mal olabilmektedir. Ölüme sebep olan şeyin diyabet ile meydana gelen biyolojik bozulmalar olduğu ileri sürülebilir. Ancak bu argüman, hastanın biyolojik sebeplerden dolayı ölüme sürüklendiği noktaya daha hızlı gelmesinin ya da ömrünün uzamasının sebebinin toplumsal mekanizmalar olduğu gerçeğini göz ardı etmektedir. Bu durumda toplumsal mekanizmalar, yalnızca hastalığın başlangıcında (sağlıksız beslenme ve spor yapmama) değil, ayrıca vücudun hastalıkla ne derece başarıyla savaşacağında da nedensel bir rol oynamaktadır.

Temel sebep teorisi, sosyoekonomik statünün sağlık ve ölüm üzerindeki kalıcı etkilerini açıklamak için oluşturulmuş olsa bile Phelan ve Link'e (2013) göre ırk, etnik köken ve toplumsal cinsiyet gibi diğer sosyal statüler de temel sebep olarak değerlendirilebilmektedir. Ancak ırk dışındaki diğer ihtimallerin bu şekilde değerlendirilebilmesi için henüz güçlü argümanlar ortaya konmamıştır. Phelan ve Link'in bir sonraki araştırması (2015), sağlıkta eşitsizliğinin temel sebeplerinden birinin ırkçılık olduğunu öne sürmektedir. Bu tezlerini desteklemek için, araştırmadan elde edilen kanıtlara dayalı üç mantıksal çıkarımda bulunmuşlardır: (1) ırkçılık, sosyoekonomik statü bağlamındaki ırksal farklılıkların temel sebebidir; (2) sosyoekonomik statü, sağlıkta eşitsizliğin temel sebebidir; (3) sosyoekonomik statüden bağımsız olarak ırkçılık, sağlıklı yaşam ve

ölüm oranları bağlamındaki ırksal farklılıkların temel sebebidir. Vardıkları sonuç şöyledir: "Sağlıktaki ırksal eşitsizliklerin hâlâ devam etmesinin ana sebebi, ırkçılığın sosyoekonomik statü bağlamındaki ırksal farklılıkların temel sebebi olması ve sağlıkta eşitsizliğin temel sebebinin de sosyoekonomik statü olmasıdır" (Phelan ve Link, 2015: 311).

Yapısal Etkilerin Ölçülmesi

Toplumsal faktörlerin hastalığa ve ölüme neden olan faktörler arasında görülmesi, geç gerçekleşmiş bir olaydır. Bunun bir sebebi, sağlığı etkileyen toplumsal mekanizmaların net olarak belirlenmesinde yaşanan metodolojik zorluklar olabilmektedir. Zira bu mekanizmalar çok yönlü ve karmaşık olduğundan, etkilerinin net olarak tespit edilebilmesi için bu mekanizmaları diğer etkenlerden ayırt ederek ele almak oldukça güçtür. Birey ile toplumsal yapılar arasındaki ilişkiye müdahalede bulunabilecek diğer değişkenlerin varlığı sebebiyle toplumsal yapıların bireylere olan etkilerinin belirlenmesinde yaşanan bu tarz güçlükler, daha da artmaktadır. Buna rağmen bilimsel yöntem, yapısal olsa da olmasa da bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerinde spesifik ve ölçülebilir etkilerinin olduğunun kanıtına gereksinim duymaktadır.

Katılımcı gözlem gibi bireylere odaklanan nitel yöntemler, yapının insanlar üzerindeki etkisinin belirlenmesi açısından yetersiz kalmaktadır. Roger Sibeon (2004), yapısal sorulara gönderme yapan mikro düzey yöntemler aracılığıyla ulaşılabilecek şeylerin sınırlı olduğunu ileri sürmektedir. Zira bu yöntemler, kuramsal ve metodolojik olarak makro düzeydeki olayları ölçmek için yetersizdir. Fakat Lutfey ve Freese'nin (2005) diyabet kliniklerinde yaptığı nitel çalışma; kliniklerde yapılan gözlemlerden oluşan etnografik veriler, hastalar ve pratisyen hekimler ile yapılan istişareler ve video kayıtlarının yanı sıra hekimler, hemşireler, diyetisyenler, sosyal hizmet çalışanları ve diyabet eğitimcileri ile yapılan yarı yapılandırılmış görüşmeler ile hastalarla yapılan telefon görüşmelerine

dayanmaktadır. Bu çalışma, spesifik olarak sosyoekonomik statü ve diyabet arasındaki nedensel ilişkinin yaygınlığına odaklanmaktaydı. Dolayısıyla yapısal faktörlerin bireylerin davranışları üzerindeki etkilerini göz önünde bulunduran nitel çalışmalar, anlayışımızı güçlendirme potansiyeline sahiptir.

Yapısal faktörlerin nicel çalışmalardaki etkilerinin belirlenmesinde bu yapıların göstergesi olan kolektif özelliklere sahip bağımsız değişkenlerin oluşturulmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlıklı ya da sağlıksız olmanın en güçlü yapısal belirleyicisi, toplumsal sınıf ya da sosyoekonomik statüdür. Sosyoekonomik statü gelir, eğitim ve mesleki prestijden oluşmaktadır. Bu değişkenlerin her birinin birbirinden farklı olmasına ve toplumsal katmanlaşmanın farklı boyutlarını yansıtmasına rağmen birbirleriyle yapısal olarak bağlantılıdırlar (Adler vd, 1994, Wolfe, 2015). Yapısal değişkenler, birbirlerinden ayrı ya da toplu olarak ele alınabilmektedir. Yapısal değişkenler aracılığıyla yaratılan sınıf temelli davranışlar ve normlar, toplumsallaşma ve deneyim yoluyla bireylere dayatılmaktadır. Yaş, cinsiyet ve ırk da sağlığı etkileyen yapısal değişkenler olarak değerlendirilebilmektedir. Diğer bir strateji ise sınıf kategorilerini katılımcıdan/bireyden ziyade aileye/hane halkına uyarlamaktır. Ailede ya da hane halkında emek piyasasında en yüksek düzeyde katılım gösteren kişinin (ya da kişilerin) sahip olduğu statü, tüm ailenin kolektif olarak sahip olduğu sınıfsal konumu temsil etmektedir. Çocukların ebeveynlerinin sosyal statüsünü alması ve hane halkının tamamının toplumda aynı statüyü paylaşması, bunun en bariz örnèklerindendir.

Yaşanılan muhitin sağlığa olan etkisine gelince; su tesisatı, ısıtma, havalandırma, sıcak su, çevredeki parklar, sosyal tesisler, restoranlar, eczaneler ve bakkallar gibi temel gereksinimlerin bulunma derecesine göre belirlenen konut değerinden yola çıkarak bir yaşam koşulu endeksi oluşturulabilmektedir. Sağlıkla ilgili diğer değişkenler ise bölgedeki mevcut doktor, klinik ve hastane sayılarıdır. Bunlara suç oranları ve kamu güvenliği açısından bölgede alınan tedbirler eklenebilir. Bu gibi değişken-

ler, benzer bireyler tarafından paylaşılan özellikler olmaktan ziyade bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlayan ya da kısıtlayan bu yapıların nitelikleridir.

Hiyerarşik lineer modellemelerin hesaplanmasında kullanılan verilerde son dönemde yaşanan istatistiksel gelişmeler, önceden mümkün olandan daha geniş bir uygulama alanında etkili hesaplamalar yapmaya olanak sağlamaktadır. Hiyerarşik lineer modelleme (HLM), farklı seviyelerde meydana gelen ilişkilerle ilgili varsayımların test edilmesini ve her seviyedeki değişken miktarının hesaplanmasını kolaylaştırmaktadır (Raudenbush ve Bryk, 2002). Kısaca ifade etmek gerekirse HLM, bireyleri farklı düzeylerde tanımlayan değişkenler arasındaki etkileşimin gücünü test etmektedir. Örneğin bir düzeyde hane halkı gibi yapısal faktörler yer alıyorsa bir sonraki düzeyde muhit, toplum, toplumsal sınıf ve ulus hiyerarşik olarak daha yukarıda bulunan faktörler yer almaktadır. Her bir düzeyde bulunan değişkenlerin sağlık üzerindeki etkileri, regresyon denklemlerindeki değişiklikler karşılaştırılarak eşzamanlı olarak belirlenebilmektedir. Stepten Raudenbush ve Anthony Bryk'ın (2002: 5) da vurguladığı gibi "şeffaf bir hiyerarşik modelleme yapısının kullanımının önündeki engeller kaldırılmıştır." Dolayısıyla karmaşık toplumsal dinamiklerin ve toplumdan bireye uzanan bağlantıların incelenmesi artık mümkündür.

Hem kolektifleri hem de bireyleri içeren sosyal çevrelerin geçmişte yapılan çok düzeyli ölçümlerinin sıklıkla ekolojik çıkarım problemlerine tabi olduğu görülmektedir. Bu, birleştirilmiş düzeydeki iki değişkenin sahip olduğu bağlantının aynı değişkenler arasında bireysel düzeyde bulunan bağlantıyı yansıtmayabileceği anlamına gelmektedir. Ancak yapısal değişkenleri birey düzeyindeki değişkenlerin bir toplamı olarak ele almak yerine yapının değerlendirilmesinde kullanılan faktörler olarak ele almak, ekolojik çıkarım problemlerinin üstesinden gelmeyi sağlayabilmektedir. Buna örnek olarak o muhitte ikamet eden bireylerden ziyade muhitin kendisini yansıtan muhit özelliklerini gösterebiliriz (Thisted, 2003).

Böylelikle muhitin bireylere olan etkisi, net olarak belirlenebilmektedir. Zira bireysel özellikler işin içinde olmadığından herhangi bir kafa karışıklığı da yaşanmayacaktır. Düzgün bir şekilde uygulandığı takdirde çok düzeyli ölçümler, yüksek seviyedeki toplumsal yapıların bireyler üzerindeki etkilerini net olarak ortaya çıkarabilmektedir.

Maksimum olabilirlikten varyans bileşen analizi (VARCL), MLn ve MLWIN gibi diğer çok düzeyli istatistiksel teknikler de kullanılabilmektedir. Burada dikkate alınması gereken esas nokta, sosyologların hiyerarşik modellemeleri test etmesini mümkün kılan istatistiksel yöntemlerin artık mevcut olmasıdır. Bu hiyerarşik modellemeler, bireylerin hayatlarında var olan ve sağlıklarını etkileyen toplumsal yapı katmanlarını deneyimledikleri günlük yaşamın gerçeklerini daha iyi yansıtmaktadır.

Sonuç

Biyomedikal modelin sağlık sorunlarının kavramsallaştırılmasındaki yaygınlığı, bireyin bakış açısından sağlık üzerine odaklanan araştırmalar ve geçmişte yaşanan istatiksel yöntem eksikliği gibi birçok faktör, sosyal durum ile sağlık arasındaki bağlantıyı keşfetme serüveninde sosyal faktörlerin arka plana atılmasına neden olmuştur. Ancak bu durum, daha gerçekçi bir yaklaşıma doğru yaşanan gidişat ile değişmektedir. Bu yaklaşımla sosyal yapının bir etken olarak var oluşunun kabul edilmesinin ötesinde, hastalık ve sağlık bağlamında neden-sonuç ilişkisi içindeki belirleyiciliği de vurgulanmaktadır.

Dahası, 21. yüzyıl sağlık sosyolojisinde yeni-yapısal perspektife doğru köklü bir algı değişikliği yaşanmakta olduğu söylenebilir. Bu değişiklik, modern toplumda hastalığın ve sağlığın sosyal sebeplerinin daha kapsamlı bir şekilde anlaşılmasına duyulan ihtiyaçtan ötürü hem teoride hem de araştırmada sosyal yapıya yapılan vurguda gözlemlenebilmektedir. Sağlık sosyolojisi alanında yapılan çok sayıda araştırma, bu algı değişikliğine kanıt niteliğindedir (bkz. Cockerham, 2013a, 2013b; Hargrove 2018; Karlsen ve Nazroo 2002; Lippert 2016;

Mollborn ve Lawrence 2018; Simons vd, 2019; G. Williams 2003). Eski yöntemler yenilere yol verirken sağlık sosyolojisi, 20. yüzyılın sonlarında yaygın olan anlayıştan uzaklaşarak özünde çok farklı olan bir anlayışa doğru yol almaktadır. Bu da yeni teorik yönelimlere ve eski teorilerin değişimine olan ihtiyaca vurgu yapmaktadır.

Biyomedikal modelin gerçek hayatta karşılaşılan problemlere ya da davranış biçimi sorunlarına uygulanabilirliğinin sınırlı düzeyde olduğunu artık biliyoruz. Biyomedikal modelin uygulanamadığı bu sorunlar, bireyin sağlığa etki eden yapısal etkenlerle bağlantı kurmasındaki başarısızlığı vurgulamaktadır. Ancak sosyal yaşamın birçok düzeyini eşzamanlı olarak incelemek için hiyerarşik lineer modelleme kullanılabilmektedir ve dolayısıyla sağlığa etki eden yapısal faktörlerin açıklanmasında kullanılacak yeni yöntemlerin geliştirilmesi çok uzun sürmeyecektir. Toplumun bireyler üzerindeki etkisi yadsınamaz ve toplum etkeni, bireyin genel sağlığını, hasta olup olmayacağını ve ölüp ölmeyeceğini de etkilemektedir. Bu neden-sonuç ilişkisi, sağlık sosyologları tarafından gelecekte daha detaylı bir şekilde açıklanmalıdır.

Elbette bu, sembolik etkileşim gibi mikro düzey yöntemlerinin ve teorilerinin artık kullanılmadığı anlamına gelmemektedir. Aksine nitel araştırma, sosyal ilişkiler ve durumlar hakkında en aydınlatıcı veriyi sağlamaktadır. Yalnızca sayılardan ibaret olan bir anlatıya adeta bir insan yüzü koymaktadır. Yeni-yapısalcı yaklaşım ise yapının bireyler üzerindeki etkisinin daha doğru ölçülmesinde ve yapının nedensel niteliklerinin değerlendirilmesinde sağlık sosyologlarına yardımcı olmaktadır. Yapının bazı sosyal durumlarda iradeyi ya da bireysel eylemi baskı altına alabildiği gerçeği, mikro düzeydeki olgulara duyulan ihtiyacı ortadan kaldırmamaktadır. Sağlık sosyolojisinin ve dolayısıyla bütünüyle sosyolojinin nihai amacı, sosyal yaşamı tüm düzeylerde doğru şekilde değerlendirmektir. Bu da ancak birey ve toplum arasındaki etkileşime somut/pratik ortamda açıklama getirilerek yapılabilir. Yeni sağlık sosyolo-

jisi, toplumsal gerçekliği de kapsayan yöntemleri bünyesinde bulundurarak sosyolojinin gelişimini daha da üst noktaya çıkarabilmelidir. Bir sonraki bölüm, sosyolojik teorinin şu anki durumunu sosyal neden tezi bağlamında ele alacaktır. Kitabın geri kalanı ise sosyolojide ortaya çıkmakta olan yeni-yapısal unsurları, yapının hastalık ve sağlık açısından nedensel nitelikleri bağlamında masaya yatıracaktır.

Eleştirel Düşünme Soruları

1. Toplumun insanı hasta yapabileceğine katılıyor musunuz? Eğer katılıyorsanız, bu sizce nasıl gerçekleşmektedir?
2. Sigaranın toplumsal olarak yayılmasında anahtar rol oynayan halka nedir?
3. Epidemiyolojik dönüşüm kuramının dört aşaması nelerdir?
4. Genler ve sosyal çevre arasındaki ilişkiyi tanımlayınız.
5. Temel sebep teorisine göre sosyal koşullar, hastalığın ve ölümün temel sebeplerindendir. Bu iddianın özünde yer alan argüman nedir ve bu argümanı destekleyen kanıtlar nelerdir?

İlave Okuma Önerileri

Alexander-Garcia, Ginny, Hyeyoung Woove Matthew J. Carlson, 2017, *Social Foundations of Behavior for the Health Sciences*, Cham, Switzerland: Springer.

Tıp fakültesi giriş sınavına hazırlanan sağlık bilimleri öğrencilerine sosyolojik altyapı sağlamak için yazılmış bir kaynaktır.

Hummer, Robert A. ve Erin R. Hamilton, 2019, *Population Health in America*, Oakland, CA: University of California Press.

ABD'deki sağlık demografisini incelemektedir.

Phelan, Jo C. ve Bruce G. Link, 2015, "Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health?", *Annual Review of Sociology* 41:311-30.

Temel sebep teorisindeki ana öğeleri masaya yatırmakta ve bu ögeleri ırkçılığı sağlık eşitsizliğinin bir sebebi yapan bağlamda ele almaktadır.

2
Sağlığı ve Hastalığı Kuramlaştırmak

Bu bölüm, günümüz sağlık sosyolojisi kuramlarını inceleyerek hastalığın ve sağlığın sosyal sebeplerini masaya yatıran bundan sonraki bölümlerin altyapısını oluşturacaktır. Kuramlar, belli sağlık sonuçlarına yol açan toplumsal süreçlere ışık tutmaktadır. Bu bağlamda sosyolojik kuramlar, bilhassa önem arz etmektedir. Sosyolojik kuramlar, sosyologların toplumsal gerçekliği nasıl kavramsallaştırdığını görmemizi ve içinde bulunduğumuz gerçekliğin dinamiklerinin ve bu dinamiklerin yol açtığı sonuçların analizinde kullanılacak yöntemlerin oluşturulmasını sağlamaktadır. Nicel (sosyal araştırma) ve nitel (katılımcı gözlem) yöntem gibi araştırma metodolojileri de dahil olmak üzere sosyologlar tarafından geliştirilen

yöntemlerin birçoğu diğer disiplinler tarafından kullanılsa da sosyolojik kuramlar, sağlık ve hastalık çalışmaları kapsamında sağlık sosyolojisinin eşsizliğini oluşturan temel direklerden en önemlisidir. Sağlık sosyolojisine ayırt edici özelliğini veren şey, içinde barındırdığı sosyolojik bakış açısıdır. Bu sebeple, sağlığın ve hastalığın çeşitli sosyal sebeplerinin incelenmesine geçmeden önce ilgili kuramsal yaklaşımlar tartışılacaktır.

Yapısal-İşlevselciliğin Yükselişi ve Düşüşü

Sosyal faktörlerin hastalığa ve sağlığa sebep olduğu düşüncesini kuramsal düzeyde destekleyen ilk çalışma, sosyolojinin kurucularından ve en önemli klasik kuramcılarından olan Fransız sosyolog Emile Durkheim'a aittir. Bireylerin ötesinde var olan ve bireylerin davranışlarını belirleyen sosyal yapıların (Durkheim bunlara "toplumsal olgular" derdi) önemini vurgulayan Durkheim ([1893] 1964), yapısal-işlevselci kuramın ortaya çıkmasında öncü bir rol oynamıştır. Durkheim'ın da açıkladığı üzere ([1895] 1950: 13) normlar ve değerler gibi toplumsal gerçekler, bireyleri belli şekillerde davranmaya itmek için onların davranışlarına dışarıdan kısıtlamalar getirmektedir. Durkheim'a göre ([1895] 1950: 127-8) neticede durum şu şekildedir: "Toplum, bireylerin toplamından ibaret olmaktan ziyade bireylerin birlikteliği ile oluşan sistemin temsil ettiği, kendine has nitelikleri olan spesifik bir gerçekliktir." Bu gerçeklik sadece bireylerden değil, aynı zamanda biyolojik ve psikolojik gerçeklik gibi diğer gerçekliklerden de farklıdır (Cockerham, 2021; Sibeon, 2004).

Durkheim'a göre toplumsal gerçeklik; istikrar, düzen ve bütünlük üretmek için birbiriyle ilişkili parçaların bir arada çalıştığı bir sistem oluşturan, makro düzeydeki toplumsal yapılardan meydana gelmektedir. Toplum, o toplumun birer parçası olan insanlar tarafından benimsenen, birbiriyle ahenk içinde olan düzenler, normlar ve değerler aracılığıyla bir arada tutulmaktadır. Bu, bir dinamik denge durumudur. Sosyal yaşamı mümkün kılan şey, insanların karşılıklı mutabakata

dayalı bu standartlara uyarak normal davranmasına dayanan beklentidir. Bu süreç "işlevseldir" çünkü toplumsal düzen ile sonuçlanmaktadır. Suç gibi istikrarsızlık yaratan, "işlevsiz" süreçler baş gösterdiğinde toplum, bu muhtemel düzensizliği ceza adalet sistemi gibi onarıcı ve/veya cezalandırıcı kurumlar yaratarak dengelemektedir. Talcott Parsons (1951) daha sonralarında hastalığın işlevsiz bir toplumsal süreç olduğunu ve toplumun bunu kontrol altında tutmak için sağlık hizmetleri kurumlarını yarattığını göstermiştir.

Durkheim'ın sağlık sosyolojisi ile direkt olarak alakalı tek çalışması, intihar üzerine yaptığı çalışmadır. Durkheim, bireye dışarıdan etki eden bazı sosyal durumları (anomik, egoistik, özgecil ve nadiren kaderci) bireyin kendi canını almasıyla ilişkilendirerek (normlar ve sosyal değerler gibi) temel sosyolojik ilkeleri, 19. yüzyıl Batı Avrupa'sındaki intihar sorununun analizinde kullanmaktadır ([1897] 1951). Jo Phelan ve meslektaşlarına göre (2004) Durkheim, böylelikle sağlık sosyolojisinde kullanılabilecek cesur bir yöntem ortaya çıkarmıştır. Durkheim'ın çalışmasındaki yüreklilik, Durkheim'ın bireyin kontrolünün dışında olan toplumsal güçlerin insanların sağlığına etki edebileceği ve hatta bazı durumlarda ömürlerini kısaltabileceği konusundaki ısrarından gelmektedir. Bu tezin kapsamına bireyin kendi tercihi dışında içinde bulunduğu stresli sosyal durumlar sebebiyle sağlığının olumsuz yönde etkilenmesi de dahildir. Mesela patronlar şirketlerinin ayakta kalabilmesi için çalışanları işten çıkardığında işten çıkarılan insanlar bu ekonomik çöküş yüzünden sağlık sigortalarından da olmaktadır. Halbuki çalışanın şirketin ekonomik durumuyla direkt bir bağlantısı yoktur ancak bu durumun stresli sonuçlarına o da katlanmak zorunda kalmaktadır.

Sosyologlar için Durkheim'ın çalışmasının en can alıcı yanı, toplumun bireyden bağımsız olarak kendi gerçekliğini oluşturduğunu ve böylelikle bireyin sosyal davranışları üzerinde güçlü bir etkisi olduğunu savunmasıdır. Toplumsal gerçeklik, dokunulabilen ya da hissedilebilen fiziksel nesneler veya

şeylerle ilgili değildir. Aksine toplumsal gerçeklik, herkesin uyması beklenen toplumsal normlar, tutumlar ve değerler gibi davranış standartları ve biçimlerinin farkında olunması durumudur. Bu standartlardan sapılmasının (toplumdan dışlanma, arkadaşlarını kaybetme ve bazen hapis cezası veya ölüm gibi) ciddi sonuçları olabilmektedir. Toplumun bireyler üzerindeki etkisini yansıtan yapılar bunu, diğer alternatifleri göz ardı edip yalnızca belli davranış biçimlerine olanak sağlayan sosyal etkileşimdeki (toplumsal roller ve kurumlar tarafından gerekli kılınan) düzen, (grup üyelikleri, sınıfsal durum ve diğer toplumsal tabakalaşma biçimleri gibi) sistematik sosyal ilişkiler ve (insan ya da insan olmayan) kaynaklar aracılığıyla yapmaktadır (Giddens, 1984; Sewell, 1992).

Sağlık sosyolojisi, 1950'ler ve 1960'larda ABD'de akademik bir uzmanlık alanı olarak yerini almıştır. Durkheim ve Parsons tarafından savunulan yapısal-işlevselci yaklaşım, o zamanlar sosyolojideki en baskın kuramdı. Parsons tarafından (1951) geliştirilen hasta rolü kavramı, alanın öncü kuramcılarından biri tarafından üretilmiş ve sağlık sosyolojisine doğrudan uyarlanabilir ve katkı sağlayabilir durumda olan ilk terimdir. Hasta rolü kavramı, toplumsal bir zorunluluk olan iyileşmeye çalışmak gibi hasta olan insanlardan beklenen normatif davranışları belirtmektedir. Durkheim ve Max Weber'in fikirlerinden faydalanan Parsons, hasta rolü kavramını kendi kuramlaştırma tarzıyla tutarlı bir şekilde klasik sosyoloji değişkenlerine temellendirmiştir. Ana akım sosyolojinin hastalık konusunu ele alabileceğini göstermiştir. Parsons, sağlık sosyolojisini kuramsal bir temele oturtarak ve sosyolojik çalışmalarda önemli bir alan haline dönüşme potansiyeline dikkat çekerek kendi jenerasyonundaki diğer sosyologların yapamadığını yapıp, sağlık sosyolojisinin akademik saygınlığını yükseltmiştir (Cockerham, 2017b, 2021).

Parsons'ın sağlık sosyolojisinin başlardaki gelişimi açısından önemini, 1960'larda akademide teoriye olan devasa ilgiden anlaşılabilmektedir. Tarihçi Tony Judt (2005: 398) 1960'ları "Te-

orinin altın çağı" olarak tanımlamıştır. Entelektüellerin ve akademik dergilerin yarattığı doyumsuz talepten dolayı 1960'larda her türden bolca teori ortaya atılmaktaydı. Sosyal bilimlerde başı çeken teoriler, yapısalcılığın çeşitli biçimlerini vurgulayan teorilerdi. Bunlara Durkheim ve Parsons'ın sosyoloji, Claude Lévi-Strauss'un kültürel antropoloji, Fernand Braudel ve Annales Okulu'nun tarih, Louis Althusser'in yapısalcı Marksizm ve Ferdinand de Saussure ile Roland Barthes'ın yapısalcı dilbilim alanındaki teorileri de dahildir. Bütün bu teorilerin ortak yanı, bireylere toplumsal süreçlerin şekillenmesinde verilen rolün en aza indirgenmesi ve hatta bazı durumlarda tamamen ortadan kaldırılmasıydı. İleri gelen birçok kuramcının bulunduğu ve toplum üzerine kuramlar üretmenin kamusal söylemin önemli bir parçası olduğu Fransa'dan örnek verecek olursak; Fransız yapısalcılığı, varoluşçuluğun sahip olduğu baskın düşünsel rolü ortadan kaldırmıştır (Heilbron, 2015).

Fakat Judt'a göre (2005) yapısalcılık, toplumsal değişimin nasıl meydana geldiği ve bireylerin neden bu sürecin işleyişini kolaylaştırdığı konusunda net değildi. Bu, özellikle bireylerin belirleyici rol oynadığı siyasi olaylar göz önünde bulundurulduğunda temel bir zafiyetti. Sosyolojideki problem, yapısal-işlevselciliğin değişime karşı direnen, sabit bir baskın sosyal yapı imajı çizmesiydi. Dahası, yapısal-işlevselciliğin fikir birliği, istikrar, düzen ve denge vurgusu, statükonun yani mevcut toplumsal eşitsizliklerin ve seçkin sınıfın orantısız gücünün korunmasını meşrulaştıran nitelikteydi. Bu perspektif, 1960'larda yaşanan ve köklü değişimlere yol açan Kara Güç, Vietnam savaşı karşıtlığı, insan hakları ve kadın hakları gibi ABD'de meydana gelen siyasi hareketler, Batı Avrupa'da vuku bulan savaş karşıtlığı ve toplumsal eşitsizlik protestoları ve Marksizm etkisi altında üçüncü dünya ülkelerinde gerçekleşen çeşitli ayaklanmalar ışığında çatışma kuramcıları, sembolik etkileşimciler ve diğer sosyologlar açısından kesinlikle kabul edilmemekteydi. Dolayısıyla çatışma kuramcıları, çatışmayı (bilhassa ani ve devrimsel bir) toplumsal değişime yol açan

tetikleyici bir faktör olarak değerlendirmeyen yapısal-işlevselciliği, kararlı bir biçimde reddetmiştir.

Sembolik etkileşimciler, yapısal-işlevselciliğe farklı bir cepheden saldırmıştır. Onlara göre yapısal-işlevselcilik, yaratıcı bireysel davranışı ve mikro düzeydeki toplumsal süreçleri baltalamaktaydı. Buradaki sorun, yapısal-işlevselciliğin bireylere kendi davranışlarını şekillendirmede rol veren bir sosyal psikolojiye sahip olmamasıydı. Margaret Archer (1995: 3) bu tür bir kuramlaştırmayı, toplumun bireyleri yalnızca belli şekillerde davranmak üzere tek taraflı olarak şekillendirmesiyle tekelliğe yol açan bir "indirgemeci birleştirme" olarak tanımlamaktadır. Davranış biçimlerinin toplumsal yapılar tarafından belirlendiği görüşünü savunan yapısal-işlevselci yaklaşımın aksine etkileşim kuramı, bireye kendi sosyal davranışını belirlemesinde öncelik tanımaktadır. Judt'a göre (2005: 400-1) "Kuramlaştırma, insan olma deneyimini yorumlamaktır. Bu sebeple insan seçimini ortadan kaldıran ve yalnızca sosyal yapıların düzenlenmesine dayalı olan kuramlar, kendi ayaklarına sıkmaktan başka bir şey yapmamaktadır." Teorideki bu eksiklik, yapısal-işlevselciliğin çöküşünü hızlandırmış ve sağlık sosyolojisinden tamamen silinmesine sebep olmuştur. Çökmüş olmasına rağmen kitapta yapısal-işlevselcilikten bahsedilmesinin nedeni, toplumun bireylerin kendilerini istekleri dışında içinde buldukları, sağlıklarını etkileyen (stres gibi) durumlara verdikleri tepkiyi belirlemesinin günümüz sosyal yaşantısında hâlâ söz konusu olmasıdır.

Çatışma Teorisinin Çöküşü ve Marksizmin Yeniden Ambalajlanması

Çatışma teorisinin sağlık sosyolojisinde yapısal-işlevcilikten bile daha az dayanağı vardı. Bu da Parsons'ın (1951) hasta rolü kavramının önemine işaret etmektedir. En basit şekliyle çatışma teorisi, eşitsizliğin tüm toplumlarda olduğunu ve bu eşitsizliğin çatışmaya yol açarak toplumsal değişime sebep olduğunu öne sürmektedir. Toplumu bir arada tutan normlar ve değerler bir fikir birliği olarak değil, baskın gruplar ve toplumsal sınıflar

tarafından üstünlüklerini sürdürmek için alt sınıflara dayatılan kurallar olarak değerlendirilmektedir. Toplumsal süreçler, parasal kaynaklar için verilen mücadele olarak görülmektedir. Ancak yapısal-işlevselcilik gibi çatışma teorisi de bireye yaratıcılık olanağı vermemektedir. Belli davranış biçimlerinin bireye dayatıldığı bu yapı, indirgemeci birleştirmenin bir başka örneğidir. Çatışma teorisi hiçbir zaman tam anlamıyla gelişememiştir. Başlarda yapısal-işlevselciliği çatışma ve değişimi yok saydığı için topa tutan çatışma teorisi, toplumsal düzen ve istikrar sağlayan süreçleri göz önünde bulundurmadığı için ağır eleştiri almıştır (Ritzer ve Stepnisky, 2018).

Her şeye rağmen çatışma teorisine verilen destek devam etmektedir. Marksist bir yaklaşım ile çatışma teorisi üzerinde çalışmalar yapan araştırmacılar için çatışma teorisinin en ilgi çekici yanı, sağlık anlamında toplumsal sınıflar arasındaki uçurumun sebebinin kapitalizm olarak görülmesidir. İşçi sınıfı ve yoksul grupların içinde bulunduğu kötü iş ve hayat şartları, sağlık eşitsizliklerine yol açmaktadır. Marx'ın sınıf mücadelesi kavramı, sağlık hizmetinin para ile alınıp satılan bir meta olduğu kapitalist sistemlerde uygulanan sağlık politikasının alt ve işçi sınıfının sağlık hizmeti almasını nasıl engellediğini açıklamaktaydı (De Maio, 2010; Muntaner vd, 2014; Scambler, 2018). Kısacası kaliteli sağlık hizmeti almak, alt sınıflar için söz konusu değildir.

Çatışma teorisi ayrıca tıp mesleği, sigorta şirketleri, ilaç şirketleri, iş camiası, kamu gibi çeşitli grupların ve toplumsal oluşumların sağlık hizmeti almak ya da sağlık hizmetinden menfaat sağlamak için verdikleri siyasi mücadelede uyguladıkları stratejilerin açıklanmasında kullanılabilmektedir. Ancak geleneksel Marksizm, çıkar gruplarının verdiği siyasi mücadelenin incelenmesini sağlık eşitsizliklerini anlamak için yeterli bir yöntem olarak görmemektedir. Bunun yerine, ezilen grupların sağlıksız olmasının sınıf çatışması ve sömürüsü üzerinden yorumlanması gerektiğini vurgulamaktadır (De Maio, 2010).

Ancak çatışma teorisinin sağlık sosyolojisi alanında kullanılmasının önünde birtakım temel engeller bulunmaktadır. Bunun sebebi şöyle açıklanabilir: Bazı sağlık durumları çatışmadan kaynaklı oluşan koşullardan etkilenirken, bazıları etkilenmemektedir. İnsanların sağlıklı ya da hasta olmasında sınıf çatışmasının hiçbir etkisi olmayabilir. Birçok hastalık yaşlanmanın getirdiği doğal sebeplerle ortaya çıkmakta ve zamanla daha kötüye gitmektedir. Çatışma teorisinin bir başka sıkıntısı da bazı durumlarda tutarsız gözükmesidir. Bunun bir örneği, çatışma teorisinin tıp mesleğini aynı anda hem aşırı derecede yayılmacı (toplumsal sorunların tıbben tedavi edilmesinde her türlü sorumluluğu alan) hem de dışlayıcı (sağlık hizmetini sadece parasını ödeyene sağlayarak yoksullara ayrımcılık yapan) olarak değerlendirmesidir (Lupton, 2003).

Dahası, çatışma teorisinin iskeletini oluşturan Marksizm, 1970'lerden itibaren etkisini kaybetmeye başlamıştır. 1970'lerden sonra sağlık sosyologları tarafından Marksizm odaklı çatışma geleneğine ait çok az çalışma yapılmıştır. Howard Waitzkin'in (1983) kapitalizmin hekim-hasta ilişkisini nasıl etkilediği ve kötü sağlığın sorumluluğunu baskın kapitalist sistemden alıp nasıl bireye yüklediğini ele alan çalışması, bunlardan biridir. Ancak Alex Callinicos'un (2007) da vurguladığı üzere yaşanan siyasi olaylar, Marksist kuramın üniversitelerdeki itibarını yerle bir etmiştir. Sovyet çalışma kampları, Soğuk Savaş, 1968'de önceki adıyla Çekoslovakya'da yaşanan ayaklanmanın Sovyet askeri müdahalesiyle durdurulması ve 1981'de Polonya hükümetinin Dayanışma Sendikası'nı baskılaması gibi siyasi olaylar, ilk olarak Fransız bilim insanlarının ve daha sonrasında Avrupa'nın ve Latin Amerika'nın Marksizm'i bir "baskıcılık kuramı" olarak görüp, ona sırtını çevirmesine yol açmıştır.

Callinicos süreci şu şekilde özetlemektedir (2007: 261): "Marksizmin çöküşü İngilizce konuşan ülkelerde daha yavaş meydana gelmiştir ancak 1990'lara gelindiğinde postmodernizmin etkisi ve Batı Avrupa ile Sovyetler Birliği'ndeki "mevcut

sosyalizmin" çöküşüyle Marx, çoğu düşünür için de ölmüştür. Faal bir siyasi öğreti olarak Marksizm, Marksist yaklaşımı benimseyen önceki adıyla Sovyetler Birliği ve sosyalist Batı Avrupa ülkelerinde sağlıklı toplumsal koşullar yaratmayı ve etkili bir sağlık hizmeti sağlamayı başaramamıştır. Bu ülkelerde 20. yüzyılın sonlarında ve 21. yüzyılın başlarında ortalama erkek ömründe uzun vadeli bir düşüş yaşanmıştır. Yaşanan bu düşüş, ölüm oranlarında cinsiyet bağlamında tarihte meydana gelen en büyük farklardan biri olmuştur (Cockerham, 1999, 2000, 2007a, 2009, 2012; Cockerham vd, 2006; Grigoriev vd, 2014; Manning ve Tikhonova, 2009; M. Parsons, 2014; Rose, 2009; Scheiring, Irdam ve King, 2019; Shkolnikov vd, 1998). Sosyalist tıp, bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi başarılı kitlesel önlemler ile kontrol altına alınamayan kalp hastalığı gibi kronik sağlık sorunlarına ne idari (merkezi planlama) ne de yapısal (bireysel hizmet) olarak adapte olabilmiştir. Marksizm'in hem teoride hem de pratikte sağlıklı bir toplum üretiminde başarısız olması, Marksist kuramların sağlık sosyolojisindeki kullanımını baltalamıştır.

Yine de Marksist düşünce, çeşitli biçimlerde varlığını sürdürmeye devam etmiştir. Bunlardan ilki, 1930'larda Frankfurt Okulu'nda ortaya çıkan eleştirel teori örneğinde de olduğu gibi Marx'ın çalışmasını temel olarak alıp faşist, Stalinci ve kapitalist ideolojilere kendi eleştirisini getiren neo-Marksizmdir. Neo-Marksizmin yerini 1980'lerin sonları ve 1990'ların başlarında komünizmin çöküşünü takiben değişime uğrayan Marksist tabanlı kuramlardan meydana gelen post-Marksizm almıştır (Ritzer ve Stepnisky, 2018). Bu iki yaklaşım ile çalışmalar yapılmış olsa da ne neo-Marksizm ne de post-Marksizm sağlık sosyolojisinde öncü bir rol üstlenebilmiştir. İngiliz sağlık sosyoloğu Graham Scambler (2002), Jürgen Habermas'ın eleştirel teorisini kullanarak sağlık hizmetinin bir metaya dönüştürülmesinden Amerikan sağlık reformunun nasıl olumsuz yönde etkilendiğini ve "uzman" bir sistem olarak tıbbın nasıl hastalardan ziyade sistemin (piyasa talebi gibi) taleplerine bo-

yun eğdiğini incelemiştir. Ancak eleştirel teori henüz sağlık sosyologları arasında yeterli ilgiyi görememiştir. Kendi yaklaşımını Durkheim'ınki ile özdeşleştirse de İngiliz ekonomist Richard Wilkinson'ın (1996; Wilkinson ve Pickett, 2009) gelir eşitsizliği hipotezi, genellikle post-Marksist bir yaklaşım olarak sınıflandırılmaktadır. Wilkinson'a göre ülkelerdeki yaşam standardı ve sağlık düzeyi yükseldikten sonra eğer sınıfsal farklılıklar ortadan kalkmazsa, maddi açıdan yükselme devam edebilirken sağlık açısından daha iyiye gitme olanaksız hale gelmektedir. Wilkinson'ın bu hipotezi ilkten coşkuyla karşılanmış ancak daha sonra, bu hipotezi takiben yapılan çalışmalarda edinilen bulgularla Wilkinson'ın bulguları örtüşmemiş ve yaptığı analiz hatalı bulunmuştur (Beckfield, 2004; Eberstadt ve Satel, 2004). Kanadalı sağlık kuramcısı David Coburn'e (2004, 2015) göre gelir eşitsizliği hipotezinin öne çıkan, önemli bir tarafı bulunmamaktadır. Coburn, bu hipoteze karşı post-Marksist bir karşı argüman üreterek gelir eşitsizliğinin sınıf çatışmasından doğan belirleyici toplumsal faktörlerden yalnızca biri olduğunu vurgulamaktadır. Buradan hareketle gelir eşitsizliği hipotezi, (gelir dışında) toplumsal cinsiyet, ırk ve sınıf gibi sağlık eşitsizliğine yol açan diğer toplumsal faktörleri göz ardı ettiği gerekçesiyle eleştirilmektedir (Muntaner, 2003).

Çatışma teorisinin sosyolojideki şu anki konumuna gelecek olursak George Ritzer ve William Yagatich (2012: 105), yapısal-işlevselcilik ve çatışma teorisini "zombi" ya da "zombiye dönüşmesine ramak kalmış" kuramlar olarak nitelendirmektedir. Ritzer ve Yagatich'e (2012: 105) göre bu kuramlar, "bilhassa bu kuramların savunucuları ve bu kuram ile ilgili yazılmış kitapların yazarları gibi birçokları tarafından hâlâ varlığını sürdürüyor olarak görülmektedir. Ancak durum aslında böyle değildir. Ölümleri tam olarak gerçekleşmemiş olsa bile bu kuramlar, zerre hayat belirtisi göstermemektedir." Zombi teoriye gösterilebilecek en iyi örnek, yapısal-işlevselciliktir. Bir zamanlar sosyolojideki en önemli kuram olsa da günümüzde kimse yapısal-işlevselci değildir ve bu alanda

yapılan hiç çalışma bulunmamaktadır. Çatışma teorisi de bir zombi teori olarak değerlendirilebilir çünkü çatışma teorisi, artık var olmayan yapısal-işlevselciliğe eleştiri getirmek için ortaya çıkmıştır ve yine aynı şekilde, günümüzde bu alanda yapılan çalışma bulunmamaktadır. Yapısal-işlevselcilik hayata veda ederken ve çatışma teorisine getirilen Marksist yaklaşım, hayatta kalma mücadelesi veriyorken sağlık üzerine yapılan sosyolojik çalışmalarda önemli rol oynama ve sağlık sosyolojisinde bireyin iradesinin egemenliğine zemin hazırlama görevi, birey ve küçük grupların davranışlarına vurgu yapan sembolik etkileşimciliğe düşmektedir.

İrade Odaklı Paradigmanın Yükselişi

İrade, bireyin davranışlarını özgürce seçme kapasitesine gönderme yapan bir terimdir. Paradigma ise yaklaşım değişikliği anlamına gelmektedir. Paradigmalar, bilimsel düşüncedeki sanal devrimlerden mevcut fikirlerdeki çeşitliliklere kadar uzanan bir yelpazedir. Kısacası paradigma, kavramsallaştırma sürecinde yaşanan belirgin değişikliği temsil etmektedir (Reynolds, [1971] 2007). İrade odaklı olan sembolik etkileşimci paradigmanın ortaya çıkışı, yapısal-işlevselciliğin sosyolojik kuramlaştırmadaki egemenliğinin bitişini işaret etmekteydi. Sosyolojideki irade odaklı yaklaşımların savunucuları, yapısal etkenler ve engellerden bağımsız olarak bireyin her durumda davranışlarını seçme yetisinin bulunduğuna vurgu yapmaktadır. İrade, geçmişinin etkisi altında ancak aynı zamanda geleceği (alternatif ihtimalleri düşünme kapasitesi) ve şimdiki zamanı (hem geçmiş alışkanlıkları hem de şimdiki zamandaki olasılıkları hesaba katarak gelecekteki durumları düşünme kapasitesi) göz önünde bulunduran bireylerin, eleştirel bir değerlendirme yaparak nasıl davranacaklarını seçmesidir (Emirbayer ve Mische, 1998).

1960'larda ortaya çıkan sembolik etkileşimcilik, irade odaklı kuramların öncüsü niteliğindedir. Küçük grupların davranışlarının incelenmesinde kullanılan güçlü kuramsal ve

metodolojik yanlara sahip bir sosyal psikolojik davranış modeli ortaya çıkarmış olması sebebiyle sembolik etkileşimcilik, sosyolojide kendine bir yer edinmiştir. Sembolik etkileşimcilik bireyin bilinç akışına, içsel konuşmalarına, diğer insanlarla olan sosyal etkileşimleri ışığında benlik algısının gelişmesine, toplumsal durumların kendi kendini tanımlamasına ve bireysel davranışların başkalarıyla yapılan ortak aktiviteler sonucunda kolektif ifadelere dönüşmesine açıklama getirmeye çalışmaktadır (Blumer, 1969; Denzin, 1992; Mead, 1934). Grupların gündelik yaşamlarının kendine has toplumsal niteliğinin altını çizse de sembolik etkileşimciliğin esas odak noktasında bireylerin sosyalleşmesi ve ötekilere, gruplara, topluluklara ve toplumlara kendi sosyal perspektiflerinden nasıl baktıklarını fark etmeleri bulunmaktadır (Berger ve Luckmann, 1967; Mead, 1934). Bu paradigmanın devrim niteliğindeki yanı, George Herbert Mead'in (1934) benliğin korunması ve geliştirilmesi kavramına dayanmaktadır (Reynolds, [1971] 2007). Buradan hareketle sembolik etkileşim kuramcıları için başlangıç noktası, öz farkındalığın ve iradenin bireyde sosyal etkileşim süreci aracılığıyla nasıl ortaya çıktığıdır.

Ancak çağdaş kuramsal yaklaşımların hiçbiri ne iradenin ne de sosyal yapının önemli olmadığını iddia etmemektedir. Daha ziyade tartışma konusu olan şey, bunlardan hangisinin daha baskın olduğudur. Sembolik etkileşim, iradenin sosyal yapıya üstün olduğunu vurgulasa da bireye dışarıdan etki eden faktörlerin varlığını inkâr etmemektedir. Bu, Mead'in insanlara değil, insanlarla paylaşılan perspektiflere gönderme yapan "genelleştirilmiş öteki" kavramında görülmektedir. Mead (1934: 155), genelleştirilmiş ötekiyi bütün olarak örgütlenmiş bir toplum tutumu ve "toplumun bireylere baskı uyguladığı" bir toplumsal süreç olarak tanımlamaktadır. Bir bireyin genelleştirilmiş ötekinin varlığının farkına varması, o kişinin kendisini (ebeveynler gibi) spesifik ötekilerle özdeşleştirmekten (toplum gibi) genel ötekilerle özdeşleştirmeye geçiş yaptığını göstermektedir. Yani genelleştirilmiş öteki,

bireylerin davranışlarını bir bilinç ya da bireyin zihninde yer alan bir grup, toplum, sınıf veya toplumsal perspektif olarak etki altına almaktadır. Sağladığı kolektif perspektif bilgisiyle bireyi, istemesi halinde etkisi altına almaktadır. Birey, sayısız genelleştirilmiş ötekinin bilincinde olsa da bireyin karar verme sürecinde bazı genelleştirilmiş ötekiler diğerlerine göre daha etkili olmaktadır.

Sonuç olarak sembolik etkileşimcilik kuramı, sosyal etkileşim süreciyle iradenin toplumsal anlamların, toplumsal gerçekliğin ve genel olarak toplumun kökeni olduğuna vurgu yapsa da bireyleri etkileyen dış kaynaklı toplumsal yapıların olduğunu göz ardı etmemektedir. Her ne kadar toplum ve toplumun kurumları bireyden daha önce gelmiş ve bireyi kendi tercihi olmayan toplumsal koşullar çerçevesinde hareket etmeye zorlasa da irade, bireyin toplumsal sınırlamalara karşı direnme, üstesinden gelme, göz ardı etme ve vereceği tepkiyi seçme yeteneği sebebiyle sosyal yapıya ağır basmaktadır (Charmaz, 2009).

Sembolik etkileşimciliğin yıldızı, 1963 ve 1970 yılları arasında parlamıştır. Alanın önde gelen isimlerinden olan Norman Denzin (1992: 12), bu süreci "yaratıcı bir mayalanma dönemi" olarak tanımlamıştır. Howard Becker'ın (1963) etiketleme teorisi üzerine yaptığı çalışma ve Erving Goffman'ın (1963a, 1963b) onu etkileşimci geleneğin önemli kuramcılarından biri yapan, yüz yüze etkileşimin çeşitli özellikleri hakkında yaptığı çalışmalar da bu alanda yapılan birçok araştırmanın arasında yer almaktadır. Bunlara ek olarak Barney Glaser ve Anselm Strauss'ın (1965, 1967, 1968) ölüm ve ölme üzerine sağlık sosyolojisi alanında yaptıkları en önemli çalışma ve temellendirilmiş kuram üzerine yazdıkları metodolojik metin de bu alanda yapılan başlıca çalışmalardandır. Blumer'ın (1969) daha sonradan sembolik etkileşimcilik kuramının temel söylemi haline dönüşen makalelerinin derlemesini yayınlaması da bu alanda yapılmış önemli çalışmalardandır. Sembolik etkileşimciliğin sosyolojideki bu yükselişi, beraberinde hem

genel olarak sosyolojide hem de sağlık sosyolojisinde iradenin etkisini artırmıştır.

Uzun yıllar önce Neil Smelser'ın (1997) da gözlemlediği gibi Amerikan toplumsal düşünce geleneğinde metodolojik bireyciliğin önemli bir yeri bulunmaktadır. Smelser, farklı çözümleme düzeylerini birbiriyle ilişkilendirmeye çalışırken sosyal bilimcilerin bireyciliğe karşı olumlu bir önyargı ile yaklaştığını ve bunun toplumun kavramsallaştırmasını etkilediğini ileri sürmektedir (1997: 29):

> İçerisinde yaşadığımız Batı geleneği, bireyciliğin kültürel değerlerini suiistimal etmektedir. Bu geleneğin çocukları olarak bizler, çözümlemenin başlangıç noktası olarak bireyi almaktan son derece memnunuz. Bir başka deyişle bu kültürel gelenek bizi, davranış ve sosyal bilimlerin doğal ünitesinin birey olduğu yönünde düşünmeye itmektedir.

Smelser'a göre bu, çözümleme ve diğer durumlar bağlamında bireycilik kadar önemli ve hatta bazen daha da önemli olsalar da diğer toplumsal düzen düzeylerinin bireycilik kadar doğal görülmesini engellemekteydi. Smelser'ın yaptığı gözlemlemeye göre toplumsal yapı kavramının konumu, son 20-30 yıllık süreçte sosyolojik düşüncede düşüşe geçmiştir. Smelser bunun sebebi olarak, akademide yaşanan şu üç gelişmeyi göstermektedir: (1) sembolik etkileşimcilik öncülüğünde 1960'lardaki mikro sosyolojik devrim tarafından yapısal-işlevselciliğe yapılan eleştiri; (2) bunun akabinde yaşanan düşünsel ve siyasi memnuniyetsizlik sonucunda Marksizm'e yapılan eleştiri ve (3) kültürün kişisel kimliğe olan etkisinde toplumsal faktörlerden uzaklaşıp psikolojik faktörlere odaklanmak gibi kültür kavramında yaşanan değişiklikler.

Smelser'a göre bu gelişmelerin sosyoloji için sonucu, ana akım kuramsal yaklaşımların irade ve bireysel nitelik fikirlerini benimsemesi olmuştur. Sosyolojinin bir alt disiplini olan sağlık sosyolojisi de beklenildiği gibi bundan nasibini almıştır. Ancak Smelser'a göre (1997: 31) "olayları, durumları ve süreçleri,

bunları sınırlandıran örgüt düzenini incelemeden anlamak ve açıklamak imkânsızdır." Nasıl ki fizik kimyaya, kimya biyokimyaya ihtiyaç duyuyor; bireylerin de temel tanımların ötesine geçmek ve daha karmaşık davranışları anlamak için aynı şekilde toplumsal örgütlere ihtiyacı vardır.

Ve görüleceği üzere sağlık sosyolojisi, yapı tabanlı kuramlar üretmeye ve kullanmaya doğru yönelmiştir. Bunun sebebi, teorinin katı ve değişmez bir şey değil, düşünsel olarak adeta bir sıvı gibi akışkan ve değişken olmasıdır. Zygmunt Bauman'ın (2000) akışkan modernite kavramı, tam olarak buna gönderme yapmaktadır. Sosyolojik teoriler uzay ve zamanda sabit olarak kalmaz, aksine geçmişten günümüze sürekli değişerek gelmektedir. George Ritzer ve William Yagatich'in (2012: 100-1) gözlemlediği gibi "sosyolojik teori aslında her zaman katı olmak yerine akışkandı ve günümüzde teori her zamankinden çok daha akışkan." 20. yüzyılın getirdiği yeni sosyal, kültürel, ekonomik ve siyasi gerçeklikler sağlık sosyolojisini hem yeni teorilere ayak uydurmaya hem de eski olup da değişen koşullara ayak uyduran teorilere uyum sağlamaya itmiştir. Bu, bireyin merkezde olduğu sembolik etkileşimcilik ve metodolojik bireycilik gibi geçmişteki irade odaklı kuramlardan yapısal odaklı kuramlara doğru bir paradigma değişimi anlamına gelmektedir. Bu, İngiltere'ye kıyasla daha ziyade ABD'deki sağlık sosyolojisi pratiklerinde görülmektedir.

Amerikan Sağlık Sosyolojisi

Gelişiminin ilk aşamasında sağlık sosyolojisi, teoriye dayanmayan bir şey olarak nitelendirilmekteydi. Ancak bahsedildiği gibi Parsons, diğer sosyolojik alanlardaki kuram odaklı yaklaşımlara benzer bir yaklaşımla bu gidişatı değiştirmiştir. Sosyolojik kuram kullanımı, sağlık sosyolojisini diğer sağlık bilimlerinden ayıran en önemli nitelik haline gelmiştir. Aslında bu, çok da şaşırtıcı değildi çünkü tüm sosyologlar aynı temel kuramlar ve araştırma yöntemleri çerçevesinde eğitilmekteydi. Sosyoloji ve sağlık sosyolojisi alanındaki prestijli akademik

dergiler, çalışmanın yayımlanabilmesi için elde edilen verilerin yorumlanmasında kuram kullanılması şartı aramaktaydı. Bu sebeple sağlık sosyolojisinin kuram temelli bir sosyolojik alt disiplin olmasına ramak kalmıştı.

1960'lar ve 1970'lerdeki gelişim yıllarında sembolik etkileşimcilik, Amerikan sağlık sosyolojisindeki en önemli kuramdı. Ancak sağlık sosyolojisi ilk ortaya çıktığı zamanlarda, sosyolojiden ziyade tıbbın etkisi altındaydı. "Sağlık sosyolojisi" terimi ilk kez, bir doktor olan Charles McIntire'ın 1894 yılında *Bulletin of the American Academy of Medicine*'da [*Amerikan Tıp Akademisi Bülteni*] yayımlanan makalesinde kullanılmıştır. McIntire (1894: 425) sağlık sosyolojisini şöyle tanımlamıştır: "Doktorlara ait ve doktora özgü olan bu sosyal bilim, tıp mesleği ve toplum arasındaki ilişkiyi düzenleyen kanunları ... ve bununla ilgili diğer tüm her şeyi incelemektedir." Sağlık sosyolojisinin ilk kez ve bir hekim tarafından yapılan bu tanımı sağlık sosyolojisini, tıp doktorlarının toplumsal bir sınıf olarak ve bu sınıfın toplumun geri kalanıyla olan ilişkisinin incelenmesi olarak tanımlamaktadır. Bir Amerikan tıp okulundan (artık faal olmayan New York'taki Cenevre Tıp Koleji) mezun olan ilk kadın olan Elizabeth Blackwell, "sağlık sosyolojisi" ifadesini 1902 yılında yayımladığı makale derlemesinin başlığında kullanırken James Warbasse, 1909 yılında tıp ve toplum üzerine yazılmış makalelerin bulunduğu *Sağlık Sosyolojisi* isimli kitabın başlığında kullanmıştır. Bu eserler, sosyolojiden ziyade tıp alanında eğitim görmüş yazarlar tarafından üretilmiştir.

Sağlık sosyolojisi üzerine sosyolojik perspektiften yazılan ilk eser ise Bernard Stern'in 1927'deki *Social Factors in Medical Progress* (*Tıbbi Gelişimde Sosyal Faktörler*) isimli çalışmasıdır. Columbia Üniversitesi, Sosyoloji Fakültesi öğretim üyesi Stern, 1941 ve 1945 yılları arasında sağlık sosyolojisi ile ilgili 5 kitap yayımlamıştır (Bloom 2002). Ancak alanda yapılan ilk çalışmalar arasında en önemlisi, Harvard'da Parsons'ın da hocalığını yapan Lawrence Henderson'ın 1935'te yayımlanan, hekim ve hastayı sosyal bir sistem olarak ele alan makalesidir.

Araştırmacı bir hekim olan Henderson, sosyal bilimlere ilgi duymaya başlamış ve kariyeri açısından gecikmeli olsa da kariyer değişikliğine giderek 1931'de kurulan Harvard Sosyoloji Fakültesi'ne geçiş yapmıştır (Bloom 2002).

1940'ların sonlarında devlet müesseseleri ve özel kuruluşlar tarafından sağlık sorunları üzerine hekimler ve sosyologlar tarafından yapılacak ortak araştırma projelerine verilen maddi desteğe kadar sağlık sosyolojisi alanında yukarıda bahsi geçen bu çalışmalar dışında kayda değer pek çalışma yapılmamıştır. İngiliz sağlık sosyoloğu Malcolm Johnson (1975: 229), süreci şöyle ifade etmektedir: "Çalışmalara enjekte edilen paranın verdiği itici güç, sosyologların ve tıp çalışanlarının sağlık sosyolojisini kucaklamasına sebep olmuştur." Bu işbirliğinin sonucunda ABD'de yayımlanan bazı kitaplar şu şekildedir: *Social Science and Medicine* [Sosyal Bilimler ve Tıp] (Simmons ve Wolff 1954) ve alanda çığır açan bir çalışma olan *Social Class and Mental Illness: A Community Study* [Toplumsal Sınıf ve Akıl Hastalığı: Bir Toplum Çalışması] (Hollingshead ve Redlich, 1958). Bahsi geçen ikinci çalışma, sınıfsal konum ve belli türdeki akıl hastalıkları arasında ciddi bağlantılar kurmuş ve 1960'larda ABD'de ruh sağlığı merkezlerinin kurulmasında rol oynamıştır. O zamanlarda sağlık sosyolojisinin gidişatı, sağlık sorunlarını çözmek ve sağlıkla ilgili soruları cevaplandırmak için yapılan araştırmalara yönelmişti.

Ancak bu gidişat, Parsons'ın *The Social System* [Toplumsal Sistem] isimli kitabında hasta rolü kavramından bahsetmesiyle ve sağlık sosyolojisinde kuramsal bir tartışmaya yol açmasıyla birlikte rafa kaldırılmıştır. Bu gelişme sadece dikkatleri sağlık sosyolojisine ve diğer sosyologları sağlık sosyolojisinin potansiyeline çekmekle kalmamış, ayrıca sağlık sosyolojisinin Amerikan üniversitelerindeki sosyoloji fakültelerinde kabul görmesini sağlamıştır. Bu gelişmenin önemi, ABD'de sosyolojiye verilen kurumsal desteğin, sağlık sosyolojisinin diğer ülkelere kıyasla çok daha sağlam bir zemine oturtulduğu üniversiteler aracılığıyla sağlandığı gerçeği ile anlaşılmaktadır.

Sağlık sosyolojisinin tıp okullarıyla sınırlandırıldığı diğer ülkelerde sağlık sosyolojisi, çok daha azgelişmiş bir alan olarak varlığını sürdürmektedir.

İlk sosyoloji bölümü, 1893 yılında Chicago Üniversitesi'nde kurulmuştur. 1901 yılına gelindiğinde ABD'de, 169 yükseköğrenim kurumunda sosyoloji dersleri verilmekteydi. Ancak aynı yıl içinde bir bölünme yaşanmış, "sosyolojik çözümleme ya da 'yalnızca sosyoloji' ile ilgilenen sosyologlar kendilerini, toplumsal sorunlar üzerine çalışma yapanlardan ya da araştırmalarında 'sosyolojiyi kullananlardan' ayırmaya başlamıştır" (Coser, 1979: 293). 1905'te kurulan Amerikan Sosyoloji Derneği, bu gidişatı yansıtmaktadır. Böylelikle Amerikan sosyolojisi, bilimsel bir disiplinin olmazsa olmazı olan düşünsel altyapıyı oluşturmak için 20. yüzyılın başlarında araştırmaya ve kuramsal gelişime yönelmiştir. Bu alanın önde gelen araştırma merkezlerinden olmayı amaçlayan üniversiteler, rağbette olan doktoralı sosyologları kendi kurumlarına çekmek için dolgun maaşlar ödemekteydi. Bu listenin başını Weber, Georg Simmel, Ferdinand Tönnies gibi isimlerin kuramlarının çalışıldığı, bilhassa Almanya gibi Avrupa'nın önde gelen üniversitelerinde eğitim almış sosyologlar çekmekteydi. Fakat Amerikan sosyolojisi, Alman tarihi ve felsefi geleneğinin izinden gitmekten ziyade kendine özgü, gözleme dayalı araştırma odaklı ve çağdaş sosyal yaşamı ele alan bir yol izlemiştir.

Sosyal bilimcinin sosyal reformcu rolünden çıkması, sosyolojideki kuramsal çalışmaların değerini yükseltmiştir. Bu, sağlık sosyolojisi için sorun teşkil etmiştir çünkü sağlık sosyolojisi 19. yüzyıl sonlarının ve 20. yüzyıl başlarının Avrupa sosyal düşüncesine dayanan, sosyolojinin geleneksel uzmanlık alanlarından çok daha geç gelişmiştir. Din, siyaset, hukuk, ekonomi ve diğer temel sosyal kurumların aksine tıp, toplumsal yapıyı ya da davranışı etkilememiştir. Yazılarının bazılarında sağlığa ve hastalığa göndermede bulunan Durkheim, Weber ve Marx gibi sosyolojinin kurucuları (Collyer, 2010, 2015), tıbbı bir kurum olarak yok saymamış olsalar da sağlık ya da tıp üzerine

herhangi bir sosyolojik teori üretmemiş, sağlık sosyolojisini sosyoloji için potansiyel bir araştırma alanı olarak görmemiş veya sağlık sosyolojisini ciddiye aldıklarına dair herhangi bir belirti göstermemişlerdir. Ancak daha önce de vurgulandığı üzere Parsons'ın hasta rolü kavramı, Durkheim ve Weber'in kuramlarına dayanmaktadır ve böylelikle daha önceden kuram açısından yoksun olan sağlık sosyolojisini kuramsal bir zemine oturtmaktadır.

Fakat Parsons'ın yapısal-işlevselci kuramı, sağlık sosyolojisindeki hükmünü kısa bir süre sonra kaybetmiştir. Çok daha popüler olan sembolik etkileşimcilik kuramı ile boy ölçüşememiştir. Anselm Strauss, 1960'larda sağlık sosyolojisi alanının en önde gelen sembolik etkileşimci yazarıydı. Howard Becker ve diğerleriyle birlikte Strauss, günümüzde artık bu alanda yazılmış klasik eserlerden biri olarak görülen, tıp okullarının toplumsallaşması üzerine bir çalışma olan *Boys in White*'ı [Beyaz Giyen Adamlar] yazmıştır (Becker vd, 1961). Bu kitap, temel bir tıp eğitimi vermek yerine tıp öğrencilerinin bir hekimin sahip olması gereken mesleki normlar ve değerler hakkında ne öğrendiğini ele almaktadır. Buna ek olarak Strauss, sağlık sosyolojisine birçok başka alanda da katkılar sunmuştur. Bu katkılara ölüm bilinci, ölümün toplumsal süreci ve hastanede ölmek üzerine yazdığı, çığır açıcı çalışma (Glaser ve Strauss, 1965), hastanelerdeki çalışma düzeni üzerine yaptığı çalışma (Strauss vd, 1963) ve hipotezin önceden belirlenmeyerek, analizden elde edilen veriler kapsamında ortaya çıktığı temellendirilmiş kuramı (Glaser ve Strauss, 1967) üretmesi de dahildir.

Bir diğer önemli kuramcı da Erving Goffman'dı. Sembolik etkileşimci ya da sağlık sosyoloğu olmasa da Goffman, iki alana da ciddi katkılarda bulunmuştur. Goffman sosyoloji kariyerine akıl hastaları üzerine çalışarak başlamıştır. Daha sonra çalışmalarını, kamu menfaati ile ilgili konular üzerine yoğunlaştırmıştır. *Asylums* [*Tımarhaneler*] (1961) isimli kitabı "tam gözetim kurumları" kavramını ileri sürmüştür. Bu kavram, kurumlar tarafından hapsedilen insanların sosyal durumu-

na ve akıl hastanelerindeki yaşama gönderme yapmaktadır. Sunduğu diğer katkılar arasında etkileşim ritüelleri, günlük yaşamda benliğin sunumu ve izlenim yönetimi üzerine yaptığı çalışmaların yanı sıra sosyolojide "hayatı bir tiyatro olarak" ve "insanları sahnedeki oyuncular" olarak gören dramaturjik bir yaklaşım geliştirmesi ve damgalama üzerine yaptığı sosyolojik çalışma da bulunmaktadır.

Sembolik etkileşimci araştırmanın daha önceden yapısal-işlevselciliğin egemenliği altında olan sağlık sosyolojisine entegre edilmesi, sosyolojinin en önemli iki kuramsal ekolü arasında tartışma konusu olmuştur. Sembolik etkileşimcilik, alandaki egemenliğini 1960'ların sonuna kadar sürdürmüştür. Bu egemenliği oluşturan etkenlerden biri, etiketleme teorisinin birçok çalışmada kullanılması ve bunun sonucunda ortaya çıkan anlaşmazlıktı. Etiketleme teorisine göre sapkın davranış kişinin sergilediği bir davranış değil, o davranışa diğer insanlar tarafından atfedilen tanımın bir sonucudur (Becker, 1963). Yani bir davranışın sapkın olarak değerlendirilip değerlendirilmeyeceği, o davranışın diğer insanlar tarafından nasıl etiketlendiğine (tanımlandığına) bağlıdır. Meşela caz müzisyenleri üzerine yapılan bir çalışmada müzisyenler arasında esrar kullanımının normal karşılandığı ortaya çıkmıştır (Becker, 1963). Ancak esrar kullanımı, toplumun geri kalanı tarafından sapkın ve yasadışı bir davranış olarak görülmektedir ve esrar kullanan kişiye tutuklanma, para cezası ve hapis cezası gibi yaptırımlar uygulanmaktadır. Etiketleme teorisi genellikle sapkınlık ile ilgili olsa da akıl hastası olan insanlar üzerinde yapılan bazı çalışmalarda da kullanılmıştır. Bu çalışmalara göre önceden akıl hastalığı sebebiyle tedavi görmüş insanlar, üzerinden çok vakit geçmesine ve artık iyileşmiş olmalarına rağmen "eski akıl hastası" etiketini üzerlerinden atmakta zorlanmaktadır (Scheff [1966], 1999).

Ancak 1980'lere gelindiğinde sembolik etkileşimcilik, bir çöküş sürecine girmiştir. Bireylere diğer insanlar tarafından yapıştırılan sosyal "etiketlerin" güçlü ve uzun süren etkileri-

nin açıklanmasında önemli bir yere sahip olsa bile etiketleme teorisi, (diğer insanların verdiği tepkiler dışında) sapkınlığın nedenlerini açıklamakta yetersiz kalmıştır. Buna ek olarak, sapkın davranış sahibi insanlar yoksulluk, stres ya da benzer sosyal geçmiş gibi sapkınlıklarıyla ilgili ortak niteliklere sahip değildir. Ayrıca Denzin'in de (1992) yıllar önce vurguladığı gibi sembolik etkileşimcilik kuramı genel olarak miadını doldurmuş ve "sabit bir öğreti" şekline bürünmüştür. Denzin ayrıca sembolik etkileşimcilik kuramının savunucularının birçoğunun yapısal-işlevselciliği çökertmeye çalışan "asilerden" oluştuğu sonucuna varmıştır. Bu kişiler kadınların ve akıl hastaları, bedensel engelliler, çocuklar ve yaşlılar gibi marjinal grupların sesi olmaktaydı. Ancak ezeli düşman yapısal-işlevselcilik yok edildikten sonra sembolik etkileşimciliğin bu mücadeleci ruhu, zayıflamaya başlamıştır.

Buna ek olarak, Denzin'in de gözlemlediği gibi 1981 ve 1990 yılları arasında sembolik etkileşimciliğin en önde gelen yazarı Mead, tahtını Blumer'a kaptırmıştır. Blumer, metodolojik de olmak üzere birçok yönden topa tutulmaktaydı. Aldığı en büyük eleştiri ise başlarda alana yönelik yaptığı kendi eleştirilerine bile çözüm getirememesiydi. Alanın saygı duyulan savunucuları gittikçe yaşlanmakta ("etkileşimciliğin ağarması") ve sembolik etkileşimciliği benimseyen öğrenci sayısı gitgide azalmaktaydı. Durum böyle olunca, etkileşimcilik topluluğu gittikçe küçülmekteydi. Sembolik etkileşimcilik ayrıca kendini metodolojik bir handikabın içinde bulmaktaydı. Bu alanda yapılan çalışmalar (katılımcı gözlem ve odak grupları gibi) nitel yöntemler kullanırken Amerikan sağlık sosyolojisinde ve genel olarak sosyolojide yapılan araştırmalar, araştırmadan elde edilen verilere dayalı nicel yöntemler kullanmaktaydı. Bu yönteme sıcak bakan birkaç akademik dergi hariç nitel araştırma yöntemi kullanılmış çalışmaları yayımlamak zor bir hal almıştı.

Ayrıca sembolik etkileşimcilik, kurumlar ve toplumsal süreçler arasındaki ilişkiyi açıklamaktan acizdi. Bu ilişki yal-

nızca bireyleri değil, bu ilişkinin tarafları olan kurumları ve toplumsal süreçleri de etkilemekteydi. Sonuç olarak sembolik etkileşimcilik, kurumsal ya da daha üst düzeydeki toplumsal etkileşimler için kullanılamamaktaydı. Dahası sembolik etkileşimcilik, mikro düzeydeki küçük grup süreçlerini makro düzeydeki toplumsal olaylarla ilişkilendirmekte yetersizdi. Mead'in genelleştirilmiş öteki kavramı, grupların ve toplumların (ayrıca toplulukların ve toplumsal sınıfların) bireysel davranışı nasıl etkilediğini gösterse de bireylerin genelleştirilmiş ötekileri ya da genelleştirilmiş ötekilerin birbirlerini nasıl etkilediğini gösteren, diyalektik bir değiş tokuştan söz edilmemekteydi.

Karşı görüş belirten Archer (2003: 78), Mead'e "inatçı bir dışsalcı" diyecek kadar ileri gitmektedir çünkü ona göre Mead'in insanların kendi zihinlerinde yaptığını öne sürdüğü içsel konuşmalar kavramı, aslında kendileriyle gerçekleştirdikleri bir diyalogdan ziyade toplum ile gerçekleştirdikleri bir diyalogdur. Archer bu çıkarıma, Mead'in genelleştirilmiş öteki kavramından varmaktadır. Bu argümanını desteklemek adına Archer, Mead'in şu ifadesini vurgulamaktadır: "Düşünmenin diğer insanlarla konuşmaktan farkı yoktur." Yani düşünürken diğer insanlar ve bu insanlar hakkında ne düşünülmesi gerektiği göz önünde bulundurulmaktadır. Fakat Mead'in çalışmasının yapısal çıkarımları, ondan sonra gelenler tarafından hiç geliştirilmemiştir ve böylelikle sembolik etkileşimcilik kuramı varlığını irade odaklı bir kuram olarak sürdürmüştür.

Geçmişe göre etkisi artık çok az olsa da sembolik etkileşimcilik, 21. yüzyılda da varlığını devam ettirmektedir. Bazı etkileşimciler hâlâ bu kuramı savunurken diğerleri postmodern teoriye; duygular sosyolojisi, beden sosyolojisi ve sosyal inşacılık çalışmalarına yönelmiştir. Ancak postmodern teori, yaşanan toplumsal değişimleri açıklamak için ilk ortaya çıktığında potansiyel vaat etmesine rağmen moderniteden postmoderniteye geçişinden sonra toplum yapısı ve karakterini

çözümlemede yetersiz kalmıştır (Pescosolido ve Rubin, 2000). Kendisine sağlık sosyolojisinde hiçbir zaman yer edinememiş ve günümüzde hükmünü yitirmiştir (Cockerham, 2007b).

Bunun aksine duygular ve beden sosyolojisi üzerine yapılan araştırmalar hâlâ devam etmektedir çünkü etkileşimcilik, sosyal inşacılık gibi biyolojik ve biyolojik olmayan sosyal teoriler arasındaki analitik boşluğu doldurmaktadır. İnsanlar arasındaki etkileşim, duyguların ifade edilmesindeki en önemli rolü oynamaktadır çünkü duygu dediğimiz şey, toplumsal durumlara ve insanların etkileşimine verilen biyolojik tepkidir. Beden sosyolojisi ise bedenin nasıl toplumsal bir inşa (tanımı ve gördüğü toplumsal muamele gibi) olduğunu ve bedenin günlük hayattaki deneyimlerinin fenomenolojisini (algılama gibi) ele almaktadır (B. Turner, [1984] 2008). Buna rağmen duygular ve beden sosyolojisinin kuramsal olarak sağlık sosyolojisindeki yeri ufaktır. Duygular ve beden sosyolojisinin aksine sosyal inşacılık ise sağlık sosyolojisinde önemli bir yere sahiptir.

Sosyal inşacılık, gerçekliğin birbiriyle etkileşim halinde olan, dünyayı kendi perspektifinden tanımlayan ve bu yaklaşımla bilgi üreten insanlar tarafından toplumsal olarak kurgulandığı fikrine dayanmaktadır (Gabe, Bury ve Elston, 2004). Sosyal inşacılık, çeşitli olguların anlamlarının o olguların özünde var olmadığını ileri sürmektedir. Aksine anlam, toplumsal bir etkileşim sonucunda olgulara yüklenmektedir ve dolayısıyla hem değişime hem de yoruma açıktır (Conrad ve Barker, 2010; Olafsdottir, 2013). Bu, hastalık da dahil tüm olguların tanımlarının bu anlam üretimi sonucunda ortaya çıktığı anlamına gelmektedir. Hastalığın toplumsal bir inşa olması, onun kültürel ve ahlaki değerler tarafından şekillendirildiği fikrine dayanmaktadır. Bu şekillendirme ise fizyolojik belirtilerin anlatımının diğer insanlarla yapılan etkileşim aracılığıyla ve toplumda hastalığın ve sağlığın ne olduğuna dair belli başlı inançların etkisiyle meydana gelmektedir (Nowakowski ve Sumerau, 2019). Sosyal inşacılık

teorisinin bazı tarafları sembolik etkileşimciliğe dayansa da hem iradeyi vurgulayan (Berger ve Luckmann, 1967; Freidson, 1970a, 1970b) hem de yapısallığı vurgulayan (Foucault, 1973, 1979) tarafı olduğu için tamamıyla sembolik etkileşim ile ilişkilendirilememektedir. Sosyal inşacılığın iki tarafa da yaptığı bu vurgu, İngiliz sağlık sosyolojisini ele alan bir sonraki bölümde incelenecektir.

Şu anki zayıf ("zombi") konumuna rağmen sembolik etkileşimcilik, irade odaklı yaklaşımın Amerikan sağlık sosyolojisinin gelişmesinde önemli bir rol oynamıştır (Charmaz ve Belgrave, 2013). Ve bunu yaparken yapısal-işlevselciliği yetersiz göstermekteki başarısı, sosyal neden tezi üzerine yapılan araştırmaları baltalamıştır. Etiketleme teorisinin ve Strauss ile Goffman'ın çalışmalarının popülerliği, Virginia Olesen ve Fred Davis'in hastabakıcılık üzerine, Denzin ve Thomas Scheff'in akıl hastalığı üzerine ve Kathy Charmaz'ın kronik hastalıklar ve bedensel engelliler üzerine yaptığı çalışmalar, sosyal psikolojik yaklaşımın egemen olduğu bir sağlık sosyolojisinin temelini atmıştır. Sembolik etkileşimciliğin etkisini kaybetmesinden açılan boşluğu, stres üzerine yapılan –sosyal psikolojik temaların, kavramların ve nicel yöntemlerin kullanıldığı– çalışmalar doldurmuştur. Bu alanda o kadar çok çalışma yayımlanıyordu ki farklı alanlardaki çalışmaları da yayımlayan, ABD'nin sağlık sosyolojisi alanında en önde gelen dergisi olan *Journal of Health and Social Behavior* [*Sağlık ve Toplumsal Davranış Dergisi*], bazı sosyologlar tarafından "stres dergisi" olarak adlandırılmaktaydı (Clair vd, 2007). Bu tür çalışmalar genelde kişiler arası stres etkenlerine odaklanmaktaydı. Toplumsal düzeydeki stres etkenleri hakkında nadiren çalışma yapılmaktaydı.

Örnek verecek olursak, Peggy Thoits'in (1995: 56) 1990'ların ortasında sağlık sosyolojisinde stres üzerine yapılan araştırmaları ele aldığı çalışmasında şu sözlere yer verilmiştir: "Stresin çıkış noktasının geniş kapsamlı toplumsal yapılara ya da süreçlere atfedilmesine rağmen makro düzeydeki faktörler ile mikro düzeydeki deneyimler arasındaki ilişkiyi inceleyen çok

az çalışma yapılmıştır. Bunun yerine yalnızca bireysel düzeyi kapsayacak şekilde rol gerilimlerindeki statü değişkenlerine, güçsüzlük ya da kontrolün kendinde olmama hissine odaklanılmıştır. 15 yıl sonra yaptığı, bu çalışmanın devamı niteliğinde olan araştırmada da Thoits (2010), stresin genellikle toplumsal sınıf düzenine bağlı yapısal dezavantajlardan kaynaklandığı sonucuna ulaşmıştır. Ancak aradan geçen zamanda, yapılan yapısal odaklı araştırmaların sayısı artmıştır. Stres sürecinin zamanla sosyoekonomik statü, yaş, toplumsal cinsiyet ve ırk/etnik kökene bağlı olarak nasıl deneyimlendiği üzerine yapılan araştırmalardan da anlaşılacağı üzere bu durum, hâlâ devam etmektedir. Bir insanın toplumsal hiyerarşideki konumu ne kadar yüksekteyse, stresle başa çıkması o kadar kolaydır ve bedenine aldığı zarar da aynı ölçüde azdır. Hiyerarşide aşağıya indikçe, bireyin sahip olduğu avantajlar da birer birer kaybolmaktadır. Zaten en çok strese maruz kalan ve stresle başa çıkmak için en az olanağa sahip olanlar da alt sınıftır (Avison ve Thomas, 2016; Downey ve van Willigen, 2005; Lantz vd, 2005; McLeod, 2012; Thoits, 2010). Yapısal değişkenlerden kaynaklanan ve bireye olumsuz etki eden diğer kronik stres örnekleri şu şekildedir: dezavantajlı muhitlerdeki strese neden olan çevresel faktörler (Browning ve Cagney, 2003; T. Hill, Ross ve Angel, 2005), işini kaybetme korkusu (Burgard ve Seelye, 2016), maddi sıkıntı çekmek (Bierman 2014; Kahn ve Pearlin, 2006; Sun ve Houle, 2020) ve cinsel yönelim ve ırk üzerinden yapılan ayrımcılık (Bratter ve Gorman, 2011; Brown, O'Rand ve Atkin, 2012; Miller, Rote ve Keith, 2013; D. Williams, 2012; D. Williams ve Mohammed, 2009).

Sağlık sosyolojisinde en yaygın kullanılan stres teorisi, Leonard Pearlin'in (1989) stres süreci modelidir. Pearlin'e göre stres üzerine yapılan araştırmalarda sadece insanların strese neden olan etkenlere verdiği tepkilere bakmaktan daha fazlası yapılmalıydı. Ancak önemli olan bir başka şey de stres altındaki insanların içinde bulundukları toplumsal durumlardır. Pearlin bunu, şu şekilde ifade etmektedir: "Yaşanan

birçok stresli şey, bir anda gökyüzünden düşmemektedir. Bu stresli deneyimlerin kaynağı, toplumsal yapılara ve bireyin bu yapılar içindeki konumuna dayanmaktadır" (1989: 242). Pearlin'e göre bu yapıların en önemlisi toplumsal sınıf, ırk, etnik köken, toplumsal cinsiyet ve yaş gibi tüm toplumlarda bulunan sınıflandırma sistemleridir. Bunların her biri, stresli bir yaşama neden olabilmektedir. Stres süreci çalışmaları yapısal odaklıdır çünkü sosyal destek ağları gibi insan hayatına dışarıdan etki eden faktörleri potansiyel ara değişken olarak değerlendirmektedirler. Fakat stresli durumların bireyin yaşamına olan etkisini belirleyen esas şey, bireyin o durumlara karşı verdiği tepki ve durumları nasıl yorumladığının yanı sıra stresle başa çıkma becerisi ve bu bağlamda sahip olduğu olanaklardır. Böylelikle bir önceki bölümde ele alınan temel sebep teorisi ile birlikte sosyal neden tezini yeniden diriltme görevi, Bruce Link ve Phelan'a (1995) düşmüştür. Ancak bu gerçekleşene kadar toplumsal faktörlerin bu bağlamdaki nedensel rolü, hep geri planda kalmıştır. Ancak kuramsal bağlamda bakıldığında sağlık sosyolojisinde metodolojik bireyciliğe yapılan aşırı vurgu şimdilerde yerini, toplumsal faktörlerin neden-sonuç ilişkisinde bir değişken olarak değerlendirilmesine bırakmaktadır. Yaşanan bu "yeni-yapısal" genişleme, iki faktörün etkisi altındadır. Birincisi, irade odaklı kuramların toplumsal yapıların birbirleri ya da bireyler üzerindeki etkilerini açıklayamamasıdır. İkincisi ise bireylerin sağlığına birden fazla düzeyde etki eden toplumsal yapıların etkilerinin belirlenmesinde kullanılacak olanakları araştırmacılara sağlayan gelişmiş istatistiksel tekniklerin günümüzde halihazırda mevcut olmasıdır. Daha önce bahsedildiği üzere hiyerarşik lineer modelleme (HLM), regresyon denklemlerindeki değişiklikleri karşılaştırarak ve her düzeydeki (bireyler, aileler, muhitler, topluluklar, ilçeler, iller vb yapısal hiyerarşide üst sıralarda yer alanlar gibi) değişiklik miktarını hesaplayarak farklı düzeydeki yapısal değişkenlerin sağlık üzerindeki etkilerini eşzamanlı olarak belirlemektedir. Biyobelirteç verileri,

yapısal değişkenlerin allostatik yüklenme, inflamasyon ve glukokortikoid sekresyonu gibi fizyolojik sonuçlar üzerindeki etkilerini ölçmek için kullanılabilmektedir.

Sosyal inşacılık, stres süreci modeli ve temel sebep teorisi dışında günümüz Amerikan sağlık sosyolojisinde en yaygın kullanılan teoriler yaşam seyri teorisi, medikalizasyon (ilaca bağımlı kılma), sağlıklı yaşam biçimi teorisi ve sosyal sermaye teorisidir. Bu teorilerin neredeyse hepsi toplumsal yapının sağlık üzerindeki etkilerini incelemektedir, bu sebeple devam etmekte olan paradigma değişimine kanıt niteliğindedir:

- Vurgulandığı gibi *sosyal inşacılık*, tıpta yaşanan gelişmelerin davranışların kontrol edilmesinde nasıl rol oynadığına vurgu yapmakla birlikte Foucault'nun (1973) bilgi ve iktidar arasındaki yakın ilişki analizinin etkisi altında olan yapısal bir dala sahiptir.
- *Stres süreci modeli*, toplumsal yapılardan kaynaklanan stres etkenlerine yer vermektedir (Pearlin, 1989).
- *Temel sebep teorisi* yapısal değişkenlerin hastalığa nasıl sebep olduğunu açıklar (Link ve Phelan 1995).
- *Yaşam seyri teorisi*, çocukluktan itibaren kendini gösteren sosyoekonomik dezavantajların yaşam boyu birikerek yaşlılıkta sağlık açısından olumsuz sonuçlara yol açması fikrini desteklemektedir (Shanahan, Mortimer ve Johnson, 2016).
- *Medikalizasyon*, ilaçla tedavi uygulanabilmesi için fiziksel ve zihinsel hastalık durumlarını "ilaç gerektiren" durumlar olarak tanımlayan toplumsal güçleri ("motorlar") ortaya çıkarmaktadır.
- *Sağlıklı yaşam biçimi teorisi*, sağlıklı yaşam biçimlerinin sınıf ve benzeri diğer toplumsal yapılarla olan bağıntısının belirlenmesinde irade-yapı ara yüzüne değinmektedir (Cockerham, 2005).
- *Sosyal sermaye teorileri* sermayeyi, muhitlerin ve toplulukların daha sağlıklı olmasını sağlayan işbirliği ilişkilerinin ağlarından oluşan toplumsal yapılarının bir özelliği olarak değerlendirmektedir (Lin, 2001).

Sağlıklı ve hasta olmanın toplumsal sebeplerini en iyi şekilde açıklayan teoriler (1) esnek sosyoekonomik kaynakların sağlığa nasıl direkt olarak olumlu ya da olumsuz etki ettiğini vurgulayan temel sebep teorisi, (2) kronik strese neden olan

etkenlerin sağlığı nasıl olumsuz yönde etkilediğini gösteren stres süreci modeli, (3) çocukluktan itibaren kendini gösteren sosyoekonomik dezavantajların nasıl yaşam boyu birikerek yaşlılıkta sağlık açısından olumsuz sonuçlara yol açtığını belirten yaşam seyri teorisi ve (4) sosyoekonomik tabanlı sağlık uygulamalarının ve yaşam koşullarının nasıl sağlıklı ya da sağlıksız olmaya ve ölüme etki ettiğini gözler önüne seren sağlıklı yaşam biçimi teorisidir.

İngiliz Sağlık Sosyolojisi

İrade odaklı yaklaşımların sağlık sosyolojisini egemenliği altına alması, yalnızca ABD'ye özgü değildi. Günümüzde de bu alandaki baskın kuramsal yaklaşım olan irade odaklı yaklaşım, İngiliz sosyolojisinde daha yaygın kullanılmaktaydı. Dolayısıyla Amerikan sağlık sosyolojisinde gerçekleşen ve yapıya yapılan vurguyu artıran paradigma değişimi, henüz Birleşik Krallık'a kadar uzanmamıştır. Amerikan sağlık sosyolojisinde, gelişimi sağlayan itici güç genellikle kuram odaklı akademik sosyologlardan gelmişti. Birleşik Krallık için ise bunun tam zıttı söz konusudur. Sağlık sosyolojisi, Birleşik Krallık'ta ilk olarak 1950'lerde ortaya çıkmıştır, ancak güçlenmesi 1960'ların sonunu bulmuştur (Annandale ve Field, 2005; Collyer, 2012; Illsley, 1975). 1960'ların sonuna gelindiğinde, İngiliz Ulusal Sağlık Hizmeti çoktan kurulmuştu (1948). Başlangıçta Britanya sağlık sektörü, sağlık sosyolojisinin sosyal epidemiyoloji dışında tıbba katkısının olmadığını düşünmekteydi. Raymond Illsley'in (1975) de gözlemlediği gibi bu katkı yine de sosyologları sağlık üzerine araştırma yapmaya yöneltecek seviyedeydi. Alanın değeri anlaşıldıkça sağlık sosyolojisi eğitimi önce tıp okullarında, daha sonra ise 1970'lerde üniversitelerde yaygınlaşmıştır.

Sağlık sosyolojisinin Birleşik Krallık'taki gelişiminin arkasında akademik sosyoloji değil, tıp ve hasta bakımını iyileştirme üzerine yapılacak sosyolojik araştırma, sağlık eşitsizliğini ortadan kaldırma ve sağlık politikasına katkı sunma ihtiyacı

bulunmaktadır. Bir araya gelen beş sosyolog, 1956'da ilk toplantılarını yapmış ve bu, 1969 yılında İngiliz Sosyoloji Derneği Sağlık Sosyolojisi Grubu'nun kurulmasına yol açmıştır (Illsley, 1975). İngiliz Sosyoloji Derneği, 1951 yılında kurulmuştur ve 1970'lerin ortalarına gelindiğinde Sağlık Sosyolojisi Grubu, derneğin en kalabalık oluşumuydu. Ancak Johnson'ın (1975: 229) da gözlemlediği üzere, bu büyümeye rağmen "Birleşik Krallık akademisinde bir sağlık sosyolojisi geleneği bulunmamaktadır ve sağlık sosyolojisinin ataları, şöhretlerini medikal çevrede yaptıkları uygulamalı araştırmalarla kazanmışlardır."

Dolayısıyla İngiliz sağlık sosyolojisi başlangıçta, ABD'deki muadili gibi teorik olmaktan ziyade uygulamalıydı. İngiliz sağlık sosyolojisi, alanı teoriye doğru yöneltecek Parsons gibi prestijli bir düşünürün eksikliğini çekmekteydi. Aynı durumdan genel sosyoloji de mustaripti ve sağlık sosyolojisinin Birleşik Krallık'taki gelişimi, genel olarak sosyoloji disiplininin II. Dünya Savaşı sonrasındaki gelişimiyle paralellik göstermekteydi (Annandale ve Field, 2005). İngiliz sosyolojisi, uzun yıllar boyu yalnızca Londra Ekonomi Okulu (LSE) ile sınırlı kalmıştır. Yükseköğrenimde 1960'larda yaşanan büyük gelişimi takiben sosyolojinin üniversitelerdeki yaygınlığı gittikçe artıyordu ve sağlık sosyolojisi de bundan nasibini aldı. Sosyolojinin başlangıçtaki gelişiminin yavaş olması, kısmen Cambridge ve Oxford'daki direnişten kaynaklanmaktaydı (Halsey, 2004; Holmwood ve Scott, 2014; Scott, 2018). Bu direnişin çıkış noktası, 19. yüzyılın sonlarına dayanır. 19. yüzyılın sonlarında siyasi felsefenin değeri, Cambridge ve Oxford'un klasik eğitim kavramlarının içine o kadar derinlemesine işlemişti ki bu yaklaşıma rakip olacak bir sosyolojik düşüncenin ortaya çıkması çok zor bir hale gelmiştir.

Sosyoloji 1960'lara kadar yaygın olarak kurumsallaştırılmamış ve başlangıçta halktan ve akademisyenlerden çok az ilgi görmüştü. Sosyolojinin kuramsal başarısı da aynı şekilde etkileyici olmaktan çok uzaktı. ABD'nin aksine Birleşik Krallık, Durkheim ve Weber'in seviyesinde sosyal kuramcılar üretememiştir. Herbert Spencer ve Spencer'ın sosyal Darwinizm

düşüncesi, 19. yüzyılda popüler olsa da artık tarihe karışmıştır. Buradan hareketle, sosyoloji alanında Birleşik Krallık'ta öncü diyebileceğimiz büyük bir düşünür ya da klasik eser bulunmamaktadır (MacInnes, 2019). İngiliz sosyolojisinin öncüsü, L. T. Hobhouse'dur. 1907'te LSE tarafından sosyoloji bölüm başkanlığı teklifini aldığında, öncü sosyolog rolü resmen kucağına düşmüştür. Filozof ve gazeteci olan Hobhouse'un net bir kariyer planı yoktu. Teklifi kabul ederek ilk İngiliz sosyoloji profesörü ve İngiliz kuramsal sosyolojinin babası olmuştur (Halsey, 2004; Scott, 2018). Hobhouse'un ve onun akabinde gelenlerin kuramsal çalışmalarının odak noktası, ilkel ve sanayileşmemiş toplumların gelişimiydi. Hobhouse'un çağdaş toplumlara olan ilgisizliği onu, 20. yüzyıl modernitesinin yükselişi üzerine çalışan Durkheim ve Weber'e kıyasla alanın önemsiz figürlerinden biri yapmaktaydı.

Her şeye rağmen İngiliz sosyolojisi, önünde sonunda sosyal teori ve eleştirinin gelişiminde önemli bir rol oynamasının yanı sıra tarihsel sosyoloji, Marksist kuram, toplumsal katmanlaşma, suç bilimi, sosyal yapılandırmacılık ve eleştirel gerçekçiliğe büyük katkı sunmuştur. Anthony Giddens'a (Halsey, 2004) göre İngiliz sosyolojisinin alana yaptığı kuramsal katkıların artmasının belirli bir nedeni vardı. İngiliz sosyologlar sadece Amerikan sosyolojisine aşina değil, ayrıca Alman Jürgen Habermas ve Ulrich Beck ile Fransız Michel Foucault ve Pierre Bourdieu gibi çağdaş Kıta Avrupa'sı kuramcılarına da aşinaydı. Böylelikle İngiliz sosyologlar, Avrupa'da yaygın olan toplumsal düşünce ile Amerikan yaklaşımları sentezleyerek kendi kavramlarını ortaya çıkarabilmişlerdir (Collyer, 2012). En nihayetinde Giddens ve Archer, 20. yüzyılın sonlarına gelindiğinde Birleşik Krallık'ın öncü kuramcıları olmuşlardır. Ancak her iki kuramcı da İngiliz sosyolojik düşünce geleneği ile tutarlı bir şekilde irade odaklı yaklaşımı benimsemektedir. Giddens (1984), yapılandırma kuramı ve eleştirel teori, iktidar, toplumsal sınıf, modernite, kimlik ve risk çalışmaları gibi alanlara sunduğu sayısız katkı ile bilinmektedir. Yapılandırma

kuramı çok karmaşık ve detaylıdır. İrade ve yapı arasındaki ilişkiyi inceleyen bu kuram, daha önce de bahsedildiği üzere irade odaklıdır. Kuramın çıkış noktası, toplumsal yapıların ve bu yapıların kurduğu sistemlerin bireylerin tekrarlanan pratikleri aracılığıyla yaratıldığı, değiştirildiği ve yeniden üretildiği düşüncesidir. Bu kuramın temel kavramları şöyledir: Yapı (bir eylem akışı olarak işleyen kurallar ve prosedürler), toplumsal sistemler (yeniden üretilen toplumsal pratikler) ve yapının ikiliği (yapının eylem bağlamında hem sınırlayıcı hem de olanak sağlayıcı şekilde tanımlanması). Giddens (1984: 129), sosyal bilimlerde "yapısal açıklama" diye kendine özgü bir oluşumdan söz edilemeyeceğini, daha ziyade bütün açıklamaların hem bireylerin amaçlı ve akılcı davranışlarına hem de bu davranışların toplumsal ve materyal bağlamlardaki sınırlayıcı ve olanak sağlayıcı nitelikleriyle kesişmelerine üstü kapalı bir gönderme yaptığını belirtmektedir. Toplumsal sistemlerin yapısal niteliklerinin kontrolü bireylerin elinde kaçıp gidebilse de Giddens (Giddens ve Pierson, 1998), tüm sosyal yaşamın birey kontrolünde olduğunu çünkü bireylerin kendi davranışlarını diğer insanlara göre sürekli kontrol ettiğini ve bu kontrol bağlamında davrandığını ileri sürmektedir.

Archer'ın (1995, 2000, 2003) eleştirel gerçekçilik teorisi, toplumsal sistemlerin yönlendirmeye ve değişime açık olmasını savunan İngiliz düşünür Roy Bhaskar'ın (1998) eserine dayanmaktadır. İnsanlar yapıyı şekillendirecek seviyede kapasiteye, düşünümselliğe ve yaratıcılığa sahip özneler olarak tanımlanmaktadır. Fakat insanlar, aynı zamanda yapı tarafından şekillendirilmektedir de. Eleştirel gerçekçi için buradaki anahtar olay, bireylerin yapıyı değiştirebilmesi ve değişken sonuçlar üretebilmesidir. Bir başka deyişle bireyler, yapıya karşı koyabilmekte ya da yapıyı stratejik olarak alt edebilmektedir. Böylelikle yapının etkisi azaltılmaktadır. Yapı ise değiştirilebilir olsa da görece dayanıklıdır. Derin yapıların ise davranışa etki eden ve yüzeysel olarak gözlemlenebilir olanın ötesine geçen, üretici mekanizmaları vardır.

Ancak Archer'a (2003: 7) göre yapısal güçler, "iki açık sistemin insafına kalmıştır; dünya ve dünyada yaşanabilecek beklenmedik durumlar ile bireyin kararlılık kapasitesi, düşünümsel duyarlılığı ve yaratıcılığı." Böylece Archer, davranışı yapıdan ziyade iradenin etkilediğine vurgu yapmaktadır (2003: 7): "engellerin ve olanakların güç olarak kullanılması, iradenin o engelleri ya da olanakları ne kadar benimseyeceğine bağlıdır." Eleştirel gerçekçiliğin amacı, iradeyi ve yapıyı iki tarafın da kendine özgü niteliklerini kaybederek tek bir oluşuma dönüşmeden birleştirmektedir. Archer, irade ve yapı arasındaki bağlantının insanların zihinlerinde kendileriyle yaptığı, içinde bulundukları toplumsal duruma kafa yordukları ve bu değerlendirme sonucunda eyleme geçtikleri içsel bir diyalog olduğu sonucuna varmaktadır. Fakat ne eleştirel gerçekçilik ne de yapılandırma kuramı, bugüne kadar sağlık sosyolojisine kayda değer bir katkıda bulunmuştur. İstisna sayılabilecek katkılar eleştirel gerçekçiliği biyoloji, irade ve yapının nasıl beden, kronik hastalık ve engellilik gibi sosyolojik kavramları etkilediğini incelemek için kullanan Simon Williams (1999) ve sağlık eşitsizliği analizinde eleştirel gerçekçiliği kullanan Graham Scambler'dan (2018) gelmiştir. Birleşik Krallık'ın iki öncü çağdaş kuramcısının iradeye olan yönelimini düşünecek olursak sağlık sosyolojisinin de benzer bir yol izlemesi, şaşırtıcı değildir. Elbette bu, yapısal yaklaşımların tamamıyla göz ardı edildiği anlamına gelmemektedir. Zira alanda yapılan çalışmaların önemli bir kısmı, İngiliz toplumunda yapısal eşitsizliklerden doğan sağlık eşitsizliği üzerinedir. Bu çalışmaların konu başlıkları şöyledir: sınıfsal bölünmeden (Atkinson, 2015; Bartley, 2017; Chandola, 2000; Macintyre, McKay ve Ellaway, 2005; McGovern ve Nazroo, 2015; Popay ve Williams, 2009; Rees Jones vd, 2011; Scambler, 2018), yapısal etkenlerin toplumsal pratikleri ve yaşam tarzlarını farklılaştırmasından (Kandt, 2018; Maller, 2015), siyaset ve arz ve talep ilişkisinden (Salter ve Salter, 2018) ve yaşam koşullarından (Macintyre, Ellaway ve Cummins, 2002; G. Williams, 2003) kaynaklanan sağlık

eşitsizlikleri. Yine de sağlık ve hasta bakımı üzerine yapılan sosyolojik araştırmaların büyük bir çoğunluğunu irade odaklı çalışmalar oluşturmaktadır. Bu, *Sociology of Health & Illness* [Hastalığın ve Sağlığın Sosyolojisi] gibi önde gelen İngiliz dergilerine bakarak gözlemlenebilmektedir.

Birleşik Krallık sosyolojisinde nitel çalışmalarının üstünlüğünün bir sebebi, tarihe bakıldığında nicel yöntemlerin rağbet görmemesi ve yükseköğrenim kurumlarında kısıtlı sayıda ileri istatistik eğitimi verilmesidir (Goldthorpe, 2007, 2019; MacInnes, 2019; Panayotova, 2019). Üstü kapalı da olsa İngiliz sosyolojisinde nicel karşıtı bir kültürün varlığından söz etmek mümkündür (Byrne, 2012; Goldthorpe, 2007; MacInnes, 2019). Bunun yanı sıra, araştırma yöntemleri üzerine ders vermek akademide düşük seviye olarak görülmektedir ve çalışmalarda istatistiksel tekniklerin kullanımı da yok denecek kadar azdır (Byrne, 2012; Panayotova, 2019). Birleşik Krallık'ın önde gelen nicel sosyoloğu John Goldthorpe'a (2019: 340) göre "Nicel araştırmanın İngiliz sosyolojisinde gelişmediğini inkâr etmek, imkânsızdır. Nicel yöntemlere olan ilgisizlik ve hatta düşmanlık, yaygın olarak devam etmektedir. Bu durumu değiştirmek için sarf edilen çaba, şu ana dek en azından sosyoloji bağlamında hiç etkili olmamıştır."

Goldthorpe ayrıca istatistiğin, sosyolojide kullanılan bir metodoloji olarak henüz kabul görmediğine de vurgu yapmaktadır. Sonuç olarak İngilizler, nitel araştırmada çok iyi olmalarına rağmen nicel araştırmada çok geri kalmıştır. Bu bulgu, Amerikan sağlık sosyolojisinin aksine küçük gruplar üzerinde yapılan irade odaklı nitel çalışmaların büyük gruplar üzerinde yapılan yapı odaklı istatistiksel çalışmalardan daha yaygın olduğu anlamına gelmektedir. Kuram açısından bakacak olursak, 1980'lere gelindiğinde İngiliz sağlık sosyologları kuramsal modeller için Amerikan meslektaşlarının eline bakmaktaydı (Stacey ve Homans, 1981). Ancak bu, tabii ki artık söz konusu değildir çünkü İngiliz sosyologlar kendi kuramsal çalışmalarını üretmekte ve araştırma için kendi konu başlıkları-

nı seçmektedir. İngiliz sağlık sosyolojisinin ana konu başlıkları şunlardır: beden sosyolojisi; hastalık, toplumsal cinsiyet, ırk ve sınıfsal sağlık eşitsizliklerinin öznel olarak deneyimlenmesi; sağlık hizmeti sağlama; sağlık politikası ve siyaset (Annandale, 2014, 2016; Arber ve Thomas, 2005; Bartley, 2017; Bradby ve Nazroo, 2016; Dolan, 2011; Nettleton, 2020, 2016; Nettleton, Neale ve Pickering, 2011; Rees Jones vd, 2011; Ridge, Emslie ve White, 2011; B. Turner, [1984] 2008; S. Williams, Martin ve Gabe, 2011).

İngiliz sosyolojisinde baskın olan kuramsal yaklaşım, sosyal inşacılıktır (Nettleton, 2020). Bahsedildiği gibi sosyal inşacılık; beden, sağlık ve hastalık hakkındaki bilimsel bilgilerin öznel ve tarihsel olarak koşullanmış insan çıkarları tarafından üretildiğini ve değişime ve yeniden yorumlanmaya açık olduğunu savunmaktadır (Gabe vd, 2004). Bryan Turner'ın (2004: 40) da vurguladığı gibi inşacılık, şeylerin keşfedilmek yerine toplumsal olarak üretildiğini ileri süren bir düşüncedir. Yani tüm gerçekler toplumsal gerçeklerdir çünkü sosyal toplumlar tarafından üretilmişlerdir. Hastalık belirtileri de dahil her şey, toplum tarafından nasıl tanımlanıyorsa öyledir. Mesela hastalık, toplumsal bir inşadır çünkü belirtilerin nasıl ifade edileceği diğer insanlarla yapılan etkileşim sonucunda ve belirli inançlar doğrultusunda ortaya çıkan kültürel normlar ve değerler ile şekillendirilmektedir (Gabe vd, 2004). Tanı, fizyolojik belirtilerin toplumsal olarak uygun bir davranış biçimine dönüştürülmesidir ve beraberinde, tanı konulan birey için sosyal statü değişimine de yol açmaktadır.

Bryan Turner'a (2004) göre sosyal inşacılığın temel klasik metni, Peter Berger ve Thomas Luckmann'ın sembolik etkileşimciliğe dayanan *Social Construction of Reality* [*Gerçekliğin Sosyal İnşası*] (1967) kitabıdır. Diğer önemli eserler arasında Elliot Freidson'ın (1970a, 1970b) ABD'deki tıp mesleği ve bedeni bir iktidar ve bilgi ürünü olarak tanımlayan Foucault (1973) üzerinden sağlık bilgisi hakkında yaptığı çalışma da yer almaktadır (Nettleton, 2020). Bu çalışmada Freidson, tıbbın

kendi çıkarlarını korumak için sağlık konularında iktidarı ve otoriteyi nasıl tekelleştirdiğini ele almaktadır. Foucault ise tıp mesleğinin insan bedenini nasıl tıbbi müdahaleye ve kontrole açık olan bir çalışma konusu olarak tanımladığını incelemiştir. Foucault, bilginin ürettiği uzmanlığın tıp gibi meslek ve kurumlar tarafından toplumsal davranışı şekillendirmek için kullanıldığının toplumsal tarihini gözler önüne sermiştir. Bilgi ve iktidar birbirine o kadar bağlıdır ki birinin büyümesi, ötekinin de büyümesi anlamına gelmektedir. Hatta Foucault, bu iki terimi ayrı ayrı kullanmak yerine bilgi/iktidar olarak tekil bir şekilde kullanarak bu birliğe dikkat çekmektedir (B. Turner, 1995).

Foucault'ya kıyasla Berger ve Luckmann arasındaki aşırı farklılık, sosyal inşacılığın sabit bir öğreti olmadığını göz önüne sermektedir (Nettleton, 2020; B. Turner, 2004). Turner'a (2004: 43) göre "inşacılığın bu farklı biçimleri, insan iradesinin birçok farklı yorumunu sunmaktadır ve dolayısıyla hastalar, doktorlar ve hastalıklar arasındaki ilişkinin anlaşılması bağlamında farklı çıkarımlar ortaya atmaktadır." Sosyal inşacı bir çalışma Berger ve Luckmann'ın ne kadar etkisi altındaysa, o kadar irade odaklıdır. Ne kadar Foucault'ya yakınsa, iradenin rolü o kadar azdır. Giddens'a (1987) göre temel olarak Foucault'nun eserleri, iradenin yer almadığı tarihten ibarettir. Fakat Foucault, katı bir yapısalcı değildir. Bilakis Foucault, postyapısalcılığın en önde gelen temsilcilerinden ve Saussure ve Lévi-Strauss gibi yapısalcıların savunduğu, toplumsal olguları küçük boyutlu sistemlere dönüştüren evrensel kuralların var olduğu düşüncesine karşı çıkan Fransız bilim insanlarından biridir. Foucault, bilgi/iktidar kullanımının Fransız yapısalcıların iddia ettiği gibi sadece kısıtlandırıcı olmadığını, insanların toplumdaki statüsünü belirlediğinden dolayı ayrıca üretken ve olanak sağlayıcı olduğunu da göstermektedir.

Yapısal inşacılıkta öğretisel birliğin sağlanamaması dışında başka zorluklarda yaşanmaktadır. Bu zorluklar, şöyledir: hastalığın biyolojik gerçekliğini kabul edememek, (bilginin sadece

sosyal bir inşa olduğunda ısrarcı olarak) bilginin keşfedilebileceği ihtimalini reddetmek ve rölativist bir bakış açısıyla hiçbir bilgi biçiminin diğerinden daha geçerli olmadığını benimsemek (ki bu, sosyal inşacılığın geçerliliğini de sorgulatmaktadır) (Bury, 1986; Gabe vd, 2004; Nettleton, 2020; B. Turner, 2004). Bütün bunlara rağmen sosyal inşacılık, beden çalışmaları, genetik ve tıbbi bilgi kullanımı, kadın sağlığı, hasta-hekim etkileşimi, bedensel engellilik ve yaşlanma gibi konularda popülerliğini korumaktadır.

Ellen Annandale ve David Field'a (2005) göre Birleşik Krallık'taki sağlık sosyolojisi, genel olarak toplum ile paralel bir şekilde kolektivizmden bireyciliğe kaymıştır. Buna toplumsal bağlamda verdikleri örneklerden biri, hizmet sektörü işe alımlarının yükselmesi ve kitle piyasası malı üretiminden (Çin'e bırakılmıştır) özelleşmiş ve değişken tüketici piyasası için mal üretimine geçilmesidir. Sağlık sosyolojisi için ise bu geçiş, biyomedikal modellerden genetik ve günlük yaşamdaki sağlık riskleri gibi bireysel konulara doğru olmuştur. Annandale ve Field'ın (2005: 247) vurguladığı gibi "yeni sosyolojik duyarlılık, şimdiye kadar süregelen toplumsal sınıf, 'ırk' ve etnik köken gibi kolektifler ile sınırlı olan rasyonel birey kavramsallaştırılmasından bağımsız olarak yaşam tarzı kararları alan, öz-düşünümsel bireye geçişi sağlamıştır."

Bu, ABD'deki muadilinin aksine İngiliz sağlık sosyolojisinin yapıdan ziyade irade odaklı kavramların etkisi altında olduğu anlamına gelmektedir. Bu durum yalnızca dergilerde değil, aynı zamanda Annandale (2014) ve Nettleton'ın (2020) kitaplarından da görülmektedir. Elbette bu, bir perspektifin ötekinden daha iyi olduğu anlamına gelmemektedir. Daha ziyade bu, her iki perspektifin de araştırmaya ve kurama yaklaşımının farklı olduğunu göstermektedir. Sağlığı etkileyen toplumsal faktörlere kanıt teşkil eden örneklerin sayısı Amerikan sağlık sosyolojisi literatüründe daha fazla olsa da bu örneklere, Birleşik Krallık'ta yapılan (Kandt, 2018; McGovern ve Nazroo, 2015; Rees Jones vd, 2011 gibi) çalışmalarda rastlamak mümkündür.

Sonuç

Bu bölümde bahsedildiği gibi bir zamanların sağlık sosyolojisinin baskın kuramsal yaklaşımı, Durkheim'ın zamanından bu yana çok farklı bir hal almıştır. Durkheim'ın takipçisi olan sağlık sosyologlarının sağlığın ve hastalığın sebepleri üzerine yaptıkları çalışmalarda, (toplumsal olgular olarak) toplumsal yapıların üzerine odaklanmaları beklenmektedir. Fakat bu, yapısal-işlevselcilik gibi yapısal kuramların yerini sembolik etkileşimcilik gibi irade odaklı kuramlara bırakmasıyla gerçekleşmemiştir. Böylece artık sosyal inşacılığın irade odaklı tarafı, kuramsal olarak en önde yer almaktadır. Bazı yapısal değişkenler birçok hastalıkla ilişkilendirilse bile bu değişkenler, çoğu hastalığın birincil sebebi olarak nitelendirilmemekteydi. Link ve Phelan'ın (1995) gözlemlediği üzere bu değişkenler, uzak faktörler olarak değerlendirilmekteydi çünkü etkileri, bireye daha yakın olan değişkenler tarafından azaltılmaktaydı. Link ve Phelan (1995: 80), epidemiyoloji alanının önde gelen kitaplarından birinden alıntı yaparak şu ifadede bulunmaktadır: "Modern yaklaşım, sosyoekonomik konum gibi toplumsal şartları yalnızca ikincil faktör olarak değerlendirmektedir çünkü esas faktörler nedensel zincirin hastalığa daha yakın olan tarafında yer almaktadır." Toplumsal yapıların ve koşulların önünde sonunda sağlık sorunlarına sebep olduğu yapılan çalışmalarda ortaya çıksa da toplumsal yapıların sağlığa olan direkt etkileri, çoğu zaman göz ardı edilmekteydi.

Yapının birey üzerindeki etkilerini dikkate almayan kuramlar, Archer'ın (1995: 4) "bindirgemeci birleştirme" [*upwards conflation*] kavramına birer örnektir. Archer bu kavramı, tek yönlü, artarak işleyen ve bireyleri etkileme kapasitesi bulunmayan nedensel iktidarın bireyler tarafından tekelleştirildiği davranış modellerine uygulamaktadır. İster indirgemeci ister bindirgemeci olsun, iki birleştirme biçimi de irade ve yapının sosyal çevrede ortaklaşa hareket ettiği gerçekliği yansıtmamaktadır. Duruma bağlı olarak biri, diğerine üstün olabilir ancak ikisi de her zaman mevcuttur. Kuşkusuz ki sağlık sosyoloji-

si, epidemiyoloji ve diğer alanlardaki araştırmalarda ihtiyaç duyulan şey, yapısal değişkenlerin hastalık ve sağlık nedeni olarak değerlendirildiği, daha geniş kapsamlı yaklaşımlardır. Yapısal faktörlerin etkilerinin ölçülmesinde yaşanan bu gelişmeler, gelecekteki sağlık sosyolojisi çalışmalarında yapısal ve yeni-yapısal yaklaşımlara doğru yaşanacak bir paradigma değişiminin habercisidir. Temel sebep, yaşam seyri, stres süreci, medikalizasyon, sağlıklı yaşam biçimi ve sosyal sermaye teorilerinin ortaya çıkmasıyla bu paradigma değişimi, şimdilik sadece Amerikan sağlık sosyolojisiyle sınırlı olsa da kuramsal bağlamda sosyolojide gerçekleşmeye başlamıştır. Gelecek bölümlerde, toplumsal yapıların sağlık ve hastalık bağlamındaki nedensel nitelikleri ele alınacaktır.

Eleştirel Düşünme Soruları

1. Sosyolojideki irade odaklı ve yapı odaklı kuramlar arasındaki farklar nelerdir? Siz hangi yaklaşımı tercih edersiniz? Tercihinizi sebepleriyle açıklayınız.
2. Yapısal-işlevselcilik ve çatışma teorisi, neden sağlık sosyolojisindeki etkisini kaybetmiştir?
3. Sembolik etkileşimcilik kuramının güçlü ve zayıf yanları nelerdir?
4. ABD ve Birleşik Krallık arasındaki başlıca kuramsal farklılıkları açıklayınız.

İlave Okuma Önerileri

Cockerham, William C, 2021, *Sociological Theories of Health and Illness*, New York: Routledge.

Günümüz sağlık sosyolojisinde en yaygın olan kuramları ele almaktadır.

Collyer, Fran (ed.), 2015, *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.

Uluslararası bir yazar grubu tarafından yazılan bu kitap, sağlık sosyolojisinin önde gelen kuramcıları hakkındadır.

Scambler, Graham (ed.), 2012, *Contemporary Theorists for Medical Sociology*, Abingdon, UK: Routledge.

Bu kitap, çeşitli çağdaş kuramcıların ve bu kuramcıların teorilerinin sağlık ile ilgili konulara nasıl uygulandığı üzerinedir.

3
Sağlıksal Yaşam Tarzları

Bu kitaptaki çoğu bölüm toplumun hastalığa neden olması üzerine olsa da bu bölüm, toplumun nasıl sağlığa neden olduğunu göstererek başlamaktadır. Sağlığın toplumsal olarak üretilmesinin ana mekanizması, yaşam tarzlarıdır. Yaşam tarzı, ergonomik ihtiyaçları karşılayan ve toplumsal kimliğe somut bir biçim veren, bütünleşik pratikler dizisidir (Giddens, 1991: 81). Buna, sağlığı olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen yaşam tarzı pratikleri ve davranışlar da dahildir. Sağlık davranışı, insanlar tarafından sağlıklarını korumak, sağlık sorunlarının önüne geçmek veya olumlu bir beden imajı yaratmak için gerçekleştirilen bir eylemdir (Cockerham, 2005). Bireylerin sağlıklı kalmak için yaptıkları bir şeydir. Sigara kullanımı, alkol

kullanımı ya da diş fırçalama gibi bireysel pratikler üzerine yapılan çalışmalar, sağlık davranışı araştırmasına girmektedir. Bireysel sağlık pratikleri ve kişisel bakımdan ziyade sağlık sosyolojisinde yapılan araştırmaların bir başka odak noktası da sağlık davranışlarının toplandığı alan olan sağlıksal yaşam tarzlarıdır.

Sağlıksal yaşam tarzları, bireylerin ve grupların birden fazla sağlık davranışını kapsamaktadır. Sağlıksal yaşam tarzları, yaşam olanaklarına göre bireyin sahip olduğu fırsatlar doğrultusunda yaptığı tercihler ışığında şekillenen, sağlıkla ilgili davranışlar bütünü olarak tanımlanabilmektedir (Cockerham, 2005). Bir insanın yaşam olanakları, arzularını ve ihtiyaçlarını karşılamak için sahip olduğu olanaklar bütünüdür. Bu olanaklar bütünü, sosyoekonomik statü ve sınıfsal konumun yanı sıra yaş, toplumsal cinsiyet, ırk ve etnik köken gibi insanların yaşam tarzları hakkında yapacakları seçimleri belirleyen diğer faktörler tarafından da şekillendirilmektedir. Bu tanım, Weber'in ([1922: 531-9] 1978: 926-39) klasik kuramına dayanmaktadır ve kendisi tarafından ortaya atılan yaşam tarzı kavramı bağlamında öne sürdüğü hayat tercihleri ile yaşam standartları arasındaki diyalektik ilişkiyi kapsamaktadır. Weberci bağlamda ele alındığında hayat tercihleri, iradeyi temsil etmektedir ve yaşam standartları, yapıyı uzaktan etkileyen faktörlerdir. Sağlık ve diğer yaşam tarzı tercihleri gönüllüyken sınıfsal konumu temsil eden hayat standartları, bu tercihleri ya desteklemekte ya da kısıtlamaktadır çünkü yaşam tarzı ve yaşam olanakları, bireyin davranışlarını belirleyen, bir elmanın iki yarısı gibidir. Bu tercihler sonucunda ortaya çıkan davranışlar, bireyin sağlık pratiklerini şekillendirmektedir. Sağlıksal yaşam tarzını oluşturan bu pratikler, şöyledir: beslenme, spor yapmak, sigara içmek, alkol kullanmak, madde bağımlılığı, check-up yaptırmak vb. Sağlıksal yaşam tarzlarının sağlık sorunları ve ölüm ile direkt bağlantısı bulunmaktadır (Cockerham vd, 2017a; Cockerham, Wolfe ve Bauldry, 2020; Saint Onge ve Krueger, 2017). Weber, yaşam tarzlarını bireyler

ile değil, statü gruplarıyla ilişkilendirmiştir. Böylelikle yaşam tarzlarının kolektif bir toplumsal olgu olduğunu göstermiştir. Statü grupları, benzer statüye ve sınıfsal altyapıya sahip olan insan gruplarıdır. Dolayısıyla benzer yaşam tarzlarına sahiptirler. Belli bir statü grubunda ya da toplumsal sınıfta yer almak isteyen insanlar, o gruptaki insanlar tarafından kabul görmek için o grubun yaşam tarzını benimsemek durumundadır. Statü grupları, tüketim alışkanlıklarına göre sınıflandırılmaktadır. Gruplar arasındaki farkları oluşturmanın yanı sıra bu alışkanlıklar, halihazırda var olan farklılıkları da göz önüne sermektedir (Bourdieu, 1984). Sağlıksal yaşam tarzları aracılığıyla üretilen sağlık, daha uzun bir hayat, iş olanağı ya da fiziksel durumdan duyulan memnuniyet gibi şeyler için kullanıldığından bir tüketim biçimidir (Cockerham, 2005, 2013b). Sağlıksal yaşam tarzları ayrıca tüketimi bu sürecin doğal bir parçası haline dönüştüren (koşu ayakkabıları, spor kıyafetleri, diyet programları, vitaminler, doğal besinler, sağlık kulüpleri ve kaplıca merkezleri gibi) devasa bir sağlık ürünü ve hizmeti sektörü tarafından desteklenmektedir.

Dahası, olumlu sağlıksal yaşam tarzı davranışları sağlığı riske atmamaktadır. Mesela sağlıklı beslenme, sağlıksız beslenmenin tam tersidir. Sağlıksal yaşam tarzı pratiklerinin bu ikili doğası, hayat tercihleri ve yaşam standartlarının karşılıklı etkileşiminden meydana gelen olumlu ya da olumsuz sağlık durumları anlamına gelmektedir. Ancak sağlıksal yaşam tarzı pratiklerinin (olumlu ya da olumsuz) bu genel ikili yapısı, bu pratiklerin her durumda tek taraflı olduğu anlamına gelmemektedir. Bazı insanlar için sağlıksal yaşam tarzı pratikleri gerçekten de bu iki taraftan yalnızca birini içerse bile belki de sayıları daha fazla olan diğer insanlar için sağlıksal yaşam tarzı hem olumlu hem de olumsuz pratiklerin karışımından oluşmaktadır (Burdette vd, 2017; Cockerham vd, 2017a, 2020; Lawrence, Mollborn ve Hummer, 2017; Maller, 2015; Mize, 2017; Mollborn ve Lawrence, 2018; Mollborn vd, 2014; Ross, Hill ve Mirowsky, 2016; Saint Onge ve Krueger, 2017).

Araştırmalar, en olumlu sağlıksal yaşam pratiklerine sosyoekonomik statüsü yüksek insanların, en olumsuzuna ise sosyoekonomik statüsü düşük insanların sahip olduğunu göstermektedir (Antunes, 2011; Burdette vd, 2017; Cockerham, 2005, 2013b; Cockerham vd, 2017a; Dolan, 2011; Grzywacz ve Marks, 2001; Phelan ve Link, 2013; Mollborn ve Lawrence, 2018; Mollborn vd, 2014; Pampel, 2009; Saint Onge ve Krueger, 2017). Dolayısıyla sağlıksal yaşam tarzları, birbiriyle bağlantısı olmayan bireylerin düzensiz davranışları değil, belirli grupları ve sınıfları temsil eden kişisel rutinler bütünüdür. Bir başka deyişle sağlıksal yaşam tarzları, karmaşık ve karışık bir sağlık davranışları bütünüdür (Mize, 2017).

Yaşam Tarzı: Bir Başarı Olarak Sağlık

Sağlığın her duruma uyan, tekil ve evrensel bir tanımı yoktur. Daha ziyade bir normallik olarak sağlık, hasta olmayış ya da fiziksel işlev becerisi gibi birçok kavram ile ifade edilmektedir (Blaxter, 2010). İyi hissetmek ve günlük aktiviteleri yapabilmek (yani pratik işlevsellik durumu), insanların kendilerini sağlıklı ya da sağlıksız olarak değerlendirmesinin temelini oluşturmaktadır. Geçmişte sağlık, insanlar tarafından sorgusuz sualsiz kabul edilen bir olguydu (Crawford, 1984). Yani insanlar ya sağlıklıydı ya da değildi ve bu, hayatlarının alelade bir parçasıydı. Ancak bu durum, ciddi şekilde değişmiştir. Çoğu birey hayata sağlıklı olarak başlamaktadır. Ancak içinde bulundukları toplumsal durumlar ve yaşam tarzları, sağlıklı kalma ihtimallerini etkilemektedir ve sağlıklı kalabilmek için zamanla özel bir çaba göstermek, bir ihtiyaç haline gelmiştir.

Dolayısıyla sağlık, günümüzde insanların uğrunda çaba sarf ederek elde ettiği bir başarı haline dönüşmüştür. Bu çaba gösterilmediğinde kronik hastalık ve erken ölüm riski artmaktadır (Clarke vd, 2003). Giddens (1991) ve Bryan Turner'ın (1992) da yıllar önce vardığı sonuç gibi yaşam tarzı tercihleri, diyet ve bedensel rutinler ile bütünleşik bir hal almıştır. Gelişmiş toplumlardaki insanlar, sahip oldukları olanaklardan dolayı

sağlıkları için daha fazla sorumluluk almakta ve hatta kendi bedenlerini tasarlamaktadır. Bu durum (1) hastalık düzenleri, (2) modernite ve (3) toplumsal kimliklerde meydana gelen değişikliklerden kaynaklanmaktadır.

İlk değişiklik, 20. yüzyılda başlıca ölüm sebebi olarak akut hastalıklardan kronik hastalıklara doğru dünyanın birçok bölgesinde yaşanan epidemiyolojik bir geçiş olmuştur. Bu değişiklik büyük oranda tıbbın bulaşıcı hastalıkları tedavi etmekteki başarısı ile temizlik, su kalitesi ve hayat şartlarında yaşanan iyileştirmeler sayesinde gerçekleşmiştir. Bu iyileştirmeler insan ömrünü uzatsa da bunun yanında yaşlılıkta kronik hastalık riskini de yükseltmektedir. Kalp hastalıkları, kanser, felç ve diyabet gibi kronik hastalıklar, tıbbi yöntemlerle tedavi edilememektedir. Sigara içmek, alkol kullanımı, madde bağımlılığı, yüksek yağlı yemekler yemek ve korunmasız cinsel ilişki, bu hastalıklara ve erken ölüme sebep olabilmektedir. Bunun sonucunda insanlar, tüm sağlık sorunlarının cevabının tıp olmadığı yönünde bilinçlenmiştir. Bu farkındalık, kişinin sağlığından yine o kişinin kendisinin sorumlu olduğu gerçeğini vurgulamaktadır. Kişisel sorumluluğun artması, sağlıklı bir yaşam tarzı edinmenin ve bunu sürdürmenin bir ölüm kalım meselesine dönüşmesi anlamına gelmektedir.

İkinci değişiklik, içinde bulunduğumuz geç modern dönemdeki toplumsal değişikliklerin yarattığı yeni modernite biçimleridir. Sanayi çağı ile ortaya çıkan, geçmiş modernitenin mutlak olarak terk edilmesi düşüncesi pek ikna edici olmasa da toplumun süregelmekte olan bir geçiş sürecinde olduğu aşikârdır. Bu, Batı kapitalizminin ekonomik ve kültürel olarak küreselleşmesinden kaynaklanan değişikliklerde, Batı uluslarının sanayisizleşmenin yavaşlatılmasına yönelmesinde, geliştirilmiş bilgi teknolojisi biçimlerinin devamlı olarak patlak vermesinde, bilginin meta olarak kullanımının gittikçe artmasında, Çin'in ekonomik bir güç olarak yükselişinde, Avrupa ve Kuzey Amerika'nın büyüyen çokkültürlüleşmesinde, aile biçimlerinin çeşitlenmesinde ve kültürel, cinsiyetçi ve

cinsel politikalardaki yükselişte görülmektedir. Sağlıkla ilgili konularda, doktorların statüsünün ve mesleki otoritesinin etkilendiği görülmektedir. Bu etkilenme, ABD'de doktorların ilaç piyasası üzerindeki kontrolünün azalması ve sağlık hizmetini ilgilendiren kararların sigortacıların onayından geçmek durumunda olması sonucunda meydana gelmektedir. Ayrıca hekim-hasta ilişkisinde karşılıklı iştirak modeline doğru bir yönelim görülmektedir. Bu modelde hasta, tedavisini ya da aldığı sağlık hizmetini ilgilendiren kararların verilmesinde söz sahibi olmaktadır. Bu durum, İnternet tıbbının gelişini ve tıbbi bilginin yaygın bir biçimde kamu malı olmasını hızlandırmıştır (Drentea ve Moren-Cross, 2005; Henwood ve Marent, 2019; Nettleton, 2004; Nettleton, Burrows ve O'Malley, 2005). Yeni teknolojilerin genel sağlık bilgisi sağlamasının ve sağlık çalışanları ile iletişimi kolaylaştırmasının yanı sıra hasta bakımının düzenlenmesine yardım etmesi ve kişinin fizyolojik işlevselliği, egzersiz rutinleri ve kişisel bakım uygulamaları ile ilgili tedbir almasını sağlaması, "dijital sağlık", "e-tıp" ve "tele-tıp" gibi kavramların yaygınlaşmasını sağlamaktadır (Henwood ve Marent, 2019; Joyce, 2019; Lupton, 2013, 2018; Petersen, 2019; Petersen, Tanner ve Munsie, 2019; Stevenson vd, 2019; van de Wiel, 2019; S. Williams, Coveney ve Meadows, 2015). Buna, bedensel işaretleri ve davranışları sağlık uygulamaları kullanarak takip etme ve ölçme de dahildir (Pols, Willems ve Aanestad, 2019). Bunların tümü, sağlıklı bir yaşam tarzı sürmeyi desteklemekte ve insanlara sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol imkânı vermektedir.

Üçüncü değişiklik, toplumsal kimliğin ana odağının düzenlenmesine doğru geç modernitede meydana gelen bir gidişattır. Önceden iş ya da meslek, kişinin toplumsal sınıfı ve yaşam biçimi bakımından büyük oranda belirleyiciydi. 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren yaşam tarzı ve tüketim alışkanlıkları, gelişmiş toplumlarda toplumsal kimliğin belirlenmesinin temel dayanağı olarak değerlendirilmektedir (Crompton, 2008; Giddens, 1991; Mollborn ve Lawrence, 2018; Stead vd, 2011).

Bir başka deyişle insanların ne tükettiği, onların kim olduğunu yansıtmaktadır.

Dolayısıyla İngiliz sosyolog Rosemary Crompton'ın (2008) da vurguladığı gibi yaşam tarzlarının sınıfların ve toplumsal kimliklerin oluşumunda önemli rol oynadığı düşüncesi, çok ciddi alınması gereken bir önermedir. Bu sonuç, Giddens'ın (1991) yaşam tarzlarının sadece pratik ihtiyaçları karşılamadığını, ayrıca kişinin öz kimliğini de ifade ettiği savı ile tutarlıdır. Giddens (1991: 81), bunu şu şekilde açıklamaktadır:

> Yaşam tarzı düşüncesi, kulağa önemsiz bir şeymiş gibi gelmektedir çünkü çoğunlukla sadece yüzeysel tüketimcilik bağlamında düşünülmektedir. Yani kuşe kâğıtlı dergilerde ve reklamlardaki imgelerde ortaya konulan yaşam tarzlarından ibaret olarak görülmektedir. Ancak bu görüşün ifade ettiğinden çok daha temel bir şey söz konusudur: yüksek modernite koşullarında insanlar yaşam tarzlarını sadece kendi tercihleri doğrultusunda takip etmemektedir; bunu yapmaya mecburdurlar. Bunu tercih etmekten başka seçeneğimiz yoktur. Yaşam tarzı, bireyin pratik ihtiyaçlarını gidermesinden ziyade kendi öz kimlik anlatısına materyal bir biçim verdiği, bütünleşik pratikler dizisi olarak tanımlanabilir.

Yapılan önemli bir yaşam tarzı değişikliği ve buna eşlik eden toplumsal damga, sağlığa etki eden pratikler arasındadır. Bu pratikler ayrıca toplumsal kimlikler arasındaki farklılıkların oluşmasına da katkı sunmaktadır. Çığır açıcı eseri olan *Ayrım*'da* verdiği bir örnekle Bourdieu, Fransa'daki toplumsal sınıflar arasındaki ayrımları yemek (sağlıklıya karşı lezzetli, hafif ve düşük kalorili) ve spor (güreş ve boksa karşı yelkencilik ve tenis) tercihlerindeki farklılıklar bağlamında vurgulamaktadır. Yaşam tarzı ve toplumsal kimlik arasındaki bağlantı, sosyal hayatın incelenmesinde yaşam tarzlarının gittikçe büyüyen önemine işaret etmektedir. Toplumsal konumu belirlemede yaşam tarzının sınıf ayrımından daha iyi bir ölçek olduğu düşüncesi

* Pierre Bourdieu, *Ayrım: Beğeni Yargısının Toplumsal Eleştirisi*, Çev. Derya Fırat, Günce Berkkurt, Nika Yayınevi, 2021. (y.h.n.)

ortaya atılmıştır çünkü sınıflar arasındaki sınırlar bulanık bir hal almıştır. Ancak bu, şu anda pek kabul görmemektedir çünkü sınıf ayrımı hâlâ kişinin toplumsal hiyerarşideki yerinin belirlenmesindeki en belirleyici etkendir. Yine de Giddens'ın (1991: 5) yıllar önce belirttiği üzere yaşam tarzı kavramı, sosyal hayatın anlaşılmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Ayrıca sağlık açısından da üstlendiği rol önem arz etmektedir.

Ancak sosyologlar, yaşam tarzlarının davranış ve nihayetinde sağlık üzerindeki etkisini fark etmekte çok yavaş kalmıştır. Bunun bir sebebi, Thorstein Veblen'in ([1899] 1994) *Aylak Sınıfı Teorisi* kitabında "yaşam tarzı" terimini üst sınıfların boş zamanlarını geçirme biçimleriyle ilişkilendirmesinin yarattığı etkidir. Böylelikle "yaşam tarzı" terimi, üst sınıfların yaşam biçimi ile eşanlamlı hale gelmiştir. Giddens'ın (1991: 6) vurguladığı ve bizim de artık bildiğimiz gibi yaşam tarzı, yalnızca imtiyazlı sınıfa özgü bir şey değildir. En zenginden en yoksuluna kadar herkesin bir yaşam tarzı bulunmaktadır.

Sağlıksal Yaşam Tarzı Araştırmalarında Metodolojik Bireycilik

Yaşam tarzları hakkında bildiğimiz çoğu şeyin kuramsal çıkış noktası, Weber'in ([1922] 1978) 20. yüzyılın başlarındaki eserine dayanmaktadır. Ancak Frohlich, Corin ve Potvin'e (2001: 782) göre "yaşam tarzı terimi sağlık geliştirme, sosyal epidemiyoloji ve halk sağlığı alanlarında çalışan araştırmacılar tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır ve Weber'in kastettiğinden çok farklı bir anlama sahiptir." Weber'in toplumsal yapı çalışmalarında kullandığı metodolojiler çoğunlukla bireyci ve "tabandan tepeye" irade odaklı bir yaklaşımı yansıtsa da toplumsal eylemleri, birbiriyle bağlantısı olmayan bireylerin düzensiz davranışları olarak görmemektedir (Kalberg, 1994; Sibeon, 2004). Bilakis Weber, toplumsal eylemleri çok sayıda özne tarafından zamanla tekrar edilen nizamlar ve tekdüzelikler olarak görmüştür. Odak noktası insanların kendi başlarına değil, hep beraber eyleme geçmesiydi.

Weber için iradeden yapıya giden köprü, "ideal tip" kavramını kullanmasından geçmekteydi. İdeal tip kavramı, Weber'in bürokrasi kavramı ya da ortaya çıkması Weber'in toplumsal davranışların kolektif biçimleri üzerine ifadelerde bulunmasını sağlayan, biçimsel akılcılığın Batı toplumunda yayılması gibi makro düzeydeki süreçler gibi yapısal oluşumlardan oluşmaktadır (Kalberg, 1994). Mesela *Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu*'nda* (1958) Weber, sosyal kurumların (Kalvinizm) ve yaygın inanç sistemlerinin (kapitalizmin ruhu) nasıl bireylerin davranışlarını ve düşüncelerini şekillendiren güçlü etkenler olduğunu göstererek temelde "tepeden aşağı" biçimde olan bir makro yapı vurgusu yapmaktadır (Sibeon, 2004). Weber'in (1958: 55) ifadesi şöyledir: "Kapitalizmin niteliklerine iyi bir şekilde adapte olmuş bir yaşam biçiminin ... diğer yaşam biçimlerine hükmetmesi için bir yerden başlaması gerekmektedir. Bu başlangıç izole olmuş bireylerin yaşamlarında değil, tüm insan gruplarına ait, ortak bir yaşam biçiminde yapılmaktadır."

Sosyal yaşam kuramlarının neredeyse hepsini yansıtan sosyolojik kavramlar, bireyin ötesinde var olan (yapı adında) bir şeyin alışılagelmiş davranış kalıplarını meydana getirdiği gerçeğini kanıtlar niteliktedir. Bu kavramlar, Durkheim'ın ([1895] 1950: 13) "sabit olsun ya da olmasın her eylem biçimi, bireye dışarıdan kısıtlama getirebilmektedir" sözleriyle ifade ettiği toplumsal olgu kavramından Mead'in (1934: 155) örgütlenmiş bir toplum tutumu ve "toplumun bireylerin davranışlarına baskı uyguladığı" sosyal bir süreç sözleriyle ifade ettiği "genelleştirilmiş öteki" kavramına kadar uzanmaktadır. Bireylere yaşam tarzı tercihleriyle ilgili tamamen özgürlük verme fikri, bu tercihlere toplumsal yapılar tarafından getirilen sınırlamaların görmezlikten gelinmesi demektir.

Yapısal faktörlerin sağlıksal yaşam tarzı pratikleri üzerindeki etkileri hem eski hem de yeni çalışmalarda görülmektedir. Geçmişteki çalışmalardan örnek verecek olursak Andrée

* Max Weber, *Protestan Ahlakı ve Kapitalizmin Ruhu*, Çev. Milay Köktürk, Bilgesu Yayıncılık, 2011. (y.h.n.)

Demers ve meslektaşları, Kanada'da üniversite öğrencilerinin alkol tüketimi üzerine bir çalışma yapmıştır (Demers vd, 2002). Öğrencilerin alkol alımının içki içilen ortama göre değişkenlik gösterdiği gözlemlenmiştir. Yani öğrencilerin neden, nerede ve kiminle içki içtiği, tüketilen alkol oranında belirleyici olmaktadır. En çok alkol tüketilen durum, yakın arkadaşlarla birlikte olunan ortamlarda olurken en az ya da hiç tüketilmeyen durum ise aileyle birlikte olunan ortamlar olarak gözlemlenmiştir. Bir başka deyişle içki içilecek olan ortam, öğrencilerin içkiye olan yaklaşımını şekillendirmektedir. Demers vd, (2002: 422), durumu şu sözlerle ifade etmektedir: "Bulgularımızın da gösterdiği gibi birey, kendi kendini yöneten ve toplumsal bir boşlukta yer alan özerk bir özne olarak kavramsallaştırılamaz."

İngiltere'nin kuzeydoğusunda yapılan bir çalışmada Martine Stead ve meslektaşları (2011), yemek ile ilişkilendirilen toplumsal ve sembolik anlamların gençlerin okulda sağlıklı öğle yemeği yemesini engellediğini ortaya koymuştur. Yüksek statülü ("havalı") gençler, öğle yemeğinde kaliteli çikolatalar ve cipsler ile Coca-Cola ya da Pepsi tüketmektedir. Buna karşın sağlıklı ve ucuz yiyecek tüketen gençler alay konusu olup "inek" ya da "sıkıcı" olarak sınıflandırılmaktadır. Hele ki muz ve yoğurt, tabulaştırılmaktaydı. Böylelikle sosyal statü, akranları tarafından kabul görmek ve popüler olmak isteyen gençlerin öğle yemeği menüsünü belirlemekteydi. Stead vd, (2011: 1138) gençlerin sağlıklı yiyeceklere ilgi göstermemesi gibi bir durumun olmadığını, daha ziyade sağlıklı beslenmenin gençler açısından toplumsal riskler yarattığını vurgulamaktadır. Bu önerme halk sağlığı uzmanlarına mantıksız gelse de Stead ve meslektaşlarına göre sağlıksız beslenme, gençlere göre gayet mantıklıdır çünkü aksi halde toplumsal kimliklerinin zedelenmesi ve akranları tarafından reddedilme riski ortaya çıkmaktadır. Şartlar göz önünde bulundurulduğunda sağlıksız beslenme, sağlık açısından zararlı olsa da gençlerin toplumsal ve duygusal refahı için yararlıdır.

Ian Rees Jones ve meslektaşları (2011), İngiliz Bölgesel Kalp Çalışmaları kapsamında orta yaştan yaşlılığa uzanan bir yelpazedeki insanlardan toplanan verileri analiz etmiştir. Katılımcıların sınıf tabanlı alkol ve sigara tüketimi alışkanlıklarının yaşlandıklarında da çoğunlukla aynı şekilde devam ettiği gözlemlenmiştir. Spor yapmak ise bir istisna olmuştur çünkü tüm toplumsal sınıflar için zamanla asgari bir aktiviteye dönüşmektedir. Bulgular, sınıfsal konumun erkeklerin sigara ve içki tüketiminde kalıcı şekilde belirleyici bir etken olduğunu öne sürmektedir. Çalışmaya göre insanları sağlıklı bir yaşam tarzına götüren, genel anlamda birleştirici bir etken yoktu. Sınıfsal konumu yüksek olan yaşlı insanlar sağlıklı bir yaşam tarzına sahipken düşük konumda olanların yaşam pratikleri, pek de sağlıklı değildi. Rees Jones vd, sağlıksal yaşam tarzlarının hayatın ilerleyen zamanlarında bile toplumsal yapıya bağlı olarak şekillendiği sonucuna varmıştır. Sınıfsal konumun "beraberinde gelen" yaşam tarzı kavramı, sınıfsal konumun sağlıksal yaşam tarzları üzerinde hayat boyu süren etkisinin dayanıklılığını gözler önüne sermektedir. Yani sınıf ayrımı, önemini yaşlılıkta da korumaktadır. Sınıfsal konumu yüksek olan insanların düşük olanlara kıyasla daha sağlıklı yaşam tarzlarına sahip olması, olağan bir şeydir (McGovern ve Nazroo, 2015; Rees Jones vd, 2011).

ABD'de yakın tarihte yapılan araştırmalar, toplumsal yapıların sağlıksal yaşam tarzlarını belirli bir yöne doğru yönelttiği önermesini kanıtlar niteliktedir. Stefanie Mollborn ve meslektaşlarına (Mollborn vd, 2014) göre ailesel sosyal altyapı, çocukların sağlıksal yaşam tarzlarının belirlenmesinde rol oynayan en önemli faktördür. Sınıfsal olarak imtiyazsız ailelerin çocuklarının kişisel güvenlik, gıda güvensizliği, uyku, şiddet ve pasif içicilik riski yüksek olan sağlıksal yaşam tarzlarına sahip olma olasılığı fazladır. Çocukların sağlık davranışlarını seçme şansı olmasa da Mollborn vd, okul öncesi sağlıksal yaşam tarzlarının ileriki yaşlarla bağlantılı olduğunu öne sürmektedir. Küçüklükteki sağlıksal yaşam tarzı, çocukluk dönemi ve sonra-

sındaki sağlıksal yaşam tarzlarının öncüsü konumundadır. Bu, çocukluk ve gençlik dönemlerindeki sağlıksal yaşam tarzlarının yetişkinlik dönemindeki sağlıksal yaşam tarzlarını etkilemeye devam ettiğini ortaya koyan birçok çalışmada görülmektedir (Burdette vd, 2017; Lawrence vd, 2017; Lee vd, 2018; Mize, 2017; Mollborn ve Lawrence, 2018). Gençlik dönemindeki sağlıksal yaşam tarzları sadece aile etkisini değil, ayrıca gidilen okulun ve akran çevresinin de etkisini yansıtmaktadır. Burada bahsi geçen akran etkisi her zaman olumlu olmamaktadır çünkü akranların sağlıksal yaşam tarzı üzerindeki etkisi bazen evde öğrenilen pratiklerden daha ağır basmaktadır (Mollborn ve Lawrence, 2018; Stead vd, 2011). Böylece görülmektedir ki toplumsal bağlamlar, sağlıksal yaşam tarzlarında değişikliğe sebep olabilmektedir (Mollborn ve Lawrence, 2018). Amy Burdette ve meslektaşlarının (Burdette vd, 2017) da elde ettiği ve şaşırtıcı olmayan bu bulgular doğrultusunda varılan sonuç, sağlıksal açıdan yüksek riskli davranışlar gösteren gençlerin düşük riskli sağlıksal yaşam tarzlarına sahip gençlere kıyasla yetişkinlik döneminde sağlıksız bir yaşam sürme olasılığının daha yüksek olmasıdır. Burdette ve diğerlerine göre gençlik dönemindeki yaşam tarzları, yetişkinlik dönemindeki sağlık durumunda belirleyicidir. Bunun yanı sıra sağlıksal yaşam tarzları, sınıf ve toplumsal cinsiyet bağlamında toplumsal olarak şekillendirilmektedir.

Bu çalışmalar yapısal faktörlerin sağlıksal yaşam tarzları üzerinde önemli etkisinin bulunduğunu gösterirken yapının çok baskın olduğu ve bu sebeple iradenin etkisinin sıfırlandığı durumlar da mevcuttur. Gareth Williams (2003), 1930'larda bir grup Galli maden ocağı işçisinin yüksek ölüm oranı hakkında rapor hazırlamıştır. Bu insanların "hiçbir yerde esamesi okunmamaktaydı" (Williams, 2003: 145'ten alıntılanmıştır). Bu işçilerin hayatları, zulüm edici çalışma koşulları ve sefil beslenmeleri nedeniyle ciddi derece kısalmaktaydı. Ancak ardı arkası kesilmeyen doğumların ve ev işlerinin bedeli sağlıklarına ve ömürlerine yansıyan kadınların hayatı, en az bu

işçilerinki kadar kötü durumdaydı. Yapısal koşulların bedeli o kadar ağırdı ki bireysel kabiliyetler ve yeteneklerin zerre önemi kalmamaktaydı. Williams'a göre (2003: 146) bu durum "irade, koşullar ve yapı arasındaki dengenin ne denli yapısal güçler tarafından belirlendiğinin bir hatırlatıcısıdır."

İngiltere'nin kuzeybatısındaki bir şehirde bulunan bir muhitte yaşayan işçi sınıfının içinde bulunduğu toplumsal koşulları inceleyen araştırmasında Williams, yapının sağlıksal yaşam tarzları bağlamında irade üzerindeki etkisinin hâlâ çok ağır olduğunu gözlemlemektedir. Williams'a göre insanların sağlıklı tercihler yapabilecek özgürlükte olduğunu varsaymak, söz konusu değildir çünkü birçok insan hayatın gerçekleriyle yüzleşmek zorundadır. "Araştırmada yer alan katılımcılar, hastalık ihtimalini yükselten davranışsal risk faktörlerinin ve kısmen de olsa bunlardan kendilerinin de sorumlu olduğunun farkındaydı. Ancak maruz kaldıkları bu risklerin içinde bulundukları toplumsal koşullardan kaynaklandığının ve bu koşulları değiştirmek için yapabilecekleri hiçbir şey olmadığının da farkındaydılar." (2003: 147).

Bu bölümün geri kalanı, yazarın (Cockerham, 2005, 2013b, 2021) sağlıksal yaşam tarzı teorisini ele alacaktır. İradenin önemi yadsınamaz ancak geri kalan kısımda toplumsal yapı kaynaklı koşulların bireyleri nasıl etkisi altına aldığı ve yaşam tarzlarını nasıl değiştirdiği tartışılacaktır. İrade, bireylerin bu değişiklikleri reddetmesine ya da düzenlemesine olanak sağlarken yapı, mevcut seçeneklerin ne olacağını belirlemektedir. Bu, iradenin hesaba katılmaması gerektiği anlamına gelmemektedir. Sadece iradenin hikâyenin tamamını oluşturmadığını göstermektedir. Birçok durumda irade, baskın olan etken değildir. Hatta bazen tamamen pasiftir. Yapının yaşam tarzı konusundaki belirleyici rolü sabittir ancak nihai kararın verilmesi, irade ve yapı arasındaki etkileşim ile gerçekleşmektedir. Yine de konu sağlık olduğunda yaşam tarzı, "yapısal olmaktan ziyade çoğunlukla bireysel bir değişken olarak görülmektedir" (Korp, 2008: 18). Bunun değişmesi gerekmektedir çünkü bireylerin sağlık üretiminde yapının

önemli bir rolü bulunmaktadır. Bir sonraki bölümde zemini hazırlamak için irade ile yapı kısaca kıyaslandıktan sonra sağlıksal yaşam tarzı paradigmalarından ve bu konuda literatürde bulunan araştırmalardan bahsedilecektir.

İrade-Yapı Tartışması

İrade ve yapının toplumsal davranışa yaptığı etki, sosyolojinin bir disiplin olarak ortaya çıkmasından beri tartışılan bir konudur. Archer'ın (1995: 1) da dediği gibi "bir külfete dönüşen, 'yapı ve irade' arasındaki bağlantıyı anlama çabası, sosyolojinin merkezinde kalmaya devam edecektir çünkü toplumun doğasını yansıtmaktadır." Bununla birlikte sağlık sosyologları, sağlık ve yaşam tarzı konularıyla direkt olarak bağlantılı olan irade-yapı tartışmasına pek ilgi göstermemiştir (Hitlin, Erickson ve Brown, 2015). İrade-yapı tartışması, sağlıksal yaşam tarzı meselesine uyarlandığında şöyle bir soruya dönüşmektedir: İnsanların yemek, spor ve sigara gibi konularda verdiği kararlar bireysel tercihlerden mi ibarettir yoksa bu kararlar, sınıfsal konum ve toplumsal cinsiyet gibi yapısal etkenler tarafından mı şekillendirilmektedir?

İrade tarafından bakıldığında belirleyici olan şey, eğer şimdi seçme şansı olsa öznenin geçmişte aldığı bir kararı değiştirip değiştirmeyeceğidir (Bhaskar, 1998). Mustafa Emirbayer ve Ann Mische'e (1998) göre insan iradesi, üç farklı unsurdan oluşmaktadır: (1) tekerrür (seçilen geçmişteki düşünce ve eylem kalıplarını yeniden etkinleştirmek), (2) iz düşümsellik (düşünce ve eylem yapılarının yaratıcı olarak şekillendirilmesi için gelecekteki muhtemel eylem rotalarının düşsel olarak üretilmesi) ve (3) pratik değerlendirme (alternatif ihtimaller arasında pratik ve normatif karar verme kapasitesi). Dolayısıyla irade, bireylerin geçmişi hatırladığı, gelecekteki eylemlerini hayal ettiği, içinde bulundukları mevcut durumu eleştirel bir şekilde değerlendirdikleri ve bu değerlendirme ışığında nasıl davranacaklarını seçmeleri olarak adlandırılabilecek bir süreçtir. Blumer (1969) gibi sembolik etkileşimci kuramcıların insanların toplumsal davranışlarını içinde bulundukları du-

rumu tanımlamaları ve yorumlamalarına göre şekillendirdiği düşüncesi, tam olarak bu süreci ifade etmektedir.

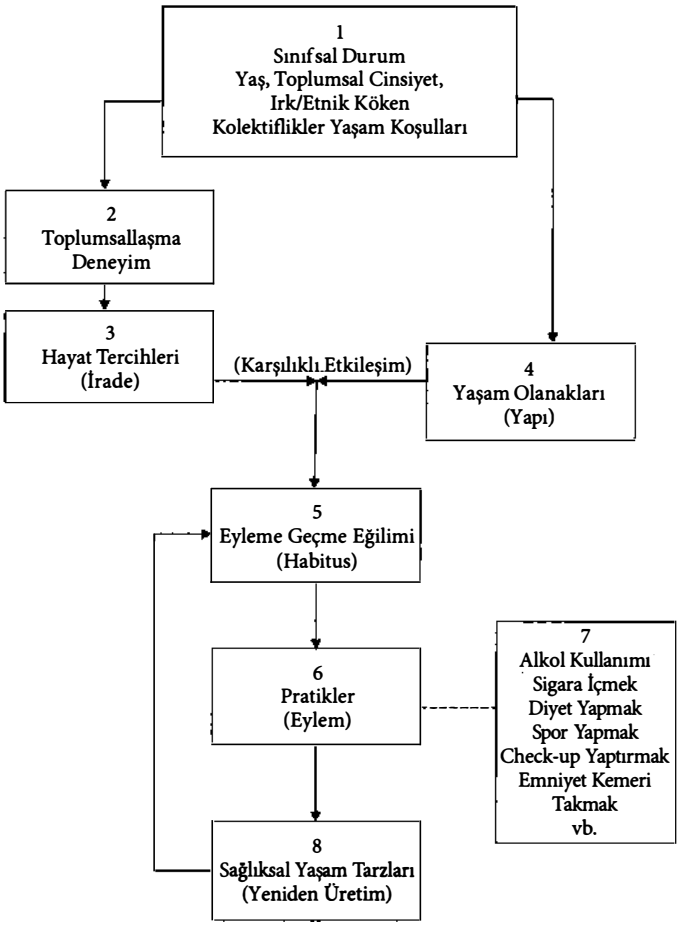
William Sewell (1992: 19) yapıları, "toplumsal eylemi destekleyen ya da sınırlayan ve toplumsal eylem tarafından yeniden üretilmeye meyilli olan, karşılıklı olarak sürdürülebilen şemalar ve kaynaklar" olarak tanımlamaktadır. Şemalar, sosyal yaşamın icra edilmesi için uygulanan geçişli kurallar ya da prosedürlerdir. Kaynaklar ise iki türe ayrılmaktadır: iktidarı artırmak ya da muhafaza etmek için kullanılan, insan (örneğin fiziksel güç, hız ve bilgi) ve insan olmayan (doğal olarak meydana gelen ya da üretilen) kaynaklar. Sewell'ın eylemin etki altına alınması bağlamında kaynakları iktidar ile özdeşleştirmesi, Giddens'ın (1984) hem sınırlayıcı hem de olanak veren olarak ele aldığı, yapının ikiliği kavramı ile tutarlıdır. Bu ikilik doğru olsa da çelişkilidir. Bu ikilikteki olanak sağlayıcı taraf, öznenin sahip olduğu seçeneklerin çeşitliliğini artırırken sınırlayıcı taraf, kaynakların seçenekleri yalnızca mümkün olanlar ile sınırladığı anlamına gelmektedir.

İrade kuramcıları iradenin hiçbir zaman tamamen yapı tarafından belirlenmeyeceğini savunsa da "iradenin gerçekten yapıdan 'bağımsız' olduğu, farazi bir zaman dilimi bulunmamaktadır. Bir başka deyişle irade, Kant'ın transandantal özgür iradesi anlamına gelmemektedir" (Emirbayer ve Mische, 1998: 1004). Zygmunt Bauman'ın (1999) da gözlemlediği gibi bunun sebebi, şartlar ne olursa olsun bireysel tercihlerin iki unsur tarafından kısıtlanmasıdır: (1) mevcut olan seçenekler arasından tercih yapmak ve (2) bireye bu tercihlerin sınıfsal olarak uygunluğunu söyleyen toplumsal roller ve kodlar. İnsanların toplumsal yapılardan bağımsız hareket etme kapasitesi vardır ancak bu, çok nadiren gerçekleşmektedir.

Sağlıksal Yaşam Tarzı Teorisi

Sağlıksal yaşam tarzlarının kuramsal modeli şekil 3.1'de gösterilmektedir. Kutular arasındaki oklar, varsayımda bulunulan nedensel ilişkileri belirtmektedir. En üstte yer alan birinci kutudan başlayarak dört kategoriye ayrılan, sağlıksal yaşam

tarzlarını şekillendirme kapasitesi olan yapısal değişkenler listelenmiştir: (1) sınıfsal durum, (2) yaş, toplumsal cinsiyet ve ırk/etnik köken, (3) kolektiflikler ve (4) yaşam koşulları. Bu kategorilerin her biri, literatürde bulunan araştırmalara değinilerek ele alınacaktır.



Şekil 3.1 Sağlıksal yaşam tarzı paradigması

Sınıfsal Durum

İlk ele alınacak yapısal değişken kategorisi olan sınıfsal durum, yaşam tarzı biçimleri üzerinde en çok etkisi bulunan değişkendir. Sınıf ve yaşam tarzı arasındaki yakın ilişki, 19. yüzyıldan beri gözlemlenmektedir. Daha önce bahsedildiği gibi Veblen ([1899] 1994), yaşam tarzı kavramını aylak sınıfı teorisinin temeli olarak kullanmıştır. Ancak yaşam tarzı ve sosyoekonomik statü arasındaki ilişkinin en detaylı anlatımı, Weber ([1922] 1978) tarafından yapılmıştır. Weber (1946), sadece yaşam tarzlarının statü grupları arasındaki keskin farklılıkları ifade ettiğini değil, ayrıca sınıf merdivenlerini tırmanmak için belirli yaşam tarzlarının benimsenmesinin gerekli olduğunu da vurgulamıştır. Weber ayrıca, güçlü toplumsal tabakaların belirli yaşam biçimlerinin "taşıyıcıları" olduğunu gözlemlemiştir.

Bu taşıyıcı tabakalar sınıflara özgü normları, değerleri, dini etikleri ve yaşam biçimlerini nesilden nesile aktardıkları için nedensel etken olarak önem arz etmektedirler (Kalberg, 1994).

Sağlıksal yaşam tarzının belirlenmesinde sınıfı en belirleyici değişken olarak değerlendiren en çığır açıcı çalışma, Fransız üst-orta sınıfı ile işçi sınıfı arasındaki spor tercihleri ve yeme alışkanlıkları farklarını inceleyen, Bourdieu'nun (1984) *Ayrım* kitabıdır. Bourdieu, işçi sınıfına mensup erkeklerin vücut şeklinden ziyade fiziksel güce önem verdiğini ve bu doğrultuda ucuz ve besleyici gıdalara yöneldiğini gözlemlemiştir. Buna kıyasla üst-orta sınıfın ise lezzetli, sağlıklı, hafif ve düşük kalorili gıdalar tercih ettiğini vurgulamıştır. Bourdieu'ya göre yelkencilik, kayakçılık, golf, tenis ve at binme gibi boş zaman sporlarında ise işçi sınıfı, sadece ekonomik engellerle değil ayrıca toplumsal engellerle de karşılaşmaktadır. Bahsi geçen toplumsal engeller şöyledir: katılım için ilgili sporun aile geleneği olması gerekliliği, uyulması zorunlu kıyafet ve davranış kuralları ve erken yaştan itibaren o çevrede sosyalleşmiş olmak. Ayrıca bu sporların herkesin erişimine açık olmayan özel yerlerde ve seçilmiş partnerlerle yapılmasının yanı sıra işçi sınıfının sahip olmadığı para, zaman ve eğitim gibi imkânlar

da bir gereklilik olarak istenmektedir. Buna karşın işçi sınıfı ise halk arasında popüler ve tüm sınıflar tarafından erişilebilir olan sporları tercih etmektedir. Bu sporlar güç, dayanıklılık ve şiddet içeren futbol, güreş ve bokstur.

Böylelikle Bourdieu, yaşam tarzları açısından sınıfsal farklılıkları açıklamak için "mecburiyetten konulan mesafe" kavramını üretmiştir. Bourdieu'ya göre kişi ekonomik mecburiyetten dolayı ekmek peşinde koşmaya ne kadar uzak ise imtiyazlı sınıf ile bağdaşan şekilde kişisel zevklerini gidermeye ayıracağı zaman da o kadar fazladır. Alt sınıfa mensup insanlar ise kendi sınıfsal konumlarına uygun zevkleri benimsemek durumundadır. Bourdieu (1984: 177), sınıf merdivenlerini tırmanan insanların gıdaya ayırdığı bütçe ile ve bu bütçe kapsamında maliyeti ucuz olan pasta, patates, domuz pastırması ve domuz eti gibi şişmanlatıcı gıdalara ayrılan paranın gitgide azaldığını vurgulamaktadır. Gıdaya ayrılan bütçenin büyük bir bölümü taze meyve ve sebze gibi hafif ve yağsız yiyeceklere harcanmaktadır. Bourdieu'ya göre günlük hayatın sıradan istekleri ve ehemmiyetlerinin egemenliğinde olmayan toplumsal sınıflar, sosyal ve kültürel zevkler açısından maddi refahını düşünmek zorunda olan sınıflardan daha üstündür. "Mecburiyetten konulan mesafe büyürken yaşam tarzı, Weber'in deyimiyle 'yaşamın stilizasyonunun' bir ürünü haline dönüşmektedir. Bu; şarap, peynir ya da tatil evi dekorasyonu tercihleri gibi çeşitli pratikleri düzenleyen ve organize eden sistematik bir bağlılık anlamına gelmektedir." Hayatın gerekliliklerini elde etme mücadelesiyle arada ne kadar sosyal mesafe varsa, yaşam tarzı pratiklerinin süslenmesine harcanacak vakit de o kadar fazladır. Mecburiyetten konulan mesafe kavramı, sağlıksal yaşam tarzlarına şöyle uyarlanabilmektedir: Toplumsal hiyerarşinin üst kısımlarında yer alan sınıfların kendileri için en sağlıklı yaşam pratiklerini benimsemek ve geliştirmek için yeterli kaynağı mevcuttur.

Art arda yapılan çalışmalar, üst ve üst-orta sınıfların en sağlıklı yaşam tarzlarına sahip olduğunu ve sınıf merdivenlerinden aşağıya inildikçe sağlığın kötüye gittiğini doğrulamaktadır

(Andrews, Hill ve Cockerham, 2017; Antunes 2011; Burdette vd, 2017; Carpiano, Link ve Phelan, 2008; Christensen ve Carpiano, 2014; Margolis, 2013; Narcisse vd, 2009; Pampel, 2009; Perry ve Calarco, 2017). Varlıklı sınıfların boş zaman sporları ve egzersizlerine, sağlıklı beslenmeye, daha kararında içki ve sigara tüketmeye, hekimlerden daha kapsamlı sağlık hizmeti almaya ve dinlenme, istirahat ve stresle başarılı şekilde başa çıkmaya yetecek imkânları bulunmaktadır. Ayrıca üst ve üst-orta sınıflar, sağlık riskleriyle ilgili yeni bilgilerden ilk haberdar olan kesimdir ve sağlıklarını korumak için gerekli önlemleri de doğal olarak ilk onlar almaktadır (Missinne, Daenekindt ve Bracke, 2015; Missinne, Neels ve Bracke, 2014; Phelan ve Link, 2013). Dolayısıyla imtiyazlı sınıflar, sigara kullanımını azaltma ya da sonlandırmada daha hızlıdır ve lipit düşürücü ilaç kullanımının yanı sıra az yağlı ve düşük karbonhidratlı gıdalarla beslenerek kalp hastalıklarından kaynaklanan ölüm oranlarını kolektif olarak azaltmaktadır (Cockerham vd, 2017a).

Sınıfsal konumun belirleyici ögelerinden biri, eğitimdir. İyi eğitimli insanlar doğal olarak daha sağlıklıdır çünkü sağlıklı yaşam tarzı sürecek bilgiye sahiptirler ve ne zaman tıbbi tedaviye başvurmaları gerektiğini bilmektedirler (Andrews vd, 2017; Clouston vd, 2015; Lawrence, 2017; Leopold ve Leopold, 2018; Margolis, 2013; Montez, Hayward ve Zajacova, 2019). Eğitimin sağlık için önemli bir faktör olduğu yadsınamaz ancak daha büyük kapsamlı ele alındığında eğitim, üst sınıfa mensup olmanın bir parçasıdır ve daha sağlıklı bir hayat sürmeyi de bu sınıfta olmak sağlamaktadır. Diğer faktörlerden biri ise gelir durumudur. Üst sınıfın kazancı, sağlıklı yaşamın ve özsaygı, sorumluluk duygusu ve hayat üzerinde kontrol sağlayan mesleki statünün korunmasına yetecek kaynakları sağlamaktadır. Bu düşünce, esnek kaynakların kullanımının sağlık sorunlarından kaçınmak adına imtiyazlı kesime avantaj sağladığını öne süren, temel sebep teorisi ile bağdaşmaktadır (Phelan ve Link, 2013).

Yaş, Toplumsal Cinsiyet ve Irk/Etnik Köken

Weber, yaş, toplumsal cinsiyet ve ırk/etnik köken gibi diğer sınıflaşma değişkenlerini dikkate almamıştır ancak çağdaş deneysel çalışmalar, bu değişkenlerin sağlıksal yaşam tarzı düzenlemelerini şekillendirdiğini göstermektedir. Yaş, kendince önemli bir faktördür çünkü daha önce de bahsedildiği gibi yapılan birçok çalışma, erken çocukluk ve gençlik dönemlerindeki yaşam tarzlarının hayat boyu devam ettiğini ve yaşla bağlantılı gerçekleşen değişikliklere tabi olsa da olumlu ya da olumsuz olarak yetişkinlik dönemindeki yaşam tarzlarına yansıdığını vurgulamaktadır (Burdette vd, 2017; Lawrence vd, 2017; Lee vd, 2018; Mize, 2017; Mollborn ve Lawrence, 2018; Mollborn vd, 2014). Bu değişiklikler sigara kullanımı, alkol tüketimi, madde bağımlılığı ve sağlıksız beslenme gibi yaş tabanlı olanaklar dahilinde genellikle gençlikte başlayan alışkanlıklardan oluşmaktadır. Bunlara geç orta yaşta kronik hastalık teşhisi konmuş insanların sağlığını korumak için aldığı önlemler de eklenebilmektedir (Cockerham vd, 2020). Genç insanların yaşam tarzları sınıfsal konumun "beraberinde gelebiliyor" olsa da geç orta ve yaşlılık dönemine gelindiğinde bu yaşam tarzları, geçmişte sağlıklı ya da sağlıksız yaşam tarzlarına sahip olup olmadıklardan bağımsız olarak kronik hastalığı bulunan bireyler için daha sağlıklı bir yöne doğru değişim göstermektedir. Spor ise sınıf ve cinsiyete bakılmaksızın yaşlandıkça azalan ve genellikle de tamamen ortadan kaybolan bir sağlıksal yaşam tarzı aktivitesidir (Grzywacz ve Marks, 2001; Rees Jones vd, 2011).

Yine de sınıfın yaş ile kesişip yaş gruplarının yaşam tarzı pratiklerinde farklılıklar yarattığını bilmekteyiz. Buna örnek olarak, ergenlik döneminde sigara kullanımının alt sınıflarda orta ve üst sınıflara kıyasla daha yaygın olduğu gösterilebilir (Narcisse vd, 2009). Rees Jones ve meslektaşları, sigara kullanımı ve alkol tüketimi gibi pratiklerin yaş ilerledikçe bile sınıfsal kategorileşme bağlamında önemini kaybetmediğini ancak kişi yaşlandıkça spor bağlamında sınıfın öneminin azaldığını vur-

gulamaktadır. Ayrıca Rees Jones ve meslektaşları, bu sağlıksal yaşam tarzlarının sabit ve sınıfsal konumun "beraberinde gelen" olgulara dönüştüğü ve hayatın sonlarında bile toplumsal olarak şekillendirildiği sonucuna varmaktadır. Sınıfsal konumun "beraberinde gelen" seçmeli yaşam tarzları kavramı, sınıfsal konumun sağlıksal yaşam tarzları üzerinde bir ömür boyu nasıl etki kurduğunu gözler önüne sermektedir. Toplumsal cinsiyet, çok önemli bir değişkendir. Erkeklere kıyasla kadınlar daha sağlıklı gıdalar yemekte, daha az alkol ve sigara tüketmekte, önleyici bakım için daha çok doktora gitmekte, araba kullanırken daha sık emniyet kemeri takmakta ve spor istisnası dışında daha sağlıklı yaşam tarzlarına sahip olmaktadır (Annandale, 2016; Cockerham, 2013b, 2018; Lee vd, 2018; Olson, Hummer ve Harris 2017; Smith ve Dumas 2019). Dahası, ergenlik döneminde erkekler babalarının yaşam tarzlarını benimserken kadınlar, annelerininkini benimsemektedir. Böylelikle, toplumsal cinsiyet merkezli sağlık pratiklerinin yetişkinlik dönemine geçişine zemin hazırlanmaktadır (Wickrama vd, 1999). Toplumsal cinsiyet, sağlıksal yaşam tarzı pratiklerinin önemli bir belirleyicisidir ancak etkisi, sınıf ayrımı sebebiyle azaltılabilmektedir. Sınıfsal konum olarak üst kesimde yer alan insanlar, toplumsal cinsiyetten bağımsız olarak daha sağlıklı beslenmekte, daha az sigara içmekte ve boş zaman egzersizlerine daha çok katılım göstermektedir (Antunes, 2011; Burdette vd, 2017; Carpiano vd, 2008; Christensen ve Carpiano, 2014; Margolis, 2013; Narcisse vd, 2009; Pampel, 2009).

Irk ve etnik kökenin önemli faktörler olduğu farz edilmektedir ancak direkt olarak farklı ırktan ve etnik gruptan insanların sağlıksal yaşam tarzlarını kıyaslayan çalışma, yok denecek kadar azdır. ABD'de yapılan siyah-beyaz karşılaştırmaları, siyahlara kıyasla beyazların daha çok alkol ve sigara tükettiğini, spor yaptığını ve kilosuna dikkat ettiğini göstermektedir (Cockerham vd, 2017a; Grzywacz ve Marks, 2001; Hattery ve Smith, 2011; S. Hill, 2016; Ho ve Fenelon, 2015; Pampel, 2009; Saint Onge ve Krueger, 2011; Sims vd, 2016). Ancak aradaki farklılıklar

henüz net olarak kanıtlanmamıştır. Bu durumu en azından siyahi nüfusun beslenmesi açısından değiştirmek adına bir atak, Angela Hattery ve Earl Smith'ten (2011) gelmiştir. Kötü beslenmeyi diyabet, kolon kanseri, bebek ölümü ve erken ölüm ile ilişkilendirmişlerdir. Çoğunluğu yoksul olan siyahilerin sağlıklı beslenme ve spor yapma ihtimali azdır. Hattery ve Smith'e göre (2011: 55) "dünyanın diğer bölgelerindeki yoksulların sıtma ve kolera gibi hastalıklara karşı daha savunmasız olması gibi Afrikalı Amerikalı yoksullar da sağlıksız yaşam tarzlarıyla ilişkilendirilen hastalıklara karşı daha savunmasızdır."

Yazar ve meslektaşlarının (Cockerham vd, 2017a) sağlıksal yaşam tarzları ve kalp-damar hastalıkları bağlamında siyah-beyaz farklılıkları üzerine yaptığı araştırmaya göre her iki ırk da sağlıklı ve sağlıksız yaşam tarzlarından oluşan bir karışımı benimsemektedir. Ağırlıklı olarak sağlıksız yaşam tarzlarını benimseyen insanlarda koroner arter hastalığı riskinin yükseldiği görülmektedir. İki ırk arasında göze çarpan önemli bir fark ise dört farklı yaşam tarzından her birinde siyahilerin beyazlara kıyasla aşırı enerji (daha fazla kalori) alımı ihtimalinin daha yüksek olmasıdır. Bu da obezite potansiyelini artırmaktadır.

Beyazlara kıyasla siyahilerde spor yapmanın yetişkinlik döneminde daha hızlı düşüşe geçtiği de yapılan araştırmalarda ortaya çıkmıştır. Ancak bu, siyahilerin daha fiziksel sağlık sorunları yaşamalarından ve tehlikeli muhitlerde bulunmalarından kaynaklanabilmektedir (Grzywacz ve Marks, 2001). Tehlikeli muhitlerde yaşamak can güvenliğini tehdit ettiği için dışarı çıkıp spor yapma motivasyonunu oldukça düşürebilmektedir. Jarron Saint Onge ve Patrick Krueger (2011) tarafından yapılan araştırmaya göre Latin Amerika kökenli olmayan beyazlar ve eğitimli bireyler, Latin Amerika kökenli olmayan siyahiler, Latin Amerikalılar ve eğitimsiz kişilere kıyasla daha fazla spor yapmaktadır. Latin Amerika kökenli olmayan beyazlar ve eğitimli bireyler (yüzme, tenis ve golf gibi) spor komplekslerinde yapılan sporlara daha çok

katılım gösterirken Latin Amerika kökenli olmayan siyahiler (basketbol gibi) takım sporlarını ve (koşma ve yürüme gibi) fitness aktivitelerini tercih etmektedir. Latin Amerikalılar ise (futbol gibi) takım sporlarına yönelmektedir. Sosyal tesisler genellikle düşük gelirli bölgelerde bulunmamaktadır ve spor komplekslerinde yapılan sporlara kıyasla takım sporu yapmak, yaş ilerledikçe mümkün olmamaktadır. Bu durum, spor komplekslerinde spor yapma olanağı bulunan Latin Amerika kökenli olmayan beyazlara ve iyi eğitim almış insanlara avantaj sağlamaktadır. Saint Onge ve Krueger, boş zamanda yapılan fiziksel aktivitelerin türünün ve kapsamının katılımcıların kültürel kimlikleri ve toplumsal durumları tarafından şekillendirildiğini gözlemlemektedir.

Ancak sağlık ve ırk üzerine yapılan çoğu araştırma, spesifik sağlık pratiklerinden ziyade hastalık ve ölüm oranları hakkındadır. Bu çalışmalar, sağlık konusundaki ırksal farklılıkların genellikle sınıfsal konum ile bağlantılı olduğunu öne sürmektedir. Bu araştırmalara göre dezavantajlı sosyoekonomik durumlar ve elverişsiz yaşam koşulları, sağlığa zarar vermektedir (Bradby ve Nazroo, 2016). Sağlıksal yaşam tarzları üzerinde olumsuz etkisi olan bir başka önemli faktör ise ırk ayrımcılığıdır. Irk ayrımcılığına maruz kalan Afrikalı Amerikalılar arasında sigara içme, diyet gıda tüketimi ve az uyku yaygın olarak görülmektedir (Sims vd, 2016).

Etnik kökenin en iyi şekilde nasıl kavramsallaştırılacağı ve ölçüleceği üzerine yapılacak çalışmalar da dahil olmak üzere sağlıksal yaşam tarzları ve farklı etnik gruplar arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalara da ihtiyaç duyulmaktadır. Irk gibi etnik köken üzerine yapılmış mevcut çalışmalar, sağlıksal yaşam tarzlarından ziyade genel sağlık profili üzerine odaklanmaktadır. Yine de bu çalışmaların bazıları, öğretici niteliktedir. Saffron Karlsen ve James Nazroo'nun (2002) irade ve yapının Birleşik Krallık'taki etnik azınlıkların sağlığı üzerindeki etkisi üzerine yaptığı araştırma bunlardan biridir. Bu çalışmada kullanılan örneklem Pakistanlı, Bangladeşli, Hint ve Afrikalı Asyalı etnik

kökene sahip insanlardan oluşmaktadır. Dış etkilere tabi olsa da etnik kimliğin irade sonucunda ortaya çıktığı düşünülmekteydi çünkü kişinin kimliği, birey tarafından içsel olarak inşa edilmekte ve tanımlanmaktadır. Ancak Karlsen ve Nazroo'nun (2002: 18) bulguları "bir kimlik olarak etnik kökenin sağlığı etkilemediğini, daha ziyade –hem ırksallaştırma [ayrımcılık/taciz] hem de sınıf deneyimi açısından– bir yapı olarak etnik kökenin Birleşik Krallık'ta yaşayan etnik azınlıklar bağlamında sağlık ile ciddi şekilde ilişkilendirildiğini" ileri sürmektedir. Konu sağlıksal yaşam tarzlarına geldiğinde ırk ve etnik kökenin etkileri, iradesel olmaktan ziyade yapısaldır. Sosyal ayrımcılık ve işçi/alt sınıf deneyimi sağlığa, kişisel kimliklere kıyasla çok daha fazla etki etmektedir.

Kolektiflikler

Kolektiflikler; akrabalık, iş, din ve siyaset gibi spesifik sosyal ilişkiler aracılığıyla birbirine bağlı özneler topluluğudur. Paylaştıkları normlar, değerler, idealler ve toplumsal perspektifler, bireysel öznelliğin ötesinde olan ve spesifik bir kolektif dünya görüşünü yansıtan, özneler-arası "fikir topluluklarını" oluşturmaktadır (Zerubavel, 1997). Fikir toplulukları kavramı, Mead'in (1934) genelleştirilmiş öteki kavramına benzemektedir. İkisi de bireyin düşüncesine sızan toplumsal kolektifliklerin ya da grupların yaklaşımlarının soyut olarak kavramsallaştırılmış halidir. İnsanlar sunulan normatif rehberliği kabul edebilir, reddedebilir ya da göz ardı edebilir ancak yine de kolektif görüşler, bir eylem planı seçerken genellikle göz önünde bulundurulmaktadır (Berger ve Luckmann, 1967). Weber'e göre ([1922] 1978) kolektif oluşumlar kavramı, bireyin zihninde kısmen gerçekten var olan bir şey, kısmen de normatif otoritenin bir parçası olarak canlanmaktadır. Weber ([1922] 1978: 14), şu ifadeleri kullanmaktadır: "Dolayısıyla özneler, eylemlerini bazen bu kavramlara göre şekillendirmektedir ve bu gibi fikirlerin bireylerin eylem ve davranışları üzerinde genellikle çok güçlü ve belirleyici nedensel etkileri bulunmaktadır."

Din ve ideoloji, sağlıksal yaşam tarzlarına etki eden kolektif perspektiflere örnektir. Bu, dindar kişilerin ve grupların sağlıksal yaşam tarzı açısından yaptığı olumlu tercihlerde görülmektedir. Zira bu kişilerin inançları iyi beslenme, spor ve kişisel temizliği teşvik ederken alkol tüketimi ve sigara kullanımını engellemektedir (T. Hill vd, 2007; Idler, 2016). Ancak bu alandaki çalışma eksikliği sebebiyle sağlıksal yaşam tarzları ve dindarlık arasındaki ilişkinin tam kapsamı henüz bilinmemektedir. Bu, araştırma gerektiren önemli bir alandır.

İdeoloji ve sağlıksal yaşam tarzları hakkında çok az şey bilinmektedir. Sosyalizmin Rusya'da bıraktığı etkiler üzerine yapılan araştırmalar, iki grubun da sağlıksal yaşam tarzları çok olumlu olmasa da pro-sosyalistlerin (Sovyetler Birliği'nde olan devlet sosyalizminin geri dönmesini savunanlar) anti-sosyalistlere kıyasla daha kötü sağlıksal yaşam tarzlarına sahip olduğunu göstermiştir (Cockerham vd, 2006; Cockerham, Snead ve DeWaal, 2002). Pro-sosyalistlerin sağlıksal yaşam tarzlarına karşı Sovyet döneminden kalma, aşırı pasif bir yaklaşımı bulunmaktaydı. Sovyet toplumundaki bireylerin tercihleri, tek bir toplumsal ve siyasi ideolojiyle (komünizm) sınırlandırılmaktaydı ve insanların buna riayet etmesi beklenmekteydi. Biri hastalandığında ona bakmak, devlet sosyalizminin bir parçası olarak devletin sorumluluğundaydı. Sağlık meselelerinde bireysel teşvik, desteklenmemekteydi. Dolayısıyla komünizmin bireyin sağlığı açısından olumsuz olduğu söylenebilir çünkü sağlıksal yaşam tarzı pratiklerine katkıda bulunmayı başaramamıştır. Ancak bu örnek dışında ideolojinin sağlıksal yaşam tarzlarına nasıl etki ettiği henüz netleşmemiştir.

Çok önemli etkileri olduğunu bilsek de (Mollborn vd, 2014) aile ve akrabalık ilişkilerinin sağlıksal yaşam tarzlarına etkisi üzerine şaşırtıcı derecede az araştırma yapılmıştır. Doğal olarak aile, bir insanın kendi sağlık durumunu nasıl algılayacağına etki etmektedir (Cockerham, 2017b). Çoğu birey, kayda değer ötekilerin (kayda değer çünkü çocuğa spesifik bir toplumsal kimlik ve benlik algısı vermektedirler) bulunduğu bir ailede

dünyaya gelmektedir. Bu kimlik sadece fiziksel ve düşünsel nitelikleri değil, ayrıca ailenin toplumsal ve tıbbi geçmişini de kapsamaktadır. Ailenin sosyal statüsü, perspektifi ve kültürel yönelimine ek olarak çocuk, ailesinde sıkça rastlanan sağlık tehlikelerini ve bu tehlikelerle başa çıkmak için gerekli önlemleri de öğrenmektedir. Büyüdükçe çocuk, ailenin aracı olmasıyla birlikte parçası olduğu ailenin, topluluğun ve toplumun değerlerini ve düşüncelerini benimsemektedir. Böylelikle çocuk, parçası olduğu grubun kurallarına uygun şekilde davranmakta ve düzgün biçimde toplumsallaştırılmış bir birey olarak değerlendirilmektedir.

Çocuklar, kendi toplumsal gerçekliklerinin temsilcileri olan aileleri tarafından sunulan toplumsal perspektifi kabul edebilir ya da etmeyebilir. Ancak birincil toplumsallaşma sürecinde sunulan gerçeklik, aktarılacak bilgileri ve karşıt görüşleri süzgeçten geçiren yetişkinler tarafından çocuklara verilmektedir. Toplumsallaşma sürecinde çocuklar tamamen pasif olmasa da kayda değer ötekilerini seçme şansları yoktur ve bu yüzden kendilerini onlarla özdeşleştirmeleri, kendiliğinden gelen bir süreç gibi olmaktadır (Berger ve Luckmann, 1967). Dolayısıyla bu, çocukların ailelerinin toplumsal gerçeklik yorumunu içselleştirmesinin hemen hemen kaçınılmaz olduğu anlamına gelmektedir. Kayda değer ötekileri tarafından çocuklara başta sunulan toplumsal dünya görüşü daha sonra deneyimlenen sosyal ilişkiler ve görüşlerle birlikte zayıflasa da etkisi, uzun süre devam edebilmektedir. Ebeveynlerin çocukların sağlıksal yaşam tarzlarına önemli ve kalıcı bir şekilde etki ettiği gözlemlenmiştir (Mollborn vd, 2014).

Yaşam Koşulları

Yaşam koşulları kişisel güvenlik ve barınma kalitesinin yanı sıra (elektrik, doğalgaz, ısınma, kanalizasyon, iç tesisat, temiz musluk suyu ve sıcak su gibi) temel olanaklara ve (bakkallar, parklar ve sosyal tesisler gibi) çevredeki tesislere erişimdeki farklılıklar ile ilgili bir yapısal değişkenler kategorisidir. Bugüne

dek yaşam koşullarını sağlıksal yaşam tarzlarıyla ilişkilendiren çok az çalışma yapılmıştır. Ancak aradaki bağlantı çok önemlidir çünkü kişinin içinde bulunduğu koşullar, sağlık davranışlarına ciddi şekilde etki etmektedir. Sağlıksal yaşam tarzlarının olumlu koşullarda çok etkili olduğu gözlemlenmektedir. Buna karşın olumsuz yaşam koşulları altında çok az etkiye sahiptirler. ABD'de dezavantajlı muhitlerde yaşamak, olumsuz sağlık durumlarıyla ilişkilendirilmektedir (Browning ve Cagney, 2002, 2003; Fitzpatrick ve LaGory, 2011; Frohlich ve Abel, 2014). Refah seviyesi yüksek muhitlerde yetişmenin ise uzun vadede sağlığa olumlu etkilerinin olduğu gözlemlenmiştir (Vartanian ve Houser, 2010). Bu konuda yapılmış ve daha önce bahsi geçen diğer araştırmalar, tehlikeli muhitlerde yaşamanın yetişkin siyahilerin dışarıda spor yapmasını ciddi şekilde engellediğini göstermektedir (Grzywacz ve Marks, 2001). Dolayısıyla yaşam koşulları, sağlıksal yaşam tarzlarını hem sınırlandırabilmekte hem de iyileştirebilmektedir.

Toplumsallaşma ve Deneyim

Şekil 3.1'deki birinci kutuda yer alan sınıfsal durumlar ve diğer değişkenler, ikinci kutuya uzanan okun da gösterdiği gibi toplumsallaşma sürecine ve deneyime toplumsal bir bağlam sağlamaktadır. Bu, Bourdieu'nun (1977) bireyin belirli şekillerde eyleme geçmeye eğilimli olmasının toplumsallaşma süreci ve deneyim tarafından kurgulandığı görüşü ile bağdaşmaktadır. Bu süreç için gerekli olan toplumsal bağlamı, sınıfsal konum sağlamaktadır. Ancak mevcut model, birinci kutuda gösterilen yapısal değişkenleri de –yaş, toplumsal cinsiyet, ırk/etnik köken, kolektiflikler ve yaşam koşulları– bu sürece eklemektedir çünkü bu değişkenler, toplumsallaşma sürecinin gerçekleştiği sosyal çevreyi etkileyebilmektedir.

Birincil toplumsallaşma, toplumun normlarının ve değerlerinin bireye kayda değer ötekiler tarafından dayatılmasını temsil etmektedir. İkincil toplumsallaşma, daha sonra alınan eğitimin sonucunda gerçekleşmektedir. Deneyim ise sosyal

etkileşim ve irade pratiklerinin uygulanmasıyla yürütülen günlük aktiviteler sonucunda öğrenilenlerdir. Kişi ya da özne hem sosyalleşme hem de deneyim aracılığıyla düşünümsel bilinç edinmektedir. Ancak (hayat tercihleri bakımından) deneyim, iradenin pratik ve değerlendirici boyutlarının zamanla gelişmesinin ana temelini oluşturmaktadır. Bu, insanların bilhassa yeni toplumsal durumlar ve koşullarla karşılaştığı durumlarda gerçekleşmektedir.

Hayat Tercihleri (İrade)

Şekil 3.1, (ikinci kutudaki) toplumsallaşma ve deneyimin hayat tercihleri yapabilme (irade) kabiliyetini sağladığını göstermektedir. Daha önce de bahsedildiği gibi "hayat tercihleri" kavramı, yaşam tarzlarının iki temel unsurundan biri olarak (diğeri yaşam olanaklarıdır) Weber tarafından ileri sürülmüştür ve bireyin davranışının öz-yönlendirmesine gönderme yapmaktadır. Almancada kişinin hayatını idare etmesi ya da yönetmesi anlamına gelen *Lebensführung* kelimesinin İngilizce çevirisidir. Hayat tercihleri, bireylerin eylem planlarını eleştirel olarak değerlendirdiği ve bunun sonucunda karar vardığı, irade tarafından yürütülen bir süreçtir. Weber'in hayat tercihleri kavramı, sonuca götüren bir rasyonellik olmasının yanı sıra yapılacak tercihlerin olası sonuçlarının zihinde düşünülmesi, değerlendirilmesi ve yeniden inşa edilmesi (Emirbayer ve Mische, 1998) gibi yorumsal bir süreç olması yönünden rasyonel seçim teorisinden ayrılmaktadır. Weber (1949), bireylerin içinde bulundukları durumu yorumlayabilme, bilinçli tercihler yapabilme ve eylemlerine öznel anlam yükleyebilme becerisine sahip olduğunu ileri sürmüştür. Weber'e göre tüm toplumsal eylem, hem sınırlama getiren hem de fırsat yaratan durumlarda gerçekleşmektedir. Bu süreçte öznenin içinde bulunduğu durumu yorumlayarak kavraması (*Verstehen*), o bireyin davranışsal tercihlerini yönlendirmektedir (Kalberg, 1994).

Yaşam Olanakları (Yapı)

Sınıfsal durumlar ve onun kadar olmasa da birinci kutudaki diğer değişkenler, şekil 3.1'de dördüncü kutuda yer alan yaşam olanaklarını (yapı) oluşturmaktadır. Yaşam olanakları, Weber'in modelinde yaşam tarzlarının iki temel unsurundan biridir. Weber, yaşam olanakları kavramı ile tam olarak ne kastettiği konusunda müphem ifadelerde bulunmaktaydı ancak bu kavram, genellikle sınıfsal durumların avantajları ve dezavantajları ile bağdaştırılmaktaydı. Dahrendorf'a (1979: 73) göre Weber'in yaşam olanakları kavramını en iyi karşılayan tanım şöyledir: "Çıkarların, isteklerin ve ihtiyaçların tatmin edilmesinin belirginleşmiş olasılığı ve dolayısıyla bu tatmin olma hissine yol açan olayların gerçekleşme ihtimalidir." Bir başka deyişle kişinin toplumsal hiyerarşideki yeri ne kadar yüksekteyse o kişinin çıkarlarını, isteklerini ve ihtiyaçlarını tatmin etmekte kullanacağı yaşam olanakları da o kadar fazladır. Dahrendorf (1979: 65) ayrıca şu ifadeleri de kullanmaktadır: "Weber'e göre olanak kavramıyla öne sürülen eylemler dizisi olasılıkları, yalnızca gözlemlenebilir ya da hesaplanabilir değildir. Bu olasılıklar yapısal koşullara değişmeksizin, sıkı sıkıya bağlıdırlar." Dolayısıyla kişinin yaşam olanaklarını oluşturan; çıkarlarının, isteklerinin ve ihtiyaçlarının tatmin olma ihtimali, başta sınıfsal konum olmak üzere yapısal koşullara dayanmaktadır. Weber'in tezi, olanakların toplumsal olarak belirlendiği ve toplumsal yapının bu olanaklardan oluşan bir dizge olduğu yönündedir. Bu yüzden yaşam olanakları, Weber külliyatında ve bu paradigmada yapının etkisini temsil etmektedir.

Tercih ve Olanak Etkileşimi

Şekil 3.1'deki oklar, hayat tercihleri (üçüncü kutu) ve yaşam olanakları (dördüncü kutu) arasındaki diyalektik etkileşimi belirtmektedir. Bu etkileşim, Weber'in yaşam tarzı inşasının kavramsallaştırılmasına yaptığı en önemli katkıdır (Cockerham, Abel ve Lüschen, 1993; Cockerham, Rütten ve Abel, 1997). Tercihler ve olanaklar, bireylere, gruplara ve sınıfla-

ra ayrı yaşam tarzlarının belirlenmesinde ortaklaşa hareket etmektedir. Yaşam olanakları (yapı), tercihleri (irade) ya sınırlamaktadır ya da mümkün kılmaktadır. Ancak irade, bu süreçte pasif değildir. Archer'ın (2003) da açıkladığı gibi bu sınırlamanın ve mümkün kılmanın nedensel iktidar olarak uygulanıp uygulanmayacağı, iradenin hangi pratiklerin harekete geçirileceğine karar vermesine dayanmaktadır. Archer'a (2003: 4) göre "Sınırlamalar, bir şeyin sınırlandırılmasına gerek duyarken mümkün kılmak da bir şeyin mümkün kılınmasına gerek duymaktadır". Dolayısıyla insanlar, her iki durumda da bir eylem planı düşünmek zorundadır. Böylece insanlar hedeflerini, ihtiyaçlarını ve arzularını gerçekleştirmek için onları, sahip oldukları olanaklar ile aynı hizaya koymaktadır ve yaşam tarzlarını sahip oldukları kaynaklara ve sınıfsal durumlarına göre seçmektedir. Gerçekçi olmayan tercihlerin seçilmesi ya da başarılı olması muhtemel değilken gerçekçi tercihler, yapısal olarak mümkün olana dayanmaktadır.

Bu bağlamda tercihler ve olanaklar, sadece diyalektik olarak birbirine bağlı değil, ayrıca analitik olarak birbirinden ayrıdır. Archer'ın (1998: 369) da dediği gibi "Yapıların ortaya çıkan yeni özellikleri ve öznelerin gerçek deneyimleri (toplumun doğası gereği açık bir sistem olmasından dolayı) eşzamanlı olmadığından ötürü iki taraflı bir yaklaşıma olan ihtiyaç, her zaman kaçınılmaz olacaktır". Weber de bu ihtiyacı tam karşılayan bir yapı sunmaktadır. Yaşam tarzının faaliyete geçirilmesinde ve yönetilmesinde tercih ve olanağı ayrı unsurlar olarak kavramsallaştıran Weber, iki tarafın da ayırt edici niteliklerini kaybetmesine yol açmadan irade ve yapının farklı işlevlerini birleştirmektedir.

Şimdiye dek yaşam tarzı paradigması, bireyin davranışının sınıfsal durum, toplumsal cinsiyet, kolektiflikler vb biçimdeki yapı tarafından şekillendirildiğini öne süren, Archer'ın (1998) indirgemeci birleştirme kavramının bir örneği olmuştur. İnsanlar toplumsallaştığı ve deneyimlerini dünyayı oluşturan toplumsal yapılar çerçevesinde yaşadıkları için yapı başlarda

baskın olsa da irade, tercihlerin ve olanakların etkileşimde olduğu ve gidişatın mevcut olan seçeneklere göre belirlendiği bu sürecin ortasında denkleme dahil olmaktadır.

Eyleme Geçme Eğilimi (*Habitus*)

Şekil 3.1, hayat tercihleri ve yaşam olanakları etkileşiminin bireysel eyleme geçme eğilimlerini (beşinci kutu) ürettiğini göstermektedir. Bu eğilimler, habitusu oluşturmaktadır. Habitus kavramı, Edmund Husserl ([1952] 1989: 266-93) ile ortaya çıkmıştır. Husserl bu kavramı, sezgisel olarak takip edilen ve öngörülen alışılagelmiş eylemleri tanımlamak için kullanmıştır. Bu kavram, daha sonra Bourdieu (1977: 72-95) tarafından genişletilip yaşam tarzı eğilimlerindeki irade-yapı ilişkisini açıklamakta kullanılmıştır (Bourdieu, 1984: 169-225). Bourdieu (1990: 53) habitusu şu şekilde tanımlamaktadır: "Sonuca yönelik bilinçli bir varsayımda bulunmayı amaçlamadan ya da hedeflenen sonuca ulaşmak için gerekli olan işlemler üzerinde egemenlik iddiasında bulunmadan kendi akıbetlerine nesnel olarak adapte olan pratikleri ve anlamları üreten ve düzenleyen, uzun ömürlü ve değiştirilebilir eğilimler, yapılandırıcı yapı olarak faaliyet gösteren, yapılandırılmış yapılardır." Bir başka ifadeyle habitus, kişinin tercihlerini ve seçeneklerini düzenli olarak yönlendiren ve değerlendiren bir bilişsel harita ya da zihinde yer alan bir algı dizisidir. Kişinin içinde bulunduğu toplumsal durumlar ve çevreye uygun şekilde davranabilmesi için uzun ömürlü eylem eğilimleri üretmektedir. Bu şekilde üretilen eğilimler, önceden üzerine çok kafa yormadan, direkt olarak gerçekleştirilebilmektedir. Yani bunlar, düzenli olarak yapılan işlerde kullanılan, alışılagelmiş eylem eğilimleridir.

Habitus bireyin kendi yatkınlıklarının, tercihlerinin ve yorumlarının yanı sıra dış kaynaklı toplumsal yapıların ve durumların etkisini de kapsamaktadır. Meydana gelen eğilimler sadece yaygın olarak kabul gören, normatif toplumsal davranış kalıplarını değil, ayrıca alışılagelmiş ve hatta sezgisel olan eylemleri de bünyesinde bulundurmaktadır. Algıda seçicilik ile habitus,

arzuları ve beklentileri "akla yatkın olanlar kategorisine" göre şekillendirmektedir. Böylelikle eğilimlere ve eylemlere, algısal sınırlamalar dayatılmaktadır. Bourdieu (1990: 55), şu ifadelere yer vermektedir: "Edinilmiş bir üretken tasarı sistemi olan habitus, üretiminin izin verdiği ölçüde özgürce olmak kaydıyla düşünce, algı ve eylem üretimini mümkün kılmaktadır."

Sınıfsal koşulların içselleştirilmesinden ve sonradan eyleme dönüşen kişisel eğilimler haline gelmesinden bahsederken Bourdieu, belirli bir toplumsal sınıf ya da grup için materyal, toplumsal ve kültürel olarak neyin mümkün olup olmadığını belirleyen, Weber'in yaşam olanakları kavramına benzer bir durumu tasvir etmektedir (Swartz, 1997: 104). Benzer yaşam olanaklarını içselleştiren bireyler, aynı habituslara sahiptir zira Bourdieu'nun (1977: 85) da açıkladığı gibi bu insanların benzer şeyleri deneyimlemesi muhtemeldir: "Bir sınıfa mensup tüm insanların (hatta sadece 2 tanesinin bile) tamamen aynı şeyleri aynı sırayla deneyimlemesi imkânsız olsa da aynı sınıfa mensup bireylerin her birinin genellikle o sınıfın üyelerinin karşılaştığı durumlarla karşılaşma olasılığı diğer sınıfa mensup olanlara göre çok daha fazladır." Dolayısıyla aynı sınıfa mensup insanların sağlıksal yaşam tarzları, çoğunlukla benzerlik göstermektedir. Bourdieu'ya göre kişisel tarzların sınıf standartlarından tamamen ayrılması mümkün değildir. Uzaklaşmalar olsa bile bunlar, birer sapmadan fazlası olmayacaktır çünkü yaygın tarz ile aralarında olan fark, iki tarzın birbiriyle ilişki kurmasını sağlamaktadır.

Bourdieu, iradeye özerklik (iradeler, kendilerini belirledikleri derecede belirlenebilir) tanısa da günlük işler bakımından yapıya yaptığı vurgu, sağlıksal yaşam tarzları bağlamında iradeye verdiği rolün bireyci yaklaşıma kıyasla daha az olduğunu göstermektedir. Bazıları (Alexander, 1995; Bohman, 1999) Bourdieu'nun iradeyi, eleştirel düşünümsel yanından mahrum bıraktığını ileri sürmektedir. Ancak Bryan Turner ve Stephen Wainwright (2003: 273), buna katılmamaktadır. Onlara göre Bourdieu, kurumların ve olanakların "insan iradesinin şekil-

lendirilmesinde, sınırlanmasında ve üretilmesinde" güçlü bir rol oynadığını gösterirken "strateji ve pratikler kavramlarıyla iradeye tam tanınırlık" vermektedir. Simon Williams (1995) da seçimin habitus tarafından engellenmediğine vurgu yaparak Bourdieu'yu savunmaktadır. Ayrıca Williams, toplumsal sınıflardaki farklı yaşam tarzı biçimlerinin görece devamlılığına açıklama getirebilmiştir. Kavrama yeniden canlılık katan o olsa da habitus kavramı, Bourdieu'ya özgü değildir. Bourdieu'nun kavrama kattığı kalıcı katkı, toplumsal sınıfları birbirinden ayıran, farklılık ve devamlılık gösteren zevkler ve yaşam tarzlarının önemi üzerine yaptığı incelemedir.

Dahası, eğer habitus gerçekten zihnin bünyesine dahil edilen dış kaynaklı toplumsal yapılar aracılığıyla insan algısının katı bir şekilde kontrol altına alındığı, belirleyici bir süreç ise Elisabeth Silva'nın (2016: 178) da vurguladığı gibi bu, "bizlerin toplumsal dünyada deli gömleği misali işleyen yapılar ve yapılandırma ilkeleri tarafından tanımlanan bireylerle karşılaşmamıza yol açmaktadır". Ancak güncel habitus yorumları birleşik, aşırı kontrolcü bir habitus düşüncesini reddetmekte ve bunun yerine esnek, farklı alanlarda farklı roller sağlayabilecek, farklı biçimlerden oluşan bir habitus düşüncesini savunmaktadır. Buna örnek olarak bir alanda ebeveyn, diğerinde çalışan ve bir diğerinde ise arkadaş olan bir insan verilebilmektedir (Silva, 2016; Wacquant, 2016). Silva (2016), Bourdieu'nun (2000: 160-1) sonraki çalışmalarında öne sürdüğü habitus tanımını öncekilerine göre daha esnek bulmuştur. Ona göre habitus, yeni koşullar karşısında değişmektedir ve bireyin algısı ile çeşitli derecelerde bütünleşmektedir. Bu bağlamda habitusun ürettiği eğilimler, değiştirilebilir olmasının yanı sıra aynı zamanda reddedilebilir ve kullanılmamaktan ya da belirli bir alana uygun düşmemesinden dolayı zayıflayabilmektedir. Kemikleşmiş bazı eğilimlerin değiştirilmesi zor olsa da, daha zayıf ve değişebilir olanlar da vardır.

Bourdieu'nun yaklaşımını diğerlerinden ayıran özellik; normları, ilişkileri ve çevresel faktörleri göz önünde bulun-

durmadan kendi başına tesadüfi ve düzensiz seçimler yapan bireylerden ziyade yaşam tarzı pratiklerinin yapısal boyutlarının olduğunu ileri sürmesidir. Yani dış kaynaklı yapıların bireyin algısına nüfuz edip bireyin eylemleri için eğilimler biçiminde yol haritası belirlemesi, habitus aracılığıyla gerçekleşmektedir. Habitus, sadece özgür iradeyle ortaya çıkan ya da yalnızca yapı tarafından belirlenen bir şey değil, ikisinin etkileşimi sonucunda zamanla yaratılan bir şeydir (Bourdieu, 1984: 170). Burada, Bourdieu'nun habitus kavramını indirgemeci birleştirmenin saldırısından kurtaran şeyin deneyim *süreci* olduğu öne sürülmektedir. İrade, habitus aracılığıyla yaratıcılık ve değişimi teşvik etmek için gereken yeni bilgileri ve mantıksal gerekliliği, deneyim sayesinde edinmektedir. Bourdieu'nun (Bourdieu ve Wacquant, 1992: 133) da dediği gibi her ne kadar deneyimler habitusu pekiştirse de çoğu insanın başlangıçta habitusu şekillendiren durumlara benzer durumlarla karşılaşması çok yüksek bir ihtimal olduğundan habitus, "sürekli olarak kendi yapısını pekiştirecek ya da değiştirecek yeni deneyimlere maruz kalan, açık bir eğilimler sistemidir". Dolayısıyla habitus, Bourdieu'nun çalışmasında potansiyeline vurgu yapılmasa da yaratıcı olabilmekte ve eğilimlerde değişikliklere sebep olabilmektedir.

Yaşam tarzı pratikleri, habitus ile meydana gelmektedir. Fakat bunlar ve diğer pratikler, Bourdieu'nun "alanlar" olarak kavramsallaştırdığı sosyal çevrelerde gerçekleşmektedir. Alanlar, sosyal statüler arasındaki nesnel ilişkiler (egemenlik, itaat vb) ağı ya da düzenidir (Bourdieu ve Wacquant, 1992). Alan, toplumsal bir uzam ya da Bourdieu'nun ifadesiyle insanların ya da kurumların (ekonomik, kültürel ve sosyal) sermayelerini kullanarak toplumsal hiyerarşide kendilerine avantaj sağladığı bir "sahnedir". Hiyerarşideki konumu belirleyen sermayenin miktarı ve türü, alandaki diğer sermayelere göre değişiklik göstermektedir. Şüphesiz ki bazı toplumsal konumlar çok güçlüdür ve bir alandaki iktidar ilişkisi, doğal olarak bu alandaki etkileşimi de şekillendirmektedir. Peter

Korp'a (2008) göre sağlıksal yaşam tarzları, sağlıklı bir hayat sürmenin önemli olduğu toplumsal alanları egemenliği altına almış grupların alışılagelmiş pratikleridir. Farklı iktidar dinamiklerinin bulunduğu alanlarda bunun tersi bir durum olabilmektedir. Dolayısıyla habitus onu içten şekillendirirken irade, bireyin dışında kalan alanlardan ve sermayeden de etkilenmektedir.

Bourdieu, insanları açıkça ya da üstü kapalı bir biçimde yapı taşıyıcısı (*Trägers*) olarak değerlendiren kuramlardan vazgeçilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Buna rağmen Bourdieu'ya göre mekanik davranış kuramlarının reddedilmesi, içinde bulunduğumuz durumları anlamlandırmak ve öteki insanların niyetlerini belirlemek için yaratıcı özgür iradeye yetki vereceğimiz anlamına gelmemektedir. Habitus tarafından üretilen eğilimler, toplumun geneli tarafından belirlenen davranış parametreleriyle uyumlu olmaya yatkındır. Dolayısıyla öngörülemez yenilikteki davranış biçimlerine kıyasla alışılagelmiş ve pratik davranış biçimleri hüküm sürmektedir. Netice itibarıyla Bourdieu, harekete geçirildiğinde iradenin davranışı yönlendirebilecek kapasitesinin bulunduğunu ifade etse de iradeye oranla yapıya daha çok vurgu yapmaktadır. Bourdieu'nun yaklaşımı daha ziyade, insanların üzerine çözümleme yapmadan ya da düşünmeden gerçekleştirdiği rutin davranışlara açıklama getirmektedir.

Modeli Tamamlamak

Şekil 3.1, eğilimlerin (beşinci kutu) altıncı kutuda gösterilen pratikleri (eylem) ürettiğini belirtmektedir. Habitus ile meydana gelen pratiklerin temeli, bilinçli yapılan hesaplamalar, alışkanlıklar ya da sezgilere dayandırılabilmektedir. Bourdieu (1984) şunu anlamamıza yardımcı olmaktadır: Sağlıksal yaşam tarzlarıyla ilişkilendirilen pratikler rutin davranış dağarcığı ile o kadar iç içe geçebilmektedir ki habitusa yerleştikten sonra bu davranışlar, hiç düşünmeden ya da sorgulanmadan sergilenebilmektedir. Bourdieu'ya göre rutin durumlarda insanlar,

üzerine düşünmeden ya da çözümleme yapmadan, alışılagelmiş bir şekilde izleyebilecekleri, pratik sonuç odaklı, genelleşmiş stratejileri benimsemeye yatkındır. Dolayısıyla günlük yaşamın rutin bir parçası olarak yaşam tarzları, kuramsal mantıktan ziyade pratik mantık tarafından yönlendirilmektedir (S. Williams, 1995).

Sağlıksal yaşam tarzı üzerine yapılan çalışmalarda incelenen dört temel pratik şunlardır: alkol tüketimi, sigara kullanımı, diyet ve spor. Bunlar check-up yaptırmak, emniyet kemeri takmak gibi yerine getirilen ya da getirilmeyen eylemleri oluşturan, yedinci kutuda bulunan diğer pratiklerin yanında yer almaktadır. Olumlu ya da olumsuz olabilen bu pratikler, sekizinci kutuda gösterilen, kişinin genel sağlıksal yaşam tarzı modelini oluşturmaktadır. Bu pratiklerin bazen kendilerine özgü karmaşıklıklarının olduğu, unutulmamalıdır. Herhangi bir şekilde tütün tüketmek ve içki alışkanlığı olumsuzdur. Ancak ölçülü alkol tüketiminin (tercihen kırmızı şarap) hiç içki içmemeye kıyasla kalp hastalığı riskini azaltıp azaltmadığı, tartışma konusu olmuştur. Rastgele seçilen ölçülü alkol tüketen insanlar üzerine yapılan çalışmalar, bu insanların hiç içki içmeyenlere göre daha sağlıklı olduğunu göstermiştir (Fillmore vd, 2007; Yeung vd, 2013). Mevcut araştırmalar da bunu desteklemektedir. Bu araştırmalara göre hafif ya da ölçülü alkol tüketimi koroner arter hastalığı, Tip 2 diyabet, kalp yetmezliği ve felç gibi ölüme yol açan hastalıklara yakalanma riskini azaltmaktadır. Elbette bu, alkol kullanmayan insanlara alkol tüketimini tavsiye etmek anlamına gelmemektedir (O'Keefe vd, 2018). ABD'de ölçülü alkol tüketimi kadınlar için günde bir, erkekler için ise bir ya da iki bardak içki tüketmek demektir. Birleşik Krallık'ta ise haftada beş gün, bir ya da iki bardak alkol tüketimi önerilmektedir. Evan O'Keefe ve meslektaşları (O'Keefe vd, 2018: 73), şu ifadeleri kullanmaktadır: "Alkol tüketimi, iki ucu keskin kılıç gibidir. Ölçülü tüketildiğinde sağlığa faydalıyken ölçüsüz tüketildiğinde zehirleyici ve öldürücüdür."

Taze meyve ve sebze yemek sağlık açısından faydalıdır ancak et tüketimi, pişirilme şekli ve yağ miktarına bağlı olarak hem faydalı hem de zararlı olabilmektedir. Boş zamanda yapılan egzersizler işte yapılan fiziksel aktivitelere göre daha sağlıklıdır çünkü işte, işin içine stres ve zaman kısıtlamaları girmektedir. Ancak sadece boş zaman egzersizlerinin ölçümü, çocuk bakan ve ev işi yapan kadınların yaptığı tüm fiziksel aktiviteyi göstermemektedir. Dolayısıyla araştırmacıların, analiz yaparken sağlıksal yaşam tarzı pratiklerinin çok yönlü niteliklerini de hesaba katması gerekmektedir.

Sağlıksal yaşam tarzı pratiklerine istinaden eylem (ya da eylemsizlik), bu pratiklerin geri bildirim sürecini takiben habitus tarafından yeniden üretilmesine, değiştirilmesine ya da ortadan kaldırılmasına yol açmaktadır. Bu durum, şekil 3.1'deki sekizinci kutudan beşinci kutuya geri giden ok ile belirtilmektedir. Bu, Bourdieu'nun (1977, 1984) eğilimlere göre hareket edildiğinde habitustan gelen eğilimlerin, habitusu ürettiği ve değiştirdiği iddiasıyla tutarlıdır. Bourdieu tarafından kavramsallaştırılan habitus, sağlıksal yaşam tarzı modelinin merkezinde yer almaktadır.

Sonuç

Bu bölümün ana fikri, yapının sağlıksal yaşam tarzı tercihleri üzerindeki etkisini göz önünde bulundurmayı başaramadığı için bireyci sağlıksal yaşam tarzı yaklaşımlarının çok sığ ve gerçek dışı olmasıdır. Bu gidişatı düzeltmek adına bu yanlışların olmadığı bir teori üretmek için bu bölümde sunulan yaşam tarzı modeli, yapıya gerçek dünyadaki etkisiyle tutarlı bir rol vermektedir. Yapının iradeye ağır bastığı, ancak tamamen hükümsüz kılmadığı ve yapının iradeyi bastırdığı zamanlar mevcuttur. Bu durumların sağlıksal yaşam tarzı pratiklerini açıklayan kavramların dışında bırakılmaması gerekmektedir. Makro-sosyal yaklaşım, eylemin yapısal olarak önceden belirlenmesi anlamına gelmemektedir. Daha ziyade toplumsal yapıların bireylerin düşüncelerini, kararlarını ve eylemlerini etkilemesi anlamına gelmektedir.

Burada sunulan kuramsal model, Weber ve Bourdieu'nun ciddi etkisi altındadır. Eleştirilse de Bourdieu'nun habitus kavramı, bireyin algı süreçlerini ve dış kaynaklı yapıların bireyin zihninde nasıl içselleştirildiğini yenilikçi ve mantıklı bir biçimde kavramsallaştırmaktadır. Bunun sonucunda ortaya çıkan eylem eğilimleri; bireyin içinde bulunduğu toplumsal düzen, sınıf ya da grubun davranış kalıplarına uygun düşen şekilde davranmasını sağlamaktadır.

Bu sağlıksal yaşam tarzı modeli (a) sınıfsal durum, (b) yaş, toplumsal cinsiyet ve ırk/etnik köken, (c) kolektiflikler ve (d) yaşam koşulları gibi (1) dört yapısal değişken kategorisinin (3) hayat tercihlerini (irade) etkileyen (2) toplumsallaşma ve deneyim için toplumsal bir bağlam sağlamaktadır. Bu yapısal değişkenler ayrıca kolektif olarak (4) yaşam olanaklarını (yapı) oluşturmaktadır. Tercihler ve olanaklar, etkileşime geçmekte ve (5) eyleme geçme eğiliminin (habitus) oluşturulmasını sağlamaktadır. Bu; (7) alkol kullanımı, sigara içmek ve diyet yapmak gibi sağlıkla ilgili eylemleri içeren (6) pratiklere (eylem) yol açmaktadır. Sağlık pratikleri, yeniden harekete geçirilmelerinin geri bildirim sürecini takiben habitus tarafından yeniden üretilmelerine (ya da değiştirilmelerine) yol açan (8) sağlıksal yaşam tarzı kalıplarını oluşturmaktadır. Bu kuram, sağlıksal yaşam tarzı olgusunun başlarda nasıl ele alındığını göstermektedir ve dolayısıyla gelecekte yapılan deneysel uygulamalar doğrultusunda pekiştirilmeye, değiştirilmeye ve reddedilmeye açıktır. Sergilenen günlük toplumsal davranışlar üzerine üretilen kuramsal yaklaşımların öncüsü niteliğindedir. Bunu ele alan bir başka kuram, şu anda mevcut değildir. Dahası, yapının günlük yaşam gerçekliğiyle tutarlı olarak ele alınmasını, sağlık sosyolojisinin kavramsal odağı haline getirerek metodolojik bireyciliği yansıtan popüler kuramların ötesine geçmektedir. Son olarak da yapının, yaşam tarzı pratikleri aracılığıyla sağlık üzerinde nedensel bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir.

Eleştirel Düşünme Soruları

1. Sağlık, çağdaş toplumda nasıl bir başarı haline dönüşmüştür?
2. İrade-yapı tartışmasının iki tarafını da açıklayınız. Siz, hangi tarafı tercih ediyorsunuz? Cevabınızı açıklayınız.
3. Weber'in yaşam olanakları ve yaşam tercihleri ile ne demek istediğini açıklayınız.
4. Sağlıksal yaşam tarzı teorisi, irade-yapı meselesini nasıl ele almaktadır?
5. Sağlıksal yaşam tarzı modelindeki en önemli yapısal değişken hangisidir? Neden?
6. Habitusun yaşam tarzı yaratmak için yaşam olanakları ve yaşam tercihleri ile nasıl etkileşime geçtiğini açıklayınız.

İlave Okuma Önerileri

Burdette, Amy M., Belinda L. Needham, Miles G. Taylor ve Terrence D. Hill, 2017, "Health Lifestyles in Adolescence and Selfrated Health in Adulthood", *Journal of Health and Social Behavior* 58: 520-36.

Sağlık sorunları açısından ergenlik döneminden yetişkinlik dönemine kadarki süreci, yüksek riskli sağlıksal yaşam tarzları ile düşük riskli sağlıksal yaşam tarzlarını sağlıksal yaşam tarzı teorisi kapsamında karşılaştıran, iyi tasarlanmış bir çalışmadır.

Henwood, Fils ve Benjamin Marent (ed.), 2019, *Digital Health: Sociological Perspectives*, Cilt 41 (Supplement 1) of the *Sociology of Health & Illness*.

Sociology of Health & Illness [*Hastalığın ve Sağlığın Sosyolojisi*] isimli derginin yakın zamanda ortaya çıkan dijital sağlık alanı üzerine çıkardığı, özel bir ek sayıdır. Elektronik cihazların bireyin sağlık durumunun değerlendirilmesi ve yönetilmesinde kullanılması da içeriğe dahildir.

Quah, Stella, 2016, "Health and Culture", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 27-46, Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Sağlık ve sağlık davranışına etki eden kültürel faktörleri ele almaktadır.

4
Sınıfın Gücü

Toplumsal sınıf ya da sosyoekonomik statü (SES), sağlık sosyolojisinde sağlığın, hastalığın ve uzun ömürlülüğün en güçlü öngörücüsüdür. Bu, tıp alanında da varlığını kabul ettirmiştir. Amerikan Doktorlar Koleji mensupları tarafından yazılan ve 2018 yılında *Annals of Internal Medicine* [*Yıllık İç Hastalıkları*] dergisinde yayımlanan çok yazarlı makalede şu ifadeler yer almaktadır: "Tıbbi olmayan faktörler arasında sağlığa en çok etki eden faktör, sosyoekonomik statüdür" (Daniel, Bornstein ve Kane, 2018: 579). Bunun kanıtı, oldukça nettir. Evrensel ölüm oranları, hiyerarşik olarak sınıfsal konuma bağlı olarak düşmekte ya da yükselmektedir (Beckfield, 2004; Lahelma, 2016; Marmot, 2004, 2015; Marmot, Shipleyve Rose,

1984; Sasson ve Hayward, 2019). Yaş, toplumsal cinsiyet ve ırk gibi sosyo-demografik değişkenlere istinaden başka sağlık ve ölüm hiyerarşilerinin de olduğu öne sürülebilirken sınıfın bu bağlamdaki açıklayıcı niteliği, bahsi geçen diğer değişkenlerle girdiği etkileşim sonucunda halihazırda mevcut farkların ötesinde farklar üretmesinden görülmektedir. Yani yaş, toplumsal cinsiyet ve ırksal farklılıklara eklenen avantajlar ya da dezavantajlar, sınıfsal konum ile artmaktadır.

Mesela yaşlı insanlar, yaşlandıkça beslenme alışkanlıklarında düzenlemeye gitmektedir. Ancak alt sınıftaki yaşlılar için bu durum söz konusu değildir. Üst sınıftaki insanların daha olumlu bir beslenme düzeni varken ve yaşları ilerledikçe beslenme alışkanlıklarında olumlu değişiklikler yapabilirken alt sınıftaki yaşlılar, olumsuz bir geleceğe sahip olacaklarını öngördükleri için beslenme alışkanlıklarında çok az olumlu değişiklik yapmakta ya da bunu tamamen göz ardı etmektedir. Yapısal değişkenler (sınıf ve yaş gruplarında) bu konuda belirleyicidir. Yaş (ve yaşlı gruplar için yüksek enerjili besin tüketme gerekliliğindeki azalma), beslenme alışkanlıklarında değişiklikler üretmektedir ve sınıf da bu değişiklikleri daha ileriye taşımaktadır (Banwell vd, 2012; Guptill, Copelton ve Lucal, 2013). Çoğu yaşlı insan için beslenme ve diğer sağlıksal yaşam tarzı alışkanlıkları, yaşamları boyunca sınıfsal konumun "beraberinde gelmektedir" ve hayatlarının ilerleyen kısımlarında yapılan değişiklikler de bunu yansıtmaktadır (Rees Jones vd, 2011). Yaşın açıklayıcı niteliği olsa da yukarıda verilen örnekte sınıfsal konum, en büyük farkı yaratan etkendir.

Sınıfın ya da sosyoekonomik statünün yaş, toplumsal cinsiyet, ırk ve buna benzer değişkenleri geçersiz kıldığı önermesine ilişkin alternatif bir görüş, kesişimsellik teorisinde bulunmuştur. Kesişimsellik teorisi, tüm önceliklere karşı çıkmaktadır çünkü tüm toplumsal yapıların kapitalizm, ataerkillik, ırkçılık ve diğer ayrımcı etkenlere maruz kaldığını ileri sürmektedir. Bu yaklaşım, Kimberlé Crenshaw (1989) ve Patricia Hill Collins (2000, 2005; Collins ve Bilge, 2016) gibi Afrikalı Amerikalı

feminist bilim insanlarının çalışmalarından ortaya çıkmıştır. Eşitsizliğin ve baskının birbiriyle bağlantılı toplumsal biçimlerini aynı anda ele almaktadır. Teorinin amacı, sadece ırkı yüzünden değil ayrıca toplumsal cinsiyeti yüzünden de baskılanan siyahi kadınlara sosyal adalet sağlamaktı. Dolayısıyla yapılan çalışmaların büyük bir kısmı ırk, toplumsal cinsiyet ve cinsellik gibi değişkenlerin kesişimine ve bu değişkenlerin ötekileştirilen gruplara dezavantaj yaratmak için nasıl bir etkileşim içinde olduğuna odaklanmaktaydı. Kesişimsellik teorisi, iktidar sistemlerini ırk ve toplumsal cinsiyetin yanı sıra sınıf ve buna benzer diğer sosyo-demografik değişkenlerin inşa ettiğini savunmaktadır. Bu sistemler ya da yapılar tüm sosyal ilişkilere nüfuz ettiğinden kesişimsellik teorisi, bireysel ya da grup niteliklerinin (sınıf ya da toplumsal cinsiyet gibi) tek bir değişken düzeyine indirgenemeyeceğini ya da diğerlerini ikinci plana atıp, yalnızca tek bir değişkene öncelik vererek tamamen anlaşılamayacağını vurgulamaktadır (Hankivsky, 2012). Tüm değişkenler aynı zamanda ve aynı bağlamda hareket etmektedir.

Dolayısıyla araştırmacılar, kategorileri tek tek analiz etmenin ötesine geçip toplumsal kimliğin tüm farklı nitelikleri arasındaki eşzamanlı etkileşimleri analiz etmeye yöneltilmiştir. Kanadalı kamu politikası araştırmacısı Olena Hankivsky'nin (2012) de vurguladığı gibi bu yaklaşım, diğerlerinin ikinci plana atılıp sadece tek bir kategorinin önemli olarak değerlendirilmeyeceği, yeni bir yol haritasının temellerini atmayı hedeflemektedir. Sınıfın diğer değişkenlerle olan etkileşiminin ya da kesişiminin incelenmesi faydalıdır çünkü sınıfın etkisi her yerde aynı değildir ve bu etkileşimlerin incelenmesi, bilgilendirici olabilmektedir. Ancak kesişimsellik yaklaşımı, bugüne dek sınıftan ziyade daha çok toplumsal cinsiyet, ırk ve cinsellik kesişimi üzerine odaklanmıştır ve engellilik ve göçmen statüsü gibi diğer değişkenleri göz ardı etmiştir (Collins, 2005). Dahası, üzerinde çalışılan değişkenlere etki eden kesişen değişkenlerin etkilerini ayrı ayrı incelemek çok zordur. Çünkü Collins'e (2005: 11) göre "bu sistemler, tüm sosyal ilişkilere nüfuz etmektedir

ve bu sistemlerin herhangi bir durumdaki ya da herhangi bir toplumdaki etkilerini çözümlemek hâlâ çok zordur." Bu sebeple kesişimsellik teorisi, bunu çözümlemekten ziyade bu sistemlerin birbirleriyle olan ilişkilerini incelemeye yönelmiştir.

Yine de aksini kanıtlayan güçlü kanıtlar ortaya çıkana dek sınıf, toplumsal katmanlaşmanın ana belirleyicisidir. Ivan Reid'in (1998: 238) de yıllar önce gözlemlediği gibi "orta sınıfta siyahi, kadın ya da yaşlı olmak, işçi sınıfında siyahi, kadın ya da yaşlı olmaktan farklıdır." Bu gözlem, bugün de geçerliliğini korumaktadır. Bu durum, bilhassa sağlık sosyolojisinde mevcuttur. Sağlık sosyolojisinde ardı ardına yapılan çalışmalar, sınıfsal konum ve sağlık arasında olumlu ya da olumsuz güçlü bağlar bulmaktadır. Toplumsal konumun sağlık ve ölüm üzerindeki etkisi, adeta hayatın bir gerçeğidir. İngiliz epidemiyoloji doktoru Michael Marmot'un (2004: 2) da sorduğu gibi "düzenli bir işe sahip ve iyi eğitimli insanların ölme riski, neden daha yüksek statülü işe sahip ve daha eğitimli olan insanlardan yüksek olmalı?" Ya da dört yatak odalı evde oturan insanlar, neden 3 yatak odalı bir apartman dairesinde oturanlardan daha uzun yaşamalı? Veya yüksek lisans derecesine sahip olmak ömrü, neden lisans derecesine sahip olmaktan ya da lise mezunu olmaktan daha çok uzatmaktadır? Marmot'a göre bu soruların cevabı, maddi refah alt sınırının üstünde olmaktır. Diğer bir cevabı ise uzun yaşamın olmazsa olmazı olan, özerkliktir. Marmot'a göre karar almada özerk olmak ve özerk olmanın insana hayatı üzerinde sağladığı kontrol, refahlı bir yaşam, aktif sosyal hayat, sağlık ve uzun ömürlü bir yaşam için vazgeçilmezdir.

Sınıf ve Kalp Krizinden Kurtulma

Marmot'a (2004: 2) göre sosyoekonomik statünün sağlığa olan etkisini anlamak isteyenler, ABD'nin başkenti olan Washington DC'de merkezin güneydoğusunda kalan çürümüş muhitlerden Maryland'de yer alan ve refah seviyesi yüksek olan Montgomery County'e (yani Bethesda) giden metroya

binmelidir. Kat edilen kilometre başına ortalama insan ömrü, yaklaşık olarak 1 ya da 1,5 yıl artmaktadır. İlk duraktaki bölgede yaşayan düşük gelirli siyahiler ile son durakta yaşayan varlıklı beyazların ortalama yaşam süresi arasında 20 yıllık bir fark bulunmaktadır. Marmot'a (2015: 27) meslektaşları, merkez Londra'daki Westminster'ın doğusundan Jubilee metro hattına binildiğinde, her durakta ortalama insan ömrünün bir yıl düştüğünü belirtmiştir.

Ancak ölüm oranlarındaki farklılıklar, sınıf bazlı etkilerin tamamını oluşturmamaktadır. Çeşitli hastalıklar da sınıfsal konum ile bağlantılıdır. Peki, hangi hastalıklardan söz edilmektedir? Marmot'a (2004, 2015) göre bunun cevabı, çoğu hastalıktır. Marmot (2004: 23), şu ifadelerde bulunmaktadır: "Genel olarak bakıldığında sosyal statü ne kadar düşükse kalp hastalığı, felç, akciğer hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, böbrek hastalıkları, HIV, verem ve intihar gibi diğer 'rastlantısal' ve şiddetli ölüm şekli riski o kadar yüksektir." Sınıfsal konumun bu bağlamdaki önemi günümüzde de kanıtlar nitelikte olan bir örnek mevcuttur. 2005 yılında New York'ta üç kişi kalp krizinden kurtulmuştur: 66 yaşında, üst-orta sınıf mensubu beyaz bir erkek mimar; 53 yaşında ulaşım koordinatörlüğü yapan, orta sınıf mensubu siyahi bir erkek ve 59 yaşında bir otelde hizmetçi olarak çalışan, işçi sınıfı mensubu beyaz bir Polonyalı göçmen kadın. Bu insanların hikâyesi, *New York Times*'ın toplumsal sınıf üzerine yaptığı özel araştırma serisi kapsamında yayımlanmıştır (Scott, 2005). Kalp krizinden iyileşirken sınıfın bir önemi var mıdır? Evet, vardır. Bahsi geçen bu üç bireyin yaşadığı deneyim, sınıfsal konumlarının değişmemesi şartıyla yüksek ihtimalle bugün de aynı olurdu.

66 yaşındaki mimar, iki meslektaşı ile öğle yemeği yedikten sonra Manhattan şehir merkezinde yer alan bir sokakta yere yığılmıştır. Arkadaşları, mimarın taksi çağırın çağrısını dinlemeyip ambulans çağırmıştır. Yaşlı adama kalp tedavisi görebileceği teknolojiye sahip en yakın hastane bakımından iki seçenek sunulmuştur ve çok kalabalık olan bir şehir hastanesi

yerine kendisi gibi varlıklı insanların ziyaret ettiği, akademik bir hastaneyi seçmiştir. Dakikalar içinde kendisini, hastanenin kateterizasyon laboratuvarındaki ameliyat masasında bulmuştur. Çok ciddi sonuçlar doğurabilecek ventriküler fibrilasyon (anormal kalp ritmi), hızlı bir şekilde tedavi edilmiş ve bunu takiben atardamardaki tıkanıklığı açmak için anjiyoplasti* uygulanmıştır. Belirti göstermeye başlamasından sonra daha iki saat geçmeden tıkanan atardamarı tecrübeli bir kalp cerrahı tarafından yeniden açılmış ve atardamarı açık tutmak için stent yerleştirmesi yapılmıştır. Başka bir hastanede yönetim kurulu olan kardeşi, yaşlı mimarın tedavi gördüğü hastanedeki meslektaşını arayıp "mesleki nezaket" çerçevesinde kardeşinin tedavisinin yakından takip edilmesini talep etmiştir. Yaşlı mimarın cerrah olan eniştesi ise onu, tedavi sonrası bakım için alanının en iyilerinden olan bir uzman doktora yönlendirmiştir. İyileşme sürecinde yaşlı mimar birkaç aylık izne çıkmış, beslenme düzeni açısından gerekli düzenlemeleri yapmış, kilo vermiş ve evinin yakınında bulunan bir spor merkezine kayıt olmuştur. Böylelikle kan basıncı ve kolesterol değerleri iyileşmiştir. Yaşlı mimar için bu sürecin tek olumsuz yanı, çalıştığı firmanın emekliliğini istemesi olmuştur. Bunun üzerine de yaşlı mimar, kendi tercih ettiği koşullarda emekli olmuş ve danışman olarak evden çalışmaya başlamıştır.

Bunun aksine orta sınıfa mensup ulaşım koordinatörü, nişanlısının dairesinde kalp krizi geçirmiştir. Bu, geçirdiği ikinci kalp kriziydi. Buna rağmen önce, mide yanması yaşadığını sanmıştır. Ancak kız arkadaşı, ambulans çağırmakta ısrarcı davranmıştır. 53 yaşındaki siyahi ulaşım koordinatörüne yakınlarda bulunan iki hastaneden birini seçmesi söylenmiştir ancak bu hastanelerden hiçbiri anjiyoplasti için lisanslı değildi. Bu iki hastaneden biri, şehrin yoksullarına hizmet vermekteydi. 53 yaşındaki adam, diğerine yatırılmayı tercih etmiştir. Atardamarı tıkayan pıhtıyı parçalamak için ona, hastanede ilaç

* Atardamar tıkanıklıklarında by-pass yerine başvurulabilen atardamarı mekanik olarak genişletme tekniği. (y.h.n.)

verilmiştir. Ancak pıhtı yeniden oluşmuş ve 53 yaşındaki adam, anjiyoplasti için ertesi gün şehirdeki başka bir hastaneye sevk edilmişti. Ameliyatı yapacak olan doktor, gerekli müdahale ne kadar erken yapılırsa iyileşme süreci o kadar erken başlayacağından hastanın direkt olarak kendisine getirilmesinin daha iyi olacağını belirtmiştir.

Geçirdiği ilk kalp krizinden sonra spor ve beslenme düzenini değiştirme çabaları, gönülsüz olmanın yanı sıra başarısız da olmuştur. Çok sevdiği kızarmış tavuk ve domuz pirzolasından vazgeçmeye pek de istekli değildir. Tedavisini yöneten kardiyolog taşındıktan sonra doktora gitmeyi bırakmıştır çünkü yeni doktorunun personeli, ona kaba davranmaktaydı. Bu sefer beslenme düzenini iyileştirerek daha düzgün iyileşmeye çabalıyordu ancak nişanlısına göre yaşadıkları muhitte taze sebze ve balık bulmak çok zordu ve tam tahıl gibi bazı gıdaların beslenme düzenine ne gibi bir katkısı olacağı konusunda şüpheliydiler. Hâlâ özel günlerde gittiği favori balık lokantasında karides tava yemeye devam etmekteydi ancak ilaçlarını düzenli olarak almaktaydı. Kardiyak rehabilitasyon programı için şehir merkezine arabayla gitmek zorundaydı fakat park yeri bulamamasından dolayı araba yerine metroyla gitmeye başlamıştı. Sonrasında ise bir sağlık kulübüne katılmış ve iki yıl içinde emekli olmayı planlamıştır.

Bu grup içinde en zorlu deneyimi yaşayan, 59 yaşındaki kadın hizmetçidir. Kalp krizini gece, evindeyken geçirmiş ve kocasının ambulans çağırmasına müsaade etmeden önce tereddüt etmiştir. Hastaneye gitmesi için sağlık görevlileri tarafından ikna edilmesi gerekmiş ve kendisine hiçbir seçenek sunulmadan, yoksullara hizmet veren bir hastaneye götürülmüştür. Acil serviste hiçbir doktor tarafından muayene edilmeden iki saat geçirmiş ve nihayetinde kalp krizi geçirdiği doğrulandıktan sonra pıhtılaşmayı durdurmak için ilaç tedavisi uygulanmıştır. Ertesi gün, ikinci bir kalp krizi geçirmesi ihtimalini değerlendirmek ve anjiyografi için başka bir hastaneye sevk edilmiştir. Ancak ateşi çıkmıştır ve anjiyo ameliyatı olması, bu sebeple

engellenmiştir. Daha sonra kalbinde hasar bulunduğu ortaya çıkmıştır. Doktor randevularına gitmek için toplu taşıma kullanmak ve yaşadığı sağlık sigortası sorunlarıyla kendisi baş etmek zorundaydı. Bu, sorunu çözmek için sigorta şirketine birçok defa telefon etmek, mektup yazmak ve bizzat metro ile gitmek anlamına gelmekteydi. Beslenme düzenini değiştirmişti fakat sonradan bundan vazgeçmek durumunda kaldı çünkü kocası, beslenme alışkanlıklarını değiştirmeyi kabul etmiyordu ve o da kendisini tatlılarla şımartmaktan vazgeçemiyordu. Sigara içmeyi bırakmıştı. Yarı zamanlı çalışmak istiyordu ancak işvereni bunu kabul etmedi ve aradan fazla zaman geçmeden eskisi gibi tam zamanlı çalışmaya başlamıştı. Kocası, zatürree olduğu için haftalarca işsiz kalmıştı ve bu yüzden kendi işinden gelen para çok önemliydi. Bu süreçte kilo almaya başlamış, ilaç almasına rağmen kan basıncı ve kolesterol değerleri tehlikeli seviyelere ulaşmıştı. Doktoru, 59 yaşındaki kadının tam zamanlı bir hasta haline dönüştüğünü söylemiştir.

Bu vakaların her birinde sınıfsal konum, sağlık riskini çoğaltma ya da azaltma açısından belirleyici rol oynamıştır. Üç kalp hastasının iyileşme ihtimalleri, parçası oldukları toplumsal sınıfa göre iyi, orta ve düşük olarak sıralanabilmektedir. Ancak kalp krizi sonrasında hayatta kalabilme ihtimali yükseltmek ya da düşürmek, kalp krizine neden olma ihtimalini yükseltmek ya da düşürmek ile aynı değildir. *New York Times*'da yer alan bu hikâye, kalp krizinin öncesinden ziyade sonrasına odaklanmaktadır. Her ne olursa olsun bu makale, kalp krizi geçirdikten sonra hayatta kalma açısından sınıfsal konumun ne denli önemli olduğunu gözler önüne sermektedir. Kişinin alt-orta sınıf ya da işçi sınıfında olmasındansa üst-orta sınıfta olmasının sağlık açısından çok daha iyi olduğu aşikârdır.

66 yaşındaki mimar ve daha genç olan ama sınıfsal olarak daha altta yer alan diğer iki kişinin kalp krizi geçirmesine etki eden toplumsal davranışlar ve durumlar, bu üç insanın hikâyesini anlatan yazının bir parçası değildi. Ancak sınıfsal bağlamda nedensel çıkarımlar yapmayı mümkün kılan top-

lumsal ipuçları, metinde mevcuttur. Beyaz mimar, 65 yaşını geçmiş olmasına rağmen hâlâ tam zamanlı çalışmaya devam etmekteydi ve çalıştığı firma emekli olmasını talep edince tedirgin olmuştu. Bu, fazla kilolu olmasının ve spor yapmamasının yanı sıra başkalarının düşüncelerine önem vermeyen bir işkolik olduğunu da göstermektedir. 53 yaşındaki siyahi ulaşım koordinatörü spor yapmamış, kızartma yemekten vazgeçmemiş ve kardiyoloğunun personelini sevmediği için tedavi sonrası bakımına devam etmeyi bırakmıştır. 59 yaşındaki beyaz göçmen hizmetçi fazla kilolu ve sigara tiryakisi olmasının yanı sıra işvereninin zoruyla uzun saatler çalışmakta, şeker tüketmeyi sevmekte ve sağlıklı beslenme düzeni için kocasından destek görmemekteydi. Özellikle eğitim, gelir ve meslek gibi unsurlar tarafından belirlenen sınıf gibi toplumsal faktörler, makaleden de anlaşılabileceği üzere bu bireyler için birçok farklı şekilde sağlık riskine neden olabilmektedir. Ancak sınıfsal farklılıkların sağlık konusundaki nedensel rollerinin daha net kanıtlarla incelendiği bir sonraki bölümden önce ilk olarak, sınıfın sağlık açısından bu denli önemli olmasını sağlayan genel özellikleri ele alınacaktır.

Sınıf Yapısı ve Bileşenleri

Toplumsal sınıf, bir toplumda bulunan ve yaklaşık olarak benzer oranda zenginliğe, statüye ve güce sahip olan insanların oluşturduğu grup ya da kategorilerdir. Bu çeşitli sınıflar, baştan sona hiyerarşik bir düzene göre sınıflandırılmaktadır ve katmanlandırılmış bir toplumsal tabakalaşma sistemini oluşturmaktadır. Bu düzen, eşitsizlik üzerine kurulmuştur. En tepedeki sınıflar en güzel yaşam koşullarına, en kaliteli mallara ve hizmetlere sahipken en alttaki kesim, bunların hiçbirine sahip değildir. Toplumsal eşitsizliğin birçok bireyin günlük yaşamına olan etkisi, kişisel fırsatları ve yaşam deneyimlerini çok keskin bir şekilde belirlemesinden gelmektedir. Yoksulluk, sağlık da dahil olmak üzere hayatta başına iyi şeylerden ziyade kötü şeylerin gelmesi demektir. Ralf Dahrendorf (1990: 25) bu

durumu, 30 yıl önce şöyle açıklamıştır: "Yaşam olanakları, eşit bir şekilde dağılmamaktadır. Bütün erkeklerin, kadınların ve çocukların aynı haklara ve imkânlara sahip olduğu bir toplum bulunmamaktadır. Herkesin aynı statüye sahip olduğu bir toplum da bulunmamaktadır. Muhtemelen böyle bir durumun gerçeklemesi de olanaksızdır."

Sosyolojide sınıfın kavramsallaştırılmasının kökeni, genel olarak Marx ve Weber'in çalışmalarına dayanmaktadır. Hem Marx hem de Weber sanayileşmenin, kentleşmenin ve modernleşme sürecinin eskiden var olandan daha karmaşık bir toplumsal tabakalaşma yapısı oluşturduğunu gözlemlemiştir. Çok sayıdaki köylü nüfusun endüstriyel işgücü olarak şehirlere yerleşmesi ve orta sınıfın yükselişi, Avrupa'daki sınıfsal yapıyı kökünden değiştirmiştir. Bu değişim, 1780'lerde Büyük Britanya'da başlayan ve dünya tarihinde daha önce gerçekleşen tüm toplumsal ve ekonomik dönüşümlerden daha derin olan Sanayi Devrimi tarafından tetiklenmiştir. İşgücünde insan ve hayvan gücü olarak makinelerin kullanılması, üretimde muazzam bir artış yaşanmasına neden olmuştur. Bu da daha fazla makine, hammadde, ulaşım imkânı, daha etkili iletişim biçimleri, daha eğitimli işçiler ve daha uzmanlaşmış bir iş bölümü için olan talebi artırmıştır. Yeni ve daha iyi ürünler, makul fiyata imal edilip dağıtılmıştır. Böylelikle sanayileşme öncesinde mümkün olmayan çok çeşitli malların geniş kitlelere ulaşması, mümkün hale gelmiştir.

Avrupa'daki bu gelişmeler, beraberinde önemli toplumsal problemler de getirmiştir. 18. yüzyılın sonları ve 19. yüzyılın başlarında şehirler ve kasabalar, kent merkezlerinde iş bulmak için kırsal bölgeleri terk eden insanların bu kitlesel akınını göğüslemeye hazır değildi. Birçok ortaçağ kentinin büyük bir bölümü, genişleyerek kaotik kenar mahallelerine dönüşmüştür. Kırsal köylü nüfusu endüstriyel işçi sınıfına dönüşürken sefalet, yetersiz temizlik, uzun çalışma saatleri, düşük maaşlar ve kötü sağlık yaygın hale gelmiştir. 19. yüzyılın başlarındaki Avrupa ve Kuzey Amerika üzerine yaptığı yorumlarla tanınan Fransız

tarihçi ve sosyolog Alexis de Tocqueville, ([1835] 1958: 107), İngiltere'nin o dönemlerde yeni sanayileşen şehri Manchester'ı şöyle tanımlamıştır: "Bu pis sudan oluşan insan sanayisinin en büyük ırmağı, bütün dünyayı bereketlendirmek için dışarıya akmaktadır. Bu pis kanalizasyondan saf altın akmaktadır. İşte burada insanlık, gelişimini tamamlamış ve en acımasız haline erişmektedir. İşte burada medeniyet, mucizesini gerçekleştirerek medeni insanı neredeyse bir vahşiye dönüştürmektedir."

Artık insanlar küçük, kırsal yerlerde geniş bir akrabalık sistemi içinde yaşamamakta ve yaşamak için en çok neye ihtiyaçları varsa onu üretmekteydi. Ticaretin yükselişi, ortaçağ toplumunun geçim ekonomisini eritmiştir ve yeni toplumun ekonomik ve kültürel merkezi haline gelen kasabaları ortaya çıkarmıştır. Ekonomik zenginlik, refahın en temel unsuru olarak toprak sahibi olmanın yerini alırken orta sınıftaki bazı aileler, ticaret yoluyla refaha ulaşmıştır. Bu aileler, zenginlikleriyle ve evlilik yoluyla üst sınıfa geçmenin yollarını aramıştır. Zengin sanayiciler, toplumun en tepesinde bulunan aristokratların arasına katılmıştır. Orta sınıf, gözle görülür bir şekilde büyümüştür ve orta ile alt sınıf arasına konumlanan geniş çaplı bir işçi sınıfı ortaya çıkmıştır. Böylelikle Batı toplumu, kalıcı bir şekilde değişmiştir.

Sınıf Şeması

Marx, sanayileşme dönemindeki sınıf ilişkilerini incelerken burjuvazi (mal sahipleri ve yöneticiler) ve proletaryadan (işçiler) oluşan, iki sınıflı bir şema kullanmıştır. Weber ise *Ekonomi & Toplum*'da ([1922] 1978) dört sınıfa yer vermiştir: (1) büyük servetlerinden ya da yüksek tahsillerinden dolayı ayrıcalıklı olanların sınıfı, (2) daha az servete sahip fakat iyi eğitimli entelektüeller, teknik uzmanlar, beyaz yakalı çalışanlar ve kamu çalışanları, (3) alt-orta sınıf ve (4) işçi sınıfı. Bugün yaşasalar alt sınıfa mensup olacak imtiyazsız insanlar, o zamanlar işçi sınıfında yer alan çeşitli türden alt kademe işçiler olarak sınıflandırılmıştır (Ringer, 2004). Weber'in en iyi eğitimli

kişileri sosyal hiyerarşide en üst basamağa yerleştirmesi, 19. yüzyılın sonlarında ve 20. yüzyılın başlarında anavatanı Almanya'da yaygın olan tabakalaşma sisteminin bir yansımasıydı. O dönemin Almanya'sında eğitim düzeyindeki farklılıklar, toplumsal konum açısından çok belirleyiciydi. Üniversitede profesör olmak, sahip olunabilecek en prestijli konumlardan biriydi. Ancak güçlü ve varlıklı olan sanayi temelli seçkinler, Weber'in döneminde yükselişe geçmeye başlamıştı. Bu seçkin sınıf, yüksek tahsillilerden ve miras yoluyla varlıklı olanlardan oluşan geçmiş zamanın baskın sınıfının yerini almaktaydı (Ringer, 2004).

Üst, orta ve alt sınıftan oluşan üç sınıflı temel sınıf şeması da dahil birçok farklı sınıf modeli, sağlık sosyolojisinde kullanılmaktadır. Ancak analizlerinde daha fazla kesinlik isteyen ABD'deki sağlık sosyologları tarafından günümüzde çoğunlukla benimsenen şema, Weber'in sistemine benzemektedir ve beş sınıftan oluşan bir modeldir: (1) üst sınıf (son derece varlıklı üst düzey kurumsal yöneticiler ve uzmanlar), (2) üst-orta sınıf (varlıklı, iyi eğitimli uzmanlar ve üst düzey idareciler), (3) alt-orta sınıf (ofis ve satış çalışanları, küçük mağaza sahipleri, öğretmenler, hemşireler vb), (4) işçi sınıfı (nitelikli ve yarı nitelikli işçiler, alt kademe sekreterlik çalışanları) ve (5) alt sınıf (yarı nitelikli ve niteliksiz işçiler, işsizler).

İngiliz sosyolog John Goldthorpe (2007: 94) II. Dünya Savaşı'ndan sonraki bu yılları, yaşam standartlarının genel olarak iyileştiği ve sınıf eşitsizliklerinin azalmaya başladığı Batı ülkeleri için "patlama" yılları olarak tanımlamaktadır. Fakat 1970'lerin ortalarından itibaren maaşlardaki ve gelirlerdeki eşitsizliklerde, sınıf farklılıklarından kaynaklanan artış yaşanmıştır. Bu durum, zengin ve yoksul arasındaki gelir uçurumunun büyümesiyle sonuçlanmıştır (Piketty, 2014). Amerikan toplumundaki en zengin kesimin varlığının kaynağı sanayiden ekonomi, gayrimenkul ve bilgi teknolojisine kaymıştır. Bu grup, o kadar zenginleşmiştir ki nüfusun geri kalanının fersah fersah ötesine geçmiştir. Nüfusun yaklaşık %1'ini kapsayan gelir olarak en

tepede olanlar, 1980'den beri ortalama gelir seviyeleri aynı seyirde devam eden alt kesim ile kıyaslandığında varlıklarını üçe katlamıştır (Daniel vd, 2018). Para; yatırım, küresel pazar, yeni teknolojilerden kaynaklanan fırsatlardan ve kurumsal işletme basamaklarının en tepesindeki ultra üst düzey maaşlardan gelmiştir. Toplumsal sınıf basamaklarında üste doğru yaşanan hareketlilikten dolayı üst ve üst-orta sınıfların hacmi biraz genişlemiş ve alt sınıfın nüfusu artmıştır. Buna karşın işçi sınıfı nüfusu, üretim işlerindeki büyük kayıplarla azalmıştır. Goldthorpe'un (2007: 94) da daha önce gözlemlediği gibi (enflasyondan ve vergilerden sonra) gerçek kazançlarının azalması ve işsizlik riskinin artmasından dolayı asıl kaybedenler, bedensel işlerde çalışan nitelikli ücretli işçiler (mavi yakalılar) ve beyaz yakalılar olmuştur.

Tarih boyunca sınıf farklılıkları, ABD'ye kıyasla Birleşik Krallık'ta çok daha keskin olmuştur. Toplumsal sınıf üzerine çalışmak eşitsizliği, toplumsal bölünmeyi ve siyasi değişimi anlamak için güçlü bir analitik araç olarak önemli hale gelmiştir (Atkinson, 2015; Crompton, 2008). Will Atkinson'ın (2015: 183) da vurguladığı gibi sınıf kavramı, son 100 yılda yaşanan tüm değişimlere rağmen ortadan kalkmamıştır. Birleşik Krallık, sanayileşen ilk ülke olmuştur ve Birleşik Krallık'taki sınıfların ekonomik güç doğrultusunda katmanlaşması, uzun zamandır devam etmektedir. ABD'nin aksine Birleşik Krallık, soyu ortaçağa kadar dayanan kraliyet ailesine ve aristokrasiye sahiptir. Geleneksel serveti toprak sahibi olmaya dayanan aristokrasi, tarımın ekonomik avantajlarında yaşanan genel bir gerileme yüzünden 19. yüzyılın sonlarından itibaren iktidarını ve nüfuzunu kaybetmeye başlamıştır. Buna rağmen günümüzde Birleşik Krallık'ın en tepesinde çoğu asilzade olan varlıklı ailelerden oluşan küçük bir üst sınıf yer almaktadır. Bu ufak gruba ek olarak en tepede 1960'lardan beri ortaya çıkmakta olan, finansal ve hukuk hizmetlerindeki üst düzey uzmanlardan ve şirket yöneticilerinden oluşan yeni bir seçkin sınıf bulunmaktadır. Bu üst sınıfın altında sırasıyla uzmanlardan ve yöneticilerden oluşan

küçük bir üst-orta sınıf, beyaz yakalılardan oluşan kalabalık bir alt-orta sınıf ve çok kalabalık bir işçi sınıfı yer almaktadır. En dipte ise çoğu yoksulluk içinde ya da yoksulluk sınırında yaşayan alt sınıf bulunmaktadır.

Sınıfın İngiliz yaşamıyla ilgisi, Reid (1998: 365) tarafından uzun yıllar önce şöyle özetlenmiştir:

> Bana göre yaşamın başından beri kişinin sahip olduğu yaşam olanakları, doğumda hayatta kalma şansı, hastalığa yakalanma olasılığı, belirli bölgelerde yaşama ihtimali, belirli kalitede bir eğitimi alma olanağı ve belirli düzeyde bir gelir elde etme şansının toplumsal sınıf olarak adlandırdığımız toplumumuzdaki bölünmelerle son derece bağlantılı olduğunu gösteren çok sayıda ciddi kanıt bulunmaktadır. Öyle ki toplumumuzda sınıfsal farklılıklar tarafından nitelendirilmeyen çok az şey vardır.

Birleşik Krallık'ta günümüze kadar en sık kullanılan sınıf modeli, merkez hükümetin Nüfus Memurluğu Toplumsal Sınıf (RGSC) şemasıdır. Bu model ilk olarak, 1913 yılında Nüfus Memurluğu müdürlüğü görevini üstlenen T. H. C. Stevenson tarafından üretilmiştir. Stevenson bu modeli, bebek ölümlerine etki eden toplumsal faktörleri göstermek için kullanmıştır (Chandola, 2000; Crompton, 2008; Lahelma, 2016). Bu meslek temelli ve altı sınıflı model, şunlardan oluşmaktadır: (I) uzmanlar, (II) orta seviye (idari ve teknik) meslekler, (III [M]) nitelikli beyaz yakalılar, (III [M]) nitelikli mavi yakalılar, (IV) yarı nitelikli beyaz yakalılar ve (V) niteliksiz mavi yakalılar. Toplumsal sınıfları sadece mesleki nitelikler açısından sınıflandırmakla eleştirilen ve Erickson-Goldthorpe'un modeli ile Cambridge Ölçeği gibi diğer modellerin mevcut olmasına rağmen Nüfus Memurluğu modeli, yıllarca popülerliğini korumuştur. Bu modelin en güçlü yanı Birleşik Krallık'taki gelir, eğitim ve sağlık alanlarında gerçekleşen geniş kapsamlı eşitsizlikler ile olan ilişkisiydi (Crompton, 2008; Reid, 1998).

Ancak 2001'de hükümet, sınıfsal konumun resmi ölçümü için Ulusal İstatistik Ofisi Sosyoekonomik Tasnif (NS-SEC) mo-

deli adında yeni bir sistem benimsemiştir. Bu sistem, (özerklik ve iş güvenliği gibi) istihdam ilişkilerindeki ve (promosyon fırsatları ve iş planlaması gibi) çalışma koşullarındaki farklılıkları temel almaktaydı. İnsanların hangi toplumsal sınıfa mensup olduğu, mesleklerine ve iş sorumluluklarına göre belirlenmektedir (Bartley, 2017; Goldthorpe, 2016). Erickson-Goldthorpe modelini temel alan NS-SEC, mesleki becerileri göz önünde bulundurmamaktadır ve mavi yakalıları beyaz yakalılardan ayırmamaktadır. NS-SEC modelinin en yaygın kullanılan biçimi, 7 sınıflı modelidir: (1) üst düzey idareciler ve uzmanlık gerektiren meslekler, (2) alt düzey idareciler ve uzmanlık gerektiren meslekler, (3) (büro işleri, yönetimsel işler ve satış gibi) orta düzey meslekler, (4) küçük işverenler ve serbest meslek çalışanları, (5) alt kademe teknik meslekler, (6) orta derece iş güvencesi, düşük kariyer beklentisi ve sınırlı özerkliğe sahip meslekler ve (7) alt kademe iş güvencesine sahip, kariyer beklentisi olmayan ve yakından denetlenen meslekler (Bartley, 2017; Goldthorpe, 2016; Lahelma, 2016).

Avrupa Birliği üyesi olan ülkelerde sınıfsal konumu ve toplumsal eşitsizliği ölçmek için geliştirilen Avrupa Sosyoekonomik Tasnif (ESeC) modeli, 2008'de yaşanan yeni bir gelişmeydi (Rose ve Harrison, 2010). Birleşik Krallık'ın NS-SEC modeline dayanan ESeC, dokuz adet sınıf kategorisine sahiptir ve eski modellerle daha net karşılaştırmalar yapılabilmesini sağlamaktadır. ESeC'nin ilk üç kategorisi, temelde NS-SEC modeli ile aynıdır: (1) üst düzey idareciler ve uzmanlık gerektiren meslekler, (2) alt düzey idareciler ve uzmanlık gerektiren meslekler ve (3) (büro işleri, yönetimsel işler ve satış gibi) orta düzey meslekler. Fakat küçük işverenler sınıfı, (4) tarım dışındaki küçük işverenler ve (5) tarımda küçük işverenler olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Daha sonra bu sınıflandırma, yukarıdan aşağıya doğru şöyle ilerlemektedir: (6) alt kademe denetimciler ve teknisyenler, (7) alt kademe hizmet, satış ve büro işleri, (8) alt kademe teknik işler ve (9) günlük işler. Eric Harrison ve David Rose (2010: 41), şu sözlere yer vermektedir:

"ESeC, iş ilişkileri teorisine dayanmaktadır. Bu teori de mesleklerin içine yerleştirilmiştir. Dolayısıyla tam olarak doğru bir sınıflandırma, bir dizi emek piyasası değişkenlerini temel almaktadır. İşlevsel olarak ise toplumsal sınıf direksiyonunda meslek oturmaktadır."

Weber: Statü Grupları

Avrupa'da yapılan araştırmalarda bireyin sınıfsal konumunu genellikle mesleki statüsü belirlese de Amerikan sosyologlar, çoğunlukla Weber tarafından geliştirilen daha geniş bir tanımı kullanmaktadır. Weber (1946, [1922] 1978), sınıfsal farklılıkların temel kaynağının malların eşitsiz dağılımı olduğu konusunda Marx ile aynı fikirdeydi. Ancak Weber, toplumsal katmanlaşmanın nedeninin yalnızca zenginlikten ibaret olmadığını vurgulamıştır. Böylelikle, daha önce de belirttiği gibi sınıfsal farklılıkların oluşmasında rol oynayan diğer faktörleri de göz önünde bulundurmak için statü grupları fikrini geliştirmiştir. Statü grupları zenginlik, statü ve güç bağlamında benzerlik taşıyan ve bu açılardan birbiriyle bağlantılı olan insanlardan meydana gelen topluluklar olarak tanımlanmaktadır.

Zenginlik, kişinin sahip olduğu paraya ve mülke dayalı olarak belirlenen sosyal konumunun nesnel bir boyutudur. Statü ise kişinin diğer insanlar tarafından gördüğü saygının öznel bir boyutudur. Statü, kişinin toplumsal saygınlık seviyesini göstermektedir. Ancak bu, kişinin zenginliği ile her zaman örtüşmeyebilmektedir. Weber'e göre statü; kişinin yaşam tarzı, eğitim düzeyi ve mesleki statüsü ile ilgili yapılan yargılamalardan oluşmaktadır. Weber'in (1946: 187) de belirttiği üzere "statü normalde, belli bir sınıfa ait olmayı arzulayan herkesten beklenen spesifik bir yaşam tarzı olarak ifade edilmektedir". Yaşam tarzları insanların ne ürettiğinden ziyade ne tükettiğine dayanmaktadır. Dolayısıyla Weber'e göre toplumsal sınıflar arasındaki fark, Marx'ın savunduğu gibi sınıfların üretim araçlarıyla olan ilişkilerinde değil, tüketim araçlarıyla olan ilişkilerinde bulunmaktadır. Zenginlerin yoksullardan ciddi

derecede daha fazla ve daha kaliteli kaynakları tükettiği, su götürmez bir gerçektir.

Bir grubun ya da bir sınıfın parçası olmak ve bu grubun ya da sınıfın statüsünü paylaşmak, o gruba ya da sınıfa uygun düşen bir yaşam tarzıyla yaşamak anlamına gelmektedir. Weber'in (1958) erken dönem Kalvinistlerin Protestan etiğinin yayılması üzerine yaptığı incelemede de bulduğu gibi bir grubun sahip olduğu yaşam tarzının spesifik bir özelliği, diğer grupların sınırlarını ihlal edebilmekte ve hatta genel kültürün bir parçası haline gelebilmektedir. Zira her statü grubunun genellikle kendine özgü bir yaşam tarzı bulunmaktadır. Dolayısıyla toplumda benzer konuma sahip olan insanlar, benzer özellikleri paylaşmaktadırlar. Bu özellikler, kişilerin yaşam biçimlerine de yansımaktadır. Gücü ise Weber, diğerlerinin direnişiyle karşılaşsa bile kişinin isteğini gerçekleştirme konusundaki istenci olarak tanımlamıştır. Weber, statü bağlamında gücün ne anlama geldiği konusunda müphem ifadelerde bulunmaktaydı. Ancak çoğu sosyoloğa göre statü bağlamında gücün modern anlamı, kişinin sahip olduğu siyasi nüfuz miktarı ya da kişinin diğer kişilere emir verme yetkisidir. Güç, zenginlik ve statüden; statü, zenginlik ve güçten; zenginlik, güç ve statüden etkilenebilmektedir. Bu sebeple bu üç değişken de birbiriyle ilişkilidir.

Weber'in toplumsal tabakalaşma hakkında yapılan modern çalışmalar üzerindeki etkisi, kişinin toplumdaki konumunu belirlemek için Amerikan sosyolojisinde yaygın olarak kullanılan sosyoekonomik statü (SES) kavramında görülmektedir. Sosyoekonomik statü genel olarak gelir ölçümü, mesleki prestiji ve eğitim düzeyinden oluşmaktadır. Bu şemayı nicel çalışmalarda kullanmanın avantajı, bir bireyin ya da hane reisinin gelirinin, (mesleki prestiji sınıflandıran ölçeklerin kullanılmasıyla) mesleğinin ve eğitim aldığı sürenin sayılarla ifade edilebilmesidir. Bu da sosyoekonomik statünün bağımlı değişkenler üzerindeki etkilerinin istatistiksel olarak incelenmesinde kullanılabilmektedir. Şüphesiz ki bu ölçüm sonucunda ortaya çıkan sonuç ne kadar yüksek ise sınıfsal konum da o

kadar yüksek olmaktadır. Aynı şekilde ne kadar düşük ise sınıfsal konum da o kadar düşük olmaktadır.

Sağlık ve hastalık araştırmalarında gelir; satın alma gücünü, barınma kalitesini, beslenme düzenini ve alınan sağlık hizmetini yansıtmaktadır. Meslek, iş statüsünü ve işteki sorumluluk seviyesini, fiziksel aktiviteyi ve işle alakalı sağlık risklerini ölçmektedir. Eğitim ise kişinin olumlu toplumsal, psikolojik ve ekonomik kaynakları edinme becerisini göstermektedir (Winkelby vd, 1992: 816). Gelir ve mesleki statü elbette önemlidir. Ancak ABD'de yapılan çalışmalar, eğitimin sağlığı etkileyen en güçlü sosyoekonomik faktör olduğunu göstermektedir. (Andrews, Hill ve Cockerham, 2017; Clouston vd, 2015; Lawrence, 2017; Leopold ve Leopold, 2018; Margolis 2013; Mirowsky ve Ross, 2003a; Schnittker, 2004). Eğitim sağlıkla ilgili o kadar güçlü bir değişkendir ki Adriana Lleras-Muney (2005), eğitimin ölüm oranları üzerinde nedensel bir etkiye sahip olup olmadığını araştırmıştır. Lleras-Muney, 1925 ve 1939 yılları arasında ABD'nin yaklaşık 30 eyaletinde zorunlu eğitimin ve çocuk işçiliği yasasının çocukların okulda daha uzun kalmasını sağlamak için değiştirildiğini tespit etmiştir. Daha önceden bazı eyaletlerde, işe girecek olan çocukların okulu istedikleri zaman bırakmasına izin verilmekteydi. Fakat herkes için 4 ile 10 yıl arası eğitimi zorunlu kılan yeni yasa sayesinde işverenlerin çocukları bu süreden önce istihdam etmesi engellenmiştir. Lleras-Muney, eğer eğitim sağlıklı olmayı sağlıyorsa diğer eyaletlere göre daha uzun okumayı gerektiren eyaletlerde yaşayan insanların nispeten daha sağlıklı ve daha uzun ömürlü olması gerektiği varsayımında bulunmuştur.

1960, 1970 ve 1980'deki ABD nüfus sayımı verilerini kullanan Lleras-Muney, 1915 ve 1939 yılları arasında 14 yaşında olan kişileri yaş gruplarına ayırmıştır ve her bir grup için mevcut olan ölüm oranlarını hesaplamıştır. Daha sonra bu yaş gruplarını 14 yaşındayken doğdukları eyalette yürürlükte olan okula devam zorunluluğu ve iş kanunlarıyla eşleştirmiştir. Lleras-Muney (2005: 191), şu ifadeleri kullanmıştır: "Elde edilen sonuçlar,

eğitimin ölüm oranı üzerinde nedensel bir etkisinin olduğunu ve bu etkinin önceki araştırmaların belirttiğinden çok daha büyük olduğunu kanıtlamaktadır." Örneğin 1960'ta 35 yaşındaki bir kişinin ortalama yaşam süresi, yalnızca ekstra 1 yıllık eğitimle 1,7 yıla kadar uzamaktaydı. Lleras-Muney'e göre eğitim, bireylere eleştirel düşünme becerisini kazandırmaktadır. Bu da sağlığa olumlu bir etkide bulunmaktadır. Lleras-Muney, daha eğitimli insanların yeni tıbbi teknolojilere ve ilaçlara uyum sağlamasının büyük ihtimalle çok daha kolaylaşacağını belirtmektedir.

Isaac Sasson ve Mark Hayward (2019) tarafından daha yakın tarihte yapılan bir araştırma, ABD'de eğitim ve ortalama yaşam süresi arasında bulunan ilişki hakkında sahip olduğumuz bilgileri güncellemiştir. Bu araştırmaya göre 2010 ve 2017 yılları arasında 25 olan ortalama yaşam süresi, üniversite eğitimi almış kişilerde artış gösterirken 4 yıllık üniversite eğitimi almayan kişilerde düşüş göstermektedir. Bu son 7 yıllık dönemde yüksek eğitimli kişilerde ortalama yaşam süresi 0,58 yıllık bir artış gösterirken düşük eğitimli kişilerde bu oran, 0,18 yıl düşmüştür. Nüfusun ortalama yaşam süresinde en yüksek artışı gösteren kesim, ortalama yaşam süresi 1,70 yıl artan 4 yıllık üniversite mezunu siyahi kadınlardı. Lise eğitimi almamış siyahi kadınlarda da 0,36 yıllık bir yaşam süresi artışı görülmüştür. Tabii bu artış, üniversite mezunu siyahi kadınlara kıyasla çok daha azdır. Ortalama yaşam süresinden kaybedilen yıllar açısından yüksek ve düşük eğitimli gruplar arasındaki farkın açılmasının en büyük nedeninin özellikle Latin Amerika kökenli olmayan beyazlar olmak üzere lise eğitimi almamış kişilerde yaygın olarak görülen (opioid bağımlılığı* gibi) uyuşturucu kullanımından kaynaklı ölümlerdeki artış olduğu görülmektedir. Lise eğitimi almamış siyahi erkeklerde ise ölüm oranlarını en çok yükselten şeyin silah kaynaklı ölümler olduğu görülmektedir.

* Opioid, bedende morfin benzeri tesir gösteren kimyasal maddelerdir, opioid bağımlılığı ise kullanımı neticesinde çeşitli sorunlara yol açmasına rağmen kullanımının tekrarlanması ve bir dizi davranışsal, bilişsel ve fizyolojik belirtilerin oluşması demektir. (y.h.n.)

20. yüzyılın ortalarından günümüze kadar eğitim seviyeleri, ekonomik olarak gelişmiş tüm toplumlarda genişlemiştir. Örneğin Birleşik Krallık'ta 1960'larda nüfusun yaklaşık %9'u üniversite eğitimi almışken şu anda bu oran, %42'dir. ABD'de ise 1960'larda toplam nüfusta 4 yıllık lisans diplomasına sahip kişi oranı %4,6 iken günümüzde bu oran, %33,4'tür. Böylece günümüzde bütün sınıflardaki genç nüfus, geçmişe göre daha iyi bir eğitim almaktadır. Peki bu, sağlık alanındaki sınıfsal farklılıkların yok olduğu anlamına mı gelmektedir? Elbette hayır. Zira eğitime erişim bağlamında var olan sınıfsal farklılıklar, varlığını istikrarlı bir şekilde sürdürmektedir (Bloome, Dyer ve Zhou, 2018). Eğitimin genişlemesi, tüm sınıflarda yer alan çocukları kapsamaktadır ancak sınıfsal konum ve lise sonrası eğitim alma olasılığı arasındaki ilişkide İsveç ve belki de Hollanda ile Almanya hariç diğer tüm toplumlarda herhangi bir değişiklik yaşanmamıştır.

Dolayısıyla hemen hemen bütün ülkelerdeki üst ve üst-orta sınıf ailelerin çocuklarının üniversite düzeyinde eğitim alma olasılığı, hâlâ gözle görülür bir şekilde yüksektir. Buna karşın daha az imkâna sahip sınıflardan gelen çocukların üniversite eğitimini isteme ve edinme şansı daha düşüktür. Ancak Goldthorpe ve Breen'in de vurguladığı gibi 1970'lerden itibaren eğitimde çok büyük bir değişiklik yaşanmıştır. Eğitim almada kadına kıyasla erkeğe avantaj sağlayan toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, tamamen ortadan kalkmıştır. Hatta bazı gelişmiş toplumlarda kadınlar, erkeklerden daha eğitimli olmaktadır. Dolayısıyla eğitimin yaygınlaşması, daha az imkâna sahip ailelerden gelen çocukların ortalama eğitim seviyesi açısından daha imtiyazlı ailelerden gelen çocuklara yetişmesi anlamına gelmemektedir. Daha ziyade bu, hangi sınıfa mensup olursa olsun kız çocuklarının eğitim seviyesi bağlamında erkek çocuklarına yetişmesi anlamına gelmektedir.

Eğitimde istikrarlı bir şekilde devam eden sınıf farklılıkları, bu sınıfsal farklılıkların sağlıkta da sürdüğü anlamına gelmektedir. Yüksek eğitim seviyesine sahip insanlar genellikle iyi bir

sağlığa sahipken daha az eğitimli insanların sağlığı kötüdür. Dahası, başta üniversite mezunları olmak üzere iyi eğitim almış insanlar spor yapma, sigara içmeme, kararında içme ve sağlıklı beslenme gibi sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olmayı sağlayan konularda genellikle daha çok bilgilidir. Sağlık sorunları baş gösterdiğinde ise iyi bir önleyici bakım ve tıbbi tedavi almak gibi sağlıklı yaşam tarzının korunmasını sağlayacak davranışlar gösterme konusunda da bilinçlidirler. İyi eğitim almış insanların ayrıca yüksek ücretli ve kişisel olarak daha tatmin edici işlerde çalışıyor olma olasılığı daha yüksektir. Bu da onlara, yaşamları ve yaşama biçimleri üzerinde daha fazla kontrol sahibi olma olanağı sağlamaktadır.

John Mirowsky ve Catherine Ross'a (2003a) göre iyi bir eğitim ile başlayan tüm yollar, sağlığa çıkmaktadır ve lise sonrası eğitim ile sağlıklı olmak, adeta eşanlamlıdır. Üniversite eğitimi almış Amerikalı yetişkinlerin daha az eğitime sahip olanlara kıyasla her açıdan daha sağlıklı olduğunu gözlemlemişlerdir. Genel olarak Mirowsky ve Ross (2003a: 49), şu sonuca varmıştır: "Daha iyi eğitim almış kişiler daha sağlıklı hissetmektedir, ortak etkinlikler ve görevlerde daha az zorluk yaşamaktadır, daha sık zinde ve kuvvetli hissetmektedir, daha az sıklıkla ağrı, acı ve kırgınlık hissetmektedir, daha az endişeli ya da depresyonda hissetmektedir, tehlikeli ve elden ayaktan düşüren hastalıkları daha az deneyimlemektedir ve daha uzun yaşamaları beklenmektedir. Zaten büyük olasılıkla da daha uzun yaşayacaklardır."

Eğitim ve sağlık arasındaki ilişki, elbette güçlüdür ve hatta yaşam boyunca daha da güçlenmektedir. Bu da kümülatif bir etki yaratmaktadır. Daha az eğitimli kişilerin hastalanma olasılığı gittikçe artmaktadır ve daha iyi eğitimli kişilere kıyasla daha erken hayatlarını kaybetmektedirler (Lahelma, 2016; Quesnel-Vallée ve Jenkins, 2016; Sasson ve Hayward, 2019).

Kişinin toplumsal yapı içindeki konumunu belirlemede sosyoekonomik statünün yaygın olarak kullanılması, toplumsal yapıların analizinde tamamıyla Weberci bir yaklaşım kullanıldığı takdirde "sınıf" terimi yerine "statü grupları" te-

riminin tercih edilmesi anlamına gelmektedir. Weber ([1922] 1978) "sınıfları", statü değerlendirmesinden ayrı olarak sahip olunan mallar ve gelir fırsatları tarafından belirlenen benzer yaşam olanaklarına sahip insanlar bütünü olarak görmektedir. Fakat Weber'in statü grupları kavramı ne sosyolojik ne de sınıfsal konum tartışmalarında "toplumsal sınıf" teriminden daha üstün olmaktadır. Popüler kullanımında "sınıf" terimi, Weber'in kendisinin bunu yapmamasına rağmen statü ve güç kavramlarını kendi bünyesinde birleştirmektedir. Böylelikle Bourdieu'nun (1984) belirli yaşam tarzları ile bağdaştırılan prestiji, o yaşam tarzlarını destekleyen materyal koşullara dayandırmak için sınıf ile statüyü birbirini tamamlayıcı bir şekilde ilişkilendirdiğini görmekteyiz. Buradan hareketle David Swartz (1997: 45), şunları ifade etmektedir: "Statü grupları ve statü farklılıkları [aslında] sınıfların ve sınıf ayrımlarının kılık değiştirmiş halidir." Aslında akademisyenler tarafından Weber'in tam olarak kastettiği şeyin bu olmadığı öne sürülebilse de sınıf ve sosyoekonomik statü terimleri, birçok insan tarafından aynı şey olarak kabul edilmektedir.

Sınıfın Sonu mu?

Toplum zamanla değişerek geç modern biçimini alırken sınıfın modası geçmiş bir 19. yüzyıl kavramı olduğu öne sürülmektedir (Kingston, 2000). Yaşam tarzlarının sınıf sınırlarının ötesine yayılması, seri üretim sanayilerinin "sanayisizleşme" süreci ile çökmesiyle ortaya çıkan mesleki yapılardaki değişiklikler, çok sayıda kadının işgücüne dahil olması ve bireyselleşmenin günlük yaşamda artması, sınıfın öneminin azalmasının nedenleridir. Ancak bu gelişmelere rağmen sınıfsal konumun insanların hayatı ve sağlıkları üzerindeki etkisinin devam ettiğini gösteren çok güçlü kanıtlar vardır. Crompton'un (2008) da vurguladığı gibi sınıfı, modası geçmiş bir kavram olarak kenara atmak için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Atkinson'a (2015: 14) göre "sınıf kavramının en çetrefilli zamanları hemen hemen sona ermiştir." Ardı ardına yapılan çalışmalar, sınıfın hâlâ çok önemli olduğunun altını çizmektedir (Atkinson, 2015;

Crompton, 2008; Gest, 2016; Lareau, 2016; Lareau ve Conley, 2008; Marmot, 2004; Reid, 1998; Wysong, Perrucci ve Wright, 2014). Atkinson'ın (2015: 15) *Sınıf* [*Class*] kitabında da vurguladığı gibi "Sınıfsal eşitsizlikler ve farklılıklar, 21. yüzyılda düşüşe geçmemiş ya da ortadan kaybolmamıştır. Yalnızca biçimlerini değiştirmişlerdir. Geçmişe kıyasla çok farklı görünüyor olabilirler ancak sınıfsal yapılar, mücadeleler ve egemenlik biçimleri ısrarla varlığını sürdürmektedir."

Dolayısıyla ve aşağıda da tartışılacağı gibi sınıfın olumlu veya olumsuz olarak sağlığa, bağışıklığa, hastalıktan kaçınmaya ve erken ya da geç yaşta ölüme hâlâ güçlü şekilde etki etmesinin yanı sıra uzun ve sağlıklı ya da kısa ve hastalıklı bir hayatın en önemli toplumsal belirleyicisidir.

Toplumsal Sınıfın Ölüme Etkisi

Toplumsal sınıfın sağlığa olan nedensel bağlamdaki etkisi, Marmot ve meslektaşlarının (1984, 1991; Banks vd, 2006; Marmot, 2004, 2015) çığır açıcı araştırmasında yer alan güçlü kanıtlarla desteklenmektedir. Marmot vd, (1984, 1991), 1960'larda başlayan çalışmaları kapsamında 18.000 İngiliz erkek sivil idare personelinin ölüm oranını incelemiş ve uzun ömürlü bir yaşam için toplumsal sınıfın önemini gözler önüne sermiştir. Whitehall I olarak bilinen çalışmada insanlar, mesleki statülerine göre sınıflandırılmıştır. Kıdemli yöneticiler en üstte yer alırken onları, (bilim insanları, iktisatçılar ve istatistikçiler gibi) uzmanlar ve politikaları uygulayan idareciler; (evrak işlerini halleden) sekreterlik çalışanları ve (kuryeler, kapı görevlileri ve diğer niteliksiz mavi yakalılardan oluşan) diğerleri takip etmektedir. Marmot'un (2004: 40) deyimiyle kıdemli yöneticiler, çeşitli hükümet bakanlıklarını idare eden ve seçilen siyasetçilerle birlikte çalışıp politika üretmek için kabine bakanları atayan, "yüksekten uçan" kalıcı sekreterlerdi. Marmot'a göre bu kişiler, yüksek ihtimalle Oxford ya da Cambridge'den mezun olmuş, giriş sınavlarında çok başarılı olup devlet memurluğuna hızlı bir giriş yapmıştır. Marmot'a (2004: 40) göre bu insanlar, etliye sütlüye karışmadan en tepeye ulaşmaya çalışmaktaydı.

1960'ların sonuna doğru yapılan ilk Whitehall çalışmasında yaşları 40 ile 64 arasında değişen bu insanlar, sağlık pratikleri bağlamında incelenmiştir. Bundan 10 yıl sonra ise ölüm oranları bakımından yeniden incelenmişlerdir. Ölüm nedeni ne olursa olsun mesleki statüsü en yüksek olanların en düşük ölüm yüzdesine sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Mesleki statü düştükçe ölüm oranlarında yükselme görülmüştür. En düşük mesleki statüye sahip olanların en yüksek ölüm yüzdesine sahip olduğu belirtilmiştir.

Marmot (1996), devlet memurlarının ölüm oranlarındaki sınıfsal farklılık etkisinin o zamanlar ülkenin genelinde olduğu kadar büyük olmasının olası görülmediğini ifade etmektedir. Devlet memurlarının statüden bağımsız olarak nüfusun geri kalanından daha uzun yaşayacağı düşünülmekteydi çünkü işleri istikrarlıydı, onlar için güvence sağlıyordu ve kimyasal ya da fiziksel tehlike içermiyordu. Ancak Marmot (1996: 43), kendisinin ve meslektaşlarının "en üst statü ve an alt statüdeki devlet memurlarının ölüm oranları arasında neredeyse üç kat fark olduğunu ve bu farkın ulusal ölüm oranı verilerinde yer alan, en üst ve en alt sınıf ölüm oranları arasındaki farktan fazla olduğunu keşfetmelerinin" onları ziyadesiyle şaşırttığını belirtmektedir. Bir gözlemci (Epstein, 1998: 27), şu ifadeleri kullanmıştır:

> Whitehall çalışmasının o zamanlardaki belki de en şaşırtıcı bulgusu, en altta yer alanların yanı sıra toplumsal hiyerarşideki herkesin sosyal statünün etkilerine karşı savunmasız olmasıydı. Sosyal statüdeki en küçük değişiklik bile yaşam ve ölüm istatistiklerine yansımaktaydı. Örneğin devlet dairelerinde, politika tasarlamak için çalışan ve bu politikaları hayata geçirmek için strateji belirleyen "yöneticilerin" ölümcül kalp krizi geçirme olasılığı, çeşitli departmanlarda çalışan ve kendilerine yöneticiler tarafından dikte edilen politikaları uygulamakla mükellef olan "idarecilere" göre yarı yarıya azdı. İdarecilerin altında çalışan sekreterlerde ise ölümcül kalp krizi riski, yöneticilere kıyasla üç kat daha fazlaydı.
>
> Emir komuta zincirinde aşağıya doğru indikçe, kalp krizinden ölme riski istikrarlı olarak artmaktaydı. Sekreter yardımcıları ve bilgi işlem gibi yukarıda bahsi geçenler dışında kalan destek personeli için ise bu risk, yöneticilere kıyasla dört kat daha fazlaydı. Bu insanların

hepsi orta sınıfa mensuptu ama yine de hepsinin sağlığı ve ölümü, toplumsal sınıfın yarattığı etkiden nasibini almaktaydı. *Unhealthy Societies* [*Sağlıksız Toplumlar*] (1996) isimli kitabında Wilkinson, virüs ya da benzeri bir şeyin devlet memurlarının ölümünde mesleki hiyerarşi kadar etkisi olduğu gözlemlenirse Whitehall binalarının terk edilip kapatılacağını belirtmektedir.

Bu şablon, Whitehall 1 çalışmasından elde edilen veriler doğrultusundaki ölüm yüzdelerini gösteren tablo 4.1'de gösterilmektedir. Tablodaki verilere göre ölümlerin çoğu, kalp hastalıklarından kaynaklanmıştır. Kıdemli yöneticilerin %2,16'sı, kalp hastalığından ölmüştür ve "diğer" olarak adlandırılan ve en alt statüde yer alan meslek gruplarında ölüm oranları %6,59'u görecek şekilde en yüksektedir. Sonuçlar çeşitli kanser türleri, felç ve diğer kalp-damar hastalıkları, bronşit ve diğer solunum sistemi hastalıkları, kaza/şiddet, intihar ve diğer tüm ölüm nedenleri için aynıydı. Mesleki statü ne kadar yüksekse ölüm oranı, o kadar düşüktür. Aynı şekilde mesleki statü ne kadar düşükse ölüm oranı, o kadar yüksektir. Tablo 4.1, tüm ölüm oranları toplandığında ortalama ölüm yüzdesinin kıdemli yöneticilerde %4,73, ikinci kategoride yer alan uzmanlar ve idarecilerde %8,00, üçüncü kategoride yer alan sekreterlik çalışanlarında %11,67 ve en dipte yer alan diğer meslek gruplarında ise %15,64 olduğunu göstermektedir.

Marmot ve meslektaşları (1991), sonuçlarını kontrol etmek için bu sefer kadınların da dahil olduğu ikinci bir çalışma yapmış ve yine aynı sonuçlara ulaşmıştır. Birinci çalışmada olduğu gibi her bir meslek kategorisi, toplumsal hiyerarşide kendilerinin üstünde yer alan gruplara kıyasla daha yüksek ölüm oranına sahiptir. Marmot ve meslektaşlarının çarpıcı kanıtlarla ortaya koyduğu şey, toplumsal sınıfın hiyerarşiyi alttan üste etkisi altına almış olmasıdır. Marmot'a (1996: 48) göre "Devlet memurluğunun üst seviyelerinde yoksulluk yoktur. Ancak en üste yakın olanların sağlığı, en üsttekilere kıyasla daha kötüdür ve hiyerarşide aşağıya indikçe de bu, böyle devam etmektedir." Bu araştırmanın ilginç bir yanı ise toplumsal sınıfın yoksunluktan

ziyade hiyerarşideki farklılıklarla bağlantılı olmasıdır. Daha önce de vurgulandığı üzere bu insanların hepsi istikrarlı, güvenli ve tehlikesiz işlere sahipti. Çoğu Anglosakson olan bu insanlar, beyaz yakalıydı. Çoğu aynı koyu takım elbiseleri giyip saçlarını benzer şekilde kestirmekteydi ve neredeyse hepsi orta sınıfa mensuptu. Hepsinin İngiliz Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından ücretsiz olarak sunulan sağlık hizmetlerine erişimi vardı. Bütün bunlara rağmen elbette bazı farklılıklar vardı. Mesleki statüsü en yüksek olanlar diğer meslek gruplarındaki insanlara göre daha büyük evlere ve arabalara sahipti, daha az sigara tüketmekteydi ve kilo bakımından daha zayıftı. Ve tabii ki daha uzun yaşamaktaydılar.

Tablo 4.1 İngiliz sivil idare personelinin 10 yıllık (1969-1979) mesleki statü ve ölüm nedeni yüzdesi (1. Whitehall çalışması)

Ölüm nedeni	Kıdemli yöneticiler	Uzmanlar/ İdareciler	Sekreterlik çalışanları	Diğer
Akciğer kanseri	0,35	0,73	1,47	2,33
Diğer kanser türleri	1,26	1,70	2,16	2,23
Kalp hastalığı	2,16	3,58	4,90	6,59
Felç	0,13	0,49	0,64	0,58
Diğer kalp-damar hastalıkları	0,40	0,54	0,72	0,85
Kronik bronşit	0,00	0,08	0,43	0,65
Diğer solunum sistemi hastalıkları	0,21	0,22	0,52	0,87
Sindirim sistemi hastalıkları	0,00	0,13	0,20	0,45
Üriner sistem hastalıkları	0,09	0,09	0,07	0,24
Kazalar/şiddet	0,00	0,13	0,17	0,20
İntihar	0,11	0,14	0,15	0,25
Diğer ölümler	0,00	0,16	0,26	0,40
Tüm ölüm nedenleri	4,73	8,00	11,67	15,65

Kaynak: M. G. Marmot, M. J. Shipley ve Geoffrey Rose, 1984, "Inequalities in Death - Specific Explanations of a General Pattern", *Lancet* 83: 1004.

Toplumsal sınıfın ölüm oranlarına olan etkisi, Whitehall çalışmalarının ötesinde, toplumun geneline geçildiğinde de aynıdır. En düşük ölüm oranına sahip olan üst sınıfı, orta sınıf takip etmekte ve hiyerarşide en dibe inildiğinde ise en yüksek ölüm oranına sahip alt sınıf bulunmaktadır (Banks vd, 2006; Bouchard vd, 2015; Marmot, 2004, 2015). Mesele sadece toplumun en üstünde bulunan insanların ortalama olarak en diptekilerden daha fazla yaşaması değil. Ayrıca mesele, hiyerarşideki her bir sınıfın üstünde bulunan sınıfa göre daha kısa, altında bulunana göre daha uzun yaşamasıdır. Üst sınıflar ve alt sınıflar arasındaki farkın aşırılığı aşikârdır ancak toplumsal sınıfın gücünü esas gösteren şey, her biri varlıklı olsa da üst-orta sınıfa kıyasla üst sınıfın daha sağlıklı ve uzun bir yaşam sürdüğü gerçeğidir.

İlginçtir ki Whitehall çalışmalarında elde edilen sonuçlar, Jenny Tung ve meslektaşları (2012) tarafından Hint şebekleri üzerinde sosyal statü ile ilişkilendirilen fizyolojik değişiklikleri belirlemek için yapılan çalışmanın sonuçlarıyla tutarlıdır. 49 dişi Hint şebeği 4'erli ve 5'erli gruplara bölünmüş ve sosyal statüleri, gruba giriş sıralarına (yeni gelenler, grupta önceden olanların astı olmaktaydı) göre denetlenmiştir. Yüksek ve düşük statülü maymunların bağışıklık sistemini ve strese verilen tepkiyi düzenleyen glukokortikoide (bir hormon sınıfı) istinaden peşi sıra farklı düzeyde gen aktiviteleri gösterdiği görülmüştür. Kan örneklerindeki farklılıklar da sosyal statüleriyle %80 oranında örtüşmüştür. Sosyal statüsünde değişiklik olan maymunların gen aktivitesi de yeni sosyal statülerine kısa sürede uyum sağlamıştır. Tung ve diğerlerine (2012: 6491) göre "Bu sonuçlar, özellikle bağışıklık sisteminde olmak üzere toplumsal koşullara verilen moleküler tepkinin önemini ve sosyal çevreyi bireysel fizyolojiyle ilişkilendirmede gen düzenlenmesinin oynadığı anahtar rolü göstermektedir."

Whitehall çalışmaları önemlidir çünkü toplumsal hiyerarşideki konumun sağlığı olumlu ya da olumsuz şekilde etkilediğini göstermektedir. Bu durum, akut hastalıktan kronik hastalığa

doğru yaşanan geçişe ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesine rağmen varlığını sürdürmektedir. Bir sonraki adım, bunun arkasındaki toplumsal mekanizmaları belirlemektir. Aracı-konak-çevre epidemiyolojik üçgeni bağlamında Marmot, çevreye odaklanmaktadır. Marmot'a (2004: 33) göre toplumsal sınıfın kaynağı, farklı toplumsal gruplardaki insanların farklı sosyal ve ekonomik durumlara maruz kalmasıdır ve "toplumsal sınıfın oluşmasının sorumlusu, sosyal çevredeki bu farklılıklardır." Grupsal farklılıkların sağlık açısından bireysel farklılıklara ağır bastığı dile getirilmiştir ancak bu farklılıklar, sadece kişinin maddi durumundan kaynaklı olarak meydana gelmemektedir. Daha ziyade özsaygı, statü farklılıkları, işte öz-yönlendirme, kişinin çevresi üzerindeki kontrolü, sosyal sermaye ve sosyal destek gibi bir sürü faktör, toplumsal sınıfın meydana gelmesine katkıda bulunmaktadır. Bahsi geçen tüm bu değişkenlerin etkisi, toplumsal hiyerarşide aşağıya indikçe zayıflamaktadır. Whitehall çalışmaları açık bir şekilde göstermektedir ki alt sınıf; kötü sağlık davranışları, olumsuz sosyal çevre ve yüksek ölüm oranına işaret etmektedir (Bouchard vd, 2015).

Toplumsal sınıfı bilhassa çeşitli sağlık durumlarıyla olan ilişkisi bağlamında ele alan diğer çalışmalarda ABD ve İngiltere kıyaslaması bulunmaktadır. Bu karşılaştırmaya göre sağlık konusunda toplumsal sınıfın, İngilizlere kıyasla Amerikanlar arasında daha keskin bir belirleyici olduğu görülmüştür (Banks vd, 2006). Kanada'da sağlıksız olmak; gelir, kişinin hayatı üzerindeki kontrolü ve sosyal destek azlığı ile ilişkilendirilmektedir (Kosteniuk ve Dickinson, 2003). Birleşik Krallık'ta yapılan diğer araştırmalar ise obezite nedenleri arasında sınıfsal konumun olduğunu ortaya çıkarmıştır (Bissell vd, 2016). İsveç'te (Kjellsson, 2013) ve Latin Amerika'da (Vincens, Emmelin ve Stafström, 2018) yapılan çalışmalar, kişinin kendi sağlık durumunu algılamasında toplumsal sınıfın belirleyici olduğunu göstermektedir.

Sosyoekonomik faktörlere ek olarak toplumsal mekanizmaların sağlık ve ölüm bağlamında tam olarak hangi şekillerde

tetikleyici bir rolünün olduğunun daha net tespit edilmesi gerekmektedir. Elbette bu, toplumsal sınıfın varlığının ve sağlığa olan etkisinin tartışmaya açık olduğunu ifade etmemektedir. Neredeyse yapılan tüm çalışmalar, sağlık bağlamında sahip olunan avantajların ve dezavantajların sınıfsal konum tarafından sağlandığını kanıtlamaktadır. Alt sınıfa mensup tüm insanların diğerlerine kıyasla sağlığı istisnasız daha kötü ve yaşam süresi daha kısadır.

Birazdan başlayacak olan bölümde sınıfa sağlık ve hastalık bağlamında nedensel bir rol atfeden çalışmaları inceleyeceğiz.

Aradaki İlişkinin Kanıtı

Sağlık sosyolojisinde yıllardır yapılan çalışmalar, toplumsal faktörleri sağlık ve hastalıkla ilişkilendirmiştir (Annandale, 2014; Atkinson, 2015; Carr, 2019; Cockerham, 2017b; Collyer, 2012; Lahelma, 2016; Nettleton, 2020; Phelan ve Link, 2013). Link ve Phelan'ın (1995) yıllar önce, başkalarının da yakın zamanda (Daniel vd, 2018) vurguladığı gibi sağlığın en aşikâr ve güçlü belirleyicisi, sağlık ve sosyoekonomik statü arasındaki ilişkidir. Link ve Phelan, sağlık sosyologlarının ve bazı epidemiyologların sadece hastalığın toplumsal örüntülenişini tanımlamaktan uzaklaşarak bireyin hastalık durumundan kaynaklanmış olamayacak, toplumsal yapı kaynaklı sağlık riski faktörlerini belirlemeye doğru yöneldiğini belirtmiştir. O zamanlarda alıntı yaptıkları iki Amerikan çalışma, Lee Hamilton vd, (1990) ile Rudy Fenwick ve Mark Tausig (1994) tarafından yapılmış çalışmalardır. Hamilton ve meslektaşları, çalıştıkları fabrikaları kapatılmakta olan otomotiv işçilerinin sağlığı ile işsiz kalıp kalmayacakları belirsiz olan ya da fabrikalarının kapatılmayacağını bilen işçilerin sağlığını karşılaştırmıştır. İşlerini kaybeden işçiler arasında yer alan etnik azınlıklar ve düşük sosyoekonomik statülü insanlar, en olumsuz sağlık sonuçlarıyla karşı karşıya kalanlar olmuştur. Fabrikaları kapatan, işçilerin hastalıkları değildi. Aksine fabrikanın kapanması, işçileri hasta etmişti. Fenwick ve Tausig ayrıca işçiler arasındaki

işsizliği de incelemiştir. İşsizliğin işçilerin hastalığından değil, işçilerin hastalığının işsizlikten kaynaklandığını belirtmişlerdir. Peki işsizlik, nasıl hastalığa neden olabilir? Diğer bir ifadeyle toplumsal bir durum, nasıl biyolojik bir etki yaratabilir? Bunun cevabı stres, endişe, anksiyete, gelir kaybı, finansal güvencesizlik ve özsaygı yitimi gibi etkenlerin vücudu hastalığa karşı savunmasız bırakmasıdır.

Birinci Bölüm'de de tartışıldığı gibi Phelan vd, (2004), toplumsal hiyerarşinin alt katmanlarında olan insanlara kıyasla üst katmanlarında yer alan insanların sahip oldukları olanakları kullanarak önlenebilir ölüm nedenlerini başarılı bir şekilde bertaraf ettiğini gözler önüne sermiştir. Lutfey ve Freese (2005) de sosyoekonomik statüsü yüksek olan diyabet hastalarının düşük olanlara kıyasla nasıl kan şekeri değerlerini önemli derecede daha iyi seviyede tutabildiğini ve dolayısıyla hayatta kalma şanslarının daha çok olduğunu göstermiştir. Yapılan her çalışmada farklı sağlık sonuçları doğuran şey bir hastalık değil, sınıfsal konumdur.

Konu üzerine yapılmış bir başka çalışma, araştırmacı hekim Mehdi Shishehbor ve meslektaşları tarafından *JAMA*'da (2006) yayımlanmıştır. Ohio'daki Cleveland Kliniği'nde etraftaki bölgelerden neredeyse 25.000 hasta üzerinde yapılan bu çalışmada sosyoekonomik statü ile fonksiyonel kapasite, kalp hızı toparlanması ve tüm nedenlere bağlı ölüm arasındaki ilişki incelenmiştir. Sosyoekonomik statüsü düşük olan hastaların bedensel yetersizliğinin yüksek olanlara kıyasla çok daha fazla olduğu, yapılan yoğun bir egzersizi takiben kalp hızı toparlanmasının daha yavaş olduğu ve sadece kalp-damar hastalıklarında değil, nedeni ne olursa olsun ölüm oranının çok daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmanın ilginç bir yanı, sosyoekonomik durumu en düşük olan 3579 hasta ile en yüksek olan 3579 hastanın yaş, toplumsal cinsiyet, ırk ve sigara kullanma durumu açısından eşleşmesiydi. Bunun sonucunda araştırmacılar, sosyoekonomik statüsü en alt çeyrekte bulunan hastaların fonksiyonel kapasitesinin daha çok zarar

görmüş olduğunu, anormal kalp hızı toparlanmasına sahip olduklarını ve bunların ölüm oranlarını yükselttiğini belirtmiştir. Shishehbor vd, (2006: 790), sonuç olarak şu ifadeleri kullanmıştır: "Mevcut bulgular, sağlığı etkileyen faktörlerin belirlenmesi için bireylerin biyolojik niteliklerinin ötesine geçilip toplumsal ve ekonomik etkenlere bakılması gerektiği düşüncesini desteklemektedir."

Sağlık ve sınıf arasındaki ilişki, ne kadar kalıcıdır? Andreas Mielck ve meslektaşları (2000) tarafından önceki yıllarda Almanya'da yapılan karşılaştırmalı bir çalışma, bu konuda kayda değer kanıtlar sunmuştur. Mielck ve meslektaşları, sağlık eşitsizliklerinin farklı sınıfsal yapılara sahip iki farklı ülkeyken Doğu ve Batı Almanya arasında değişiklik gösterip göstermediğini ve sağlık eşitsizliklerinin toplumsal eşitsizliklerden kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirlemeye çalışmıştır. Mielck vd, (200: 262), şu ifadelerde bulunmuştur: "Doğu ve Batı Almanya'daki sağlık eşitsizliklerini karşılaştırmak çok ilgi çekici bir uğraştır çünkü iki ülke de çok uzun bir süre aynı tarihi ve kültürü paylaştıktan sonra 45 yıl boyunca çok farklı [komünist ve kapitalist] sosyoekonomik koşullar ve sağlık sistemleri deneyimlemiştir. Bu iki ülke şu anda tekrar aynı sistemin içine girmekte ve dolayısıyla birçok toplumsal sorun ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunların çoğu Doğu Almanya kaynaklıdır." Komünist olduktan sonra Doğu Almanya hükümeti, devlet sosyalizmi ideolojisini benimsemiş ve sınıfsal farklılıkları ortadan kaldırmaya yönelmiştir. Doğu Almanya, kendisini "sınıf gibi" bir toplum olarak görmüştür. Yani "sınıflardan oluşan" bir toplum değil, sınıf mücadelesinin ve sömürüsünün resmî olarak sonlandığı bir toplum olarak. Ancak Marksist bir aşama olan "sınıfsız" toplum seviyesine tam olarak erişilememiştir çünkü bazı sınıfsal ayrımlar, varlığını sürdürmeye devam etmiştir (Dennis, 1985).

Batı Almanya'nın 1991'deki çöküşünden birkaç yıl sonra yapılan bir çalışma, sınıf ayrımlarının kasıtlı olarak ayarlandığı bir toplum ile sınıfsal düzeni değiştirmek için hiçbir girişimin

yapılmadığı bir Batı toplumunu karşılaştırmıştır. Tüm Almanya'dan toplanan veriler, komünist Doğu Almanya ile kapitalist Batı Almanya arasında sağlık eşitsizlikleri kapsamında önemli farklılıklar olmadığını göstermiştir. Her iki ülkede de sosyoekonomik olarak üst katmanda yer alanların alt katmanlarda yer alanlara kıyasla daha sağlıklı olduğu ortaya çıkmıştır. Almanya'daki sosyal yardım sistemi, gelire bakılmaksızın daha iyi bir yaşam standardı sağlasa da sağlık kapsamındaki sınıfsal farklılıklar, günümüz Almanya'sında da aynı şekilde devam etmektedir (Leopold ve Leopold, 2018).

Ara Değişken Olarak Sağlık Hizmeti?

Toplumsal sınıf, sağlık ve ölüm açısından güçlü bir belirleyicidir. Dolayısıyla sınıfsal hiyerarşinin en altında yer alan insanların kaliteli sağlık hizmetine erişimi olması durumunda sahip oldukları dezavantajlı sağlıksal konumun değişeceğini düşünmek, mantıklı bir varsayımdır. Alınan sağlık hizmetinin kalitesini tüm toplumsal sınıflar için eşitlemek adına 1948'de, Birleşik Krallık'ta sosyalleştirilmiş sağlık hizmeti başlatılmıştır. Merkezi hükümet tarafından ülkenin sağlık hizmeti sistemini düzenlemek için Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) kurulmuştur. NHS, sağlık hizmetlerini nüfusun tümünün erişimine açık hale getirerek dünyadaki en eşitlikçi sağlık sistemlerinden birini kurmuştur. Alt sınıflar ile üst sınıfların sağlık hizmetlerine erişimi aynıydı ancak yaşam koşullarında herhangi bir değişiklik meydana gelmemişti ve para verip özel sağlık sigortası yaptıranlar, danışmanlara (uzmanlar) daha hızlı ulaşmakta ve özel hastanelerde tedavi görebilmekteydi.

Böylelikle alınan sağlık hizmetinin sağlık açısından var olan sınıfsal farklılıkları azaltabileceği ya da ortadan kaldırabileceği varsayımının yanlış olduğu kanıtlanmıştır. 1980'de yayımlanan Kara Rapor [*Black Report*], bu yanılgıyı ortadan kaldırmıştır. Kara Rapor'a göre genel olarak tüm ulusun sağlığında ve ortalama yaşam süresinde iyileşme olsa da üst ve alt sınıflar arasındaki uçurum sadece korunmakla kalmamış,

daha da büyümüştür. Alt sınıf, en yüksek hastalık, engellilik ve bebek ölüm oranlarına sahipken yaşam süresi olarak da en düşük ortalamaya sahipti. Diğer sınıflara kıyasla alt sınıf ayrıca, ana çocuk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerini en az kullanan sınıftı. Tıbbi tedavide eşitlik sağlanmış ve bunun akabinde bu hizmetler, yoksullar tarafından daha sık kullanılmıştır. Ancak bu hizmetlerin yoksullar tarafından kullanımı, hastalıkları önlemekten ziyade tedavi etmeye yönelikti. Kara Rapor'un sunduğu güçlü kanıtlar, kişinin sınıfsal hiyerarşideki konumu ne kadar düşükse sağlığının da o kadar kötü olacağını ve yaşam süresinin de bununla bağlantılı olarak kısalacağını ortaya koymuştur.

Mel Bartley ve meslektaşları David Blane ile George Davey Smith'in (1998: 564) de sonradan vurguladığı gibi bu sonuç, "bazılarına şok edici gelmiş ve bazıları ise buna inanamamıştı. Siyasi meselelerin rahatlıkla ifade edilip eşitlikçi şekilde çözülen, çok fazla kamu harcaması yapılan ve yoksullara aşırı şekilde cömert davranılan, 'her şeyin hiç olmadığı kadar iyi gittiği' Birleşik Krallık'ta böyle bir şey nasıl olabilirdi?" Diğer iki ulusal çalışma ile birlikte Kara Rapor, sağlık eşitsizliklerinin istatistiksel önyargı sonucunda meydana gelmediğini ve ondan bağımsız olarak var olduğunu göstermekteydi. Bu çalışmalardan biri olarak 1982'de yapılan Ulusal İstatistik Ofisi'nin Boylamsal Çalışması [*The Office for National Statistics' Longitudinal Study*], Birleşik Krallık'taki sağlık eşitsizliklerinin gittikçe daha da arttığını gözler önüne sermekteydi (Fox ve Goldblatt, 1982). 1990'da yapılan diğer çalışma ise 1946'da yapılan Ulusal Sağlık ve Kalkınma Çalışması [*National Study of Health and Development*] ile 1958'de yapılan ve sağlıksız çocukların üst sınıflara mensup olma ve daha iyi bir sosyal statüye sahip olma olasılıklarının çok düşük olduğunu öne süren Ulusal Çocuk Gelişimi Çalışması'nda [*National Child Development Study*] yer alan katılımcıların yeniden incelenmesidir (C. Power ve Matthews, 1997; C. Power, Matthews ve Manor, 1996).

Sally Macintyre (1997), Birleşik Krallık'ta sağlık açısından sınıfsal farklılıklar bağlamında Kara Rapor'un literatüre kattığı çok şey olduğunu ileri sürmüştür. Macintyre ayrıca, raporun bu konuda ne ilk ne de son sözü söylediğini vurgulamaktadır. Ona göre (1997: 723) "Bu rapora gelene kadar 140 yıllık bir süreye yayılmış, ölüm oranlarındaki sosyoekonomik farklılıkları araştıran ve bunu takiben yapılan birçok deneysel ve kavramsal çalışma bulunmaktadır." Kara Rapor, sınıfsal farklılıkların sağlık üzerindeki etkisinin devam etmesinin suçunu direkt olarak sosyoekonomik çevreye atmaktadır. Üst ve alt sınıf arasındaki uçurumun sebebinin sigara kullanımı, iş kazaları, aşırı kalabalık, kötü yaşam koşulları, aşırı derecede soğuğa maruz kalma ve rutubet gibi faktörler olduğunu belirtmektedir. 1990'da Kara Rapor'a yapılan bir güncelleme, aynı koşulların devam ettiğini göstermiştir. Genel olarak nüfusun ve alt sınıfın sağlığı iyileşmeye devam etse de ciddi sınıf ayrımları, varlığını korumuştur. Sonuç, (Whitehead, 1990: 351-2) şöyleydi:

1. Toplumsal konum mesleki statü ile de ölçülse, sahip olunan ev ve araba gibi mal varlıkları ile de ölçülse, çalışma durumu ile de ölçülse benzer bir görüntü ortaya çıkmaktadır. Toplumsal hiyerarşinin dibinde yer alanlar, üsttekilere göre çok daha fazla ölüm oranına sahiptir. Bu, doğumdan yetişkinliğe ve oradan da yaşlılığa kadar hayatın tüm evrelerini kapsamaktadır.
2. Bu yüksek ölüm oranlarının sebebi olarak yalnızca birkaç spesifik durum gösterilemez. Öldürücü hastalıkların (yaygın olmayanlar da dahil) hepsi artık zenginden ziyade fakiri etkilemektedir. Az tercih edilen meslek gruplarında çalışanların kronik hastalık geçirme olasılığı ve çocuklarının düşük doğum ağırlıklı ve kısa boylu olma olasılığı daha yüksektir.
3. İşsiz bireyler ile ailelerinin beden ve akıl sağlığı, çalışanlara kıyasla çok daha kötüdür. Yakın zamana kadar işsizliğin sağlık sorunlarına neden olduğuna dair net kanıtlar bu-

lunmamaktaydı. Artık ise işsizliğin akıl sağlığının kötüye gitmesine sebep olduğunu gösteren somut kanıtlar mevcuttur. Yeniden işe girme durumunda da akıl sağlığında iyileşme görülmektedir.

Şüphesiz ki alt sınıfların kaliteli sağlık hizmetine olan erişiminin iyileştirilmesi, birçok yoksul insanın daha sağlıklı olmasına yardımcı olmuştur. Ancak tek başına tıbbi tedavi, sağlık bağlamında Birleşik Krallık'taki sınıfsal ayrımı azaltmak için yeterli olmamıştır (Lewer vd, 2019). Bunun sebebi, farklı sınıfların yaşam koşullarının ve olumsuz sağlıksal yaşam tarzlarının verilen sağlık hizmeti gibi eşitlenememesidir. Yoksul insanlar, hekimler tarafından tedavi edildikten sonra kendi sosyal çevrelerine geri dönmektedir. Bu sosyal çevreler, rutubetli ve soğuk olmasının yanı sıra küflü ve bitlidir. Böyle yerlerde yaşayan insanlarda soğuk algınlığı, bronşit, cilt hastalıkları ve alerjiler gibi çeşitli rahatsızlıklar, yaygın olarak görülmektedir. Tüketmek durumunda oldukları besinler ise sağlıksız, taze meyve ve sebzeden yoksun, yağ oranı yüksek etler ve ucuz kızartmalardan ibarettir. Ayrıca bu insanlar, yeterli derecede egzersiz yapamamanın yanı sıra ya kendileri sigara ve alkol tüketmekte ya da yaşadıkları çevre itibarıyla pasif içicilik yapmakta veya sarhoşların sebep olduğu kazaların ve şiddetin olumsuz sonuçlarına katlanmak durumundadır. Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda, tıbbın insanların sağlığını iyileştirmesinin önü önemli ölçüde kesilmektedir.

Sonuç

Şüphesiz ki toplumsal sınıf, insanların hasta ve sağlıklı olmasında nedensel bir rol oynamaktadır. Bu durum, toplumların sınıflara ayrılmasından beri böyle devam etmektedir. Sağlığa olan etkisi bağlamında sınıfı arka planda kalan bir değişken olarak görmek, sınıfın gücünü görmezden gelmek demektir. Sınıf öyle güçlüdür ki bir yandan bir grup insanın sağlıklı ve uzun bir yaşam sürmesini sağlarken diğer yandan öteki bir

grup insanın sağlıklı ve uzun bir yaşam sürmesini baştan aşağı engellemektedir. Bu değişmez gerçek, toplumsal sınıfın sağlık ve uzun yaşam konusundaki belirleyiciliğinin kanıtlanmasıyla gözler önüne serilmektedir. Bir sonraki bölüm, toplumsal sınıf ve sağlık arasındaki ilişkiye getirilen çeşitli açıklamaları ele alacaktır.

Eleştirel Düşünme Soruları

1. Sınıfın ve sosyoekonomik statünün (SES) neden sağlığı, hastalığı ve uzun ömürlülüğü belirleyen en güçlü toplumsal faktörler olduğunu açıklayınız.
2. Sosyoekonomik statünün (SES) bileşenleri nelerdir? Hangi bileşen, ABD'de sağlığın en güçlü belirleyicisidir? Açıklayınız.
3. Avrupa'daki toplumsal sınıflandırma sistemi ABD'dekinden nasıl farklıdır?
4. Ölüm ile toplumsal sınıf arasındaki ilişkiyi açıklayınız.

İlave Okuma Önerileri

Lahelma, Eero, 2016, "Health and Social Stratification", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 71-96, Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Uluslararası bağlamda sağlık ve toplumsal sınıf arasındaki ilişkiyi genel hatlarıyla ele almaktadır. Sınıfın sağlığa olan etkilerini ve sağlık bağlamındaki sınıfsal farklılıklara getirilen açıklamaları incelemektedir.

Marmot, Michael, 2015, *The Health Gap*, New York: Bloomsbury Press.

Marmot, toplumsal sınıfın sağlık ve ortalama yaşam süresi üzerindeki önemli etkisini gösteren kanıtları tartışmaktadır. Toplumsal hiyerarşideki konumun kişinin ne kadar uzun yaşayacağını etkilediğini açıklamaktadır.

5
Sınıf ve Sağlık: Aradaki İlişkiyi Açıklamak

60 yılı aşkın süredir sağlık sosyolojisi, hastalığın toplumsal boyutunun haritasını çizmiştir ve bu haritada en göze çarpan etken, toplumsal sınıftır. Toplumsal hiyerarşinin en üstünde bulunanların sürekli olarak sağlıklı olması ve dibe indikçe sağlığın gitgide kötüleşmesi, sınıfı sağlığın, hastalığın ve ölümün "temel sebebi" yapmaktadır. Daha önce Link ve Phelan'ın (1995: 87; Phelan ve Link, 2013) temel sebep teorisi tarafından da vurgulandığı gibi toplumsal bir değişkenin hastalık ve ölümün temel bir sebebi olarak değerlendirilebilmesi için o değişkenin (1) birden fazla hastalığa etki etmesi, (2) bu hastalıklar için çeşitli riskler oluşturması, (3) zamanla yinelenmesi ve (4) hastalığa yol açacak tehlikenin önlenmesinde

ya da hastalığın olumsuz sonuçlarının minimuma indirgenmesinde rol oynayacak kaynaklara erişimi mümkün kılması gerekmektedir. Sınıf ya da sosyoekonomik statü, bu şartların her birini karşılamaktadır.

Sağlık, dünya çapında yaşanan toplumsal bir problemdir çünkü toplumlara eşit olarak dağılmamaktadır. Aynı şekilde topluma sağlık hizmeti sağlamak da küresel bir sorundur çünkü ABD'deki durumun da gözler önüne serdiği gibi maliyeti ve erişilebilirliği, tıbbi tedavi alınmasının önünü kesmektedir. Bu bölümde ABD'deki ve Birleşik Krallık'taki sağlık hizmeti sistemleri karşılaştırılacaktır. Bu sağlık hizmetlerinden biri ulusal sağlık sigortası sağlarken diğeri, sağlamamaktadır. Ancak bölümün esas odak noktası, sağlığın eşitsiz bir şekilde dağılımı ile sınıfın oluşturduğu çeşitli risklerdir çünkü bunlar, sağlık hizmeti almanın önüne geçmekte ve hizmet almada ayrımcılığa yol açmaktadır. Sunulan sağlık hizmetleri farklılık gösterse de sınıfın her iki ülkede de sağlık açısından benzer sonuçlar doğurduğunu göreceğiz.

Bu bölümde ayrıca şunlar da ele alınacaktır: stres ve kültür gibi sağlık sonuçlarının belirlenmesinde sınıfın bir iktidar olarak oynadığı belirleyici rol ile sınıfın sigara kullanımı gibi sağlık pratiklerine ve obezite gibi ölüme neden olan sağlık durumlarına yol açmadaki rolü. İnsanlar iradelerini kullanıp sağlıkları hakkında kendi kararlarını verebilmektedir ancak sınıfsal konum, bazılarına diğerlerinden daha fazla seçenek sunmaktadır. Bu da toplumsal yapının ve hiyerarşinin getirdiği kısıtlamaların önüne geçilmesini neredeyse imkânsız kılmaktadır. Bu bölüm, bahsi geçen bu süreç ile ilgili detaylar sunacaktır.

ABD'de Sınıf, Sağlık ve Tıbbi Tedavi

Dünyadaki diğer tüm ülkelerde olduğu gibi ABD'de de sınıf, sağlığın ve uzun ömürlülüğün en güçlü ve istikrarlı toplumsal belirleyicisidir. Örneğin ABD'de en yüksek ölüm oranına yüzdesine koroner arter hastalığına yakalanma oranı, toplum genelinde düşüşe geçmiştir. Ancak bu düşüş, en çok üst ve orta

sınıflarda gerçekleşmiştir. 60 yıl önce koroner arter hastalığı, (zengin beslenme düzeni, sigara kullanımı, yüksek maaşlı ama stresli işler gibi) refah yaşam biçimleriyle ilişkilendirilmekteydi. Fakat varlıklı insanların kalp hastalığı konusunda sahip olduğu bilgi arttıkça daha sağlıklı yaşam tarzı pratikleri edinmeye başlamış, düzenli olarak sağlık kontrolü biçiminde önleyici bakım yaptırmış, yüksek kan basıncını düşürmek ve düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol düzeylerini engellemek için ilaçlar kullanmıştır. Böylelikle kalp hastalıkları yaşlılık dönemlerine kadar ertelenmiş ya da bu hastalıklara yakalanma riski tamamıyla ortadan kaldırılmıştır. Koruyucu sağlık hizmeti, hiçbir zaman alt sınıflar tarafından talep gören bir şey olmamıştır. Zira alt sınıflar, doktora gitmek için gerçekten kötü hissedene kadar beklemektedir ve düzenli olarak tedavi oldukları, onların tıbbi geçmişine ve yaşam tarzına hâkim olan bir hekimleri yoktur. Daha ziyade alt sınıflar, hasta olduklarında acil servise gitmektedir ve görevde olan doktor kim ise ona muayene olmaktadır.

Yetişkinlik dönemine geçildiğinde fiziksel aktivitede yaşanan keskin düşüşün (Grzywacz ve Marks, 2001; Saint Onge ve Krueger, 2011) yanı sıra yüksek stres, yetersiz beslenme düzeni, elverişsiz barınma koşulları ile alkol ve sigara bağımlılığı gibi sınıfsal konuma bağlı diğer kalp hastalığı risk faktörlerinin alt sınıfta bulunduğu, yapılan çalışmalarda görülmektedir (Carpiano, Link ve Phelan, 2008; Link ve Phelan, 2000). Sonuç olarak, koroner arter hastalığının en çok yoksullarda görüldüğü ortaya çıkmaktadır.

Kalp hastalığının yanı sıra kronik ve bulaşıcı diğer hastalıkların miktarında da Amerikan toplumunda yaşanan düşüşün büyük bir kısmının üst ve orta sınıflarda gerçekleştiği görülmektedir. Zira bu hastalıklar, alt sınıfta yoğun olarak görülmektedir. Alt sınıf ayrıca akıl sağlığı konusunda da dezavantajlıdır. Birçok çalışmada ortaya çıkan başlıca bulgulardan biri, en şiddetli biçimi olan şizofreni de dahil akli dengesizlik oranının en yüksek olduğu grubun alt sınıf olduğudur (Coc-

kerham, 2017a). Ancak anksiyete ve duygudurum bozuklukları, alt sınıflar da bunlardan mustarip olsa da üst ve orta sınıflarda daha yaygın olarak görülmektedir. Akıl sağlığındaki farklılıkların genetikle mi yoksa alt sınıf yaşantısındaki yoksunlukla başa çıkmada yaşanan yoğun stresle mi ya da başka bir faktörle mi alakalı olduğu, bilinmemektedir. Yine de ister zihinsel ister bedensel olsun, bireyin sağlık sorunlarının en güçlü belirleyicisi sosyoekonomik faktörlerdir.

Dahası, tarihe bakıldığında alt sınıf, üstünde yer alan sınıfların erişimine sunulan kaliteli sağlık hizmetlerinden faydalanamamıştır çünkü bu hizmetlerin maliyetini karşılayacak ekonomik durumları ya da ABD'deki sağlık hizmeti sisteminde yer alan verilen hizmet karşılığındaki ücretlendirme şeklinden yararlanmak için gereken sağlık sigortaları bulunmamaktadır. Dolayısıyla yoksullar, dar gelirlilere verilen ücretsiz veya indirimli sağlık hizmetlerinden yararlanmış ya da ihtiyaçlarını karşılamak için eğitim hastanelerini kullanmıştır. 1950'lerden 1960'ların başına kadarki süreci kapsayan dönemdeki Amerikan sağlık sosyolojisi literatürü, yoksulların kaliteli sağlık hizmetine erişmede yaşadıkları sorunları belgelemiştir. Bu durum, 1965'te yürürlüğe giren iki devlet destekli sağlık sigortası programıyla değişmiştir: 65 yaş üzerindekiler için olan Medicare ve en düşük gelirliler için olan Medicaid. Hükümeti tıbbın dışında tutmak isteyen Amerikan Tıp Derneği'nin şiddetli itirazlarına rağmen yürürlüğe giren bu iki sağlık sigortası programı, sağlık politikasında bir dönüm noktası olmuştur ve federal hükümet, sağlık hizmetinde tarihte ilk defa baskın özne haline gelmiştir.

Medicare ve Medicaid, federal hükümetin sağlık hizmetine dahil olmasının öncülüğünü yapmanın yanı sıra yaşlılara ve yoksullara daha önce hiç sahip olmadıkları sağlık sigortası hizmetini de sunmuştur. Bunun öncesindeki dönemde üst sınıf, diğer toplumsal sınıflara kıyasla daha çok doktor ziyaretinde bulunmaktaydı. Bu konuda üst sınıfı, orta sınıflar takip etmekteydi. Alt sınıflar ise en az doktor ziyaretinde bulunanlardı. Bu

düzen, 1960'ların sonlarına gelindiğinde geçici olarak değişmiştir. Üst sınıf en az doktor ziyaretinde bulunan grup olurken orta sınıf, en çok ziyarette bulunan grup olmuştur. Ancak alt sınıf bu yeni sigorta programlarından yararlandıkça en çok doktor ziyareti yapan sınıf olarak orta sınıfın yerini almıştır. Bu düzen günümüzde de devam etmektedir. Bu değişim normaldir çünkü en kötü sağlık sorunlarıyla yüzleşmek durumunda olan sınıf, alt sınıftır. Fakat yapılan araştırmalar, alt sınıfın daha da çok doktor ziyaretinde bulunması gerektiğini göstermektedir çünkü birçoğu doktora gitmek için hâlâ sağlıklarının kötüleşmesini beklemektedir (Cockerham, 2017b). Bu bekleyişin bir kısmı, yoksul muhitlerdeki tedavi merkezi eksikliğinden kaynaklanmaktadır.

ABD'de sağlık hizmeti, alt sınıfın erişimine daha çok açılmış olsa da bu anlamda henüz bir eşitlik sağlanamamıştır. Nüfusun genelini kapsayan ulusal sağlık sigortasının olmadığı bir serbest piyasa sisteminde toplumsal olarak dezavantajlı olanlar tıbbi olarak da dezavantajlıdır. ABD'de iki yollu bir sağlık hizmeti sistemi mevcuttur: kamu ve özel. Kamu tarafı, Medicaid sağlık sigortası tarafından desteklenmektedir. Şehirlerdeki yoksullar genel olarak kamu (eyalet, ilçe ya da belediye) hastaneleri ve kliniklerine gitmektedir. Bu durum, henüz değişmemiştir. Bu tesisler maddi olarak yeteri kadar desteklenmemekte, kadrosu yetersiz ve hastalarla dolup taşmaktadır. Şehir içinde yoksulların ikamet ettiği bölge ve muhitlerde çok az hastane bulunmaktadır. Taşrada yaşayan yoksulların ise bütün bu sorunlara ek olarak, konumdan kaynaklı doktorlara ve hastanelere erişim sıkıntısı bulunmaktadır.

Erişim, yüksek maliyet ve alınan sağlık hizmetinin kalitesi gibi problemler sağlık sigortasına sahip olmayan yüksek orandaki Amerikalılar ile birleşince durum, bambaşka bir hal almaktadır. Tablo 5.1, 2017'de 18 ile 64 yaş arasındaki nüfusun %10,7'sinin sağlık sigortasının bulunmadığını belirtmektedir. Buna yerlilerin %26,9'u, Latin Amerika kökenlilerin %20,6'sı, Latin Amerika kökenli olmayan siyahilerin %14'ü, Latin Ameri-

ka kökenli olmayan beyazların ve Asyalı Amerikalıların %7,4'ü dahildir. Yerlilerin sadece %37,1'i ve Latin Amerika kökenlilerin sadece %45,1'inin özel sağlık sigortası bulunurken Latin Amerika kökenli olmayan beyazların %75,4'ünün, Asyalıların %73,4'ünün ve Latin Amerika kökenli olmayan siyahilerin %51,4'ünün özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Yoksulların tedavi masraflarını karşılayan Medicaid ile ilgili tablo 5,1'de yer alan verilere göre bu hizmetten yerlilerin %34,8'i, Latin Amerika kökenli olmayan siyahilerin %32,6'sı, Latin Amerika kökenlilerin %32,0'ı, Asyalıların %16,7'si ve Latin Amerika kökenli olmayan beyazların %13,5'i bundan faydalanmaktadır.

Tablo 5.1 2017'de ABD'de Latin Amerika kökenli 65 yaş altı sağlık sigortasına sahip olan insanlar

	Toplam Amerikalı %	Latin Amerika Kökenli Olmayan Beyazlar %	Latin Amerika Kökenli Olmayan Siyahiler %	Latin Amerika Kökenliler %	Asyalılar %	Yerliler %
Özel	65,7	75,4	51,4	45,1	73,4	37,1
Medicaid	20,0	13,5	32,6	32,0	16,7	34,8
Diğer	3,4	3,7	2,0	2,3	2,5	1,2
Sigortasız	10,7	7,4	14,0	20,6	7,4	26,9

Kaynak: Ulusal Sağlık İstatistik Merkezi 2018.

Sağlık sigortası olmayanlar genellikle düşük gelirli işlerde çalışıp yoksulluk sınırının altında yer alan insanlardan oluşmaktadır. Bu insanlara patronları tarafından sağlık sigortası sağlanmamaktadır. Bu ailelerin yıllık geliri, genel olarak 25.000 doların altında kalmaktadır. İkamet ettikleri eyalete göre bu gelir, Medicaid hizmeti alabilmeleri için çok fazla ya da kendileri ve aileleri için sağlık sigortası sağlamak için çok düşük olabilmektedir. Ayrıca Medicaid hizmetinden faydalanabilmek için kişinin Amerikan vatandaşı olması ya da ABD'de yasal olarak ikamet ediyor olması gerekmektedir. Yasadışı

göçmenlerin bu hizmetlerden faydalanmaya hakkı yoktur ve kendilerini ifşa etmemek için bu gibi hükümet destekli sağlık sigortalarına başvurmaktan çekinmektedirler. "Kurallara göre oynayan", vergilerini ödeyen ve dolayısıyla ekonomiye katkı sağlayan yoksulluk sınırı ve altındaki çalışanların bile bazılarının işverenleri, onlara sağlık sigortası sağlamamaktadır. Bu kişiler, sağlık hizmeti alabilmek için kendi ceplerinden ödeme yapmak durumundadır.

Bu durumu iyileştirmek için Hesaplı Sağlık Hizmetleri Yasası (ACA) 2010 yılında Kongre'den geçmiş ve Başkan Barak Obama'nın imzasıyla 2014 yılında tam olarak yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile yapılan önemli düzenlemeler şöyledir: (1) daha önceden var olan sağlık durumlarının sigorta vermemek için kullanılamaması, (2) tüm sağlık sigortası programlarının federal hükümet tarafından belirlenen minimum güvence ve hizmetleri sağlamak zorunda olması, (3) tekelliği engellemek ve rekabet sağlamak adına işverenleri tarafından sağlık sigortası yapılmayanların da dahil olduğu 65 yaş altındaki insanların makul fiyatlarda sağlık sigortası satın alabileceği eyalet sigorta borsalarının kurulması, (4) 50 ve daha fazla çalışanı olan işverenlerin çalışanlarına sağlık sigortası yapmaması durumunda cezalandırılması, (5) düşük gelirli kişilerin sağlık sigortası yaptırabilmesi için devlet ödeneği sağlanması, (6) Medicaid hizmetinin daha çok yoksul insanı kapsamasının sağlanması, (7) çocukların 26 yaşına kadar ebeveynlerinin sağlık sigortasını kullanabilmesi ve (8) son olarak da tartışmaya sebebiyet veren, çoğu Amerikalının yasa gereği sağlık sigortası satın alması zorunluluğudur. Son maddeye uymayanlar, vergi cezasıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu mevzuat ile birlikte 2019 yılında Amerikan nüfusunun %95'inin sağlık sigortasına sahip olacağı hesaplanmıştır. Ancak sonuç böyle olmamıştır ve 2019'a gelindiğinde ACA, eleştiri oklarının hedefi olmuştur.

"Obamacare" olarak bilinen bu sağlık reformuna hem Kongre'de hem de yürürlüğe girmesinden sonra şiddetli derecede

karşı çıkanlar olmuştur. Bu itirazlar, sigortasızlara sağlık sigortası sağlamanın tarihteki en büyük devlet bütçesi açığına sebep olmasına, Medicare için daha fazla vergi ödenmesine, Medicare'den faydalananların ödeyeceği ücretlerin artmasına ve sağlık sigortası yaptırmanın yasa gereği zorunlu hale getirilmesine karşı yapılmıştır. ABD'de yasal olarak ikamet etmenin bir gerekliliği olarak insanları ticari bir ürün almaya zorlamanın anayasaya aykırı olduğunu öne süren 62 eyalet, bir araya gelerek Amerikalıları sağlık sigortası satın almak zorunda bırakan yasaya dava açmıştır. Sonrasında federal hükümet buna, sağlık hizmeti piyasası da dahil eyaletler arası ticarette düzenleme ve yasaya uyulmadığı takdirde gelir vergisi cezası verme yetkisinin devlette olduğunu belirterek karşılık vermiştir. 2012'de ABD Yüksek Mahkemesi, bu yasaya uymama cezasının vergi niteliğinde olduğunu öne sürerek 5'e 4 oy üstünlüğü ile sağlık hizmeti reformunu anayasaya uygun bulmuştur. Ancak vergi cezasının Kongre tarafından 2018'de kaldırılması, ACA'nın anayasal meşrutiyetini yeniden tartışmaya açmıştır.

ACA'nın başarılarından biri, sağlık sigortası olmayan toplam kişi yüzdesinin 2015'te 9,1'e indirilmesi olmuştur. Bu, tarihteki en düşük sigortasız ABD vatandaşı yüzdesidir. Fakat 2016'da başkanlık seçimini kazanan Donald Trump, ACA'yı kaldırmaya ve yerine daha iyi bir program koymaya ant içmişti. 2017'deki ACA'yı kaldırma girişimi, Kongre'de başarısız olmuştur. Bundan bir sene sonra, sağlık sigortası yaptırmayanlara verilen vergi cezasını ortadan kaldıran Vergi Kesintileri ve İş Kanunu, Kongre'den geçmiştir. Böylelikle sağlık sigortası yaptırma zorunluluğu ortadan kalkmıştır. Özellikle %32 artış gösteren ayrıcalıklı sigorta paketleri olmak üzere ACA kapsamında yapılan sağlık sigortalarının maliyeti, 2017 ve 2018 yıllarında da artmaya devam etmiştir. Ancak fiyat artışları, eyaletlere göre değişiklik göstermiştir. Iowa'da %117 artış gösteren fiyatlar, Alaska'da %22 düşüş göstermiştir. Rhode Island'da yaşayan biri aylık 243 dolar öderken Wyoming'de yaşayan biri, aylık 860 dolar ödemekteydi.

20 eyalet, sağlık mevzuatının insanları sağlık sigortası satın almak zorunda bırakan kısmının yasanın geri kalanını anayasaya aykırı yapmadığı gerekçesiyle ACA'yı yürürlükten kaldıran federal hükümeti mahkemeye vermiştir. Texas'taki bir federal yargıç, bu itirazı haklı bulmuş ve bu kitap yayım sürecine girerken süreç tekrardan Yüksek Mahkeme'ye taşınmıştır. Bu süre zarfında 2018'de Cumhuriyetçiler Senato'daki hâkimiyetini sürdürürken Demokratlar, Temsilciler Meclisi'nin kontrolünü ele geçirmiştir. Bu sonuç, kongrede eylemsizliğe sebep olmuştur. Bu sırada Demokratlar, Trump'ın görevinden azledilmesi isteğiyle yargılanmasına karar verilmiş olmasına odaklanmaktaydı. Demokratlar, sağlık sigortası konusunda ikiye bölünmüş durumdadır. Bir grup ACA'yı desteklerken diğeri, özel sigortayı ortadan kaldırarak ve vergi yükünün büyük bir kısmını zenginlere yükleyerek federal hükümetin sağlık hizmeti kapsamında tekelleşmesini sağlayan "Herkes İçin Medicare" programını desteklemektedir. Cumhuriyetçiler ise bunların ikisine de karşı çıkmaktadır. Sürecin nasıl sonuçlanacağı 2020 seçiminin sonucuna bağlıdır.

Birleşik Krallık'ta Sınıf, Sağlık ve Sağlık Hizmeti

1851'de Birleşik Krallık'ta ilk defa yapılan Nüfus Memurluğu Meslek Analizi'nden [*Registrar-General's Occupational Analysis*] 21. yüzyıla kadar olan süreçte, sınıfsal farklılıkların ölüm oranlarına olan etkisi gözlemlenmektedir. Toplumsal sınıfın ölüm oranına olan olumsuz etkisi, istatistiki olarak tutulan ilk kayıtlardan beri aşikârdır. Yıllar geçtikçe nüfusun genelinde ortalama yaşam süresi bakımından iyileşmeler de olsa bu olumsuz etki hâlâ varlığını sürdürmektedir. Toplumsal sınıfın ölüm oranlarına etkisi hem bebekler hem çocuklar hem de yetişkinler bağlamında süregelmektedir. Bu etki yalnızca ölüm oranına yansıyan sınıfsal farklılıkları değil, ayrıca sakatlık ve hastalık oranlarına yansıyan sınıfsal farklılıkları da göstermektedir. Zira sınıfsal konum olarak üste çıktıkça sakatlıklar ve hastalıklarda azalma gözlemlenmektedir (Marmot, 2004,

2015). Kalp hastalığı, bu bağlamda 20. yüzyılın başlarında bir istisna oluşturmaktaydı çünkü mavi yakalılara kıyasla varlıklı insanların kalp ve damar hastalıklarına yakalanma yatkınlığı daha fazlaydı. ABD'de olduğu gibi 1970'lerin başına gelindiğinde bu durum, tersine dönmüştü. Kalp hastalıkları artık sınıfsal hiyerarşinin en altındakilerde çok daha yaygın olarak görülmekteydi. Dolayısıyla Birleşik Krallık'ta başlıca ölüm sebebi olarak akut hastalıklardan kronik hastalıklara doğru yaşanan epidemiyolojik geçişin, yoksulların içinde bulunduğu sağlıksal duruma herhangi bir olumlu etkisi olmamıştır. Kalp hastalıklarının alt sınıflara olan olumsuz etkisi, hiç olmadığı kadar artarak devam etmiştir.

Bu gelişme, yaşam koşullarındaki farklılıklar ve alkol kullanımı, sigara içmek, beslenme düzeni ve spor yapmak gibi sınıf bazlı yaşam tarzlarından oluşan toplumsal faktörlerden kaynaklanmaktaydı. Özellikle de üst sınıfların boş zamanlarında stressiz bir şekilde egzersiz yapabilmesi ve patronları tarafından dayatılan bedensel iş, zaman sınırı, kontenjan ve çalışma saatleri gibi koşulların olmaması da yaşanan bu gelişmenin başlıca sebeplerindendir. Bilhassa önleyici bakım olmak üzere varlıklı insanlar tarafından doktor hizmetlerinin daha makul kullanımı da ayrıca önemlidir. Sağlık hizmetlerinde eşitlik sağlaması bakımından Birleşik Krallık, sınıf ve sağlık çalışmaları açısından çok önemli bir ülkedir. Bir önceki bölümde de bahsedildiği gibi 1948'den beri Birleşik Krallık'ta alt sınıflara da üst sınıflar gibi sağlık hizmeti sağlamak adına kurulmuş olan ulusal sağlık hizmeti bulunmaktadır. Bu kapsamda sağlanan hizmet temelde ücretsiz olmakla birlikte maliyeti, vergi gelirlerinden ve ulusal sağlık sigortası kapsamında maaşlardan yapılan kesintilerinden karşılanmaktadır.

Kaliteli sağlık hizmetinin tüm sınıflara sağlanmasının genel olarak toplumun bütününün sağlığını iyileştireceği farz edilmişti. Zira yoksulluk, artık tıbbi tedavi almayı engelleyemeyecekti. Gerçekten de tüm sınıfların sağlığında iyileşme olmuştu. Ancak bir önceki bölümde de tartışıldığı gibi İngiliz halkı, 1980'de

yayımlanan Kara Rapor ile şaşkınlığa uğramıştı. Bu rapordaki verilere göre sınıflar arasında sağlık açısından bulunan uçurum, hâlâ devam etmekteydi. Ortalama yaşam süresinin yükselmesine rağmen sınıflar arasındaki uçurum, gittikçe açılmaktaydı (Annandale, 2014; Bury, 2005; Marmot, 2015; Nettleton, 2020; Popay ve Williams, 2009). Tüm sınıflarda sağlık iyileştirmeleri meydana gelmesine rağmen alt sınıfa kıyasla üst sınıfın ortalama yaşam süresi, geçmişe nazaran çok daha uzamıştır. Bir hükümet raporuna göre 10-15 yıllık bir süreçte (1977-81'den 1987-91'e kadar) en üst sınıflarda yer alan erkeklerin ortalama yaşam süresi, en alt sınıflarda yer alan insanlara göre bir yıl artmıştır. Herkese eşit sağlık hizmeti sağlanmasına rağmen üst sınıflarda yer alan kadınların ortalama yaşam süresi ise bu süreçte 1,3 yıl artış göstermiştir (Drever ve Whitehead, 1997). İngiltere ve Galler'de ortalama yaşam süresindeki artış 2010'dan beri yavaşlamış olsa da aradaki bu uçurum, özellikle kadınlarda olmak üzere günümüzde de devam etmektedir (Leon, Ajdanov ve Shkolnikov, 2019).

Daha kısa bir ortalama yaşam süresine sahip olmalarının yanı sıra alt sınıflarda bebek ölümleri, kronik rahatsızlıklar, hastalık yüzünden işe gidememe, obezite, egzersiz eksikliği ve sigara kullanımı daha sık görülmektedir. Sağlık sigortası kapsamında ABD, sınıflar arası eşitliği sağlamak adına çok çaba sarf etse de 60 yıldır bu eşitliği sağlamış olan Birleşik Krallık'ta sağlık ve ölüm oranları açısından mevcut olan sınıfsal farklılıklar, hâlâ varlığını sürdürmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimin Birleşik Krallık'ta ücretsiz hale getirilmesinin sınıfsal yapıya bakılmaksızın herkesin sağlığını iyileştireceği düşünülmüştür. Zira maddi durum, artık tedavi almanın önünde bir engel oluşturmayacaktı. Tüm sınıflar yapılan bu sağlıksal iyileştirmeden nasibini alsa da sınıfsal farklılıklar, ortadan kalkmamıştır. Sağlıksız yaşam koşullarının ve yaşam tarzlarının yarattığı olumsuz etkiler, sadece sağlık hizmeti ile ortadan kalkmamaktadır. Günümüzde İngiltere'deki üç erken ölümden biri, sosyoekonomik eşitsizlikten kaynaklanmaktadır (Lewer vd, 2019).

Stres

Sınıfsal konumun sağlık açısından nedensel bir role sahip olduğunun kanıtları, stres üzerine yapılan çalışmalarda da bulunmaktadır. Stres, endişe verici ya da külfetli durumlardan kaynaklı olarak bireyde korku ve kaygı hissine sebebiyet veren uyarıcılara verilen, yüksek bir zihin-beden reaksiyonudur. Kişi, strese neden olan bir etkeni algıladığında bundan doğan stres reaksiyonu, (kalp atış hızı, kan basıncı ve sindirim sistemi fonksiyonları gibi) otonom ve nöroendokrin adaptasyonlar gibi fizyolojik ya da duygusal uyarılmalar üretebilmektedir. Bu değişiklikler vücudun hastalıklara karşı direncini zamanla kırabilmekte, kişinin kolayca hastalanmasına sebep olabilmekte ve vücuda fizyolojik zarar verebilmektedir. Yapılan birçok çalışma, bireyin yaşamın toplumsal, psikolojik ve duygusal sıkıntılarıyla başa çıkamamasının ya da toplumsal bir duruma uygun bir şekilde tepki verememesinin kardiyovasküler komplikasyonlar, hipertansiyon, ülser, kas ağrısı, astım ve migren gibi fiziksel rahatsızlıklara yol açabildiğini göstermektedir (Pearlin ve Bierman, 2013; Siegrist, 2016).

Başlıca sosyal stres etkenleri, üçe ayrılmaktadır: yaşam olayları, kronik stres ve günlük koşuşturmadır (Aneshensel ve Avison, 2015; Avison ve Thomas, 2016; Pearlin, 1989; Pearlin ve Bierman, 2013; Thoits, 1995, 2010). Yaşam olayları araştırmaları, kişinin görece kısa bir süre zarfında yaşadığı (eş ölümü, boşanma, evlenme, işten çıkarılma, maddi durum değişiklikleri, taşınma ve tatile çıkma gibi) birden fazla olayın üst üste binerek stres dolu bir etki yaratması üzerine odaklanmaktadır. Yaşam olaylarının hepsi stresli olabilmektedir fakat olayın olumlu ya da olumsuz olması, meydana gelme hızı ve kişinin hayatına ne derece etki ettiği gibi değişkenlerin hepsi önem arz etmektedir. Yoksulluk gibi kronik stres etkenleri, uzun süre devam etmekte ve kişinin hayatında önemli değişiklikler ve düzenlemelere sebep olmaktadır. Buna karşın (trafik sıkışıklığı ve marketlerde uzun uzadıya sıra bekleme gibi) günlük koşuşturmalar ve küçük olaylar, küçük çaplı davranışsal dü-

zenlemeler ile geçiştirilebilmektedir. Olumsuz yaşam olayları ve kronik stres, her sınıftan insanın başına gelse de yaygın olarak toplumun alt kesiminde görülmektedir (Lantz vd, 2005; Pearlin ve Bierman, 2013; Thoits, 2010). Stresin toplumun geneline eşit olarak dağılmaması, bedensel ve psikolojik sağlık açısından eşitsizliğe neden olmaktadır. Sosyoekonomik statüsü düşük olan insanlar, bu eşitsizlikten nasibini en çok alanlar olmaktadır (Thoits, 2010).

Yapılan çeşitli çalışmalar, stresli yaşam olaylarının alt sınıfa önemli derecede olumsuz etki ettiğini kanıtlamaktadır. R. Jay Turner ve William Avison (2003), yaşam olaylarının sosyoekonomik statüsü düşük olan gençler üzerinde ne derecede stres yarattığını belirlemek amacıyla oluşturdukları yaşam olayları kontrol listesi kullanarak Miami, Florida'daki lise öğrencileri üzerinde bir çalışma yapmıştır. Turner ve Avison (2003: 501), çalışmada şu ifadelere yer verilmiştir: "Sunulan bulgular çok açık bir şekilde göstermektedir ki düşük sosyoekonomik statü, gençleri yüksek seviyede strese maruz kalma tehlikesiyle karşı karşıya getirmektedir." Akabinde Paula Lantz ve meslektaşları (2005), ülke çapında yaptıkları bir çalışmada yaşam olayları ve kronik stres kapsamında ciddi sosyoekonomik eşitsizliklerin olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ayrıca bu değişkenlerin bazılarının zamanla alt sınıfta yaşanacak yüksek ölüm oranı ve hastalıkların habercisi niteliğinde olduğu belirtilmiştir. Lantz vd, (2005: 285), çalışmayı şu ifadelerle sonlandırmıştır: "Öncelikle olumsuz yaşam olayları ve diğer stres etkenlerine maruz kalma durumu, sosyoekonomik konuma göre farklılık göstermektedir. Buna ek olarak bazı stres türleri ve yaşam olayları, genel olarak bedensel sağlığın nasıl olacağının birer göstergesi niteliğindedir."

Olumsuz yaşam olayları ve kronik stresе maruz kalmanın yanı sıra yapılan diğer araştırmalar, toplumun alt katmanlarındaki insanların yaşadıkları çevreden dolayı da strese girdiğini (Browning ve Cagney, 2003; Downey ve van Willigen, 2005; Geronimus vd, 2015; T. Hill, Ross ve Angel, 2005; Schmeer ve

Tarrence, 2018) ve hayat boyu yaşadıkları maddi olumsuzlukların da çok güçlü bir stres etkeni olduğunu göstermektedir (Angel vd, 2003; Kahn ve Pearlin, 2006). Örneğin sürekli devam eden yoksulluk, aralıklı olarak süregelen yoksulluğa kıyasla sağlığa çok daha etki etmektedir (McLeod, Nonnemaker ve Call, 2004). Sosyal statü ile yakından bağlantılı olan stres etkenleri arasında maddi zorluk ve ayrımcı pratiklerden mağdur olma gibi hayat boyunca süren ve tekrarlanan süreçler de vardır.

Alan Dolan'a (2007) göre Birleşik Krallık'taki en düşük gelirli olan ve en kötü yaşam koşullarına sahip insanlar, diğer insanların onlara karşı olan davranışları yüzünden stres ve kaygı içindedir. Sahip oldukları düşük statü, potansiyel iş fırsatlarını engellemekte ve sosyal yardım ajansları, sosyal hizmet görevlileri ve yüksek statülü insanlar tarafından kötü muamele görmelerine sebep olmaktadır. Bu çalışmada yer alan insanlar, yoksulluklarının yarattığı sonuçlarla ve diğer insanlar tarafından toplumsal olarak reddedilmeyle yüzleşmek zorunda kalmıştır. Dolan (2007: 726), şu ifadeleri kullanmaktadır: "Sadece değersiz ve dışlanmış hissetmekle kalmıyorlar, gerçekten de değersiz ve dışlanmış bir durumdalar." İçinde bulundukları kötü maddi durum, sağlıklı bir yaşam sürmelerini güçleştirmekte ve dolayısıyla strese maruz kalmalarını sağlamaktadır.

Leonard Pearlin ve meslektaşlarına (Pearlin ve Bierman, 2013; Pearlin vd, 2005) göre sağlıkla ilgili stres etkenlerine en çok maruz kalma ihtimali olanlar, imtiyazlı olmayan insanlardır. Pearlin vd, (2005), stres analizi yaparken yaşam seyrinin çok önemli olduğunu vurgulamaktadır. Çocukluk ve gençlik yıllarında sürekli olarak yaşanan stresli durumlar ya da zorluklar, ileriki yıllarda sağlık sorunları olarak ortaya çıkmaktadır. Pearlin vd, (2005: 208-9), bununla ilgili şu ifadelere yer vermektedir:

> Kronik stres ya da tekrarlayan stres etkenleri eve ekmek getirme, iş ve aile gibi sosyal alanlarda baş gösterdiğinde bunun sonuçları, çok daha sert olmaktadır ... Zira kurumsal alanlarda sahip olunan roller, toplumun geneli ve bireysel yükümlülükler açısından aşırı

> derecede önem arz etmektedir ve bu sebeple bu alanlarda yaşanan zorluklar, ağır sonuçlar doğurmaktadır ... Sürekli olarak kendini tekrar eden stres etkenlerinin allostatik yüklenmeye gittikçe artan bir biçimde yük bindirme olasılığı yüksektir. Bu, zorluklar ile taleplere tepki veren biyolojik fonksiyonlara ve dolayısıyla da organizmaya bindirilen yük anlamına gelmektedir.

Mirowsky ve Ross (2003a), "yapısal amplifikasyon" terimini kullanarak iyi eğitimli bireylerin yığınla avantaja ve eğitim düzeyi düşük kişilerin ise yığınla dezavantaja sahip olduğunu ve bunların da zamanla sağlığa olumlu ya da olumsuz yönde "art arda" etki ettiğine gönderme yapmaktadır. Yapısal amplifikasyonun kötü sağlığı nasıl dezavantajlılara yoğunlaştırdığını tanımlamaktadırlar. Bu, bir durumun verdiği zararı azaltan faktörlerin o durumdaki insanların yararı için yaygın olarak mevcut olmadığı durumlarda meydana gelmektedir. Art arda yaşanan olumsuz faktörler silsilesi, zararlı durumları bu durumlara sebep olan koşulların varlığı sayesinde her adımda daha da kötü bir hale getirmektedir.

Kişinin sahip olduğu sosyal ya da ekonomik olanaklar, stresle başa çıkmanın en önemli faktörlerindendir. Bu durumun yoksulların aleyhinde olduğu, aşikârdır. Zira alt sınıfın sahip olduğu olanaklar, maruz kaldıkları aşırı stresin gölgesinde kalmaktadır. Dahası olanak yoksunluğu, kadercilik ve güçsüzlük hissine sebep olmaktadır. Kadercilik, bir durumun sonuçlarının bireyin ötesinde olan dış güçler tarafından önceden belirlendiği inancını tanımlamaktadır. Bu dış güçlerin kader, talih ve şans gibi insan ötesi şeyler olduğu düşünülmektedir. Alt sınıftaki çoğu insanın üst sınıftakilere kıyasla çok daha kaderci olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur. Bu kadercilik algısı, yüksek seviyede psikolojik stres ile bağlantılıdır (Mirowsky ve Ross, 2003b). Alt sınıfa mensup insanlar, tekrar tekrar edindikleri deneyimler sayesinde kısıtlı olanakları olduğunu, ne kadar çaba sarf etseler de bunun önüne geçemeyeceklerini ve hayatlarını kendilerinden daha güçlü olan insanların ve öngörülemeyen güçlerin kontrol ettiğini anlamaktadır. Sürekli olarak yaşadık-

ları başarısızlıklar, düşük statülü insanlara yaptıkları eylemlerin genellikle başarılı sonuçlar getirmediğini göstermektedir. Bu farkındalık, bunaltıcı ve moral bozucu olmanın yanı sıra kişinin ümidini kırmakta ve yaşadığı sorunlarla başa çıkma yetisini zayıflatmaktadır. Bu da zamanla kişinin zihinsel ve fiziksel sağlık sorunlarına daha yatkın olmasına yol açmaktadır.

Sınıfsal yapıdaki daha üst katmanlara bakacak olursak, işçi ve alt orta sınıfların da zamanla sağlık sorunlarına yol açan kendi stres etkenleri bulunmaktadır. ABD'de yaşanan fabrika kapanmaları ve ekonomik gerileme, daha önce de vurgulandığı gibi işçilerin sağlığını hem fiziksel hem de zihinsel olarak olumsuz yönde etkilemiştir. Emeklilik yaşı yaklaşmış olup da işini kaybeden işçiler üzerinde yapılan bir araştırma, bu tarz bir olayın bu kişiler üzerinde çok büyük zarara neden olduğunu gözler önüne sermektedir. William Gallo ve meslektaşları (2006), kendi istekleri dışında işini kaybeden 50 yaş ve üzeri 582 kişi üzerinde ülke çapında yaptıkları araştırmada iş kaybının sağlık sorunlarıyla olan ilişkisini incelemiştir. Yaptıkları araştırmalar sonucunda Gallo ve diğerlerine göre bu gruptaki insanların felç geçirme ve kalp hastalıklarına yakalanma olasılığı (sigara ve içki bağımlılığı, depresyon, obezite, fiziksel işlev ve genel sağlık durumu göz önüne bulundurulduğunda bile), aynı grupta bulunan ancak bu olumsuz deneyimleri yaşamamış olan insanlara kıyasla iki kat daha fazladır. Emeklilik yaşı yaklaşmış olup da işini kaybeden insanları tedavi eden doktorlara, işini kaybetmenin kalp-damar sağlığı açısından büyük bir risk faktörü olduğunu vurgulamaktadırlar.

Alman sağlık sosyoloğu Johannes Siegrist (2016), stresin kalp hastalığı üzerindeki etkilerini mavi yakalıların yaşam kalitesi, iş yükü, iş güvencesi, stresle başa çıkma biçimleri, duygusal sıkıntılar ve uyku bozuklukları bağlamında incelemiştir. Bu çalışmada, işle alakalı stres etkenleriyle başa çıkamamanın sağlık sorunlarına neden olduğu ortaya çıkmıştır. Siegrist ayrıca çaba-ödül dengesizliği modeli adını verdiği, çok efor sarf edip (rekabetçilik, işe aşırı adanmışlık ve düşmanlık) karşılığında az

şey kazanmanın (düşük yükselme şansı ve kariyer tıkanması) yüksek kalp hastalığı riskiyle ilişkilendirildiğini belirtmektedir. Bu tarz "çıkmaz sokak" işlerin sebep olduğu olumsuz psikolojik etkilerin ve stresin, bazı insanlar için ölümcül olduğu ortaya çıkmıştır.

Sınıfsal olarak hiyerarşinin en üstünde olan ya da en üstüne yakın olan insanlar da strese maruz kalmaktadır ve bazıları bu stresi daha da fazla hissedebilmektedir çünkü omuzlarında olan sorumluluk yükü daha fazladır. Buna rağmen bu tarz insanlar kendilerini daha iyi hissetmeye, hayatlarının üzerinde daha fazla kontrole sahip olmaya, stres gibi sorunlarla başa çıkmak için daha fazla ve iyi olanaklara sahip olmaya ve destekleyici mikro ortamlarda yaşamaya meyilli olmaktadır. Bunların hepsi, bu insanların stresle başa çıkma kabiliyetini yükseltmektedir. Esas sıkıntı, stresin çok büyük olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Sosyal statüsü düşük insanlar, bundan en kötü etkilenenlerdir çünkü sahip oldukları olanaklar, stresle başa çıkmak için yeterli değildir. Dahası, maruz kaldıkları stresin hayatta kalmaları bağlamında yarattığı etki fazladır. Evdeki ve işteki çevreleri, üst sınıfların aksine stresle başa çıkmada genelde destekleyici değildir.

Kötü sağlığın toplumsal sebeplerine göre alt sınıftaki insanların sağlığı daha kötüdür çünkü yoksun yaşam koşulları yüzünden maruz kaldıkları stres ve sıkıntı daha fazladır. Stres literatüründeki toplumsal sebep tezinin çoğu akıl sağlığı çalışmalarında bulunsa da bunun bedensel sağlığa da uygulanabileceğini gösteren güçlü kanıtlar mevcuttur (Angel vd, 2003; Kahn ve Pearlin, 2006; Lantz vd, 2005; Siegrist ve Wahrendorf, 2016; Warren 2009). Pearlin vd, (2005: 206) sınıf-stres-sağlık ilişkisini, günümüzde hâlâ geçerliliğini koruyan mükemmel bir şekilde özetlemektedir:

> Statüyü sağlık ile ilişkilendiren durumlar arasında en göze çarpanı, ciddi stres etkenlerine maruz kalmadaki farklılıklardır. Bunlar, sosyal ve ekonomik hayatın yapı taşıdır. Bunu derken insanların yaşamlarının devamlılığını altüst etmede ve farklı zamanlarda yaşadıkları

> farklı olayları şekillendirmede anahtar rol oynayan ciddi zorluklar, talepler, çatışmalar ve hayal kırıklıklarından bahsetmekteyiz. Riskten kaçınma ve sağlık davranışı kavramları ekonomik stres, fabrikanın kapanmasından dolayı zaten sömürücü olan işi de kaybetmek, çok zahmetli bir bakıcılık rolüne sürüklenmek ya da ırk yüzünden haksız muamele görmek gibi sağlığa zarar veren stres etkenleri ile uyuşmamaktadır. Bunlar gibi zaruri durumlarda riskin belirginliği de yoktur, *amaçlı davranışlarla önlenme niteliği de* [italikler eklenmiştir].

Bir başka ifadeyle bazı stresler, bireyin kendi davranışında değişiklik yapmasıyla ortadan kalkmamaktadır. Zira bu stresler, bireyin kontrolü dışında olan sınıfsal durumlardan kaynaklanmaktadır. Sınıfsal hiyerarşi ile meydana gelen yaşam olayları ve stresler, insanları kendilerini zorla içinde buldukları şartlara karşı tepki vermeye zorlayan, stresli durumlara sebep olmaktadır. Bu durumlar, fiziksel ve zihinsel sağlığa olumsuz yönde etki edebilmektedir.

Gelir Eşitsizliği

Wilkinson'ın (1996; Wilkinson ve Pickett, 2006) Birleşik Krallık'ta yaptığı araştırmaya göre sağlık farklılıklarına sınıf bazlı olarak getirilen (ve tartışmaya yol açan) bir başka açıklama, gelir eşitsizliği ya da nispi gelir tezidir. Bu çalışmada Wilkinson, bireylerden ziyade toplumların sağlığına odaklanmaktadır. Bir kişinin diğerlerine kıyasla toplumsal hiyerarşideki konumunun nispi gelirler ile belirlenebileceğini ve farklı toplumsal konumlarda olmanın yarattığı psikososyal etkilerin sağlık sorunlarına yol açabileceğini öne sürmektedir. Wilkinson'a göre gelir düzeyleri daha eşit olduğunda yetersiz sosyal destek ağı, özgüvensiz olmak, depresyon, anksiyete, güvensizlik ve kontrolü kaybetme hissi azalacak ve sosyal uyum pekiştirilecektir.

Yüksek gelirlilere kıyasla düşük gelirli insanların sağlığının daha kötü ve aynı şekilde yaşam sürelerinin de daha kısa olduğu bilinen bir gerçek olsa da Wilkinson, toplumun mutlak refah düzeyinden ziyade toplumdaki nispi gelir düzeyinin sağlığa ve

ölüm oranına etki ettiğini öne sürmektedir. Yani sağlıkta ve ölüm oranında esas belirleyici olanın toplumun genel zenginlik düzeyi olmadığını, bu zenginliğin topluma nasıl dağıldığı olduğunu iddia etmektedir. En zengin olan ülkeler, en uzun ortalama yaşam süresine sahip olmayabilir. En sağlıklı olan ve ortalama yaşam süresinin en uzun olduğu ülkeler, gelir düzeylerinde en az fark olan ve toplam nüfusun çok küçük bir kısmının yoksulluk içinde olduğu ülkelerdir. Örneğin ABD gibi gelir düzeyleri arasında büyük farklılıklar olan bir ülkede ortalama yaşam süresi, gelirin daha eşit dağıldığı İsveç gibi ülkelere kıyasla daha düşüktür.

Ancak yapılan birçok çalışma, Wilkinson'ın ulaştığı sonuçları doğrulamamaktadır. Bunun böyle olmasının bir sebebi, azgelişmiş ülkelerden toplanan verilerin belirli bir şablon çerçevesinde tutarlı olmamasıdır. Bu tutarsızlık bilhassa, geçimlik tarım ekonomisine sahip ülkelerde görülmektedir. Bu ülkelerde nakit gelirin maddi ve psikososyal refahın sağlanmasıyla pek bir ilgisi yoktur. Birçok mal ve hizmet, bulunulan çevreden elde edilmektedir ve ticaret yöntemi olarak mal ve hizmetin parayla satın alınması yerine takas edilmesi daha yaygındır. Bu durum, nispi gelir teorisinin uygulanabilirliğini yalnızca gelişmiş ülkelerle sınırlamaktadır. Ancak kişi başına düşen milli gelirin yüksek olduğu ülkelerde yapılan araştırmalar da gelir eşitsizliği ve sağlık arasında ciddi bir bağlantı bulmayı başaramamıştır (Beckfield, 2004; Coburn, 2004; Eberstadt ve Satel, 2004; McLeod vd, 2004). Nispi gelir eşitsizliği tezini çürütmeye yönelik olan ve sayısı gittikçe artan bu bulgulara göre nispi gelir tezi ne azgelişmiş ne de gelişmiş ülkelere uygulanabilmektedir (Beckfield, 2004). Aynı şekilde nispi gelir tezinin ABD'ye uygulanması da mümkün değildir (McLeod vd, 2004).

Nispi gelir tezinin popülerliği, deneysel araştırmalardan ziyade sağlığın ve ortalama yaşam süresinin yükseltilmesinin zenginliği daha eşit şekilde dağıtacak bir biçimde toplumun yeniden yapılandırılmasıyla gerçekleşeceğini öne süren bir

mantığa dayanmaktadır. Dolayısıyla nispi gelir tezi, tutarlı verilere dayanan bilimsel bir hipotez olmaktan ziyade "veri arayışında olan bir öğreti" olmaktadır (Eberstadt ve Satel, 2004: 36). Elbette sağlık sosyologları, gelirin sağlık sonuçları doğurabileceğini ve nispi gelirdeki farklılıkların sağlıktaki farklılıklara yansıyabileceğini inkâr etmemektedir. Gelir ve yaşam koşullarındaki eşitlik konusunda dünyanın belki de en iyi ülkesi olan İsveç'te bile en kötü sağlığa ve en kısa ömre sahip olanlar alt sınıfa mensup olan insanlardır (Hemström, 2005; Kjellsson, 2013; Leopold, 2016). Finlandiyalı sağlık sosyoloğu Eero Lahelma'ya (2016: 90) göre sağlık açısından var olan sınıfsal eşitsizliklerin "görece eşitlikçi olan İskandinav sosyal devletlerinde bile diğer yerlerden daha az olmaması" çözülmesi çok zor bir bilmece gibidir. Gelir eşitsizliğini kötü sağlığın ana nedeni olarak değerlendirmek, sıkıntı yaratmaktadır. Zira gelir, toplumsal sınıf kapsamında sağlığı etkileyen faktörlerden sadece bir tanesidir (Coburn, 2004, 2009). Sağlığı etkileyen temel bir etken olan sınıf, bu etkiyi çok çeşitli şekillerde yaratmaktadır ve gelir eşitsizliği, bunlardan yalnızca bir tanesidir.

Kültür

Toplumsal sınıfın sağlık üzerinde yarattığı bir başka etki biçimi de kültürdür. Kültür; fikirler, normlar, alışkanlıklar, gelenekler gibi soyut şeylerin yanı sıra yemek, kıyafet, barınma, sanat, müzik ve otomobil gibi materyal nesnelerin oluşturulmasıyla nesilden nesile aktarılan yaşam biçimleridir. Dolayısıyla kültür, belirli bir grup insanın ve toplumun düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını temsil eden bir ortak anlayış bütünü anlamına gelmektedir. Bir toplumdaki insanlar tarafından paylaşılan bilgiler, inançlar, değerler, gelenekler ve davranışlar; o toplumun kültürünü yansıtmaktadır. İnsanlar başka kültürlerin etkisi altında kalabilse de bir parçası olmaktan en çok mutluluk duydukları kültür, kendi kültürleridir. Zira o kültür, içinde büyüdükleri aile ve toplum tarafından onlara miras bırakılmıştır. Dolayısıyla, genellikle bu kültüre ters düş-

meyecek şekilde yaşamaktadırlar. Bourdieu'nun (1984: 12) de dediği gibi "kültürden kaçış, mümkün değildir."

Şüphesiz ki kültür, sağlığın ve hastalığın toplum tarafından nasıl değerlendirileceğinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin ilkel toplumlar, hastalık nedenleri hakkında (şeytani ruhlar gibi) farklı düşüncelere sahipti. Fikirlerini bilimsel araştırmalarla oluşturan çağdaş toplumlarda ise durum farklıdır. Sınıf-kültür-sağlık ilişkisi, sınıftan ziyade kültürün sağlıkla daha yakından ilişkisi olduğunu ima etse de Bourdieu'ya (1984) göre sınıf ve kültür, birbiriyle bağlantılıdır. Sınıf ayrımı, kültürel pratikleri vurgulamaktadır. Zira sınıflar, kendilerine özgü olan kültürü yansıtmaktadır. Amerikan ve İngiliz toplumundaki üst ve alt sınıfların paylaştığı ortak bir ulusal popüler kültür bulunsa da kültürel pratiklerdeki sınıf bazlı ayrımlar o kadar büyüktür ki toplumun en üstüyle en altı birbirinden tamamen farklı kültürlere sahiptir. Bourdieu'ya (1984: 36) göre kültürel zevkler ve tercihler, kaçınılmaz farklılıkların nesnel bir teyidi niteliğindedir.

Sağlık sosyoloğu Stella Quah'a (2016) göre kültür, sağlık davranışları üzerindeki etkisi sebebiyle sağlık ile ilgili en önemli etkendir. Parsons'ın (1951) hasta rolü kavramı, ABD'de orta sınıfın sağlık hizmetleri ile olan etkileşimini en iyi açıklayan örnektir. Bu, uzmanlardan tıbbi destek almanın normatif olarak sınıf bazlı bir etkileşim olduğunu ifade etmektedir.

Ancak sağlık sosyolojisinde spesifik olarak kültür ya da kültür/sınıf arayüzü odaklı yapılan az sayıda çalışma vardır. Zira kültür üzerine yapılan çalışmalar, genellikle antropologlar tarafından yapılmaktadır. Yazar (Cockerham, 2006a, 2007a, 2009) tarafından erkeklerin ölüm oranı krizi üzerine Rusya'da yapılan ve ülkenin içki içme alışkanlıklarının kültürel kökenini sorgulayan bir çalışma, bu konuda bir istisna oluşturmaktadır. Bahsi geçen bu çalışmanın amacı, 1960'ların ortasında erkeklerin ortalama yaşam süresinde yaşanan düşüşün nedenlerini belirlemekti. 2009'a gelindiğinde Rusya'da ortalama erkek ömrü, iyileşme göstererek 62,9 yıla kadar yükselmiştir.

İyileşmeye rağmen bu sayı, 1965'tekinden 1,1 yıl daha azdı. Ortalama erkek ömrü, ancak 2012'ye gelindiğinde 1965'teki seviyeye ulaşabilmiştir. Bu konudaki en güncel bilginin edinildiği 2016'ya gelindiğinde ise ortalama erkek ömrü 66,5 yıl olmuştur. Yani aradan geçen 51 yıllık sürede sadece 2,5 yıllık bir artış yaşanmıştır. Buna karşın 2016 yılında ABD'deki erkeklerin ortalama yaşam süresi 76,2, Birleşik Krallık'takilerin ise 79,2 yıldır. Şüphesiz ki yaşlılık dönemine erişmeden Rus erkeklerin hayatını sonlandıran bir şey vardı.

Yazara göre yaşanan bu ölüm oranı krizinde belirleyici olan en önemli etken, (özellikle erkeklerin) sağlıksız yaşam tarzlarıdır. Bu araştırma, baskın olan erkek yaşam tarzının köylü ve işçi sınıfı kültürüne dayandığını göstermektedir. Tarihsel olarak bakıldığında Rus erkek tarım işçilerinin küfelik olana kadar içtiği ve bunun genellikle sarhoşluk ile sonuçlandığı görülmektedir. Bu aşırı içki tüketimi durumu bilhassa düğünlerde, partilerde, festivallerde ya da Rus Ortodoks Kilisesi tatillerinde olmak üzere genellikle sadece pazar günleri olmaktaydı (Shkolnikov ve Nemstov, 1997). Bu düzen, erkeklerin sanayi işçisi olmak amacıyla kentsel bölgelere göç etmesinden sonra da yaygınlaşarak devam etmeyi sürdürmüştür. En çok tercih edilen içki, votkaydı. Erkekler çok sık içki içmezdi ancak içtiklerinde alışkanlık sebebiyle çok ağır içerlerdi. Kararında içmek, pek yaygın değildi.

Ancak Sovyet döneminde din, bastırılmıştı ve aşırı içki tüketimi haftanın her günü hem kentsel hem de kırsal bölgelerde yapılan, yaygın bir şey haline dönüşmüştü. Böylelikle gruplar halinde ve kısa bir sürede çok miktarda votka tüketimi, yaygın olarak benimsenin bir içme alışkanlığı haline gelmişti (Shkolnikov ve Nemstov, 1997). İnsanlar, diledikleri kadar ya da stoklar bitene dek alkol tüketmekte özgürdü. Sarhoşluk, herhangi bir toplumsal damgalama ile ilişkilendirilmemekteydi. Yazara (Cockerham, 1999, 2000, 2007a, 2009) göre aşırı alkol tüketimi (kişi başına alkol tüketiminde dünya birincisi), bu yaşam tarzı pratiğinin normatif bir gerekliliğidir. Erkeklerin, çevresi ve ar-

kadaşları tarafından aşırı derecede votka tüketmesi beklenmekteydi. Bu pratik, sosyalleşme ve deneyim ile evrim geçirmiştir ve birçok Rus erkek tarafından tekrarlanan, yerleşik bir davranışa dönüşmüştür. Zamanla yenilenerek sonraki nesiller tarafından da sürdürülen bir pratik olup, kültürel bir norm halini almıştır. Dahası, sayıları çok fazla olan köylülerin komünizm adı altında kentlerdeki işçi sınıfına entegre edilmesi, bu içme tarzını tüm topluma yayılan bir işçi sınıfı kültürüne dönüştürmüştür.

Alkol ve sigara arasında halihazırda var olan ilişkinin yanı sıra endüstriyel alanlardaki erkeklerin %80'inin sigara içtiğini gösteren raporlar, sigara tüketimini de bu alışkanlığın ve düzenin bir parçası haline getirmektedir (Hurt, 1995). 1990'ların sonunda yapılan bir çalışma (McKee vd, 1998), sigara içmenin bölge ya da yaş fark etmeksizin ülkedeki tüm erkekler arasında yaygın olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaya göre 18-24 yaş aralığındaki erkeklerin %65'i, 25-34 yaş aralığındaki erkeklerin ise %73'ü sigara içmekteydi. 18-34 yaş aralığındaki kadınlarda ise bu oran %27'yken yaşlılarda yalnızca %5'tir. Kadınlarda sigara kullanımının yaygın olarak görüldüğü grup, çoğunlukla büyük şehirlerde yaşayanlardan ibaretti. İki cinsiyette de aşırı alkol tüketimi, sigara ile bağlantılıydı.

Sonuç olarak yaşanan ölüm oranı krizinin başlıca sebebi, görünüşe göre erkeklerde erken yaşta görülen kalp kriziydi. Bunu, alkole bağlı zehirlenmelerden ve kazalardan kaynaklanan ölümler takip etmekteydi. Ancak bu krizin esas nedenini tespit etmek için kalp-damar hastalıklarından ve alkole bağlı zehirlenmelerden kaynaklanan ölümlerin artmasının ardında yatan sebebi belirlemek gerekmektedir. Stres faktörleri de bu konuda önem arz etse de elde edilen veriler, erkeklerde yaşanan bu sorunların kaynağının içki alışkanlığı, sigara tiryakiliği, yağ oranı yüksek gıda tüketimi ve spor yapmamak gibi alışkanlıkları içeren olumsuz sağlıksal yaşam tarzları olduğunu göstermektedir. Kadınların içki ve sigara pratikleri, erkeklerin (kadınların değil) bahsi geçen davranışlarını olumlayan işçi sınıfı normlarıyla tutarlıdır.

Bütün bunlar düşünüldüğünde, ölüm oranı krizine işçi sınıfına mensup erkeklerin davranışsal eğilimleri tarafından üretilen baskın sağlıksal yaşam tarzı pratiklerinin neden olduğu söylenebilmektedir. Yani Bourdieu'nun (1984) deyimiyle habitus. İşçi sınıfı ve bu sınıftan gelip de toplumsal hiyerarşi basamaklarını tırmananlar, Sovyet toplumunda resmî olarak ayrıcalıklıydı. Sağlıksal yaşam tarzlarının başlıca toplumsal taşıyıcısı, işçi sınıfıydı. Tarihsel olarak bakıldığında işçi sınıfı, küfelik olana kadar içmek gibi ölüme sebebiyet verebilen zararlı davranışları, normatif pratikler olarak benimsemekteydi. Bunun sonucunda meydana gelen nedensellik zinciri; işçi sınıfı eğilimleri (üçüncül neden), sağlıksal yaşam tarzları (ikincil neden) ve erken ölüme yol açan kalp hastalıkları ile alkole bağlı rahatsızlıklardan (birincil neden) oluşmaktadır. Ancak esas sebep, işçi sınıfı eğilimlerinin belirli bir yaşam tarzına neden olması ve bu yaşam tarzının da yüksek ölüm oranına neden olmasıdır. Üçüncül faktör ortadan kaldırıldığında ikincil faktör de önemli ölçüde değişecektir ve böylece birincil faktörün de etkisi azalacaktır. Bir faktörün üçüncül olması, o faktörün bir ölüm nedeni olamayacağı anlamına gelmemektedir. Zira o faktör, kalp hastalıklarından erken ölüme uzanan yoldaki pratiklerin tetikleyicisi konumundadır.

Batı toplumunda olumlu sağlıksal yaşam tarzlarının yayılmasının öncüsü orta sınıfken (bilhassa üst-orta sınıf), Rusya'da durum böyle değildir. Peki, neden? Buna verilecek en iyi yanıt, Batı ülkelerinde bulunan büyük çaptaki orta sınıfın Rusya'da henüz olmamasıdır. (Beliaeva, 2000; Salwenniemi, 2016; Shankina, 2004). Rus sosyolog Liudmila Beliaeva'nın (2000) da gözlemlediği gibi yapılan piyasa reformları, nüfusun küçük bir bölümüne fayda sağlamış ve sadece o bölümün sosyal statüsünü iyileştirmiştir. Beliaeva (2000: 43), şu ifadelere yer vermektedir: "O yıllarda gelişmiş ülkelerdeki gibi toplumun çekirdeğini oluşturan, tam teşekküllü modern bir orta sınıfın kurulması mümkün değildi." Dolayısıyla toplumsal bir taşıyıcı olarak olumlu sağlıksal yaşam tarzlarını genel kültüre entegre

edecek bir orta sınıf, henüz ortaya çıkmamıştır (Cockerham, 2006a, 2007a, 2009). Buna rağmen toplumsal sınıfın sağlık açısından belirleyici bir faktör olduğunu görmekteyiz.

Rusya kadar olmasa da bir başka küfelik olana kadar içme kültürü, Birleşik Krallık'ta mevcuttur. Bu kültür, 30 yıl kadar önce şehirde bara giden genç yetişkinlerin toplu olarak zevkine içicilik yapmasıyla ortaya çıkmıştır (Hadfield, 2006; Rajput, Aziz ve Siddiqui, 2019). Birleşik Krallık'ta aşırı alkol tüketenler ve sarhoş olanlar, genellikle 25 yaş altındaki erkeklerden oluşmaktadır. En çok tercih edilen içki çoğunlukla bira olmasına rağmen şarap ve viski de tüketilen içkiler arasındadır. Modern toplumlar arasındaki en gelişmiş pub kültürü, Birleşik Krallık'tadır. Publar, birçok insan için bir sosyalleşme merkezidir (Hadfield, 2006). Genellikle erkeklerin doldurduğu birçok geleneksel pub kapanmaya başlasa da her iki cinsiyet için de (çeşitli yemekler ve oyunlar gibi) farklı sosyalleşme biçimlerini içeren yeni içki yerleri ortaya çıkmaktadır. 2005'te İngiliz hükümeti, Avrupa'daki gibi daha rahat bir içki kültürü sağlamak ve mekânların kapanmasına yakın körkütük sarhoş olmanın önüne geçmek adına pubların açık olma süresini 24 saate kadar uzatmıştır.

Pubları dolduranlar üst-orta sınıftan ziyade genellikle alt-orta ve işçi sınıfıdır. Elbette buna gelir düzeyi en düşük olanlar dahil değildir. İngiliz nüfusunun %80'inden fazlası alkol tüketmektedir. Ölçülü günlük içki tüketimi, genellikle içki tercihi şarap olan üst-orta sınıfta diğer sınıflara kıyasla daha sık görülmektedir. Alt sınıftakiler alkolü bir sosyalleşme aracı olarak kullanmamaktadır çünkü bu kültür, onların üstünde yer alan sınıflara aittir. Ancak üst sınıfın da içinde bulunduğu toplumsal hiyerarşinin en üstünde yer alan sınıflar, daha altlarda bulunan sınıflara kıyasla halka açık yerlerde daha az içki tüketmektedir. Pub gibi halka açık mekânlarda küfelik olana kadar içki içen grubu oluşturanlar, üst ve üst-orta sınıfların altındaki katmanda yer alan gençlerdir. İngiliz futbol taraftarları, sarhoşlukları ve magandalıkları ile Avrupa'da nam

salmıştır. 2018'de İngiltere'de, yetişkin bir birey başına haftada ortalama 9,1 litre alkol satılmıştır. Birleşik Krallık'ta kişi başına düşen alkol tüketimi; içki bağımlılığı, karaciğer sirozu ve alkole bağlı şiddet ile ilişkilendirilmektedir. Birleşik Krallık'taki alkol bağımlılığı oranı, Avrupa'daki en yüksek oranlardan biridir. Genç İngilizler arasında yaşanan her sekiz ölümden biri, bu içki kültüründen doğan alkol bağımlılığından kaynaklanmaktadır.

Sigara

Sınıfsal konumun sağlığa olan etkisinin başlıca göstergelerinden biri, sigara tüketimidir. Tütün tüketiminin sağlığa zararlı olduğu, herkes tarafından bilinen bir gerçektir. Sigarayı kalp hastalığı, damar tıkanıklığı, felç, akciğer ve diğer kanser türleri, amfizem ve diğer solunum sistemi hastalıkları ve karaciğer hastalığı gibi çeşitli sağlık sorunlarıyla ilişkilendiren çok güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Böylelikle sigara, en çok olumsuz sağlık sonuçları doğuran yaşam tarzı pratiği olmaktadır. Daha önce de bahsedildiği gibi her yıl ABD'de 480.000 insan, sigaraya bağlı sebeplerden hayatını kaybetmektedir.

Sigaranın vücuda verdiği zarar konusundaki farkındalığın artmasından dolayı Batı ülkelerinde sigara içen sayısında büyük bir azalma meydana gelmiş olsa da bazı insanlar, buna aldırış etmeden sigara içmeye devam etmeyi tercih etmektedir. Zira sigara içme tercihi, insanın kendi iradesiyle verdiği bir karardır. Yani sigara içmeye karar vermek, birey tarafından yapılan bir tercihtir. Ancak bu tercih, toplumsal yapıdan bağımsız olarak mı yapılmaktadır? Hayır. Sınıflar arasındaki farklılıklar sebebiyle toplumsal yapı, bu kararın verilmesinde rol oynamaktadır. Bu da sigara içme ya da içmeme kararının, tamamen bireye bağlı olmadığını göstermektedir. Örneğin ABD'deki Ulusal Sağlık İstatistik Merkezi'nin 2018 yılındaki raporuna göre lise mezunu olan yetişkinlerde sigara içme olasılığı, lisans ve lisansüstü mezunlarına kıyasla dört kat daha fazladır. İngiltere'de 2019'da yapılan Hane Halkı Araştırması'na göre günlük ve bedensel işlerde çalışan insanların %29'u sigara

içerken idari ve uzmanlık gerektiren işlerde çalışanların %7'si sigara içmektedir.

İnsanların sigara içmesini sağlayan toplumsal faktörler olumsuz sosyoekonomik koşullar, yoksunluk ve stresli durumlardır. Bir ya da iki ebeveynin birden sigara içtiği bir evde büyümek, eşin sigara içmesi ve sigara içen kişilerle düzenli olarak sosyalleşmek, sigara içmeye yol açan diğer toplumsal etkenlerdir. Bu durumların toplumsal hiyerarşide en altta bulunan sınıfta yaşanma olasılığı daha yüksektir. Elbette bazı varlıklı insanlar da yukarıda bahsedilen sebeplerin dışında kalan başka nedenlerden dolayı sigara içmektedir. Ancak stres, varlıklı olsun ya da olmasın herkes için başlıca sigara içme sebebidir. Varlıklı insanların bir kısmının sigara içmesi, bu davranışın üst sınıflardan ziyade genellikle alt sınıflarda görüldüğü gerçeğini değiştirmemektedir. Sigara kullanımı üzerine yapılan araştırmalarda vurgulandığı üzere alt sınıfa mensup olma ile sigara tiryakiliği arasında güçlü bir bağlantı olduğu, artık su götürmez bir gerçek halini almıştır (Ho ve Fenelon, 2015; Narcisse vd, 2009; Pampel, 2009). Fred Pampel ve Richard Rogers'ın (2004) ABD'de ülke çapında sigara üzerine yaptığı çalışmanın sonuçları, günümüz koşullarına hâlâ uygulanabilmektedir. Bu sonuçlara göre sigara kullanımı, imtiyazlı gruplara kıyasla ezilen gruplara çok daha büyük zarar vermektedir. Bunun başlıca sebebi; sigara kullanımının yanında alkol bağımlılığı, kötü beslenme, kısıtlı olanaklar ve bunlara benzer diğer faktörlerin üst üste binerek yoksulların sağlığını daha da kötüye götürmesidir.

Obezite

Kişinin geliri ne kadar düşükse obez olma ihtimali, o kadar yüksektir. Bu durum bilhassa ABD'deki siyahiler, siyahi kadınlar ve daha ufak çapta olmak kaydıyla Latin Amerika kökenliler için geçerlidir (Boardman vd, 2005; Carr ve Friedman, 2005; Dhurandhar, 2016; Robert ve Reither, 2004). Obez olmak, sağlıksız olmanın yanı sıra ayrıca bireyin toplumsal olarak

damgalanmasına da yol açmaktadır (Carr ve Friedman, 2005). Yani sağlık sorunlarına ek olarak kişinin toplumsal olarak değersizleşmesine, yalnızlaşmasına ve istihdam ile kişisel ilişkiler bakımından ayrımcılığa uğramasına neden olmaktadır. Genetik gibi obeziteye sebebiyet veren faktörler, çeşitli ve karmaşık olsa da bir kez daha sınıfsal konumun bireyin sağlığının ne kadar olumsuz yönde etkileneceği hususunda belirleyici olduğu, görülmektedir. Zira toplumsal hiyerarşinin en üstünde bulunanlar bundan en az etkilenenler olurken en altında bulunanlar, en çok etkilenen olmaktadır. Kanadalı araştırmacı Treena Delormier ve meslektaşları (2009), bireylerin beslenme davranışlarına odaklanan araştırmaların bireylerin davranışlarının parçası oldukları grubun kendisi tarafından şekillendirildiği gerçeğini göz ardı ettiğini öne sürmektedir. Zira grupların kendilerine özgü beslenme düzenlerinin en iyi şekilde anlaşılması için, bunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

İngiliz coğrafyacı Steven Cummins ve sağlık sosyoloğu Sally Macintyre (2006), alt sınıfa mensup insanlardaki obezitenin birçok Batı ülkesinde kötü beslenme düzeni ile ilişkilendirildiğini belirtmektedir. Obezite oranı en yüksek olan gruplar; genellikle kadınlardan ve etnik azınlıklardan oluşan en düşük gelirliler ve eğitimsizlerden müteşekkildir. Cummins ve Macintyre'a göre bazıları için durum, bir paradoks oluşturmaktadır. Zira birbirinin zıttı gibi duran açlık ve obezite, aynı toplumsal sınıfta yan yana varlığını sürdürmektedir. Cummins ve Macintyre bu paradoksu, enerjisi yoğun gıdaların görece ucuz olması, yüksek enerjili gıdaların şekerin ve yağın sağladığı güzel tat ile ilişkilendirilmesi ve düşük gelirin meyve ve sebze tüketimini engellemesiyle açıklamaktadır. Bunların hepsi, alt sınıfın besin tüketim biçimini oluşturmaktadır.

Barry Glassner'a (2007) göre yoksul Amerikalılar, orantısız bir biçimde kiloludur çünkü yıllar geçtikçe hem obezite oranları hem de yaşadıkları ekonomik zorluklar ve güvensizlikler artmaktadır. Bu durumdan kaynaklanan yüksek düzeydeki stres, vücudun daha az büyüme hormonu üretmesine neden

olmaktadır. Bu da vücuttaki yağı artırmakta ve metabolizmayı yavaşlatmaktadır. Bunun sonucunda kişinin çörek, çikolata ve dondurma gibi insanı iyi hissettiren besinlere duyduğu arzu artmaktadır. Ayrıca Glassner, yoksulluğun tıkınırcasına yemek yemeyi teşvik ettiğini öne sürmektedir. Yeterli paraya sahip olunca düşük gelirli insanların, sofralarını yüksek kalorili gıdalarla donattığını belirtmektedir. Zamanla vücut, daha fazla yağ depolayarak bu duruma adapte olmaktadır. Tüketilen yemek miktarındaki azalma, hazır yiyecek tüketimi, okullarda atıştırmalık olarak gazlı içecek tüketimi ve egzersiz eksikliği gibi diğer faktörler, yoksul çocuklar ve yetişkinlerde obezitenin artmasına neden olmaktadır.

ABD'de düşük gelirli insanların yaşadığı kentsel bölgelerdeki fast food satış noktalarının bolluğu da obezitenin yoksullarda yüksek oranda görülmesinin sebeplerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Ancak Cummins ve Macintyre'a (2006) göre bu, pek ikna edici değildir çünkü yapılan çalışmaların her birinde obezite ile fast food işletmelerinin yakınlığı ilişkilendirilmemektedir. ABD'de yapılan bazı çalışmalar, düşük gelirlilerin yaşadığı bölgelerde sağlıklı gıdalara erişimin pek alışılmış bir durum olmadığını ve gıda fiyatlarının yüksek olduğunu ileri sürmektedir. Ancak Birleşik Krallık'taki durumun böyle olmamasına rağmen burada yaşayan yoksullar da sağlıksız bir şekilde beslenmektedir. Dolayısıyla içinde bulunulan sınıfsal konumun dayattığı besin tercihleri ve beslenme alışkanlıkları, yemek seçiminde çok güçlü bir belirleyici olmaktadır. Bourdieu'ya (1984) göre Fransa'daki işçi sınıfı doyurucu, besleyici ve ucuz gıdaları tercih etmekteydi çünkü onlar için fiziksel güç, vücut şeklinden çok daha önemliydi. Bedensel güç gerektirmeyen işlerde çalışan daha üst sınıflar ise sağlıklı, hafif ve düşük kalorili gıdaları tercih etmekteydi.

Sosyoekonomik statünün dünyanın her yerinde sürekli olarak beslenme pratikleri ile ilişkilendirilmesi, sınıfsal konumun beslenme alışkanlıkları bakımından sahip olduğu önemli role vurgu yapmaktadır (Banwell vd, 2012; Bourdieu, 1984;

Fu ve George, 2015; Guptill, Copelton ve Lucal, 2013; Maller, 2015). Örneğin Kanada'daki mevcut kanıtlar, maliyet açısından gelirin gıda tüketimine direkt olarak, toplumsal sınıflarla ilişkilendirilen beslenme alışkanlıkları açısından ise dolaylı olarak etki ettiğini göstermektedir. Bu da sağlıklı beslenmeyi etkileyen toplumsal etkenlerin gerçekten var olduğunu gözler önüne sermektedir (E. Power, 2005). 1980'lerin başından beri yapılan birçok çalışma, yüksek kolesterol ile kalp hastalığını ilişkilendiren ikna edici sonuçlar ortaya koymakta ve kalp dostu gıdaların tüketilmesini teşvik etmektedir (Greenland vd, 2003; Guptill vd, 2013; Khot vd, 2003). Önde gelen sağlık kuruluşlarının neredeyse hepsi insanları şeker ve doymuş yağ tüketimini azaltmaları, kolesterol seviyelerini düşürmeleri ve fazla kilolarından kurtulmaları konusunda teşvik etmektedir. Toplumsal hiyerarşinin üstünde bulunan insanlar bu önlemleri, hiyerarşinin dibinde bulunanlara kıyasla daha hızlı bir şekilde benimsemiştir. Bu da sınıfsal konumun sağlık açısından belirleyici bir faktör olduğunu, bir kez daha kanıtlamaktadır.

Sonuç: Toplumsal Nedensellik mi Toplumsal Seleksiyon mu?

Sınıf-sağlık ilişkisi üzerine olan bu bölümün son sözlerini yazarken toplumsal nedensellik/toplumsal seleksiyon tartışması üzerine de konuşmak gerekmektedir. Toplumsal nedensellik argümanı, yoksun bir hayata sahip olmanın bir sonucu olarak alt sınıfın büyük sosyoekonomik olumsuzluklara maruz kaldığını ve bu olumsuzluklarla başa çıkmak için çok az kaynağa sahip olduğunu savunmaktadır. Dolayısıyla buna bağlı yaşanan olumsuzluklar ve stresler, alt sınıfları diğer sınıflara kıyasla çok daha fazla etkilemektedir. Sonuç olarak da bu grupların sağlık durumları zarar görmektedir. Toplumsal seleksiyon ise alt sınıfta daha çok hastalık olmasının sebebini kronik hastalığı bulunan insanların toplumsal hiyerarşide aşağıya doğru "sürüklendiğini" ("sürüklenme" hipotezi) ya da aynı şekilde alt sınıfta bulunan sağlıklı bireylerin hiyerarşide yukarıya doğru

çıktığını öne sürmektedir. Bu da toplumsal hiyerarşinin en dibinin "kalıntı" ("kalıntı" hipotezi) hasta insanlardan meydana gelmesine yol açmaktadır.

Sağlıksız olmak, toplumsal hiyerarşide yukarı doğru tırmanmayı kısıtlayabilmektedir. Eğer insanların sosyal statülerini iyileştirecek kadar iyi bir sağlığı yoksa, kalıcı olarak hasta rolü oynamaktalarsa ya da hastalarsa bu, sahip oldukları sosyal statüyü korumalarını engelleyebilir ve toplumsal yapıda aşağıya doğru sürüklenmelerine neden olabilmektedir. Hasta insanların çoğunun hiyerarşide yukarı ya da aşağı gitme şansı pek yoktur. Genellikle bulundukları konumda kalmaktadırlar. Sınıfsal konumun mu sağlığı belirlediği (toplumsal nedensellik) yoksa sağlığın mı sınıfsal konumu belirlediği (toplumsal seleksiyon) sorusuna karşılık sunulan en güçlü argüman, toplumsal nedensellik tarafından gelmektedir (Marmot, 2004, 2015; Marmot vd, 1991). Sunulan kanıtlara göre sağlığın sınıfsal konumu belirlemesinden ziyade sınıfsal konum, sağlığı belirlemektedir (Warren, 2009). Ancak bu iki argümandan biri kesinlikle yanlıştır ya da öteki kesinlikle doğrudur demek, mümkün değildir (Lahelma, 2016). Şüphesiz ki hastalığın kişiyi alt sınıfa mahkûm ettiği ya da hiyerarşide aşağıya doğru inmesine sebep olduğu durumlar mevcuttur. Sonuç olarak sınıfsal konum ve onunla bağlantılı olan çeşitli faktörler, sağlığın en güçlü toplumsal belirleyicileridir.

Eleştirel Düşünme Soruları

1. Amerikan toplumunda kalp hastalıkları neden en yaygın olarak alt sınıfta görülmektedir?
2. Hesaplı Sağlık Hizmetleri Yasası'nın güçlü ve zayıf yanları nelerdir? Hangi toplumsal sınıfın bu yasa sayesinde sigortalanması daha muhtemeldir?
3. Alt sınıfların sağlık gereksinimleri ABD'deki ve Birleşik Krallık'taki sistemler tarafından nasıl karşılanmaktadır?
4. Sınıfsal konum sigara kullanımına, strese ve obeziteye nasıl etki etmektedir?

5. Kişinin sağlığı mı sınıfsal konumunu belirlemektedir (toplumsal seleksiyon) yoksa sınıfsal konumu mu sağlığını belirlemektedir (toplumsal nedensellik)?

İlave Okuma Önerileri

Avison, William R., ve Stephanie S. Thomas, 2016, "Stress", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 242-67, Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Stres süreci modeli, strese maruz kalma şekilleri, yaşam seyrinde stres, stres üzerine günümüzde yapılan araştırmalardaki gelişmeler ve gelecekteki zorluklar üzerine detaylı bir tartışma sunmaktadır.

Carpiano, Richard M., Bruce G. Link ve Jo C. Phelan, 2008, "Social Inequality and Health: Future Directions for the Fundamental Cause Explanation", *Social Class*, Annette Lareau ve Dalton Conley (ed.), 232-63, New York: Russell Sage.

Sınıfsal konumun sağlık açısından önemini ele almakta, temel sebep teorisi için sunulan kanıtları incelemekte ve bu konuda gelecekte yapılması planlanan araştırmaları değerlendirmektedir.

6
Yaş

Sınıf, toplumsal cinsiyet ve ırk/etnik köken ile birlikte yaş sadece bireylerin değil, ayrıca insanların sağlık ve hastalık hususunda kolektif bir biçimde sahip olduğu niteliklerdir. Sağlıksal yaşam tarzları üzerine olan Üçüncü Bölüm'de de gördüğümüz gibi bu değişkenlerin her biri, sağlık pratiklerini belirli bir şekilde yapılandırmaya yarayan yapısal niteliklere sahiptir. Örneğin yaşlılar, yaşlandıkça beslenme düzenlerinde değişikliğe gitmektedir ve bir çocuğun sigara içmesi, çok nadir (düşünülemez?) olarak görülmektedir. Alt sınıflara ve erkeklere kıyasla hiyerarşinin üst taraflarında bulunan sınıflar ve kadınlar, genel olarak daha sağlıklı yaşam tarzlarına sahiptir. Farklı ırklar ve etnik grupların yeme ve içme alışkanlıkları ile

koruyucu sağlık hizmetleri kullanımı, çeşitlilik göstermektedir. Bunlar birkaç bireyin birbirinden bağımsız olarak sergilediği davranışlar değil, toplulukların pratikleridir. Bu bölümde sağlık davranışları ve sonuçlarının belirlenmesinde yaş bazlı grupların oynadığı rol incelenecektir.

Herkesin biyolojik yaşlanma sürecini yaşamasından ve bu süreçten sağlıklarının olumsuz yönde etkilenmesinden dolayı yaş, görece daha basit anlaşılabilir bir değişkendir. Temelde biyolojik olsa da yaşlanma, ayrıca toplumsal olarak da deneyimlenen bir şeydir. Toplumda yaşlanma, insanların birbirine karşı olan davranışlarının ve tepkilerinin yaş bazlı olarak belirlenmesi *anlamına gelen* sosyolojik bir olgudur. Yaş ayrıca toplumsal düzenin önemli bir boyutunu oluşturmaktadır çünkü insan ömrü, hayatın evreleri açısından tutarlılık ve öngörülebilirlik sağlamak adına kültür tarafından dönemlere bölünmüştür. Bu düzenlemenin altında yatan düşünce, insanların bir evreden ötekine geçtiğinde davranışlarında değişiklikler yaşanmasıdır. İnsanlar bebeklerin, çocukların, genç yetişkinlerin, orta yaş dönemindekilerin ve yaşlıların yaş gruplarına uygun şekilde davranmasını beklemektedir. Kişinin yetişkinlik düzeyinin toplumsal olarak yargılanması, o kişinin davranışlarının yaşıyla bağlantılı normlarla ne kadar tutarlı olduğuna dayanmaktadır. Hayatın her aşamasında insanlar, yeni toplumsal roller ve sorumluluklar üstlenmektedir. İnsanların statüleri ve diğer insanlarla olan ilişkileri de bu roller ve sorumluluklara göre değişmektedir.

Yaşı bireyin ötesi olan toplumsal yapısal bir değişken konumuna taşıyan şey, insanların belirli bir yaş grubunda bulunması ve yaşam süreci boyunca öngörülebilir bir şekilde ilerlemesidir. Yaş grupları, aynı zamanda ve aynı coğrafi bölgede doğan insan topluluklarından oluşmaktadır (Hummer ve Hamilton, 2019). Bu grupların davranışları yalnızca biyolojik olarak değil, zamansal olarak yaşam döngüsünde de ilerledikleri için tarihsel olarak da benzer bir biçimde şekillenmektedir. Dolayısıyla yaş grupları, sağlık ile ilgili olanların da içine dahil olduğu

kendilerine özgü, yaşa dayalı normlar, değerler, yaşam tarzları, politikalar ve perspektifler geliştirmektedir. Bunları hepsi, kolektif olarak bu insanların davranışlarını şekillendirmektedir. Bütün bunların bireylere, ailelere ve topluluklara olan etkisi, yaş katmanlaşması ve yaşam seyri teorilerinin de açıkladığı gibi bu etkenlerin yapısal birer varlık olmasını sağlamaktadır.

Yaş Katmanlaşması Teorisi

Yaş gruplarının temel özellikleri, yaş katmanlaşması teorisini üreten Matilda White Riley (1987) tarafından tanımlanmaktadır. Riley'e göre her bir yaş grubunun hem yaşam seyri hem de tarihsel boyutu bulunmaktadır. Yaşam seyri boyutu, yaşam döngüsünün evrelerine gönderme yapmaktadır. Belli bir yaş grubundaki insanlar, kendi yaşlarındaki insanlarla aynı toplumsal rolleri ve deneyimleri paylaşmaktadır. Çocukluk, öğrencilik, çalışan, ebeveynlik, büyükanne ve büyükbaba olmak ve emeklilik gibi dönemleri yaklaşık olarak hayatlarının aynı dönemlerinde yaşamışlardır. Dolayısıyla geçmişlerinde ve şu anda sahip oldukları roller, benzerdir ve aynı yaş grubuna mensup insanlar olarak gelecekteki rolleri de yüksek ihtimalle aynı şekilde benzer olacaktır. Bu yaş grubundaki insanlar yaşlandıkça onların rollerini, arkadan gelen gençler doldurmaktadır. Yaşlanan bu yaş grubundaki insanlar da yaşlarına uygun olan yeni rolleri üstlenmektedir. Yaşam döngüsünde benzer zamanlarda benzer rolleri üstlenmek ortak davranışlara, çıkarlara ve görüşlere sahip olmayı teşvik etmektedir. Dolayısıyla belirli bir yaş grubuna ait olmak bireyin sadece doğduğu zaman sahip olduğu bir nitelik değil, ayrıca her yaşta birey için toplumsal sonuçları olan bir niteliktir.

Tarihsel boyut, insanların farklı tarihsel dönemleri ve olayları yaş gruplarına bağlı olarak birlikte deneyimlemesi anlamına gelmektedir. Mesela 1989'da Berlin Duvarı'nın yıkılışı ve bunu takiben Batı ve Sovyet Bloku arasındaki Soğuk Savaş'ın bitişi, o zamanlar çocuk olan insanlar için farklı; Kore Savaşı, Küba Füze Krizi ve Vietnam Savaşı gibi olayları görmüş yaşlılar

için farklı anlam ifade etmektedir. Her insan aynı olayları deneyimlemektedir ancak bulunduğu yaşın etkisi altında o olaylara yaklaşmaktadır. Berlin Duvarı'nın yıkılışı artık tarihe gömülmüştür ve bu olaydan sonra doğmuş günümüz gençleri ve orta yaşın başlangıcındakiler için bir önem arz etmemektedir. Bu olayları yaşamamış olan günümüz genç yetişkinleri ise daha yakın tarihte yaşanmış ya da koronavirüs salgını gibi şu anki zamanlarda yaşanan olaylardan etkilenmektedir.

Riley'e göre insanların içinde yaşadıkları toplumlar değiştiği için farklı yaş grupları, farklı şekillerde yaşlanmaktadır. Yaş grupları arasında hem benzerlikler hem de farklılıklar olabilmektedir. Benzerlikler, gençlerin yaşlıların rollerini almasıyla gerçekleşmektedir. Farklılıklar ise tarihsel olayların yanı sıra toplumun kendisinin de zamanla değişmesiyle oluşmaktadır. Riley'e göre 20. yüzyılın başlarında yaşayan gençler, o dönemde baskın olan yaş normları ve davranış kalıplarından ve ailelerinden birkaç yıllık eğitimin birçok işte çalışmak için yeterli olduğunu öğrenmiştir. Büyükanne ve büyükbabalarından ise yaşlılığın iç karartıcı olduğunu öğrenmişlerdir. Ancak bu insanlar şimdilerde kendileri yaşlıdır ve o zamanlar kendilerini hazırlamak için uğraştıkları dünya, çoktan ortadan kaybolmuştur. Riley (1987: 5), şu ifadeleri kullanmaktadır: "Bugün genç yaş grubunda bulunan insanlar, mesleki basamakları şu an oldukları gibi algılamaktadır. Ancak bu, zamanla gerçekleşecek olan teknolojik gelişmeler ve buna bağlı olarak gelecekte yaş grubu yapısında meydana gelecek olan değişiklikler ile bir dönüşüme uğrayacaktır." Dolayısıyla bu genç insanlar yaşlandıklarında, içinde bulundukları toplum bugünkü toplumdan farklı olacaktır.

Yaş katmanlaşması teorisine göre toplumsal değişiklikler, yeni yaşlanma kalıpları yaratmaktadır. Bu kalıplar da yaşanan bu değişime katkı sunmaktadır. Yani burada karşılıklı bir etkileşim söz konusudur. Toplumsal sistemin her düzeyinde toplum ve yaşlanma süreci, sırayla birbirini etkilemektedir. Bireylerin yaşlanması ile toplumun geneli arasındaki ilişki, yaş

gruplarının akışını belirlemektedir. Bu yaş grubu akışı, belli bir yaş katmanında bulunan insanların türünün ve sayısının yanı sıra bu insanların kapasitelerini, tutumlarını ve eylemlerini de etkilemektedir. Riley (1987: 4), toplum zamanda yol alırken yaş grubu yapısının ve bu yapının içindeki insanların değişime uğradığını vurgulamaktadır. Belirli bir yaş grubunda bulunan insanlar, sonsuza dek o grupta kalmamaktadır çünkü kendilerinden sonra gelen gençler, onların yerini almaktadır. Aynı şekilde onlar da kendilerinden daha yaşlı olan insanların yerini almaktadır.

Sonuç olarak yaş katmanlaşması teorisi, toplumsal değişim ve bireyler arasında sürekli olarak var olan karşılıklı bir etkileşimi vurgulamaktadır. Bu etkileşim, yaş grubu akışı tarafından üretilmektedir. Birbirine bağlı olsalar da yaşlanma süreci ve toplumsal değişim, eşzamanlı olarak gerçekleşmemektedir. İnsanlar, sıralı bir yaşam döngüsünü takip etmektedir. Ancak toplumsal değişim, kendine özgü bir tarihsel zaman eksenine göre hareket etmektedir. Tarihteki bazı dönemler, diğerlerine göre daha fazla toplumsal değişime şahit olmuştur ancak insanların yaşam seyri, aynı biçimde devam etmektedir. Dolasıyla yaş grupları arasında toplumsal değişimden kaynaklanan farklılıklar, çok çeşitlidir.

Toparlamak gerekirse Riley, toplumun birbirinin yerini alan yaş gruplarından oluştuğunu öne sürmektedir. Yaş gruplarındaki bireyler yaşlandıkça kendilerinden daha yaşlı insanların yerini almakta ve bir sonraki evreye geçmektedir. Riley (1987: 5), şu ifadelere yer vermektedir: "Yaş gruplarının bu akışı, yaşlanma ve toplumsal değişimi birbirine bağlamaktadır. Bu akış hem yaşlanmayı hem de toplumsal değişimi tarihsel güçlerle ilişkilendirmekte, aralarında eşzamansızlık yaratmakta ve daha fazla değişiklik için baskı yapmaktadır." Toplumun geneli, kurumlar, gruplar, sosyal ağlar, toplumsal tabakalar ve bireyler yaş gruplarının yaşlanma sürecinden etkilenmektedir. Aynı şekilde yaş grupları da bu faktörlerden etkilenmektedir. Riley'e göre tüm yaş grubundan insanlar, yaşa göre katmanlaşan toplumda

ileriye doğru yol alırken daha fazla değişiklik için bu diyalektik gidişat aracılığıyla, kolektif bir güç olarak bastırmaktadır. Yaş katmanlaşması teorisi problemlidir çünkü yaş gruplarının *kendi içinde* bulunan sosyoekonomik statü ve toplumsal cinsiyet gibi farklılıkları göz önünde bulundurmamaktadır. Zira bu farklılıklar da yaşlanmanın toplumsal deneyimine etki etmektedir. Yaş katmanlaşması teorisi ayrıca sağlık meseleleriyle de direkt olarak ilgilenmemektedir. Buna rağmen bu teori, yaşam seyri teorisinde daha detaylı bir şekilde ele alınan yaş bazlı grupların yapısal niteliklerinin anlaşılmasının temelini oluşturmaktadır.

Yaşam Seyri Teorisi

Yaş katmanlaşması teorisi, yaşam seyri teorisinin öncüsü niteliğindedir. Yaşam seyri teorisi ise insan ömrünün toplumsal düzenlenmesi üzerine çağdaş dönemde yapılan tartışmalarda yaş katmanlaşması teorisinin yerini almıştır. Yaşam seyri teorisi, tek bir düşünür ile anılmamaktadır. 1960'lar ve 1970'lerde ortaya çıkan bu kavram, farklı alanlarda çalışmalar yapan farklı bilim insanlarının eserlerinde kullanılmıştır (Elder, Johnson ve Crosnoe, 2006; Halfon vd, 2018). Yaşam seyri teorisine göre insanlar, hayatları boyunca yer aldıkları toplumsal yapılar içinde sırayla olacak şekilde yaş bazlı evrelerden ve toplumsal rollerden geçmektedir. Dolayısıyla çocuklukta ortaya çıkan sosyoekonomik dezavantajlar, yaşam seyri boyunca birikerek yaşlılıkta olumsuz sağlık sonuçlarına yol açmaktadır. Kişinin ömrü boyunca sahip olduğu sosyoekonomik avantajlar da birikerek yaşlılıkta görece iyi bir sağlığa yol açmaktadır. Yaşam seyri teorisi, erken yaşta ortaya çıkan ancak belirtileri yaşamın ileri evrelerine kadar kendini göstermeyen kronik hastalıkları ve bu hastalıklara yol açan ya da bu hastalıkların önüne geçen toplumsal süreçleri ve davranışları da göz önünde bulundurmaktadır.

Yaşam seyri araştırmaları, hayatın gidişatı üzerine de odaklanmaktadır. Bu gidişat, bireyin yaşamı boyunca ortaya çıkan davranış kalıplarından oluşmaktadır. Bu yol haritasının

belirlenmesinde bireyin yaşadığı geçişler ve olaylar da rol oynamaktadır. Yaşam seyri araştırmalarının hayatın gidişatı üzerine odaklanma sebebi, yaşamın ileriki yaşlardaki evrelerinin öncekilerden nasıl etkilendiğini tespit etmektir. Yaşam seyri, yaş gruplarının hayatın başlangıcından bitişine kadar içinde yer aldığı, yaş bazlı bir yapı olarak değerlendirilebilir. Belirli yaş gruplarında bulunan insanların hayatları, içinde bulundukları zaman ve konumun yanı sıra yaşamlarının seyrini belirleyen ve hayatlarının gidişatını (aile ve arkadaşlar gibi) diğer insanlarınkiyle ilişkilendiren geçişler ve olaylar tarafından şekillenmektedir. Bu da "ilintili yaşamlar" kavramının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yani kişinin hayatının gidişatı, sosyal çevresinde bulunan insanların başına gelen olaylardan etkilenebilmektedir (Hargrove, 2018). Aileleri ele alacak olursak, ebeveynlerin içinde bulundukları toplumsal koşullar ve bu koşullarla başa çıkmak için sergiledikleri davranışlar, çocuklarının sağlığını olumlu ya da olumsuz şekilde etkileyebilmektedir (Laditka ve Laditka, 2019; Lee, Coe ve Ryff, 2017).

Yaş katmanlaşması teorisine benzer bir şekilde yaşam seyri teorisi, yaşam döngüsünde ilerlemeyi bir yapı *içinde* ilerlemek olarak görmektedir. Bu yapıda dönemler, biyolojik (yaşlanma) ve toplumsal (roller) değişkenler tarafından oluşturulmaktadır. Dale Dannefer'a (2012: 221) göre "bu açıdan bakıldığında yaşam seyri, toplumsal olarak inşa edilmiş bir gerçekliktir. Toplumsal yapının bir parçası olan yaşam seyri, tarihsel olarak spesifik ve toplumsal olarak makul ve normatif anlamlara ve tanımlara sahiptir". Ancak yaşam seyri teorisini sadece yapısal bir yaklaşımla ele almak, doğru değildir. Dannefer'ın (2012) da vurguladığı gibi yaşam seyri çalışmalarında kavramsal açıdan en çok fikir ayrılığına yol açan konu, iradenin ve yapının yaşam seyri üzerindeki etkisidir.

Yaşam seyri, yaş grupları geri dönülemez bir şekilde zamanda ilerlerken bireyleri baştan aşağı etkileyen ve sınıflandıran bir yapıdır. Ancak iradenin de yaşam seyri teorisinde önemli bir yeri bulunmaktadır. Steven Hitlin ve Monica Johnson'a (2015:

1463) göre bireyler yaşamlarının gidişatı üzerine tercihler yapmaktadır ve dolayısıyla "toplumsal konuma bağlı olarak meydana gelen genelleşmiş davranışların ya da anlayışların birer bilinçsiz taşıyıcısı konumunda değildirler. Aksine insanlar, içinde bulundukları yaşam koşullarını ve durumlarını bilfiil değerlendirmektedir." Hitlin ve Johnson, ergenlik döneminde bulunan gençlerin genç yetişkinliğe girdikleri süreyi de kapsayacak şekilde 14 yıllık bir geçiş dönemi üzerine araştırma yapmıştır. Bu çalışmaya göre hayata dair hedefleri gerçekleştirmek ve geleceğe yönelik olumlu bir tutum sergilemek için gerekli motivasyon, bir yaşam seyri oluşturmada anahtar rol oynayan iradenin bir parçasıdır. Hitlin ve Johnson'a (2015: 1436) göre "İrade, tarihsel gerçeklere göre hareket eden bireylerin davranışlar, eğilimler, tercihler ve seçimler doğrultusunda kendi yaşamsal gidişatına katkıda bulunmasıdır." Yaşam seyrinin kendisi bir yapıdır. İradenin bu yapı içindeki işlevi ise bireyi belli bir yöne doğru götürmektir. Elbette farklı yönlere gidişatı sağlayan, irade dışında farklı etkenler de mevcuttur. Yaşam seyri üzerine düşünüldüğünde hem yapının hem de iradenin söz konusu olduğu aşikârdır. Duane Alwin (2012), yaşam seyri teorisinin aslında bireylerin iradelerini kullanarak içinde bulundukları toplumsal yapıda yaptıkları seçimler ve eylemler ile yaşamlarını oluşturdukları, insan ömrünün gelişimi üzerine bir teori olduğunu vurgulamaktadır. İçinde bulunulan toplumsal yapılar olanaklar sağlayabilirken aynı zamanda sınırlamalar da getirebilmektedir.

Yaşam seyri teorisinin bir alt kategorisi, sağlık sosyolojisinde yaygın olarak görülen kümülatif avantaj/dezavantaj teorisidir (Willson ve Shuey, 2016, 2019; Willson, Shuey ve Elder, 2007). Bu teoriye göre insanların yaşamlarının ilk evrelerinde sahip olduğu avantajlar ya da dezavantajlar, başta sosyoekonomik statü olmak üzere toplumsal cinsiyet ve ırk gibi diğer toplumsal değişkenlerle de bağlantılıdır. Bu yapısal değişkenlerin yarattığı etkiler, zamanla birikerek bireyin sağlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir. Kenneth Ferraro ve meslektaşları

(2016: 108), bu süreci şöyle tanımlamaktadır: "İster sosyolojide olsun ister toksikolojide, üst üste binen olumsuzluklara maruz kalmak sağlık sorunu riskini artırmaktadır." Bu süreçte yaşın, hafifletici bir rolü bulunmaktadır. Sahip oldukları kümülatif avantajlar, bazılarının sağlığını olumlu yönde etkilerken *zamanla* ("art arda") biriken kümülatif dezavantajlar, insanların yaşlanırken sağlık eşitsizliklerine maruz kalmasına yol açmaktadır (T. H. Brown, 2018).

Yaşam seyrinin bir başka alt kategorisi ise kümülatif eşitsizlik teorisidir. Kümülatif eşitsizlik teorisini kümülatif avantaj/dezavantaj kavramından ayıran başlıca şey, şudur: Kümülatif eşitsizlik de erken yaşta sahip olunan dezavantajların daha sonradan sağlığa zarar verme riskini ve zorluklarla dolu bir yaşam sürme ihtimalini yükselttiğini savunmaktadır. Ancak aynı zamanda orta yaşlarda sahip olunan olanakların, erken yaşta yaşanan dezavantajların yaşlılık dönemine yansıyacak olan olumsuz etkilerinin azaltılmasında ya da ortadan kaldırılmasında kullanılabileceğini ileri sürmektedir. Monica Williams ve diğerlerinin (2019: 172) de açıkladığı gibi kümülatif eşitsizlik teorisi, yaşam seyri çalışmalarına dört açıdan fayda sağlamaktadır: (1) dünyaya gelinen aile bağlamında ortaya çıkan eşitsizlik açısından soyun ("ilintili yaşamlar") ve çocukluk döneminde içinde bulunulan koşulların önemli olduğunu kabul etmektedir; (2) (aile hayatı gibi) bir alandaki dezavantajın yayılarak (sağlık gibi) diğer alanları da etkilediğini ve dolayısıyla yaşanan talihsizliğin tek bir değişken olarak kalmadığını vurgulamaktadır; (3) yaşamın ilk evrelerinde yaşanan dezavantajların her zaman birikmediğini, irade ve sahip olunan olanaklar doğrultusunda ortadan kaldırılabileceğini belirtmektedir ve (4) dezavantajlı popülasyonlarda yaşanan erken ölümlerin geride kalan insanların çektiği sıkıntıları azaltmasının, yaşanan eşitsizliğin azalması anlamına gelmediğini öne sürmektedir.

Kümülatif eşitsizlik teorisine göre hayattaki olumsuz olaylar ve deneyimler, insanları yüksek risk grubuna koymaktadır. Olumlu deneyimler ise insanlar için fırsatlar yaratmaktadır.

Bunların her ikisi birden, bireylerin ve grupların yaşam olanaklarını olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir (Ferraro, Shippee ve Schafer, 2009; Schafer, Ferraro ve Mustillo, 2009). Çocukluk dönemi, eşitsizlik deneyimi ve yetişkinlik dönemindeki sağlık açısından yaşamın en önemli evresi olarak görülmektedir. Bunun sebebi, çocukluk dönemi ile ilişkilendirilen durumların çocuğun üzerinde bulunan genetik, çevresel ve ailesel (soy) etkilerin bir yansıması olmasıdır. Bu dönem, çocuğun statüsünü içselleştirmesi ve içinde büyüdüğü çevrenin avantajlı ya da dezavantajlı olup olmadığını fark etmesi yolunda atılan ilk adımdır (Ferraro ve Shippee, 2009). Ebeveynlerin sahip olduğu sosyoekonomik statü, çocuğun sağlık açısından sahip olduğu olanakları normatif olarak görmesini sağlamaktadır ve ebeveynler tarafından çocuğa sağlanması beklenen sağlıksal yaşam tarzlarının kalitesinin bir göstergesi niteliğindedir (Mollborn vd, 2014; Mollborn ve Lawrence, 2018). Çocukluk döneminde ortaya çıkan stres etkenleri, çocuğun gelişimi ve toplumsal işlevi açısından önem arz etmektedir.

Yapılan çalışmalar arasında kümülatif eşitsizlik teorisini destekleyen çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmaların bazılarında sosyoekonomik statüsü düşük kişilerin daha fazla depresyona ve kronik ağrıya maruz kaldığı görülmektedir (Goosby, 2013). Bazılarında ise sosyoekonomik statüsü düşük insanların kalp-damar hastalıklarına yakalanma riskinin yükseldiği ve yaşamlarının ileriki dönemlerine kadar kronik ağrıdan kurtulma şanslarının azaldığı görülmektedir (M. Williams vd, 2019). Ronald Simons ve meslektaşları (2019), yaşamın ilk evrelerinde yaşanan zorlukların yetişkinlik döneminde erken yaşlanmayı hızlandırdığını ve yetişkinlik döneminde maruz kalınan zorlukların biyolojik yaşlanmayı hızlandırdığını öne sürmektedir. Kristi Williams ve Brian Finch (2019), çocukluk döneminde yaşanan zorlukların daha erken yaşta ve evlilik dışı doğum yapmanın bir habercisi niteliğinde olduğunu ileri sürmektedir. Katsuya Oi ve Steven Haas (2019) ise kardiyometabolik riskin bir göstergesi olan biyobelirteç verileri kullanarak çocukluk

döneminde sahip olunan (iyi ya da kötü) sosyoekonomik koşulların ileriki yaşlarda sahip olunacak (iyi ya da kötü) bilişsel işlevin bir habercisi niteliğinde olduğunu doğrulamaktadır. Sonuç olarak, insanlar yaş gruplarında yaşam seyri boyunca ilerlerken sağlıkları, yaşadıkları olaylar sonucunda öyle ya da böyle etkilenmektedir.

Yaşın Kuşak Etkisi

Yaşın kuşak etkisinin bir örneği, 1951'den 2001'e kadar olan 50 yıllık süreçte İngiliz erkek doktorlarının sigara içmesi hakkında geçmişte yapılan bir çalışmada (Doll vd, 2004) mevcuttur. Sigara kullanımıyla ilişkilendirilen aşırı ölüm oranları, 19. yüzyılda doğan erkeklerde daha azken 1920'lerde doğanlarda çok fazlaydı. Bunun nedeni, tütünün 19. yüzyılda çoğunlukla pipo ile ya da puro olarak içilmesiydi. Tütünün sigara olarak içilmesi, az görülen bir durumdu. Ancak sigara kullanımı, 20. yüzyılın başlarından itibaren çarpıcı bir biçimde artmıştır. Sigara, I. Dünya Savaşı sırasında (1914-18) Birleşik Krallık'taki genç erkekler arasında yaygınlaşmış ve yarım yüzyıl boyunca da öyle kalmıştır. 1930'dan önce doğan erkeklerin ve 60 yaşından sonra hâlâ sigara içmeye devam edenlerin yetişkinlik döneminde içtiği sigaranın haddi hesabı yoktur. Akciğer kanseri ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı, aralıksız sigara kullanımıyla yakından bağlantılıdır. 1900-1930 arasında doğan tıp doktorları üzerinde yapılan bir araştırmaya göre sigara içenlerin, içmeyenlere kıyasla 10 yıl daha az yaşadığı görülmüştür. Sigara içenlerin ortalama yarısı bu alışkanlık yüzünden hayatını kaybederken bazılarının hayatlarından da onlarca yıl uçup gitmiştir. Zira sigara içen her dört kişiden biri, 35-69 yaşları arasında hayatını kaybetmiştir.

Yaş grupları 20. yüzyılda yol aldıkça sigara içmeyenlerin yaşam süresi uzamıştır. Fakat sigara içenler için durum, öyle değildi. Sigaraya bağlı ölümlerin çokluğu, genel nüfusun ortalama yaşam süresini aşağıya çekmekteydi. Doktorların büyük bir kısmı, bu çalışma sırasında sigara içmeyi bırakmıştır.

Zira ülkede akciğer kanserinden yaşanan ölümlerin büyük bir çoğunluğunun sigara kullanımı nedeniyle olduğu, 1951'den sonra İngiliz tıp dünyası tarafından kabul edilen bir gerçek olmuştur. 30 yaşında sigara içmeyi bırakan doktorlar, sigaraya bağlı sağlık sorunlarının neredeyse hiçbirini yaşamamıştır. 50 yaşında bırakanlar ise bu sorunların yarısına maruz kalmıştır. Sigarayı 60 yaşında bırakmak ise yaşam süresini sadece 3 yıl uzatmıştır. Bu araştırmaya göre yaş gruplarının sigara içme alışkanlıkları, içinde yaşanılan tarihsel döneme göre makul seviyede içicilik (1851-99), tiryakilik (1900-50) ya da aşırı içicilik (1951-2001) olarak değişiklik göstermektedir. Sigara kullanımındaki belirleyici faktör, yaş gruplarının sigaraya karşı olan tutumuydu. Yaş gruplarının sağlık politikası üzerindeki etkisi, bir başka yaş bazlı araştırma alanıdır. ABD'deki yaşlı insanlar, sağlık politikasını kolektif olarak etki altına almaktadır. Bunu, önemli bir oy kitlesi olarak ve kendi çıkarlarını meclis üyelerine aktarmak için kurdukları örgütlerle başarmışlardır. Örneğin Amerika Emekliler Derneği (AARP), yaşlılara fayda sağlayacak programların desteklenmesi için Kongre'de başarılı bir şekilde lobicilik yapmaktadır. Medicare Felaket Kapsamı Yasası ve Medicare Bölüm D reçeteli ilaç planı, bunun başlıca örnekleridir. Yaşlıların sahip olduğu bu etki, yaşlı insan nüfusundaki önemli artış sebebiyle kısa zamanda bitmeyecektir. İktidarda kalmak istiyorlarsa siyasetçilerin ve meclis üyelerinin yaşlı nüfusu göz ardı etmesi imkânsızdır. Amerikan nüfusunun %16'sı 65 yaş ve üstündeki insanlardan oluşmaktadır ve bunun 2050'de %20'ye çıkması beklenmektedir. Birleşik Krallık'taki yaşlı nüfus, ABD'den bile fazladır. Birleşik Krallık'taki yaşlı nüfusun 2041'de toplam nüfusun %33.5'uğunu oluşturması beklenmektedir.

Bu yaşlı yaş grubundaki insanlar, 1946-1964 yılları arasındaki nüfus patlamasına sebebiyet veren "Bebek Patlaması [*baby boomer*] Kuşağı"ndan gelmektedir. Bu insanlar, tarihteki en varlıklı, eğitimli ve sağlıklı yaş grubunu oluşturmaktadır. Sayılarının çokluğu ve siyasi süreçler hakkındaki tecrübeleri

ile yasaları, ihtiyaçlarını karşılamak için etkileyecek kapasiteye ve kaynaklara sahiptirler. Dolayısıyla yaşlıların sağlık ve diğer hizmetler için olan talepleri, nüfusun önemli bir kısmını oluşturmaları sebebiyle gittikçe artacaktır. Yaşlıların önceki kuşaklardan daha sağlıklı olmasına rağmen sağlıklarını korumak için sağlık hizmeti sistemi bağlamında hükümete baskı yapmaları, bir paradoks yaratmaktadır.

Yaş gruplarının sağlığında zamanla yaşanan değişim, gerçekten de çok derindir. Amerikan İç Savaşı'nda Birlik Ordusu'nda yer almış erkekler arasından rastgele olarak seçilen 50.000 beyaz erkeğin (20. yüzyılda 65 yaşına erişen ilk kuşak) tıbbi kayıtları ile 20. yüzyılda doğan erkeklerin kayıtları karşılaştırıldığında, arada çok büyük farklılıklar olduğu görülmüştür (Kolata, 2006). Birlik gazilerinin çoğu orta yaşlarda kronik hastalıklara maruz kalmıştır. 60 yaşa gelenlerin %80'i kalp hastalığı geçirmiş ve 1860'lara gelindiğinde 50-64 yaş arasındakilerin %44'ü eğilmekte zorlanırken %39'u sırt sorunları yaşamış, %29'u yürümekte zorlanmış, %45'i eklemlerinde problemler yaşamış ve %28'i üfürüm geçirmiştir. Bu oranlar, günümüzde aynı yaş grubunun bu gibi hastalıklar için sahip olduğu oranlara kıyasla aşırı derecede yüksektir (Ulusal Sağlık İstatistik Merkezi 2018). Günümüzdeki yaş gruplarının o zamanın yaş gruplarına kıyasla daha sağlıklı olmasının yanı sıra ayrıca daha da kilolu ve uzundurlar. 1860'larda yaşayan erkeklerin ortalama boyu 171 cm ve ortalama kilosu 66 iken 2017'de bu oranlar 176 cm ve 88,9 kg'dır. Boy olarak ortalama 5,59 cm, kilo olarak da 22,67 kg'lık bir artış yaşanmıştır.

Ortalama yaşam ömrünün uzamasında rol oynayan bir başka önemli faktör de bebek ölüm oranlarında yaşanan düşüştür. Bebek ölüm oranlarında 20. yüzyılın başında yaşanan artış, ABD'de ortalama yaşam ömrünü 50'nin altında tutmuştur. Şüphesiz ki düşük bebek ölümü oranları, ortalama ömrün uzamasının bir işaretçisidir. 1900'de Birleşik Krallık'ta yeni doğan 1000 bebeğin 140'ı hayatını kaybetmekteydi. ABD'de ise bu oran 1000'de 162,4'tü. 2017'de ise Birleşik Krallık'ta bu

oran 4,3'e, ABD'de ise 5,8'e düşmüştür. Bu iki ülkedeki ve diğer gelişmiş toplumlardaki çoğu insanın doğduktan sonraki ilk yılı atlattıkları takdirde uzun ömürlü bir hayat sürmeleri ve erken yaşta herhangi bir hastalığa ya da sakatlığa maruz kalmamaları beklenmektedir.

Dolayısıyla günümüzde insanların daha büyük bedenleri bulunmakta ve daha uzun süre yaşamaktadırlar. 1900'de 50 yaşına gelmiş Amerikalı erkeklerin ve kadınların en fazla 21 yıl daha yaşaması beklenmekteydi. 2015'te ise 50 yaşına gelmiş erkeklerin 29,69, kadınların ise 33,26 yıl daha yaşaması öngörülmektedir. Elbette 1900'de 50 yaşına kadar hayatta kalan insan sayısı, bugüne kıyasla çok daha azdı. Zira ABD'de o zamanlardaki ortalama yaşam süresi, 47,3 yıldı. 2017'de ise bu süre, 78,6 yıl olmuştur. Birleşik Krallık'ta da bu durum, benzerlik göstermektedir. 1901'de Birleşik Krallık'taki ortalama yaşam süresi erkekler için 45,5 yılken 2018'de bu süre, 79,8 yıl olmuştur. Kadınlar için ise ortalama yaşam süresi 1901'de 49 yılken 2018'de bu süre, 82,9 yıl olmuştur. Bu değişikliğin kaynağı yalnızca daha iyi beslenme ve tıbbi tedavi değil, ayrıca iyileşen yaşam şartları ve toplumsal koşullardır. Örneğin işçilerin büyük bir çoğunluğu, artık ölene kadar çalışmamaktadır. ABD'deki ortalama emeklilik yaşı günümüzde 63'tür. 1890'da ise ABD'deki insanlar 85 yaşında emekli olabilmekteydi ki o da olabilirlerse. O zamanlarda çoğu insan ya ölene ya da iş göremeyecek kadar sakatlanana kadar çalışmaya devam etmekteydi. Birleşik Krallık'ta 65 olan zorunlu emeklilik yaşı, 2011'de kaldırılmıştır. Bu da yaşlı nüfusun çalışmaya devam etmesine olanak sağlamaktadır. Buna rağmen 2017'de erkeklerin ortalama emeklilik yaşı 65,1'ken kadınların ise 63,6'ydı.

Dolayısıyla yaş gruplarının kendileri değişime uğrarken yaşanan bu değişiklikler, bireyleri çok farklı şekillerde etkileyebilmektedir. Bu değişiklikler fiziksel, tıbbi, toplumsal ve kültürel olabilmektedir. Bütün bu değişiklikler bir araya gelerek yaş grupları üzerinde birçok kuşak etkisi meydana getirmektedir.

Yaş katmanlaşması ve yaşam seyri teorileri, kuşak etkisi aracılığıyla yaşın sağlık meselelerinde bireyler üzerinde nasıl toplumsal bir güç olarak rol oynadığını göstermektedir. Bu tartışma daha ziyade yaşlılara odaklanmış olsa da genç yaş gruplarının da sağlığa etki eden kuşak etkileri üretme kapasitesi mevcuttur. Örneğin 1940'larda ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki yaş gruplarının çoğu sigara içmekteydi ve bu sebeple sigara kullanımı, bu kuşaklarda çok yaygın hale gelmişti. Bu, her iki cinsiyette de sigarayı bırakmayanlarda yaşanan akciğer kanserine bağlı ölüm oranlarında büyük bir yükselişe sebep olmuştur. Yaşın bağımsız bir değişken olarak sahip olduğu güç, sınıf ve toplumsal cinsiyet gibi değişkenler tarafından baltalanabilse de yaş grubu etkilerinin güçlü birer nedensel faktör olduğu durumlar vardır ve bu durumların araştırmacılar tarafından göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bridget Gorman ve Jen'nan Read'in (2006: 97) de vurguladığı gibi "Yaşın sık sık göz ardı edilmesi, gerçekten de şaşırtıcıdır. Çünkü biliyoruz ki yaş, sağlıktaki toplumsal cinsiyet [ve diğer faktörler] tabanlı farklılıkların anlaşılmasında önemli bir rol oynamaktadır".

Sonuç

Yaş faktörü, sağlığın ve hastalığın başlıca toplumsal sebeplerinden biri olarak değerlendirilmemektedir. Ancak yaş gruplarının sağlık pratikleri ve bireylerin alışkanlıkları üzerinde yarattığı etkiden dolayı yaşın toplumsal nedensellikte önemli bir rolü vardır. Bu bölüm yaşın oynadığı bu rolü, kuşak etkisinin zamanla sigara kullanımı üzerinde yarattığı nesilsel değişiklikleri belirterek gözler önüne sermektedir. Yaş gruplarının nesillerin sağlığı üzerinde yarattığı etkiyi daha iyi anlamak için yaş katmanlaşması ve yaşam seyri teorileri incelenmiştir. Yaş katmanlaşması teorisi, yaş gruplarının kavramsallaştırılması için gerekli olan altyapıyı sağlamaktadır. Buna ek olarak yaş gruplarının nasıl kendi "bilinçlerini" geliştirdiğini, diğer yaş gruplarıyla nasıl etkileşim kurduğunu

ve bireysel davranışların yaşa bağlı konularda nasıl büyük çaptaki toplumsal süreçlerden etkilendiğini göstermektedir. Ancak yaş katmanlaşması teorisi, yaş grupları arasındaki önemli farklılıkları tam anlamıyla açıklamamaktadır. Kuşak etkisini açıklamak için elzem olan bu farklılıkların en önemlileri, toplumsal sınıf ve cinsiyettir.

Yaşam seyri teorisi ise yaş gruplarının sağlık üzerindeki etkisini açıklayan, sağlık sosyolojisi alanındaki başlıca kuramsal yaklaşımlardan biri haline gelmiştir. Yaşam seyri teorisi, hayatları boyunca insanların bir dizi yaş bazlı evreden ve toplumsal yapılar içinde yer alan toplumsal rollerden geçtiğini öne sürmektedir. Çocukluk döneminde ortaya çıkan sosyoekonomik dezavantajların yaşam boyunca birikerek yaşlılık döneminde sağlık açısından dezavantaj yarattığını savunmaktadır. Buna karşın sahip olunan sosyoekonomik avantajlar da yaşam boyunca birikerek yaşlılık döneminde sağlıklı bir hayat sürmeyi sağlayabilmektedir. Yaşam seyri teorisi, hayatın ileriki dönemlerine kadar belirtileri gün yüzüne çıkmayan, erken yaşta başlamış kronik hastalıkları ve bu hastalıklara olan yatkınlığı artıran toplumsal süreçleri ve davranışları da göz ardı etmemektedir.

Eleştirel Düşünme Soruları

1. Yaş gruplarının temel özellikleri nelerdir? Bu özelliklerin rollerini açıklayınız.
2. Yaş katmanlaşması teorisinin güçlü ve zayıf yanlarını açıklayınız.
3. Yaşam seyri teorisi neden sağlık sosyolojisinde önemli bir kuramsal yaklaşım haline gelmiştir?
4. Yaşam seyri teorisi hayatın ileriki dönemlerinde başlayacak hastalıkların anlaşılmasına nasıl yardım etmektedir?
5. Yaşam seyri teorisinin iki alt kategorisi nelerdir? Bu iki alt kategori arasındaki farkları açıklayınız.

İlave Okuma Önerileri

Shanahan, Michael J., Jeylan T. Mortimer ve Monica Kirkpatrick Johnson (ed.), 2017, *Handbook of the Life Course*, New York: Springer.

Çeşitli yaşam seyri konularını ele almaktadır.

7
Toplumsal Cinsiyet

Toplumsal cinsiyet, sağlığın başlıca toplumsal belirleyicilerinden biridir. "Cinsiyet" terimi, erkek ve kadın arasındaki (anatomi, hormon ve kromozom gibi) biyolojik farklılıkları belirtirken birçok sosyoloğa göre "toplumsal cinsiyet", iki cinsiyet arasında toplumsal olarak inşa edilmiş toplumsal ve kültürel farklılıkları belirtmektedir. Toplumsal cinsiyet kavramı, cinsiyet farklılıklarının nasıl toplumsal olarak ifade edilmesi gerektiğini belirleyen toplumsal rolleri ve kuralları temsil etmektedir (Frazer, 2018: 915). Bu rollerin ve kuralların, sağlık ve ölüm açısından önemli çıkarımları bulunmaktadır.

Amerikan toplumunda toplumsal cinsiyet ve toplumsal cinsiyetin sağlık üzerindeki etkilerinin bir örneği, sigara içme

alışkanlıkları ve akciğer kanseri arasındaki bağlantı ile görülebilmektedir. 20. yüzyıl öncesinde tütün kullanımı, sadece erkeklere özgü bir pratikti. Toplumsal cinsiyet ve sigara kullanımına dair o zamanki normlar, gayet netti. Sigara içmek erkekler için toplumsal olarak kabul edilebilirken, kadınlar için kabul edilemezdi. Beyefendilerin hanımefendilerin yanındayken sigara içmemesi ve hanımefendilerin de sigara içilmesine izin vermemesi beklenmekteydi. Sigara içen az sayıdaki kadın asi, ahlak seviyesi düşük ve hafifmeşrep olarak görülmekteydi. Bir kadının sigara içmesi, doğruluk payı olsun ya da olmasın onun cinsel ilişki için müsait olduğuna işaret etmekteydi. Kadının yanındaki erkeğin sigara içmesine izin vermesi, toplumun normlarına göre "uygun" değildi. Dolayısıyla toplumsal cinsiyet, sigara içenler ve içmeyenler arasındaki çizgi niteliğindeydi. Erkekler sigara içerken kadınlar içmiyordu. Ancak bu, hikâyenin sonu değildi.

Sigara içen kadınlar, toplum tarafından 1940'lara kadar kınanmıştır. Bu süreç, o zamanın feministleri tarafından ataerkil sistemin toplumsal kontrol amaçlı dayattığı cinsiyet bazlı katı kurallar ve normların bir parçası olarak değerlendirilmekteydi (Walsh, Sorensen ve Leonard, 1995). "Saygın" kadınlar sigara içmiyordu çünkü sigara içmek, nezaketli toplumlarda toplumsal olarak kabul edilemez bir davranış olarak hor görülmekteydi. Dolayısıyla sigara, üst sınıfa mensup çok az kadın tarafından içilmekteydi. Bu kadınlar, toplumsal yaptırımlara aldırış etmeyecek kadar özgürdü. Alt sınıflarda ise durum farklıydı. Alt sınıfa mensup kadınların koruması gereken toplumsal bir saygınlığı bulunmadığından büyük bir çoğunluğu sigara içmekteydi. Kadınların sigara içmesinin toplumsal olarak yasaklanması, ataerkil sistemin bir dayatması olsa da bunun sağlık açısından sağladığı fayda, yadsınamazdı. Zira akciğer kanseri gibi tütün kaynaklı hastalıklar, kadınlar arasında yaygın değildi.

Bu durum, II. Dünya Savaşı'nda orduda görev yapan erkeklerin yerine kadınların sivil işgücüne katılmasıyla değişmiştir. Ev dışında bir yerde iş bulmanın bir sonucu olarak gelen eşitlik

ve bağımsızlık duygusu, sigara içen kadın sayısında büyük bir artışa yol açmıştır. Ancak tütünün kadınlar tarafından benimsenmesi, yalnızca sigara ile kalmıştır. Zira kadınların puro ve pipo içmesine ve tütün çiğnemesine karşı olan toplumsal normlar hâlâ mevcuttu ve kadınların kendileri de bu pratikleri, nahoş ve uygunsuz olduğu gerekçesiyle veto etmekteydi. Sigara içen kadın sayısı, hiçbir zaman sigara içen erkek sayısını geçmemiştir. Ancak günlük sigara tüketimi sayısı ve sigara türü bakımından kadınların sigara içme alışkanlıkları, sigara içmeye başladıkları dönemdekiyle (ergenlik dönemi) benzer olarak devam etmekteydi.

1950'de 100.000'de 5,8 olan kadınların akciğer kanserinden ölüm oranı, 2007'de 54,5'e yükselmiştir. Bu sayı, sigara içen önceki kuşakların hayatını kaybetmesiyle 2017'de 30,6'ya düşmüştür. Akciğer kanseri, 1961'de kadınların ölüm nedenlerinde sekizinci sıradayken 1986'ya gelindiğinde birinci sıraya yükselmiştir. Günümüzde de liderliğini korumaktadır. Akciğer kanserine bağlı ölümler, günümüzde kadınlardaki kanser ölümlerinin %25'ini oluşturmaktadır. Bu yükselişin nedeni, sigara kullanımının en yaygın olduğu, yaşlanmakta olan kadın yaş gruplarına atfedilmektedir. Bu kuşaklarda bulunan kadınların birçoğunun sigara alışkanlıkları sebebiyle erken yaşta hayatını kaybetmesiyle kadınların akciğer kanserinden ölüm oranında azalma başlamıştır.

Bu bölümün amacı, toplumsal cinsiyetin sağlık ve hastalık konusunda nasıl yapısal bir belirleyici olarak rol oynadığının incelenmesidir. Cinsiyetin temel niteliklerinin kökeni biyolojik olsa da cinsiyetin toplumsal bir değişkene dönüşmesi, toplumsal sonuçların yorumlanması açısından kavrama açıklayıcı bir güç vermektedir. Yaş ve ırk gibi cinsiyet de insanları, taşıdıkları biyolojik niteliklere göre farklı toplumsal kategorilere yerleştiren bir tabakalaşma biçimidir. Toplumsal cinsiyetin sağlık konusunda nedensel bir faktör olarak oynadığı rol, alttaki kısımlarda ele alınacaktır.

Toplumsal Cinsiyet Sağlığı ve Ölüm Paradoksu

Kadınların en uzun süreli yaşadığı yerler Japonya, Avrupa, Kuzey Amerika ve Avustralya'dır. Bu yerlerde kadınlar, ortalama olarak 80 yıllık bir yaşam süresine sahiptir ve genel olarak erkeklerden 5-7 yıl daha fazla yaşamaktadır. Ancak geçmişteki sosyalist ülkelerde bu fark, çok daha fazlaydı. Örneğin 2016'da Rusya'da kadınlar, erkeklerden ortalama 10,6 yıl daha fazla yaşamaktaydı. 2009'da bu fark, 12,1 yıldı. Buradaki paradoks, kadınların erkeklerden daha fazla hasta olup da erkeklerden daha uzun yaşamasıydı (Cockerham, 2017b). Bu yüzden kadınlar ortalama olarak erkeklerden daha uzun yaşasa da yaşamları boyunca erkeklere kıyasla daha kötü hissetmektedirler.

Egzersiz dışında kadınlar, erkeklere kıyasla daha sağlıklı yaşam tarzlarına sahiptir. Kadınlara kıyasla erkekler daha az hastalanma oranına sahiptir, doktora daha az gitmektedir ve genelde kadınlar kadar uzun yaşamamaktadır. Erkeklerde ayrıca madde bağımlılığı, alkol tüketimi, sigara kullanımı ve sağlıksız beslenme düzeni daha çok görülmektedir. Bunun yanı sıra erkekler, tehlikeli işlerde daha çok çalışmaktadır ve yakalandıkları rahatsızlıkların ve kronik hastalıkların hayati tehlike oluşturma olasılığı daha yüksektir. Dolayısıyla toplumsal cinsiyetin sağlık meselelerindeki rolü, çok önemlidir.

Ancak ortalama yaşam süresindeki cinsiyet farklılıklarını düzenleyen toplumsal koşullar gibi bu kalıba uymayan istisnalar da mevcuttur. Bu istisnai durumlar Afganistan, Bangladeş, Hindistan, Nepal ve Pakistan gibi Güney Asyalı ülkelerde ve Nijerya, Gine Bissau ve Nijer gibi Afrika uluslarında görülmektedir. Bu bölgelerde yaşayan kadınların ortalama yaşam süresi bakımından erkeklere kıyasla büyük bir avantajı (aradaki fark 1-3 yıldır) bulunmamaktadır. Afrikalı bir ülke olan Svaziland'da ise erkekler, kadınlardan daha fazla yaşamaktadır. Beslenme eksiklikleri, değersiz sosyal statü ile ilişkilendirilen dezavantajlar ve sağlık hizmetine erişememe gibi nedenler, kadınların ortalama yaşam süresini kısaltan başlıca faktörlerdir. İngiliz sağlık sosyoloğu Ellen Annandale'a (2016: 100) göre

"Kadınların uzun yaşam süresi bakımından bazı biyolojik avantajlara sahip olmasına rağmen ülke çapındaki bu farklılıklar, bu avantajların yaşam koşulları tarafından kolayca hükümsüz kılınabileceğine işaret etmektedir".

Bedensel ve Zihinsel Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Farklılıkları

Kadınların sağlık ve uzun ömür bakımından sahip olduğu avantajlar, erkeklere kıyasla kadınlarda yaygın olarak görülen sağlık sorunlarından anlaşılabilmektedir. Kadınların bulaşıcı, paraziter, sindirim sistemi ve solunum sistemi rahatsızlıkları gibi akut hastalıklara yakalanma oranı daha yüksektir. ABD'de kadınların hamileliğe bağlı olmayan akut hastalıklara yakalanma oranı, erkeklere kıyasla 11 kat daha fazladır. Erkeklerin kadınlardan daha fazla yakalanma oranına sahip olduğu tek akut sağlık sorunu, akut yaralanmalardır. Hipertansiyon, tiroit, kansızlık ve safra kesesi sorunlarının yanı sıra kronik enterit ve kolit, migren, artrit, diyabet, üriner sistem hastalıkları ve bazı cilt hastalıkları gibi kronik rahatsızlıklar da kadınlarda daha çok görülmektedir. Kalp hastalıkları, AIDS, gut, amfizem ve uzuv kaybı gibi sağlık sorunları ise daha çok erkeklerde görülmektedir. Ayrıca en genç ve en yaşlı dönemlerde kansere yakalanma oranı erkeklerde daha fazlayken 20-55 yaş arasında en çok kanser vakası, kadınlarda görülmektedir. Ancak erkeklerin kanserden ölme olasılığı, kadınlara kıyasla daha yüksektir. Bu hastalıkların ve oranların ortaya koyduğu tabloya göre kadınlarda (diyabet hariç) yaygın olarak görülen hastalıklar, başlıca ölüm nedenleri arasında değildir. Erkeklerin yaşadığı sağlık sorunları ise kadınlara kıyasla daha sık ölümle sonuçlanmaktadır. Kadınlar da en nihayetinde erkeklerle (kalp hastalıkları, kanser ve felç gibi) aynı nedenlerden hayatlarını kaybetmektedir ancak bu, hayatlarının çok ileriki kısımlarında olmaktadır.

Zihinsel sağlık konusunda da cinsiyetler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Cinsiyet bazında yaygın olarak

görülen akıl hastalıkları üzerine yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde (1) şizofreni oranlarında cinsiyet bazında tutarlı bir farklılıktan söz etmenin mümkün olmadığı, (2) depresif ve anksiyete bozukluklarının kadınlarda daha yaygın olduğu ve (3) kişilik bozukluklarının erkeklerde daha yaygın olarak görüldüğü ortaya çıkmaktadır (Cockerham, 2017a). Buna ek olarak madde kullanımına bağlı rahatsızlıklar erkeklerde daha yaygın olarak görülürken bunama, kadınlarda daha çok görülmektedir. Farklı yaş grupları, coğrafi konumlar, toplumlar ve kültürlerde görülen bu farklılıklar, uzun zamandır var olmaktadır. Mesela dünyanın hiçbir ülkesinde erkekler, kadınlardan daha çok depresif rahatsızlık yaşamamaktadır (Hopcroft ve Bradley, 2007).

Önceden araştırmacılar, akıl hastalıkları oranları açısından erkekler ve kadınlar arasında herhangi bir fark olmadığını düşünmekteydi. Ancak bu görüş, ABD'de ülke çapında yapılan çeşitli çalışmaların erkeklere kıyasla kadınların akıl hastalığına yakalanmaya daha yatkın olduğunu göstermesiyle değişmiştir (Rosenfield, Kato ve Smith, 2017; Rosenfield ve Mouzon, 2013). Örneğin Ulusal Eştanı Araştırması'na (NCS) göre akıl hastalıkları, erkeklere kıyasla kadınlarda ömür boyunca daha yaygın olarak görülmektedir. Toplanan güçlü kanıtlar, ülke tarihindeki her dönemde akıl hastalıklarının kadınlarda daha yaygın olarak görüldüğünü ortaya çıkarmaktadır. Cinsiyetler arasındaki bu farklılıkların erkeklerin eksik beyanlarına değil, gerçek verilere dayandığı belirtilmektedir (Rosenfield ve Mouzon, 2013; Taylor ve Turner, 2001).

Bu farklılıkların bir nedeni de biyolojik; yani fizyolojik ve genetik varyasyonlardan kaynaklanmaktadır. Biyolojik farklılıkların önemli olduğu aşikâr olsa da Sara Arber ve Hilary Thomas'a (2005) göre Birleşik Krallık'ta bu farklılıklar, sadece biyoloji ile açıklanamamaktadır. Zira biyoloji, ölüm oranları bakımından erkekler ve kadınlar arasında yaşanan değişiklikleri açıklayamamaktadır. Ölüm oranlarında erkekler ve kadınlar arasındaki uçurum, topluma göre küçülüp büyüyebilmektedir

ve biyolojinin bununla hiçbir ilgisi yoktur. Arber ve Thomas, toplumsal rollerin ve ilişkilerin, risk alma davranışlarının, çalışılan işin ve bilhassa da toplumsal yapısal değişkenlerin cinsiyetçi doğasının yaşam süresinde yaşanan değişiklikleri açıklamada biyolojiden daha önemli olduğunu ileri sürmektedir. Gorman ve Read'in (2006: 96) de vurguladığı gibi ABD'deki sağlık sosyologları, erkekler ve kadınlar arasındaki fizyolojik farklılıklara odaklanan biyomedikal araştırmanın "sosyal bir inşa olarak toplumsal cinsiyetin erkeklerin ve kadınların bedensel sağlığına olan etkisini göz ardı ettiğini" uzun zamandır savunmaktadır. Kanada'da Barbara Murphy, *Why Women Bury Men* [Kadınlar Neden Erkekleri Gömer] (2004) isimli kitabında kadınlar ile erkekler arasındaki yaşam süresi farkının belirlenmesinde sigara kullanımı, aşırı alkol tüketimi, kötü beslenme, spor yapmama ve dikkatsiz araba kullanma gibi erkeklerin sahip olduğu yaşam tarzı pratiklerinin biyolojik faktörlere göre daha etkili olduğunu öne sürmüştür. Rusya'da yapılan araştırmalar ise ölüm oranları bakımından erkekler ve kadınlar arasında bulunan uçurumun nedeninin erkeklerin sahip olduğu, küfelik olana kadar içmek gibi sağlıksız yaşam tarzı pratikleri olduğunu belirtmektedir (Cockerham, 2012; Grigoriev vd, 2014; Gugushvili vd, 2018).

Sağlık Pratiklerinde Toplumsal Cinsiyet Farklılıkları

Bedensel ve zihinsel sağlık açısından kadınlar ve erkekler arasında devamlı olarak bulunan farklılıklar, toplumsal cinsiyetin önemini gözler önüne sermektedir. Peki, toplumsal cinsiyetin sağlığın ve hastalığın üzerinde kolektif nedensel bir etkisi olduğu da gösterilebilir mi? Bu soruyu cevaplamanın bir şekli, sağlıksal yaşam tarzlarının incelenmesidir. Kadınların erkeklere kıyasla daha sağlıklı yaşam tarzlarına sahip olduğunu biliyoruz. Kadınlara kıyasla erkeklerde sigara içme, aşırı alkol tüketme ve madde bağımlılığı gibi alışkanlıklar daha yaygın olmakla birlikte erkekler, kadınlara göre daha çok spor yap-

maktadır. Kadınlar daha az et ve daha fazla taze sebze ve meyve tüketmeye yatkın olduğundan erkeklere kıyasla daha sağlıklı beslenme alışkanlıklarına sahiptir. Ayrıca kadınlar, önleyici bakım ve rutin fiziksel check-up yaptırmak için daha sık doktor ziyaretinde bulunmaktadır. Elbette kadınların daha sağlıklı yaşamasına ilişkin istisnai durumlar bulunsa da toplumsal cinsiyet bağlamında sağlıksal yaşam tarzları için şu, rahatlıkla söylenebilmektedir: erkeklere kıyasla kadınlar, kolektif olarak daha olumlu günlük sağlık pratiklerine sahiptir.

Bourdieu'nun (1984) çalışmasından faydalanan yazar (Cockerham, 2005, 2013b), sınıfsal konumun ve toplumsal cinsiyet gibi diğer yapısal değişkenlerin, sağlıksal yaşam tarzlarının toplumsallaşma ve deneyim aracılığıyla ortaya çıkmasına toplumsal bir bağlam sağladığını belirtmektedir. Çocukluk döneminden itibaren kadınlar, erkeklere kıyasla daha sık doktor ziyaretinde bulunmaktadır ve bedenlerine iyi bakmak için toplumsallaşmaktadır. Bu, sürekli olarak yapılan meme muayeneleri ve pap smear testlerinden de görülebilmektedir. Dolayısıyla bir evde bulunan kadınların sayısı, o evde ne kadar doktor ziyareti yapıldığını da belirlemektedir. Yani bir evde ne kadar kadın varsa, doktor hizmetine olan talep de o kadar fazladır. Bütün bunların hepsi, kadınların bireysel davranışlarından ziyade kadınlar arasında yaygın olan normlara dayalı, cinsiyetçi normatif sağlık davranışı kalıplarını yansıtmaktadır.

Kadınların çocuk doğurması da bu bağlamda önemlidir çünkü hamilelikleri sırasında kadınlar, sağlıklı yaşam tarzı pratiklerini benimsemekte ve sürdürmektedir. Doğum yaptıktan sonra da genellikle bu pratikleri uygulamaya devam etmektedirler. Bu, erkeklerin deneyimlemediği ve kadınlara özgü olan bir başka şeydir. Bir başka değişken ise kadınların ailelerde geleneksel olarak bakıcı rolünü üstlenmesidir. Bu sebeple kadınlar, çocuklarına ve ilgilerine ihtiyaç duyan diğer aile üyelerine bakmak için sağlıklı olmaya çabalamaktadır. Sigara içmek, alkol kullanmak, sağlıksız gıdalar tüketmek, madde bağımlılığı ve buna benzer kendilerinin ve çocuklarının

sağlığını tehlikeye atacak diğer davranışlar, sorumlu annelerde nadiren görülmektedir.

Patricia Drentea ve Jennifer Moren-Cross (2005), çağdaş yaşamın kadınların daha ziyade ev dışında çalıştığı, doğum oranlarının düştüğü, muhitlerde daha az çocuğun ve genç annenin bulunduğu ve dolayısıyla geçmişteki gibi çocuk dostu sosyal destek ağlarının olmadığı, yetişkin merkezli bir sistem olduğunu gözlemlemiştir. Drentea ve Moren-Cross (2005: 921), şu ifadeleri kullanmaktadır: "Bugünün kadınları, çocuk doğurma ve büyütme sürecine önceki kuşaklar gibi aşina değildir." Eskisi gibi çocuk doğurma konularında uzman olan komşular bulunmadığından bu konudaki tavsiye görevini doktorlar ve "uzmanlar" üstlenmiştir. Genç annelerin sosyal izolasyonuna karşın araştırmacılar, çocuk doğumu ile ilgili bilgilerin paylaşıldığı internet sitelerinin yaygınlaştığını belirtmektedir. Bu internet siteleri, annelik bağlamında sanal gerçeklikte duygusal ve araçsal destek sağlayan kadın topluluklarının yaratılmasını sağlamaktadır. Elbette bu, sosyal sermaye biçiminde gerçekleşmektedir. Drentea ve Moren-Cross'a (2005: 938) göre internet siteleri, "kadınsı bir düşünme kaynağı yaratmıştır. Böylelikle meydana gelen kadın topluluğu, eril sağlık kurumlarının sahip olduğu gücü azaltmaktadır."

Kadınların sağlıkla ilgili durumlarla baş etmek için kendileriyle aynı düşünceleri paylaşanlarla (internet ortamında da olsa) oluşturduğu topluluklar, erkekler ve kadınlar arasındaki temel bir farkın altını çizmektedir. Kadınlar, erkeklere kıyasla sağlıklarına daha çok özen göstermekte ve erkekler de dahil olmak üzere diğer aile üyelerinin sağlığını da gözetmektedir. Erkekler sağlıkları konusunda ihtiyatlı değildir ve kendilerine bakmaları ve hasta olduklarında tıbbi yardım almaları konusundaki sorumluluk, genellikle eşlerine ait olmaktadır. Spor yaralanmaları, kellik, cinsel iktidarsızlık ve açıklanamayan ağrılar dışında erkekler, genellikle doktora gitmek istememektedir.

Erkekler ayrıca kadınlara oranla daha çok riskli davranışlarda bulunmaktadır (Cockerham, 2006b, 2018). Avustralyalı

sağlık sosyoloğu Deborah Lupton'ın (1999) da yıllar önce gözlemlediği gibi risk almak, cinsiyetçi bir performanstır. Lupton'ın bundan kastettiği, bilhassa gençlik dönemleri ve 20'li yaşlar olmak üzere erkeklerin risk alma olasılığının kadınlara kıyasla çok daha fazla olmasıdır. Sarhoş olma, madde kullanımı, erken yaşta cinsel ilişkiye girmek, hızlı araba sürmek, küçük çaplı hırsızlık yapmak, etrafa zarar vermek, lunaparktaki hız trenlerinde ayakta durmak ve benzeri davranışların hepsi, genç erkeklerde bulunmaktadır. Lupton'a göre genç erkeklerin böyle şeyler yapma sebepleri şunlardır: hayatlarına heyecan katma arzusu, cesaretlerini test etme isteği ve erkeklikleri ile kahramanlıklarını gösterdiğine inanmaları. Lupton, bu değerlendirmesini geniş kapsamlı bir literatür incelemesine dayandırmaktadır. Bu inceleme kızların erkeklere kıyasla kazalara yol açacak risklerden daha çok kaçındığını, çevrelerindeki diğer insanların güvenliğini daha iyi sağladıklarını, yetişkinlerin otoritesine karşı gelmediklerini, tehlike peşinde koşmadıklarını ya da diğerlerine cesaretlerini göstermekle ilgilenmediklerini belirtmektedir. Dolayısıyla erkeklerin sakatlanma ya da ölümcül kaza geçirme olasılığı, kadınlara kıyasla çok daha fazladır. Hızlı araba kullanmak ve şiddet içeren sporlarda yer almak da kadınlardan ziyade erkeklerin tercih ettiği aktivitelerdir. Erkeklerin sahip olduğu yüksek ölüm oranı askerlerin, ticari balıkçıların, kerestecilerin, yüksek binalarda çalışan metal işçilerinin, polislerin ve itfaiyecilerin maruz kaldığı tehlikeli aktivitelerden kaynaklanabilmektedir. Bunların dışında kalan mesleklerin bu tarz apaçık tehlikeleri olmasa da erkekler, kadınlara kıyasla işlerinde daha agresiftir ve talepleri karşılamanın ve rekabetin yarattığı baskının çok olduğu işlerde çalışma ihtimalleri daha yüksektir. Dolayısıyla da işte stresli durumlarla karşılaşma olasılıkları daha yüksektir.

Kadınlar da çocuk yetiştirirken strese maruz kalmaktadır. Ayrıca erkeklerle benzer şekilde yüksek riskli işlerde çalıştıklarında, hırslı kadın yöneticilerin altında çalıştıklarında ve genel olarak iş hayatları boyunca baskı altında kalabilmektedirler.

Buna ek olarak kadınlar tıp, hukuk, maliye ve yükseköğrenim gibi bir zamanlar dışlandıkları uzmanlık alanlarına adım atmanın yanı sıra (inşaat işçiliği, kamyon şoförlüğü ve polis memurluğu gibi) eskiden büyük oranda erkeklerin baskın olduğu işlerde de çalışmaktadırlar. Bu esnada sağlık hizmetleri, öğretmenlik ve mağazacılık gibi ağırlıklı olarak kadınların çalıştığı sektörler de gitgide genişlemektedir. 2018'e gelindiğinde ABD'de çalışma çağında (15-64 yaş arası) bulunan kadınların %73,1'i çalışmaktaydı. 1980'de bu sayı, %59,5 idi. Birleşik Krallık'ta ise 1980'de ev dışında çalışan kadın oranı %58,2'yken 2018'de bu oran %71,8'e yükselmiştir. Kadının evde kaldığı ve erkeğin çalışarak eşlerine finansal destek sağladığı geleneksel cinsiyet rollerinin ortadan kalktığı aşikârdır.

Bunun yerine işgücünde yer almak ve gittikçe artan sigara ve alkol kullanımı gibi kadınların sağlıksal yaşam tarzlarında yaşanan olumsuz değişimler, ölüm oranları açısından erkekler ile kadınlar arasındaki bulunan farkı azaltmaktadır. Böylelikle erkekler, sağlık ve uzun ömür konusunda kadınlara yaklaşmaktadır. Bunu destekleyen kanıtlar mevcuttur. ABD'de akciğer kanseri gibi hastalıkların ölüm oranlarında bulunan cinsiyet bazlı farklılıklar azalmakta, sabit kalmakta ya da genişlese de bu, çok yavaş bir şekilde olmaktadır (Cockerham, 2017b). Dahası 2008'de ABD'de ölüm oranları üzerine ilçeler çapında yapılan ulusal bir çalışmada 3.141 ilçenin 963'ünde yaşayan kadınların %19'unda ortalama yaşam süresinin 1983-1999 yılları arasında 1,3 yıl azaldığı görülmektedir (Ezzati vd, 2008). Genele bakıldığında 180 ilçede kadınların ortalama yaşam süresinde gözle görülür derecede bir düşüş yaşanmıştır. 783 ilçede yaşanan düşüş ise daha yavaş gerçekleşmiştir. Aynı süre zarfında erkeklerin ortalama yaşam süresinde ise sadece 11 ilçede sert, 48 ilçede de küçük dozlarda olmak üzere düşüş yaşanmıştır. Ortalama yaşam süresinde düşüş yaşanan ilçeler Derin Güney, Apalaş, Teksas ve Ortabatı'nın alt kısımlarında yer almaktadır. Bu düşüşten en çok kırsalda yaşayan düşük gelirli beyaz ve siyahi kadınlar etkilenmişti. Yani buradaki

başlıca etken ırk değil, toplumsal cinsiyettir. Erkeklerin %4'ü bundan kadınlara benzer şekilde etkilenmiştir ancak ölüm oranları, kadınlarınki kadar fazla olmamıştır.

1961 ve 1983 yılları arasında ortalama yaşam süresi açısından ülkedeki hiçbir ilçede düşüş yaşanmadığı düşünüldüğünde bu sonuç, daha da önemli bir hal almaktadır. Ortalama yaşam süresinde yaşanan bu düşüşün başlıca nedenlerinden biri, sigara içmenin kadınlarda uzun vadede yarattığı etkilerdir. Elbette yağ oranı yüksek gıdalar tüketmek ve spor yapmamak da bu düşüşün başlıca nedenleri arasında gösterilebilmektedir. 1961-1983 yılları arasında ortalama yaşam süresinde hiç düşüş yaşanmamasından çok sayıdaki düşük gelirli bölgelerde yaşanan bu düşüşe doğru gerçekleşen geçiş, bilhassa kadınlar olmak üzere dezavantajlı insanların sağlığı açısından çok sıkıntılı olmuştur (Ezzati vd, 2008: 8).

Ancak yaşanan bu düşüş, bu kadarla kalmamaktaydı. 1999-2013 yıllarını kapsayacak şekilde akabinde yapılan araştırmalar, bu düşüşün devam ettiğini göstermektedir. Ann Case ve Angus Deaton'ın (2015) çığır açıcı çalışmasına göre bilhassa 45-54 yaş aralığındaki eğitim düzeyi düşük olan Latin Amerika kökenli olmayan beyazların tüm nedenlere bağlı ölüm oranında belirgin bir artış yaşanmıştır. Eğer bu grubun oranları 1998'de olduğu gibi kalsaydı, 1999-2013 arasında yaşanan ölümlerde 96.000 civarında düşüş görülecekti. Sadece 2013'te ise 7000 daha az ölüm meydana gelecekti. Case ve Deaton, ölüm oranlarında yaşanan bu yükselişin suçlusu olarak aşırı ilaç kullanımını (özellikle reçeteli ağrı kesicilerde bulunan opioid gibi kimyasal maddelerin tüketilmesi), artan içki tüketimini ve yetişkinlerde orta yaşlarda yaşanan intiharları göstermekteydi. Case ve Deaton'a göre bu farklılık, ortalama yaşam süresinde uzun yıllar boyu yaşanan iyileşmeleri tersine çevirmiştir. Ayrıca bu durum, sadece ABD'ye özgü olmuştur. Zira refah seviyesi yüksek başka hiçbir ülkede buna benzer bir düşüş yaşanmamıştır. Bu kitap basım sürecine girerken Amerikalıların ölüm oranları hakkındaki en güncel veriler 2017 yılına aittir. 2017'deki

verilere göre her 100.000 kişiden 731,9'u ölmekteydi. 2014'te ise bu oran, 723,2 idi. Bu da işçi sınıfında, beyazlarda, kırsal alanlarda yaşayanlarda ve kadınlarda ölüm oranlarının düzenli olarak yükseldiğini göstermektedir. Case ve Deaton tarafından vurgulanan ölüm oranlarındaki artış da göz önünde bulundurulduğunda bu veriler, şaşırtıcı değildir.

Akabinde yapılan araştırmalar, uzun yaşam bağlamında iki cinsiyet arasında bulunan farkın azaldığını göstermektedir (Cockerham, 2014; Montez ve Zajacova, 2013; Olshansky vd, 2012; Wang vd, 2013). Ortalama yaşam süresindeki en büyük düşüşler eğitim seviyesi lise ve altı olan, Latin Amerika kökenli olmayan beyaz kadınlarda görülmeye devam etmiştir. Jay Olshansky ve meslektaşları (2012), 1990-2008 yılları arasında düşük eğitimli beyaz kadınların ortalama yaşam süresinin 5 yıl düştüğünü gözlemlemiştir. Bu süre zarfında lise diploması olmayan beyaz erkeklerin ortalama yaşam süresi ise 3 yıl azalmıştır. Böylelikle 2008'de liseyi bitirmemiş olan beyaz erkeklerin ortalama yaşam süresi, 1972'de ABD'de doğan erkeklerin ortalama yaşam süresiyle eşit olmuştur. Aynı şekilde eğitim seviyesi düşük beyaz kadınların da ortalama yaşam süresi, 1964'te doğan kadınlarla eşit hale gelmiştir.

Üniversite mezunu siyahiler ve Latin Amerika kökenliler, kendi ırklarında ve beyazlarda eğitim seviyesi kendilerinden daha düşük olanlardan daha uzun yaşamıştır. Buna karşın beyazlar arasındaki farklar, çok daha fazlaydı. Olshansky vd, (2012), eğitim seviyesi ve ortalama yaşam süresi arasındaki ilişkinin ırk faktörü ile karmaşık bir hal aldığını ve lisans ya da lisansüstü diplomasına sahip olmamanın beyazların ortalama yaşam süresi üzerindeki olumsuz etkisinin geçmişe oranla daha fazla olduğunu vurgulamaktadır. Sınıfsal yapının en dibinde bulunan beyazlar, en üstünde bulunanlara kıyasla ortalama yaşam süresi bağlamında ya düşüş ya da çok ufak bir oranda artış yaşamaktaydı. Daha önce de vurgulandığı gibi bundan en çok etkilenen grup, kırsal bölgelerde yaşayan düşük gelirli beyaz kadınlar olmaktaydı.

Jennifer Montez ve Anna Zajacova (2013) tarafından yapılan araştırma, lise mezunlarına kıyasla üniversite mezunu beyaz kadınların ölüm oranlarının düştüğünü ya da aynı seviyede kaldığını, lise diploması olmayan beyaz kadınların ise en çok ölüm oranına sahip olduğunu doğrulamıştır. Bu araştırmada Montez ve Zajacova, Latin Amerika kökenli olmayan beyaz kadınları mercek altına almıştır. Elde ettikleri bulgulara göre 1997-2001 yılları arasında eğitim seviyesi düşük olan kadınların ölme olasılığı, yüksek olanlara göre %37 daha fazlayken 2002-2006 yılları arasında bu oran, %66'ya yükselmiştir. Eğitim seviyesi düşük bir beyaz kadın olmak, herkesten daha az yaşamak anlamına gelmekteydi.

Bunun nedenleri incelendiğinde, (medeni hal gibi) toplumsal ve (stres gibi) psikolojik faktörler anlamında pek kanıt bulunamamıştır. Ancak (işsizlik ve düşük maaşlı işte çalışma gibi) olumsuz ekonomik faktörler ve (obezite, sigara içme ve alkol kullanımı gibi) kötü sağlık davranışları ya da yaşam tarzlarının başlıca nedenler arasında olduğu gözlemlenmiştir. Uzun süreli işsizliğin geliri, yaşam standartlarını, özsaygıyı ve kişinin hayatı üzerindeki kontrolünü etkileyerek nasıl erken ölüme yol açtığı gözler önüne serilmiştir. Buna ek olarak sigara da erken ölümün başlıca nedenlerinden biridir. Yapılan diğer araştırmalar da sigaranın eğitim seviyesi düşük beyaz kadınların yüksek ölüm oranlarına önemli katkıda bulunduğunu göstermektedir (Ho ve Fenelon, 2015).

Yapılan bütün bu çalışmaların kolektif olarak gösterdiği şey, 1980'lerin ortalarından itibaren kırsalda yaşayan düşük gelirli ve eğitim seviyesi düşük olan beyaz kadınların ortalama yaşam süresinin şaşırtıcı derecede azaldığıdır. Bunu şaşırtıcı yapan, ABD gibi varlıklı bir ülkenin ortalama yaşam süresinin yıllar geçtikçe genellikle uzamasıdır. Erkeklerin ve kadınların yaşamları, eskiden daha tahmin edilebilir bir şekilde ilerlemekteydi. Erkeklerin ve kadınların kendilerine özgü davranış biçimleri vardı. Dolayısıyla yapılan aktiviteler, hayattaki amaçlar ve ortalama yaşam süresi bakımından toplumsal cinsiyet

farklılıklarına özel bir ilgi gösterilmemekteydi. Zira erkeklerin ve kadınların neler yapacağı ya da nasıl bir yaşam süreceği, az çok tahmin edilebilmekteydi. Ancak ortaya çıkmakta olan kalıplar, ölüm oranları bağlamında Amerikalıların cinsiyet bazında daha fazla eşitliğe doğru yol aldığını göstermektedir. Bu önerme, kalp hastalığı ve diyabet gibi hayati risk içeren hastalıklarda bulunan toplumsal cinsiyet bazlı farklılıkların eskiye göre azaldığını ve sosyoekonomik statüsü düşük olan bazı kadınların ortalama yaşam süresinin kısaldığını gösteren kanıtlara dayanmaktadır (Cockerham, 2014; Ezzati vd, 2008; Montez ve Zajacova, 2013; Olshansky vd, 2012).

ABD'deki erkekler ve kadınların ortalama yaşam sürelerine dair, 1930-2017 yıllarını kapsayan veriler, tablo 7.1'de sunulmuştur. 1930-2017 yılları arasındaki dönemi kapsayan bu tablo, iki cinsiyetin de dünyaya geldikleri zamandaki beklenen ortalama yaşam sürelerini ve ortalama yaşam süresi bağlamında iki cinsiyet arasında bulunan farkı göstermektedir. Tablodaki verilere göre erkeklere kıyasla kadınların ortalama yaşam süresi bakımından 1930'da sahip olduğu 3,5 yıllık avantaj, 1970'te 7,6 yıla yükselmiştir. Ancak bu noktadan sonra aradaki fark azalmaya başlamakta ve 2009'da 4,6'ya kadar düşmektedir. 2017'ye gelindiğinde ise fark, 2005'te olduğu gibi 5,0'a çıkmıştır. Genel olarak tabloya bakıldığında kadınlara kıyasla erkeklerin ortalama yaşam süresinde 1980'den itibaren bir artış olduğu görülebilmektedir. Annandale'ye (2016) göre Kanada, Avrupa ve Avusturalya'da da benzer bir artış görülmektedir. Annandale ayrıca, kadınların sahip olduğu fazla yılları sağlıklı olarak geçirmediklerini öne sürmektedir. Annandale'ye (2016: 106) göre "biyolojik faktörlerin de göz ardı edilmemesi gereklidir ancak biyolojik faktörler, ortalama yaşam süresinde yaşanan değişikliklerin ve özellikle de ölüm nedenlerinin önemli ölçüde toplumun cinsiyetlerden beklentilerinin değişmesiyle alakalı olduğu olasılığını ortadan kaldırmamaktadır".

Tablo 7.1 Cinsiyetlere göre dünyaya gelinen zamanda ortalama yaşam süresi, ABD, 1930-2017

Dünyaya gelinen zamanda ortalama yaşam süresi						
Yıl	Hepsinde	Erkekler	Bir önceki on yıla göre erkeklerdeki artış	Kadınlar	Bir önceki on yıla göre erkeklerdeki artış	Erkek-kadın arasındaki fark
1930	59,7	58,1	-	61,6	-	3,5
1940	62,9	60,8	2,7	65,2	3,6	4,4
1950	68,2	65,6	4,8	71,1	5,9	5,5
1960	69,7	66,6	1,0	73,1	2,0	6,5
1970	70,8	67,1	0,5	74,7	1,6	7,6
1980	73,7	70,0	2,9	77,4	2,7	7,4
1985	74,7	71,1	-	78,2	-	7,1
1990	75,4	71,8	1,8	78,8	1,4	7,0
1995	75,8	72,5	-	78,9	-	6,4
2000	76,8	74,1	2,3	79,3	0,5	5,2
2005	77,4	74,9	-	79,9	-	5,0
2009	78,5	76,0	-	80,6	-	4,6
2010	78,7	76,2	2,1	81,0	1,7	4,8
2015	78,7	76,3	-	81,1	-	4,8
2017	78,6	76,1	-	81,1	-	5,0

Kaynak: Ulusal Sağlık İstatistik Merkezi 2018.

Arber ve Thomas'a (2005) göre ortalama yaşam süresi bağlamında kadınlar ile erkekler arasındaki farkın kapanmasının sebebi toplumsal cinsiyet rollerindeki değişiklikler, kadınların riskli sağlık davranışları sergilemesi ve kadınların maaşlı işgücüne katılmasıdır. Bu gelişmenin nedeni olan birincil faktör biyolojik bir değişiklik değil, toplumsal cinsiyet rollerinde yaşanan değişikliklerdir. Bu da toplumsal meselelerin sağlık konusunda ne kadar önemli olduğunu bir kez daha göstermektedir.

LGBT Sağlığı

Toplumsal cinsiyet ayrıca lezbiyen, gey, biseksüel ya da transseksüel (LGBT) olan insanların sağlığı üzerine yapılan araştırmalarda da merkezi bir rol oynamaktadır. Lezbiyenler (kadın) ve geyler (erkek ya da kadın), cinsel yönelim ve cinsel çekicilik bağlamında kendi cinsine ilgi duyarken biseksüeller, hem kendi cinslerine hem de karşı cinse ilgi duymaktadır. Transseksüel terimi ise doğduklarında kendilerine atanan cinsiyete ait hissetmeyen bireyleri ifade etmek için kullanılmaktadır (Irwin, 2014a, 2014b). Transseksüel insanlar, anatomik cinsiyetlerinin kendileriyle olan uygunsuzluğundan ciddi derecede rahatsız olmaktadır. Bu insanlara eskiden cinsiyet kimlik bozukluğu teşhisi konmaktaydı ancak Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 2013 yılında yayımlanan *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'na (DSM-5) göre bu psikolojik stres biçiminin şimdiki adı, cinsiyet disforisidir. Cinsiyet disforisi tanısı, doğduktan sonra cinsiyeti erkek olarak atanan bir bireyin kendisini erkek bedeninde bulunan bir kadın olarak tanımlaması ya da doğduktan sonra cinsiyeti kadın olarak atanan bir bireyin kendisini kadın bedeninde bulunan bir erkek olarak tanımlaması ve zamanla bu durumdan dolayı ciddi stres altına girmesi durumlarında koyulmaktadır. Yaşanan stres psikolojik olsa da stres etkenlerinin nedeni, aynı zamanda toplumsaldır. Zira kişi, kendisine atfedilen cinsiyet bazlı toplumsal rollerin kendini ait hissettiği, doğal cinsiyeti ile çeliştiğini hissetmektedir.

Toplumsal cinsiyet kaynaklı stresin bir başka muhtemel sebebi, normatif olmayan cinsellik ile ilişkilendirilmektedir. 1970'lerin sonlarında, o zaman eşcinsellik (aynı cinse ilgi duyma) olarak bilinen şey, bir akıl hastalığı olarak değerlendirilmekteydi. Fakat *Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'nın 1980 yılında yayımlanan üçüncü baskısı (DSM-III) ile tanısal bir kategori olmaktan çıkmıştır. Bu, çeşitli gey ve lezbiyen grupların başarılı lobiciliği sayesinde gerçekleşmiştir. Bu lobicilik sonucunda eşcinselliğin bir hastalık olup olmadığı, tartışmaya açık bir hale

gelmiştir. Ancak DSM-III, "diğer psikoseksüel rahatsızlıklar" kategorisine indirse de egoya uyumsuz eşcinsellik bozukluğunu tanısal bir kategori olarak tutmuştur. Bu rahatsızlık, eşcinsel olmaktan ciddi derecede stres duyan insanlara konulan bir tanıydı. Ancak artık bu da DSM'de yer almamaktadır. Bunun üzerine Amerikan Psikoloji Derneği, 1985 yılında üyelerine DSM'de ya da Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması'nda (ICD) yer alan herhangi bir tanıyı kullanmamalarını söylemiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-III'ü 1987'de revize ederek yeniden yayımlayarak bu tanıyı da kaldırmıştır. Ancak bu tanı, kısaltılmış olsa da cinsel yönelimden kaynaklı ilişki bozukluğu olarak ICD-10 Versiyon: 2020'in "diğer cinsel rahatsızlıklar" kategorisinde hâlâ bulunmaktadır.

Artık eşcinsellik, zihinsel bir hastalık olmaktan çıkmıştır. Ancak bu, aynı cinse ilgi duyanların ve biseksüel olanların psikolojik baskıdan kurtulduğu anlamına gelmemektedir. LGBT topluluklarındaki zihinsel hastalıklar hakkında bugüne kadar en çok kaynak gösterilen çalışma, Ilan Meyer'e (2003) aittir. Yaptığı geniş çaplı literatür taramasından sonra Meyer (2003: 19), şu ifadelere yer vermiştir: "Çok sayıda kanıt, 'LGB bireylerde zihinsel hastalıklar yaygın olarak görülmekte midir?' sorusunun cevabının evet olduğuna işaret etmektedir." Elde edilen kanıtları ikna edici bulan Meyer; toplumsal damgalama, önyargı ve ayrımcılığın aynı cinse ilgi duyanlar ve biseksüel azınlıklar için stresli ve saldırgan sosyal çevreler yarattığını ileri sürmektedir. Meyer'in "azınlık stresi" olarak adlandırdığı bu stres, ona göre bu bireylerin zihinsel sağlık sorunlarının temel nedenidir. Buna sebep olan stres etkenleri önyargıya ve ayrımcılığa maruz kalma deneyimi, reddedilme beklentisi ve içselleştirilmiş homofobidir (kendini damgalama). Aynı cinsle ya da biseksüel ilişkilerde bulunan insanların psikolojik baskıya maruz kalma, depresyona girme, anksiyete ve intihar etme ihtimalleri, özellikle ayrımcılığa maruz kaldıklarında heteroseksüellere kıyasla daha yüksektir (Bostwick vd, 2014;

Reczek vd, 2020; Thomeer, Reczek ve Umberson, 2015). Aynı cinse ilgi duyan insanlarda ayrıca küfelik olana kadar içmek, sigara kullanımı ve obezite görülme olasılığının yüksek olmasının yanı sıra lezbiyenlerde meme kanserine yakalanma riski yüksektir (Irwin, 2014a, 2014b). Cinsel yönelimleri sağlığın ve hastalığın toplumsal bir sebebi yapan şeyler şunlardır: (1) 1970'lerin sonlarından 1990'ların ortalarına kadar özellikle gey erkekler arasında yaygın olan, sonrasında ise siyahi heteroseksüel kadınlarda da yaygınlaşan korunmasız cinsel ilişki pratiklerinin HIV/AIDS'in yayılmasına neden olması ve (2) toplumsal damgalama, önyargı, ayrımcılık ve cinsel kimliğe yöneltilen düşmanca tavırdan kaynaklanan kronik stres etkenleri. Eşcinsel evliliğin ve eşcinsel çiftlerin evlat edinmesinin birçok ülkede yasallaşması, bazı dini mezheplerde eşcinsel bir din adamı olarak hizmet etmenin mümkün olması ve 2020 Demokrat Parti ABD başkanlığı ön seçimlerindeki güçlü adaylardan birinin gey bir erkek olması, bu konuda toplumsal bir değişimin gerçekleştiğine işaret etmektedir.

Sigaraya Başka Bir Bakış

Sigara içmek, toplumsal cinsiyet eşitliğinin bir örneği olarak göze çarpmaktadır. Bu bölümün giriş kısmında tartışılan Walsh ve diğerlerinin (1995) çalışması, toplumsal cinsiyetin sigara içme alışkanlıkları açısından ABD'de yaşanan değişimde belirleyici bir rol oynadığını göstermiştir. Daha önce de bahsedildiği gibi bu değişim, II. Dünya Savaşı sırasında çok sayıda kadının işgücüne dahil olması ve sonrasında birçoğunun sigara içmeye başlamasıyla gerçekleşmiştir. ABD'de sigara içmek, dünya çapında da olduğu gibi geleneksel olarak eril bir aktiviteydi. Sigaranın ölümcül zararlarının olduğunu gösteren güçlü bilimsel kanıtların yarattığı etkiyle ABD'deki erkeklerin 1965'te %51,2 olan sigara içme oranı, 2017'de %16'ya kadar düşerken aynı süre zarfında kadınların %33,7 olan oranı, %12,3'e düşmüştür. 1965'te toplam erkek nüfusunun yarısı ve toplam kadın nüfusunun üçte biri sigara içerken

erkeklerin oranlarında yaşanan bu hızlı düşüş, gelecekte sigara içme yüzdelerinde cinsiyet bazında bir yakınlaşma olacağının göstergesi niteliğindedir.

Erkeklerin sigara kullanım oranı, 1970'ten beri azalmaktadır ancak buna kıyasla kadınlarınkinde 1980'lerin sonlarına kadar ciddi bir azalma olmamıştır ve kadınlardaki azalma erkeklere kıyasla çok daha yavaş olmaktadır. Kadınların sigara kullanımındaki azalmanın yavaş olmasın nedeni, sigara içen yaşlı kadınlar sigarayı bıraktıkça ya da hayatını kaybettikçe genç kadınların sigaraya başlamasıdır. Böylelikle sigara içme oranlarındaki azalma süreci, baltalanmaktadır. Nüfusun geneline bakıldığında sigarayı bırakmaya karşı en dirençli olan grubun genç kadınlar olduğu görülmektedir. Beyaz erkeklerin sigarayı bırakma olasılığı, kadınlara kıyasla çok daha fazladır. Kadınların sigarayı bırakma ihtimali çok daha düşüktür ve sigara içme oranlarında cinsiyet bazında büyük yakınlaşmalar olmaktadır. Genç yaşta sigara içenler grubunu oluşturan günümüz lise öğrencilerinde düzenli olarak sigara içenlerin sayısı %5,8 düşmüştür ve bu sayı, cinsiyetler arasında eşit olarak bölünmüş şekildedir. Kadınlara kıyasla erkeklerin sigarayı bırakma olasılığı çok daha yüksektir ve sigara içme oranlarında cinsiyet bazında büyük yakınlaşmalar olmaktadır. Sigaranın yerini artık elektronik sigaralar almaktadır. Elektronik sigaranın lise son sınıf öğrencileri tarafından kullanımı 2017'de %11'ken Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri'ne göre 2019'da bu oran, %25,5'e yükselmiştir. Erkek lise öğrencilerinin %22,6'sı elektronik sigara içerken, kadın lise öğrencilerinin %18,8'i elektronik sigara içmektedir.

1970'te Birleşik Krallık'ta kadınlara oranla erkeklerin sigara içme ihtimali daha yüksekken günümüzde aradaki fark, çok azalmış durumdadır. Bunun sebebi, erkeklerin sigara içme oranında yaşanan hızlı düşüştür. İngiliz Ulusal Sağlık Hizmeti'nin 2018 yılında elde ettiği verilere göre İngiltere'de sigara içen erkek oranı %16,4'ken kadınlarda bu oran, %12,6'dır. Gençlerde kızların %3'ü, erkeklerin ise %2'si sigara içmektedir. Bu

sonuçlar, 2005'te yapılan Hane Halkı Araştırması ile farklılık göstermektedir. 2005'te yapılan bu araştırmaya göre 15 yaşında sigara içen kızların sayısı, erkeklere kıyasla çok daha fazlaydı. Sigara içme alışkanlıklarının oluşumu açısından cinsiyetin pek de fark yaratan bir role sahip olmadığı görülmektedir. Elektronik sigarayı ise İngiltere'deki öğrencilerin %25'i denemiştir. Erkek öğrencilerin %7'si ve kız öğrencilerin %5'i düzenli olarak elektronik sigara içmektedir.

Bazı kadınların sigara içmeyi tercih etme sebeplerinden biri, daha zayıf bir vücuda sahip olmaktır. Birçok toplumda zayıf vücut; çekiciliği, gençliği ve güzelliği simgelemektedir. Bu imge, kitle iletişim araçları tarafından ve erkeklerin hem gençlikte hem de yetişkinlikte zayıf vücutlu kadınları tercih etmesiyle toplum tarafından kadınlara dayatılmaktadır. Bunun üzerine bazı kadınlar, acıktıklarında iştahlarını dizginlemek ya da akıllarını yemek düşünmekten almak için sigaraya başvurmaktadır. Böylelikle bazı öğünleri sigara içerek es geçebilmekte ya da çok az yiyecek tüketip üzerine sigara içmektedirler. Her iki şekilde de hedeflenen şey, kalori ve potansiyel kilo alımını azaltmak ve böylelikle zayıf ve çekici gözükmektir.

Sigara içmenin sebebi ister kendine güven ister çekicilik olsun, sigara kullanımı bakımından toplumsal cinsiyetin geçmişte belirleyici bir yapısal değişken olduğu aşikârdır. Kadınlarda sigara içmenin kendine güven ve özgürlük ile bağdaştırıldığı ilk örneği, çok sayıda kadının 1940'larda eril normlara karşı gelerek sigara içmesiyle gerçekleşmiştir. Çekicilik ile ilişkilendirilen örneği ise kadınların zayıflığı bir çekicilik standardı olarak gören eril normlara uyarak sigara içmesiyle gerçekleşmektedir. Her iki durumda da sigara içme alışkanlığı, cinsiyet bazlı davranışlara göre şekillenmektedir. Ancak sigaranın ölüm oranlarına ettiği etkiyi vurgulayan halk sağlığı kampanyaları ve umuma açık yerlerde alınan sigara karşıtı önlemler, sigara kullanımını önemli ölçüde azaltmıştır. Böylelikle sigara kullanımındaki cinsiyet farklılıkları da azalmaktadır.

Sonuç

Bu bölümde toplumsal cinsiyet, sağlığın ve hastalığın toplumsal bir belirleyicisi olarak ele alınmıştır. Erkeklere kıyasla kadınların daha çok hasta olması ancak buna rağmen erkeklerden daha uzun yaşaması, bir cinsiyet paradoksu oluşturmaktadır. Spor dışında kadınlar, daha sağlıklı yaşam tarzlarına sahip olarak kendilerine daha iyi bakmaktadırlar. Kadınlar (her zaman olmasa da) genellikle daha sağlıklı beslenmekte, daha az alkol tüketmekte, daha az sigara içmekte ve daha çok doktor ziyaretinde bulunmaktadır. Erkekler ise daha az hasta olmakta, kontrollerde genellikle daha sağlıklı çıkmakta, daha az doktor ziyaretinde bulunmakta ve çoğunlukla kadınlardan daha kısa yaşamaktadır. Erkeklerde ayrıca madde ve alkol bağımlılığı ile sigara kullanımı daha çok görülürken daha sağlıksız beslenmekte, daha tehlikeli işlerde çalışmakta ve hayati tehlikesi olan kronik hastalıklara daha sık yakalanmaktadırlar. Akıl sağlığı açısından ise kadınlar, erkeklere kıyasla daha çok psikolojik baskı altında kalmaktadır. Depresif ve anksiyete bozuklukları ile bunama gibi ciddi akıl hastalıkları, kadınlarda daha çok görülmektedir. Kişilik bozuklukları ve madde kullanımına bağlı rahatsızlıklar ise erkeklerde daha yaygın olarak görülmektedir.

Toplumsal faktörlerin rolünü gösteren bir başka şey de uzun yaşam bağlamında cinsiyetler arasında bulunan farkın azalmasıdır. 1970 ve 2017 yılları arasında erkekler, kadınlar ile aralarında ortalama yaşam süresi açısından bulunan farkı 2,6 yıl azaltmıştır. Bu gelişmenin gerçekleşmesini sağlayan başlıca faktörlerden biri, lise diploması bulunmayan, Latin Amerika kökenli olmayan beyaz kadınların ortalama yaşam süresinde yaşanan düşüştür. Ortalama yaşam süresi değişikliklerinden en çok etkilenenler, kırsalda yaşayan düşük gelirli beyaz kadınlar olmuştur. Şehirlerde yaşayan varlıklı kadınlara kıyasla bu kadınlar, ortalama yaşam süresi bağlamında ya düşüş ya da çok ufak bir oranda artış yaşamaktaydı. İşsizlik ve düşük maaşın yanı sıra sigara, alkol ve opioid bağımlılığı ile obezite gibi pratiklerin bulunduğu sağlıksız yaşam tarzları da önemli

birere etken olmaktadır. HIV/AIDS'in yayılmasına neden olan korunmasız cinsel ilişki pratiklerine maruz kalmanın yanı sıra toplumsal damgalama, önyargı ve ayrımcılıktan kaynaklanan kronik strese maruz kalan LGBT topluluklarının yaşadığı sağlık sorunları göz önünde bulundurulduğunda toplumsal cinsiyetin de ne kadar önemli bir faktör olduğu ortaya çıkmaktadır.

Eleştirel Düşünme Soruları

1. Kadınlar neden ortalama olarak erkeklerden daha uzun yaşamaktadır? Bunda hangi toplumsal faktörlerin nedensel bir rolü bulunmaktadır?
2. Ortalama yaşam süresinde görülen cinsiyet paradoksu nedir?
3. Erkekler ve kadınların sigara içme alışkanlıkları arasındaki farklılıkları oluşturan şey, hâlâ toplumsal cinsiyet midir? Açıklayınız.

İlave Okuma Önerileri

Annandale, Ellen, 2016, "Health Status and Gender", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 97-112, Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Cinsiyete bağlı yaşanan toplumsal değişimin karmaşıklığının yanı sıra sağlık ve hastalık ile olan ilişkisini ele almaktadır. Ayrıca belirli ülkeler bazında erkekler ve kadınlar arasındaki değişen ölüm oranları ve hastalık kalıplarını incelemektedir.

Irwin, Jay A., 2014, "Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Stress", *Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior and Society*, William Cockerham, Robert Dingwall ve Stella Quah (ed.), 1288-90, Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Cinsel azınlıkların maruz kaldığı stres etkenlerini incelemektedir.

8
Irk ve Etnik Köken

Günlük hayata etkisi biyolojik olmaktan ziyade toplumsal olduğundan, birçok sosyoloğa göre ırk, sosyal bir inşadır. Irkı sosyal bir inşa yapan şey, "ırkı" tanımlamak için kullanılan niteliklerin biyolojik determinizmin ya da doğa kanunlarının bir biçimi olmaktan ziyade insanların kendileriyle ve diğer insanlarla ilgili yaptığı tercihler olmasıdır (Cornell ve Hartmann, 2007). Tüm insanların anatomisi ve fizyolojisi aynıdır. Ayrıca insanların sahip olduğu biyolojik benzerlikler, farklılıklara göre çok daha fazladır. Buna rağmen ırksal farklılıklar hakkında üretilen toplumsal inançlar, insanların adil olmayan bir tutuma maruz kalmasına neden olmaktadır. Bu tarz inançlar, genellikle ırksal hiyerarşilerin sosyal olarak inşa edilmesiyle sonuçlan-

maktadır. Bu kurgusal hiyerarşilerde belli ırklar, diğerlerine göre ahlak, zekâ, kültür ve değerler gibi kategoriler açısından öznel bir biçimde üstün olarak nitelendirilmektedir. Bu tür bir sosyal inşacılık ırkçılığı, belli ırkların diğerlerine kıyasla daha değerli olacağı şekilde kurgulamaktadır. Hem de bunu insanların genellikle aynı biyolojik nitelikleri taşımasına ve dış görünüşün karaktere ya da kişisel özelliklere hiçbir etkisinin olmamasına rağmen yapmaktadır.

Irkın sahip olduğu anlam, insan fizyolojisinden ziyade tamamen sosyal olarak inşa edilmiş algılardan ve tanımlardan oluşmaktadır. Elbette bu, ırkın dayanağının biyoloji olmadığı anlamına gelmemektedir. Zira ırk, tamamıyla biyolojik etkenlere dayanmaktadır. İnsanların farklı boylarda ve renklerde olması, yalnızca biyolojik faktörlerden kaynaklanmaktadır. Ancak sağlık bağlamında ırk kavramı, sadece biyolojik bir mesele değildir. Daha ziyade ırk kavramı, başta ten rengi olmak üzere fiziksel özelliklerin coğrafi konum ve ayrımcılık gibi birden fazla toplumsal, kültürel, ekonomik ve siyasi koşullar ile ilişkilendirilerek insan sağlığına etki etmesi anlamına gelmektedir (Bradby ve Nazroo, 2016; Monk, 2015). Dolayısıyla ırk, bilhassa sınıfsal konum ile olan yakın ilişkisi bakımından sağlık konusunda belirleyici bir nedensel rol oynayan, yapısal bir faktör niteliğindedir. Sağlığa yaptığı etki bakımından sınıfın ırka göre çok daha önemli olduğu, su götürmez bir gerçektir (D. Williams ve Sternthal, 2010). Ancak sınıf ile ırkın birleşmesinin yarattığı etki, çok daha fazla olmaktadır.

Irk, kişinin fiziksel nitelikleri anlamına gelmektedir. Kişinin ırksal statüsünü belirleyen en güçlü faktör, ten rengidir. Ten rengine ek olarak saç, göz rengi ve yüz özellikleri de ırk statüsü bağlamında belirleyici rol oynamaktadır. Etnik köken ise ırktan ziyade genel olarak kültüre dayanmaktadır. Farklı etnik gruplar aynı ırka ya da toplumda azınlık olan başka bir ırka mensup olabilmektedir. Sahip oldukları kültür, dil, din, coğrafi köken ve gelenekler, etnik grupları birbirinden ayırmaktadır. Bazı insanlar, etnik grupları ve ırkları hiyerarşik

olarak sınıflandırmaktadır. Bu, hiyerarşide altta bulunanların adil olmayan bir tutuma maruz kalmasına neden olmaktadır. Maruz kaldıkları bu tutum hayat kalitelerini, sağlıklarını ve yaşam sürelerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Dolayısıyla sosyolojik bir perspektiften bakıldığında ırk ve etnik köken, biyolojik ve/veya kültürel olarak farklı olan grupların toplumsal olarak anlamlandırıldığı ve tanımlandığı anlamına gelmektedir (Bradby ve Nazroo, 2016). Irk kavramı, tarih boyunca kölelik ile ilişkilendirilmiştir. Avrupa, Afrika ve Amerika kıtası arasındaki sömürgeci ilişkilerin temelini oluşturan ırkçı ideolojinin işlevi, bireyler ve sosyal kurumlar tarafından hakir olarak tanımlanan insanların gördüğü adaletsiz muameleyi meşrulaştırmaktı (Oliver ve Muntaner, 2005). "Etnik grup" terimi ise daha yakın bir tarihte ortaya çıkmış ve sağlık üzerine ABD'de yapılan sosyolojik çalışmalardaki yeri, henüz ırk kadar sağlamlaşmamıştır. Her ırka mensup olabildiklerinden dolayı Latin Amerika kökenlilerin ABD'deki ırkçı sınıflandırmaları karıştırabileceği düşünülmüş olabilir ancak paylaştıkları ortak dil ve kültürden dolayı aslında sadece tek bir "Latin Amerika kökenli" ırksal azınlık kategorisini oluşturmaktadırlar. Hem "siyahi" ve hem de "beyaz" kategorileri, Latin Amerika kökenli olmayanlardan oluşmaktadır. Birleşik Krallık'taki sosyolojik araştırmalarda ise "ırk" teriminden ziyade etnik gruplara odaklanılmaktadır.

Etnik Köken

Etnik grupların ulusal kökeni, dinî inançları, kültürel ve dilsel mirası farklı olduğundan bu gruplar üzerinde sosyolojik çalışmalar yapmak, çetrefilli olabilmektedir. Bu durum özellikle ABD ve Kanada'nın yanı sıra Birleşik Krallık, Fransa ve Almanya gibi çok etnik yapılı Avrupa toplumlarında görülmektedir. Hemen hemen her ülkede çeşitli etnik gruplar bulunmaktadır. Buradaki mesele, etnik yapıyı doğru şekilde kavramsallaştırmaktır. Zira etnik grupların tanımları, zamanla değişebilmekte ve ülkelere göre farklılık göstermektedir. Örneğin Birleşik

Krallık'taki etnik kimlikler İngiltere, Galler, İskoçya ve Kuzey İrlanda arasında çeşitlenmektedir. Dolayısıyla etnik kökenin sağlığa olan etkisi, henüz net olarak belirlenememiştir.

Etnik köken, sağlık sonuçlarının öngörülmesi adına sağlık sosyolojisinde yapılan çalışmalarda ırk kadar önemli bir faktör değildir. Hatta araştırma konusu etnik köken ile direkt olarak ilgili değilse, günümüzde ABD'de yapılan araştırmalarda neredeyse hiç kullanılmamaktadır. Yine de ABD'de etnik gruplar üzerine yapılan birkaç klasik çalışma vardır. Bunlardan biri, Irving Zola'nın (1966) Boston'daki iki farklı hastanede tedavi gören İrlanda, İtalyan ve Anglosakson kökenli hastaların belirtilerini ifade ettiği farklı şekilleri karşılaştırdığı çalışmadır. Bir başka çalışma ise Mark Zborowski'nin (1952) New York City hastanesinde tedavi gören Yahudi, İtalyan ve "eski Amerikalı" hastaların acıya verdiği tepkiler üzerine yaptığı araştırmadır. Etnik köken ve sağlık üzerine araştırmalar, Birleşik Krallık'ta çok daha yaygın olarak yapılmaktadır.

Karlsen ve Nazroo'nun (2002) Asyalılar, Afrikalılar, Bangladeşliler, Hintliler ve Pakistanlılar üzerine yaptığı çalışma, bu alandaki önde gelen çalışmalardan biridir. Bu çalışmada Karlsen ve Nazroo, sınıfsal değişkenlerin ve ırk ayrımcılığının sağlık sonuçlarına önemli ölçüde etki ettiği sonucuna varmıştır. Etnik azınlık gruplarında bulunup alt sınıfa mensup olan, ırkçı tacizlere maruz kalan ve patronları tarafından ayrımcılığa uğrayan insanların sağlığı, etnik azınlık gruplarında yer alıp da bu deneyimleri yaşamayan insanlara kıyasla çok daha kötüdür. Helen Cooper (2002) tarafından Birleşik Krallık'ta yaşayan Pakistanlılar ve Bangladeşliler üzerinde yapılan bir başka çalışmada cinsiyet ve sınıf bazlı sosyoekonomik farklılıkların sonucunda en çok hastalık oranına sahip olanların sosyoekonomik durumu dezavantajlı olanlar olduğu belirtilmektedir. Genel olarak bakıldığında etnik kökenin yapısal bir değişken olarak sağlığa etkisi, yok denecek kadar azdır. Bunun bir istisnası, kültürel nüanslar ile ilgili olan etnik temelli inançları ve pratikleri tanımlarken yaşanmaktadır. Bu da bahsi geçen

inançların ve pratiklerin toplumsal sınıf ile bağlantılı olmadığı durumlar için geçerlidir.

ABD'deki ırksal azınlıkların diğer gruplara göre daha sağlıksız olduğu göz önünde bulundurulduğunda ırk, sağlık konusunda çok güçlü bir nedensel faktörmüş gibi gözükmektedir. Ancak durum tamamen bundan ibaret olsaydı insanların sağlıksız olmasının sebebi, direkt dış görünüşleriyle ilişkilendirilirdi. Bu, mümkün değildir. Daha önce de vurgulandığı gibi ırk, biyolojik olarak kişinin fiziksel görünüşüne (ten rengi, saç, göz rengi vb) atıfta bulunmaktadır. Fakat (Afrikalı Amerikalılarda görülen orak hücreli anemi gibi) az sayıda görülen genetik hastalıklar dışında ırkın sağlık konusunda önemli bir role sahip olduğunu gösteren tutarlı kanıt bulunmamaktadır. Daha ziyade toplumsal, ekonomik, kültürel ve siyasi değişkenlerin bir araya gelerek sağlığa ırksal açıdan etki etmesi, ırk faktörünü önemli kılmaktadır. Biyolojik olmayan bu değişkenler ayrımcılık yapmak amacıyla ırksal azınlıklara uygulandığında, buna maruz kalan insanların sağlıklı bir yaşam sürmek için sahip oldukları olanaklar iyice azalmaktadır.

Tablo 8.1 Cinsiyet, ırk ve etnik kökene göre dünyaya gelinen zamanda ortalama yaşam süresi, ABD, 2017

	Erkekler	Kadınlar
Latin Amerika kökenli olmayan beyazlar	76,1	81,0
Latin Amerika kökenli olmayan siyahiler	71,5	78,1
Latin Amerika kökenliler	79,1	84,3

Kaynak: Ulusal Sağlık İstatistik Merkezi 2018.

Ancak halihazırda var olan istisnalar ve çelişkiler dolayısıyla ırk ve sağlık arasındaki toplumsal bağ da o kadar net değildir. Örneklendirmek gerekirse; genellikle daha düşük bir sosyal statüye sahip olan Latin Amerika kökenliler, Latin Amerika kökenli olmayanlara kıyasla daha sağlıklıdır. Tablo 8.1'de ABD'de 2017 yılında bulunan en kalabalık üç

ırk grubunun cinsiyet, ırk ve etnik köken temelli ortalama yaşam süreleri gösterilmektedir. Tablodaki verilere göre Latin Amerika kökenli erkekler ve kadınlar, Latin Amerika kökenli olmayan beyaz ve siyahi erkek ve kadınlara göre daha uzun yaşamaktadır. Ortalama yaşam süresi en uzun olan grup Latin Amerika kökenli kadınlarken (84,3 yıl) en kısa olan ise Latin Amerika kökenli olmayan siyahi erkeklerdir (71,5 yıl). Aradaki bu farkın başlıca nedeni, yoksulluktur. Yoksulların büyük bir çoğunluğunu siyahiler oluşturmaktadır ve ırka bakılmaksızın ölüm oranı en yüksek olan grup, yoksullardır (Olshansky vd, 2012).

Tüm ırklara mensup insanların 2017'deki başlıca ölüm nedenleri tablo 8.2'de gösterilmektedir. Ortalama yaşam sürelerine bakıldığında Latin Amerika kökenli olmayan siyahilerin her 100.000 kişide 881,1 ölüm oranı ile en yüksek yaşa dayalı ölüm oranına sahip olması, şaşırtıcı değildir. İkinci sırada Latin Amerika kökenli olmayan beyazlar (755,0), üçüncü sırada Kızılderililer/Alaska yerlileri (587,5), dördüncü sırada Latin Amerika kökenliler (524,7) ve son sırada da Asyalılar/Pasifik Adaları'nda yaşayan yerliler (393,6) vardır. Tablo 8.2'deki verilere göre Latin Amerika kökenli olmayan siyahiler akciğer hastalığı, kazalar ve intihar dışında kalan her bir ölüm nedeni kategorisinde en yüksek ölüm oranına sahip grup olmaktadır. Akciğer hastalığı, kazalar ve intihardan kaynaklı ölüm oranında başı, Latin Amerika kökenli olmayan beyazlar çekmektedir. Karaciğer hastalığı ve sirozdan kaynaklı ölüm oranında ise başı, Kızılderililer/Alaska yerlileri çekmektedir. Tabloda en çok göze çarpan veriler Latin Amerika kökenli olmayan siyahilerin kalp hastalığı, beyin damar hastalıkları (felç), kanser, cinayet ve AIDS kaynaklı ölüm oranlarında son derece yüksek yüzdelere sahip olmasıdır. Buna karşın Asyalılar/Pasifik Adaları'nda yaşayan yerliler, tüm ölüm nedeni kategorilerinde en düşük ölüm oranına sahip grup olmaktadır.

Tablo 8.2 Seçili ölüm nedenlerinden ırka göre ve yaşa dayalı ölüm oranları ABD, 2017*

	Latin Amerika kökenli olmayan beyazlar	Latin Amerika kökenli olmayan siyahiler	Latin Amerika kökenliler	Asyalılar/ Pasifik Adaları'nda yaşayan yerliler	Kızılderililer/ Alaska yerlileri
Tüm nedenler	755,0	881,1	524,7	393,6	587,5
Kalp hastalığı	168,9	208,0	114,1	85,4	115,8
Beyin damar hastalıkları	36,4	52,7	31,8	30,1	26,2
Kanser	157,9	178,0	108,1	94,4	99,2
Akciğer hastalığı	46,4	30,2	17,2	11,9	31,1
Zatürree ve grip	14,4	15,2	11,3	13,0	13,1
Karaciğer hastalığı ve siroz	11,3	7,5	14,3	3,7	26,1
Diyabet	18,8	38,7	25,5	15,2	34,4
Kazalar	56,2	47,6	32,5	16,8	55,8
İntihar	17,8	6,9	6,9	6,6	13,5
Cinayet	2,9	22,7	5,2	1,7	6,3
AIDS	0,7	6,9	1,7	0,3	0,9

*ABD'de ikamet eden her 100.000 kişideki ölüm oranları
Kaynak: Ulusal Sağlık İstatistik Merkezi 2018.

Tablo 8.2'de veriler 2017 yılına ait olduğundan COVID-19'dan kaynaklı ölüm oranları tabloda yer almamaktadır. 2020 yılında ABD'deki başlıca ölüm nedeni, COVID-19 olmuştur. Elde edilen ilk verilere göre Latin Amerika kökenli olmayan siyahiler ve Latin Amerika kökenlilerin koronavirüsten ölüm oranı, oran-

tısız bir şekilde yüksektir. Kitap basım sürecine girdiğinden dolayı koronavirüs kaynaklı ölümlerin sonuçlarının net bir değerlendirmesi yapılamamaktadır. Ancak içinde bulundukları dezavantajlı konumdan dolayı kalabalık yaşam alanlarında yer alan ve kötü iş koşullarına maruz kalan bu grubun koronavirüse yakalanma olasılığı yüksektir. Zira siyahi Amerikalıların sağlığının kötü olması, biyolojik faktörlerden ziyade genellikle sosyoekonomik faktörlerden kaynaklanmaktadır.

Bu bulgu, yapılan geniş çaplı literatür araştırmasından elde edilen verilerle desteklenmektedir (Barr, 2008; T. H. Brown, 2018; Hattery ve Smith, 2011; S. Hill, 2016; D. Williams ve Sternthal, 2010). Toplumsal sınıf ile olan yakın ilişkisinden dolayı ırk, bazıları tarafından sağlık konusunda kendi başına belirleyici olan toplumsal bir faktör olarak görülmemektedir (Thisted, 2003). Bunun sebebi, sağlık açısından var olan ırksal farklılıkların genellikle sosyoekonomik statü ve yaşam koşulları gibi faktörlerle yakından ilişkili olmasıdır. Ronald Thisted'e (2003: S66) göre "Irkın sağlık konusunda belirleyici bir [toplumsal] faktör olarak görülmemesinin nedeni, diğer faktörlerden bağımsız olarak var olmamasıdır. Irkın diğer etkenlerden bağımsız olarak, kendi başına nasıl olumsuz sağlık sonuçlarına neden olduğu konusunda hiçbir fikrimiz bulunmamaktadır." Buna rağmen bazı çalışmalar, ırkın zaman zaman diğer faktörlerden bağımsız olan belirleyici bir toplumsal faktör işlevi gördüğünü ileri sürmektedir. Örneğin düşük doğum ağırlıklı bebekler üzerinde yapılan çalışmalarda sınıf, ırksal farklılıkların açıklanmasında yetersiz kalmaktadır (Conley, Strully ve Bennett, 2003). Dalton Conley vd, (2003: 34), şu ifadeleri kullanacak kadar ileri gitmektedir: "Sosyoekonomik statüyü dahil etmeden yapılan çalışmaların hepsinde ırksal değişkenlerin açıklanması açısından büyük sıkıntılar yaşanmaktadır" ve "ırkın sağlık konusundaki önemi, sınıfsal konum ile olan ilişkisinin ötesine geçmektedir".

Birinci Bölüm'de bahsedildiği gibi belirleyici faktör kavramı, etki edebilmek için bir mekanizmaya ihtiyaç duymaktadır.

Bu sebeple ırkın sağlığı etkileyen nedensel bir faktör olduğunu kanıtlamak için toplumsal bir mekanizmanın bulunması gerekmektedir. Peki, ırkın bağımsız bir toplumsal mekanizması var mıdır? Bu sorunun cevabı, ayrımcılık gibi durmaktadır. Birçok çalışmaya göre ayrımcılık, ciddi sağlık sonuçlarına neden olmaktadır (Bradby, 2012; Bratter ve Gorman, 2011; S. Hill, 2016; Phelan ve Link, 2015; D. Williams, 2012; D. Williams ve Mohammed, 2009, 2013; D. Williams ve Sternthal, 2010). Örneğin algılanan ayrımcılık depresyon, sigara kullanımı ve hipertansiyon gibi olumsuz sağlık davranışları ve kişinin kendi bedensel ve zihinsel sağlığını kötü olarak algılaması ile ilişkilendirilmektedir (Monk, 2015; Sims vd, 2012, 2016).

Dolayısıyla ırk, Amerikan sağlık sosyolojisinde yapılan araştırmalarda yer alan önemli bir değişken haline gelmiştir. Irka bağlı sağlık dezavantajlarının ırk ayrımcılığına dayandırılmasının yanı sıra toplumsal sınıf ile olan güçlü bağlantısı da varlığını sürdürmektedir. Shirley Hill'e (2016: 21) göre "Irk ve ırkçı ideolojiler, sağlığı birçok açıdan etkilemektedir. Bu etkinin devamlı olarak en çok görüldüğü yer, siyahilerin içinde bulunduğu dezavantajlı toplumsal konum ve yoksulluktur." Hill'e göre (2016: 21) sınıfsal dezavantaj, hastalığa ve erken ölüme neden olan en güçlü faktörlerden biridir ve dolayısıyla siyahiler ve beyazlar arasında sağlık açısından bulunan uçurumun başlıca sebeplerindendir.

> Toplam Afrikalı Amerikalı nüfusunun çeyreğinden fazlası yoksulluk içinde ve toplam siyahi çocuk nüfusunun yarısı yoksul ya da düşük gelirli evlerde yaşamaktadır. Birçok hastalığın başlıca nedenlerinden olan yoksulluk, tabiatı gereği çok streslidir. Yoksulluğun sebep olduğu yaşam koşulları ve davranışlar, sağlığa zararlıdır. Irkçılığa maruz kalan muhitlerde yaşamak, içinde bulunulan sınıfsal konum ve maruz kalınan ırksal eşitsizlikten kaynaklanmaktadır. Bu da Afrikalı Amerikalıların sağlığa olumsuz etki eden yüksek suç oranlarına, toplumsal kargaşaya ve sosyal izolasyona maruz kalmasına neden olmaktadır.

ABD'de yaşayan Latin Amerika kökenli olmayan siyahilerin en yüksek ölüm ve hastalık oranlarına sahip olduğu gerçeği, bu nüfusun gelir düzeyi ve eğitim seviyesiyle doğrudan bağlantılıdır (Cockerham, 2017b). Mesela Birinci Bölüm'de de bahsedildiği gibi AIDS vakalarının ve ölümlerinin 1980'lerden itibaren Latin Amerika kökenli olmayan beyazlardan Latin Amerika kökenli olmayan siyahilere ve Latin Amerika kökenlilere kaymasının sebebi, biyolojik faktörlerden ziyade sosyoekonomik faktörlere dayanmaktadır. Bahsi geçen bu iki ırksal azınlık, en yüksek AIDS oranına sahiptir ve Amerikan toplumundaki yoksulların büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. ABD'deki Latin Amerika kökenli olmayan beyazların 2019'daki yoksulluk oranı %8,1'dir. %10,1 ile Asyalılar, %17,6 ile Latin Amerika kökenliler ve %20,8 ile Latin Amerika kökenli olmayan siyahiler de bu kategoride yer almaktaydı (ABD Nüfus Sayım Bürosu 2019). Irksal azınlıklar için sağlık sorunlarına neden olan şey, ten rengi ya da diğer ırksal niteliklerden ziyade içinde bulunulan dezavantajlı toplumsal ve ekonomik durumlardır.

Irk ve Bedensel Sağlık

Belli ırklarda görülen birkaç hastalıktan söz etmek, gerçekten de mümkündür. Orak hücreli anemi, Afrika kökenli insanlar arasında çok yaygın olarak görülmektedir. Nadir rastlanan ve ölümcül olabilen ritim bozukluğu riskini yükselten genetik varyasyon, Latin Amerika kökenlilerde ya da Latin Amerika kökenli olmayan beyazlarda bulunmamaktadır (Splawski vd, 2002). İsveçliler, Çinlilerde ve Hintlilerde görülmeyen demir metabolizması bozukluğuna (hemochromatosis) yatkındırlar. Bu gibi birkaç anormallik dışında tüm ırklardan insanlar, aynı hastalıklardan hayatını kaybetmektedir. Farklılık gösteren şeyler ise yaşam süresi ve hastalık oranıdır.

Siyahiler, Amerikalı diğer tüm ırklar ve etnik gruplardan daha az yaşamakta, daha çok kronik sağlık sorunları ile karşılaşmakta ve daha çok ölüm oranına sahip olmaktadır (Farmer ve Ferraro, 2005; S. Hill, 2016; Lemelle, Reed ve Taylor, 2011).

Daha önce vurgulandığı gibi bu kalıp, ırksal ve biyolojik faktörlerden ziyade sosyoekonomik faktörlerden kaynaklanmaktadır (Farmer ve Ferraro, 2005; Hattery ve Smith, 2011; S. Hill, 2016; Oliver ve Muntaner, 2005; Phelan ve Link, 2015; D. Williams ve Sternthal, 2010). David Williams'a (1999) göre sosyoekonomik statü, sağlıktaki ırksal farklılıklarda karışıklığa neden olmasının yanı sıra ırkın sağlık açısından nedensel bir faktör olmasının başlıca unsurlarındandır. Birçok araştırmacıya göre Afrikalı Amerikalıların sağlık durumunun anlaşılması için kurulan denklemin bir tarafında toplumsal tabakalaşmanın, diğerinde ise sınıfsal konumun bulunması gerekmektedir (S. Hill, 2016; Oliver ve Muntaner, 2005). Yani ırk ve sınıf, iç içe geçmektedir. Dolayısıyla ırkın etkilerinin sınıftan bağımsız olarak değerlendirilmesi söz konusu değildir. Stephanie Robert ve James House'a (2000: 84) göre "Özetleyecek olursak ırk ve sosyoekonomik konum ile sağlık, ayrılmaz bir biçimde birbirlerine bağlıdır ve biri, ötekilerden bağımsız olarak ele alınamamaktadır".

Bununla birlikte birçok Afrikalı Amerikalı, sivil haklar hareketi sayesinde iyileşen eğitim ve iş fırsatlarını değerlendirerek gelir, eğitim ve yaşam kalitesi standartlarını varlıklı beyazların seviyesine taşımıştır. Siyahilerin sağlığı üzerinde yapılan kapsamlı çalışmalar, birçok siyahi ailenin sınıfsal konum olarak yukarıya tırmandığını göz ardı etmektedir. Sınıf atlayan gruplar, toplumsal ve ekonomik olarak dezavantajlı ve daha az sağlıklı olan Afrikalı Amerikalı nüfusu arkalarında bırakmıştır. Böylelikle akıllara şu soru gelmektedir: Sınıf atlayan Afrikalı Amerikalıların sağlığı ve yaşam süresi, varlıklı beyazlarınkine yaklaşmış mıdır? Mevcut kanıtlara göre siyahi orta sınıf, durumunu önemli ölçüde iyileştirse de siyahiler ve beyazlar arasında sağlık açısından bulunan ırksal farklılıklar, hâlâ varlığını sürdürmektedir (Farmer ve Ferraro, 2005; Hayward vd, 2000; S. Hill, 2016).

Önemli faktörlerden biri de tıbbi tedavidir. Temel sağlık hizmeti alma bakımından siyahiler ile beyazlar arasında olan

farkın son yıllarda azaldığını gösteren kanıtlar bulunmaktadır. Ancak by-pas ameliyatı ve apandisit ameliyatı gibi daha ileri seviyedeki tıbbi hizmetlerde durum, böyle değildir. Beyazlara kıyasla siyahiler ayrıca daha az meme röntgeni çektirmekte ve kalp hastalıkları ile diyabet için daha az test yaptırmaktadır (S. Hill, 2016; Trivedi vd, 2005). Siyahilerin yoğun olarak yaşadığı muhitlerdeki doktor ve hastane azlığı da sağlık hizmetinde siyahiler ve beyazlar arasında bulunan farkın nedenlerinden biri olarak gösterilebilmektedir. Siyahilerin yaşadığı bölgelerde çok az kalp cerrahının bulunması, siyahilerin beyazlara kıyasla neden daha az koroner by-pas ameliyatı olduğunu açıklamaktadır.

Siyahilerin ölüm oranlarının fazlalığının sebebinin ne kadarını sağlık hizmeti erişim sıkıntısının, ne kadarını sağlık hizmetinin ötesine geçen kötü toplumsal koşulların oluşturduğunu tam olarak tespit etmek, çok zordur (Kunitz ile Pesis-Katz, 2005). Ancak daha önce de vurgulandığı gibi özellikle de sağlık sigortası göz önünde bulundurulduğunda kaliteli sağlık hizmetine erişimde yaşanan farklılıklar, önem arz etmektedir. Beşinci Bölüm'de de bahsedildiği gibi 2017'de 65 yaş altındaki Latin Amerika kökenli olmayan siyahilerin %14'ünün sağlık sigortası bulunmamaktaydı. Buna karşın Latin Amerika kökenli olmayan beyazlarda ise bu oran, %7,4'tü. Siyahilerin %32,6'sının düşük gelirliler için sunulan Medicaid sağlık sigortası bulunurken beyazlarda bu oran, %13,5'ti. Özel sağlık sigortasında da durum, farklı değildi. Siyahilerin %51,4'ünün özel sigortası bulunurken beyazlarda bu oran, %75,4'tü.

Latin Amerika Kökenliler ve Göç

Şüphesiz ki Latin Amerika kökenlilerin sağlığına verilen önem gelecekte artacaktır çünkü Latin Amerika kökenliler, ABD'de sayısı en fazla olan ırksal azınlık grubu oluşturmaktadır. Göç ve yüksek doğum oranları sebebiyle Latin Amerika kökenliler, 2018'de toplam nüfusun %18,3'ünü oluşturmuştur. Aynı yılda siyahiler ise toplam nüfusun %13,4'ünü oluştur-

maktaydı. 2050'ye gelindiğinde siyahi nüfus sabit kalırken ABD'deki her dört kişiden birinin Latin Amerika kökenli olacağı öngörülmektedir. Latin Amerika kökenliler hakkında mevcut olan sağlık verileri sınırlıdır çünkü 1976'ya kadar Latin Amerika kökenliler federal, devlet ve yerel raporlarda ayrı bir ırk kategorisi olarak değil, beyazlarla birlikte yer almıştır. Ölüm belgelerinde ise 1988'e kadar Latin Amerika kökenliler, ayrı bir ırk kategorisi olarak listelenmemiştir. Birçok Latin Amerika kökenlinin yoksul ya da yoksulluk sınırında olmasına rağmen sağlık durumları, siyahilere kıyasla genellikle çok daha iyidir. Kalp hastalığına ve kansere yakalanma oranı daha düşük olan Latin Amerika kökenlilerin sağlığı ayrıca Latin Amerika kökenli olmayan beyazlardan da daha iyidir. Tablo 8.2'de de görüldüğü gibi Latin Amerika kökenlilerin ölüm oranları, (obezite, yüksek yağ ve şeker oranı bulunan gıdalar tüketme ve spor yapmamak ile bağlantılı olan) diyabet, karaciğer hastalığı ve (aşırı alkol kullanımına bağlı) siroz, intihar ve HIV/AIDS dışında kalan tüm ölüm nedenleri kapsamında Latin Amerika kökenli olmayan beyazlara kıyasla daha düşüktür. Bahsi geçen bu ölüm nedenlerinin hepsi, toplumsal dezavantajlar ile bağlantılıdır.

Son yıllarda çok sayıda Latin Amerika kökenli insan, hem yasal hem de yasal olmayan yollarla Meksika'dan ve Orta Amerika'dan ABD'ye göç etmiştir. ABD'ye geldiklerinde bu insanların sağlığı, genel olarak iyiydi (Angel ve Angel, 2009; Diaz ve Niño, 2019). Sağlıklarının iyi olması, "sağlıklı göçmen paradoksu" olarak bilinen şeye yol açmıştır. Bu paradoks, bu bölümde daha önce bahsedildiği gibi göçmenlerin genellikle düşük sosyoekonomik statüye sahip olmasına ve yüksek oranda önyargı ile ayrımcılığa maruz kalmasına rağmen katıldıkları toplumlardan daha sağlıklı olmaları sonucunda meydana gelmektedir. Bunun sonucunda göçmenler üzerinde sağlık ile ilgili yapılan araştırmalarda iki tutarlı tema ortaya çıkmıştır (T. H. Brown, 2018; Hummer ve Hamilton, 2019). Bunlardan biri, göçmenlerin ülkeye vardıklarında oranın yerli nüfusuna kıyasla genellikle daha sağlıklı olmasıdır. Bu bulgu sadece ABD'ye

göç eden Latin Amerika kökenliler ve diğer ırklar için değil, ayrıca Ortadoğu'dan ve Afrika'dan Avrupa'ya göç edenler için de geçerlidir (Bakhtiari, 2018). Bu durum, tercihlerle alakalıdır. Daha sağlıklı olan kişilerin göç etme ihtimali daha yüksektir.

Diğer bulgu ise göçmenlerin sağlığının göç edilen ülkede bir süre geçirildikten sonra genellikle daha kötüye gitmesidir. Yani ilk göç ettikleri zamanda sağlık açısından sahip oldukları avantaj, zamanla ortadan kalkmaktadır. Bu durum yalnızca ABD'de değil, göçmenlerin bulunduğu başka birçok ülkede de yaşanmaktadır (Bakhtiari, 2018; Lariscy, Hummer ve Hayward, 2015). Bu sağlık değişiminin sebebi biyolojik değil, toplumsaldır. Göçmenler ve çocukları, sağlıksal yaşam tarzları ve beslenme düzenleri gibi göç ettikleri ülkede yaygın olan günlük pratikleri benimsemektedir. Bu süreçte sigara kullanımı, alkol tüketimi ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarında artış, yaygın olarak görülmektedir. Bazen sonradan bu sonlansa da göçmenler, birer yabancı olarak görüldüklerinden ötürü ötekileştirilmeye ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Bu da göç etmenin yarattığı strese olumsuz yönde katkıda bulunmaktadır. Bunun sonucunda çocuklukta görülen hastalıklarda, yetişkinlikte görülen kronik hastalıklarda, obezitede, allostatik yüklenmede (kümülatif stres) ve engellilikte zamanla artış yaşanabilmektedir (Hummer ve Hamilton, 2019).

Latin Amerika kültüründe aile bağları çok güçlü olduğundan dolayı Latin Amerika kökenli göçmenlerin stresten kaynaklı yaşanan fiziksel ve psikolojik sorunlara karşı dayanıklı olduğu ileri sürülmektedir. Christina Diaz ve Michael Niño (2019) bu bulguları, ABD'deki yerliler ve Latin Amerika kökenli göçmenler arasında yaptığı araştırmada aileciliğin [*familism*] (aileye olan güçlü yönelim) çelişkili sağlık sonuçları doğurduğunu belirterek güncellemiştir. Ailecilik, bedensel sağlık ile ilişkilendirilmemektedir ancak aileciliğin iki biçimi (destekleyici ve göndermeli), zihinsel sağlık ile bağlantılıdır. Destekleyici ailecilik (aile desteği), düşük seviyedeki depresyonla ilişkilendirilirken göndermeli ailecilik (ailenin baskınlığı),

anksiyete ve yüksek seviyede depresyonla ilişkilendirilmekteydi. Dolayısıyla Diaz ve Niño (2019: 285), "aileciliğin işlevi her zaman bireyin lehine olmamaktadır" ifadesini kullanmaktadır. Diğer bir deyişle ailenin aşırı kontrolcü olması, bireyde psikolojik zararlara yol açabilmektedir. Ancak aile desteği, psikolojik olarak olumlu olabilmektedir.

ABD'de yaşayan 51-80 yaş arası insanlar üzerinde yaptığı çalışmada Tyson Brown (2018), ABD'de ya da yabancı ülkelerde doğmuş siyahilerin ve Meksikalı Amerikalıların sağlığının ABD'de doğmuş beyazlara göre yaşam süresince daha kötüye gittiğini belirtmiştir. Beyaz göçmenlerin sağlıklı olmalarının avantajını uzun süreli koruyabildiğini ancak siyahilerin ve Meksikalı Amerikalıların sağlığının yaşlandıkça kötüye gittiğini vurgulamıştır. Brown'a göre bunun başlıca sebebi, ırkçılıktır. Brown'ın bu bulgusu kitabın savunduğu, toplumun bizi hasta yapabileceği tezini desteklemektedir. Sağlıksızlığın nedeni kişinin ten rengi ya da diğer fiziksel özellikleri ile değil, ırkçılık gibi toplumsal baskılara maruz kalma ile ilgilidir.

Temel Bir Sebep Olarak Irkçılık

Jo Phelan ve Bruce Link'e (2015) göre ırkçılık, sosyoekonomik statü (SES) ile birlikte sağlık eşitsizliklerinin temel sebepleri arasında gösterilmelidir. Phelan ve Link, araştırmalardan elde ettikleri kanıtlara dayalı ve birbirleriyle bağlantılı olan üç çıkarımda bulunmuşlardır: (1) sosyoekonomik statü bağlamındaki ırksal farklılıkların temel nedeni ırkçılıktır; (2) sosyoekonomik statü, sağlık eşitsizliklerinin temel sebebidir ve (3) sosyoekonomik statüden bağımsız olarak ırkçılık, sağlık ve ölüm oranlarındaki ırksal farklılıkların temel sebebidir. Phelan ve Link (2015: 311), şu ifadeleri kullanmaktadır: "sağlık konusundaki ırksal eşitsizliklerin varlığını korumasının nedeni, sosyoekonomik statü bağlamındaki ırksal farklılıkların temel nedeninin ırkçılık olması ve sağlık eşitsizliklerinin temel sebebinin sosyoekonomik statü olmasıdır." Dolayısıyla ırkçılık, sosyoekonomik statü ve sağlık birbiriyle bağlantılıdır.

Phelan ve Link, ayrıca "özgürlüğü" de ırkçılık ile bağlantılı esnek sosyoekonomik kaynaklar listesine eklemiştir. Zira özgürlük, bireyin kendi eylemlerini ve yaşamını kontrol edebilmesi kapasitesi anlamına gelmektedir ve bu kapasite, ırkçı çevrelerde etkisiz kılınmaktadır. Phelan ve Link, ırkçılığı, geçmişten kölelik ve daha yakın tarihli yaşanan Afrikalı Amerikalıların haksız yere tutuklanıp hapse atılması ile örneklendirmektedir. Irkçılığa bağlı özgürlük kısıtlamaları karar alma süreçlerine, özgürce davranma fırsatlarına ve aktivite katılımına olumsuz yönde etki etmektedir. Irkçılığın sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin başında ırkçılığın yarattığı stresin vücutta olumsuz fizyolojik tepkilere neden olması vardır.

Peki ırkçılık, kendi başına temel bir sebep midir yoksa sağlık ve ölüm oranlarındaki ırksal kalıplar genel olarak sosyoekonomik statü tarafından mı belirlenmektedir? Phelan ve Link'e göre ırk ve sağlığın günümüzde hâlâ güçlü bir şekilde var olmaya devam eden ilişkisi, sosyoekonomik eşitsizliklere ve sınıfsal konum ile bağlantılı olanaklara dayanmaktadır. Bu sebeple ırkçılık, en temel faktörlerden biridir. Irkçılığın sağlık üzerindeki etkilerinin çoğu sosyoekonomik farklılıklarla bağlantılı olsa da Phelan ve Link'e göre ırkçılık, sağlığa birçok mekanizma aracılığıyla bağımsız şekilde de etki etmektedir. Bu mekanizmalar şöyledir: bir stres etkeni olarak ırk ayrımcılığının erken yaşlanmaya yol açması; ırkçılık sebebiyle sağlıksız barınak, su, hava ve gıda kaynaklarının bulunduğu muhitlerde yaşamak; ırkçılığa maruz kalan muhitlerde yeterli sağlık hizmetinin sağlanmaması, yüksek suç oranı ve bu muhitlerin zararlı madde yuvası olması. Bu listeye şunlar da eklenebilmektedir: kaliteli diş bakımı hizmetinin olmaması, iş olanaklarının yetersizliği ve okulların eğitim standartlarının normalin çok altında kalması.

Phelan ve Link'in ırkçılığın sağlık eşitsizliklerinin temel nedenlerinden biri olduğunu kanıtlaması için kavramsal bir altyapı oluşturmaları gerekmiştir. Bu bağlamda iddialarını sağlam bir kuramsal zemine oturtmak adına Phelan ve Link, siyahi Amerikanların sosyo-tarihsel deneyimlerinden ve sağlık

profillerinden faydalanmıştır. Daha önce de bu bölümde bahsedildiği gibi ABD'de elde edilen verilere göre siyahiler, sağlık konusunda Amerikan toplumundaki en dezavantajlı grup konumundadır. Üstelik bu durum, çok uzun yıllardır devam etmektedir. Siyahiler kalp hastalığı, felç, kanser, diyabet, AIDS ve cinayet başta olmak üzere tüm ölüm nedenleri kapsamında hâlâ en yüksek ölüm oranına sahip gruptur (Ulusal Sağlık İstatistik Merkezi 2018). Peki ya Latin Amerika kökenliler? Sağlık sosyolojisinde konu ırk, ırkçılık ve sağlık etkileşimi açısından sağlık üzerine araştırma yapmak olduğunda Latin Amerika kökenli olmayan siyahiler ve beyazlara göre sağlıkları çok daha iyi olan Latin Amerika kökenlilere genellikle pek yer verilmemektedir. Halbuki Latin Amerika kökenliler, ABD'de bulunan en kalabalık ırksal/etnik azınlıktır. ABD'de ırkçılığı sağlığın ve hastalığın temel sebeplerinden biri olarak değerlendirecek gelecekteki araştırmalarda yapılması gereken en önemli şey, Latin Amerika kökenli nüfusun da araştırma kapsamına dahil edilmesi olacaktır.

Birleşik Krallık'ta Irk ve Sağlık

Sağlıktaki ırksal ve etnik farklılıklar üzerine Birleşik Krallık'ta bulunan veriler, tarihsel olarak eskiye dayanmamaktadır. Zira nüfus sayım bürosu, 1991'e kadar etnik kimliği sürece dahil etmemişti. Mel Bartley'nin (2017) de vurguladığı gibi ABD hükümeti, sağlık konusundaki ırksal farklılıklar açısından diğer birçok ülkeye göre daha çok istatistiksel veri toplamaktadır. Ancak Birleşik Krallık için sağlık konusundaki sınıfsal farklılıklar açısından aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Bartley, ABD'deki bu durumun Birleşik Krallık'takinin tam tersi olduğunu vurgulamaktadır. Birleşik Krallık'ta sağlık konusundaki ırksal farklılıklar hakkındaki resmî raporlar, 1921'e dayanmaktadır. Ancak azınlıkların sağlığı hakkındaki verilere ulaşmak çok zordur. Birleşik Krallık'ta ırksal farklılıkların incelenmesini zorlaştıran bir şey de nüfus sayımı verilerinde 1991 yılı öncesinde kişinin doğduğu ülkenin baz alınmasıydı.

Yani Pakistanlı ya da Kenyalı bir anne babanın çocukları İskoçya'da veya İngiltere'de doğduysa, İskoç ya da İngiliz olarak sınıflandırılmaktaydılar.

Birleşik Krallık nüfusunun %19,5'i bir etnik azınlık grubuna mensup olan ya da anne babaları farklı ırklardan olan kişilerden oluşmaktadır. Birleşik Krallık'ta bulunan en kalabalık azınlık grubu Afrikalılar ve Karayiplilerden oluşan siyahilerden meydana gelmektedir. Bu grubu Hintli ve Pakistanlılar takip etmektedir. Geriye kalan azınlık gruplarını da Bangladeşliler ve Çinliler gibi azınlıklar oluşturmaktadır. Hintlilerin sağlık profili, beyazlarınkiyle benzerdir. Ancak başta Pakistanlılar ve Bangladeşliler olmak üzere diğer azınlık gruplarının sağlığı, ülke ortalamasının altında kalmaktadır. Sağlık hizmeti açısından bakıldığında hangi ırka mensup olurlarsa olsunlar Britanyalıların pratisyen hekimleri ziyaret etme sıklığı, aşağı yukarı aynıdır. Fakat azınlıkların ikinci basamak (danışman doktor ya da uzman doktor) ya da üçüncü basamak (hastane) sağlık hizmetlerinden faydalanma olasılığı düşüktür (Bradby ve Nazroo, 2016; Morris, Sutton ve Gravelle, 2005). Genel olarak bakıldığında ABD'de olduğu gibi Birleşik Krallık'ta da ırksal farklılıkların sağlığa etkisinin sınıfsal konum ile yakından bağlantılı olduğu görülmektedir (Bartley, 2017; Bradby ve Nazroo, 2016).

Irk ve Akıl Sağlığı

Irksal ve etnik köken farklılıklarının akıl sağlığına etkisi üzerine Birleşik Krallık'ta yapılan araştırma sayısı çok azdır. Zira bu konuda sağlık sosyologları tarafından yapılmış pek çalışma bulunmamaktadır. Bu konuda yapılmış az sayıdaki çalışma, siyahiler ve Güney Asyalılar merkezli olmak üzere geçmişteki sömürgeler üzerinde yapılmıştır ve dolayısıyla geçerliliğini yitirerek günümüz Birleşik Krallık'ını yansıtmamaktadır (Rogers ve Pilgrim, 2014). Ancak şu değişmeyen bir gerçektir ki azınlıklar, her zaman yerli beyaz nüfustan daha çok akıl hastalıklarıyla boğuşmaktadır. Sık sık kaynak olarak gösteri-

len bir çalışma, Karayip asıllı siyahilerin İngiltere'de yaşayan beyazlara oranla iki kat daha fazla psikotik belirti gösterdiğini belirtmektedir (King vd, 2005). Bir başka çalışmaya göre ise Karayip asıllı siyahilerin şizofreni tanısıyla hastaneye yatırılma ihtimali beyazlara oranla üç ile beş kat daha fazladır (Nazroo, 2010). Ellen Annandale'ın (2014: 148-9) da gözlemlediği gibi "Beyaz insanların siyahi insanların davranışlarını delilik ya da tehlike göstergesi olarak yorumlama eğilimi çok yüksektir." Annandale'a göre diğer insanlara kıyasla "Karayipli" hastaların polis, adli yargı ve hapis yoluyla hastaneye yatırılma ve tedavi süresince elektrokonvülsif terapi* gibi daha sert ve saldırgan yöntemlere maruz kalma olasılığı daha yüksektir. Ancak Güney Asyalı nüfusun da yüksek şizofreni ve psikoz oranına sahip olduğu görülmektedir (Aesop, 2002). Elbette bu sonuçların doğruluğunun onaylanması pek de mümkün değildir çünkü akıl sağlığı değerlendirmesinde İngiliz toplumunda kültürel farklılıklar çok önemli bir role sahiptir (Rogers ve Pilgrim, 2014). Irkın akıl sağlığına olan etkisi üzerinde daha çok araştırma yapılması gerektiği aşikârdır.

Bu durum, ABD'de çok daha farklıdır. Zira ırksal farklılıkların akıl sağlığına etkisi üzerine ABD'de yapılmış birçok araştırma bulunmaktadır. Irksal azınlık gruplarının Latin Amerika kökenli olmayan beyazlara kıyasla daha yüksek akıl hastalığı oranına sahip olduğu iddiası, tartışmalar hâlâ devam etse de, geçmişte yapılan çalışmalar tarafından desteklenmemektedir (Cockerham, 2017a). Hatta akıl hastalıkları bağlamında ırklar arasındaki benzerliklerin farklılıklardan daha fazla olduğunu gösteren kanıtlar vardır (R. Turner, Taylor ve Van Gundy, 2004). Bazılarına göre ırkçılığa bağlı strese maruz kalmalarından ve bu stresle başa çıkmak için sahip oldukları psikososyal ve maddi kaynakların yetersizliğinden dolayı siyahilerin akıl sağlığı, diğer insanlara kıyasla genel olarak daha kötüdür (Miller, Rote ve

* Tedaviden sorumlu tıbbi ekibin elektrik aracılığıyla hastada yapay bir biçimde konvulsiyon nöbeti oluşturarak duygulanım bozukluklarını tedavi etmeye çalışmasıdır. (y.h.n.)

Keith, 2013). Özellikle alt sınıflarda olmak üzere siyahilerin beyazlara oranla daha çok strese maruz kaldığını gösteren kanıtlar olsa da bunun aksini iddia eden çalışmalar da vardır. Detroit'teki dezavantajlı muhitlerde yapılan iki çalışmaya göre düşük sosyoekonomik statülü beyazların maruz kaldığı stres, siyahilere kıyasla daha fazladır (Boardman vd, 2001; Schulz vd, 2000). Siyahilerin sayıca fazla olduğu bir muhitte azınlık olarak yaşamak, yoksulluk ile başa çıkacak olanakların olmaması ve akıl sağlığı iyi olan beyazların siyahilerin baskın olduğu muhitlerden taşınması gibi sebepler, dezavantajlı beyazlarda görülen stresin başlıca nedenlerindendir. Jane McLeod ve James Nonnemaker (2000) tarafından 4-9 yaş arasındaki çocuklar üzerinde ülke çapında yapılan bir başka araştırmada yoksulluğun, siyahilere kıyasla beyazlar üzerinde daha çok duygusal ve davranışsal soruna yol açtığı belirtilmiştir. Siyahi annelerin sahip olduğu yüksek özsaygının yoksulluğun çocuklar üzerindeki etkisini azaltmada önemli bir etken olduğu gözlemlenmiştir.

Yoksullar gibi özel gruplarda bulunan farklılıklar üzerine yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, akıl sağlığı açısından siyahiler ile beyazlar arasında hiçbir fark olmadığını vurgulayan literatür araştırmasıyla çelişmemektedir. Örneğin Ulusal Eştanı Araştırması, akıl hastalıklarının siyahilerde beyazlardan daha fazla görülmediğini belirten güçlü kaynaklar sunmuştur (Kessler vd, 1994). Ulusal Eştanı Araştırması, akıl hastalıklarının görülme yaygınlığını belirlemek için tam anlamıyla yapılandırılmış bir tanı koyma görüşmesi uygulayan, ABD'de ülke çapında yapılmış ilk araştırmadır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar, sonrasında yapılan araştırmalar tarafından da doğrulanmıştır. Yapılan diğer çalışmalar, Latin Amerika kökenlilerin beyazlara kıyasla daha yüksek akıl hastalığı oranına sahip olmadığını ve Asyalı Amerikalıların görece daha düşük oranlara sahip olduğunu göstermektedir (Cockerham, 2017a). Elbette bu sonuçlardan ırksal azınlıkların önyargı ve ayrımcılık ile bağlantılı akıl sağlığı sorunlarıyla karşılaşmadıkları anlamı

çıkarılmamalıdır. Ancak tek başına ırk, yüksek oranda akıl sağlığı bozukluklarına neden olmamaktadır. Bu tarz rahatsızlıklar, genellikle ırk ayrımından kaynaklanan yoksulluk ile de bağlantılı olabilmektedir (Bratter ve Gorman, 2011). Irkın akıl sağlığı ile ilişkilendirilmesinin ana sebebi ırkçılıktır. Ancak akıl hastalıkları konusunda sınıfsal konum, ırktan çok daha belirleyici bir faktördür.

Özet

Irk ve etnik köken, toplumsal olarak inşa edilmiş kavramlardır. Irkı toplumsal bir inşa yapan şey, "ırk" kavramını tanımlamak için kullanılan niteliklerin insanların kendileriyle ve diğer insanlarla ilgili yaptığı çıkarımlardan ibaret olmasıdır. Etnik gruplar aynı ırka ya da toplumda azınlık olan başka bir ırka mensup olabilmektedir. Sahip oldukları kültür, dil, din, coğrafi köken ve gelenekler, etnik grupları birbirinden ayırmaktadır. Dolayısıyla sosyolojik bir perspektiften bakıldığında ırk ve etnik köken, biyolojik ve/veya kültürel olarak birbirinden farklılaşan insan gruplarının nasıl toplumsal niteliklerle tanımlandığını göstermektedir.

Etnik köken, sağlık sonuçlarının öngörülmesi kapsamında sağlık sosyolojisinde ırk kadar güçlü bir faktör değildir. Günümüzde sağlık üzerine yapılan çalışmaların çoğunda bir değişken olarak yer almamaktadır. Buna karşın ırk, sağlık üzerine yapılan neredeyse her çalışmada standart bir değişken olarak yer almaktadır. Asyalılar dışında neredeyse tüm ırksal azınlıkların sağlık durumu ve ölüm oranları, diğer insanlara kıyasla genellikle daha kötüdür. Bu durum, ırkın toplumsal sınıf ile olan yakın bağlantısından kaynaklanmaktadır. Zira ırksal azınlıklar, çoğunlukla alt sınıflarda bulunmaktadır. Dolayısıyla ırk kaynaklı sağlık dezavantajları ile sınıfsal farklılıklar arasındaki bağlantı çok kuvvetlidir. Sağlık açısından mevcut olan farklılıkların temel sebeplerinden biri ırk değil, ırkçılıktır (Phelan ve Link, 2015). Irk ayrımcılığının fiziksel ve zihinsel sağlık üzerindeki olumsuz etkisi, birçok çalışmada görülmektedir.

Eleştirel Düşünme Soruları

1. Etnik grup nedir tanımlayınız ve etnik kökenin sağlığı anlamakta önemli bir değişken olup olmadığını açıklayınız.
2. Sağlık açısından ırklar arasındaki farklılıkların nedeni nedir? Bu farklılıkların nedenleri toplumsal mıdır yoksa biyolojik mi? Açıklayınız.
3. Göç, sağlığı nasıl etkilemektedir?
4. Irkı sağlıklı olmanın temel bir sebebi yapan nedir? Açıklayınız.
5. Irk ve zihinsel sağlık arasında bir ilişki var mıdır? Var ise bu, nasıl bir ilişkidir?

İlave Okuma Önerileri

Bradby, Hannah ve James Y. Nazroo, 2016, "Health, Ethnicity and Race", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 113-30, Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Irkçılığa ve ırk bağlamında sağlık eşitsizliğine neden olan faktörleri ABD ve Birleşik Krallık kapsamında incelemektedir. Irksal azınlıkların sağlık hizmetlerinden faydalanması ve göçün rolü de kitapta yer almaktadır.

Hill, Shirley A., 2016, *Inequality and African-American Health*, Bristol, UK: Bristol University Press.

Afrikalı Amerikalılar arasında sağlık açısından bulunan farklılıkların toplumsal sebepleri üzerine yazılmış, mükemmel bir kitaptır.

9
Yaşam Koşulları ve Dezavantajlı Muhitler

Yaşam koşulları, insanların yaşadığı ve çalıştığı çevrelerdeki farklılıkları oluşturan bir yapısal değişkenler kategorisidir. Yaşam koşulları hava, su ve barınma kalitesinin yanı sıra (elektrik, doğalgaz, ısınma, kanalizasyon, iç tesisat, temiz musluk suyu ve sıcak su gibi) temel olanakları, (bakkallar, marketler, restoranlar, parklar, kütüphaneler, dinlenme alanları ve bankalar gibi) çevredeki tesisleri ve kişisel güvenliği kapsamaktadır. Bütün bunlar, bireyin kontrolü dışında olan çevresel koşulları temsil etmektedir. Bu koşullar, kişinin içinde bulunduğu toplumsal durumlar tarafından belirlenmektedir. Yaşam koşullarının kişinin fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerindeki etkisi aşikârdır. Yaşam koşulları, kişinin sağlık açısından

avantajlı ya da dezavantajlı olmasını sağlayan sınıfsal konum gibi toplumsal mekanizmalar aracılığıyla sağlığa ve hastalığa etki eden temel faktörlerden biridir.

Bu, "dezavantajlı muhitler" üzerine yapılan çalışmalarda görülmektedir. Bu çalışmalar, şehirlerdeki sağlıksız yaşam koşullarına odaklanmaktadır. Yoksul insanların maddi gücü güvenli, konumu iyi ve iyi hizmet alan evleri ve arsaları karşılamaya yetmemektedir. Dolayısıyla kimyasal kirlenmelere ve kaza, yangın ve sel baskını gibi fiziksel tehlikelere maruz kalmaktadırlar. Ayrıca evlerinde kullanılan yapı malzemelerinin kötü olmasının yanı sıra aşırı kalabalık, yüksek gürültü ve strese de maruz kalmaktadırlar. Çevresel faktörlerden kaynaklanan sakatlıklar ve hastalıklarla mücadele etmek için ise yeterli olanaklara sahip değildirler. Bu çevresel faktörlerin yarattığı olumsuz etki, yaşanılan muhitte bulunan suç, madde bağımlılığı, alkole bağlı problemler, şiddet ve tehlike ile önemli ölçüde yükselmektedir. Şehirler iş olanakları, imkânlar, sanat ve eğlence bağlamında çok zenginken aynı zamanda en sağlıksız sosyal çevreleri de bünyesinde bulundurmaktadır.

Sally Macintyre ve meslektaşları (2002) tarafından İskoçya'nın batısında yapılan araştırma, yaşanılan muhitin sağlıklı olmayı sağlayan ya da kötü sağlığa yol açan özelliklerini örneklendirmektedir. Macintyre ve meslektaşlarına göre yerel bölgelerin şu beş özelliği, sağlığı etkilemektedir: (1) tüm bölge sakinleri tarafından paylaşılan fiziksel çevre; (2) evde, işte ve eğlencede sağlıklı bir çevreye sahip olma; (3) eğitim, sokak temizliği, çöp toplama, hastaneler, polis, sağlık ve sosyal hizmetler gibi günlük yaşamda insanlara sağlanan kamusal ya da özel hizmetler; (4) yaşanılan muhitin sosyokültürel niteliklerinin o muhitin normlarında, değerlerinde, politik, ekonomik, etnik ve dinî özelliklerinde, nezaket düzeyinde, kamu güvenliğinde ve sosyal destek ağlarında yansıtılması ve (5) sahip olunan itibar, altyapı ve moral düzeyinin o bölgenin saygınlığını göstermesi ve bu saygınlığın bölge sakinleri ve o bölgede ikamet etmeyenler tarafından nasıl algılandığı.

Catherine Ross (2000), muhitlerin düzen ve düzensizlik bağlamında süreklilik açısından sınıflandırılabileceğini gözlemlemiştir. Düzenli muhitlerin temiz ve güvenli olmasının yanı sıra muhitlerde yer alan evler, daireler ve binalar son derece bakımlıdır. Ayrıca o bölgede yaşayanlar, birbirlerine ve birbirlerinin mülklerine saygılıdır. Düzensiz muhitlerde toplumsal düzende bozukluklar yaşanmaktadır. Bu muhitlerde gürültü kirliliği, yerlerde çöp, bakımsız evler ve binalar, şiddet, duvarlarda yazılar, suç ve korku bulunmaktadır. Ross'a (2000: 178) göre "Bölge sakinleri direkt olarak zulme uğramasa da düzensizliğe işaret eden bu faktörler, bu insanların ileride zarar görme potansiyelini göstermektedir". Bu faktörler, o muhitte yaşayan insanların toplumsal düzen ile ilgilenmediğini ve zaten herhangi bir olumlu değişiklik yapacak güçlerinin de olmadığını gözler önüne sermektedir. Bu tarz muhitler, sağlıklı olmayı sağlayan ya da hastalığa sebep olan faktörler şeklinde nitelendirilmektedir.

Eric Klinenberg (2002) tarafından yıllar önce bu konu hakkında yapılan önemli bir çalışmada elde edilen bulgular, günümüzde de geçerliliğini korumaktadır. Bu çalışmada Klinenberg, 1995 yazında Chicago'da sıcak hava dalgası sebebiyle yaşanan ölümlerdeki orantısız dağılımı ele almıştır. 14-20 Temmuz arasında Chicago, aşırı derecede sıcaktı. Bu zaman aralığında şehirdeki sıcaklık, 37,77 dereceyi görmüştü. Bir haftada sıcaktan ölenlerin sayısı 465 iken temmuz ayında sıcaktan ölenlerin toplam sayısı 739 olmuştur. Klinenberg, bu ölümlerin rastlantısal olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Bu ölümlerin %73'ünü 65 yaş üstü insanlar oluşturmaktaydı. Ancak bu insanların sıcağa yenik düşmesinin tek nedeni, ilerlemiş yaşları değildi. Bu insanların birçoğu yoksul, tek başına, kliması bulunmayan ve izole olan yerlerde yaşamaktaydı. Kadınlara kıyasla erkeklerin ölüm oranı iki kat daha fazlayken hayatını kaybeden Afrikalı Amerikalıların sayısı, Latin Amerika kökenli olmayan beyazlara göre çok daha fazlaydı. Hayatını kaybedenler arasında neredeyse hiç Latin Amerika

kökenli yoktu. Ölüme neden olan başlıca faktörler, bu yaşlı grupta yaygın olarak görülen niteliklerden oluşmaktaydı. Bu nitelikler şöyledir: hane halkının tek bir kişiden oluşması, küçük ve klimasız bir yaşam alanı ve muhitte yaşayan diğer sakinlerle iletişimin sınırlı olması.

Klinenberg, bu felaketin yaşanmasında muhit niteliklerinin sahip olduğu önemli rolü göstermek için bir karşılaştırma yapmıştır. Bu karşılaştırmanın bir tarafında sıcaktan ölümlerin çoğunun yaşandığı yer olan Kuzey Lawndale varken diğer tarafında, ölüm sayısının çok düşük olduğu Güney Lawndale bulunmaktadır. Eskiden Kuzey Lawndale nüfusunun büyük bir çoğunluğunu beyazlar oluşturmaktaydı. Ancak 1970'lerde bölgedeki elektrik üretim şirketlerinin kapanmasıyla yaşanan işsizlik sonucunda bu insanların çoğu, buradan taşınmıştır. Aradan geçen sürede bölgede yaşayan nüfusun %91'i siyahi olmuştur. Yine bu süre zarfında Kuzey Lawndale; suç oranlarının ve uyuşturucu kullanımının yüksek olduğu, ticari işletmelerin, toplumsal örgütlerin ve kamusal alanların çok az olduğu bir bölge haline gelmiştir. Klinenberg (2002: 91), Kuzey Lawndale'i şöyle tanımlamıştır: "Terk edilmiş binalar, açık mekânlar, ticari tüketim, şiddet suçları, kötü altyapı, düşük nüfus yoğunluğu ve ailelerin dağılmasından oluşan tehlikeli ekoloji, sosyal hayatın canlılığına ve yerel destek sistemlerine zarar vermektedir. Bu da bölgedeki yaşlı sakinleri izolasyona itmektedir."

Klinenberg bu durumu, şiddete ve soyguna maruz kalmaktan korktukları için ya da dışarıda yapılacak bir şey olmadığından dışarıya çıkmayan bölge sakinleri ile yaptığı görüşmelerle gözler önüne sermektedir. Bölge sakinlerinden biri, şöyle dert yanmıştır: "Ne bakkal var ne de eczane. Burada hiçbir şey yok.... Her yer terk edilmiş" (Klinenberg, 2002: 94). Bir diğeri ise şu ifadeleri kullanmıştır: "Bu bölgede dışarı çıkmak, gerçekten çok zor. Dışarıda tüm gözler üzerinizde oluyor. Her an soyguna uğrayabilirsiniz" (Klinenberg, 2002: 102). Klinenberg (2002: 127), şunları ileri sürmektedir:

> Sıcak hava dalgası sırasında [Kuzey Lawndale] gibi yerlerde yaşayan izole olmuş ve korunaksız insanların zarar gördüğünü gösteren çok az kanıt vardır çünkü toplum, o insanları umursamamaktaydı. Ancak bu sıcak hava dalgası yüzünden sadece Chicago'daki en yoksul, terk edilmiş ve tehlikeli yerlerde yaşayan insanların hayatını kaybettiğine işaret eden kanıtlar bulunmaktadır. Zira bu insanların yaşadığı sosyal çevreler, onların oradan ayrılmasını zorlaştırmakta ve sosyal koruma hizmeti almalarını engellemekteydi. Bu gibi durumlar, sakin ve refah düzeyi yüksek bölgelerde yaşanmamaktadır.

Güney Lawndale'de ise bu durumun tam tersi yaşanmaktaydı. Güney Lawndale'in nüfusu, bölgeye olan Meksikalı Amerikalı akınıyla artmıştır. Bölgeye yerleşen Meksikalı Amerikalılar, bölgedeki sosyal yaşamı ve iş hayatını canlandırmıştır. Güney Lawndale'deki "kalabalık caddeler, yoğun ticari faaliyetler, konut yoğunluğu ve düşük suç oranları sosyal iletişimi, kolektif yaşamı ve genel olarak halkın birbiriyle olan etkileşimini olumlu yönde etkilemektedir. Böyle bir muhitte yaşamanın dışarıya çıkan yaşlılar için de avantaj sağladığı, aşikârdır (Klinenberg, 2002: 91). Görüldüğü üzere Güney Lawndale'deki sosyal ekoloji, bölgede yaşayan yaşlı insanlara yardımcı olarak onların daha çok sosyal etkileşimde bulunabilmesini ve aşırı sıcaklarla mücadele etmede daha çok olanağa sahip olabilmesini sağlamıştır.

Klinenberg'in çalışmasını takiben yapılan bir başka çalışmada Christopher Browning ve meslektaşları (2006), Klinenberg'in Chicago'daki araştırmasını tekrarlamıştır. Bu araştırma sonucunda ticari faaliyetlerin düşük olduğu muhitlerde sıcaklıktan kaynaklı ölüm oranlarının yüksek olduğunu ortaya koyarak Klinenberg'in bulgularını doğrulamışlardır. Bir muhitteki ticari faaliyetin düşük olup olmadığı, o muhitte bulunan ticari yapıların hâlâ faaliyetine devam edip etmediğine bakılarak kararlaştırılmaktadır. Ayrıca bölgede bulunan içki dükkânları, barlar, bilardo salonları, oyun salonları ile civardaki bira ve viski afişleri de bunun belirlenmesinde rol oynamaktadır. Diğer taraftan ticari faaliyetlerin düşüşünün az ölçüde olduğu muhitlerde sıcağa bağlı ölümler, büyük oranda

önlenmiştir. Browning vd, (2006: 661), şu sonuca varmıştır: "Toplum temelli kaynakların eşitsiz dağılımı, Chicago sıcak hava dalgasında hayatta kalma oranlarındaki coğrafi farklılıkları ortaya koymaktadır ve belki de bu gibi başka facialarının da yorumlanmasında rol oynayabilir." Bunun nedeni şudur: Kişinin yaşadığı muhit, o muhitte yaşayan insanlar tarafından şüphesiz bir biçimde tehlikeli görüldüğünde olası bir facianın yaratacağı tehlike, bölge sakinlerinin günlük hayatına pek etki etmeyeceğinden dolayı ciddi bir tehlike olarak değerlendirilmemektedir. Chicago sıcak hava dalgası üzerine yapılan çalışmadan elde edilen verilerin analizi sonucunda Klinenberg (2006), olası facialarının sonuçlarının belirlenmesinde yapısal koşulların sahip olduğu öneme vurgu yapmıştır. Hızlı değerlendirmeler yapmak amacıyla tasarlanan çalışmalar, birey bazında veriler sunduğundan insanları ve bölgeleri olası facialara karşı savunmasız hale getiren yapısal koşulları göz ardı etmektedir. Macintyre ve meslektaşları (2002: 125), Büyük Britanya'da yaptıkları çalışmada aynı sonuca ulaşmıştır. Gelişmiş ülkelerde "bölgenin" (yaşanan yer) sağlık üzerindeki etkilerinin genellikle "kalıntı statüsünde olan gizemli, tanımlanmamış bir kara kutudur. Bu etkiler kalıcı niteliktedir." Macintyre ve meslektaşlarına göre sağlığı hem altyapı hem de kolektif toplumsal olgular etkilemektedir. Sonrasında yapılan çalışmalar da bu temayı sürdürmüştür. ABD'de ülke çapında yapılan bir çalışmada (suç, düzensizlik ve emniyetsizliğin bulunduğu) olumsuz sosyal çevrelere sahip yoksul muhitlerde yaşayan ergenlik çağındaki gençlerin obez olma ve yetişkinlik döneminde de obez kalma olasılıklarının yoksul olmayan muhitlerde yaşayanlara kıyasla daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Lippert, 2016). Yapılan diğer araştırmalar, çocukluk ve ergenlik dönemini kapsayacak şekilde uzun süreli olarak dezavantajlı muhitlerde yaşamanın beyaz olmayanlar arasında oldukça yaygın olduğunu ve bunun erken yetişkinlik döneminde olması gerekenden daha kötü bir sağlığa sahip olma ihtimalini önemli ölçüde yükselttiğini göstermektedir

(Kravitz-Wirtz, 2016). Bu çalışmalar, yoksulluk ile bağlantılı olan yaşam koşullarının nasıl sağlık açısından nedensel birer faktör olduğunu gözler önüne sermektedir.

Sağlıksız Yerler

1990'lardan bu yana insanların içinde hayatını sürdürdüğü yapılar, sadece kötü barınma koşulları ile sağlıksız olmayı ilişkilendirmenin ötesine geçerek bağlamsal açıdan çok önemli bir çalışma alanı haline gelmiştir. Bireyin sağlığı için esas önemli olan şey, hem sosyal hem de materyal olarak bireyin içinde bulunduğu yaşam alanlarıdır. Bu, insanların ikamet ettiği bölgelerin sahip olduğu niteliklerin önemini vurgulamaktadır. Mesela üst sınıf bir bölgede yaşayan üst sınıfa mensup birinin sağlığı, alt sınıf bir bölgede yaşayan üst sınıfa mensup birinden çok daha iyi olmaktadır. Yoksul bir muhitte yaşamak, bireyin sahip olduğu niteliklerin ötesine geçerek erken ölüm için bir risk faktörü oluşturmaktadır. Kevin Fitzpatrick ve Mark LaGory (2011: 4), ABD'de şu gözlemde bulunmuştur: "Nüfusun belli dilimleri için yanlış yerde bulunmak, bir zamanlama hatası ya da bir kaza olmaktan ziyade *toplumsal yapının işlevi sonucunda gerçekleşmektedir*." Şehir merkezinde yoksulların oturduğu bölgeler gibi toplumsal ve ekonomik olarak dezavantajlı olan kentsel alanlardaki cinayet oranları, diğer bölgelere kıyasla iki kat daha fazlayken bebek ölüm oranları da %25 daha fazladır. ABD'de şehir merkezlerinde yer alan bu bölgelerde yaşayan insanların sağlığı, diğer yerlerde yaşayan insanlarınkine kıyasla daha kötüdür. Zira Fitzpatrick ve LaGory'e (2011: 7) göre "yoksulluk ve azınlık statüsünün neden olduğu yaşam koşulları, ayrımcılık sebebiyle daha da kötüleşmektedir. Bu iki niteliğin mekânsal açıdan bir araya gelmesi, düşük gelirlilerin ve azınlıkların halihazırda dezavantajlı olan durumunu daha da kötüleştirmektedir." Bu dezavantajlar şöyledir: diyabet, kalp hastalığı, kanser, cinayet, AIDS ve akıl hastalığı gibi sağlık sorunlarının yanı sıra evsizlik, aşırı yüksek suç oranı ve diğer kentsel hastalıklar. Sağlıklı yaşam koşullarına ve kaliteli sağlık

hizmetine sahip olan varlıklı banliyölerde ise bu tarz riskler en aza indirgenmiştir ya da mevcut değildir. Yaşadığımız, çalıştığımız ve eğlendiğimiz yerler, sağlığımızı ve refahımızı temelden etkilemektedir. Bu, bilhassa evsizler için geçerlidir. Zira evsizlerin kendilerine ait kalacak bir yeri yoktur ve bu yüzden ya kamusal alanlarda ya da barınma yerlerinde yaşamaktadırlar (Wasserman ve Clair, 2010). Fitzpatrick ve LaGory (2011: 41), şu ifadeleri kullanmaktadır:

> Belki de ekolojik olarak savunmasızlar arasında en kötü senaryoya sahip olanlar evsizlerdir. Evsizler, çeşitli siyasi ve ekonomik sistemler tarafından mekânsal olarak mülksüzleştirilmiş bir sınıftır. Evsizler gibi yersiz olmak, insanlar için ne anlama gelmektedir? Elde edilen kanıtlar, evsizlerin bedensel ve zihinsel sağlığının bu durumdan çok olumsuz bir biçimde etkilendiğini göstermektedir. Zira bu grupların suça, bulaşıcı hastalıklara, depresyona ve kronik rahatsızlıklara maruz kalma düzeyi, düşük gelirli gruplara kıyasla bile çok daha fazladır.

Kişinin yaşam koşullarının o kişinin sağlığı ve refahı için çok önemli sonuçlar doğurabileceği, su götürmez bir gerçektir. Bu, düşük gelirli çevreye kronik olarak maruz kalmanın astıma neden olan bir faktör olduğu Avustralya'da yapılan bir araştırmada da açık bir şekilde görülmektedir (Kozyrskyj vd, 2010). Norveç'in başkenti Oslo'da yapılan bir araştırmada, yoksul muhitlere erken yaşta maruz kalmanın yaşam boyunca ölüm oranı üzerinde olumsuz bir etki yarattığı ortaya çıkmıştır (Naess vd, 2016). Yaşanılan muhitin özellikleri ile sınıfsal konum, elbette birbiriyle bağlantılıdır. Zira aynı sınıfa mensup insanlar genellikle aynı muhitlerde yaşamaktadırlar çünkü o muhitteki evler, o sınıf tarafından satın alınabilmektedir. Ancak sosyoekonomik statü ve muhit özellikleri aynı şey demek değildir. Muhitler, nesnel fiziksel yapılardan ve gözlemlenebilen toplumsal düzen biçimleriyle şekillenen yaşam şartlarından meydana gelmektedir. Sosyoekonomik statü ise gelir ve eğitim durumu ile sahip olunan mesleğin prestijinin nesnel bir şekilde

hesaplanmasıyla oluşan, öznel bir toplumsal sınıflandırmadır. Sosyoekonomik statü ile muhit özellikleri, bireyin sağlığını birlikte hareket ederek etkilemektedir. Yoksul muhitlerde yaşayanların sağlığı daha kötüdür çünkü o muhitte yoksullar yaşamaktadır. Buna ek olarak muhitlerin kendi özellikleri de sağlığı, olumsuz şekilde etkilemektedir.

Birleşik Krallık'ta Sağlık ve Dezavantajlı Muhitler

Muhit ve sınıf arasındaki yakın bağlantı, sağlık eşitsizliği üzerine yapılan araştırmalar konusunda köklü bir tarihe sahip olan Birleşik Krallık'ta da görülmektedir. Bu konu üzerine erken tarihte yapılan birçok çalışma bunu göstermektedir. Halk sağlığında çığır açan öncülerden biri olan Edwin Chadwick tarafından 1842'de hazırlanan *Chadwick Raporu* [*Report of an Enquiry into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*], hastalıkların sebebi olarak yoksulluk ile pis yaşam koşullarını göstermiştir. Friedrich Engels'in ([1845] 1969) 1844'te İngiliz işçi sınıfının yaşamı üzerine yaptığı gözlemleri kaleme aldığı *İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu** isimli kitabında erken sanayileşmenin getirdiği pis ve sağlıksız yaşam ve çalışma koşullarını tasvir etmektedir. Engels'e göre işçi sınıfının hayatı zorluklar, kazalar, zehirli havaya maruz kalma, hastalığa yatkınlık, ayyaşlık, gelişigüzel cinsel ilişkide bulunma ve kısa yaşam süresinden oluşmaktaydı. Engels'e göre işçi sınıfının sağlıksız olmasının ve bu sınıftaki ölüm oranlarının yüksek olmasının başlıca sebebi, bulundukları sosyal statünün kapitalizm adı altında sömürülmesiydi. Buna "cinayet" adını vermekteydi.

21. yüzyılda Birleşik Krallık'ta yapılan çalışmalar, alt sınıftan üst sınıfa kadar ölüm oranlarına etki eden toplumsal faktörlerin barınma düzenlerine yansıdığını göstermektedir (Bowling vd, 2006; Davidson vd, 2008; Smith ve Anderson, 2018; Stafford

* Friedrich Engels, *İngiltere'de Emekçi Sınıfların Durumu*, Çev. Oktay Emre, Ayrıntı Yayınları, 2013. (y.h.n.)

vd, 2005). Yüksek kaliteli konutlarda yaşayan insanlara kıyasla düşük kaliteli konutlarda yaşayan insanların sağlığının her zaman daha kötü olduğu ve bu konutlarda yaşayanların ölüm oranının çok daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Kalitesiz konutlarda yaşamak rutubet ve aşırı kalabalığın yanı sıra ısıtma, havalandırma ve yalıtım sorunlarından kaynaklanan solunum yolu rahatsızlıkları ve enfeksiyonlar ile ilişkilendirilmektedir (Stafford vd, 2005). Bunlardan en çok kadınlar mustaripti çünkü evde erkeklerden daha çok vakit geçirmekteydiler (Stafford vd, 2005). Bu konutlarda yaşayanlar genellikle en alt toplumsal sınıflarda bulunan insanlar olmaktadır.

Birleşik Krallık'ta yapılan diğer araştırmalar gürültü, suç, hava kalitesi, çer çöp, trafik ve grafiti gibi bölgesel problemlerin yaşlı insanların sağlıksız olmasına sebep olduğunu belirtmektedir. Buna karşın kaliteli sağlık hizmeti, mağazalara yakınlık, çöp toplama, yürüyüş alanları ve arkadaş canlısı komşular gibi olumlu bölgesel faktörlerin ise yaşlı insanların sağlıklı olmasını sağladığı vurgulanmaktadır (Bowling vd, 2006). Hava durumu söz konusu olduğunda ise bölgede yaşayan yaşlıların sağlığı sadece sıcak havalar yüzünden değil, ayrıca aşırı soğuklardan da etkilenmektedir. İskoçya'da bulunan diğer soğuk yerler ya da Finlandiya, Kanada ve Sibirya gibi aşırı soğuk yerlerden ziyade yaşlı emeklilerin ölüm oranlarının en yüksek olduğu yerin Glasgow olduğu belirtilmektedir (Paterson, 2004). Bunun sebebi, aşırı soğuktan kaynaklı ölümlerin genellikle evlerini ısıtmaya parası yetmeyen insanlar arasında yaygın olarak görülmesidir. Bu, yoksulluk ile doğrudan bağlantılıdır ve Glasgow'un eski ve yıkılmaya yüz tutmuş muhitlerinde her yaştan çok sayıda yoksul insan yaşamaktadır. Marmot'a (2015: 25) göre:

> Eğer bir insan hayatının baharında Calton gibi İskoçya'nın perişan yerlerinden birinde ölüyorsa bu, bir trajedi olarak görülse de kesinlikle bir sürpriz değildir. Aslına bakarsak Calton'da yaşayan birinin "hayatının baharı" tam olarak ne oluyor, bu bile tartışmaya açıktır. 1998-2002 arasındaki sayısal verileri incelediğimde burada yaşayan erkekler için ortalama yaşam süresi 54 yıldı. Birkaç kilometre uzak-

lıkta bulunan ve üst sınıflara hitap eden Lenzie'de ise "hayatının baharı", çok farklı bir anlam ifade etmekteydi. Burada yaşayan erkeklerin ortalama yaşam süresi 82 yıldı. Aynı ülkede bulunan iki farklı şehirdeki ortalama yaşam süresi arasında 28 yıllık bir fark olduğu görülmektedir.

Marmot'un (2015: 24) vurguladığı gibi Calton, "sevimsiz bir yerdir". Glasgow'daki bu gibi yerlerde ve buna benzer diğer İngiliz şehirlerinde yaşayan insanlar, erken yaşta hayatını kaybetmektedir. Genellikle bunun sebebi, sağlıksız davranışlar ile birlikte hareket eden sağlıksız yaşam koşullarıdır. İkamet edilen muhit ile davranışlar, ortaklaşa çalışarak insan ömrünü kısaltmaktadır.

ABD'de Bedensel Sağlık ve Dezavantajlı Muhitler

Dezavantajlı muhitlerde yaşamanın sağlık üzerindeki etkileri üzerine ABD'de yapılan çalışmalar, son yıllarda çok önem kazanmaya başlamıştır. Terrence Hill, Catherine Ross ve Ronald Angel (2005: 170), şu gözlemde bulunmuştur: "Bölge sakinlerinin büyük bir çoğunluğunun yoksul, hasta, eğitimsiz, işsiz, kenarda parası bulunmayan, ev sahibi olmaktan ziyade kiracı olan ve bekâr annelerden oluşan muhitlerde yaşayan insanların sağlığı, sürekli olarak olumsuz şekilde etkilenmektedir." Hill ve diğerlerine göre bu tarz muhitler yüksek suç oranları, şiddet, uyuşturucu kullanımı, başıboş gençlik, terk edilmiş binalar, çöp, grafiti ve gürültü ile nitelendirilmektedir. Nahoş ve tehlikeli muhitlerde yaşamanın anksiyete, depresyon ve moral bozukluğuna neden olduğu aşikârdır. Ancak Hill ve diğerlerine göre bu tarz muhitlerde yaşamanın bedensel sağlık üzerinde yarattığı etki, henüz tam anlamıyla belirtilmemiştir.

Hill vd, bu soruyu Chicago, Boston ve San Antonio'daki dezavantajlı muhitlerde yaşayan ve sosyal yardım almakta olan düşük gelirli kadınların sağlığı üzerinde çalışmalar yaparak cevaplamaya çalışmıştır. Bu kadınlar dezavantajlı muhitlerde

ortalama 7 yıl yaşamış ve dolayısıyla muhitten kaynaklı olumsuz etkilere uzun süre boyunca maruz kalmıştır. Hill ve diğerlerine göre tehlikeli ve nahoş çevrelere kronik olarak maruz kalmak, sık sık tekrarlanarak sağlığa zarar veren (savaş ya da kaç tepkisi gibi) fizyolojik stres tepkileri yaratmaktadır. Hill vd, vücutta strese bağlı meydana gelen fizyolojik değişimlerin bireyi tehlikelerle baş etmeye hazırlayan özerk ve nöroendokrin sistemlerden oluştuğunu gözlemlemiştir. Kalp atış hızı, kan basıncı ve sindirim sistemi bundan etkilenmekteyken endokrin bezleri tarafından salgılanan hormonlar artış göstermektedir. Stresli durum başarılı bir şekilde ortadan kaldırılmadıysa tekrarlayan stres etkenleri; hastalığa olan yatkınlığın artması, enfeksiyona ve kansere karşı bağışıklığın azalması ve kalp-damar sorunları gibi kronik hastalıkların kötüleşmesi gibi zamanla birçok şekilde sağlığa zarar verebilmektedir. Hill ve diğerlerine (2005: 172) göre "Adı ne olursa olsun şiddet, suç, bakımsızlık ve çürümenin bir yaşam biçimi olarak deneyimlenmesi sonucunda bedeli, insan bedeni ödemektedir".

Hill vd, dezavantajlı muhitlerde yaşayan kadınların çok daha fazla psikofizyolojik strese maruz kaldığını ve bedensel sağlıklarının önemli ölçüde kötüye gittiğini belirtmiştir. Baş dönmesi, göğüs ağrısı, nefes almada zorluk, mide bulantısı, mide bozulması ve halsizlik, belirtiler arasındadır. Bu tarz sağlık bozuklukları, bu muhitlerde üç yıldan fazla yaşayan kadınlarda görülmekteydi. Sağlıksız olmalarının yanı sıra bu kadınların içinde bulunduğu yaşam koşulları, yüksek alkol tüketimi oranlarından da anlaşılacağı gibi içki alışkanlığına neden olmaktadır (Hill ve Angel, 2005). Yapılan diğer çalışmalar, muhit ile ergenlik dönemindeki gençlerdeki sigara ve içki kullanımını ilişkilendirmektedir. Ebeveyn ve arkadaş çevresinin etkisi de bu konuda önemli bir faktördür (Chuang vd, 2005). New York City'de yapılan bir araştırma, kötü durumda olan konutlarda barınmaya ve düşük toplumsal dayanışmaya maruz kalınan muhitlerde yaşamanın astım riskini ciddi oranda artırdığını belirtmektedir (Rosenbaum, 2008). Ulusal verileri

kullanan bir başka çalışma, yaşanılan muhit ile kadınlarda görülen kalp hastalığını ve hem kadınlarda hem de erkeklerde görülen kanseri ilişkilendirerek muhitteki çevresel faktörlerin önemini gözler önüne sermiştir (Freedman, Grafova ve Rogowski, 2011). Obezitenin bile dezavantajlı muhitte yaşamak ile bağlantılı olduğunu gösteren Jason Boardman ve meslektaşları (2005) ile diğerleri (Lippert, 2016) tarafından ülke çapında yapılan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalara göre dezavantajlı muhitlerde yaşayanların obez olma olasılığı ile muhitin genel olarak obez olma olasılığı ciddi derecede yüksektir. Boardman vd, (2005: 239), şu sonuca varmıştır: "Obeziteyi tam anlamıyla anlamak için muhitteki sosyoekonomik, fiziksel ve çevresel faktörler ile bireysel risk faktörlerinin bir arada değerlendirilmesi gerekmektedir. Obezite, ABD'deki yetişkinler arasında sağlık sorunlarına ve kısa yaşam süresine yol açan, başlıca rahatsızlıklardandır."

Ülke çapında yapılan başka bir araştırmada Liam Downey ve Marieke van Willigen (2005), yerleşim yerlerinin sanayi bölgesine yakın olmasının bölge sakinleri için strese yol açtığını belirtmektedir. Böylelikle strese neden olan bölgesel değişkenler kategorisine bir madde daha eklenmektedir. Sanayi bölgesine yakın olan bu yerlerde genellikle yoksullar, işçi sınıfına mensup insanlar ve ırksal azınlıklar ikamet etmektedir. Dezavantajlı muhitlerde oturan insanlara kıyasla varlıklı muhitlerde oturanlar hem daha sağlıklı yaşam koşullarına sahiptir hem de kaliteli sağlık hizmetine rahatlıkla erişebilmektedir. Sağlık hizmetine erişim, muhit yapısının sağlığa olumlu ya da olumsuz şekilde etki etmesinin bir başka yoludur. Örneğin dezavantajlı bir muhitte yaşamak, düzenli olarak sağlık ve önleyici bakım hizmeti alma ihtimalini azaltırken sağlık gereksinimlerini karşılayamama ihtimalini de artırmaktadır (Kirby ve Kaneda, 2005).

Leonard Pearlin ve meslektaşları (2005: 208), şu ifadelere yer vermektedir: "Statü elde etme çabası, insanları çevrelerini saran faktörlere; özellikle de içinde yaşadıkları muhitin bölgesel faktörlerine yönlendirebilmektedir. Yaşanılan muhitin nüfusu

çoğunlukla ekonomik ve sosyal sermayesi çok az olan insanlardan oluşuyorsa bölgesel faktörlerin sağlığa olan etkisi, bireysel sosyoekonomik statüden bağımsız olarak gerçekleşmektedir."

ABD'de Zihinsel Sağlık ve Dezavantajlı Muhitler

Amerikan sosyoloji tarihinde kentsel alanlardaki yaşam koşullarının şehirde ikamet eden insanların akıl sağlığına olan etkileri üzerine yapılan birçok araştırma bulunmaktadır (Cockerham, 2017a). Bir klasik olan bu araştırmaların ilki, Robert Faris ve H. Warren Dunham tarafından 1930'ların ortasında Chicago'da yapılmıştır. Faris ve Dunham, Chicago'da yaşayan ve 1922-1931 yılları arasında akıl hastanelerinde psikiyatrik tedavi gören yaklaşık 35.000 insanın ev adreslerini bulmak için şehir haritasını ve hastane kayıtlarını kullanmıştır. Akıl hastalıkları arasında en zarar verici olan şizofreninin en çok görüldüğü bölge, yoksulların yaşadığı muhitlerde yer alan gecekondu mahalleleri olarak belirlenmiştir. Faris ve Dunham (1939), yoksulluk içinde yaşayan insanların sosyal etkileşimden mahrum kaldığı ve dolayısıyla "izole kişilik" adını verdikleri, şizofreninin önemli özelliklerinden birine sahip oldukları varsayımında bulunmuştur. Faris ve Dunham'a göre sosyal izolasyon; halüsinasyon, sanrı ve uygunsuz davranış gibi şizofreni hastası insanlarda yaygın görülen durumları körüklemektedir. Bunun sebebi, normalliği pekiştiren sosyal etkileşimlerin noksanlığıdır. Faris ve Dunham (1939: 173-4), şu ifadelerde bulunmaktadır: "Farklı şizofreni hastalarında gözlemlenen çeşitli alışılmadık davranış türleri, aşırı izolasyondan kaynaklanabilmektedir."

Ancak Faris ve Dunham'ın hatalı olduğu aşikârdır. Zira artık biliyoruz ki şizofreninin arkasında izole olmuş bir yaşamdan çok daha fazlası bulunmaktadır. Sosyal izolasyon, şizofreninin bir nedeni olmaktan ziyade bir sonucudur. Çalışmanın üzerinden neredeyse 40 yıl geçtikten sonra Dunham (1977: 61-2), yoksulların şizofreni olma ihtimalinin daha yüksek olduğu doğru bir görüş olsa da Faris ve kendisinin o zamanlar çok genç

ve heyecanlı olduklarını ve bu yüzden şizofreni hastalarının yoksulluğa yatkın olduklarını ya da zamanla yoksullaştıkları düşüncesini göz ardı ettiklerini belirtmiştir. Ancak Faris ve Dunham'ın yaptığı çalışma, önemlidir çünkü Chicago'daki şizofreni oranını şehrin ekolojik yapısına uyan bir şekilde muhit bazında sınıflandırabilmişlerdir. 1927'de Chicago'da şizofreninin en yoğun olduğu yer, 100.000'de 700 oranıyla merkez bölgeydi. Şehir merkezinin etrafındaki bölgeler ile şehrin güneyi, ikinci sırada yer almaktaydı. Varlıklı muhitler ise en düşük şizofreni oranına sahipti. En kötü yaşam alanlarına sahip muhitlerde ikamet eden alt sınıfların şizofreni hastası olma riski, diğer insanlara göre çok daha fazladır.

Daha sonra Leo Levy ve Louis Rowitz (1973), Faris ve Dunham'ın Chicago'da yaptığı çalışmayı tekrarlamıştır. Bu çalışmaya göre 1960-1961 yılları arasında Chicago'da ikamet eden 10.653 kişi, akıl hastanelerine yatırılmıştır. Bu çalışma, şizofreni tanısı konulan hastaların yoğunlukla şehir merkezinde yoksulların oturduğu bölgelerde bulunduğu bulgusu dışında şizofreninin Chicago'nun muhitlerine Faris ve Dunham'ın yaptığı çalışmada belirtildiği gibi dağıldığını doğrulamıştır. Levy ve Rowitz, özellikle şizofreni ve alkole bağlı rahatsızlıklar gibi ciddi psikiyatrik sorunların genellikle alt sınıfın ikamet ettiği muhitlerde yaygın olarak görüldüğünü vurgulamıştır. Bu çalışmaları takiben August Hollingshead ve Frederick Redlich'in (1958) New Haven'da yaptığı ile Leo Srole ve meslektaşlarının (1962) Midtown Manhattan'da yaptığı çalışmalar, sınıfsal konum ile akıl hastalığı arasındaki bağlantıyı doğrulamaya odaklanmıştır. Akıl hastalıkları, şizofreni ve kişilik bozukluklarının en yaygın olarak görüldüğü grubun alt sınıf olması, zamanla malumun ilamı haline gelmiştir. Depresif ve anksiyete bozuklukları ise orta ve üst sınıflarda yaygın olarak görülmektedir. Sınıf-akıl sağlığı ilişkisi üzerine yapılan çalışma sayısı çok olsa da 1970'lerde aşırı kalabalık ve 1990'larda dezavantajlı muhitler üzerine yapılan çalışmalara kadar sağlık sosyologları, yaşam koşullarının sosyal psikolojik etkilerini ciddi şekilde incelememiştir.

Kent hayatının sosyal bilimcilerin dikkatini önceden çeken tek özelliği, büyük şehirlerdeki aşırı kalabalık ve bu aşırı kalabalığın sağlık üzerindeki muhtemel etkileri olmuştur. Yapılan bu araştırmalar, kalabalık topluluklarda yaşayan insanların bölgede bulunan insan sayısı ile kullanılabilir alan açısından kendilerini hapsedilmiş gibi hissettiği teorisini test etmeye çalışmıştır. Bölgedeki yoğunluk ne kadar fazlaysa insanlar, o kadar "kalabalık" hissetmektedir. Bu durumun yarattığı gerginliğin o kadar büyük olacağı düşünülüyordu ki bunun, fiziksel ve zihinsel sorunlara yol açacağına inanılıyordu. Ancak bu konuda yapılan araştırmalarda muhitlerdeki aşırı kalabalığın strese yol açtığına dair çok az kanıt elde edilmiştir. Muhitten ziyade evdeki kalabalık daha patolojiktir çünkü evdeki ilişkiler ve bu ilişkilerdeki bozukluklar, bireyin refahının temelini oluşturmaktadır (Cockerham, 2017a). Fakat evdeki aşırı kalabalıklaşma üzerine yapılan çalışmalardan bu yönde sonuçlar elde edilmemiştir. Aşırı kalabalıklaşmanın akıl sağlığı bozukluklarından ziyade kişiler arası ilişki bozukluklarına neden olduğu gözlemlenmiştir.

Bunun sonucunda kentsel alanlardaki akıl sağlığı üzerine yapılan sosyolojik çalışmaların odağı, aşırı kalabalıklaşmadan uzaklaşıp dezavantajlı muhitlere yönelmiştir. Hane halkı kalabalığına odaklanan araştırmalardan ziyade bu yaklaşım ile yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular çok daha tutarlı olmaktadır. Yaşanılan muhitin sahip olduğu özelliklerin akıl sağlığı üzerinde olumsuz etki yaratabileceği, yapılan birçok araştırma sonucunda kanıtlanmıştır (Boardman vd, 2001; Cockerham, 2017a; Latkin ve Curry, 2003; Ross, 2000; Ross ve Mirowsky, 2001; Schulz vd, 2000; Turney, Kissane ve Edin, 2012; Young ve Montazer, 2018).

Elbette bu çalışmalar, dezavantajlı muhitlerin insanları delirttiğini savunmamaktadır. Daha ziyade yoksul ve yıkık dökük muhitler, orada yaşayan insanların canını sıkmakta ve muhitte barınan tehlikeli insanların orayı korkutucu yapmasından dolayı ayrıca anksiyeteye neden olabilmektedir. Bu doğrultuda

literatür araştırması, bu tarz muhitlerin sahip olduğu olumsuz özelliklerin strese neden olabileceğini göstermektedir. Aşırı yoksul bir muhitten az yoksul bir muhite taşınmak, Baltimore'da yaşayan bir grup Afrikalı Amerikalı kadının akıl sağlığını olumlu yönde etkilemiştir (Turney vd, 2012). Bu kadınlardan biri, şu ifadeleri kullanmıştır:

> Çimleri, ağaçları ve sincapları görebiliyordum. Ama [konut projesinde] durum, böyle değildi ... Sanki geceden gündüze taşınmışım gibiydi. Öyleydi yani, temizdi. [Proje] temiz değildi ... Yani benim [projeyle] gelmem ve burada bulunmam, gerçekten çok güzel. Ve ben de siz de nasıl olduğunu biliyorsunuz. Gittikçe iyiye gidiyor. Her şey daha da iyiye gidecek. (Turney vd, 2012: 9)

Sonuç

Yaşam koşullarının sağlığa olan etkisi kaliteli barınak, su ve hava ile sınırlı değildir. Şehirlerde bulunan dezavantajlı muhitlerin yapısal koşulları da buna dahildir. Anksiyeteye neden olan korku, suç ve kişisel güvenlik eksikliği; soğuk havada ısınma olanağının bulunmaması ya da sıcak havada soğutma olanağının olmaması gibi standartların altındaki barınma koşulları; sokaklarda ve caddelerde çöp olması; mağaza ve restoran gibi olanakların yetersizliği ve depresyon ile moral bozukluğuna sebep olan konsantre yoksulluk gibi etkenlerin hepsi, bedensel ve zihinsel sağlığa zarar veren toplumsal mekanizmalardır. Elde edilen bulgular, aşırı kalabalıklaşmanın akıl sağlığı üzerindeki etkisinin az olduğunu göstermektedir. Ancak bu, dezavantajlı muhitlerde yaşamanın bireylerin özelliklerine bakmaksızın depresyona ve sağlık sorunlarına neden olduğuna işaret eden güçlü kanıtlara gölge düşürmemektedir.

Elden edilen bu sonuç, yapının sağlık meselelerindeki önemine vurgu yapmaktadır. Elde edilen bulgular, yapısal şartların hastalığa verilen tepkileri etkilediğini göstermektedir. Yapı ve iradeden yalnızca birinin önemli olduğunu söylemek, doğru değildir. Zira ikisi de sağlığın ve hastalığın hem başlangıcı hem de gidişatı açısından eşit derecede önemlidir. Buradaki esas

mesele, yapının da iradenin de toplumsal davranışları açıklamada önemli rol oynadığını anlamak ve yapısal koşulların sağlık üzerindeki etkilerini tam anlamıyla açıklamaktır. Gelecekte yapılacak çalışmalar, muhtemelen çok düzeyli istatistiksel yöntemler kullanarak muhitlerin ötesine geçip bir üst mertebedeki sosyal birimlere odaklanacaktır. Böylelikle her düzeyde açıklanan değişkenler, başarılı bir şekilde belirlenebilecektir.

Eleştirel Düşünme Soruları

1. Muhit, bedensel sağlığı nasıl etkilemektedir?
2. Peki ya akıl sağlığı? Kişinin akıl sağlığı, dezavantajlı muhitler tarafından etkilenebilmekte midir? Açıklayınız.

İlave Okuma Önerileri

Klinenberg, Eric, 2002, *Heat Wave: A Social Autopsy of Disaster in Chicago*, Chicago: University of Chicago Press.

Chicago'daki seçili muhitlerin karşılaştırmalı tarihi üzerine bir eserdir. Günümüzde de önemini korumaktadır çünkü 1995'te yaşanan sıcak hava dalgasında en çok kaybın yaşandığı bölgelerin özelliklerini ve yaşlı bölge sakinlerini sosyal izolasyona ve sıcaktan kaynaklı ölüm riskine iten (fabrika kapanmaları, işsizlik, kötü altyapı, suç oranlarında artış ve aile dağılması gibi) çeşitli faktörleri ele almaktadır.

10
Sağlık ve Sosyal Sermaye

Makro düzeydeki toplumsal değişkenlerin sağlık sonuçlarının belirlenmesindeki potansiyelinin farkına varılması, bilim insanlarını bir başka araştırma alanına yöneltmiştir: sosyal sermaye. Bilhassa ekonomik sermaye olmak üzere sermaye kavramı, piyasada alınıp satılabilen mallardan meydana gelmektedir. 1867'de Karl Marx'a kadar uzanan bu kavramın sosyoloji tarihindeki yeri eskidir (Piketty, 2014). Ancak sosyal sermaye kavramı, 1980'lerde ortaya çıkmıştır. Robert Putnam'a (2000) göre sosyal sermaye insan ağları, normlar ve güven seviyelerini içeren, sosyal ilişkilerde görülen toplum düzeyinde bir kaynaktır. Sağlık sosyolojisinde ise Bryan Turner (2004: 13) sosyal sermayeyi, insanların topluma yaptığı yatırımlar

olarak ele almıştır. Bu yatırımlara resmî ve gayri resmi grup, sosyal ağ ve kurum üyelikleri dahildir. Kişi ne kadar toplumsal yatırım yaparsa, topluma entegre edilme şansı o kadar yükselmektedir. Böylelikle sağlık ve refah durumları da daha iyiye gitmektedir. Sosyal izolasyon, depresyon ve hastalık genellikle çok az ya da hiç sosyal sermayeye sahip olmayanlar arasında görülmektedir çünkü içinde bulundukları toplumsal durumlar, bedenlerini sağlıksız durumlara ve strese karşı savunmasız hale getirmektedir.

Sosyal sermaye, literatürde genellikle toplumsal yapıların bir özelliği olarak tanımlanmaktadır. Bu toplumsal yapılar kişiler arası güven, karşılıklılık normu ve karşılıklı yardım düzeylerinin yansıtıldığı muhit sakinleri arasındaki müşterek ilişkiler ağı ve topluluklardan oluşmaktadır. Aslında sosyal sermaye, insanların birbirine sahip çıktığı ve aidiyet duygusu ile olumlu bir şekilde etkileşim sağladığı destekleyici bir toplumsal atmosfer demektir. Dolayısıyla sosyal sermaye, çeşitli derecelerde sağlığa uzanan bir kamu malı olarak toplumsal etkileşimin olumlu bir ürünü gibi değerlendirilebilmektedir. Sosyal sermayenin finansal destek ve bakım olanakları biçiminde nesnel unsurları bulunmaktadır. Bunun yanı sıra manevi destek, arkadaşlık, sevgi, sağlık, rahatlık ve güvenlik biçiminde öznel unsurları da bulunmaktadır. Sosyal sermaye teorisine göre sosyal sermaye, sağlıklı olmanın nedenlerinden biridir. İnsanlar hasta olduğunda ise sosyal sermaye, onların iyileşmesini kolaylaştırmaktadır. Ancak bu kavram, nedensellik ilişkisine ışık tutma potansiyeline rağmen hâlâ gelişme aşamasındadır ve nicel olarak tutarlı bir şekilde değerlendirilmesinde yaşanan zorluklar yüzünden eleştirilmektedir. Bu da bazı araştırmacıları, kavramın geçerliliğini sorgulamaya itmektedir (Carpiano, 2006).

Yine de bu kavram, ileride de tartışılacağı üzere sağlık sosyolojisi ve halk sağlığı alanlarında çalışmalar yapan araştırmacılar arasında gittikçe popüler olmaktadır. Daha geniş çaplı araştırmalar yapılarak kavramın daha çok açıklığa kavuşturul-

ması gerekse de bu araştırmacılara göre sosyal sermaye, sağlık yardımı üretmede faydalı olabilecektir. Kendini iyi hissetmek, sevildiğini, desteklendiğini ve sıcak bir çevrede büyüdüğünü bilmek, sağlık ve refah için olumlu şeylerdir. Dolayısıyla Bryan Turner'ın (2003: 14) da açıkladığı gibi "özsaygı hissi, insan vücuduna yararlı olan destekleyici sosyal çevrelerde bulunmanın getirdiği bir sonuçtur".

Kanadalı sağlık sosyoloğu Gerry Veenstra ve meslektaşları (2005), sosyal sermayenin sağlığı üç farklı şekilde daha etkileyebileceğini vurgulamaktadır. Bunlardan ilkine göre sosyal sermaye, kaliteli sağlık ya da bakım hizmeti gibi toplum veya sosyal ağ kaynaklarının bireye uzatılması aracılığıyla sağlığa, direkt olarak etki edebilmektedir. İkincisine göre sosyal sermaye, genel olarak tüm nüfusun sağlığının belirlenmesinde rol oynayan toplumsal, ekonomik, siyasi ve fiziksel çevre gibi faktörler aracılığıyla sağlığa dolaylı etki edebilmektedir. Üçüncüsüne göre ise sosyal sermaye, sağlık konusunda belirleyici olan diğer faktörlerle birey ya da grup düzeyinde etkileşime geçerek sağlığa etki edebilmektedir. Bunun bir örneği eğitimdir. Eğitim, yetersiz sosyal sermayesi bulunan toplumlara kıyasla yüksek düzeyde sosyal sermayeye sahip olan toplumlarda sağlıksal yaşam tarzlarını kolaylıkla teşvik ettirmektedir.

Sosyal sermayenin sağlık sonuçları açısından önemi, 1950'lerde başlayan ve yıllar boyu devam eden, çığır açıcı Roseto çalışmasında ön plana çıkmıştır (Lasker, Egolf ve Wolf, 1994). Roseto, Pennsylvania'da yer alan ve genellikle İtalyan asıllı Amerikalıların yaşadığı küçük bir topluluktur. Buradaki kalp hastalığından ölüm oranı, çevredeki topluluklara kıyasla %50 daha düşüktü. Roseto ile öteki kasabalar arasındaki tek fark, Roseto'daki ailevi ve sosyal bağların geleneksel anlamda güçlü olmasıdır. Buna düzenli kilise ziyaretleri ve aynı etnik gruptan kişilerle yapılan evlilikler de dahildir. Sosyal destek ve kaynaşma düzeyi o kadar yüksekti ki bu, kalp hastalığından kaynaklı yaşanan ölüm oranlarının çevredeki benzer kasabalara kıyasla burada düşük olmasının öne çıkan en önemli sebebiydi.

Turner (2004: 14-15), şu ifadelere yer vermektedir: "Roseto'nun kalp hastalığından kaynaklı ölümlerde sahip olduğu düşük oran topluluk dışından kimseyle evlenmeme, kilise üyeliği ve sosyal aktivitelere düzenli katılım gibi etkenlerden meydana gelen, ilginç bir şekilde toplumsal dayanışmanın amaçlanmamış sonuçlarından biri olmaktadır." Ancak Roseto'nun sosyal statüsü yükselişe geçen genç nesilleri gitgide geleneklerden kopmaya başladıkça Roseto, kalp hastalıklarından kaynaklı yaşanan ölüm oranlarında çevredeki kasabaları geride bırakmıştır. Aynı etnik gruptan kişilerle evlenme ile kilise ve kulüp üyelikleri düşüşe geçmiş, gençler maaşı daha dolgun ve ayrıcalıkları daha iyi olan işler bulmak için topluluğu terk etmiştir.

Bu çalışmanın ve bu çalışmayı takiben yapılan diğer çalışmaların sonuçları, destekleyici sosyal ilişkiler içinde bulunan insanların sağlığının daha iyi olduğunu ve daha uzun süre yaşadığını belirtmektedir. Turner'a (2003, 2004) göre bu tarz sonuçları olan teoriler, Emile Durkheim'ın ([1897] 1951) intihar teorisinin günümüz koşullarına uyarlanması olarak değerlendirilebilmektedir. Durkheim'ın teorisine göre bireyler, toplum ile ne kadar bütünleşmişlerse intihardan o kadar korunmaktadırlar. İntihar oranları toplumsal bütünleşmenin ve düzenlemenin güçlü olduğu yerlerde düşükken, zayıf olduğu yerlerde yüksektir. Dolayısıyla toplum, bireyin kendisini yalnız ve izole olmuş hissetmesini engellemek için ürettiği sosyal ilişkiler ile (toplumsal bir gerçek olarak) bireyin üstünde var olmaktadır. Ancak Durkheim şunu açıkça belirtmiştir ki toplumsal dayanışma, geleneksel ve küçük çaplı topluluklara özgü bir şey değildir. Büyük örgütlerde, dinlerde ve toplumun bütününde de çeşitli seviyelerde mevcuttur (Heilborn, 2015).

Turner, Durkheim'ın "sosyal sermaye" terimini hiç kullanmadığını gözlemlemiştir. Fakat buna rağmen, toplumsal dayanışma ve toplumsal gerçek kavramlarının sosyal sermayenin bireyin sağlığını nasıl koruduğunu göstermekte hâlâ kullanılabilir olduğunu vurgulamaktadır. Turner'ın bu görüşü doğrudur çünkü sosyal sermaye, Durkheim'ın toplumsal dayanışma

hakkındaki düşüncelerine benzer bir şekilde kişinin yararlanabileceği sosyal desteğe ve sağlıklı olmaya neden olan aidiyet duygusuna gönderme yapmaktadır. Ancak Durkheim'ın sosyal sermaye kavramına yaptığı katkılar, sosyolojide genellikle göz ardı edilmektedir (B. Turner, 2003). Dolayısıyla bu kavramı geliştirmek, diğer kuramcılara düşmektedir. Yakın gelecekte bu yükün altından başarıyla kalkan ve sosyal sermayenin sağlık konusunda modern bir yorumlamasını yapan dört kuramcı bulunmaktadır. Bunlar Robert Putnam, Nan Lin, Pierre Bourdieu ve Robert Sampson'dır. Sosyal sermayeyi sağlık açısından belirleyici bir faktör olarak ele alan araştırmaları incelemeden önce bu kuramcılar tarafından üretilen teoriler ele alınacaktır.

Robert Putnam: Tek Başına Bowling

Bir siyaset bilimci olan Putnam, sosyal sermaye kavramının popüler olmasında öncü bir rol oynamıştır. Çığır açıcı çalışması *Tek Başına Bowling*'de Putnam, şu ifadeleri kullanmaktadır: "Fiziki sermaye fiziksel nesnelere ve beşeri sermaye bireylerin mülklerine gönderme yaparken sosyal sermaye, bireyler arasındaki bağlantılara - yani insanlardan meydana gelen sosyal ağlara, karşılıklılık normlarına ve güvenilirliğe atıfta bulunmaktadır." Putnam'ın kitabının büyük bir çoğunluğu, Amerikan toplumunda toplumsal katılımcılığın 1970'lerden beri düşüşte olduğu ve bunun da sosyal sermayede düşüşe neden olduğu hakkındadır. Ancak Putnam, toplumsal katılımcılığın Amerikan kültüründe tarih boyunca iniş ve çıkışlar yaşadığını vurgulamaktadır. Putnam, toplumsal katılımcılığın 21. yüzyılda yeniden canlanmasının sağlıklı toplumların gelişmesine olanak sağlayacağını ileri sürmektedir.

Putnam'a göre iki tür sosyal sermaye vardır: bağlayıcı ve köprü kuran. Bağlayıcı sosyal sermaye, aynı toplumsal geçmişe sahip insanları birbirine bağlamaktadır. Buna örnek olarak etnik yardımlaşma dernekleri, kilise tabanlı kadın grupları ve şık golf kulüpleri gösterilebilir. Bağlayıcılık, genellikle güçlü bir grup içi sadakat yaratmaktadır ancak bazen de grup dışı

düşmanlığa neden olabilmektedir. Buna karşın köprü kuran sosyal sermaye, farklı toplumsal geçmişlerden gelen insanları birbirine bağlamaktadır. Köprü kuran sosyal sermayeye örnek olarak sivil haklar hareketi, gençlik hizmet grupları ve ekümenik dinî örgütler gösterilebilir.

Her sosyal sermayenin kendine özgü bir toplumsal işlevi bulunmaktadır. Putnam'a (2000: 23) göre "bağlayıcı sosyal sermaye, sosyolojik bir yapıştırıcı görevi görürken köprü kuran sermaye ise sosyolojik bir kayganlaştırıcı görevi görmektedir". Yani bağlayıcı sosyal sermaye toplumsal karşılıklılığın ve dayanışmanın güçlü olmasını sağlarken köprü kuran sosyal sermaye, toplumları ve bireyleri kaynaklarla ve bilgiyle birbirine bağlamaktadır. Bireyler ya da topluluklar her iki sosyal sermayeye de sahip olabilmektedir ancak bunun ölçüsü, değişiklik göstermektedir. Bu, sosyal sermaye sağlayan sosyal ağların yalnızca bağlayıcı ya da köprü kurucu olmadığı anlamına gelmektedir. Daha ziyade iki tür sosyal sermayeyi de yansıtmaktadırlar. Putnam (2000: 23) bunu şöyle ifade etmektedir: "Bağlayıcı ve köprü kuran sosyal sermaye, sosyal ağların birinden birine dağılacağı ayrı birer kategori değildir. Aksine, farklı sosyal sermaye biçimlerini karşılaştırabileceğimiz 'bir çeşit' boyutlardır."

Putnam ayrıca, sosyal sermayelerin karşılaştırılabileceği çeşitli yollar ortaya koymaktadır. Bağlayıcı sosyal sermaye, üç ana değişken aracılığıyla değerlendirilebilmektedir: dinî sosyal sermaye, grup ya da toplumsal katılım ile toplumsal güven ve karşılıklılık. Ülkede bulunan yüksek hacimli dinî faaliyetler yüzünden dinî sosyal sermaye, ABD'de çok önemlidir. Putnam'a göre grup üyeliklerinin, hayırsever bağışlarının ve gönüllü çalışmaların ortalama yarısı, kilise ile bağlantılıdır. Kiliseler toplumun ilgi alanlarını şekillendirmelerinin yanı sıra sivil normların, becerilerin ve iş olanaklarının körükleyicisi niteliğindedir. Putnam'ın "toplumsal katılım" olarak adlandırdığı grup katılımı, Okul Aile Birliği (PTA), Ulusal Vahşi Yaşam Federasyonu ve Junior League gibi gönüllü kuruluşlara üye

olmakla gerçekleşmektedir. Düzenli olarak yüz yüze iletişim sağlayan bu gruplar, üyelerini hiç bir araya getirmeyen gruplara kıyasla çok daha fazla sosyal sermaye üretmektedirler. Dolayısıyla gruplar, ürettikleri sosyal sermaye bakımından farklılık göstermektedir. Böylece toplum bütünleşmesinin ölçülmesinde faydalı olmaktadırlar.

Son olarak da toplumsal güven ve karşılıklılık gelmektedir. Toplumsal güven ve karşılıklılık, davranışsal standartlardan ziyade normatif standartları temsil etmektedir. Putnam'a göre genelleştirilmiş bir karşılıklılık hissi, sosyal sermayenin mihenk taşıdır. Toplumsal karşılıklılık, gelecekte ihtiyacın olduğunda sana da yardım edileceği düşüncesiyle diğer insanlara yardım etme sorumluluğu anlayışıdır. Komşunun bahçesine uçmadan yaprakları tırmıkla toplamak, bir yabancıya parkmetre karşılığında para vermek, barda insanlara içki ısmarlamak, arkadaşının evine göz kulak olmak ve pazar okuluna atıştırmalık götürmek gibi şeyler, genelleştirilmiş karşılıklılık hissine birer örnektir. Toplumsal güven ise bu karşılıklılığın genellikle gerçekleşeceğine dair beklentidir. Fakat toplumsal güven, diğer insanlara duyulan güvendir ve bu yüzden kurumlara ve politikacılara duyulan güvenden farklıdır. Sosyal sermayenin bir ölçütü olmasının sebebi de budur. Putnam (2000: 137), şu ifadelerde bulunmaktadır:

> Kısacası diğer insanlara güvenen insanlar, bütünüyle iyi vatandaşlardır. Toplum yaşamıyla etkileşimde olanlar hem başkalarına güvenmekte hem de güvenilir olmaktadır. Diğer taraftan toplumsal bağa sahip olmayan insanlar, çevrelerinin kötü insanlarla sarılı olduğuna inanmaktadırlar ve bu yüzden kendilerinin de çok dürüst olmasının gerekli olmadığını düşünmektedirler. Toplumsal duyarlılık, karşılıklılık, dürüstlük ve toplumsal güven iyi soslanmış bir makarna gibi karmakarışıktır. Yalnızca titiz ve hatta deneysel bir araştırmayla birbirlerinden ayrı bir şekilde sınıflandırılabilmektedirler. Ancak şu an için ahenkli bir sendrom oluşturduklarını bilsek, yeterli olacaktır.

Putnam, sosyal sermayenin bireyin sağlığı açısından önemli olduğunu savunmaktadır. Bunun spesifik olarak hangi mekanizmalar aracılığıyla gerçekleştiği henüz tam olarak bilinmese de Putnam, bunun nasıl gerçekleştiği hakkında birkaç öneride bulunmaktadır: (1) sosyal ağlar insanlara para, nekahet dönemi bakımı ve ulaşım kolaylığı gibi stresi azaltan ve güvenlik ağı oluşturan somut yardımlar sağlamaktadır; (2) sosyal ağlar sigara kullanımı, alkol tüketimi ve düzenli beslenme gibi konularda insanlara sağlığı pekiştirici şekilde destek olmaktadır; (3) toplumsal olarak kaynaşmış toplumların kaliteli sağlık hizmetleri sağlaması ve (4) ilginç bir Putnam fikri olarak sosyal sermayenin, stresi engellemek ve hastalıkla savaşmak için bireylerin bağışıklık sistemini harekete geçiren fizyolojik bir tetikleme mekanizması olmasıdır.

Putnam'a göre toplumsal bağlanmışlık, bireyin sağlığı konusunda en çok belirleyici olan faktörlerden biridir. Bu konuda Putnam (2000: 236), şunları söylemektedir: "Sosyal sermayenin doğurduğu sonuçların izini sürdüğüm tüm alanlar içinde sağlık ve refah bakımından toplumsal bağlanmışlık kadar önemli başka bir faktöre rastlamadım." Durkheim'ın ([1897] 1951) intihar üzerine yaptığı çalışmayla başlayarak Putnam, toplumsal bütünleşme bağlamında bir literatür taraması yapmıştır. Bu tarama sonucunda bir zamanların dikkat çeken, California'da yapılan çalışması olan Alameda İlçe Çalışması (Berkman ve Breslow, 1983) gibi birçok çalışmanın sağlık için toplumsal bütünlüğün ne kadar önemli olduğunu gösterdiğini gözlemlemiştir. Ailelerden ve arkadaşlardan oluşan sosyal ağlar, sağlıksız pratikleri eleştirirken önemli kaynaklar sunarak sağlıklı davranışları pekiştirmektedirler. Putnam'a göre toplumsal olarak herhangi bir bağı bulunmayan insanların güçlü aile, arkadaş ve toplum bağı bulunan insanlara göre tüm ölüm nedenlerinden hayatını kaybetme olasılığı, iki ile beş kat daha fazladır. Putnam sözlerini, insanlar toplum ile ne kadar bütünleşirse o kadar sağlıklı ve uzun ömürlü olurlar diyerek bitirmektedir.

Nan Lin: Bir Yapı Olarak Sosyal Sermaye

Lin'in (2001) sosyal sermaye kavramı, klasik Marksist sosyoloji tartışmasıyla ve Marx'ın sermayenin meta üretimi ve tüketimi aracılığıyla kapitalistler (burjuvazi) ve işçiler arasındaki toplumsal ilişkilerden nasıl meydana geldiğini çözümlemesiyle başlamaktadır. Lin, Marx'ın ekonomik sermayenin oluşumu hakkındaki görüşünün nasıl sosyal faaliyete bağlı bir süreç olan meta üretimi ve mübadelesi sonucunda oluştuğunu gözlemlemektedir. Lin ayrıca kapitalist toplumlardaki işçilerin hisse senedi opsiyonları aracılığıyla nasıl çalıştıkları şirketlerde sermayeci haline geldiklerini belirten, daha yakın tarihli mikro düzey yorumlamalardan bahsetmektedir. Lin (2001: 13), şu ifadelere yer vermektedir: "Sınıflar arasındaki çatışma ve mücadele, kooperatif bir girişime dönüşmektedir - 'Şirketin iyiliği çalışanın iyiliği, çalışanın iyiliği şirketin iyiliğidir.' "

Bu Lin'i, sosyal sermayeyi toplumsal yapılara yerleştirilmiş ilişkiler olarak nitelendirmeye yöneltmiştir. Lin'e (2001: 19) göre "sosyal sermaye kavramının altında yatan temel argüman, basit ve açıktır: *ticari getiri beklentisiyle toplumsal ilişkilere yapılan yatırım* [italikler yazara aittir]." Dolayısıyla sosyal sermaye, toplumsal ilişkiler aracılığıyla oluşmaktadır. Sosyal sermaye, insanlar arasındaki bağlantılar ve üyesi olunan grubun ya da sosyal ağın kaynaklarına olan erişim vasıtasıyla tanımlanan bir mülktür. İnsanlar, kendi hedeflerine ulaşabilmek için gerekli sosyal sermayeyi parçası oldukları sosyal ağlardan alabilmek için toplumsal faaliyetlere aktif katılım göstermektedirler. İzole olmuş insanların çok az ya da hiç sosyal sermayesi yoktur çünkü sosyal sermaye sağlayan bir sosyal ağın parçası değildirler.

Lin'e göre sosyal sermaye, üç unsurdan oluşmaktadır: yapı, imkân ve eylem. Lin sosyal sermayeyi, bireyin ötesine uzanan toplumsal yapıda sahip olunan hiyerarşik konumun bir ürünü olarak görmektedir. Bu yapı içinde bireyler konum değiştirebilmektedir ancak sosyal sermaye, kişiden ziyade toplumsal konum ile bağlantılıdır. İnsanların Lin'in beşeri sermaye olarak adlandırdığı bir sermayesi bulunmaktadır. İnsanlar bu serma-

yeyi, diledikleri gibi özgürce kullanabilmektedir. Fakat sosyal sermaye, sosyal ağlara ve ilişkilere yerleştirilmiş kaynaklardan oluşmaktadır. Lin'in (2001: 41) de belirttiği gibi "sosyal sermaye, sosyal ağlara ve ilişkilere dayanmaktadır. Sosyal sermaye, amaçlı eylemlerde kullanılan ve/veya harekete geçirilen, toplumsal yapıya yerleşmiş kaynaklardır." İmkân da toplumsal yapıda sahip olunan konum ile bağlantılıdır. Daha yüksek sosyal statüye sahip insanlar, toplumsal bağlarını daha iyi kaynaklar vasıtasıyla kullanabilmekte ve harekete geçirebilmektedir. Dolayısıyla sosyal sermaye, topluma eşit olarak dağıtılmış bir şey değildir. Bazı gruplar, diğerlerine göre daha iyi sermayeye sahiptir. Şüphesiz ki alt sınıfta bulunan insanların sosyal sermayeye daha az erişimi bulunmaktadır ve erişimlerinin bulunduğu sosyal sermaye, büyük olasılıkla daha az kaynağa sahiptir. Sosyal statüleri eşit değilse erkekler, kadınlar ve farklı ırk grupları arasında da farklılıklar bulunabilmektedir.

Lin'in sosyal sermaye bağlamında vurgu yaptığı sosyoekonomik farklılıklar, Putnam'ınkinden farklıdır. Putnam, bu tür farklılıkları göz önünde bulundurmamaktadır (Song, 2013; Song, Son ve Lin, 2016). Putnam grup katılımının ve toplumsal katılımın nasıl bireylerin faydalanabileceği, toplum düzeyinde olan bir sosyal sermaye oluşturduğuna odaklanmaktadır. Buna karşın Lin, sosyal sermayenin nasıl toplumsal yapılara dayandığını açıklamak ile ilgilenmektedir. Böylelikle Lin, sosyal sermaye olgusuna daha sosyolojik bir perspektiften yaklaşmaktadır. Geçmişte yapılan araştırmaların büyük bir çoğunluğu sosyal desteği (sevilme, ilgilenilme ve başkaları tarafından ihtiyaç duyulma hissi) strese, gerginlik hissine ve depresyona karşı bir tampon olarak ele almıştır. Ancak Lijun Song ve Lin'e (2009) göre sosyal sermaye, sağlığa sosyal destekten bağımsız olarak katkıda bulunmaktadır. Böylelikle de "sosyal sermayenin sağlığın belirleyici toplumsal faktörlerinden biri olduğunu" göstermektedir.

Lin (2001), siber ağları da bir sosyal sermaye biçimi olarak değerlendirmektedir. Lin'e göre siber ağlar, sosyal sermayeyi

evrensel olarak genişletmektedir. Böylelikle sosyal sermaye sağlayan destek grupları, yer ve zaman fark etmeksizin çevrim içi ulaşılabilir hale gelmektedir. Lin (2001: 257), şu gözlemi yapmıştır: "Sosyal bağlar artık jeopolitik sınırların ötesine geçmektedir ve değiş tokuşlar, özneler katılıma istekli olduğu sürece çok hızlı bir şekilde gerçekleşebilmektedir." Bu, sosyal sermaye kavramının sosyal medya dünyasına uzanmasını sağlamıştır. Bu kavramın sosyal medya dünyasına uzanması, tüm dünyayı dijital teknoloji aracılığıyla birbirine bağlayan İnternet sayesinde olmaktadır. Bu bağlamda sosyal sermayeden elde edilen sağlık yardımları, yüz yüze görüşmeyle ya da yerel ilişkilerle sınırlı kalmamaktadır. Bilgiye, sosyal desteğe ve diğer kaynaklara erişim sağlayan çeşitli elektronik, kablosuz ve optik ağ teknolojileri aracılığıyla da sağlık yardımı sağlanabilmektedir.

Bu, Patricia Drentea ve Jennifer Moren-Cross'un (2005) Yedinci Bölüm'de tartışılan çalışmasında görülmektedir. Drentea ve Moren-Cross, genç annelerin destek almak için kullandığı bir internet sitesini incelemiştir. Bu internet sitesi, bebek bakımında bilgi alışverişinde bulunulması amacıyla genç anneler için sanal bir topluluk oluşturmaktadır. Drentea ve Moren-Cross'un üzerinde çalıştığı bu internet sitesi, kadınsı bir düşünme kaynağı yaratmıştır. Böylelikle meydana gelen kadın topluluğu, eril sağlık kurumlarının sahip olduğu gücü onlardan alarak kadınlar âlemine yerleştirmiştir. İnternet, genç annelerin kendileri gibi olan diğer kadınlarla bağlantıda olmasına yardım etmiştir. Zira şehirlerdeki muhitlerde yaşayan annelerin çoğu çalıştığı için yüz yüze etkileşim fırsatı çok sınırlı olmaktadır. Drentea ve Moren-Cross'a (2005: 939) göre "kadınların yeni birer anne olarak [genellikle sosyal olarak] izole olduğu bu dönemde ortaya çıkan bu internet sitesi, küçük çocuk sahibi anneler için sanal bir topluluk yaratarak onların sahip olduğu sosyal sermayeyi artırmaktadır." Bu internet sitesinin odak noktası yeni anne olan kadınların sağlığı, çocukların bakımı ve sağladığı (arkadaşlık, tavsiye ve

bilgi gibi) sosyal sermayeydi. Bu internet sitesinin sağladığı bu sosyal sermaye, kadınların sağlığını korumasına ve iyileştirmesine yönelikti.

Pierre Bourdieu: Sermayenin Toplumsal Biçimi

Bourdieu, sosyal sermaye kavramını formülleştiren ilk sosyologdu. Bunu 1983'te Almanya'da yayımlanan ve akabinde sosyoloji eğitiminde rehber bir kaynak niteliğinde kullanılmak üzere İngilizceye çevrilen bir kitap bölümünde yapmıştır (Bourdieu, 1986). Ancak Bourdieu'nun fikirleri, *Ayrım* gibi daha iyi bilinen eserlerinde sermayenin farklı biçimlerine gönderme yapmaya başlamadan önce çok kişi tarafından bilinmemekteydi. Bourdieu (1986: 243), sermayenin kendini üç temel biçimde gösterdiğini söylemiştir: (1) paraya dönüştürülebilen ve mülkiyet hakları çerçevesinde kurumsallaştırılabilen ekonomik sermaye, (2) bazı durumlarda ekonomik sermayeye dönüştürülebilen ve eğitsel yeterlilik olarak kurumsallaştırılabilen kültürel sermaye ve (3) toplumsal sorumluluklardan (bağlar) meydana gelen, bazı durumlarda ekonomik sermayeye dönüştürülebilen ve (doktor, general ve başkan/başbakan gibi) resmî unvanlar kapsamında kurumsallaştırılabilen sosyal sermaye. Bourdieu (1986: 248), sosyal sermayeyi şöyle tanımlamaktadır: "Kurumsallaşmış karşılıklı tanışıklık ilişkilerinden meydana gelen uzun ömürlü bir ağ ile bağlantılı mevcut ya da potansiyel kaynaklar bütünüdür. Ya da bir başka deyişle ifade edeceksek, bir grup üyeliğidir. Bu grup, kolektif olarak sahip olunan sermaye karşılığında her bir üyesine 'yeterlilik' sağlamaktadır. Bu yeterlilik de her bir üyeye itibar kazandırmaktadır."

Bunlara ek olarak Bourdieu (1986), simgesel sermaye kavramını geliştirmiştir. Simgesel sermaye, öteki sermayelerin başarı olarak kullanımı ile ortaya çıkan simgesel biçimler vasıtasıyla iktidar ilişkilerinin meşrulaştırılması anlamına gelmektedir (Swartz, 1997). Ancak simgesel sermaye ile sosyal sermaye, birbirinden ayrılamayacak şekilde bağlantılıdır. Bourdieu

(1986: 257) bunu, şu şekilde ifade etmektedir: "Sosyal sermaye, bilginin mantığı ve onaylanmanın o kadar buyruğu altındadır ki neredeyse her zaman simgesel sermaye olarak işlev görmektedir." Fakat Bourdieu'nun (1984) sermayeye ilgisi, özellikle zevkler ve yaşam tarzları bağlamında olmak üzere kültürel kaynakların sınıfsal farklılıkları nasıl uzlaştırdığını göstermek üzerine temellendirilmiştir. Bu bakımdan Bourdieu'nun sermayeye duyduğu ilginin çoğunu ekonomik ve bilhassa kültürel sermaye oluşturmaktadır (Swartz, 1997). Buna rağmen sağlık sosyologlarının son yıllarda daha çok sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişkiye odaklanmasıyla birlikte Bourdieu'nun sosyal sermaye kavramı, daha çok ilgi görmektedir.

Bourdieu, ekonomik ve kültürel sermayeyi kişinin mülkiyetinde olan bir şey olarak görmektedir. Sosyal sermaye, belli gruplara ve ağlara üyelik sonucunda bireylere sağlanan bir kaynaktır. Dolayısıyla sosyal sermaye, bireylere fayda sağlayan sosyal ağların bir niteliği gibi değerlendirilmektedir. Bourdieu (1993: 32), şu ifadelere yer vermektedir: "Mesela sosyal sermayeyi ele alırsak; sezgisel bir düşünce ile gündelik dilde sosyal sermaye, 'bağ' olarak adlandırılabilmektedir." Bourdieu'nun bu görüşü, Lin'inkine benzerdir. Keza Lin, sosyal sermayeyi toplumsal yapılara konumlandırmaktadır. Fakat sosyal sermayenin spesifik coğrafi konumlarda yer alan ağlar, normlar ve toplumsal güven tarafından yansıtılan, toplum düzeyinde bir kaynak olarak nitelendiren Putnam'dan farklılaşmaktadır. Bourdieu ağlar tarafından sağlanan kaynaklara vurgu yaparken Putnam, ağlar arasındaki dayanışmaya vurgu yapmaktadır (Carpiano, 2006). Lin gibi Bourdieu da sosyal sermaye bağlamındaki sınıfsal farklılıklara dikkat çekmektedir. Bourdieu'ya göre kişinin sahip olduğu sosyal sermaye miktarı (1) kişinin bağlantılarını etkili bir şekilde harekete geçirebileceği ağın büyüklüğüne ve (2) kişinin üyesi olduğu ağdaki bağlantıları sayesinde sahip olduğu sermayenin hacmine bağlıdır.

Richard Carpiano (2006: 167), Bourdieu'nun teorisini sağlık üzerine yapılan çalışmalar için faydalı kılan şeyin sosyal

sermayenin bu iki yönlü kavramsallaştırılması olduğunu belirtmektedir. Bunun sebebi Bourdieu'nun yalnızca topluluk ağlarının varlığına değil, ayrıca o ağın sahip olduğu kaynakların türü ve hacmi ile bireyin bu kaynaklardan yararlanma becerisine odaklanmamızı sağlamasıdır. Bu süreçte yer alan tüm ağlar ve bireyler eşit değildir. Bazı ağlar, diğerlerine göre daha iyi kaynaklara sahiptir ve bazı bireyler belli başlı ağlardan dışlanabilmektedir.

Ancak Bourdieu, sosyal sermayeyi ekonomik (finansal) ve kültürel (eğitim, zevk) sermaye ile ilişkilendirerek tüm sermayelerin temelinde ekonomik sermaye olacak şekilde hepsinin birbiriyle nasıl bağlantılı olduğunu göstermektedir. Farklı ekonomik sermaye biçimleri, birlikte ya da ayrı kullanılabilmektedir. Bir sermaye, diğerine dönüştürülebilmektedir. *Ayrım*'da Bourdieu (1984: 122), sosyal sermayeyi "toplumsal bağların, itibarlı olmanın ve saygınlığın sermayesi" olarak nitelendirmektedir. Bu sermaye ekonomik, siyasi ve toplumsal avantajlara dönüştürülebilmektedir. Örneğin ekonomik sermayeye sahip insanlar, o sermayeyi sosyal ya da kültürel sermayeye dönüştürebilmektedir. Sosyal sermaye, kültürel ve ekonomik sermayeyi geliştirebilmektedir. Keza kültürel ve ekonomik sermaye de sosyal sermayeyi geliştirebilmektedir. Bourdieu'ya göre farklı türdeki sermayelerin dönüştürülebilirliği, sermayenin yeniden üretilmesini garanti altına alan stratejilerin temelini oluşturmaktadır. Bourdieu ayrıca aile dışındaki sosyal ağ bağlarının doğuştan gelmediğini vurgulamaktadır. Kısa ya da uzun vadede direkt kullanılabilecek uzun ömürlü sosyal ilişkilerin sağlanabilmesi için bu bağların işlenmesi ve geliştirilmesi gerekmektedir.

Bourdieu, sosyal sermaye üzerine yaptığı tartışmalarda sağlık meselelerine yer vermemiştir ve sağlık sosyolojisinde Bourdieu'nun yaklaşımını kullanan çok az çalışma bulunmaktadır. Bourdieu'nun çalışmaları Amerikan sağlık sosyolojisinde pek bilinmemektedir çünkü Bourdieu'nun yazım tarzı sebebiyle Fransızcadan yapılan çevirileri okumak oldukça güçtür. Sosyal

sermaye ve sağlık üzerine yapılan çalışmaların neredeyse hepsi ya Putnam'ın ya da Lin'in teorisine dayanmaktadır. Fakat bazı araştırmacılar, Bourdieu'nun sosyal sermayenin kavramsallaştırılmasının çözümlenmesi için sunduğu iskeletin çok ciddi bir potansiyele sahip olduğunu ve araştırmacıları bunu test etmek için çeşitli istatistiksel ölçüler uyarlamaya yönelttiğini belirtmektedir (Carpiano, 2006; Christensen ve Carpiano, 2014; Pinxten ve Lievens, 2014). Örneğin halk sağlığı araştırmacısı Anna Ziersch (2005), Avustralya'nın Adelaide şehrinde yaptığı bir araştırmada altyapı olarak adlandırdığı resmî ve gayri resmi ağların nasıl sosyal destek, toplumsal dayanışma ve faaliyet biçiminde sosyal sermaye ürettiğini gözlemlemiştir. Araştırmanın sonucunda sosyal sermayenin kaynağının toplumsal yapılar olduğu ve bireyler tarafından kullanılan kaynakların Bourdieu'nun yaklaşımıyla tutarlı olduğu ortaya çıkmıştır. Ziersch (2005: 2130), şu ifadeleri kullanmaktadır: "Elde edilen bulgular, Bourdieu'nun [sosyal sermaye] kavramının sağlık eşitsizliği yapbozunun bir parçası olduğunu öne sürmektedir. Bunun nedeni, Bourdieu'nun sosyal sermaye kavramının bireylerin günlük sosyal yaşamlarını sağlığa etki eden yapısal faktörler ile ilişkilendirmesidir."

Robert Sampson: Ortak Yarar

Bir başka sosyal sermaye kavramı, Robert Sampson ve meslektaşları (Sampson, 2003; Sampson,

Morenoff ve Earls, 1999; Sampson, Raudenbush ve Earls, 1997) tarafından geliştirilen ortak yarar teorisidir. Sampson'a göre şehrin doğası ve toplumun anlamı değişmiştir. Tüm kentsel bölgelerde geçerli olan bir muhit normundan söz etmek, artık mümkün değildir. Artık eskisi kadar sık yüz yüze sosyal etkileşim yapılmadığından dolayı insanların sahip olduğu daha az samimi bağ bulunmaktadır. Dolayısıyla muhitlerin aile gibi diğer grupları şekillendiren yakın ve etkin ilişkiler sağladığı varsayımı, hatalı bir varsayımdır. Ancak Sampson ve meslektaşları, kişisel bağlardaki azalmaya

rağmen araştırmalardan elde edilen bulguların toplulukların sosyal nitelikleri ile o toplulukların bir parçası olarak yaşayan bireylerin sağlığı arasında bir bağlantı olduğunu gösterdiğini belirtmektedir. Düşük gelirli ve düşük statülü topluluklarda yaşayan insanların sağlığı, başka yerlerde yaşayan insanlara kıyasla genellikle daha kötüdür. Kısacası Sampson'a (2003: S55) göre sosyal bilimler ve davranış bilimlerinde yapılan araştırmalar, içinde bulunulan toplumun niteliklerinin sağlık açısından önemli olduğunu gösteren bir grup tutarlı kanıt ortaya koymaktadır.

Buradan hareketle toplulukların ve kolektiflerin sağlık için nasıl önemli olduğu sorusu ortaya çıkmaktadır. Sampson (2003: S56), bununla ilgili şu önermede bulunmaktadır: "Eğer birden fazla ve birbirinden farklı sağlık sonuçları birbirlerine farklı topluluklar boyunca ampirik olarak bağlıysa ve benzer nitelikler aracılığıyla öngörülebiliyorsa, bunun altında yatan nedenler ya da mekanizmalar ortaktır." Konsantre yoksulluğun muhitte yarattığı etkilere toplumsal dayanışma, mekânsal yayılma, yerel destek ağları, gayri resmi toplumsal kontrol ve şiddet alt kültürü gibi muhitlerin kolektif özelliklerin de dahil olması muhtemeldir. Buradaki zorluk, sağlıksızlığa giden kolektif düzeydeki yolları belirlemek için bu faktörlerin toplum düzeyindeki etkisini ölçmektir. Sampson ve meslektaşları, 1994-5 yıllarında Chicago'daki muhitlerde yapılan İnsani Gelişmişlik Projesi Araştırması'ndan elde edilen verileri inceleyerek bu zorluğu üstlenmiştir. Araştırmacılar, şehirdeki sayım bölgelerini 343 adet görece homojen muhit grubu ayırmış ve her grubu temsilen toplam ortalama 8782 insan ile görüşmüştür. Araştırmacılar ayrıca güvensiz yapılanma, sokaktaki çöpler ve halka açık yerlerde toplumun huzurunu bozacak şekilde sarhoş olma gibi sağlığı etkileyen mikro düzeydeki çevresel etkenleri gözlemlemek için görüntü kayıt cihazı kullanmıştır. Araştırma kapsamında din, siyaset, ticaret, kolluk kuvvetleri, eğitim ve toplum örgütleri gibi alanlardan şehirde bulunan yaklaşık 2800 lider ile görüşülmüştür.

Araştırmacılar elde ettikleri verileri, aynı bölgede yaşayan insanların ortak menfaati kapsamındaki karşılıklı güven ve ortak beklentileri yansıtan "ortak yarar" teorisini test etmek için kullanmışlardır. Sampson (2003: S58), şu ifadelere yer vermektedir: "Kişisel bağlara odaklanmaktan uzaklaşan ortak yarar terimi, amaçlanan etkiye ulaşmak adına muhit sakinlerinin birlikte eyleme geçme kabiliyetine duyulan ortak inanca vurgu yapmaktadır. Bölge sakinlerinin duyduğu aktif toplumsal katılım hissi, buradan gelmektedir." Çalışmalarının bir parçası olarak Sampson ve meslektaşları, katılımcıların şu durumlar gerçekleştiği takdirde komşularının eyleme geçmesine güvenip güvenmediğini öğrenmek istemiştir: (1) çocukların okulu asıp bir köşe başında takılması, (2) çocukların püskürtmeli boya ile çevredeki binalara duvar yazısı yazması, (3) çocukların yetişkinlere saygısız davranması, (4) evin önünde kavga çıkması ve (5) eve yakın konumda bulunan itfaiye merkezinin bütçe kısma amacıyla kapanma tehlikesiyle karşı karşıya kalması. Sampson ve meslektaşları, bu maddeleri kullanarak toplumsal dayanışmanın ve gayri resmi toplumsal kontrolün derecesini ölçmüştür. Toplumsal dayanışma ve gayri resmi toplumsal kontrol, bir araya gelerek küresel boyutta bir ortak yarar oluşturmaktadır.

Ortak yarar teorisi, muhitlerin olumlu sonuçlar adına toplumsal olarak harekete geçme kapasitesine vurgu yapmaktadır. Ortak yarar bağlamında üstlerde yer alan muhitlerdeki şiddet, cinayet ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranının altlarda yer alan muhitlere kıyasla çok daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Bu da Sampson'ın ortak yararın genel olarak sağlığı etkileyen bir faktör olduğunu öne sürmesini sağlamıştır. Sampson'a göre muhitlerin yarattığı etkiler, sadece o etkinin ortaya çıktığı muhit ile sınırlı kalmamaktadır. Mekânsal olarak yakın konumda bulunan diğer muhitlerle etkileşimler, ortaya çıkan etkilerin daha büyük alanlara yayılmasına sebebiyet vermektedir. Şüphesiz ki ortak yarar kavramı, teorinin geçerliliğinin kanıtlanması için daha çeşitli sağlık sorunları kapsamında test edilmelidir.

Sosyal Sermaye Araştırma Uygulamaları

Sosyal sermaye, Danimarka'da kadınların vücut ağırlığı ile ilişkilendirilmektedir. Ortak ilgi alanı (örneğin arkadaşlarını eğlendirmek için) yemek yapma olan kadınlar daha kilolu olurken arkadaşlarıyla düzenli olarak spor yapan kadınlar, daha zayıf olmaktadır (Christensen ve Carpiano, 2014). Kolektif ülke düzeyindeki sosyal sermaye, Latin Amerika'daki farklı toplumsal sınıflar arasında bulunan sağlık eşitsizliklerini açıklamak adına önemliydi (Vincens, Emmelin ve Stafström, 2018). Gelir eşitsizliğinin daha az ve kurumlara duyulan güvenin daha yüksek olduğu ülkelerde yaşayan insanlar, kendi sağlıklarını daha olumlu algılamaktadır. Jan Sundquist ve meslektaşları (2006), İsveç'te ülke çapında yaptıkları bir çalışmada sosyal sermayeyi ölçmek için yerel seçimlerdeki oy verme alışkanlıklarını kullanmıştır. Seçime katılım oranlarına göre muhitler düşük, orta ve yüksek sosyal sermayeye sahip olarak sınıflandırılmıştır. Sundquist vd, düşük sosyal sermayeye (seçime katılım oranı) sahip muhitlerinde koroner kalp hastalığı oranının çok daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Sundquist vd, (2006: 960), şu ifadeleri kullanmaktadır: "Sosyal sermaye perspektifi, bireysel eylemin önemini inkâr etmeden ya da bu öneme gölge düşürmeden sahne ışıklarını daha geniş bir alana yayarak bireyleri ve bireylerin eylemlerini, daha geniş çaplı olan toplumsal düzeyde göstermektedir."

Sosyal sermaye üzerine yapılan bir başka çalışma, Veenstra ve meslektaşlarına (2005) aittir. Veenstra ve meslektaşları, Kanada'nın Hamilton şehrinde rastgele seçilen yetişkinler üzerinde bir telefon araştırması yapmıştır. Sosyal sermaye, katılımcıların gönüllü hizmet örgütlerinde aldıkları rollerin sayısı ve derecesi ile ölçülmüştür. Yapılan bu çalışma, dört büyük muhitteki bu sosyal sermaye biçiminin insanların kendi sağlık durumunu algılaması, vücut kitlesi, duygusal sıkıntı, sağlık davranışı ve artrit, astım, hipertansiyon ile diyabet gibi çeşitli kronik hastalıklar üzerinde etkili olup olmadığını incelemiştir. Veenstra ve diğerlerine göre gönüllü örgütlere katılım

ile ölçülen sosyal sermaye; (1) diğerlerine göre bazı muhitlerde sağlık ile daha yakın bir ilişkiye sahip olacaktır, (2) diğer tür kaynakların kolayca erişilemediği dezavantajlı muhitlerde daha çok etkiye sahip olacaktır ve (3) bazı toplumsal katılım şekilleri diğerlerine kıyasla sağlık ile daha yakından bağlantılı olacaktır.

Araştırmada gönüllü örgütlere katılım göstermenin sağlık üzerinde çok güçlü etkilere olmasa da olumlu etkilere sahip olduğu gözlemlenmiştir. Gönüllü örgütlerde yer almanın en çok kişinin kendi sağlık durumunu algılaması, duygusal sıkıntı ve vücut kitle endeksi değerleri üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Bu tarz kurumlara üye olmanın olumlu sağlık davranışlarını ve olumsuz durumların üstesinden gelme becerilerini geliştirdiğine inanılmaktaydı. Zira bu örgütlerin sahip olduğu davranışsal kodlar (normlar) ve örgüt üyelerinin stresi azaltacak kaynaklara erişimin kolay olduğunun bilincinde olması, sağlığa olumlu etki etmekteydi. Ancak elde edilen veriler, muhit farklılıkları hakkındaki ilk iki hipotezi desteklememektedir. İkamet edilen muhit sağlığı etkilemektedir ancak sosyal sermayenin sağlık üzerindeki etkisi, hangi muhitte yaşanıldığından tamamen bağımsız gerçekleşmektedir. Veenstra ve diğerlerine göre ortaya çıkan bu sonucun nedeni, katılımcıların üyesi olduğu örgütlerin benzer etkilere sahip tüm muhitlerde aktif faaliyet göstermesi ve dolayısıyla spesifik olarak muhitlere özgü örgütlerin etkisini azaltmasıdır. Üçüncü hipotez ise elde edilen bulgular ile desteklenmektedir. İş arkadaşları ve dinî gruba mensup kişiler ile yaşanan sosyalleşmenin ve hissedilen yakınlığın, diğer toplumsal katılım biçimlerine kıyasla sağlık açısından çok daha önemli olduğu ortaya çıkmıştır.

Sosyal sermaye ile sağlık arasındaki ilişki bağlamında araştırmadan elde edilen sonuçlar karmaşık olsa da Veenstra ve diğerlerine göre sosyal sermayenin sağlık açısından belirleyici bir faktör olmadığını söylemek için henüz erkendir. Sosyal sermayenin sağlık üzerindeki etkilerinin net olarak belirlenebilmesi için o zamanlarda olduğu gibi şimdi de bu konuda daha geniş kapsamlı araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Veenstra ve diğerlerine göre bu konu üzerine yapılacak araştırmalar sosyal sermayeyi, ortak amaçları başarmak için sahip olunan fikir birliğinin bir yansımasından ziyade insanlara ve gruplara iradelerini harekete geçirme becerisi veren bir iktidar biçimi olarak ele almalıdır. Veenstra vd, kuramsal bağlamda Bourdieu'nun (1984) yaklaşımını desteklemektedir. Bourdieu'nun yaklaşımı, kültürel farklılıkların ve toplumsal sınıf gruplaşmalarının tanımlanmasının yanı sıra sermayenin insanların içinde yaşadığı sosyal alanları nasıl etkilediğini belirlemek için çeşitli sosyal, ekonomik ve kültürel sermayeleri kullanmaktadır.

Sonuç

Sosyal sermaye gibi kavramsal düzeyde (birey, grup, muhit ve toplum gibi) çok yönlü işleyen bir değişkenin etkisini ölçmek, oldukça zordur. Buna rağmen sosyal sermaye kavramı, yapısal faktörlerin sağlık üzerindeki etkilerinin belirlenmesinde sıkça kullanılan bir kavram haline gelmiştir. Ancak günümüzde herkes tarafından kabul edilen, ortak bir sosyal sermaye tanımı yoktur. Zira bu kavramın temelini oluşturan düşünceler hâlâ gelişmektedir. Yine de sosyal sermayenin ortak yarar için eyleme geçmeye olanak sağlayan yüksek seviyede kişiler arası güven, karşılıklılık normu ve karşılıklı yardım bulunan topluluklardaki insanlar arasındaki müşterek ilişkiler ağından meydana gelen toplumsal yapıların bir niteliği olduğu yönünde bir anlayış hâkimdir. Bütün bunlar, bireylerin sağlık hedeflerine ulaşmasına yardımcı olabilmekte ve toplumsal gruplar ile toplumlarda sağlıkla ilgili olanaklar şeklinde var olabilmektedir (Lin, 2001).

Ancak muhit ya da toplum tarafından oluşturulan sosyal sermayenin çok az olması ya da hiç bulunmaması, o bölgede yaşayan sakinler üzerinde olumsuz bir etki yaratmaktadır. Vicky Cattell'in (2001) de Londra'daki düşük gelirli bir topluluk üzerinde yaptığı nitel bir çalışmada gözlemlediği gibi yaşanılan muhitin özellikleri, o muhitin oluşturduğu sosyal

sermaye biçimlerini etkilemektedir. Cattell'e göre sosyal sermayenin gelişimini etkileyen ön koşullar şunlardır: muhitin tarihi; muhitin sağladığı iş olanakları, kaynaklar ve imkânlar; işbirliği ve karşılıklılık normları; karşılıklı yardım alışkanlıkları; bilgi alışverişi; güvenlik ve istikrarlılık hissi. Cattell, sosyal sermayenin oluşumunun anlaşılmasında toplumsal bağlamın anahtar bir rol oynadığını belirtmektedir.

Sosyal sermaye kavramı, bünyesinde hem öznel hem de nesnel unsurları ya da bir başka ifadeyle bilişsel ve yapısal ögeleri barındırmaktadır. Öznel tarafı, sosyal destek sağlayan bir topluluğun parçası olma bilincinden kaynaklanan olumlu histir. Bu tarz hisler, sağlıklı olmayı teşvik etmektedir. Nesnel yanı ise ihtiyaç anında somut olarak sağlanan yardımdır. Buna tavsiye vermek, birbirine göz kulak olmak, hastalandığında yardım etmek, kolluk kuvvetleri, acil durumlarda sağlanan maddi destek seçenekleri ile sağlık ve sosyal refah hizmetleri kurumları dahildir. Dolayısıyla sosyal sermaye kavramı, bireyin ötesinde olan muhite ya da topluma yerleşmiş kaynaklar bütünüdür. Bireyler, sağlığın da içine dahil olduğu bu kaynaklardan hayatlarını iyileştirmek amacıyla faydalanabilmektedir. Sosyal sermaye yalnızca karşılıklı yardım ve sosyal destek ile değil, ayrıca sigara kullanımı, alkol tüketimi, düzenli beslenme ve spor yapmak gibi olumlu sağlıksal yaşam tarzlarını teşvik eden toplumsal normların korunmasıyla da daha sağlıklı olmayı sağlayabilmekte ve yaşam süresini uzatabilmektedir. Netice itibarıyla şosyal sermaye, eşitsizliği sağlık ile ilişkilendirecek potansiyele sahip toplumsal bir mekanizma olmasından dolayı ve yüksek miktarda bulunmasının muhitlerde ikamet eden ya da belli toplulukların parçası olarak yaşayan insanların daha sağlıklı olmasını sağladığı için sağlık sosyologlarının ilgisini çekmektedir.

Daha önce de bahsedildiği gibi birçok araştırmacı, Putnam'ın çalışmasını araştırmalarının başlangıç noktası olarak kullanmaktadır. Ancak sosyolojide daha ziyade Lin ve Bourdieu tercih edilmektedir. Toplumların yapısal boyutlarının

sağlığı ve uzun yaşamı etkilediği önermesi, temelinde geçmiş yıllarda bireysel davranış üzerine yapılan çalışmalarda benimsenen yaklaşımlardan farklıdır. Sosyal sermaye kavramının araştırmacılara farklı bir çalışma alanı yaratmasının yanı sıra sağlığın toplumsal sebeplerinin daha net ve detaylı bir şekilde açıklanmasına yaptığı katkı nedeniyle popülerlik kazanmaktadır.

Diğer taraftan sosyal sermayenin sağlığın belirleyici faktörlerinden biri olduğu düşüncesi, sağlık sosyolojisi de dahil olmak üzere sağlık üzerine araştırma yapılan alanlarda genel kabul gören bir görüş değildir. Yapılan bazı çalışmalar, sosyal sermayenin sağlık üzerindeki etkilerini zayıf olarak nitelendirmektedir. Fakat sosyal sermaye üzerine yapılan araştırmalar, birey düzeyindeki niteliklerin önemsiz olduğunu ya da (bazı durumlarda gerçekten öyle olsa da) sermayenin bu niteliklerin yerini aldığını ileri sürmemektedir. Daha ziyade toplum gibi yapısal değişkenlerin sağlığı etkileyen nedensel faktörlerden biri olduğunu savunmaktadır. Bunun tam anlamıyla ne kadar doğru olduğu ise henüz netleşmemiştir. Bireyin sağlığını ve refahını sosyal sermayenin sağladığı güven hissi, sosyal destek, mutluluk, özsaygı ve aidiyet duygusu ile net olarak anlamadığımız aşikârdır. Bu konuda çok daha fazla çalışmanın yapılması gerekse de sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişki, toplumsal faktörlerin nasıl sağlığın ve hastalığın belirleyici faktörlerinden olduğunun gösterilmesi açısından gelecek vaat eden araştırma alanlarından biridir.

Eleştirel Düşünme Soruları

1. Sosyal sermaye nedir?
2. Putnam, Lin, Bourdieu ve Sampson tarafından geliştirilen sosyal sermaye teorilerinin sağlık ile ilgili yanlarını karşılaştırınız. Sizce hangi teori sosyal sermayenin sağlık üzerindeki etkisini en iyi şekilde açıklamaktadır?

İlave Okuma Önerileri

Lin, Nan, 2001, *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*, Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Önde gelen sağlık sosyologlarından biri olan Lin tarafından yazılan modern kitap, yazarın sosyal sermaye teorisini anlatmaktadır. Bu kitapta Lin, sosyal sermayeyi strese karşı tampon olarak kullanılan bir yatırımlar bütünü şeklinde ele almaktadır.

Song, Lijun, Joonmo Son ve Nan Lin, 2016, "Social Capital and Health", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 184-210, Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Çeşitli sosyal sermaye teorilerini incelemekte ve kavramın gelişimini, kavramı destekleyen deneysel kanıtları, kavrama getirilen başlıca eleştirileri ve gelecekte bu alanda yapılabilecek potansiyel araştırmaları ele almaktadır.

Son Sözler

Bu kitabın amacı, toplumsal faktörlerin insanın sağlıklı ve hasta olmasında oynadığı nedensel role dikkat çekmektir. Kitabın ana tezi, arka planda yer alan ya da ikincil derecede değişken olmaktan ziyade toplumsal faktörlerin bedensel sağlığa direkt etki eden nedensel faktörler arasında yer aldığıdır. Toplumsal değişkenlerin sağlık meselelerindeki nedensel rolünün tanınırlık kazanması, ağır ilerleyen bir süreç olmuştur. Ancak bu rolü doğrulayan kanıtların sayısı gittikçe artmaktadır. Yaşanan bu gelişmenin ışığında metodolojik bireycilikten ziyade yapısal etkilere odaklanan, daha dengeli bir kavramsal yaklaşıma doğru yaşanan bir paradigma değişiminin gerekliliği ortaya çıkmıştır. Daha önce de tartışıldığı gibi metodolojik bireycilik, bireyin tutum ve davranışlarına odaklanan araştırmalara atıfta

bulunmaktadır. Böylelikle bu araştırmalarda araştırmacının dikkatinin odak noktası, birey olmaktadır. Dolayısıyla bireylerin ve küçük grupların ötesinde bulunan ve sağlığa etki eden değişkenler göz ardı edilmektedir. Üstelik bu toplumsal yapı değişkenleri, olumlu ya da olumsuz olarak sağlığa ve yaşam süresine direkt etki etmektedir. Bu yüzden sağlığın ve hastalığın makro düzeydeki yapıları göz önünde bulundurmadan kapsamlı bir şekilde anlaşılabilmesi imkânsızdır.

Yapının Dönüşü

Bryan Turner'ın (2003) da vurguladığı gibi sağlık sosyolojisinde 20. yüzyılın ikinci yarısında yapılan başlıca araştırmaların büyük bir çoğunluğu (yani sembolik etkileşimcilik ve stres üzerine literatürde bulunan çalışmaların çoğu), sosyal psikolojik bir yaklaşım benimsemektedir. Turner'a göre hasta rolü kavramıyla hastalığı sosyolojik bir boyutta ele almaya çalışan Parsons'ın ortaya çıkardığı araştırma alanı bile, temelde psikolojiktir. Durkheim'ın intihar teorisi, net bir sosyolojik teori olarak tanımlanmaktadır çünkü intihar nedenlerini bireylerin psikolojisinden ziyade toplumsal güçler ile ilişkilendirmektedir. Ancak gördüğümüz üzere Durkheim, sağlık sosyolojisinin önde gelen figürlerinden biri olmamıştır ve toplumsal yapıların sağlık meselelerindeki nedensel rolü hakkındaki teorileri zamanla tarihe karışmıştır.

Toplumsal faktörlerin hastalık ve ölüm oranlarındaki nedensel rolünün kabul görmesi yalnızca sosyal bilimlerde yapılan araştırmalarda önceliğin bireye verilmesinden değil, ayrıca makro düzeydeki değişkenlerin bireyin sağlığı üzerindeki direkt etkilerinin belirlenmesinde yaşanan metodolojik zorluklar sebebiyle de ağır ilerleyen bir süreç olmuştur. Hiyerarşik lineer modelleme, rastlantısal katsayı modelleri ve karma modeller gibi çok düzeyli istatistiksel yöntemlerin sağlık sosyolojisinde daha fazla kullanılmaya başlanmasıyla birden fazla yapısal faktörün sağlık üzerindeki etkisinin eşzamanlı olarak belirlenmesinin yolu açılmıştır.

Örneğin hiyerarşik lineer modellemelerde, üst kademelerden ne kadar bağımsız olduklarını görmek için üst kademe bölgelerde yaşayan alt kademelere mensup insanlar da incelenebilmektedir. Bu, Kirby ve Kaneda (2005) tarafından yapılan araştırmada görülmektedir. Kirby ve Kaneda, HLM'yi kullanarak ilçelerde birinci basamak sağlık hizmetinin bulunduğu bölgelerde yaşayan blok gruplarında (muhit gibi yerler) bulunan bireylerin verilerini analiz etmiştir. Bu araştırmanın sonucunda sosyoekonomik olarak dezavantajlı muhitlerde yaşamanın (1) düzenli sağlık hizmeti alma ihtimalini azalttığı, (2) sağlık gereksinimlerini karşılayamama ihtimalini artırdığı ve (3) tavsiye edilen önleyici bakım hizmeti alma ihtimalini azalttığı gözlemlenmiştir. Kirby ve Kaneda'ya göre dezavantajlı bireyler belli coğrafi bölgelere yoğun olarak yerleştiğinde bu dezavantaj, o bölgelerin "belirgin niteliği" haline dönüşüp bölge sakinlerinin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini alma kabiliyetini etkilemektedir. Böylelikle yapının (dezavantajlı muhit), toplumsal bir mekanizma olarak nasıl bireylerin sağlık ihtiyaçlarını ve nihayetinde sağlıklarını olumsuz etkilediğini görmekteyiz.

Yapısal değişkenlerin birey düzeyindeki değişkenlerin bir araya gelmesiyle oluşmadığını, daha ziyade direkt olarak yapıların kendi niteliklerinden meydana geldiğini bir kez daha vurgulamak gerekmektedir. Örneğin bir muhitin değerlendirilmesi, o muhitte yaşayan insanların özelliklerinden ziyade (konut fiyatları, işletmeler, sosyal tesisler, parklar, bankalar, sağlık hizmetleri, suç oranları ve kamu güvenliği gibi) o muhitin kendine özgü niteliklerini yansıtmalıdır. Bunun yapılması, yapısal nitelikler ile kişisel nitelikleri birbirine karıştırmamak için gereklidir. Böylece yaşanılan muhitin bireyin sağlığı üzerindeki etkisi, net olarak tespit edilebilmektedir.

Yapılan bazı çalışmalar, irade ve birey düzeyindeki değişkenlerin bazı durumlarda sağlık için yapısal değişkenlerden daha önemli olduğunu belirtmektedir. Buna rağmen yapısal faktörler, her zaman mevcuttur ve üzerinde çalışma yapılan toplumsal

olguların tam anlamıyla açıklanabilmesi için bu faktörlerin yarattığı etkilerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. İrade ve yapı, bir süreklilik içinde faaliyet göstermektedir. İrade, alt kısımdaki toplumsal koşullarda daha etkiliyken yapı, üst kısımdaki toplumsal koşullarda daha etkilidir (Cockerham, 2006b). Ancak iradenin yapıdan tamamen bağımsız olduğu, farazi bir zaman dilimi bulunmamaktadır (Emirbayer ve Mische, 1998: 1004). Yapı, her zaman birey ile birliktedir. Sonuç olarak burada öne sürülen argüman şöyledir: Sağlık ve hastalık üzerine bir inceleme yaparken hem iradenin hem de yapının etkileri göz önünde bulundurulmalıdır ve bunun yanında yapısal faktörlerin sağlığa ve hastalığa nedensel bağlamda direkt etki etme kapasitesinin olduğu unutulmamalıdır.

Toplumsal yapıların insanlar üzerindeki etkisini göz ardı etmek, insanların toplumsal davranışlarının incelenmesinde her zaman var olan, son derece önemli bir değişkeni silip atmak demektir. Dahası yapının ve iradenin güçleri karşılaştırıldığında yapı, iradeye göre sadece daha ağır basmakla kalmamakta, ayrıca iradeyi tamamen etkisiz de kılabilmektedir (G. Williams, 2003). Sağlık açısından çok tehlikeli işlerde çalışan insanların paraya ihtiyacı olduğu için iradelerini kullanmaları gibi bir seçenekleri olmayabilir.

Bazı toplumsal durumlarda irade, yapıya göre daha önemli olsa da iradenin yapı üzerinde benzer şekilde boğucu bir etkisi bulunmamaktadır. Örneğin kişi, iletişim becerileri zayıf ve kaba olduğu için ya da hata yaptığı gerekçesiyle doktorunu değiştirmeye karar verebilmektedir. Bu davranışın yapısal faktörlerle çok az ya da hiç ilgisi olmayabilir. İnsanların günlük toplumsal davranışları hem iradeyi hem de yapısal faktörleri bünyesinde barındırmaktadır. Araştırmacıların da bunu göz önünde bulundurması gerekmektedir. İradenin ve yapının davranışa etkisinin eşit olmadığı; bazen iradenin bazen de yapının baskın olduğu unutulmamalıdır.

Yapı-İrade Etkileşimi

Yapısal faktörlerin birey üzerindeki etkilerinin belirlenmesi, nicel verilere insan yüzü veren ya da önceden sayı anlatısı olarak adlandırılan nitel çalışmaların çöküşüne işaret etmemektedir. İlk elden gözlemler ve mikro düzeydeki sosyal yaşamdan değerlendirmeler sağlayan nitel çalışmalar, (yapısal faktörlerin insanlar üzerindeki etkilerini dikkatli bir şekilde incelemiş olmaları şartıyla) yapısal faktörlerin insanların sosyal çevresindeki doğal günlük hayatına olan etkisinin daha iyi anlaşılmasını sağlamaktadır. Dolayısıyla katılımcı gözlem gibi nitel çalışmalar hem küçük grupları etkileyen hem de küçük grupların ötesine geçen yapısal faktörleri bilhassa göz önünde bulundurmalıdır.

Ne yazık ki yapısal faktörlere odaklanan nitel çalışma sayısı çok azdır. Daha ziyade nitel çalışmalar, sadece iradeye ve kendi spesifik sosyal dünyalarını oluşturmak için bireylerin kullandığı yüz yüze etkileşime odaklanmaktadır. Lutfey ve Freese (2005) tarafından Chicago'daki diyabet kliniklerinde yapılan çalışma, bu konudaki istisnai çalışmalardan biridir. Lutfey ve Freese, bu çalışmada şunları gözlemlemiştir: kliniklerin örgütsel yapısı, (gelir durumu, iş yükü ve özel sağlık sigortası gibi) hastalara konulan yapısal engeller ve (bekleme süreleri, diyet ve spor programı ile yaşam tarzında yapılan değişikliklere uyum sağlamanın maliyeti gibi) hasta motivasyonuna dışarıdan etki eden etkenler. Bunun sonucunda Lutfey ve Freese, yapısal değişkenlerin diyabet hastalarının hastalık ile mücadelesine olan olumlu ve olumsuz etkilerini gözler önüne sermiştir.

Yapının irade üzerindeki etkilerini ölçme kapasitesi bulunan birden fazla araştırma metodolojisinin olması, irade-yapı etkileşimini inceleyen çalışmalarda artış olacağının sinyalini vermektedir. Bu ayrıca, sosyolojik kuramlarda da değişiklik olacağının bir göstergesi niteliğindedir. Daha spesifik bir şekilde ifade edersek bu değişiklik, kuramsal söyleminde yapısal faktörlerin daha ağır bastığı yeni-yapısal yaklaşımın yükselişe geçmesidir. Elbette bu, yapısal-işlevselcilik ya da 1960'ların

Fransız yapısalcılığı gibi katı yapısal kuramlara bir dönüş anlamına gelmemektedir. Daha ziyade yapısal faktörlerin daha çok dikkate alınmasıyla irade odaklı kuramlara bağımlılığın azalması anlamına gelmektedir. Dolayısıyla insanların faal olarak düşünen bir canlıdan ziyade davranışları toplumsal düzen tarafından belirlenen, özünde eylemleri sabit, rutin ve mekanik olan bir robot olduğunu ima eden modası geçmiş düşünce biçimi, geçmişte olduğu gibi şimdi de hatalıdır.

Giddens'ın (1984: 179) da bize hatırlattığı gibi sosyal bilimlerde "yapısal açıklama" diye kendine özgü bir oluşumdan söz edilememektedir. Daha ziyade bütün açıklamaların hem bireylerin amaçlı ve akılcı davranışlarına hem de bu davranışların toplumsal ve materyal bağlamlardaki sınırlayıcı ve olanak sağlayıcı nitelikleriyle kesişmelerine üstü kapalı bir gönderme yapıldığını belirtmektedir.

Habitus kavramı Jeffrey Alexander (1995: 136) tarafından "yapısal belirlenimciliğin Truva atı" olarak nitelendirilen Bourdieu da bu tarz bir belirlenimciliği reddetmektedir. Bourdieu'nun çalışmasında yapısal faktörler, gerçekten de ağır basmaktadır. Ancak Aristoteles'in "hexis" kavramını ele alan Bourdieu (1996: 179), bu kavramın 1269 yılında skolastik bilim insanı Thomas Aquinas tarafından Latinceye çevrilirken bugün "habitus" olarak bildiğimiz bir kullanımdan çevrildiğini belirtmektedir (Wacquant, 2016). Skolastikler, Karanlık Çağ'da kaybolan Yunan felsefelerini yeniden bulmaya çalışan ortaçağ entelektüelleriydi. Bourdieu, yapısalcılığa ve iradeyi yardımcı ya da yapı taşıyıcısı (*Träger*) rolüne indirgeyen yapısalcığın tuhaf eylem felsefesine karşı olan olumsuz tepkisini göstermek istemiştir. Bourdieu'nun burada Alman *Träger* kelimesini kullanması öğretici niteliktedir çünkü bu kelime, hamal ya da hamil gibi çok ağır yük (yapı) taşıyan kişileri ifade etmek için kullanılmaktadır. Böylelikle Bourdieu, habitusun ve öznenin "habit" terimiyle yeterli derecede ifade edilmediğini hissettiği aktif, özgün ve yaratıcı kapasitesini göstermek istemiştir. Bourdieu (1996: 180), şu ifadelere yer vermiştir: "Bana göre (arada

sırada kullanılıyor olsa da modası geçmiş olan) habitus kavramı özneyi, gerçek rolü olan gerçeğin inşasının pratik uygulayıcısı konumundan çıkarmadan bilinç felsefesinden kaçma arzusunu nitelendiren en iyi kavramdır."

Nasıl yapı, Giddens'ın çalışmasında su yüzüne çıkıyorsa irade de Bourdieu'nun sosyolojisinde boy göstermektedir. Örneğin Giddens'ın (1984) yapılandırma kuramı, genellikle irade odaklıdır. Ancak yapıyı birey için ya sınırlayıcı ya da olanak sağlayıcı olarak tanımlayan Giddens'ın yapılandırma kuramı, yapının ikiliğine vurgu yaparak kurama büyük katkı sağlamaktadır. Böylelikle her iki sosyolojik yaklaşımda da hem iradenin hem de yapının göz önünde bulundurulduğunu görmekteyiz. Buna rağmen her iki yaklaşım da iradenin ve yapının eşit olduğu, dengeli bir model ortaya koymamaktadır. Zaten gerçek hayatta da durum muhtemelen bundan ibarettir.

Fransız toplum bilimci Bruno Latour (2005: 215), irade-yapı ayrılığını tartışmak için kuklacı (toplumsal yapı) ve kukla (bireyler) arasındaki ilişkiyi örnek olarak kullanmaktadır. Elbette ipler ile bağlı olan kuklalar, kuklacıya mahkûm durumdadır. Fakat eğer kuklalar iradeyi ve kuklacılar da yapıyı temsil ediyorsa, bu hegemonyanın herhangi bir tercüme olmadan yalnızca ipler aracılığıyla aktarılması çok mantıksızdır. Kuklacı ipleri elinde tutmaya devam etse de bu metaforda hareket yönünü belirleyen kukladır. Latour'a göre güncel sosyolojik kuramlar, "çift taraflı kayıt yöntemi" yapmamıza neden olmaktadır. Yani dışarıdan (yapı) ne gibi bir etki gelirse gelsin içeriden (irade) kaynaklanan eylemin toplamından düşmektedir. Latour (2005: 215), bu durumu şöyle açıklamaktadır:

> Bu tür bir bilanço tablosunda dışarıdan gelen etkilerle eyleme geçmek için ne kadar ip eklenirse, özne o kadar az eylemde bulunmaktadır. Bu muhasebe sürecinin böyle sonuçlanması, kaçınılmazdır. Eğer herhangi bir ahlaki ya da siyasi sebepten ötürü öznenin niyeti, girişimi ve yaratıcılığı kurtarılmak isteniyorsa bunun için yapılabilecek tek şey, bazı ipleri keserek içeriden gelen eylemin toplamını artırmaktır. Bu da şimdilerde "esaret", "dışsal kısıtlamalar", "özgürlük

kısıtlamaları" vb olarak görülen rollerin reddedilmesi anlamına gelmektedir. İnsan ya özgür bir öznedir ya da özgürlükten yoksun, alçaltıcı bir hayat sürmektedir. Tabii eleştirel sosyologlar bu fikri desteklemiştir çünkü "toplumun isimsiz ağırlığı" tarafından "kişisel özgürlük" üzerine konulan "cüzi kısıtlamaları" zevkle izlemek dışında toplumsal "dış güçler" hakkında herhangi bir icraatta bulunmamışlardır.

Latour'a göre sosyoloğun işi, iradenin ve yapının sınırlarını önceden çizmek değildir. Ve gelecekte ortaya çıkacak yeni-yapısalcı kuramların ya da mevcut kuramlara ek olarak ortaya çıkacak kuramların pozisyonu da bu olmalıdır. Dolayısıyla yapısalcılığa dayatılacak olan yeni yaklaşımlar, yapının iradeye olan üstünlüğünü açık açık kabul edip savunmamalıdır. Daha ziyade yapının baskın olduğu ve daha az ya da hiç baskın, hatta etkisiz olduğu durumları belirlemelidir. Yapılması gereken en temel şey, sosyal hayatın incelenmesinde yapının ciddi şekilde göz önünde bulundurulması ve sağlık ile hastalık gibi durumlarda nedensel bir faktör olduğu zaman hak ettiği önemin verilmesidir.

Siyasal Çıkarımlar

Yapının sağlığın ve hastalığın belirleyici toplumsal faktörlerden biri olmasının siyasal çıkarımları olmaktadır. Zira yapının etkilerinin belli bir dereceye kadar sosyal politikalar tarafından değiştirilebilir olması gerekmektedir. Evrensel sağlık sigortasının insanların sağlık hizmetine olan erişimini garanti altına alarak sağlık eşitsizliklerini azalttığını biliyoruz. Ancak Birleşik Krallık'ta yaşanan deneyimler, bu tarz bir sağlık sigortasının ölüm oranlarındaki sosyoekonomik farklılıkları ortadan kaldırmak için yeterli olmadığını açık bir şekilde göstermektedir (Quesnel-Vallée ve Jenkins, 2016). Sağlanan sağlık hizmetlerine rağmen toplumun alt kademelerinde bulunan insanlar hâlâ dezavantajlı sosyal ve fiziksel çevrelerde yaşamaktadır ve aldıkları tıbbi tedavi ne olursa olsun daha sağlıksız yaşam tarzlarına sahiptir.

Sınıfsal farklılıkların temeli, kaynakların eşit dağılmamasına dayanmaktadır. Bunun en basit çözümü, kaynakların yeniden dağıtılmasıdır. Phelan, Link ve Tehranifar (2010: S37), bu konuda şunları söylemiştir: "Kaynak eşitsizliğini azaltmak adına kaynakları halka yeniden dağıtırsak, mevcut sağlık eşitsizlikleri de bununla paralel olarak azalacaktır." Ancak insanlardan zor kazandıkları mülklerin bir kısmını daha az mülkü olan insanlara vermesini talep etmek, demokratik bir toplumda herhangi bir siyasetçi ya da siyasi parti tarafından yapılması çok zor ve hatta imkânsız bir şeydir. Halihazırda bu, farklılaşan vergilendirme oranlarıyla zaten yapılmaktadır. Kapitalizm, doğası gereği eşitsiz bir ekonomik sistem olduğundan yoksullar için gereken güvence, devlet tarafından sosyal yardım biçiminde sağlanmaktadır. Bu sosyal yardımlar, bireye sağlığı ve refahı için gereken en temel olanakları sağlamak amacıyla yapılmaktadır. Ancak zaten pek de cömert olmayan bu yardımlar, ekonomik olarak zor günler geçirildiğinde azalmaktadır. Phelan ve diğerlerinin önerdiği politikalar ise devlet müdahalesini daha iyi desteklemektedir. Bu politikalar şöyledir: asgari ücretin artırılması, sosyal sigorta yardımlarının çoğaltılması, düşük gelirlilere ve evsizlere elverişli barınak sağlanması, işsizliğin azaltılması ve eğitim fırsatlarının herkes için iyileştirilmesi. Phelan ve diğerlerine göre bu politikalar, sağlık ile direkt bağlantılıdır ve bu politikaların sağlık ile bağlantısının anlaşılması, sağlık sosyolojisinde önemli bir araştırma alanını oluşturmaktadır. Mevcut araştırma yöntemlerinin yapının halk ve birey sağlığı üzerindeki etkilerini daha iyi ölçmesiyle sağlık sosyolojisi, gelecek için kanıta dayalı politika tavsiyeleri verecek bir konuma gelmiştir.

Sonuç

Bu kitapta incelenen kanıtlar, Link ve Phelan'ın (1995) da ileri sürdüğü gibi toplumsal faktörlerin sağlık ve hastalık bağlamında belirleyici olduğunu göstermektedir. Örneğin bireyin sağlıksal yaşam tarzının biçimini olumlu ya da olumsuz

belirleyen birincil değişken, o bireyin sınıfsal konumudur. Art arda yapılan çalışmalar, en sağlıklı bireylerin üst ve üst-orta sınıflara mensup olduğunu, en sağlıksız bireylerin ise alt sınıflara mensup olduğunu doğrulamaktadır. Sınıfın gücü topluma öyle çok nüfuz etmiştir ki kendi ürettiği farklılıkların yanı sıra yaş, toplumsal cinsiyet ve ırk/etnik köken gibi kategoriler aracılığıyla da farklılıklar üretmektedir. Irkın sağlık meselelerindeki belirleyiciliği, büyük oranda sınıfsal konum tarafından üretilmektedir. Yaş ve toplumsal cinsiyet faktörlerinin kendi başına belirleyiciliği bulunsa da kolektifler ve yaşam koşulları gibi diğer yapısal değişkenler de bireyin benimsediği sağlıksal yaşam tarzı biçimini etkilemektedir. Bunun sonucunda ortaya çıkan şey ise kati surette yapısal faktörler tarafından şekillenen yaşam tarzının bu yaşam tarzına uygun düşen yaşam tarzı tercihleriyle pekiştirilmesidir. Sağlıksal yaşam tarzları özellikle kalp hastalığı, diyabet ve kanser gibi başlıca ölüm nedenleri arasında olan kronik hastalıklar olmak üzere hastalığın ortaya çıkmasına sebep olabilmekte ya da hastalığın önüne geçebilmekte veya ortaya çıkmasını geciktirebilmektedir. Toplumsal faktörlerin sağlıksal yaşam tarzlarının şekillenmesindeki belirleyici rolünü gösteren güçlü kanıtlar, bu faktörlerin sağlıkla ilgili meselelerde oynadığı nedensel rolün inkâr edilmesini imkânsız hale getirmiştir.

Bazı bilim insanları sınıfın etkisinin azaldığını ya da sınıfsal farklılıkların artık eskisi kadar önemli olmadığını iddia etse de (sözde "sınıfın sonu" tezi) sağlığın, hastalığın ve ölüm oranlarının belirlenmesindeki en güçlü faktörün sınıf olduğunu görmekteyiz. Bu, sınıfsal konumun toplumsal bir faktör olarak ölüm oranlarına yaptığı etkiyle kanıtlanmaktadır. Toplumsal hiyerarşinin en üstünde bulunanların daha sağlıklı olması ve hiyerarşide aşağıya inildikçe sağlığın kötüleşmesi sınıfı; sağlığın, hastalığın ve ölümün "temel bir sebebi" yapmaktadır. İlk bölümde de bahsedildiği gibi Link ve Phelan'a (1995; Phelan ve Link 2013) göre toplumsal bir değişkenin hastalık ve ölümün temel bir sebebi olarak değerlendirilebilmesi için o değişkenin

(1) birden fazla hastalığa etki etmesi, (2) bu hastalıklar için çeşitli riskler oluşturması, (3) zamanla yinelenmesi ve (4) hastalığa yol açacak tehlikenin önlenmesinde ya da hastalığın olumsuz sonuçlarının minimuma indirgenmesinde rol oynayacak kaynaklara erişimi mümkün kılması gerekmektedir. Şüphesiz ki sınıf, bu şartların hepsini sağlamaktadır.

Daha önce de vurgulandığı gibi yaşın ve toplumsal cinsiyetin toplumsal nitelikleri de nedensel faktör olarak işlev görebilmektedir. Yaş, kuşak etkisi vasıtasıyla sağlık meselelerine etki eden toplumsal bir güç olmaktadır. Yaşın bağımsız bir değişken olarak sahip olduğu güç, sınıf ve toplumsal cinsiyet gibi değişkenler tarafından baltalanabilse de yaş grubu etkilerinin güçlü birer nedensel faktör olduğu durumlar da vardır. Toplumsal cinsiyetin sağlığa etki eden önemli bir faktör olduğu, aşikârdır. Erkeklere kıyasla kadınlar, daha çok hasta olmaktadır ancak buna rağmen erkeklerden daha uzun yaşamakta ve daha sağlıklı yaşam tarzı pratiklerini benimsemektedir. Kadınların erkeklere kıyasla sahip olduğu farklı konum, biyolojik etkenlerin yanı sıra toplumsallaşma ve deneyimdeki farklılıklardan da kaynaklanmaktadır. Buradan hareketle toplumsal cinsiyetin sağlığın ve hastalığın belirleyici sebeplerinden olduğunu söylemek mümkündür. Zira erkekler ve kadınlar, toplumsal cinsiyetleri tarafından belirlenen normatif biçimlerde davranmaktadır. Irk/etnik köken, sınıfsal konumun sahip olduğu baskın güç yüzünden bir zamanlar sağlığın ve hastalığın temel sebeplerinden görülmemekteydi. Temel sebep teorisini eleştirenler, ırk faktörünün zayıf noktasını kullanarak toplumsal değişkenlerin nedensel rolüne vurgu yapan tüm kuramların yetersiz olduğunu savunmaktaydı. Ancak Phelan ve Link'in (2015) de vurguladığı gibi bu yanlış bir önermedir. Zira ırk, ırkçılık vasıtasıyla sağlığın ve hastalığın temel sebeplerinden biri olmaktadır.

Araştırmacıların dikkatini yoğun olarak çeken başka bir toplumsal değişken ise dezavantajlı muhitlerdir. Dezavantajlı muhitler, yapısal faktörlerin kötü sağlığa neden olduğunu ve

hastalığa verilen tepkileri etkilediğini gözler önüne sermektedir. Sosyal tesisler, kamu güvenliği, destekleyici sosyal çevre, tehlikeler, gürültü ve stres gibi bireysel niteliklerin ötesine geçen muhit niteliklerinin sağlığı ve ölüm oranlarını etkilediği gözlemlenmiştir. Sosyal sermaye üzerine yapılan araştırmalar çok yaygın olmasa da bu çalışmalardan elde edilen bulgular, sosyal sermayenin sağlık sonuçları açısından belirleyici bir faktör olduğunu göstermektedir. Elbette bir toplumun sahip olduğu sosyal sermayenin sağlığa etkisinin tam anlamıyla netleştirilmesi için bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Yine de diğer konularda yapılan araştırmalar, toplumsal faktörlerin sağlık ve hastalık konusunda belirleyici birer faktör olup olmadığı tartışmasını sonlandırmıştır. Yapılan araştırmaların büyük bir çoğunluğu, toplumun bireyi hasta edebileceğini göstermektedir. Bundan sonraki adım, bu toplumsal gerçeğin sebeplerinin ve sonuçlarının daha da net bir şekilde detaylandırılması olacaktır.

Kaynakça

Adler, Nancy E., Thomas Boyce, Margaret A. Chesney, Sheldon Cohen, Susan Folkman, Robert L. Kahn ve S. Leonard Syme, 1994, "Socioeconomic Status and Health: The Challenge of the Gradient", *American Psychologist* 10:15-24.

Aesop Study Team, 2002, "Raised Incidence of All Psychosis in UK Migrant Populations", *Schizophrenia Research* 53:33.

Alexander, Jeffrey C., 1995, *Fin de Siècle Social Theory*, Londra: Verso.

Alwin, Duane F., 2012, "Integrating Varieties of Life Course Concepts", *The Journals of Gerontology* 67B(2):206-20.

Andersen, Kristian G., Andrew Rambaut, W. Ian Lipkin, Edward C. Holmes ve Robert L. Garry, 2020, "The Proximal Origin of SARS-CoV-2", *Nature Medicine* 26:450-55.

Andrews, Hannah, Terrence Hill ve William C. Cockerham, 2017, "Educational Attainment and Dietary Lifestyles", *Advances in Medical Sociology* 18:101-20.

Aneshensel, Carol S. ve William R. Avison, 2015, "The Stress Process: An Appreciation of Leonard I. Pearlin", *Society and Mental Health* 5:67-85.

Angel, Ronald J. ve Jacqueline L. Angel, 2009, *Hispanic Families at Risk,* New York: Springer.

Angel, Ronald J., Michelle Frisco, Jacquelin L. Angel ve David Chiriboga, 2003, "Financial Strain and Health Among Elderly Mexican-Origin Individuals", *Journal of Health and Social Behavior* 44:536-51.

Annandale, Ellen, 2014, *The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction*, 2. Baskı, Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Annandale, Ellen, 2016, "Health Status and Gender", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 97-112, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Annandale, Ellen ve David Field, 2005, "Medical Sociology in Great Britain", *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 246-62, Oxford, Birleşik Krallık: Blackwell.

Antunes, Ricardo Jorge, 2011, "The Social Space of Health Inequalities in Portugal", *Social Theory & Health* 9:393-409.

Arber, Sara ve Hilary Thomas, 2005, "From Women's Health to a Gender Analysis of Health", *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 94-113, Oxford, Birleşik Krallık: Blackwell.

Archer, Margaret S., 1995, *Realist Social Theory: Morphogenetic Approach.* Cambridge, Birleşik Krallık: Cambridge University Press.

Archer, Margaret S., 1998, "Realism and Morphogenesis", *Critical Realism*, Margaret Archer, Roy Bhaskar, Andrew Collier, Tony Lawson ve Alan Norrie (ed.), 356-81, Londra: Routledge.

Archer, Margaret S., 2000, *Being Human: The Problem of Agency,* Cambridge, Birleşik Krallık: Cambridge University Press.

Archer, Margaret S., 2003, *Structure, Agency and the Internal Conversation,* Cambridge, Birleşik Krallık: Cambridge University Press.

Armelagos. George J. ve Kristen N. Harper, 2016, "Emerging Infectious Diseases, Urbanization, and Globalization in the Time of Global Warming", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 290-311, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Atkinson, Will, 2015, *Class,* Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Avison, William R. ve Stephanie S. Thomas, 2016, "Stress", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 242-67, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Bakhtiari, Elyas, 2018, "Immigrant Health Trajectories in Historical Context: Insights from European Immigrant Childhood Mortality in 1910", *SSM - Population Health* 5:138-46.

Banks, James, Michael Marmot, Zoe Oldfield ve James P. Smith, 2006, "Disease and Disadvantage in the United States and England", *JAMA* 295:2037-45.

Banwell, Cathy, Dorothy Broom, Anna Davies ve Jane Dixon, 2012, *Weight of Modernity: An Intergenerational Study of the Rise of Obesity,* Dordrecht: Springer.

Bartley, Mel, 2017, *Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods*, 2. Baskı, Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Bartley, Mel, David Blane ve George Davey Smith, 1998, "Introduction: Beyond the Black Report", *Sociology of Health & Illness* 20:563-77.

Bauman, Zygmunt, 1999, *In Search of Politics*, Stanford, California: Stanford University Press.

Bauman, Zygmunt, 2000, *Liquid Modernity,* Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Becker, Howard S., 1963, *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance,* New York: Free Press.

Becker, Howard S., Blanche Greer, Everett C. Hughes ve Anselm Strauss, 1961, *Boys in White: Student Culture in Medical School,* Chicago: University of Chicago Press.

Beckfield, Jason, 2004, "Does Income Inequality Harm Health?" *Journal of Health and Social Behavior* 45:231-48.

Beliaeva, Liudmila, 2000, "The 'New Middle Classes' in Russia", *Russian Social Science Review* 41:42-55.

Bell, Susan E. ve Anne E. Figert, 2015, "Moving Sideways and Forging Ahead: Reimagining '-Izations' in the Twenty-First Century", *Reimagining (Bio)medicalization, Pharmaceuticals and Genetics*, Susan Bell ve Anne Figert (ed.), 19-40, New York: Routledge.

Bengtsson, C., B. Nordmark, L. Klareskog, I. Lundberg, L. Alfredsson ve the EIRA Study Group, 2005, "Socioeconomic Status and the Risk of Developing Rheumatoid Arthritis: Results from the Swedish EIRA Study", *Annals of the Rheumatic Diseases* 64:1588-94.

Berger, Peter L. ve Thomas Luckmann, 1967, *The Social Construction of Reality*, New York: Anchor.

Berkman, Lisa F. ve Lester Breslow, 1983, *Health and Ways of Living: The Alameda County Study,* Fairlawn, NJ: Oxford University Press.

Bhaskar, Roy, 1998, *The Possibility of Naturalism: A Philosophical Critique of the Contemporary Human Sciences,* Londra: Routledge.

Bierman, Alex, 2014, "Reconsidering the Relationship between Age and Financial Strain among Older Adults", *Society and Mental Health* 4:197-214.

Bissell, Paul, Marian Peacock, Joanna Blackburn ve Christine Smith, 2016, "The Discordant Pleasures of Everyday Eating: Reflections on the Social Gradient in Obesity under Neo-liberalism", *Social Science & Medicine* 159:14-21.

Blaxter, Mildred, 2010, *Health*, 2. Baskı, Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Bliss, Catherine, 2018, *Social by Nature,* Stanford, California: Stanford University Press.

Bloom, Samuel W., 2002, *The Word as Scalpel: A History of Medical Sociology,* Oxford, Birleşik Krallık: Oxford University Press.

Bloome, Deirdre, Shauna Dyer ve Xiang Zhou, 2018, "Educational Inequality, Educational Expansion, and Intergenerational Income Persistence in the United States", *American Sociological Review* 83:1215-53.

Blumer, Herbert, 1969, *Symbolic Interaction,* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Boardman, Jason D., Brian Karl Finch, Christopher G. Ellison, David R. Williams ve James S. Jackson, 2001, "Neighborhood Disadvantage, Stress, and Drug Use among Adults", *Journal of Health and Social Behavior* 42:151-65.

Boardman, Jason D., Jarron M. Saint Onge, Richard G. Rogers ve Justin T. Denney, 2005, "Race Differentials in Obesity: The Impact of Place", *Journal of Health and Social Behavior* 46:229-43.

Bohman, James, 1999, "Practical Reason and Cultural Constraint: Agency in Bourdieu's Theory of Practice", *Bourdieu: A Critical Reader*, Richard Schusterman (ed.), 129-52, Oxford, Birleşik Krallık: Blackwell.

Bostwick, Wendy B., Carol J. Boyd, Tonda L. Hughes ve Brady West, 2014, "Discrimination and Mental Health among Lesbian, Gay and Bisexual Adults in the United States", *American Journal of Orthopsychiatry* 84:35-45.

Bouchard, Louise, Marcelo Albertini, Ricardo Batista ve Joanne de Montigny, 2015, "Research on Health Inequalities: A Bibliometric Analysis (1996-2014)", *Social Science & Medicine* 141:100-8.

Bourdieu, Pierre, 1977, *Outline of a Theory of Practice*, Çev. Richard Nice, Cambridge, Birleşik Krallık: Cambridge University Press.

Bourdieu, Pierre, 1984, *Distinction*, Çev. Richard Nice, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bourdieu, Pierre, 1986, "The Forms of Capital", Çev. Richard Nice, *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, John Richardson (ed.), 241-58, New York: Greenwood Press.

Bourdieu, Pierre, 1990, *The Logic of Practice*, Çev. Richard Nice, Stanford, California: Stanford University Press.

Bourdieu, Pierre, 1993, *Sociology in Question*, Çev. Richard Nice, Londra: Sage.

Bourdieu, Pierre, 1996, *The Rules of Art*, Çev. Susan Emanuel, Cambridge, Birleşik Krallık: Cambridge University Press.

Bourdieu, Pierre, 2000, *Pascalian Meditations,* Stanford, California: Stanford University Press.

Bourdieu, Pierre ve Loic J. D. Wacquant, 1992, *An Introduction to Reflexive Sociology,* Chicago: University of Chicago Press.

Bowling, Ann, Julie Barber, Richard Morris ve Shah Ebrahim, 2006, "Do Perceptions of Neighbourhood Environment Influence Health? Baseline Findings from a British Survey of Aging", *Journal of Epidemiology and Community Health* 60:476-83.

Bradby, Hannah, 2012, *Medicine, Health and Society,* Londra: Sage.

Bradby, Hannah ve James Y. Nazroo, 2016, "Health, Ethnicity, and Race", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 113-30, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Bratter, Jenifer L. ve Bridget K. Gorman, 2011, "Is Discrimination an Equal Opportunity Risk? Racial Experiences, Socioeconomic Status, and Health Status Among Black and White Adults", *Journal of Health and Social Behavior* 52:365-82.

Brown, Tony, 2003, "Critical Race Theory Speaks to the Sociology of Mental Health: Mental Health Problems Produced by Racial Stratification", *Journal of Health and Social Behavior* 44:292-301.

Brown, Tyson H, 2018, "Racial Stratification, Immigration, and Health Inequality: A Life Course-Intersectional Approach", *Social Forces* 4:1507-40.

Brown, Tyson H., Angela M. O'Rand ve Daniel E. Atkin, 2012, "Race-Ethnicity and Health Trajectories: Test of Three Hypotheses across Multiple Groups and Health Outcomes", *Journal of Health and Social Behavior* 53:359-77.

Browning, Christopher R. ve Kathleen A. Cagney, 2002, "Neighborhood Structural Disadvantage, Collective Efficacy, and Self-Rated Health in a Physical Setting", *Journal of Health and Social Behavior* 43:696-707.

Browning, Christopher R. ve Kathleen A. Cagney, 2003, "Moving Beyond Poverty: Neighborhood Structure, Social Processes, and Health", *Journal of Health and Social Behavior* 44:552-71.

Browning, Christopher R., Danielle Wallace, Seth L. Feinberg ve Kathleen A. Cagney, 2006, "Neighborhood Social Processes, Physical Conditions, and Disaster-Related Mortality: The Case of the 1995 Chicago Heat Wave", *American Sociological Review* 71:661-78.

Burdette, Amy M., Belinda L. Needham, Miles G. Taylor ve Terrence D. Hill, 2017, "Health Lifestyles in Adolescence and Self-Rated Health in Adulthood", *Journal of Health and Social Behavior* 58:520-36.

Burgard, Sarah A. ve Sarah Seelye, 2016, "Histories of Perceived Job Insecurity and Psychological Distress among Older U.S. Adults", *Society and Mental Health* 7:21-35.

Bury, Michael, 1986, "Social Constructionism and the Development of Medical Sociology", *Sociology of Health & Illness* 8:137-70.

Bury, Michael, 2005, *Health and Illness,* Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Byrne, David, 2012, "UK Sociology ve Quantitative Methods: Are We as Weak as They Think? Or Are They Barking Up the Wrong Tree", *Sociology* 46:13-24.

Callinicos, Alex, 2007, *Social Theory: A Historical Introduction,* 2. Baskı, Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Cantor, Norman F., 2015, *In the Wake of the Plague: The Black Death and the World it Made,* New York: Simon & Schuster.

Carpiano, Richard M., 2006, "Toward a Neighborhood Resource-Based Theory of Social Capital for Health: Can Bourdieu and Sociology Help Us?" *Social Science & Medicine* 62:165-75.

Carpiano, Richard M., Bruce G. Link ve Jo C. Phelan, 2008, "Social Inequality and Health: Future Directions for the Fundamental Cause Explanation", *Social Class,* Annette Lareau ve Dalton Conley (ed.), 232-63, New York: Russell Sage.

Carr, Deborah, 2019, *Golden Years? Social Inequality in Later Life,* New York: Russell Sage.

Carr, Deborah ve Michael A. Friedman, 2005, "Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States", *Journal of Health and Social Behavior* 46:244-59.

Case, Anne ve Angus Deaton, 2015, "Rising Mortality in Midlife among White Non- Hispanic Americans in the 21st Century", *Proceedings of the National Academy of Science* 112: 15078-83.

Caspi, Avshalom, Karen Sugden, Terrie E. Moffitt, Alan Taylor, Ian W. Craig, Hona Lee Harrington, Joseph McClay, Jonathan Mill, Judy

Martin, Antony Braithwaite ve Richie Poulton, 2003, "Influence of Life Stress on Depression: Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene", *Science* 301:386-9.

Cattell, Vicky, 2001, "Poor People, Poor Places, and Poor Health: The Mediating Role of Social Networks and Social Capital", *Social Science & Medicine* 52:1501-16.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2017, *National Diabetes Statistics Report, 2017,* Atlanta, GA: CDC.

Chandola, Tarani, 2000, "Social Class Differences in Mortality Using the New UK National Statistics Socio-Economic Classification", *Social Science & Medicine* 50:641-9.

Chang, Virginia W. ve Diane S. Lauderdale, 2009, "Fundamental Cause Theory, Technological Innovation, and Health Disparities: The Case of Cholesterol in the Era of Statins", *Journal of Health and Social Behavior* 50:245-60.

Charmaz, Kathy, 2009, "Stories, Silences, and Self: Dilemmas in Disclosing Chronic Illness", *Communicating to Manage Health and Illness*, Dale Brashers ve Daena Goldstein (ed.), 240-70, New York: Routledge.

Charmaz, Kathy ve Linda Liska Belgrave, 2013, "Symbolic Interaction Theory and Health", *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*, William Cockerham (ed.), 11-40, Dordrecht: Springer.

Christakis, Nicholas A. ve James H. Fowler, 2008, "The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network", *New England Journal of Medicine* 358:2249-58.

Christensen, Vibeke T. ve Richard M. Carpiano, 2014, "Social Class Differences in BMI among Danish Women: Applying Cockerham's Health Lifestyles Approach and Bourdieu's Theory of Lifestyle", *Social Science & Medicine* 112:12-21.

Chuang, Ying-Chih, Susan T. Enett, Karl E. Bauman ve Vangie A. Foshee, 2005, "Neighborhood Influences on Adolescent Cigarette and Alcohol Use: Mediating Effects Through Parent and Peer Behaviors", *Journal of Health and Social Behavior* 46:187-204.

Clair, Jeffrey Michael, Colin Clark, Brian P. Hinote, Caroline O. Robinson ve Jason A. Wasserman, 2007, "Developing, Integrating, and Perpetuating New Ways of Applying Sociology to Health, Policy, and Everyday Life", *Social Science & Medicine* 64:248-58.

Clarke, Adele E., Janet K. Shim, Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket ve Jennifer R. Fishman, 2003, "Biomedicalization: Technoscientific

Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine", *American Sociological Review* 68:161-94.

Clouston, Sean A. P., Marcus Richards, Dorina Caadar ve Scott M. Hofer, 2015, "Educational Inequalities in Health Behaviors at Midlife: Is There a Role for Early-Life Cognition?" *Journal of Health and Social Behavior* 56:323-40.

Coburn, David, 2004, "Beyond the Income Inequality Hypothesis: Class, Neo-Liberalism, and Health Inequalities", *Social Science & Medicine* 58:41-56.

Coburn, David, 2009, "Inequality and Health", *Morbid Symptoms: Health Under Capitalism*, L. Panitch ve C. Leys (ed.), 39-58, New York: Monthly Review Press.

Coburn, David, 2015, "Income Inequality, Welfare, Class, and Health: A Comment on Pickett and Wilkinson, 2015", *Social Science & Medicine* 146:228-32.

Cockerham, Geoffery B. ve William C. Cockerham, 2010, *Health and Globalization*, Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Cockerham, William C., 1999, *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe,* Londra: Routledge.

Cockerham, William C., 2000, "Health Lifestyles in Russia", *Social Science & Medicine* 51:1313-24.

Cockerham, William C., 2005, "Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure", *Journal of Health and Social Behavior* 46:51-67.

Cockerham, William C., 2006a, "Class Matters: Health Lifestyles in Post-Soviet Russia", *Harvard International Review* (Bahar):42-5.

Cockerham, William C., 2006b, *Society of Risk-Takers: Living Life on the Edge,* New York: Worth.

Cockerham, William C., 2007a, "Health Lifestyles and the Absence of the Russian Middle Class", *Sociology of Health & Illness* 29:457-73.

Cockerham, William C., 2007b, "A Note on the Fate of Postmodern Theory and its Failure to Meet the Basic Requirements for Success in Medical Sociology", *Social Theory & Health* 5:285-96.

Cockerham, William C., 2009, "Understanding the Russian Health Crisis: A Sociological Perspective", *Sociology Compass* 3:327-40.

Cockerham, William C., 2012, "The Intersection of Health and Gender in a Transitional State: The Case of Russia", *Sociology of Health & Illness* 34:943-57.

Cockerham, William C., 2013a, "Sociological Theory in Medical Sociology in the Early Twenty-First Century", *Social Theory & Health* 11:241-55.

Cockerham, William C. (ed.), 2013b, *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory,* Dordrecht: Springer.

Cockerham, William C., 2014, "The Emerging Crisis of American Female Longevity", *Social Currents* 1:220-7.

Cockerham, William C., 2016, "Health Lifestyles: Bringing Structure Back", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 159-83, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Cockerham, William C., 2017a, *Sociology of Mental Disorder*, 10th ed. New York: Routledge.

Cockerham, William C., 2017b, *Medical Sociology*, 14. Baskı, New York: Routledge.

Cockerham, William C., 2018, "Health Lifestyles and the Search for a Gender-Specific Habitus", *Social Theory & Health* 16(2):142-55.

Cockerham, William C., 2021, *Sociological Theories of Health and Illness,* New York: Routledge.

Cockerham, William C., Thomas Abel ve Gunther Luschen, 1993, "Max Weber, Formal Rationality, and Health Lifestyles", *Sociological Quarterly* 34:413-35.

Cockerham, William C., Shawn Bauldry, Bryant W. Hamby, James M. Shikany ve Sejong Bae, 2017a, "A Comparison of Black and White Racial Differences in Health Lifestyles and Cardiovascular Disease", *American Journal of Preventive Health* 52:S56-62.

Cockerham, William C., Bryant W. Hamby, Shawn Bauldry ve Patricia Drentea, 2017b, "Changing Patterns of Female Smoking: A Comparison of Workers and Full-Time Homemakers by Class, Race, and Community Type", *Research in the Sociology of Health Care* 35:279-97.

Cockerham, William C., Bryant W. Hamby ve Gabriela R. Oates, 2017c. "The Social Determinants of Chronic Disease", *American Journal of Preventive Medicine* 52:S5-12.

Cockerham, William C., Brian P. Hinote, Geoffrey B. Cockerham ve Pamela Abbott, 2006, "Health Lifestyles and Political Ideology in Belarus, Russia, and Ukraine", *Social Science & Medicine* 62:1799-809.

Cockerham, William C., Alfred Rutten ve Thomas Abel, 1997, "Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber", *Sociological Quarterly* 38:32 42.

Cockerham, William C., M. Christine Snead ve Derek F. DeWaal, 2002, "Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage", *Journal of Health and Social Behavior* 43:42-55.

Cockerham, William C., Joseph D. Wolfe ve Shawn Bauldry, 2020, "Health Lifestyles in Late Middle Age", *Research on Aging* 42:34-36.

Collins, Patricia Hill, 2000, *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and Politics of Empowerment,* New York: Routledge.

Collins, Patricia Hill, 2005, *Black Sexual Politics,* New York: Routledge.

Collins, Patricia Hill ve Sirma Bilge, 2016, *Intersectionality,* Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Collyer, Fran, 2010, "Origins and Canons: Medicine and the History of Sociology", *History of the Human Sciences* 23:86-108.

Collyer, Fran, 2012, *Mapping the Sociology of Health and Medicine: America, Britain and Australia Compared,* Basingstoke, Birleşik Krallık: Palgrave Macmillan.

Collyer, Fran (ed.), 2015, *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine,* Basingstoke, Birleşik Krallık: Palgrave Macmillan.

Conley, Dalton, Kate W. Strully ve Neil G. Bennett, 2003, *The Starting Gate: Birth Weight and Life Chances,* Berkeley: University of California Press.

Conrad, Peter, 2007, *The Medicalization of Society,* Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Conrad, Peter ve Kristin K. Barker, 2010, "The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications", *Journal of Health and Social Behavior* 51 Ek Sayı: S50-79.

Cooper, Helen, 2002, "Investigating Socio-Economic Explanations for Gender and Ethnic Inequalities in Health", *Social Science & Medicine* 54:693-706.

Cornell, Stephen ve Douglas Hartmann, 2007, *Ethnicity and Race: Making Identities in a Changing World,* 2. Baskı, Thousand Oaks, California: Pine Forge Press.

Cosby, Arthur G., M. Maya McDoom-Echebiri, Wesley James, Hasna Khandekar, Willie Brown ve Heather L. Hanna, 2019, "Growth and Persistence of Place-Based Mortality in the United States: The Rural Mortality Penalty", *American Journal of Public Health* 109:155-62.

Coser, Lewis, 1979, "American Trends", *A History of Sociological Analysis,* Tom Bottomore ve Robert Nisbet (ed.), 287-320, Londra: Heinemann.

Crawford, Robert, 1984, "A Cultural Account of Health: Control, Release, and the Social Body", *Issues in the Political Economy of Health Care*, John McKinley (ed.), 60-103, New York: Tavistock.

Crenshaw, Kimberle, 1989, "Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics", *University of Chicago Legal Forum* 139:139-67.

Crompton, Rosemary, 2008, *Class and Stratification*, 3. Baskı, Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Cummins, Steven ve Sally Macintyre, 2006, "Food Environments and Obesity - Neighbourhood or Nation?" *International Journal of Epidemiology* 35:100-4.

Dahrendorf, Ralf, 1979, *Life Chances*, Chicago: University of Chicago Press.

Dahrendorf, Ralf, 1990, *The Modern Social Conflict*, Berkeley: University of California Press.

Daniel, Hilary, Sue S. Bornstein ve Gregory C. Kane, 2018, "Addressing Social Determinants to Improve Patient Care and Promote Health Equity: An American College of Physicians Position Paper", *Annals of Internal Medicine* 168:577-93.

Dannefer, Dale, 2012, "Enriching the Tapestry: Expanding the Scope of Life Course Concepts", *Journals of Gerontology* 67B:221-5.

Das, Aniruddhas, 2013, "How Does Race Get 'Under the Skin'?: Inflammation, Weathering, and Metabolic Problems in Late Life", *Social Science & Medicine* 77:75-83.

Davey Smith, George, Mel Bartley ve David Blane, 1990, "The Black Report on Socioeconomic Inequalities in Health 10 Years On", *British Medical Journal* 301:373-7.

Davidson, Rosemary, Richard Mitchell ve Kate Hunt, 2008, "Location, Location, Location: The Role of the Experience of Disadvantage in Lay Perceptions of Area Inequalities in Health". *Health & Place* 14:167-81.

De la Haye, Kayla, Heesung Shin, George G. Vega Yon ve Thomas W. Valente, 2019, "Smoking Diffusion through Networks of Diverse, Urban American Adolescents over the High School Period", *Journal of Health and Social Behavior* 60:362-76.

Delormier, Treena, Katherine L. Frohlich ve Louise Potvin, 2009, "Food and Eating as Social Practice: Understanding Eating Patterns as Social Phenomena and Implications for Public Health", *Sociology of Health & Illness* 31:215-28.

De Maio, Fernando, 2010, *Health and Social Theory,* Londra: Palgrave Macmillan.

Demers, Andree, Sylvia Kairouz, Edward M. Adlaf, Louis Glickman, Brenda Newton-Taylor ve Alain Marchand, 2002, "Multilevel Analysis of Situational Drinking Among Canadian Undergraduates", *Social Science & Medicine* 55:415-24.

Dennis, Mike, 1985, *German Democratic Republic,* Londra: Pinter.

Denzin, Norman K., 1992, *Symbolic Interactionism and Cultural Studies,* Oxford, Birleşik Krallık: Blackwell.

Dhurandhar, Emily J., 2016, "The Food-Insecurity Obesity Paradox: A Resource Scarcity Hypothesis", *Physiology & Behavior* 162:88-92.

Diaz, Christina J. ve Michel Nino, 2019, "Familism and the Hispanic Health Advantage: The Role of Immigrant Status", *Journal of Health and Social Behavior* 60:274-90.

Dolan, Alan, 2007, " 'Good Luck to Them if They Get It': Exploring Working Class Men's Understandings and Experiences of Income Inequality and Material Standards", *Sociology of Health & Illness* 29:711-29.

Dolan, Alan, 2011, " 'You Can't Ask for a Dubonnet and Lemonade!': Working Class Masculinity and Men's Health Practices", *Sociology of Health & Illness* 33:586-601.

Doll, Richard, Richard Peto, Jillian Boreham ve Isabelle Sutherland, 2004, "Mortality in Relation to Smoking: 50 Years' Observations on Male British Doctors", *British Medical Journal* 328:1519-28.

Downey, Liam ve Marieke van Willigen, 2005, "Environmental Stressors: The Mental Health Impacts of Living Near Industrial Activity", *Journal of Health and Social Behavior* 46:289-305.

Drentea, Patricia ve Jennifer L. Moren-Cross, 2005, "Social Capital and Social Support on the Web: The Case of an Internet Mother Site", *Sociology of Health & Illness* 27:920-43.

Drever, Frances ve Margaret Whitehead, 1997, *Health Inequalities: Decennial Supplement,* Londra: HMSO.

Dunham, H. Warren, 1977, "Schizophrenia: The Impact of Sociocultural Factors", *Hospital Practice* 12:61-8.

Durkheim, Emile, [1893] 1964, *The Division of Labor in Society,* New York: Free Press.

Durkheim, Emile, [1895] 1950, *The Rules of Sociological Method,* New York: Free Press.

Durkheim, Emile, [1897] 1951, *Suicide: A Study in Sociology,* New York: Free Press.

Eberstadt, Nicolas ve Sally Satel, 2004, *Health and the Income Inequality Hypothesis: A Doctrine in Search of Data,* Washington, DC: AEI Press.

Edwards, R., P. McElduff, R. A. Harrison, K. Watson, G. Butler ve P. Elton, 2006, "Pleasure or Pain? A Profile of Smokers in Northern England", *Public Health* 120:760-8.

Elder, Glenn H., Jr., Monica K. Johnson ve Robert Crosnoe, 2006, "The Emergence and Development of Life Course Theory", *Handbook of the Life Course*, Jeylan Mortimer ve Michael Shanahan (ed.), 3-19. New York: Springer.

Emirbayer, Mustafa ve Ann Mische, 1998, "What is Agency?" *American Journal of Sociology* 103:962-1023.

Engels, Fredrich, [1845] 1969, *The Condition of the Working Class in England in 1844,* Oxford, Birleşik Krallık: Oxford University Press.

Epstein, Helen, 1998, "Life and Death on the Social Ladder", *New York Review of Books* 16 Temmuz: 26-30.

Ezzati, Majid, Ari B. Friedman, Sandeep C. Kulkarni ve Christopher J. L. Murray, 2008, "The Reversal of Fortunes: Trends in County Mortality and Cross-Country Mortality Disparities in the United States", *PLoS Medicine* 5:e66/001-0011.

Faris, Robert E. ve H. Warren Dunham, 1939, *Mental Disorders in Urban Areas,* Chicago: University of Chicago Press.

Farmer, Melissa ve Kenneth F. Ferraro, 2005, "Are Racial Disparities in Health Conditional on Socioeconomic Status?" *Social Science & Medicine* 60:191-204.

Fenwick, Rudy ve Mark Tausig, 1994, "The Macroeconomic Context of Job Stress", *Journal of Health and Social Behavior* 35:266-82.

Ferraro, Kenneth F., Markus H. Schafer ve Lindsay R. Wilkinson, 2016, "Childhood Disadvantage and Health Problems in Middle and Later Life: Early Imprints on Physical Health?" *American Sociological Review* 81:107-33.

Ferraro, Kenneth F. ve Tetyana Pylypiv Shippee, 2009, "Aging and Cumulative Inequality: How Does Inequality Get Under the Skin?" *The Gerontologist* 49:333-43.

Ferraro, Kenneth F., Tetyana Pylypiv Shippee ve Markus H. Schafer, 2009, "Cumulative Inequality Theory for Research on Aging and the Life Course", *Handbook of Theories of Aging,* V. Bengtson, D. Gans, N. Putney ve M. Silverstein (ed.), 413-33, New York: Springer.

Fillmore, Kaye Middleton, William C. Kerr, Tim Stockwell, Tanya Chikritzhs ve Alan Bostrom, 2007, "Moderate Alcohol Use and Reduced Mortality Risk: Systematic Error in Prospective Studies", *Addiction Research and Theory* 14:101-32.

Fitzpatrick, Kevin ve Mark LaGory, 2011, *Unhealthy Cities: Poverty, Race, and Place in America,* New York: Routledge.

Foucault, Michel, 1973, *Birth of the Clinic,* Londra: Tavistock.

Foucault, Michel, 1979, *History of Sexuality*, Cilt 1, Londra: Allen Lane.

Fox, A. J. ve P. Goldblatt, 1982, *Socio-Demographic Differentials in Mortality: The OPCS Longitudinal Study,* Londra: HMSO.

Frazer, Elizabeth, 2018, "Gender", *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Social Theory*, Cilt II, Bryan Turner (ed.), 914-16, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Freedman, Vicki A., Irina B. Grafova ve Jeanette Rogowski, 2011, "Neighborhoods and Chronic Disease Onset in Later Life", *American Journal of Public Health* 101:79-86.

Freese, Jeremy, 2008, "Genetics and the Social Science Explanation of Individual Genomics", *American Journal of Sociology* 114:S1-35.

Freidson, Eliot, 1970a, *Professional Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge,* New York: Dodd, Mead.

Freidson, Eliot, 1970b, *Professional Dominance,* Chicago: Aldine.

Frohlich, Katherine L. ve Thomas Abel, 2014, "Environmental Justice and Health Practices: Understanding How Health Inequities Arise at the Local Level", *Sociology of Health & Illness* 36: 199-212.

Frohlich, Katherine L., Ellen Corin ve Louise Potvin, 2001, "A Theoretical Proposal for the Relationship Between Context and Disease", *Sociology of Health & Illness* 23:776-97.

Fu, Qiang ve Linda K. George, 2015, "Socioeconomic Determinantsof Childhood and Obesity in China: The Long Arm of Institutional Power", *Sociology of Health & Illness* 37:805-22.

Gabe, Jonathan, Mike Bury ve Mary Ann Elston, 2004, *Key Concepts in Medical Sociology,* Londra: Sage.

Gallo, William T., Hsun-Mei Teng, Tracy A. Falba, Stanislav V. Kasl, Harlan V. Krumholz ve Elizabeth H. Bradley, 2006, "The Impact of Late-Career Job Loss on Myocardial Infarction and Stroke: A 10-Year Follow-up Using the Health and Retirement Study", *Occupational and Environmental Medicine* 63:683-7.

Geronimus, Arline T., Margaret Hicken, Dayna Keene ve John Bound, 2006, "Weathering and Age Patterns of Allostatic Load Scores among

Blacks and Whites in the United States", *American Journal of Public Health* 96:826-33.

Geronimus, Arline T., Jay A. Pearson, Erin Linnenbringer, Amy T. Schulz, Angela G. Reyes, Elissa S. Epel, Jue Lin ve Elizabeth H. Blackburn, 2015, "Race-Ethnicity, Poverty, Urban Stressors, and Telomere Length in a Detroit Community-Based Sample", *Journal of Health and Social Behavior* 56:199-224.

Gest, Justin, *The New Minority,* New York: Oxford University Press.

Giddens, Anthony, 1984, *The Constitution of Society: Outline of a Theory of Structuration,* Berkeley: University of California Press.

Giddens, Anthony, 1987, *Social Theory and Modern Sociology,* Stanford, California: Stanford University Press.

Giddens, Anthony, 1991, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age,* Stanford, California: Stanford University Press.

Giddens, Anthony ve Christopher Pierson, 1998, *Conversations with Anthony Giddens: Making Sense of Modernity,* Stanford, California: Stanford University Press.

Glaser, Barney G. ve Anselm M. Strauss, 1965, *Awareness of Dying,* Chicago: Aldine.

Glaser, Barney G. ve Anselm Strauss, 1967, *The Discovery of Grounded Theory,* Chicago: Aldine.

Glaser, Barney G. ve Anselm Strauss, 1968, *Time for Dying,* Chicago: Aldine.

Glassner, Barry, 2007, *The Gospel of Food: Everything You Think You Know About Food is Wrong,* New York: Ecco/HarperCollins.

Goffman, Erving, 1961, *Asylums,* New York: Anchor.

Goffman, Erving, 1963a, *Behavior in Public Places: Notes on the Social Organization of Gatherings,* Glencoe, IL: Free Press.

Goffman, Erving, 1963b, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity,* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Goldthorpe, John H., 2007, *On Sociology: Critique and Program,* 2. Baskı, Cilt 1, Stanford, California: Stanford University Press.

Goldthorpe, John H., 2016, "Social Class Mobility in Modern Britain: Changing Structure, Constant Process", *Journal of the British Academy* 4:89-111.

Goldthorpe, John H., 2019, "Sociology and Statistics in Britain: The Strange History of Social Mobility Research and its Latter-Day Consequences", *The History of Sociology in Britain,* Plamena Panayotova (ed.), 339-87, Basingstoke, Birleşik Krallık: Palgrave Macmillan.

Goosby, Bridget J., 2013, "Early Life Course Pathways of Adult Depression and Chronic Pain", *Journal of Health and Social Behavior* 54:75-91.

Gorman, Bridget K. ve Jen'nan Ghazal Read, 2006, "Gender Disparities in Adult Health: An Examination of Three Measures of Morbidity", *Journal of Health and Social Behavior* 47:95-110.

Grant, Struan F. A., Gudmar Thorleifson, Inga Reynisdottir ve diğerleri, 2005, "Variant of Transcription Factor 7-like 2 (TCLF7L2) Gene Confers Risk of Type 2 Diabetes", *Nature Genetics* 38:320-3.

Greenland, Philip, Maria Deloria Knoll, Jeremiah Stamler, James D. Neaton, Alan R. Dyer, B. Garside ve Peter W. Wilson, 2003, "Major Risk Factors as Antecedents of Fatal and Nonfatal Coronary Heart Disease Events", *JAMA* 290:891-7.

Grigoriev, Pavel, France Mesle, Vladimir M. Shkolnikov, Evgeny Andreev, Agnieszka Fihel, Marketa Pecholdova ve Jacques Vallin, 2014, "The Recent Mortality Decline in Russia: Beginning of the Cardiovascular Revolution?" *Population and Development Review* 40:107-29.

Grollman, Eric Anthony, 2014, "Multiple Disadvantaged Statuses and Health: The Role of Multiple Forms of Discrimination", *Journal of Health and Social Behavior* 55:3-19.

Gruenewald, Tara L., Arun S. Karlamangla, Perry Hu, Sharon Stein-Merkin, Carolyn Crandall, Brandon Koretz ve Teresa Seeman, 2012, "History of Socioeconomic Disadvantage and Allostatic Load in Later Life", *Social Science & Medicine* 74:75-83.

Grzywacz, Joseph G. ve Nadine F. Marks, 2001, "Social Inequalities and Exercise During Adulthood: Toward an Ecological Perspective", *Journal of Health and Social Behavior* 42:202-20.

Gugushvili, Alexi, Aytalina Azarova, Darja Irdam, Whitney Crenna-Jennings, Michael Murphy, Martin McKee ve Lawrence King, 2018, "Correlates of Frequent Alcohol Consumption Among Middle-Aged and Older Men and Women in Russia: A Multilevel Analysis of the PriMort Retrospective Cohort Study", *Drug and Alcohol Dependence* 188:39-44.

Guptill, Amy E., Denise A. Copelton ve Betsy Lucal, 2013, *Food and Society,* Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Haas, Steven A. ve David R. Schaefer, 2014, "With a Little Help from My Friends? Asymmetrical Social Influence on Adolescent Smoking Initiation and Cessation", *Journal of Health and Social Behavior* 55:126-43.

Hadfield, Philip M., 2006, *Bars Wars: Contesting the Night in Contemporary British Cities*, Oxford, Birleşik Krallık: Oxford University Press.

Haines, Rebecca J., Blake D. Poland ve Joy L. Johnson, 2009, "Becoming a 'Real Smoker: Cultural Capital in Young Women's Accounts of Smoking and Other Substance Use", *Sociology of Health & Illness* 31:66-80.

Halfon, Neal, Christopher B. Forrest, Richard M. Lerner ve Elaine M. Faustman (ed.), 2018, *Handbook of Life Course Health Development*, New York: Springer.

Halsey, A. H., 2004, *A History of Sociology in Britain*, Oxford, Birleşik Krallık: Oxford University Press.

Hamilton, Lee V., Clifford Broman, William Hoffman ve Deborah Renner, 1990, "Hard Times and Vulnerable People: Initial Effects of Plant Closings on Autoworkers", *Journal of Health and Social Behavior* 31:123-40.

Hankivsky, Olena, 2012, "Women's Health, Men's Health, and Gender and Health: Implications of Intersectionality", *Social Science & Medicine* 74:1712-20.

Hargrove, Taylor W., 2018, "Intersecting Social Inequalities and Body Mass Index Trajectories from Adolescence to Early Adulthood", *Journal of Health and Social Behavior* 59:56-73.

Harrison, Eric ve David Rose, 2010, "From Derivation to Validation: Evidence from the UK", *Social Class in Europe*, David Rose ve Eric Harrison (ed.), 39-60, Abingdon, Birleşik Krallık: Routledge.

Hattery, Angela ve Earl Smith, 2011, "Health, Nutrition, Access to Healthy Food and Well-Being among African Americans", *Handbook of African American Health*, Anthony Lemelle, Wornie Reed ve Sandra Taylor (ed.), 47-59, New York: Springer.

Hayward, Mark D., Eileen M. Crimmins, Tom P. Miles ve Yu Yang, 2000, "The Significance of Socioeconomic Status in Explaining the Racial Gap in Chronic Health Conditions", *American Sociological Review* 65:910-30.

Heilbron, Johan, 2015, *French Sociology*, Ithaca, NY: Cornell University Press.

Hemstrom, Orjan, 2005, "Society, Health, and Health Care in Sweden", *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 298-318, Oxford, Birleşik Krallık: Blackwell.

Henwood, Flis ve Benjamin Marent, 2019, "Understanding Digital Health: Productive Tensions at the Intersection of Sociology of Health

and Science and Technology Studies", *Sociology of Health & Illness* 41(S1):1-15.

Hiatt, Robert A. ve Nancy Breen, 2008, "The Social Determinants of Cancer: A Challenge for Transdisciplinary Science", *American Journal of Preventive Medicine* 35:S141-50.

Hill, Shirley A, 2016, *Inequality and African-American Health,* Bristol, Birleşik Krallık: Policy Press.

Hill, Terrence D. ve Ronald J. Angel, 2005, "Neighborhood Disorder, Psychological Distress, and Heavy Drinking", *Social Science & Medicine* 61:965-75.

Hill, Terrence D., Christopher G. Ellison, Amy M. Burdette ve Marc A. Musick, 2007, "Religious Involvement and Healthy Lifestyles: Evidence from a Survey of Texas Adults", *Annals of Behavioral Medicine* 34:217-22.

Hill, Terrence D., Catherine E. Ross ve Ronald J. Angel, 2005, "Neighborhood Disorder, Psychophysiological Distress, and Health", *Journal of Health and Social Behavior* 46:17 86.

Hitlin, Steven, Lance D. Erickson ve J. Scott Brown, 2015, "Agency and Mental Health: A Transition to Adulthood Paradox", *Society and Mental Health* 6:163-81.

Hitlin, Steven ve Monica Kirkpatrick Johnson, 2015, "Reconceptualizing Agency within the Life Course: The Power of Looking Ahead", *American Journal of Sociology* 120: 1429-72.

Ho, Jessica Y. ve Andrew Fenelon, 2015, "The Contribution of Smoking to Educational Gradients in U.S. Life Expectancy", *Journal of Health and Social Behavior* 56:307-22.

Hollingshead, August B. ve Frederick C. Redlich, 1958, *Social Class and Mental Illness: A Community Study,* New York: John Wiley.

Holmwood, John ve John Scott (ed.), 2014, *The Palgrave Handbook of Sociology in Britain,* Basingstoke, Birleşik Krallık: Palgrave Macmillan.

Holtz, Timothy H., Seth Holmes, Scott Stonington ve Leon Eisenberg, 2006, "Health is Still Social: Contemporary Examples in the Age of Genome", *PLoS Medicine* 3:e419-25.

Hopcroft, Rosemary L. ve Dana Burr Bradley, 2007, "The Sex Difference in Depression Across 29 Countries", *Social Forces* 85:1483-507.

Horwitz, Allan V., 2017, "Social Context, Biology, and the Definition of Disorder", *Journal of Health and Social Behavior* 58:131-45.

Hughes, Jason, 2003, *Learning to Smoke: Tobacco Use in the West,* Chicago: University of Chicago Press.

Hummer, Robert A. ve Erin R. Hamilton, 2019, *Population Health in America,* Oakland, CA: University of California Press.

Hurt, Richard D., 1995, "Smoking in Russia: What do Stalin and Western Tobacco Companies Have in Common?" *Mayo Clinic Proceedings* 70:1007-11.

Husserl, Edmund, [1952] 1989, *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy*, Çev. R. Rojecwicz ve A. Schuwer, Londra: Kluwer Academic.

Idler, Ellen L., 2016, "Health and Religion", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 133-58, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Illsley, Raymond, 1975, "Promotion to Observer Status", *Social Science & Medicine* 9:63-7.

Irwin, Jay A., 2014a, "Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Stress", *Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, William Cockerham (ed.), Robert Dingwall ve Stella Quah, 1288-90, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Irwin, Jay A., 2014b, "Lesbian Health", *Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*, William Cockerham (ed.), Robert Dingwall ve Stella Quah, 1290-93, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley Blackwell.

Johnson, Joy L., Joan L. Bottorff, Barbara Moffat, Pamela A. Ratner, Jean A. Shoveller ve Chris Y. Lovato, 2003, "Tobacco Dependence: Adolescents: Perspectives on the Need to Smoke", *Social Science & Medicine* 56:1481-92.

Johnson, Malcolm, 1975, "Medical Sociology and Sociological Theory", *Social Science & Medicine* 9:227-32.

Joyce, Kelly, 2019, "Smart Textiles: Transforming the Practice of Medicalisation and Health Care", *Sociology of Health & Illness* 41(S1):147-61.

Judt, Tony, 2005, *Postwar: A History of Europe Since 1945,* New York: Penguin Press.

Kahn, Joan R. ve Leonard I. Pearlin, 2006, "Financial Strain over the Life Course and Health Among Older Adults", *Journal of Health and Social Behavior* 47:17-31.

Kalberg, Stephen, 1994, *Max Weber's Comparative Historical Sociology,* Chicago: University of Chicago Press.

Kandt, Jens, 2018, "Social Practice, Plural Lifestyles and Health Inequalities in the United Kingdom", *Sociology of Health & Illness* 40:1294-1311.

Karlsen, Saffron ve James Y. Nazroo, 2002, "Agency and Structure: The Impact of Ethnic Identity and Racism on the Health of Ethnic Minority People", *Sociology of Health & Illness* 24:1-20.

Kessler, Ronald C., Katherine A. McGonagle, Shanyang Zhao, Christopher B. Nelson, Michael Hughes, Suzann Eshleman, Hans Ulrich Wittchen ve Kenneth S. Kendler, 1994, "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States", *Archives of General Psychiatry* 51:8-19.

Khot, Umesh N., Monica B. Khot, Christopher T. Bajzer, Shelly K. Sapp, E. Magnus Ohman, Sorin J. Brener, Stephen G. Ellis, A. Michael Lincoff ve Eric J. Topol, 2003, "Prevalence of Conventional Risk Factors in Patients with Coronary Heart Disease", *JAMA* 290:898-904.

King, Michael, James Nazroo, Scott Weich, Kwane McKenzie, Kan Bhui, Saffron Karlson, Stephen Stansfeld, Peter Tyrer, Martin Blanchard, Keith Lloyd, Sally McManus, Kerry Sproston ve Bob Erens, 2005, "Psychotic Symptoms in the General Population of England", *Social Psychiatry and Epidemiology* 40:375-81.

Kingston, Paul W., 2000, *The Classless Society,* Stanford, California: Stanford University Press.

Kirby, James B. ve Toshiko Kaneda, 2005, "Access to Health Care: Does Neighborhood Residential Instability Matter?" *Journal of Health and Social Behavior* 47:142-55.

Kjellsson, Sara, 2013, "Accumulated Occupational Class and Self-Rated Health: Can Information on Previous Experience of Class Further Our Understanding of the Social Gradient in Health?", *Social Science & Medicine* 81:26-33.

Klinenberg, Eric, 2002, *Heat Wave: A Social Autopsy of Disaster in Chicago,* Chicago: University of Chicago Press.

Klinenberg, Eric, 2006, "Blaming the Victims: Hearsay, Labeling, and the Hazards of Quick-Hit Disaster Ethnography", *American Sociological Review* 71:689-98.

Kolata, Gina, 2006, "So Big and Healthy Nowadays, Grandpa Wouldn't Know You", *New York Times* (30 Temmuz):1, 20.

Korp, Peter, 2008, "The Symbolic Power of 'Healthy Lifestyles'", *Health Sociology Review* 17:18-26.

Kosteniuk, Julie G. ve Harley D. Dickinson, 2003, "Tracing the Social Gradient in the Health of Canadians: Primary and Secondary Determinants", *Social Science & Medicine* 57:263-76.

Kozyrskyj, Anita L., Garth E. Kendall, Peter Jacobyve Stephen R. Zubrick, 2010, "Association Between Socioeconomic Status and the Development of Asthma: Analyses of Income Trajectories", *American Journal of Public Health* 1000:540-6.

Kravitz-Wirtz, Nicole, 2016, "Cumulative Effects of Growing Up in Separate and Unequal Neighborhoods on Racial Disparities in Self-Rated Health in Early Adulthood", *Journal of Health and Social Behavior* 57:453-70.

Kunitz, Stephen J. ile Irena Pesis-Katz, 2005, "Morality of White Americans, African Americans, and Canadians: The Causes and Consequences for Health of Welfare State Institutions and Policies", *Milbank Quarterly* 83:5-39.

Laditka, Sarah B. ve James N. Laditka, 2019, "An Enduring Health Risk of Childhood Adversity: Earlier, More Severe, and Longer Lasting Work Disability in Adult Life", *Journals of Gerontology* 74B:136-47.

Lahelma, Eero, 2016, "Health and Social Stratification", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 71-96, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Lantz, Paula M., James S. House, Richard P. Mero ve David R. Williams, 2005, "Stress, Life Events, and Socioeconomic Disparities in Health: Results from the Americans' Changing Lives Study", *Journal of Health and Social Behavior* 46:274-88.

Lareau, Annette, 2016, *Unequal Childhoods*, 2. Baskı, Berkeley: University of California Press.

Lareau, Annette ve Dalton Conley (ed.), 2008, *Social Class: How Does It Work?*, New York: Russell Sage.

Lariscy, Joseph T., Robert A. Hummer ve Mark D. Hayward, 2015, "Hispanic Older Adult Mortality in the United States: New Estimates and an Assessment of Factors Shaping the Hispanic Paradox", *Demography* 52:1-14.

Lasker, J. N., N. P. Egolf ve S. Wolf, 1994, "Community, Social Change, and Mortality", *Social Science & Medicine* 39:53-62.

Latkin, Carl A. ve Aaron D. Curry, 2003, "Stressful Neighborhoods and Depression: A Prospective Study of the Impact of Neighborhood Disorder", *Journal of Health and Social Behavior* 44:34-44.

Latour, Bruno, 2005, *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*, Oxford, Birleşik Krallık: Oxford University Press.

Laumann, Edward O. ve Yoosik Youm, 2001, "Racial/Ethnic Group Differences in the Prevalence of Sexually-Transmitted Diseases in the United States: A Network Explanation", *Sex, Love, and Health in America: Private Choices and Public Policies*, Edward Laumann ve Robert Michaels (ed.), 327-51, Chicago: University of Chicago Press.

Lawrence, Elizabeth M., 2017, "Why Do College Graduates Behave More Healthfully Than Those Who Are Less Educated?" *Journal of Health and Social Behavior* 58:291-306.

Lawrence, Elizabeth M., Stefanie Mollborn ve Robert A. Hummer, 2017, "Health Lifestyles across the Transition to Adulthood: Implications for Health", *Social Science & Medicine* 193:23-32.

Lee, Chioun, Christopher L. Coe ve Carol D. Ryff, 2017, "Social Disadvantage, Severe Child Abuse, and Biological Profiles in Adulthood", *Journal of Health and Social Behavior* 58:371-84.

Lee, Chioun, Vera K. Tsenkova, Jennifer M. Boylan ve Carol D. Ryff, 2018, "Gender Differences in the Pathways from Childhood Disadvantages to Metabolic Syndrome in Adulthood: An Examination of Health Lifestyles", *SSM - Population Health* 4:216-24.

Lemelle, Anthony, Wornie Reed ve Sandra Taylor (ed.), 2011, *Handbook of African American Health,* New York: Springer.

Leon, David A., Dmitry Ajdanov ve Vladmir M. Shkolnikov, 2019, "Trends in Life Expectancy and Age-Specific Mortality in England and Wales, 1970-2016, in Comparison with a Set of 22 High-Income Countries: An Analysis of Vital Statistics Data", *Lancet Public Health* 4:e575-82.

Leopold, Liliya, 2016, "Cumulative Advantage in an Egalitarian Country? Socioeconomic Health Disparities over the Life Course in Sweden", *Journal of Health and Social Behavior* 57:257-73.

Leopold, Liliya ve Thomas Leopold, 2018, "Education and Health across Lives and Cohorts: A Study of Cumulative (Dis)advantage and its Rising Importance in Germany", *Journal of Health and Social Behavior* 59:94-112.

Levy, Leo ve Louis Rowitz, 1973, *The Ecology of Mental Disorder,* New York: Behavioral Publications.

Lewer, Dan, Wikum Jayatunga, Robert W. Aldridge, Chantal Edge, Michael Marmot, Alistair Story ve Andrew Hayward, 2019, "Premature Mortality Attributable to Socioeconomic Inequality in England between 2003 and 2018: An Observational Study", *Lancet Public Health* 5:e33-41.

Lin, Nan, 2001, *Social Capital: A Theory of Social Structure and Action*, Cambridge, Birleşik Krallık: Cambridge University Press.

Link, Bruce G. ve Jo Phelan, 1995, "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease", *Journal of Health and Social Behavior* (Ek Sayı): 80-94.

Link, Bruce G. ve Jo Phelan, 2000, "Evaluating the Fundamental Cause Explanation for Social Disparities in Health", *The Handbook of Medical Sociology*, 5. Baskı, Chloe Bird, Peter Conrad ve Allen Fremont (ed.), 33-46, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Lippert, Adam M., 2016, "Stuck in Unhealthy Places: How Entering, Exiting, and Remaining in Poor and Nonpoor Neighborhoods is Associated with Obesity during the Transition to Adulthood", *Journal of Health and Social Behavior* 57:1-21.

Lleras-Muney, Adriana, 2005, "The Relationship Between Education and Adult Mortality in the United States", *Review of Economic Studies* 72:189-221.

Lupton, Deborah (ed.), 1999, *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives,* Cambridge, Birleşik Krallık: Cambridge University Press.

Lupton, Deborah, 2003, *Medicine as Culture: Illness, Disease, and the Body in Western Societies,* Thousand Oaks, California: Sage.

Lupton, Deborah, 2013, "The Digitally Engaged Patient: Self-Monitoring and Self-Care in the Digital Health Era", *Social Theory & Health* 11:256-70.

Lupton, Deborah, 2018, *Digital Health: Critical and Cross-Disciplinary Perspectives,* New York: Routledge.

Lutfey, Karen ve Jeremy Freese, 2005, "Toward Some Fundamentals of Fundamental Causality: Socioeconomic Status and Health in the Routine Clinic Visit for Diabetes", *American Journal of Sociology* 110:1326-72.

McGovern, Pauline ve James Y. Nazroo, 2015, "Patterns and Causes of Health Inequalities in Later Life: A Bourdieusian Approach", *Sociology of Health & Illness* 37:143-60.

MacInnes, John, 2019, "What Kind of 'ology'? Two Cultures and the Success of British Sociology", *The History of Sociology in Britain*, Plamena Panayotova (ed.), 389-414, Basingstoke, Birleşik Krallık: Palgrave Macmillan.

McIntire, Charles, 1894, "The Importance of the Study of Medical Sociology", *Bulletin of the American Academy of Medicine* 1:425-34.

Macintyre, Sally, 1997, "The Black Report and Beyond: What are the Issues?", *Social Science & Medicine* 44:723-45.

Macintyre, Sally, Anne Ellaway ve Steven Cummins, 2002, "Place Effects on Health: How Can We Conceptualise, Operationalise, and Measure Them?" *Social Science & Medicine* 55:125-39.

Macintyre, Sally, Laura McKay ve Anne Ellaway, 2005, "Are Rich People or Poor People More Likely to Be Ill? Lay Perceptions, by Social Class and Neighbourhood, of Inequalities in Health", *Social Science & Medicine* 60:313-17.

McKee, Martin, Martin Bobak, Richard Rose, Vladimir Shkolnikov, Laurent Chenet ve David Leon, 1998, "Patterns of Smoking in Russia", *Tobacco Control* 70:22-6.

McKeown, Thomas, 1988, *The Origins of Human Disease,* Oxford, Birleşik Krallık: Blackwell.

McLeod, Jane D., 2012, "The Meanings of Stress: Expanding the Stress Process Model", *Society and Mental Health* 2:172-86.

McLeod, Jane D. ve James M. Nonnemaker, 2000, "Poverty and Child Emotional and Behavioral Problems: Racial/Ethnic Differences in Processes and Effects", *Journal of Health and Social Behavior* 41:137-61.

McLeod, Jane D., James M. Nonnemaker ve Kathleen Theide Call, 2004, "Income Inequality, Race, and Child Well-Being: An Aggregate Analysis in the 50 United States", *Journal of Health and Social Behavior* 45:249-64.

Maller, Cecily Jane, 2015, "Understanding Health Through Social Practices: Performance and Materiality in Everyday Life", *Sociology of Health & Illness* 37:52-66.

Manning, Nick ve Nataliya Tikhonova (ed.), 2009, *Health and Health Care in the New Russia,* Farnham, Birleşik Krallık: Ashgate.

Margolis, Rachel, 2013, "Educational Differences in Healthy Behavior Changes and Adherence among Middle-Aged Americans", *Journal of Health and Social Behavior* 54:353-68.

Marmot, Michael, 1996, "The Social Pattern of Health and Disease", *Health and Social Organizations*, David Blane, Eric Brunner ve Richard Wilkinson (ed.), 42-70, Londra: Routledge.

Marmot, Michael, 2004, *The Status Syndrome,* New York: Times Books.

Marmot, Michael, 2015, *The Health Gap,* New York: Bloomsbury Press.

Marmot, M. G., M. J. Shipley ve Geoffrey Rose, 1984, "Inequalities in Death - Specific Explanations of a General Pattern", *Lancet* 83:1003-6.

Marmot, Michael, George Davey Smith, Stephen Stansfield, Chandra Patel, Fiona North, Jenny Head, Ian White, Eric Brunner ve Amanda Feeney, 1991, "Health Inequalities Among British Civil Servants: The Whitehall II Study", *Lancet* 337:1387-92.

Mead, George Herbert, 1934, *Mind, Self, and Society,* Chicago: University of Chicago Press.

Mead, George Herbert, 1982, *The Individual and the Social Self,* D. L. Miller (ed.), Chicago: University of Chicago Press.

Meloni, Maurizio, 2019, *Impressionable Biologies,* New York: Routledge.

Mesle, France ve Jacques Vallin, 2006, "The Health Transition: Trends and Prospects", *Demography: Analysis and Synthesis,* Cilt 2, Graziella Caselli, Jacques Vallin ve Guillaume Wunsch (ed.), 247-66, Cambridge, MA: Academic Press.

Meyer, Ilan H., 2003, "Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence", *Psychological Bulletin* 129:674-97.

Mielck, Andreas, Adrienne Cavelaars, Uwe Helmert, Karl Martin, Olaf Winklehake ve Anton E. Kunst, 2000, "Comparison of Health Inequalities Between East and West Germany", *European Journal of Public Health* 10:262-7.

Miller, Byron, Sunshine M. Rote ve Verna M. Keith, 2013, "Coping with Racial Discrimination: Assessing the Vulnerability of African Americans and the Mediated Moderation of Psychosocial Resources", *Society and Mental Health* 3:133-50.

Mirowsky, John ve Catherine E. Ross, 2003a, *Education, Social Status, and Health,* New York: Aldine de Gruyter.

Mirowsky, John ve Catherine E. Ross, 2003b, *Social Causes of Psychological Distress,* 2. Baskı, New York: Aldine de Gruyter.

Missinne, Sarah, Stijn Daenekindt ve Pers Bracke, 2015, "The Social Gradient in Preventive Healthcare Use: What Can We Learn from Socially Mobile Individuals?", *Sociology of Health & Illness* 37:823-38.

Missinne, Sarah, Karel Neels ve Pers Bracke, 2014, "Reconsidering Inequalities in Preventive Health Care: An Application of Cultural Health Capital Theory and the Life-Course Perspective to the Take-up of Mammography Screening", *Sociology of Health & Illness* 36:1259-75.

Mize, Trenton D., 2017, "Profiles in Health: Multiple Roles and Health Lifestyles in Early Childhood", *Social Science & Medicine* 178:196-205.

Mollborn, Stefanie, Laurie James-Hawkins, Elizabeth Lawrence ve Paula Fomby, 2014, "Health Lifestyles in Early Childhood", *Journal of Health and Social Behavior* 55:386-402.

Mollborn, Stefanie ve Elizabeth Lawrence, 2018, "Family, Peer, and School Influences in Children's Developing Health Lifestyles", *Journal of Health and Social Behavior* 59:133-50.

Monk, Ellis P., Jr, 2015, "The Cost of Color: Skin Color, Discrimination, and Health among African-Americans", *American Journal of Sociology* 121:396-444.

Montez, Jennifer Karas, Mark D. Hayward ve Anna Zajacova, 2019, "Educational Disparities in Adult Health: U.S. States as Institutional Actors on the Association", *Socius* 5:1-14.

Montez, Jennifer Karas ve Anna Zajacova, 2013, "Explaining the Widening Education Gap in Mortality among U.S. White Women", *Journal of Health and Social Behavior* 54:166-82.

Morris, Stephen, Matthew Sutton ve Hugh Gravelle, 2005, "Inequity and Inequality in the Use of Health Care in England: An Empirical Investigation", *Social Science & Medicine* 60:1251-66.

Muntaner, Carles, 2003, "Social Epidemiology and Class: A Critique of Richard Wilkinson's Income Inequality and Social Capital Hypothesis", *Rethinking Marxism* 15:551-64.

Muntaner, Carles, Edwin Ng, Haejoo Chung ve Seth J. Prins, 2014, "Two Decades of Neo- Marxist Class Analysis and Health Inequalities: A Critical Reconstruction", *Social Theory & Health* 13:267-87.

Murphy, Barbara, 2004, *Why Women Bury Men: The Longevity Gap in Canada,* Winnipeg, Kanada: Shillingford.

Naess, Oyvind, Alastair H. Leyland, George Davey Smith ve Bjorgulf Claussen, 2006, "Contextual Effect on Mortality of Neighbourhood Level Education Explained by Earlier Life Deprivation", *Journal of Community Health* 59:1058-9.

Narcisse, Marie-Rachelle, Nicole Dedobbeleer, Andre-Pierre Contandriopoulos ve Antonio Ciampi, 2009, "Understanding the Social Patterning of Smoking Practices: A Dynamic Typology", *Sociology of Health & Illness* 31:583-601.

National Center for Health Statistics, 2018, *Health, United States, 2018,* Washington, DC: US Government Printing Office.

Nazroo, James, 2010, "Health and Health Care", *Race and Ethnicity in the 21st Century*, Alice Bloch ve John Solomos (ed.), 112-37, Londra: Palgrave.

Needham, Belinda L., Jose R. Fernandez, Jue Lin, Elissa S. Epel ve Elizabeth H. Blackburn, 2012, "Socioeconomic Status and Cell Aging in Children", *Social Science & Medicine* 74:1948-51.

Nettleton, Sarah, 2004, "The Emergence of E-scaped Medicine?", *Sociology* 38:661-79.

Nettleton, Sarah, 2016, "The Sociology of the Body", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 47-68, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell

Nettleton, Sarah, 2020, *The Sociology of Health and Illness*, 4. Baskı, Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Nettleton, Sarah, Roger Burrows ve Lisa O'Malley, 2005, "The Mundane Realities of the Everyday Lay Use of the Internet for Health, and Their Consequences for Media Convergence", *Sociology of Health & Illness* 27:972-92.

Nettleton, Sarah, Jo Neale ve Lucy Pickering, 2011, "'I Don't Think There's Much of a Rational Mind in a Drug Addict When They Are in the Thick of It.' Towards an Embodied Analysis of Recovering Heroin Users", *Sociology of Health & Illness* 33:341-55.

Nowakowski, Alexandra C. H. ve J. E. Sumerau, 2019, "Reframing Health and Illness: A Collaborative Autoethnography on the Experience of Health and Illness Transformations in the Life Course", *Sociology of Health & Illness* 41:723-39.

Oi, Katsuya ve Steven Haas, 2019, "Cardiometabolic Risk and Cognitive Decline: The Role of Socioeconomic Status in Childhood and Adulthood", *Journal of Health and Social Behavior* 60:326-43.

O'Keefe, Evan L., James J. DiNicholantonio, James H. O'Keefe ve Carl J. Lavie, 2018, "Alcohol and CV Health: Jekyll and Hyde J-Curves", *Progress in Cardiovascular Diseases* 61:68-75.

Olafsdottir, Sigrun, 2013, "Social Construction and Health", *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*, William Cockerham (ed.), 41-60, Dordrecht: Springer.

Oliver, M. Norman ve Carles Muntaner, 2005, "Researching Health Inequalities Among African Americans: The Imperative to Understand Social Class", *International Journal of Health Services* 35:485-98.

Olshansky, S. Jay, Toni Antonucci, Lisa Berkman, Robert Binstock, Axel Boersch-Supan, John T. Cacioppo, Bruce A. Carnes, Laura L. Carstensen, Linda P. Fried, Dana P. Goldman, James Jackson, Martin Kohli, John Rother, Yuhui Zheng ve John Rowe, 2012, "Differences in Life

Expectancy Due to Race and Educational Differences are Widening, and Many May Not Catch Up", *Health Affairs* 31:1803-13.

Olshansky, S. Jay ve A. Brian Ault, 1986, "The Fourth Stage of the Epidemiologic Transition: The Age of Delayed Degenerative Diseases", *The Milbank Quarterly* 64:355-91.

Olson, Julie Skalamera, Robert A. Hummer ve Kathleen Mullan Harris, 2017, "Gender and Health Behavior Clustering among U.S. Young Adults", *Biodemography and Social Biology* 63:3-20.

Omran, Abedl R., 1971, "The Epidemiological Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change", *Milbank Memorial Fund Quarterly* 49:509-38.

Pampel, Fred C., 2009, "The Persistence of Educational Disparities in Smoking", *Social Problems* 56:526-42.

Pampel, Fred C. ve Richard G. Rodgers, 2004, "Socioeconomic Status, Smoking, and Health: A Test of Competing Theories of Cumulative Advantage", *Journal of Health and Social Behavior* 45:306-21.

Panayotova, Plamena, 2019, "The Teaching of Research Methods in British Sociology in the Twentieth Century", *The History of Sociology in Britain*, Plamena Panayotova (ed.), 389-414, Basingstoke, Birleşik Krallık: Palgrave Macmillan.

Parsons, Michelle A., 2014, *Dying Unneeded: The Cultural Context of the Russian Mortality Crisis,* Nashville, TN: Vanderbilt University Press.

Parsons, Talcott, 1951, *The Social System,* New York: Free Press.

Paterson, Stewart, 2004, "Glasgow OAPS Most Likely to Die in Winter; Old Folk at More Risk Than in Siberia as They Can't Pay to Heat Homes", *Evening Times* (22 Ocak):4.

Pearlin, Leonard I., 1989, "The Sociological Study of Stress", *Journal of Health and Social Behavior* 30:241-56.

Pearlin, Leonard I. ve Alex Bierman, 2013, "Current Issues and Future Directions in Research into the Stress Process", *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 2. Baskı, Carol S. Aneshensel, Jo C. Phelan ve Alex Bierman (ed.), 325-40, Dordrecht: Springer.

Pearlin, Leonard I., Scott Schieman, Elena M. Fazio ve Stephen C. Meersman, 2005, "Stress, Health, and the Life Course: Some Conceptual Perspectives", *Journal of Health and Social Behavior* 46:205-19.

Pederson, M., S. Jackson, M. Klarlund ve M. Frisch, 2006, "Socioeconomic Status and Risk of Rheumatoid Arthritis", *Journal of Rheumatology* 33:1069-74.

Perry, Brea L, 2016, "Gendering Genetics: Biological Contingencies in the Protective Effects of Social Integration for Men and Women", *American Journal of Sociology* 121:1655-96.

Perry, Brea L. ve Jessica McCrory Calarco, 2017, "Let Them Eat Cake: Socioeconomic Status and Caregiver Indulgence of Children's Food and Drink Requests", *Advances in Medical Sociology* 18:121-46.

Pescosolido, Bernice A., Brea L. Perry, J. Scott Long ve Jack K. Martin, 2008, "Under the Influence of Genetics: How Transdisciplinarity Leads Us to Rethink Social Pathways to Illness", *American Journal of Sociology* 114:S171-201.

Pescosolido, Bernice A. ve Beth A. Rubin, 2000, "The Web of Group Affiliations Revisited: Social Life, Postmodernism, and Sociology", *American Sociological Review* 65:52-76

Petersen, Alan, 2019, *Digital Health and Technological Promise,* Abingdon, Birleşik Krallık: Routledge.

Petersen, Alan, Claire Tanner ve Megan Munsie, 2019, "Navigating the Cartographies of Trust: How Patients and Career Establish the Credibility of Online Treatment Claims", *Sociology of Health & Illness* 41(S1):50-64.

Phelan, Jo C. ve Bruce G. Link, 2013, "Fundamental Cause Theory", *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*, William Cockerham (ed.), 105-26. Dordrecht: Springer.

Phelan, Jo C. ve Bruce G. Link, 2015, "Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health?", *Annual Review of Sociology* 41:311-30.

Phelan, Jo C., Bruce G. Link, Anna Diez-Rouz, Ichiro Kawachi ve Bruce Levin, 2004, "Fundamental Causes of Social Inequalities in Mortality: A Test of the Theory", *Journal of Health and Social Behavior* 45:265-85.

Phelan, Jo C., Bruce G. Link ve Parisa Tehranifar, 2010, "Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications", *Journal of Health and Social Behavior* 51:S28-40.

Piketty, Thomas, 2014, *Capital in the Twenty-First Century,* Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press.

Pinxten, Wouter ve John Lievens, 2014, "The Importance of Economic, Social, and Cultural Capital in Understanding Health Inequalities: Using a Bourdieu-Based Approach in Research on Physical and Mental Health Perceptions", *Sociology of Health & Illness* 36:1095-110.

Pols, Jeannette, Dick Willems ve Margunn Aanestad, 2019, "Making Sense with Numbers. Unravelling Ethico-Psychological Subjects in Practices of Self-Quantification", *Sociology of Health & Illness* 41(S1):98-115.

Popay, Jennie ve Gareth Williams, 2009, "Equalizing the People's Health: A Sociological Perspective", *The New Sociology of the Health Service*, Jonathan Gabe ve Michael Calnan (ed.), 222-44, Abingdon, Birleşik Krallık: Routledge.

Porter, Roy, 1997, *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity,* New York: Norton.

Power, C. ve S. Matthews, 1997, "Origins of Health Inequalities in a National Population Sample", *Lancet* 350:1584-9.

Power, C., S. Matthews ve O. Manor, 1996, "Inequalities in Self Rated Health in the 1958 Birth Cohort - Lifetime Social Circumstances or Social Mobility?", *British Medical Journal* 313:449-53.

Power, Elaine M, 2005, "Determinants of Healthy Eating Among Low-Income Canadians", *Canadian Journal of Public Health* 96:S37-43.

Putnam, Robert D, 2000, *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community,* New York: Touchstone.

Quah, Stella, 2016, "Health and Culture", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 27-46. Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Quesnel-Vallee, Amelie ve Tania Jenkins, 2016, "Social Policies and Health Inequalities", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 455-83, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Rajput, Sheeraz Ali, Muhammad Owais Aziz ve Muhammad A. Siddiqui, 2019, "Social Determinants of Health and Alcohol in the UK", *Epidemiology Biostatistics and Public Health* 16:e13128-1-6.

Raudenbush, Stephen W. ve Anthony S. Bryk, 2002, *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*, 2. Baskı, Thousand Oaks, California: Sage.

Reczek, Connie, Mieke Beth Thomeer, Lauren Gebhardt-Kram ve Debra Umberson, 2020, "'Go See Somebody:' How Spouses Promote Mental Health Care", *Society and Mental Health* 10:80-96.

Rees Jones, Ian, Olia Papocosta, Peter H. Whincup, S. Goya Wannamethee ve Richard W. Morris, 2011, "Class and Lifestyle'Lock-in' among Middle-Aged and Older Men: A Multiple Correspondence Analysis of the British Regional Heart Study", *Sociology of Health & Illness* 33:399-419.

Reid, Ivan, 1998, *Class in Britain,* Cambridge, Birleşik Krallık: Polity.

Reynolds, Paul Davidson, [1971] 2007, *A Primer in Theory Construction,* Boston: Allyn and Bacon.

Ridge, Damien, Carol Emslie ve Alan White, 2011, "Understanding How Men Experience, Express and Cope with Mental Distress: Where Next?", *Sociology of Health & Illness* 33:145-59.

Riley, Matilda White, 1987, "On the Significance of Age in Sociology", *American Sociological Review* 52:1-14.

Ringer, Fritz, 2004, *Max Weber*, Chicago: University of Chicago Press.

Ritzer, George ve Jeffrey Stepnisky, 2018, *Sociological Theory*, 10th ed. Los Angeles: Sage.

Ritzer, George ve William Yagatich, 2012, "Contemporary Sociological Theory", *The Wiley-Blackwell Companion to Sociology*, George Ritzer (ed.), 98-118, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Robert, Stephanie A. ve James S. House, 2000, "Socioeconomics Inequalities in Health: An Enduring Sociological Problem", *Handbook of Medical Sociology*, 5th ed., Chloe Bird, Peter Conrad ve Allen Fremont (ed.), 79-97, Upper Saddle River, NJ:Prentice Hall.

Robert, Stephanie ve Eric N. Reither, 2004, "A Multilevel Analysis of Race, Community Disadvantage, and Body Mass Index Among Adults in the U.S", *Social Science & Medicine* 59:2421-34.

Rodgers, Richard G. ve Robert Hackenberg, 1987, "Extending Epidemiologic Transition Theory: A New Stage", *Social Biology* 34:234-43.

Rogers, Anne ve David Pilgrim, 2014, *A Sociology of Health and Mental Illness*, 5th ed. Maidenhead, Birleşik Krallık: Open University Press.

Rose, David ve Eric Harrison (ed.), 2010, *Social Class in Europe*, Abingdon, Birleşik Krallık: Routledge.

Rose, Richard, 2009, *Understanding Post-Communist Transformation*, Abingdon, Birleşik Krallık: Routledge.

Rosenbaum, Emily, 2008, "Racial/Ethnic Differences in Asthma Prevalence: The Role of Housing and Neighborhood Environments", *Journal of Health and Social Behavior* 49:131-45.

Rosenfield, Sarah, Kelley Kato ve Deno Smith, 2017, "Gender and Mental Health", *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*, Teresa Scheid ve Eric C. Wright (ed.), 266-80, Cambridge, Birleşik Krallık: Cambridge University Press.

Rosenfield, Sarah ve Dawne Mouzon, 2013, "Gender and Mental Health", *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 2. Baskı, Carol Aneshensel, Jo Phelan ve Alex Bierman (ed.), 277-93, Dordrecht: Springer.

Ross, Catherine E., 2000, "Neighborhood Disadvantage and Adult Depression", *Journal of Health and Social Behavior* 41:177-87.

Ross, Catherine E., Terrence D. Hill ve John Mirowsky, 2016, "Reconceptualizing Health Lifestyles: The Case of Marriage", *Research in the Sociology of Health Care* 34:243-60.

Ross, Catherine E. ve John Mirowsky, 2001, "Neighborhood Disadvantage, Disorder, and Health", *Journal of Health and Social Behavior* 42:258-76.

Saint Onge, Jarron M. ve Patrick M. Krueger, 2011, "Education and Racial-Ethnic Differences in Types of Exercise in the United States", *Journal of Health and Social Behavior* 52:197-211.

Saint Onge, Jarron M. ve Patrick M. Krueger, 2017, "Health Lifestyle Behaviors among U.S. Adults", *SSM - Population Health* 3:89-98.

Salter, Brian ve Charlotte Salter, 2018, "The Politics of Ageing: Health Consumers, Markets, and Hegemonic Challenge", *Sociology of Health & Illness* 40:1069-86.

Salwenniemi, Suvi (ed.), 2016, *Rethinking Class in Russia,* Abingdon, Birleşik Krallık: Routledge.

Sampson, Robert J, 2003, "The Neighborhood Context of Well-Being", *Perspectives in Biology and Medicine* 46:S53-64.

Sampson, Robert J., Jeffrey D. Morenoff ve Felton Earls, 1999, "Beyond Social Capital: Social Dynamics of Collective Efficacy for Children", *American Sociological Review* 64:633-60.

Sampson, Robert J., Stephen W. Raudenbush ve Felton Earls, 1997, "Neighborhoods and Violent Crime: A Multilevel Study of Collective Efficacy", *Science* 277:918-24.

Sasson, Isaac ve Mark D. Hayward, 2019, "Association Between Educational Attainment and Causes of Deaths among White and Black US Adults, 2010-2017", *JAMA* 322:756-63.

Scambler, Graham, 2002, *Health and Social Change,* Buckingham, Birleşik Krallık: Open University Press.

Scambler, Graham, 2018, *Sociology, Health and the Fractured Society,* Abingdon, Birleşik Krallık: Routledge.

Schafer, Markus H., Kenneth F. Ferraro ve Sarah A. Mustillo, 2009, "Children of Misfortune: Early Adversity and Cumulative Inequality in Perceived Life Trajectories", *American Journal of Sociology* 116:1053-91.

Scheff, Thomas, [1966] 1999, *Being Mentally Ill,* 3. Baskı, Chicago: Aldine.

Scheiring, Gabor, Darja Irdam ve Lawrence P. King, 2019, "Cross-Country Evidence on the Social Determinants of the Post-Socialist Mortality Crisis in Europe: A Review and Performance-Based Hierarchy of Variables", *Sociology of Health & Illness* 41:673-91.

Schmeer, Kammi K. ve Jacob Tarrence, 2018, "Racial-Ethnic Disparities in Inflammation: Evidence of Weathering in Childhood", *Journal of Health and Social Behavior* 59:411-28.

Schnittker, Jason, 2004, "Education and the Changing Shape of the Income Gradient in Health", *Journal of Health and Social Behavior* 45:386-405.

Schulz, Amy, David Williams, Barbara Israel, Adam Becker, Edith Parker, Sherman A. James ve James Jackson, 2000, "Unfair Treatment, Neighborhood Effects, and Mental Health in the Detroit Metropolitan Area", *Journal of Health and Social Behavior* 41:314-32.

Scott, Janny, 2005, "Life at the Top in America Isn't Just Better, It's Longer", *New York Times* (16 Mayıs):A1, A18-19.

Scott, John, 2018, *British Social Theory: Recovering Lost Traditions Before 1950,* Londra: Sage.

Seeman, T., S. Merkin, E, Crimmins, B. Koretz, S. Charnette ve A. Karlamanga, 2008, "Education, Income, and Ethnic Differences in Cumulative Risk Profiles in a National Sample of US Adults: NHANES III (1988-1994)", *Social Science & Medicine* 66:72-97.

Sewell, William H., 1992, "A Theory of Structure: Duality, Agency, and Transformation", *American Journal of Sociology* 98:1-29.

Shanahan, Michael, Jeylan Mortimer ve Monica Johnson (ed.), 2016, *Handbook of the Life Course,* New York: Springer.

Shankina, A. I., 2004, "The Middle Class in Russia: Hunting Nessie", *Russian Social Science Review* 45:26-41.

Shishehbor, Mehdi H., David Litaker, Claire E. Pothier ve Michael S. Lauer, 2006, "Association of Socioeconomic Status with Functional Capacity, Heart Rate Recovery, and All-Cause Mortality", *JAMA* 295:784-92.

Shkolnikov, Vladimir M., David L. Leon, Sergy Adamets, Eugeniy Andreev ve Alexander Deev, 1998, "Educational Level and Adult Mortality in Russia: An Analysis of Routine Data 1979 to 1994", *Social Science & Medicine* 47:357-69.

Shkolnikov, Vladimir M. ve Alexander Nemstov, 1997, "The Anti-Alcohol Campaign and Variations in Russian Mortality", *Premature Mortality in the New Independent States,* J. Bobadilla, C. Costello ve E. Mitchell (ed.), 39-68. Washington, DC: National Academy Press.

Shostak, Sara ve Margot Moinester, 2015, "Beyond Geneticization: Regimes of Perceptibility and the Social Determinants of Health",

Reimagining (Bio)medicalization, Pharmaceuticals and Genetics, Susan Bell ve Anne Figert (ed.), 216-38, New York: Routledge.

Sibeon, Roger, 2004, *Rethinking Social Theory,* Londra: Sage.

Siegrist, Johannes, 2016, "Stress in the Workplace", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 268-87, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Siegrist, Johannes ve Morten Wahrendorf (ed.), 2016, *Work Stress and Health in a Globalized Economy,* Dordrecht: Springer.

Silva, Elizabeth B., 2016, "Unity and Fragmentation of the Habitus", *Sociological Review* 64:166-83.

Simmons, L. ve H. Wolff, 1954, *Social Science and Medicine,* New York: Russell Sage.

Simons, Ronald L., Man-Kit Lei, Steven R. H. Beach, Lesile Gordon Simons, Ashley B. Barr, Frederick X. Gibbons ve Robert A. Philbert, 2019, "Testing Life Course Models Whereby Juvenile and Adult Adversity Combine to Influence Speed of Biological Aging", *Journal of Health and Social Behavior* 60:291-308.

Sims, Mario, Ana V. Diez-Roux, Shawn Boykin, Daniel Sarpong, Samson Y. Gebreab, Sharon B. Wyatt, DeMarc Hickson, Marinelle Payton, Lynette Ekunwe ve Herman Taylor, 2011.
"The Socioeconomic Gradient of Diabetes Prevalence, Awareness, Treatment, and Control Among African Americans in the Jackson Heart Study", *Annals of Epidemiology* 21:892-8.

Sims, Mario, Ana V. Diez-Roux, Amanda Dudley, Samson Gebreab, Sharon B. Wyatt, Marino A. Bruce, Sherman A. James, Jennifer C. Robinson, David R. Williams ve Herman A. Taylor, 2012, "Perceived Discrimination and Hypertension among African Americans in the Jackson Heart Study", *American Journal of Public Health* 102(52):S258-65.

Sims, Mario, Ana V. Diez-Roux, Samson Y. Gebreab, Allison Brenner, Patricia Dubbert, Sharon Wyatt, Marino Bruce, DeMarc Hickson, Tom Payne ve Herman Taylor, 2016, "Perceived Discrimination is Associated with Health Behaviours among African Americans in the Jackson Heart Study", *Journal of Epidemiology and Community Health* 70:187-94.

Smelser, Neil, 1997, *The Problematics of Sociology,* Berkeley: University of California Press.

Smith, Adam Taylor ve Alex Dumas, 2019, "Class-Based Masculinity, Cardiovascular Health and Rehabilitation", *Sociology of Health & Illness* 41(2):303-24.

Smith, Katherine E. ve Rosemary Anderson, 2018, "Understanding Lay Perspectives on Socioeconomic Health Inequalities in Britain: A Meta-Ethnography", *Sociology of Health & Illness* 40:147-70.

Song, Lijun, 2013, "Social Capital and Health", *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*, William Cockerham (ed.), 233-58, Dordrecht: Springer.

Song, Lijun ve Nan Lin, 2009, "Social Capital and Health Inequality: Evidence from Taiwan", *Journal of Health and Social Behavior* 50:149-63.

Song, Lijun, Joonmo Son ve Nan Lin, 2016, "Social Capital and Health", *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, William Cockerham (ed.), 184-210, Oxford, Birleşik Krallık: Wiley-Blackwell.

Splawski, I., K. Timothy, M. Tateyama, C. Clancy, A. Malhorta, A. Beggs, F. Cappuccio, G. Sagnella, R. Kass ve M. Keating, 2002, "Variant of SCH5A Sodium Channel Implicated in Risk of Cardiac Arrhythmia", *Science* 297:1333-6.

Srole, Leo, T. S. Langner, S. T. Michael, M. K. Opler ve T. A. C. Rennie, 1962, *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*, 1. ve 2. Cilt, revize edilmiş ve düzenlenmiş (ed.), New York: McGraw-Hill.

Stacey, Margaret ile Hilary Homans, 1981, "The Sociology of Health and Illness: Its Present State, Future Prospects, and Potential for Health Research", *Sociology of Health & Illness* 3:281-307.

Stafford, M., S. Cummins, S. Macintyre, A. Ellaway ve M. Marmot, 2005, "Gender Differences in the Associations Between Health and Neighbourhood Environment", *Social Science & Medicine* 60:1681-92.

Stead, Martine, Laura McDermott, Anne Marie MacKintosh ve Ashley Adamson, 2011, "Why Healthy Eating is Bad for Young People's Health: Identity, Belonging and Food", *Social Science & Medicine* 72:1121-39.

Stevenson, Fiona, Laura Hall, Maureen Seguin, Helen Atherton, Rebecca Barnes, Geraldine Leydon, Catherine Pope, Elizabeth Murray ve Sue Ziebland, 2019, "General Practitioner's Use of Online Resources during Medical Visits: Managing the Boundary Between Inside and Outside the Clinic", *Sociology of Health & Illness* 41(S1):65-81.

Strauss, Anselm, Leonard Schatzman, Danuta Ehrlich, Rue Bucher ve Melvin Sabshin, 1963, "The Hospital and its Negotiated Order",In *The Hospital in Modern Society*, Eliot Freidson (ed.), 147-69. New York: Free Press.

Sun, Amy Ruining ve Jason N. Houle, 2020, "Trajectories of Unsecured Debt across the Life Course and Mental Health at Midlife", *Society and Mental Health* 10:61-79.

Sundquist, Jan, Sven-Erik Johansson, Min Yang ve Kristina Sundquist, 2006, "Low Linking Social Capital as a Predictor of Coronary Heart Disease in Sweden: A Cohort Study of 2.8 Million People", *Social Science & Medicine* 62:954-63.

Swartz, David, 1997, *Culture and Power: The Sociology of Pierre Bourdieu,* Chicago: University of Chicago Press.

Taylor, John ve R. Jay Turner, 2001, "A Longitudinal Study of the Role and Significance of Mattering to Others for Depressive Symptoms", *Journal of Health and Social Behavior* 42:310-25.

Thisted, Ronald A., 2003, "Are There Social Determinants of Health and Disease?" *Perspectives in Biology and Medicine* 46:S65-73.

Thoits, Peggy A., 1995, "Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next?", *Journal of Health and Social Behavior* (Ek Sayı):53-79.

Thoits, Peggy A., 2010, "Stress and Health: Major Findings and Implications", *Journal of Health and Social Behavior* 51:S41-53.

Thomeer, Mieke Beth, Elaine Hernandez, Debra Umberson ve Patricia A. Thomas, 2019, "Influence of Social Connections on Smoking Behavior across the Life Course", *Advances in Life Course Research* 42:100294.

Thomeer, Mieke Beth, Corine Reczek ve Debra Umberson, 2015, "Relationship Dynamics Around Depression in Gay and Lesbian Couples", *Social Science & Medicine* 147:38-46.

Tocqueville, Alexis de, [1835] 1958, *Journeys to England and Ireland,* K. Mayer (ed.), Çev. G. Lawrence ve K. Mayer, New Haven, CT: Yale University Press.

Trivedi, Amal N., Alan M. Zaslavsky, Eric C. Schneider ve John Z. Ayanian, 2005, "Trends in the Quality of Care and Racial Disparities in Medicare Managed Care", *New England Journal of Medicine* 353:692-700.

Tung, Jenny, Luis B. Barreiro, Zachery P. Johnson, Kasper D. Hansen, Vasiliki Michopoulos, Donna Toufexius, Katelyn Michelini, Mark E. Wilson ve Yoav Gilad, 2012, "Social Environment is Associated with Gene Regulatory Variation in the Rhesus Macaque Immune System", *Proceedings of the National Academy of Sciences* 109:6490-5.

Turner, Bryan S., 1992, *Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology,* Londra: Routledge.

Turner, Bryan S., 1995, *Medical Power and Social Knowledge*, 2. Baskı, Londra: Sage.

Turner, Bryan S., 2003, "Social Capital, Inequality and Health: The Durkheimian Revival", *Social Theory & Health* 1:4-20.

Turner, Bryan S., 2004, *The New Medical Sociology: Social Forms of Health and Illness,* Londra: Norton.

Turner, Bryan S., [1984] 2008, *The Body and Society*, 3. Baskı, Londra: Sage.

Turner, Bryan S., ve Steven P. Wainwright, 2003, "Corps de Ballet: The Case of the Injured Dancer", *Sociology of Health & Illness* 25:269-88.

Turner, R. Jay ve William R. Avison, 2003, "Status Variations in Stress Exposure: Implications for the Interpretation of Research on Race, Socioeconomic Status, and Gender", *Journal of Health and Social Behavior* 44:488-505.

Turner, R. Jay, John Taylor ve Karen van Gundy, 2004, "Personal Resources and Depression in the Transition to Adulthood: Ethnic Comparisons", *Journal of Health and Social Behavior* 45:34-52.

Turney, Kristin, Rebecca Kissane ve Kathryn Edin, 2012, "After Moving to Opportunity: How Moving to a Low-Poverty Neighborhood Improves Mental Health among African American Women", *Society and Mental Health* 3:1-21.

ABD Nüfus Sayım Bürosu, 2019, *Small Area Income and Poverty Estimates,* Washington, DC: US Government Printing Office.

Van de Wiel, Lucy 2019, "The Datafication of Reproduction: Time-Lapse Embryo Imaging and the Commercialization of IVF", *Sociology of Health & Illness* 41(S1):193-209.

Vartanian, Thomas P. ve Linda Houser, 2010, "The Effects of Childhood Neighborhood Conditions on Self-Reports of Adult Health", *Journal of Health and Social Behavior* 51:291-306.

Veblen, Thorstein, [1899] 1994, *Theory of the Leisure Class,* New York: Dover.

Veenstra, Gerry, Issac Luginaah, Sarah Wakefield, Stephen Birch, John Eyles ve Susan Elliott, 2005, "Who You Know, Where You Live: Social Capital, Neighbourhood and Health", *Social Science & Medicine* 60:2799-818.

Vincens, Natalia, Maria Emmelin ve Martin Stafstrom, 2018, "Social Capital, Income Inequality and the Social Gradient in Self-Reported Health in Latin America: A Fixed Effects Analysis", *Social Science & Medicine* 196:115-22.

Wacquant, Loic, 2016, "A Concise Genealogy and Anatomy of Habitus", *Sociological Review* 64:64-72.

Waitzkin, Howard, 1983, *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care,* New York: Free Press.

Walsh, Diana Chapman, Glorian Sorensen ve Lori Leonard, 1995, "Gender, Health, and Cigarette Smoking", *Society and Health,* Benjamin Amick, Alvin Tarlov, Sol Levine ve Diana Walsh (ed.), 131-71, New York: Oxford University Press.

Wang, Haidong, Austin E. Schumacher, Carly E. Levitz, Ali H. Mokdad ve Christopher J. L. Murray, 2013, "Left Behind: Widening Disparities for Males and Females in U.S. County Life Expectancy, 1985-2010", *Population Health Metrics* 11:8, http://www.pophealthmetrics.com/content/11/1/8.

Warren, John Robert, 2009, "Socioeconomic Status and Health across the Life Course: A Test of the Social Causation and Health Selection Hypothesis", *Social Forces* 87:125-54.

Wasserman, Jason Adam ve Jeffrey Michael Clair, 2010, *At Home on the Street: People, Poverty, and a Hidden Culture of Homelessness,* Boulder, CO: Lynne Rienner.

Weber, Max. [1922] 1978, *Economy and Society*, Cilt 2, Çev. ve Ed. Guenther Roth ve Claus Wittich, Berkeley: University of California Press.

Weber, Max, 1946, *From Max Weber: Essays in Sociology*, Çev. ve Ed. Hans Gerth ve C. Wright Mills, New York: Oxford University Press.

Weber, Max, 1949, *The Methodology of the Social Sciences*, Çev. ve Ed. E. Shils ve H. Finch, New York: Free Press.

Weber, Max, 1958, *The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*, Çev. Talcott Parsons, New York: Scribners.

White, Kevin, 2006, *The Sage Dictionary of Health and Society,* Londra: Sage.

Whitehead, Margaret, 1990, "The Health Divide", *Inequalities in Health,* P. Townsend ve N. Davidson (ed.), 222-356, Londra: Penguin Books.

Wickrama, K. A. S., Rand D. Conger, Lora Ebert Wallace ve Glen H. Elder, Jr., 1999, "The Intergenerational Transmission of Health-Risk Behaviors: Adolescent Lifestyles and Gender Moderating Effects", *Journal of Health and Social Behavior* 40:258-72.

Wilkinson, Richard G., 1996, *Unhealthy Societies,* Londra: Routledge.

Wilkinson, Richard G. ve Kate E. Pickett, 2009, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better.* Harmondsworth, Birleşik Krallık: Penguin.

Williams, David, 1999, "Race, Socioeconomic Status, and Health: The Added Effects of Racism and Discrimination", *Annals of the New York Academy of Science* 896:173-88.

Williams, David R, 2012, "Miles to Go Before We Sleep: Racial Inequities in Health", *Journal of Health and Social Behavior* 53:279-95.

Williams, David R. ve Selina A. Mohammed, 2009, "Discrimination and Racial Disparities in Health: Evidence and Needed Research", *Journal of Behavioral Medicine* 32:20-47.

Williams, David R. ve Selina A. Mohammed, 2013, "Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence", *American Behavioral Scientist* 57:1552-73.

Williams, David R. ve Michelle Sternthal, 2010, "Understanding Racial-Ethnic Disparities in Health: Sociological Contributions", *Journal of Health and Social Behavior* 51:S15-27.

Williams, Gareth, 2003, "The Determinants of Health: Structure, Context and Agency", *Sociology of Health & Illness* 25:131-54.

Williams, Kristi ve Brian Karl Finch, 2019, "Adverse Childhood Experiences, Early Nonmarital Fertility, and Women's Health at Midlife", *Journal of Health and Social Behavior* 60:309-25.

Williams, Monica M., Blakelee R. Kemp, Kenneth F. Ferraro ve Sarah A. Mustillo, 2019, "Avoiding the Major Causes of Death: Does Childhood Misfortune Reduce the Likelihood of Being Disease Free in Later Life?" *Journals of Gerontology* 74B:170-80.

Williams, Simon J., 1995, "Theorising Class, Health and Lifestyles: Can Bourdieu Help Us?" *Sociology of Health & Illness* 25:131-54.

Williams, Simon J., 1999, "Is Anybody There? Critical Realism, Chronic Illness and the Disability Debate", *Sociology of Health & Illness* 21:797-819.

Williams, Simon J., C. Coveneyve R. Meadows, 2015, "'M-apping' Sleep? Trends and Transformations in the Digital Age", *Sociology of Health & Illness* 37:1039-54.

Williams, Simon J., Paul Martin ve Jonathan Gabe, 2011, "The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis", *Sociology of Health & Illness* 33:710-25.

Willson, Andrea E. ve Kim M. Shuey, 2016, "Life Course Pathways of Economic Hardship and Mobility and Midlife Trajectories of Health", *Journal of Health and Social Behavior* 57:407-22.

Willson, Andrea E. ve Kim M. Shuey, 2019, "A Longitudinal Analysis of the Intergenerational Transmission of Health Inequality", *The Journals of Gerontology* 74B:181-91.

Willson, Andrea E., Kim M. Shuey ve Glen Elder, Jr, 2007, "Cumulative Advantage Processes as Mechanisms of Inequality in Life Course Health", *American Journal of Sociology* 112:1886-924.

Winkelby, Marilyn A., Daruis E. Jatulis, Erica Frank ve Stephen P. Fortmann, 1992, "Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease", *American Journal of Public Health* 82:816-20.

Wolfe, Joseph D., 2015, "The Effects of Socioeconomic Status on Child and Adolescent Physical Health: An Organization and Systematic Comparison of Measures", *Social Indicators Research* 123:39-58.

World Health Organization [Dünya Sağlık Örgütü], 2011, *Rio Political Declaration at the World Conference on Social Determinants of Health,* (19-21 Ekim), Rio de Janeiro, Brezilya.

Wysong, Earl, Robert Perrucci ve David Wright, 2014, *The New Class Society*, 4. Baskı, Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

Yeung, Shiu Lun Au, Chaoqiang Jiang, Kar Keung Cheng, Benjamin J. Cowling, Bin Liu, Weisen Zhang, Tai Hing Lam, Gabriel M. Leung ve C. Mary Schooling, 2013, "Moderate Alcohol Use and Cardiovascular Disease from Mendelian Randomization", *PLoS One* doi.org/10.1371/journal.pone.0068054.

Young, Marisa ve Shirin Montazer, 2018, "Neighborhood Effects on Immigrants' Experiences of Work-Family Conflict and Psychological Distress", *Society and Mental Health* 8:25-49.

Zborowski, Mark, 1952, "Cultural Components in Responses to Pain", *Journal of Social Issues* 8:16-30.

Zerubavel, Eviatar, 1997, *Social Mindscapes,* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Zhou, Peng ve diğerleri 2020, "A Pneumonia Outbreak Associated with a New Coronavirus of Probable Bat Origin", *Nature* 579:270-3.

Ziersch, Anna M., 2005, "Health Implications of Access to Social Capital: Findings from an Australian Study", *Social Science & Medicine* 61:2119-31.

Zola, Irving K., 1966, "Culture and Symptoms - An Analysis of Patients' Presenting Complaints", *American Sociological Review* 31:615-30.

Dizin

A
ABD 16, 17, 19, 22, 32, 36, 37, 38, 41, 43, 52, 56, 57, 67, 69, 70, 76, 80, 81, 86, 88, 90, 97, 102, 112, 118, 127, 134, 142, 143, 148, 149, 150, 158, 166, 168, 170, 171, 172, 174, 176, 177, 182, 185, 187, 188, 192, 193, 195, 197, 210, 211, 212, 220, 221, 222, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 234, 241, 242, 243, 245, 248, 250, 251, 252, 253, 255, 256, 257, 258, 260, 266, 267, 271, 273, 274, 284, 350
Afganistan 219
Afrika 219, 241, 248, 252
Afrikalı Amerikalılar 34, 38, 114, 260
AIDS 12, 35, 38, 220, 234, 238, 244, 245, 248, 251, 255, 267
aile 22, 28, 29, 33, 96, 103, 108, 116, 180, 186, 205, 207, 223, 224, 252, 253, 278, 286, 292, 293
akciğer 12, 16, 17, 23, 135, 192, 209, 210, 213, 217, 218, 226, 244
akciğer hastalığı 16, 209, 244
akciğer kanseri 217, 226
akıl hastalığı 72, 76, 232, 257, 258, 267, 275
Alameda İlçe Çalışması 286
algısı 116, 124, 181
alışkanlıklar 28, 35, 37, 94, 126, 186, 222
alkol 29, 92, 93, 96, 101, 102, 111, 112, 116, 127, 129, 165, 169, 176, 188, 189, 191, 192, 193, 219, 222, 223, 226, 229, 237, 251, 252, 272, 286, 299

alkole bağlı 189, 190, 192, 262, 275, 365
alkol kullanmayan 127
allostatik yüklenme 34, 79
Almanya 70, 142, 150, 161, 162, 241, 290, 365
Amerika Emekliler Derneği (AARP) 210
Amerikan 8, 36, 37, 39, 61, 66, 67, 68, 69, 70, 73, 76, 79, 80, 82, 85, 88, 90, 131, 142, 146, 147, 159, 169, 170, 172, 173, 187, 197, 210, 211, 216, 232, 233, 247, 248, 255, 274, 283, 292
Amerikan sağlık sosyolojisi 88, 170
Amerikan Sosyoloji Derneği (ASA) 70
Amerikan Tıp Derneği (AMA) 170
anksiyete 160, 170, 184, 221, 233, 237, 253, 271, 275
ara değişken olarak 78
artrit 220, 296
astım 178, 272, 296
Asyalılar/Pasifik Adaları'nda Yaşayan Yerliler 244, 245
aşırı kalabalık 164, 262, 275, 276
Avrupa Sosyoekonomik Tasnif (ESeC) 145
ayrımcılık 39, 60, 77, 115, 234, 240, 243, 247, 258, 267
azınlık stresi 233

B
bağımlılık 19, 20
bağlayıcı 283, 284
bakıcı 223
bakım 28, 45, 97, 112, 136, 151, 169, 176, 223, 273, 280, 281, 304
Bangladeş 219
Batı Nil virüsü 26, 365
bebek 28, 113, 144, 163, 177, 211, 267, 289, 295
bebek ölüm oranları 267
bedensel engellilik 88
bedensel sağlık 252, 271
bekâr anneler 271
belirtiler 272
benlik 64, 116
benlik algısı 116
beslenme 23, 25, 27, 28, 29, 37, 46, 94, 101, 111, 113, 116, 132, 136, 137, 138, 139, 148, 151, 169, 176, 193, 194, 195, 196, 199, 212, 219, 222, 223, 252, 286, 299
beşeri sermaye 283, 287
beyazlar 38, 113, 149, 228, 243, 244, 245, 247, 249, 250, 258, 264
beyin damar hastalıkları 244
bilgi/iktidar 87
bindirgemeci birleştirme 89, 365
birincil 12, 16, 33, 35, 89, 117, 190, 231, 311
birincil toplumsallaşma 117
Birleşik Krallık 16, 17, 19, 41, 80, 81, 82, 84, 85, 88, 90, 114, 115,

127, 143, 144, 145, 150, 158, 162, 163, 164, 165, 168, 175, 176, 177, 180, 184, 188, 191, 192, 195, 197, 209, 210, 211, 212, 221, 226, 235, 241, 242, 255, 256, 260, 269, 270, 309, 315, 316, 317, 318, 319, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 334, 336, 337, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 347, 348, 351
biyobelirteç 208
biyolojik 13, 14, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 38, 46, 54, 75, 87, 160, 161, 181, 200, 205, 208, 216, 218, 220, 221, 222, 230, 231, 239, 240, 241, 243, 246, 248, 249, 252, 259, 260, 312
biyomedikal model 24
Brezilya 16, 353
bulaşıcı hastalıklar 25, 26, 27
bunama 16, 221, 237
bütünsellik 28, 365
Büyük Britanya 140, 266
bürokrasi 100

C-Ç
Cambridge Ölçeği 144
check-up 223
Chicago Sıcak Hava Dalgası 266
cinayet 244, 255, 267, 269, 295
cinsel yönelim 77, 232
cinsiyet 23, 29, 35, 40, 46, 48, 61, 62, 77, 78, 86, 93, 103, 105, 107, 111, 112, 118, 121, 129, 132, 133, 150, 160, 191, 199, 204, 206, 213, 216, 217, 218, 219, 221, 223, 226, 228, 229, 230, 231, 232, 234, 235, 236, 237, 238, 242, 244, 311, 312
cinsiyetçi 96, 222, 223, 225
cinsiyet kimlik bozukluğu 232
COVID-19 13, 15, 27, 42, 245
çaba-ödül dengesizliği modeli 182
çatışma teorisi 58, 59, 63, 90
Çekoslovakya 60
çiçek hastalığı 25
çocuk 18, 20, 25, 32, 117, 128, 148, 163, 201, 223, 224, 225, 247, 289
çocuk dostu 224
çocuk felci 25
çocukluk dönemi 33, 102, 208
Çin 13, 14, 15, 88, 96

D
damga 98
damgalama 72, 188, 233, 234, 238
davranış 21, 27, 31, 35, 51, 56, 59, 64, 66, 72, 73, 86, 89, 99, 100, 108, 122, 126, 129, 202, 204, 217, 229, 274, 294, 300
Dejeneratif ve İnsan Kaynaklı Hastalıklar 26
deneyim 19, 20, 31, 48, 118, 119, 125, 129, 135, 189, 223
depresyon 182, 184, 247, 271, 277, 280

dezavantajlı muhit 304
diyabet 12, 16, 35, 36, 37, 38, 44, 45, 46, 47, 48, 96, 113, 127, 160, 220, 230, 250, 251, 255, 267, 296, 306, 311
din 115, 188, 234, 240, 259, 294, 365
düşük doğum ağırlıklı bebekler 246
düşük sosyoekonomik statü 179

E
Ebola 26
egzersiz 36, 97, 165, 176, 177, 195
eğitim 28, 29, 37, 38, 41, 45, 48, 68, 70, 81, 108, 110, 114, 139, 142, 144, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 170, 181, 227, 228, 229, 248, 249, 254, 262, 268, 292, 294, 310
ekolojik çıkarım 49
ekonomik 30, 41, 42, 44, 55, 67, 96, 108, 109, 125, 140, 141, 143, 148, 150, 158, 161, 170, 181, 182, 183, 184, 194, 229, 240, 243, 248, 249, 262, 267, 268, 274, 279, 281, 287, 290, 291, 292, 298, 310
ekonomik sermaye 279, 290, 292
elektronik sigara 22, 23, 235, 236, 365
emeklilik 201, 212
epidemiyoloji 80, 89, 90, 99, 134
ergenlik dönemi 218
esrar kullanımı 72
etiketleme teorisi 65, 73
etnik köken 46, 78, 88, 93, 107, 111, 114, 118, 129, 199, 241, 242, 244, 256, 259, 311, 312
evrensel 87, 95, 289
evsizlik 267

F
fayda 190, 207, 210, 217, 291
felç 12, 25, 36, 96, 127, 135, 155, 182, 192, 220, 244, 255
fiziksel 20, 24 26, 35, 55, 79, 94, 95, 106, 108, 113, 114, 117, 128, 148, 154, 169, 178, 182, 184, 195, 212, 223, 240, 243, 252, 253, 259, 261, 262, 268, 273, 276, 281, 283, 309
Finlandiya 270
Fransa 57, 98, 195, 241
Fransız yapısalcılığı 57, 307

G
gelir eşitsizliği 62, 184, 185, 186
genelleştirilmiş öteki 64, 74, 100, 115
genetik 12, 32, 33, 34, 37, 46, 88, 208, 221, 243, 248
göçmenler 251, 252
güç 40, 41, 42, 69, 80, 84, 96, 106, 109, 143, 146, 147, 152, 195, 204, 213, 218, 312
güçsüzlük 77, 181

H
habitus 122, 123, 124, 125, 126, 128, 129, 190, 307, 308

halk 11, 99, 101, 109, 236, 280, 293, 310
halk sağlığı 11, 99, 101, 236, 280, 293
Hane Halkı Araştırması 192, 236
hasta 7, 8, 11, 12, 14, 23, 24, 27, 29, 41, 45, 51, 52, 56, 58, 60, 69, 71, 79, 80, 85, 88, 95, 97, 138, 159, 160, 165, 169, 187, 197, 219, 224, 237, 253, 271, 280, 302, 303, 306, 312, 313
hastalık 11, 12, 24, 25, 27, 29, 30, 37, 38, 39, 45, 50, 52, 54, 56, 60, 75, 79, 84, 86, 90, 95, 96, 104, 111, 114, 148, 159, 160, 163, 164, 167, 175, 177, 187, 196, 199, 218, 232, 233, 238, 242, 248, 280, 303, 305, 306, 309, 310, 311, 313
Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) 36, 37, 235
hastalık sebebi olarak 11
hasta rolü 56, 58, 69, 71, 187, 197, 303
hayat tercihleri 93, 94, 119, 120, 122
HIV/AIDS 12, 35, 38, 234, 238, 251
Hindistan 16, 219
hipertansiyon 16, 178, 247, 296
Hollanda 150

I-İ
ırk/etnik köken 107, 111, 118, 129, 199, 311
ırk içi etkileşim etkisi 39
ırksal farklılıklar 239, 249, 255
ırk 29, 30, 36, 37, 39, 40, 46, 48, 62, 77, 78, 86, 88, 93, 107, 111, 113, 114, 115, 118, 129, 132, 133, 160, 184, 199, 206, 218, 227, 228, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 246, 247, 249, 251, 254, 255, 259, 260, 288, 311, 312, 365
ırkçılık 46, 132, 253, 254, 255, 312
ideal tip 100
ideoloji 116
iktidar 43, 79, 82, 86, 87, 106, 121, 125126, 133, 168, 290, 298
iktidarsızlık 224
indirgemeci birleştirme 58, 121
İngiliz 24, 27, 61, 62, 69, 76, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 88, 98, 102, 134, 142, 144, 153, 156, 176, 187, 191, 194, 209, 210, 219, 235, 256, 257, 269, 271
İngiliz sağlık sosyolojisi 81
İngiliz Sosyoloji Derneği (BSA) 81
İngiliz Ulusal Sağlık Hizmeti 80, 156, 235
insan 12, 13, 17, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 41, 51, 56, 57, 58, 78, 86, 87, 94, 96, 100, 104, 105, 106, 123, 124, 132, 135, 140, 141, 152, 181, 191, 192, 200, 202, 204, 206, 210, 212, 240, 251, 259, 270,

271, 272, 276, 279, 281, 294, 306
İnsan Genom Projesi 31
İnternet 97, 289
intihar 55, 135, 155, 233, 244, 251, 282, 286, 303
irade 63, 65, 66, 67, 74, 76, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 99, 104, 105, 106, 114, 115, 119, 121, 122, 126, 129, 130, 206, 207, 304, 305, 306, 307, 308
İran 15
İskandinav 186, 365
İskoçya 242, 256, 262, 270
İspanya 15, 16
istihdam 28, 145, 148, 194
İsveç 150, 158, 185, 186, 296
işsizlik 13, 29, 30, 39, 143, 160, 229, 264, 278
İtalya 15, 16
iz düşümsellik 105

J
Japonya 219

K
kadercilik 181
Kanada 8, 20, 101, 158, 196, 222, 230, 241, 270, 296, 339
kanser 12, 24, 25, 26, 96, 155, 156, 192, 218, 220, 244, 255, 267, 311
kapitalizm 59, 132, 269
karaciğer hastalığı 192, 251
Karanlık Çağ 307
Kara Rapor 162, 163, 164, 177
Kardiyovasküler Devrim 26
kavramı 42, 45, 56, 59, 67, 71, 74, 89, 93, 99, 100, 102, 106, 109, 112, 115, 119, 120, 122, 124, 129, 143, 152, 187, 216, 240, 241, 246, 279, 283, 287, 291, 293, 295, 298, 299, 301, 307, 308
kazalar 244, 269
kesişimsellik 132, 133, 134
kesişimsellik teorisi 133, 134
kişinin kendi sağlık durumunu algılaması 297
kimlik 82, 98, 115, 116, 117, 232
kolektiflikler 107, 118, 121, 129
kolera 113
kolon kanseri 113
koronavirüs/COVID-19 13, 14, 15, 16, 27, 202, 246
korku 20, 178, 263, 277
kronik stres, 179
kuşak etkisi 212, 213, 312
küfelik 188, 190, 191, 222, 234
kültürel sermaye 290, 291
kümülatif stres 252
kültür 66, 168, 186, 187, 191, 200, 240, 259
kültürel 57, 66, 67, 75, 86, 96, 109, 114, 117, 123, 125, 130, 141, 187, 189, 212, 216, 240, 241, 242, 243, 257, 259, 290, 291, 292, 298

L
Latin Amerika 37, 38, 60, 113, 114, 149, 158, 171, 172, 193, 227, 228, 229, 237, 241, 243, 244, 245, 248, 250, 251, 252, 255, 257, 258, 263, 296, 365
Latin Amerika kökenli olmayan beyazlar 113, 149, 243, 244, 245, 365
Latin Amerika kökenli olmayan siyahiler 37, 113, 114, 243, 244, 245, 248, 255

M
madde bağımlılığı 93, 96, 111, 219, 222, 223, 262
Marksist kuram 82
mecburiyetten konulan mesafe 109
Medicaid 170, 171, 172, 173, 250
Medicare 170, 174, 175, 210, 349
Melez 26
meme röntgeni 250
meslek 35, 42, 45, 87, 97, 139, 144, 145, 146, 155, 156, 164
metodolojik bireycilik 67, 302
muhit 34, 35, 42, 49, 264, 266, 268, 269, 271, 272, 273, 275, 280, 293, 294, 295, 297, 298, 304, 313
muhit özellikleri 268, 269

N
New York City, NY 242, 272
New York Times 135, 138, 333, 346
norm 189
normlar 12, 35, 48, 54, 55, 56, 58, 71, 86, 115, 186, 201, 217, 218, 279, 291, 297
Norveç 268
Nüfus Memurluğu Toplumsal Sınıf (RGSC) 144

O-Ö
Obamacare 173
obezite 27, 34, 37, 113, 158, 168, 177, 182, 194, 195, 229, 234, 237, 251, 365
orak hücreli anemi 243
ortalama yaşam süresi 135, 149, 166, 175, 177, 185, 188, 212, 219, 227, 228, 229, 230, 231, 237, 243, 270, 271
oy verme 296, 365
ölüm oranı 16, 40, 103, 149, 154, 155, 179, 187, 188, 189, 190, 218, 225, 244, 245, 263, 268, 281
özsaygı 110, 158, 160, 281, 300

P
postmodern teori 74
pratik değerlendirme 105

R
refah 18, 34, 36, 38, 40, 134, 169, 184, 227, 265, 280, 281, 286, 299
Roma 25
Roseto çalışması 281, 282

Rusya 16, 116, 187, 190, 191, 219, 222

S-Ş

sağlık 7, 8, 11, 12, 14, 15, 16, 21, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 137, 138, 139, 140, 142, 144, 148, 150, 151, 154, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 191, 192, 194, 196, 197, 198, 199, 200, 204, 206, 207, 208, 210, 211, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 229, 231, 233, 238, 240, 241, 242, 243, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 259, 260, 261, 262, 266, 267, 269, 270, 271, 272, 273, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 283, 286, 289, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 309, 310, 311, 312, 313

sağlık davranışı 93, 184, 223, 296

sağlık hizmeti 29, 41, 59, 61, 86, 110, 162, 165, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 211, 249, 250, 270, 304

sağlıksal yaşam tarzı teorisi 130

sağlıksal yaşam tarzları 95, 102, 103, 104, 112, 113, 114, 116, 123, 126, 130, 189, 190, 223, 252

sağlık sigortası 30, 45, 138, 162, 168, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 250, 306

sağlık sosyolojisi 7, 39, 51, 53, 55, 60, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 76, 80, 81, 88, 89, 90, 167, 170, 214, 280, 300, 310

sağlık yardımları 289

sakatlık 175

Salgın Hastalıkların Kaybolma Çağı 25

Sanayi Devrimi 140

sapkınlık 72

SARS 14, 15, 26, 314

savaş ya da kaç tepkisi 272

saygı 73

sembolik etkileşimcilik 63, 64, 65, 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 76, 89, 303

sermaye 28, 79, 90, 158, 224, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 313

sınıf 23, 28, 40, 48, 49, 5960, 62, 65, 68, 77, 78, 79, 82, 88, 98,99, 102, 103, 108, 109, 111, 112, 115, 123, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 138, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 150, 151, 152, 154, 157, 158, 161, 163, 164, 165, 166, 168, 169, 170, 171, 176, 183, 184, 186, 187, 190, 191, 213, 214, 235, 240, 242, 243, 246, 247, 249, 259, 267, 268, 269, 275, 298, 311, 312
sınıfsal durum 56, 107, 108, 121, 129
sigara 13, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 29, 30, 37, 93, 102, 105, 110, 111, 112, 114, 116, 127, 129, 139, 151, 156, 160, 164, 165, 168, 169, 176, 177, 182, 189, 192, 193, 197, 199, 209, 210, 213, 216, 217, 218, 219, 222, 226, 227, 229, 234, 235, 236, 237, 238, 247, 252, 272, 286, 299, 365
siroz 245, 251
sivil haklar hareketi 249, 284
Soğuk Savaş 60, 201
sosyal ağlar 203, 286
sosyal destek 40, 78, 158, 184, 224, 262, 293, 299, 300
sosyoekonomik statü 37, 38, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 77, 93, 108, 131, 147, 152, 159, 160, 168, 179, 204, 206, 208, 246, 249, 253, 254, 268
sosyal inşacılık 74, 75, 79, 86, 88, 240
sosyal izolasyon 274
sosyal sermaye 28, 79, 90, 158, 224, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 296, 297, 298, 299, 300, 301
sosyo-tarihsel 254
sosyal yardım 162, 180, 271, 310, 365
Sovyetler Birliği 60, 61, 116
stres 11, 26, 30, 33, 40, 58, 73, 76, 77, 79, 80, 90, 128, 160, 168, 169, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 193, 194, 198, 208, 229, 232, 233, 234, 238, 252, 254, 258, 272, 303, 313
stres etkenleri 76, 178, 180, 182, 184, 208, 233, 234, 272
suç 48, 82, 247, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 270, 271, 272, 277, 278, 304
"sürüklenme" hipotezi 196
şiddet 102, 109, 155, 156, 192, 225, 262, 263, 264, 271, 272, 294, 295, 365
şizofreni 169, 221, 257, 274, 275

T

tam gözetim kurumları 71
Tehirli Dejeneratif Hastalıklar 26
temellendirilmiş kuram 65
temel sebep teorisi 45, 78, 79, 110, 167, 198

teorileri 7, 57, 79, 213, 303
tezi 12, 24, 42, 52, 76, 120, 185, 186, 302, 311
THC 23
tıp 11, 28, 59, 60, 61, 68, 69, 70, 71, 80, 86, 87, 96, 97, 131, 209, 210, 226, 365
toplumsal cinsiyet 23, 29, 40, 46, 62, 77, 78, 86, 93, 103, 105, 107, 111, 112, 118, 121, 129, 132, 133, 150, 160, 199, 204, 206, 213, 216, 217, 223, 229, 230, 231, 234, 237, 238, 311, 312
toplumsal konum 142, 247, 287
toplumsallaşma 48, 117, 118, 119, 129, 223, 312
tüketici 88

U
ulusal 154, 163, 168, 171, 176, 187, 226, 241, 365
Ulusal İstatistik Ofisi Sosyo-Ekonomik Tasnif (NS-SEC) modeli 144

V
Veba ve Kıtlık 25, 27

W
Whitehall çalışması 156, 365

Y
yapı 50, 57, 59, 66, 67, 79, 83, 84, 85, 90, 99, 100, 104, 105, 106, 115, 120, 121, 122, 125, 126, 129, 130, 151, 159, 183, 192, 205, 206, 262, 287, 303, 305, 306, 307, 308
yapılandırma kuramı 82, 84, 308
yapının ikiliği 83, 106
yapısal-işlevselcilik 58, 59, 62, 73, 89, 306
yaş 16, 35, 36, 41, 77, 78, 93, 107, 111, 114, 118, 129, 132, 148, 160, 170, 171, 172, 173, 182, 189, 191, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 218, 220, 221, 226, 227, 250, 253, 258, 263, 311, 312
yaşa dayalı ölüm oranı 244, 245
yaşam koşulları 34, 35, 107, 114, 118, 129, 164, 183, 220, 246, 247, 267, 272, 311
yaşam olanakları 93, 120, 122, 123, 130, 144
yaşam olayları 178, 179, 184
yaşam şartları 212
yaşam tarzları 35, 93, 94, 95, 102, 103, 104, 109, 111, 112, 113, 114, 116, 123, 126, 127, 130, 152, 189, 190, 199, 201, 223, 237, 252, 291, 311
yaş grubu akışı 203
yaş katmanlaşması teorisi 203, 214
yaşlılar 73, 132, 199, 201, 265
yaşlılık 111, 169, 188, 207, 214
yaygın/yaygınlık 23, 25, 36, 38, 43, 51, 77, 79, 80, 81, 82, 85, 90, 97, 99, 100, 111, 114, 122, 123, 140, 142, 145, 147, 149, 151,

164, 165, 170, 176, 179, 181, 188, 189, 197, 206, 213, 217, 218, 220, 221, 222, 223, 233, 234, 237, 242, 248, 252, 264, 266, 270, 274, 275, 313
yemek 41, 96, 98, 101, 105, 128, 186, 195, 236, 296
yoksulluk 11, 12, 30, 35, 36, 73, 144, 155, 172, 173, 176, 180, 185, 247, 248, 251, 258, 259, 267, 269, 270, 274, 277, 365

Z
zatürree 14, 138
zenginlik 141, 146, 147, 185
zihinsel sağlık 222, 233, 252, 259, 260
Zika 26, 27, 365
zombi teorisi 62, 63

Uzun yıllar boyunca sosyolojinin bir alt dalı olarak varlığını sürdüren sağlık sosyolojisi, günümüzde çok önemli bir konuma sahiptir. Sağlık sosyolojisi alanında konumlanan ve William C. Cockerham tarafından yazılan bu kitap, insan hayatında belki de en önemli şey olan sağlığın korunmasında ya da yerini hastalığa bırakmasında toplumsal faktörlerin oynadığı nedensel rolü, bilimsel kanıtlarla gözler önüne sermektedir. Toplumsal yapının ve bu yapının mekanizmalarının insanın sağlıklı ya da hasta olmasında oynadığı rolü detaylı bir şekilde açıklayan bu kitap, başlıca sınıfsal konum, yaş, toplumsal cinsiyet, ırk ve etnik köken gibi biyolojik ve toplumsal olarak inşa edilmiş etkenlere odaklanmaktadır. Bu etkenler aracılığıyla meydana gelen yaşam koşulları, yaşam tarzları ve sosyal sermayenin de kişinin sağlıklı ya da hasta olmasında belirleyici bir rol oynadığı ortaya konulmaktadır. Sağlık sosyolojisi başta olmak üzere sosyoloji alanında yapılmış birçok kuramsal araştırmaya ve yazılmış birçok makaleye atıfta bulunan kitabın ana fikri, toplumsal faktörlerin arka planda yer almaktan ziyade insan sağlığına direkt olarak etki ettiğidir.



KDV'den muaftır.

AYRINTI • İNCELEME
ISBN: 978-605-314-601-8
9 786053 146018